



HAL
open science

La prise en charge de la réduction des risques dans le SLAM

Anaïs Houel

► **To cite this version:**

Anaïs Houel. La prise en charge de la réduction des risques dans le SLAM. Sciences pharmaceutiques. 2019. <dumas-02022690>

HAL Id: dumas-02022690

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02022690v1>

Submitted on 18 Feb 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTE DE
PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 30 JANVIER 2019

PAR

Mlle ANAIS HOUEL

Née le 11 avril 1991 à Bordeaux (France)

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE :

**LA PRISE EN CHARGE DE LA REDUCTION DES RISQUES DANS
LE *SLAM***

JURY :

Président : Dr. Caroline SOLAS-CHESNEAU

Membres : Dr. Liselotte POCHARD
Mme. Caroline LIONS



27 Boulevard Jean Moulin – CS 30064 - 13385 MARSEILLE Cedex 05

Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI
<i>Conseiller du Doyen</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires</i>	M. Jacques REYNAUD, M. Pierre TIMON-DAVID, M. Patrice VANELLE
<i>Professeurs émérites</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS M. Jean-Pierre REYNIER, M. Henri PORTUGAL
<i>Professeurs honoraires</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Bernard CRISTAU, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services</i>	Mme Florence GAUREL
<i>Administratifs :</i>	
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BERSARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE

M. Vincent PEYROT
M. Hervé KOVACIC

GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE

M. Christophe DUBOIS

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE
INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE

M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

M. Robert GILLI
Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
M. François DEVRED
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Éric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE
INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET
COSMETOLOGIE

M. Pascal PRINDERRE
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique
ANDRIEU Mme Marie-
Pierre SAVELLI

NUTRITION ET DIETETIQUE

M. Léopold TCHIAKPE

A.H.U.

CULTURE ET THERAPIE CELLULAIRE

M. Jérémy MAGALON

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe CHARPIOT

PROFESSEURS

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET
CLINIQUE

M. Philippe CHARPIOT

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-
GEORGE

Mme Laurence CAMOIN-JAU
Mme Florence SABATIER-MALATERRE

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Dominique JOURDHEUIL-RAHMANI M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET M. Michel DE MEO Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Maxime LOYENS
----------------------------	-------------------

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Philippe GALLICE
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine FRANCO-ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARCOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	M. Félicia FERRERA

AHU

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Mathieu CERINO
--	--------------------

ATER

CHIMIE ANALYTIQUE	Mme Camille DESGROUAS
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Fanny MATHIAS

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	Mme Diane BRAGUER M. Stéphane HONORE
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Bruno LACARELLE
TOXICOLOGIE DE L'ENVIRONNEMENT	Mme Frédérique GRIMALDI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS- SAMPOL
TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Joseph CICCOLINI Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS- CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD
PHARMACOCINETIQUE	Mme Nadège NEANT

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sylvain GONNET, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DSMR de l'Assurance Maladie

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-comptable

Mise à jour le 22 février 2018

REMERCIEMENTS

A Madame le Docteur Caroline SOLAS-CHESNEAU

Pour avoir accepté d'encadrer ma thèse et de présider mon jury. Merci infiniment pour vos conseils avisés, votre disponibilité, votre patience et votre soutien qui m'ont été d'une aide précieuse tout au long de mon travail.

A Madame le Docteur Liselotte POCHARD

Pour m'avoir aiguillée vers mon sujet de thèse après notre rencontre sur un stand de prévention et d'avoir accepté d'être dans mon jury. Merci pour ta bienveillance, ton soutien et ton aide à la réalisation de ce travail.

A Madame Caroline LIONS

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour ta disponibilité, tes relectures assidues et tes conseils qui m'ont permis d'avancer dans mon travail.

Aux enseignants et personnels administratifs de la faculté de pharmacie de Marseille,

Pour vos enseignements rigoureux et votre accompagnement tout au long de mes études.
Merci.

A Mélanie,

Sans qui je ne serais certainement pas là aujourd'hui. Merci de m'avoir épaulée comme une sœur pendant toutes ces années. Du concours d'entrée jusqu'à la réalisation de ma thèse, tu m'as été d'une aide précieuse. Merci infiniment Cocci !

A Flonflon, Flofly, Floflo, à toi Mamoune,

Qui m'a poussée à aller jusqu'au bout de mes études et soutenue dans toutes les étapes de ma vie. Merci pour ta patience, ta sagesse, ton amour de mère qui m'ont fait grandir dans un environnement apaisé.

A mon amour de Minou, à Lolo, à ma sœur,

Qui a été et qui est mon soutien le plus précieux. Merci de m'avoir épaulée dans mes moments de doute, de m'avoir écoutée pendant de longues années. Merci pour ton sourire et ta joie de vivre inspirante. Merci, ma sœur, d'être à mes côtés. Rentre vite chez minette.

A mon grand frère, Mattwee,

Pour ta bienveillance et tes conseils de sage pendant mes études. Merci, mon frère, pour ton soutien, ton aide et ta bonne cuisine qui a « reboosté » mon esprit vagabond.

A ma grande sœur Charlotte,

Que j'aime infiniment malgré l'absence. Merci de m'avoir permise d'accéder à d'autres dimensions de l'esprit. Merci de partager ta musique avec nous. Tu es source d'inspiration et de créativité pour toujours.

A mon père, Tefa,

Pour ton amour de père, à ta façon. Pour ton éternel soutien malgré la distance qui nous sépare. Merci d'être là aujourd'hui.

A mes grands- parents, JP et Berni,

Qui ont toujours été présents dans ma vie. Merci pour votre soutien et votre amour.

A mes grands-parents paternels, Nanie et Grand-Papa,

Qui ne sont plus là mais que j'aime très fort.

A mes arrières grands-parents, Papi et Mami,

Merci pour votre amour. Longue et douce vie dans les étoiles.

A mon amour d'Alexou,

D'être à mes côtés depuis toujours. Merci pour ton amour et ton soutien. Merci de m'avoir permise de rentrer un petit peu dans ta bulle de voyageur créatif. Allons explorer ensemble les chemins de la vie. Main dans la main. Oooh ouiii. Qu'est-ce qu'on mange ?

A mon Drakky,

Avec qui j'ai grandi et découvert les plaisirs de la vie. Merci Drakky pour tout. Par contre tu aurais pu venir à ma soutenance !

A mes pacholles,

Bobbie, Chacha, Didus, Maria et Touff,

Qui ont rendu ma vie de jeune adolescente plus belle. Qui sont toujours présentes dans ma vie de jeune femme. Merci de m'apporter amour, joie, rire et fougue.

A Claire, ma plus vieille amie d'enfance,

Avec qui j'ai partagé de très bons et doux moments de ma vie. Jusqu'à cette année de concours bien moins difficile à tes cotés !

A mon ami et coach Antoine,

Pour m'avoir donné la main en septembre 2005 et ne l'avoir jamais lâchée.

A Mehdi, Hugo, Najah, Clément, Pauline,

Qui ont égayé mes années de fac. Et qui restent des amis précieux.

A toute ma famille, mes cousins, cousines, oncles et tantes, à Pascool, à Fati, à Jessy-Juice.

Merci !

A tous mes amis, d'ici et d'ailleurs, à Raie, Doud, Virgile, Jade, Inès, Eddie, César, Josh, Marguerite, Luigi, Greg (Fred), Camille (Ladydi), Baboue, Arnaud, Lukas, les Humas... Vous êtes dans mon cœur.

A la pharmacie du Cours Saint- Louis, Claire, Samira, Kenza, Tahir, Inès, Lina et les autres.

***« L'UNIVERSITÉ N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION
AUX OPINIONS ÉMISES DANS LES THÈSES. CES OPINIONS DOIVENT ÊTRE
CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À LEURS AUTEURS. »***

TABLE des MATIERES

INTRODUCTION.....	19
PARTIE.I PRESENTATION DU SLAM : L'EMERGENCE D'UNE PRATIQUE A RISQUE	21
Chapitre.A INTRODUCTION AU SLAM	22
A.1 Définitions.....	22
A.2 Contexte d'apparition du <i>slam</i>	24
A.2.1 La diabolisation de l'homosexualité	24
A.2.2 Les années SIDA : de la réticence à l'implication des communautés.....	25
A.2.3 L'homophobie : Un problème qui persiste	27
(Deumier 2018)	27
A.2.4 Les milieux festifs gays.....	28
A.2.5 Apparition et développement des nouveaux produits de synthèse.....	31
A.3 Plans <i>slam</i> : Pratique et profils des <i>slamers</i>	36
A.3.1 La pratique	36
A.3.2 Les profils des <i>slamers</i>	38
Chapitre.B PRODUITS CONSOMMES EN CONTEXTE DE SLAM	40
B.1 Présentation des produits consommés.....	40
B.1.1 Les cathinones de synthèse	40
B.1.1.a Historique.....	40
B.1.1.b Prévalence.....	42
B.1.1.c Propriétés chimiques et pharmacologiques.....	43
Structures chimiques	43
Formes physiques et présentations	46
Propriétés pharmacologiques	48
B.1.2 Autres substances liées au <i>slam</i>	49
B.1.2.a MDMA et méthamphétamine.....	49
B.1.2.b Cocaïne.....	51
B.1.2.c GHB/GBL.....	52
B.1.2.d Kétamine	53
B.1.2.e Poppers	54
B.1.2.f Médicaments détournés de leur usage.....	55
Les médicaments des dysfonctions érectiles	55
Les benzodiazépines.....	55
B.2 Les modes d'usage	56
B.2.1 La voie injectable caractéristique du <i>slam</i>	56
B.2.2 Les autres voies d'administration	57
B.2.2.a La voie orale	57
B.2.2.b La voie intranasale ou sniff.....	58
B.2.2.c La voie intra-rectale ou plug anal.....	58
B.3 Les effets recherchés par les <i>slamers</i>	59
B.4 La législation	60
B.4.1 Classements des substances psychotropes et stupéfiants	60
B.4.1.a Classement international	60
B.4.1.b Classement français	61
B.4.2 Procédures d'enregistrement des stupéfiants	63
B.4.2.a Au niveau européen.....	63
B.4.2.b Au niveau français.....	63
B.4.3 Cas de substances licites détournées de leur usage en France : Poppers et GBL	64
B.4.3.a Cas du poppers.....	64
B.4.3.b Cas du GBL.....	64

Chapitre.C Les risques liés à la pratique du <i>slam</i>	65
C.1 Les risques liés aux produits consommés	66
C.1.1 Complications somatiques	66
C.1.1.a Complications cardiovasculaires	66
C.1.1.b Complications neurologiques.....	67
C.1.1.c Autres complications.....	67
C.1.2 Complications psychiques et psychiatriques.....	68
C.1.2.a Aigues.....	68
C.1.2.b Chroniques	69
C.1.3 Interactions entre les produits consommés	70
C.1.3.a Interactions entre drogues.....	71
C.1.3.b Interactions entre drogues et antirétroviraux et/ou anti-VHC	72
C.1.4 Compositions aléatoires des produits achetés	74
C.2 Les risques liés aux modes de consommation	74
C.2.1 Risques liés à l'utilisation de la voie injectable (Le CRIPS 2001)	74
C.2.1.a Complications locales.....	74
C.2.1.b Complications systémiques (Le CRIPS 2001)	75
C.2.1.c Risques infectieux	75
C.2.2 Risques liés aux autres voies d'administration	76
C.3 Les risques liés aux pratiques sexuelles	76

PARTIE.II LA REDUCTION DES RISQUES DANS LE SLAM : VERS UNE APPROCHE GLOBALE ? 79

Chapitre.A CONTEXTUALISATION	80
A.1 Historique et évolution de la Réduction des Risques.....	80
A.2 Définition de la RdR	82
A.3 Objectifs de la RdR dans le <i>slam</i>	83

Chapitre.B Une multiplicité d'acteurs pour une prise en charge globale de la RdR dans le <i>slam</i>	85
B.1 Les acteurs communautaires : de l'accueil à « l'aller-vers »	85
B.1.1 AIDES : un rôle central dans la RdR	85
B.1.2 Autres associations et groupe d'auto-support impliqués dans la RdR.....	87
B.1.2.a L'ENIPSE (Equipe Nationale en Prévention et Santé).....	87
B.1.2.b Le Kiosque Info Sida/Checkpoint-Paris.....	88
B.1.2.c ASUD	88
B.1.2.d Médecins du Monde (MDM).....	89
B.1.3 Internet ou « l'Outreach 2.0 »	90
B.2 Les acteurs médico-sociaux : vers un décloisonnement des structures	91
B.2.1 Les structures spécialisées en santé sexuelle : les CeGIDD	91
B.2.2 CAARUD ET CSAPA	92
B.2.3 Les structures spécialisées d'addictologie, psychiatrie et infectiologie/hépatologie	94
B.2.4 Les professionnels de santé de ville	95
B.3 L'OFDT : entre veille et observation	96
B.3.1 Le réseau TREND.....	96
B.3.2 Le dispositif SINTES	97

Chapitre.C Des conseils et outils de RdRD « combinés » : entre pratiques sexuelles et produits	98
C.1 Conseils généraux de RdR	98
C.2 Outils et dispositifs de RdR	101
C.2.1 Matériel d'information	101
C.2.2 Outils et dispositifs de RdR liés aux produits et aux modes de consommation.....	104

C.2.2.a	Matériel de RdR	104
	Matériel d'injection	104
	Matériel pour « sniffer » : le « roule ta paille »	106
C.2.2.b	Dispositifs de RdR liés aux produits.....	107
	L'analyse de produits	107
C.2.2.c	Dispositifs de RdR liés à l'injection	109
	Le programme d'éducation aux risques à l'injection (ERLI)	109
	Le programme d'échange de seringue	111
C.2.3	Outils de RdR liés aux pratiques sexuelles	112
C.2.3.a	Préservatif et gels lubrifiants	112
C.2.3.b	La prophylaxie préventive contre le VIH ou PrEP.....	113
C.2.3.c	Le « Treatment as prevention » ou TasP	115
C.2.3.d	Le Traitement de Post-exposition ou TPE	115
C.2.3.e	Dépistages des IST	117
C.2.3.f	Vaccination (Ministère des solidarités et de la santé 2018)	119
CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....		120
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		123
ANNEXES.....		140

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Cathinones de synthèse les plus consommées en contexte de <i>slam</i>	45
TABLEAU 2 : Exemples de cathinones identifiées dans les sels de bain et autres présentations	47
TABLEAU 3 : Effets de quelques cathinones synthétiques sur les monoamines	49
TABLEAU 4 : Pic et durée des effets selon les voies d'administration utilisées	57
TABLEAU 5 : Classification internationale des stupéfiants et des psychotropes	60
TABLEAU 6 : Classification française des stupéfiants et psychotropes	62
TABLEAU 7 : Caractéristiques pharmacologiques de substances consommées dans le <i>slam</i>	72
TABLEAU 8 : Les différentes missions des CAARUD et des CSAPA	93
TABLEAU 9 : Conseils de RdR en fonction du statut sérologique des <i>slamers</i>	101
TABLEAU 10 : Indications de TPE après exposition sexuelle et/ou partage de matériel d'injection	116
TABLEAU 11 : Différents examens de dépistage des infections sexuellement transmissibles	118

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1 : Evolution du nombre de HSH malades du SIDA, nombre de HSH VIH+ décédés et nombre de HSH sous ARV à San Francisco entre 1980 et 1998	26
FIGURE 2 : Caractéristiques des actes homophobes répertoriés en France en 2017	28
FIGURE 3 : Evolution des NPS identifiés par l'Union Européenne entre 2005 et 2017	33
FIGURE 4 : Evolution des NPS identifiés en France entre 2000 et 2018	34
FIGURE 5 : Apparition des cathinones synthétiques jusqu'à 2012 dans le monde	41
FIGURE 6 : Formule chimique de la cathinone	43
FIGURE 7 : Formule chimique de l'amphétamine	43
FIGURE 8 : Substitutions sur la molécule de cathinone	44
FIGURE 9 : Formule chimique de la méthamphétamine	50
FIGURE 10 : Autres substances psychoactives potentiellement consommées dans le <i>slam</i>	52
FIGURE 11 : Les différents risques liés à la pratique du <i>slam</i>	65
FIGURE 12 : Schéma de prise en charge de la PrEP	114

TABLE DES IMAGES

IMAGE 1 : Poudre amorphe de méphédrone	46
IMAGE 2 : Poudre cristalline de méphédrone	46
IMAGE 3 : Exemples de packaging de « bath salt » vendus sur internet	47
IMAGE 4 : Logo « Le Spot »	85
IMAGE 5 : Informations du dispositif national d'entraide communautaire créée par AIDES	86
IMAGE 6 : Affiche de campagne sur les risques liés au <i>chemsex</i> réalisée par l'ENIPSE en France en 2017	88
IMAGE 7 : Exemple de sujets de discussions autour du <i>slam</i> sur un forum	90
IMAGE 8 : Brochure "Réduire les risques, consommer à moindre risque"	102
IMAGE 9 : Brochure « Prévention sexuelle au VIH, hépatites et IST	102
IMAGE 10 : Brochure « Les indispensables pour un plan <i>chemsex</i> en toute sécurité	102
IMAGE 11 : Brochure « Plan <i>Chems</i> ? Es-tu clair avec les risques que tu prends ? »	103
IMAGE 12 : Exemples de flyers « Cathinones » ; « GHB/GBL » ; « COKE/CRACK »	103
IMAGE 13 : Seringues Nevershare® de 1ml et 2ml	104
IMAGE 14 : Stericup®	104
IMAGE 15 : Sterifilt®	105
IMAGE 16 : Filtre « Toupie »	105
IMAGE 17 : Sachet d'acide ascorbique et d'acide citrique	105
IMAGE 18 : Kit d'injection « Kit+ »	106
IMAGE 19 : Kit d'injection Exper de 1ml	106
IMAGE 20 : Exemple de « roule ta paille » créé par ASUD (recto-verso)	107

TABLE DES ABREVIATIONS

α-PVP : alpha- pyrrolidinovalérophénone
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM : Agence Nationale de Sécurité des Médicaments
ARV : Antirétroviraux
BHE : Barrière Hémato-Encéphalique
BZD : Benzodiazépine
CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques aux Usagers de Drogues
CeGIDD : Centre Gratuit d'Informations de Dépistage et de Diagnostic
CEIP : Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance
CSAPA : Centres des Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DA : Dopamine
ERLI : Education aux Risques liés à l'Injection
GBL : Gamma-Butyrolactone
GHB : Gamma-Hydroxybutyrique
HAS : Haute Autorité de Santé
HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
5-HT : Sérotonine
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IV : Intraveineuse
LGBT : lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transgenres
MDPV : Méthylènedioxyprovalérone
MDMA : 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine
4-MEC : 4-méthylethcathinone
3-MMC : 3-méthylmethcathinone
NA : Noradrénaline
NPS : Nouveaux Produits de Synthèse
OEDT : Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies
ODFT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PeP : **Post-exposure** Prophylaxis

PES : Programme d'Echange de Seringues

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition

RdR : Réduction des Risques

RdRD : Réduction des Risques et des Dommages

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

SINTES : Système d'Identification National des Toxiques et Substances

SNC : Système Nerveux Central

TaSP : Treatment As Prevention

TPE : Traitement Post-Exposition

TREND : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

VHA : Virus de l'Hépatite A

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

**PRISE EN CHARGE
DE LA REDUCTION
DES RISQUES DANS LE
*SLAM***

INTRODUCTION

La consommation de substances psychostimulantes dans un contexte sexuel existe depuis des siècles et évolue au fil des civilisations. Si au départ certaines plantes et substances animales ont été utilisées comme aphrodisiaques dans différentes régions du monde, elles ont ensuite été étudiées et transformées pour créer de nouvelles substances chimiques utilisées par les hommes à des fins hédoniques. D'années en années, l'essor de la chimie va transformer le champ des drogues et faire évoluer leurs modes d'usage.

A partir des années 2000, un nouveau phénomène d'usage de produits est décrit chez certains hommes : le *slam* ou l'injection de drogues, pratiqué pour exacerber les plaisirs lors de sessions sexuelles. Trois éléments essentiels définissent cette pratique : l'injection, les substances consommées et le contexte sexuel. Si au départ, la pratique du *slam* est cantonnée à quelques usagers américains, celle-ci s'étend très vite à l'échelon international, notamment dans les pays d'Europe du Nord.

L'émergence de cette pratique s'observe dans un contexte d'évolution rapide du marché des drogues inondé par de nouveaux produits de synthèse (NPS). Ces NPS regroupent une multitude de familles chimiques dont les cathinones synthétiques sont les représentants majoritaires.

Ces molécules aux noms variés (méphédrone, méthylone, pentédrone, MDPV, α -PVP...) sont consommées et appréciées pour leurs propriétés psychostimulantes à l'égal des drogues plus anciennes (cocaïne, MDMA, crystalmeth). Toutefois, moins chères et largement disponibles sur internet, elles apparaissent comme des drogues de choix pour pratiquer le *slam*.

Parallèlement aux drogues, l'évolution des modes de communication à travers les réseaux sociaux et les applications de rencontre a fortement contribué à l'apparition du *slam* ainsi qu'à son expansion. Grâce à internet, les rencontres peuvent être rapides, anonymes au départ, localisées, facilitant l'organisation de sessions *slam*.

D'abord dépeint par la presse comme un phénomène sensationnel touchant le milieu gay, le *slam* a ensuite inquiété les institutions, le milieu médical et associatif car sa pratique n'est pas sans risques. Diverses complications -somatiques, infectieuses, psychologiques, sociales- aux

conséquences parfois dramatiques ont amené les différents acteurs à s'interroger sur la pratique et les risques associés.

C'est dans ce contexte d'urgence sanitaire, que des moyens de réduction des risques (RdR) adaptés aux *slamers* ont émergé.

En France, la RdR est un concept assez récent initié au départ pour répondre aux besoins des injecteurs d'héroïne touchés par les contaminations virales. Désormais, la RdR s'étend à un public plus large. Dans le cas du *slam*, sa prise en charge apparaît comme complexe car elle doit intégrer différentes problématiques nouvellement réunies - prises de risques liées à la fois à l'usage de produits, à l'injection et aux pratiques sexuelles- et évoluer en fonction des individus et des produits.

L'objet de cette thèse est donc de présenter cette nouvelle pratique et l'ensemble de la RdR mis en place.

Pour se faire, nous allons nous intéresser dans la première partie aux caractéristiques de la pratique du *slam* et des *slamers*. Après avoir décrit le contexte d'apparition de ce phénomène, nous nous attarderons sur les différentes substances pouvant être consommées en contexte de *slam* où la tendance est à la polyconsommation. Les caractéristiques des cathinones synthétiques seront présentées ainsi que celles d'autres substances – cocaïne, amphétamines, GHB/GBL, kétamine, poppers, benzodiazépines et médicaments des dysfonctions érectiles- décrites dans la pratique. Dans cette même partie, nous réaliserons un état des lieux des différents risques liés au *slam*.

Dans la seconde partie, nous nous pencherons sur la prise en charge de la RdR dans le *slam*. Après une introduction aux notions de RdR en France, à travers son historique et les définitions, nous présenterons les différents acteurs impliqués dans cette thématique ainsi que leurs actions. Ensuite, nous nous concentrerons sur les outils et dispositifs de prévention de la RdR qui existent à l'heure actuelle pour répondre aux besoins des *slamers*. Nous conclurons en évoquant différentes perspectives pouvant améliorer la prise en charge de la RdR dans le *slam*.

PARTIE.I
PRESENTATION DU *SLAM* :
L'EMERGENCE D'UNE PRATIQUE A RISQUE

Chapitre.A INTRODUCTION AU SLAM

A.1 Définitions

Afin d’appréhender la pratique émergente qu’est le *slam*, il nous est important de définir quelques notions essentielles.

- Le *slam*, terme anglais traduit par le verbe « claquer », caractérise la consommation de substances psychoactives par injection intraveineuse (IV) dans un cadre sexuel. L’expression « claquer » fait référence à la forte intensité de l’effet ressentie par le consommateur dû au mode d’injection de la drogue. A l’heure actuelle, cette pratique est décrite exclusivement chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d’autres hommes (HSH) habitués des milieux gays (festifs notamment).

Le *slam*, qui reste un mode de consommation à part entière, s’inscrit cependant dans une pratique plus large, le *chemsex*.

- Le *chemsex* signifie en français « Sexe sous produits ». Selon les pays, les expressions la désignant varient allant de « Party and Play » (PNP) au nord des Etats-Unis, « Intensive sex partyng » en Australie ou encore « morbo y vicio¹ » en Espagne. Il est difficile de donner une définition unique du *chemsex* car plusieurs définitions plus ou moins larges existent dans les écrits. En Espagne, F. Davila psychologue clinicien, définit le *chemsex* comme la consommation de produits psychostimulants variés en contexte sexuel gay à la différence d’Adam Bourne, psychologue anglais, qui limite l’usage de ces substances au GHB/GBL, à la méthamphétamine, à la méphédronne et ses dérivés et à moindre mesure à la cocaïne et kétamine (Fernández-Dávila 2016) ; (A. Bourne et al. 2015). Léon Knoops, expert danois en RdR, inclut dans le *chemsex*, l’ensemble des produits dit psychoactifs à l’exception de l’alcool, du poppers et du cannabis (Knoops et al. 2015). Outre les produits consommés, le *chemsex* englobe différents modes de consommation à savoir l’ingestion, le snif, l’inhalation, le « plug » anal² et l’injection ou *slam* lors de sessions sexuelles (RESPADD 2016). Si la pratique

¹ « Morbo » fait référence à la recherche de plaisir sexuel désinhibé et « vicio » aux substances stimulantes. L’expression « Morbo y vicio » est utilisée sur les réseaux sociaux par certains HSH en quête de plans *chemsex* ou *slam*.

² Le plug désigne l’administration d’une substance par voie rectale.

du *slam* est principalement présente dans le milieu HSH³, le *chemsex*, en revanche s'étend à d'autres catégories de personnes, comme les hommes hétérosexuels ou les femmes (RESPADD 2016) ; (Foureur et al. 2013).

- Une substance est dite psychoactive lorsque celle-ci modifie certaines fonctions du cerveau entraînant des changements physiques et psychiques variables et plus ou moins importants selon les individus et les produits consommés (doses, polyconsommation). Licite, illicite ou médicamenteuse, une substance psychoactive peut être d'origine naturelle (issue d'une plante ou champignon) ou synthétique (fabrication à partir de molécules synthétiques).

L'émergence du *slam* à partir des années 2000, s'explique en partie par l'apparition de NPS sur le marché des drogues et au développement de nouveaux moyens de communication en particulier des réseaux sociaux (sites et applications de rencontre).

- L'Observatoire Français de Drogues et Toxicomanie (OFDT) désigne les NPS comme étant des « *substances synthétiques, modifiables à l'infini, et donc potentiellement innombrables* » (...) « *qui déclinent avec de multiples nuances les effets des drogues classiques* ». Au niveau international, la définition des NPS (New Psychoactive Substances) est plus large : « *Toute substance psychoactive utilisée comme drogue et non inscrite dans les conventions internationales des Nations-Unis de 1961 ou 1971* » (Cadet-Taïrou 2016).

Outre la consommation de NPS, les *slamers* ont recours à la polyconsommation afin d'accroître le plaisir sexuel. Au demeurant, l'injection intraveineuse de cocaïne et de méthamphétamine a été le point de départ de la pratique du *slam* se développant, par la suite, dès l'apparition de la méphédronne, chef de file de la famille des cathinones (Batel 2012).

³ Difficile de quantifier le nombre de personnes pratiquant le *slam* du fait du manque d'études épidémiologiques.

A.2 Contexte d'apparition du *slam*

Le *slam* a pris racine aux Etats-Unis dans les années 2000 puis s'est propagé jusqu'en Europe, principalement en Angleterre, Allemagne, Espagne, Belgique ou encore en France.

La consommation de méthamphétamine dans la communauté gay américaine a été le point de départ de cette nouvelle pratique (ENIPSE 2012). Elle s'est toutefois diffusée avec l'arrivée des cathinones sur le marché des drogues.

Cependant, il est important de réaliser une étude rapide du contexte socio-culturel dès la démocratisation du terme homosexualité au 19^{ème} siècle afin de comprendre pourquoi une telle conduite a vu le jour.

A.2.1 La diabolisation de l'homosexualité

Si l'image de l'homosexualité a évolué au fil des siècles et des civilisations, c'est à partir du 18^{ème} siècle que les premiers cas de répression à l'égard des homosexuels se font sentir annonçant notamment, près d'un siècle d'homophobie médicale (Courouve 1985).

Pour certains médecins de l'époque, l'homosexualité relève du domaine de la psychiatrie et de la médecine qui prévaut de soigner les individus atteints par cette « maladie mentale héréditaire ou acquise » grâce à différentes techniques plus ou moins agressives comme la castration chimique, les électrochocs ou la lobotomisation (Revenin 2007) ; (Briki 2009).

A partir de 1968 et ce jusqu'en 1981, la France classe l'homosexualité dans la liste des « maladies mentales » définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il faudra attendre 10 ans, pour que l'OMS supprime l'homosexualité de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10), précisément le 17 mai 1992. Margaret Chan, directrice générale de cette institution jusqu'en 2017 déclare « *qu'il s'agissait là d'une étape importante. Pourtant, plus de vingt ans plus tard, la stigmatisation et la discrimination contre les homosexuels existent encore, et peuvent conduire à un accès limité aux services de santé et à la non-réalisation des objectifs des programmes de santé* » (OMS 2011).

Outre les explications médicales concernant l'homosexualité, les domaines de la justice et de la police condamnent certains agissements homosexuels considérés comme contraires à la loi car « hors norme ». En effet, de nouvelles lois françaises comme l'amendement Mirguet datant de juillet 1960 qui parle de « fléau social », sont adoptées à la majorité par l'Assemblée

Nationale, renforçant ainsi l'image négative de l'homosexualité et creusant davantage les inégalités entre hétérosexuels et homosexuels (Assemblée Nationale s. d.).⁴

Que le jugement soit médical ou juridique, « *prison ou asile* » comme témoigne Régis Revenin, « *l'enfermement reste d'actualité sans doute pour protéger la société des déviants* » (Revenin 2007).

En réponse à l'ostracisme envers les homosexuels, des groupes d'individus émergent pour protester, s'assembler et constituer une force. En effet, selon le psychiatre Malik Briki, « *la condamnation de l'homosexualité n'empêche pas (et peut être même favorise) les regroupements d'homosexuels dans les grandes capitales du monde occidental* ». Avant l'apparition de la maladie du SIDA (Syndrome de l'Immunodéficience Acquisée), deux périodes de bouleversements et d'implication de « la communauté » se succèdent alors : le mouvement homophile de 1950 à la fin 1960 avec la création de la revue *Arcadie*, puis le mouvement de « libération des homosexuels » de 1970 au début des années 1980 marqué par la création du Front homosexuel d'action révolutionnaire ou FHAR (Broqua 2005)⁵.

A partir des années 80, l'apparition et la propagation rapide de la maladie du SIDA dans le milieu homosexuel, marque un tournant dans « l'histoire homosexuelle ».

A.2.2 Les années SIDA : de la réticence à l'implication des communautés

La réponse des homosexuels face à la maladie du SIDA, nommée au départ « cancer gay » ou « épidémie homosexuelle », se découpe en deux périodes.

Entre 1981 et 1984, il existe au sein de la communauté homosexuelle un réel scepticisme par rapport aux informations données par le monde médical et politique. Cette réticence se traduit par une non-implication des homosexuels dans la lutte contre le VIH-SIDA (VIH= Virus de l'Immunodéficience Humaine) (Dodier 2003).

⁴ Par exemple, en 1942, une loi du code pénal contre l'homosexualité condamne « *toute personne se livrant à un ou plusieurs actes impudiques ou contre nature avec un mineur de son sexe âgé de moins de 21ans* » alors que la majorité hétérosexuelle est placée à 15ans.

⁵ Le mouvement homophile se veut « discret » dans le processus « d'intégration et de normalisation » de l'homosexualité à l'inverse du FHAR qui a une politique d'action plus « radicale » et qui prône la liberté d'expression et la visibilité des homosexuels.

Cependant, la multiplication du nombre de décès⁶, faute de traitement⁷, dans la communauté gay inquiète (Figure 1). Débute alors la deuxième période de la réponse homosexuelle face au SIDA : l'implication de la communauté.

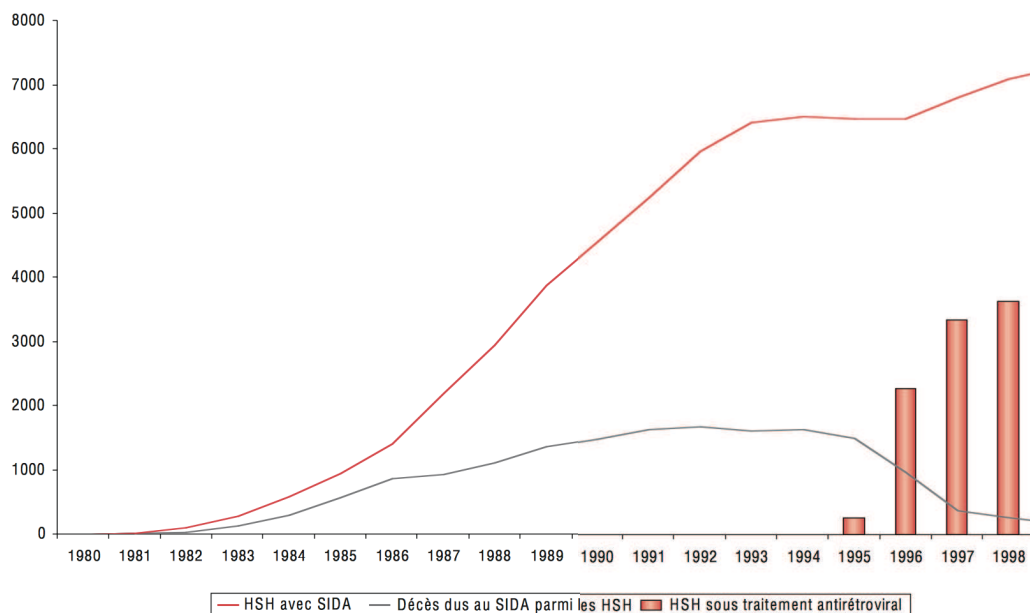


Figure 1 : Evolution du nombre de HSH malades du SIDA, nombre de HSH VIH+ décédés et nombre de HSH sous ARV à San Francisco entre 1980 et 1998

Source : Département de la Santé publique, San Francisco (Californie), Etats-Unis d'Amérique, 1999

Les premières associations impliquées dans la lutte contre le SIDA voient le jour. Elles se composent principalement de personnes atteintes du VIH-SIDA ou de proches de malades. On citera les deux principaux organismes⁸ de l'époque, à savoir AIDES créé en 1984 par le sociologue Daniel Defert, compagnon du philosophe Michel Foucault décédé du SIDA. AIDES est à l'initiative des premières campagnes de prévention puis plus tard de RdR.

Arcat-Sida (Association pour la recherche clinique contre « AIDS » et sa thérapeutique) créée en 1985, à l'initiative du médecin Daniel Vittecoq, pour « optimiser le suivi des malades par le soutien à un groupe de cliniciens et de chercheurs » se concentre sur trois champs d'action : le

⁶ En 1989, la première cause de décès chez les hommes de 25 à 44 ans est le SIDA.

⁷ Le premier antirétroviral commercialisé en 1987 est la zidovudine ou azidothymidine (AZT). Il faudra attendre 1995, pour que de nouvelles classes de médicaments voient le jour (inhibiteurs de la protéase puis les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse) et que les trithérapies soient utilisées.

⁸ Il existe d'autres associations comme l'Association des Médecins Gays formée en 1981, Vaincre le Sida (VLS en 1983), Santé et plaisir Gai. Association pour les appartements et les actions de relais thérapeutiques et social (APARTS, 1987) ou encore le Gay Men's Health Crisis (USA).

renseignement sur la maladie, l'appui au milieu médical et l'intervention sociale auprès des malades exclus (Broqua et Fillieule 2000).

A partir des années 90, la forte implication des homosexuels dans la lutte contre le SIDA est reconnue politiquement et socialement. On assiste alors à la « renaissance du mouvement homosexuel ». Ce phénomène est marqué par le développement de nombreuses associations « deuxième génération » qui proposent un modèle d'action différent de celles des « premières générations » en se concentrant davantage sur les notions politiques et sociales afin de revendiquer « la reconnaissance et l'égalité » homosexuelle (Buton 2005).

Toutefois, malgré « *la visibilité sociale acquise à l'épreuve du SIDA par les homosexuels qui a indéniablement transformé leur image publique et leur acceptation* » (Broqua et De Busscher 2003) dans un monde où l'hétérosexualité reste la norme, les actions homophobes persistent et alimentent la pression sociale autour de cette question et par conséquent, le mal être et l'exclusion des individus. Cette tendance est appuyée par la question de la séropositivité qui reste à ce jour un facteur d'isolement.

A.2.3 L'homophobie : Un problème qui persiste

(Deumier 2018)

Bien qu'au fil des ans, la loi⁹ en faveur de l'homosexualité ait évolué, les actes homophobes se multiplient en France.

Le rapport élaboré annuellement par SOS homophobie, illustre bien le phénomène (Figure 2). En effet, basé sur le recensement d'actes ou paroles homophobes et sur l'analyse de la presse et de l'actualité, l'étude montre en 2017, une augmentation de 20% des actes homophobes (« gayphobie ») par rapport à l'année 2016 (994 cas ont été recensés sans compter les actes homophobes non-dits). Lieux publics, travail, voisinage, famille, école, commerces et services : dans plus d'un cas sur deux (55 % des cas), l'homophobie survient « dans les contextes relatifs à la vie quotidienne ». Internet représente une source importante d'actes homophobes (24%) et arrive même en tête, devant les lieux publics (13%) et le lieu de travail (12%).

⁹ Par exemple, en 2000, les associations de lutte contre l'homophobie peuvent se porter partie civile lorsqu'un crime a été commis selon « l'orientation sexuelle de la victime » ; en 2003, « *les peines encourues pour un crime ou un délit sont aggravées lorsque l'infraction est commise à raison de l'orientation sexuelle de la victime* » et en 2004, création de la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (La Halde).

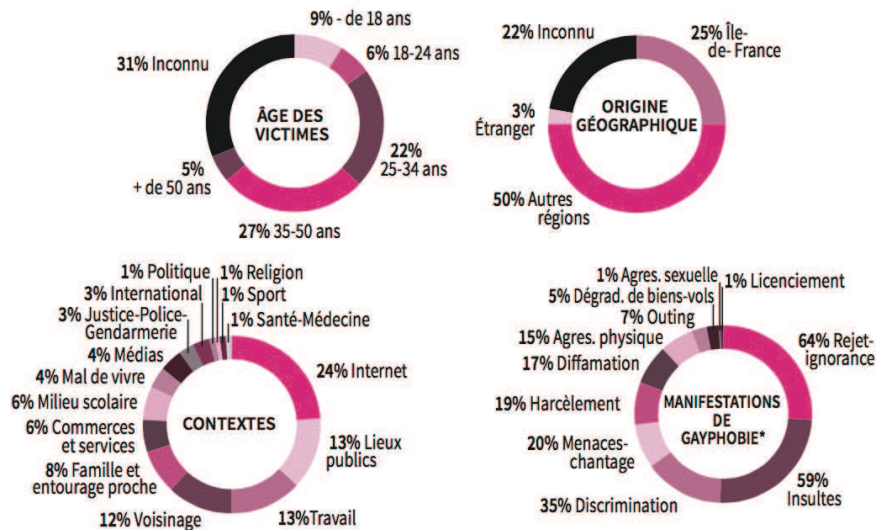


Figure 2 : Caractéristiques des actes homophobes répertoriés en France en 2017

Source : SOS Homophobie, rapport 2018

Souvent peu considéré comme une injure directe envers la communauté gay, ce mécanisme contribue à la banalisation de la discrimination homosexuelle dans la vie quotidienne de ces victimes qui sont le plus souvent des hommes (58 %), jeunes (56 % ont moins de 35 ans, quand leur âge est connu).

Par conséquent, les actes homophobes, qu'ils soient d'origine familiale ou extérieure, sont source de mal être et alimentent le sentiment d'exclusion que peuvent ressentir les homosexuels. Cela pourrait expliquer en partie l'émergence de la pratique du *slam* chez certains. Cependant, il ne faut pas omettre d'autres facteurs explicatifs tout aussi importants. En effet, le *slam* est « *au carrefour de nombreux champs et c'est la conjonction de différents facteurs, à un point particulier qui peut faire l'addiction.* » (Grégoire 2016).

A.2.4 Les milieux festifs gays

Les communautés gays ont dû s'émanciper des codes de la société et ont ainsi créé des espaces typiques constitutifs de la « culture festive gay ». Michel Pollak, sociologue et historien d'origine autrichienne, explique que « *les représentations sont à l'origine d'autant de groupes et de mouvements qui revendiquent un espace social qui leur soit propre et qui permette, au prix de la ségrégation, l'épanouissement de leur sexualité* » (Pollak 1993).

L'espace festif gay est classé dans les sous-ensembles du milieu festif et fait l'objet depuis peu, de différentes études qui mettent en lumière quelques spécificités qui lui sont propres.

Premièrement, on distingue deux principaux types d'espaces festifs gays plus ou moins développés selon les villes. Un espace festif sélectif (publique ou privé) exclusivement homosexuel versus un espace festif plus ouvert (« gay friendly ») dit « inclusif » où se côtoient homosexuels et hétérosexuels (Pfau et Péquart 2015).

Ces deux milieux se différencient par la population qui les fréquente.

Dans le premier, on retrouve principalement des hommes homosexuels de catégories socioéconomiques élevées d'un âge supérieur à 35 ans aux critères physiques particuliers (hommes virils aux corps musclés, tatoués, percées appelés « *butch* » ou « *gymqueen* »). Dans le second, la population est plus jeune (25-30 ans) et de catégories socioprofessionnelles variées (Fournier et Escots 2010).

Michel Pollak parle de « marché sexuel gay » ou « économie sexuelle » marqué par l'émergence de nombreux « lieux de dragues » qui facilitent les rencontres entre individus (Pollak 1993) ; (Gaissad et Fournier 2013). Par conséquent, les bars, *backrooms* (« arrière pièces » destinées aux activités sexuelles), saunas, cinémas, restaurants, parcs permettent aux homosexuels de vivre leur sexualité librement et ce surtout dans des villes de grande taille (Gaissad et Fournier 2013).

Dans un second temps, il est important de différencier les soirées publiques (bars, boîtes de nuit) des soirées privées à « thématiques sexuelles » qui se déroulent le plus souvent en appartement (appelées « les parties sexuelles » ou « behind closed doors »), celles-ci étant associées à l'organisation de plans *chemsex* ou plans *slam* (Van Acker 2017). Les adeptes du *slam* ou du *chemsex* qui fréquentent les lieux privés sont appelés les « *Sexers* » (« *Chemsexers* » ou « *Slamers* ») différenciés des « *Clubbers* », plus jeunes, habitués des soirées festives musicales. Néanmoins, les *clubbers* et les *sexers* tendent à se côtoyer dans des « *afters* » publics ou privés (Pfau et Péquart 2015). Que la fête soit sélective ou plus inclusive, les noctambules consomment des produits récréatifs dans un but de sociabilisation et d'épanouissement sexuel. Ainsi, les milieux festifs gays sont marqués par une culture de consommation de produits psychoactifs associée à une sexualité libérée et ostensible (sexe en groupe, multiplicité des partenaires) contrairement au milieu festif hétérosexuel où l'usage de drogues est présent mais où la sexualité paraît moins visible, tendance qui ne date pas d'hier (Gaissad et Fournier 2013).

Si les sociétés ancestrales accordaient une grande importance aux besoins spirituels et religieux dans leurs rites sexuels, la recherche hédonique et la performance sexuelle optimisée par les drogues sont aujourd'hui le leitmotiv de certaines subcultures (Lévy et Garnier 2006).

L'OFDT a mis en place le dispositif TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) spécialisé dans le recueil de données des milieux festifs et notamment gays. Entre 2007 et 2008, l'observatoire a élaboré une étude qualitative sur la consommation de psychoactifs en lien avec la sexualité et les pratiques à risque en contexte festif gay parisien et toulousain. D'après les entretiens recueillis pendant deux ans, on remarque que le choix des drogues se fait selon différents critères tels que le type de soirées et sa durée, les effets recherchés, les rôles sexuels « pénétrant ou pénétré » favoris ainsi que la disponibilité des produits psychoactifs (Fournier et Escots 2010).

Si l'alcool, « produit de sociabilité par excellence » est présent en toute circonstance, d'autres substances psychoactives sont plus ou moins consommées selon les contextes. Le poppers, par exemple, est largement utilisé dans le milieu gay dû fait de ses propriétés stimulantes en contexte festif et sexuel (*clubbers* et *sexers*) tout comme la cocaïne qui est la « drogue de la socialisation ». La MDMA ou ecstasy, « drogue de référence en contexte gay électro » est plutôt consommée par les *clubbers*. La consommation de GHB/GBL se développe depuis quelques années en contexte festif et/ou sexuel, plus ou moins selon les villes. Selon le contexte, le GHB/GBL apporte des effets variables, « plutôt convivial » en milieu festif et « sensuel et planant » en contexte sexuel (Fournier et Escots 2010) ; (Talec et Linard 2015). A moindre mesure, la consommation de crystal méth (métamphétamine ou « Tina ») est modérée en raison de son prix élevé et de sa faible disponibilité en France, toutefois il peut être utilisé lors de sessions *slam* pour ses effets stimulants sur la durée, et ce surtout dans certaines capitales européennes (Londres, Berlin, Amsterdam ou encore Bruxelles) (Knoops et al. 2015). Depuis quelques années, on voit apparaître dans le milieu festif gay et principalement dans les parties sexuelles, l'usage de NPS (principalement des cathinones) bon marché, faciles d'accès et aux effets psychostimulants marqués par la stimulation du plaisir sexuel, qui en font une drogue de choix pour pratiquer le *chemsex* et/ou le *slam*. Par conséquent, ces substances apparaissent comme contributives du développement de la pratique du *slam*.

Si les drogues sont choisies pour leurs effets et selon leur disponibilité, les pratiques sexuelles dépendent de nombreux facteurs variables d'un individu à l'autre et au cours du temps. Ainsi, on peut citer quelques critères tels que l'âge, l'état psychologique/psychique, le rapport à la sexualité, l'expérience qui influencent la « consommation sexuelle » (Fournier et Escots 2010). Le *slam*, « étape ultime » dans la consommation de produits, est perçu pour certains usagers comme une « pratique sexuelle » ou un « jeu sexuel » (Foureur et al. 2013).

Une dernière spécificité relative aux milieux festifs gays est l'importante utilisation d'internet dans les rencontres festives et/ou sexuelles. Le développement des applications et sites de rencontres spécifiques¹⁰ aux milieux gays (sites BDSM¹¹, *bareback*¹² par exemple) ont facilité les rencontres immédiates, localisées et anonymes (Van Acker 2017). L'enquête « Net gay baromètre¹³ » via la diffusion de questionnaires sur des sites homosexuels/bisexuels ciblés, révèle une utilisation majoritaire des sites de rencontres à des fins sexuelles avec des partenaires occasionnels (Léobon, Frigault, et Lévy 2005). Le système de géolocalisation et l'utilisation de codes de langage permettent aux utilisateurs de trier les profils selon leurs envies et leur situation géographique. Des sites de rencontres gays consacrés aux pratiques sexuelles dites « hard » avec produits se sont développés. L'utilisation d'un langage spécifique, appelé « *slam triage* » ou « *chem triage* » (SI*m ; Chs, chsfr= chemsexfriendly, « Morbo y vicio ») permet aux usagers d'identifier des partenaires avec qui consommer tout en se procurant facilement des produits psychostimulants (Néfau et Milhet 2017). Ainsi, depuis quelques années, on observe une multiplication des offres de plans *slam/chemsex* sur internet qui permet les rencontres rapides et un accès facile aux drogues (Foureur et al. 2013).

A.2.5 Apparition et développement des nouveaux produits de synthèse

Depuis les années 2000, on remarque en Europe une diversification des produits psychoactifs sur le marché des drogues. La faible disponibilité et la qualité médiocre des substances dites « classiques » (cocaïne, MDMA, héroïne), la recherche de nouveaux produits moins chers et aux propriétés proches de ceux « plus anciens » et enfin l'offre croissante (vente et informations) proposée par internet sont tout autant de facteurs favorisant ce phénomène (Chavant et al. 2015).

Ces nouvelles substances sont regroupées sous le nom de NPS, acronyme signifiant en français « nouveaux produits de synthèse » ou en anglais « new psychoactive substances » (littéralement « nouveaux produits psychoactifs »). Si la définition française concerne seulement les nouveaux produits synthétiques, celle définie par le conseil de l'Union

¹⁰ On peut citer quelques applications et sites de rencontre tels que Grindr, Scruff, Planet, Roméo, Honnet, Barebackzone.

¹¹ Contraction de BD (Bondage et discipline), DS (Domination et Soumission) et SM (SadoMasochisme).

¹² Pratique de rapports sexuels non protégés.

¹³ Cette enquête, appelée depuis 2018 le Net Gay-Bi-Trans Baromètre, est réalisée tous les trois ans. Elle permet la collecte d'informations concernant l'évolution des modes de vie, des pratiques sexuelles et des prises de risque dans les populations HSH et transsexuelle.

Européenne est plus large. En effet, les « nouveaux produits psychoactifs » peuvent être synthétiques ou naturels (médicaments ou plantes). Ils ne sont pas encore mentionnés dans la liste des psychotropes et des stupéfiants mais présentent cependant des risques sanitaires identiques à ceux répertoriés (Décision 2005/387/JAI du conseil du 10 mai 2005 *Journal officiel* de l'union Européenne). On retiendra ici la première définition.

En France, les autorités rendent publiques les informations concernant ces toxiques à partir de 2010, suite aux analyses initiales d'un NPS en particulier, la méphédronne et aux premiers cas d'intoxication mortelle (Lahaie, Martinez, et Cadet-Taïrou 2013).

Les NPS regroupent un grand nombre de familles et de sous-familles¹⁴. Synthétisées à partir de principes actifs existants en ajoutant un ou plusieurs substituants, ces nouvelles molécules possèdent des propriétés presque identiques à leurs précurseurs avec toutefois des effets et une toxicité spécifiques. Les modifications structurelles induites sur les molécules mères permettent aux trafiquants de passer au travers de la législation (Lahaie, Martinez, et Cadet-Taïrou 2013).

La classification chimique des NPS est la suivante (Lahaie, Martinez, et Cadet-Taïrou 2013); (MILDECA 2016) ;(OFDT 2018) :

- ✓ Cannabinoïdes de synthèse qui se fixent aux récepteurs du THC (tétrahydrocannabinol) et entraînent des effets similaires (parfois plus puissants) au cannabis
- ✓ Cathinones de synthèse, molécules ayant pour chef de fil la méphédronne. Synthétisées à partir de la cathinone naturelle issue de la feuille du Khat (plante africaine), ces substances ont des effets semblables aux stimulants tels que les amphétamines ou la cocaïne
- ✓ Phénéthylamines, familles apparentées à celle de l'amphétamine ou MDMA et aux effets identiques à celles-ci
- ✓ Pipérazines, famille de stimulants proches des phénéthylamines
- ✓ Tryptamines dont fait partie le DMT (diméthyltryptamine) qui est un hallucinogène puissant
- ✓ Méthoxétamine dont les effets (plus longs et plus puissants) s'apparentent à ceux de la kétamine.

¹⁴ La classification de l'Union Européenne comporte 13 catégories de NPS.

D'après l'Observatoire Européen des drogues et Toxicomanie (OEDT), on note une évolution croissante des NPS dans les pays de l'Union Européenne (Figure 3). Les familles des cannabinoïdes de synthèse et des cathinones représentent à elles seules plus de la moitié des NPS identifiés. En Europe, sur environ 450 NPS décomptés depuis les premières découvertes, 179 sont des cannabinoïdes de synthèse et 130 des cathinones (OEDT 2018).

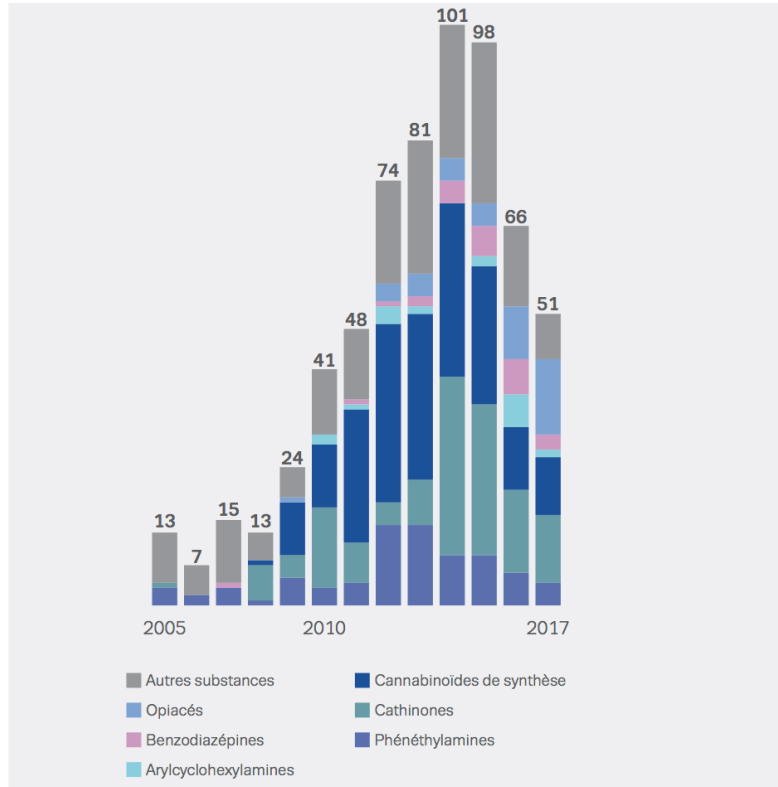


Figure 3 : Evolution des NPS identifiés par l'Union Européenne entre 2005 et 2017
Source : Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanie

Selon l'OFDT, l'évolution des NPS en France est identique à celle de l'Union Européenne avec 11 NPS dénombrés en 2010, 23 en 2012, 58 en 2014 (Figure 4). Depuis le début des premières investigations, 222 NPS ont été identifiés au total en France (OFDT 2018) ; (cf. Annexe 1).

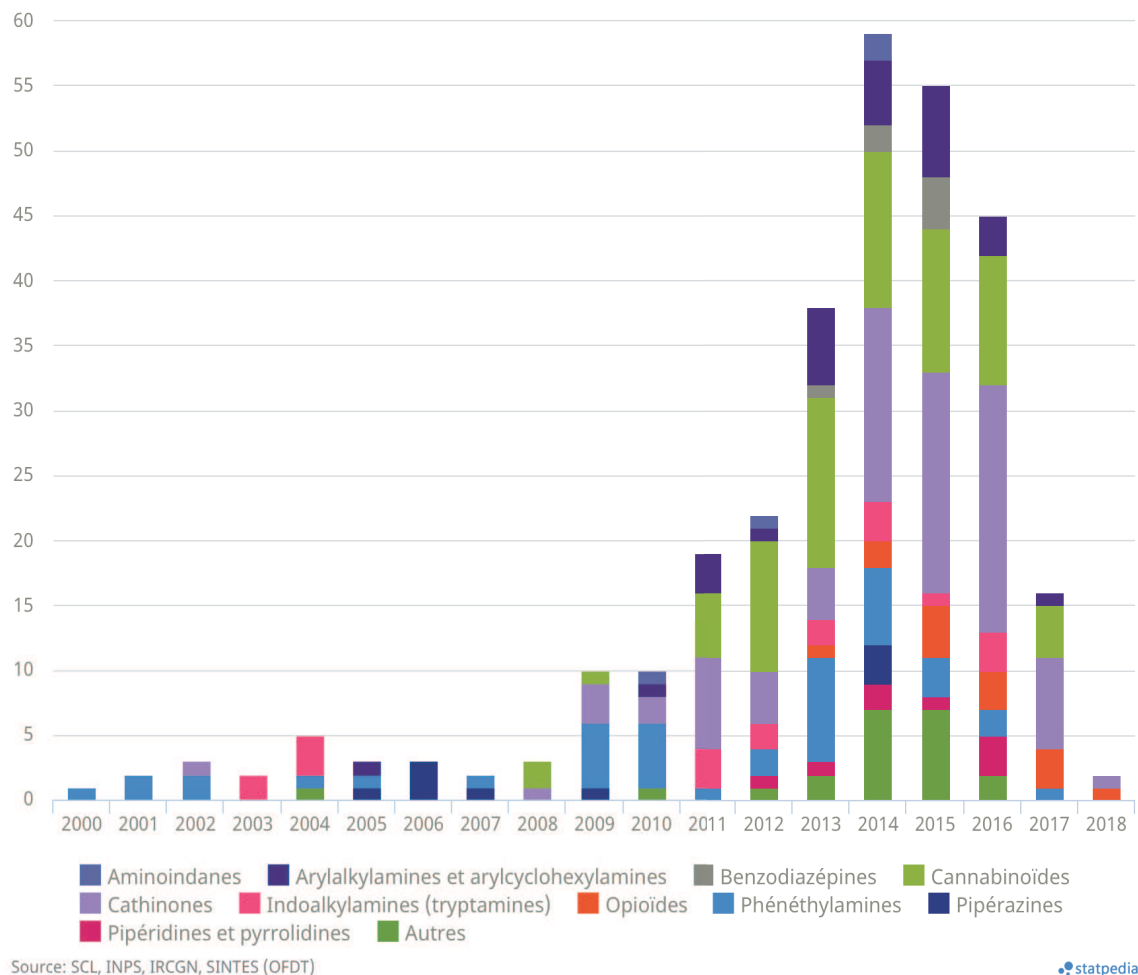


Figure 4 : Evolution des NPS identifiés en France entre 2000 et 2018

Source : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie (OFDT)

Ces différents produits sont fabriqués dans des laboratoires clandestins principalement chinois puis acheminés vers les pays européens. Vendus ensuite sur internet ou dans la rue, à des prix inférieurs aux drogues classiques (8 à 20 euros le gramme contre 60 euros pour la cocaïne), les NPS sont largement disponibles et faciles d'accès (OFDT 2018). Les sites de vente en ligne existants dont le nombre ne cesse de croître¹⁵ (moteurs de recherche classiques ou *Surface Web* ;

¹⁵ En France, une centaine de sites de vente en ligne ont été recensés en 2013 tandis qu'en Europe, ceux sont 693 sites répertoriés en 2012.

Deepweb ; *Darknet*¹⁶) usent d'une multitude de dénominations (plus ou moins scientifiques) pour identifier les NPS et attirer des publics spécifiques (Lahaie, Martinez, et Cadet-Tairou 2013).

Premièrement, des appellations anglo-saxonnes – « designer drugs » (drogues de synthèse) ; « Legal High » (euphorisants légaux) ; « research chemical » (produits chimiques pour la recherches) - aux définitions variées font références à ces produits. L'utilisation de noms scientifiques (Dénominations Communes Internationales ou DCI) des substances chimiques avec la mention « non destinées à l'usage humain » est également courante (Lahaie, Martinez, et Cadet-Tairou 2013).

De même, d'autres expressions plus commerciales et originales telles que « *NRG (1,2,3)* », « *Herbal Essence* », « *Top Cat* », « *Bath salt* » (Sels de bain), « *Encens* », « *substances fertilisantes* », « *Spice Gold* », « *Chill X* », « *Yucatan Fire* », sont utilisées pour attirer davantage les clients (MILDECA 2016).

Enfin, certains sites n'hésitent pas à utiliser des noms de produits illicites classiques pour désigner ces NPS.

Ainsi, la multitude de nouveaux produits donnent un large choix aux consommateurs parfois trompés par ces dénominations laissant ces derniers face à d'importants risques sanitaires souvent méconnus (Martinez et Lahaie 2013).

Les NPS sont consommés par des populations variées mais spécifiques : connaisseurs en recherche d'expériences nouvelles ; jeunes adultes fréquentant la scène « clubbing techno » et consommateurs issus de l'espace festif gay familiers des soirées à thématique sexuelle (Martinez et Lahaie 2013). Dans le cas du *slam*, la consommation de cathinones domine l'usage des autres NPS. L'effet produit par ces drogues et leur disponibilité sur internet à moindre coût rendent les produits très attractifs pour un public en quête de nouvelles sensations.

¹⁶ Le « surface web » est le web classique avec un accès à des contenus référencés sur les moteurs de recherche ; le « deepweb » répertorie des données non référencées sur les sites de recherche classiques, privées ou difficiles d'accès ; le « darknet » constitue une plateforme « cachée » ou « un réseau alternatif » nécessitant des protocoles spécifiques pour y naviguer de manière anonyme.

A.3 Plans *slam* : Pratique et profils des *slamers*

Malgré le peu de données disponibles concernant le *slam*, on observe depuis une dizaine d'années l'émergence de ce mode d'usage dans le milieu gay qui coïncide avec l'apparition des NPS.

Différents facteurs alarmants ont amené les professionnels à s'interroger sur cette pratique (Cadet-Taïrou et al. 2017) :

- L'augmentation du nombre de HSH en consultation en milieux hospitaliers (services d'addictologie, psychiatrie, infectiologie, urgence) et autres structures de santé et d'accompagnement (centres de santé sexuelle, CAARUD, CSAPA¹⁷)
- L'augmentation du nombre de *slamers* dans des structures de prévention/ RdR (centre de santé sexuelle, CSAPA, CAARUD)
- La multiplication de cas d'intoxications voire de surdoses mortelles suite à la prise de cathinones
- L'augmentation de la demande de kits d'injection dans les pharmacies ou dans les CAARUD

Bien qu'elle ne concerne qu'une minorité de personnes¹⁸, elle représente un problème de santé publique à ne pas négliger (Cadet-Taïrou et al. 2017).

Après s'être intéressé au contexte d'apparition de cette pratique, il est nécessaire de se pencher sur les caractéristiques du *slam* et des *slamers*.

A.3.1 La pratique

Comme on l'a vu précédemment, les « plans *slam* » ou « plans planants » se déroulent principalement dans des lieux privés. Les rencontres facilitées par l'utilisation d'internet, aboutissent à des pratiques sexuelles diverses le plus souvent en groupe (multiplicité des partenaires) mais parfois seul (pratique de masturbation) sous l'emprise de produits stimulants

¹⁷ CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues et CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

¹⁸ Trois études témoignent de l'étendu du SLAM : l'enquête du net gay baromètre montre que sur les 17 554 HSH interrogés, 1,2% des HSH déclarent avoir pratiqué le SLAM au moins une fois (soit 210 personnes) ; l'enquête I-TREND de l'OFDT révèle que 4% des répondants mentionnent avoir utilisé l'injection de cathinones et enfin l'étude de l'Hôpital Tenon réalisée en 2013 auprès d'un public HSH séropositif, dévoile que sur les 1166 patients participants, 32 déclarent avoir déjà pratiqué le SLAM soit 2,9% des interrogés.

associés à d'autres qui améliorent les fonctions sexuelles. La désinhibition provoquée par la prise de cathinones ou autres drogues facilite les pratiques sexuelles dites « hard » telles que le « fist fucking » (Knoops et al. 2015). Ces sessions peuvent s'étendre sur plusieurs jours (de 8h à 72h), on parle alors de « marathon sexuel » (Foureur et al. 2013). Dans ces contextes, *slam* et *chemsex* sont liés puisque les participants consomment des produits sans nécessairement pratiquer l'injection.

La pratique du *slam* évolue sur la durée et se découpe en 4 étapes :

- L'initiation
- La deuxième injection
- Le lâcher prise ou la « perte de contrôle »
- L'arrêt de la pratique

L'initiation au *slam* correspond à la première prise. Les débutants n'étant pas habitués à cette technique, un initiateur expérimenté rassurant est présent pour pratiquer l'injection (Foureur et al. 2013). Lors d'une même soirée, certaines personnes peuvent être désignées comme « référents injecteurs » ou « initiateurs » (Tissot 2017).

L'importance de l'effet de la première injection majoritairement apprécié amène les initiés à recommencer, les amenant à la deuxième injection (Foureur et al. 2013). Certains décident d'apprendre la technique d'injection afin de gérer eux-mêmes la pratique, d'autres préfèrent ne pas maîtriser la technique pour limiter leur usage (Tissot 2017).

Rapidement, un à deux mois après le premier *slam*, dans le cas où les usagers n'ont pas arrêté avant, ils peuvent vite perdre pied. En effet, le caractère addictif des produits consommés et l'accoutumance de l'organisme aux substances diminuant ainsi leurs effets forcent les usagers à consommer d'importantes quantités de produits (plusieurs dizaines de grammes par session) puis à croître les doses et la fréquence des plans. Le *slam* peut vite devenir obsessionnel, les pratiques sexuelles deviennent alors prétextes à s'injecter. Lorsque la dépendance est installée chez le sujet *slamer*, il arrive qu'il consomme seul chez lui voire avant d'aller travailler (ENIPSE 2012).

La dernière étape de l'évolution de la pratique est l'arrêt des consommations expliqué par plusieurs facteurs tels qu'une prise de conscience de l'addiction, des problèmes médicaux graves, l'isolement social, la perte d'un emploi ou au contraire une nouvelle embauche professionnelle (Foureur et al. 2013).

A.3.2 Les profils des *slamers*

Les quelques études réalisées auprès du public HSH ont permis de mettre en lumière certaines caractéristiques des *slamers* qu'il serait intéressant d'approfondir : sexe, orientation sexuelle, âge, professions, statut sérologique. Le *slam* touche un faible nombre aux profils divers parmi les HSH qui pratiquent le *chemsex* (Van Acker 2017).

Tout d'abord, le sexe et l'orientation sexuelle sont les premiers critères mentionnés. Le public *slamer* est exclusivement masculin d'orientation homosexuelle.

Ensuite, l'âge est un deuxième critère. Selon l'enquête de l'association AIDES, il varie entre 25 et 60 ans, le *slam* concerne donc des personnes jeunes comme des plus âgées. Le « chemsex study¹⁹ » basé sur les données de l'étude Européenne EMIS (European MSM Internet Survey) indique que les hommes situés dans la tranche d'âge 40-49 ans sont davantage concernés par l'injection. En effet, sur les 1142 personnes interrogées, 5,9% âgés entre 40 et 49 ans ont pratiqué l'injection dans les 12 derniers mois contre 1,7% âgés de moins de 30 ans (Adam Bourne et al. 2014).

Concernant les catégories socio-professionnelles, on note qu'elles sont diverses. Cependant, la majorité des *slamers* sont bien insérés dans la société et ont un niveau de vie relativement élevé voire aisé. Dans l'enquête réalisée par l'OFDT sur le site de Lyon, les professions médicales et paramédicales (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) sont fréquentes. A l'inverse, une minorité de pratiquants sont sans emploi ou travailleurs du sexe (Fernández-Dávila 2016).

Par la suite, le statut sérologique fait partie des éléments à prendre en compte. En effet, selon certaines études, la pratique du *slam* est plus élevée en population HSH VIH+ que chez les HSH VIH-. Dans l'enquête réalisée par Aides, 9 personnes sur 14 interrogées ont une sérologie positive pour le VIH (Foureur.N et al., 2013). Les données de l'EMIS confirment cette caractéristique. En effet, sur les 1135 anglais enquêtés, 11,3% d'individus testés positifs au VIH ont pratiqué l'injection dans les 12 derniers mois contre 1,7% testés négatif (Adam Bourne et al. 2014). D'après des données issues de consultations de l'hôpital Tenon à Paris, on observe également une augmentation de la prévalence du *slam* chez des HSH VIH+ entre 2013 et 2016

¹⁹ Cette étude se concentre sur Lambeth et deux quartiers de Londres, Southwark et Lewisham.

sur 1771 questionnaires exploités (L'Yavanc et al. 2016). Le statut sérologique influence donc les pratiques de consommation et sexuelles et la découverte et le vécu de la maladie peuvent être un facteur de prise de risques (Léobon, s. d.).

Enfin, on note que la sexualité tient une place centrale dans la vie des *slamers* qui se tournent majoritairement vers des pratiques à risque. Il est important de souligner que la plupart des personnes interrogées ne se considèrent pas comme « toxicomanes » et ont une méconnaissance certaine des risques liés à l'injection et aux produits, même si la plupart des personnes interrogées ont auparavant consommé des drogues dans des contextes festifs. L'injection, néanmoins, reste « l'étape ultime de consommation » (ASUD 2018).

Si les profils des *slamers* présentent des caractéristiques communes, ceux-ci tendent à évoluer. En effet, comme le témoigne le psychiatre Muriel Grégoire, « *la plupart des slamers étaient séropositifs avant le début du slam. Or, désormais, nous rencontrons également des usagers plus jeunes, dans des situations sociales plus précaires et séronégatifs* » (Grégoire 2016).

Chapitre.B PRODUITS CONSOMMÉS EN CONTEXTE DE SLAM

B.1 Présentation des produits consommés

B.1.1 Les cathinones de synthèse

B.1.1.a Historique

Les cathinones synthétiques représentent une grande famille complexe de substances aux propriétés psychostimulantes. Celles-ci sont issues d'un alcaloïde naturel, la cathinone, principale substance active retrouvée dans la feuille de Khat (qat ou kat) appelé scientifiquement *Catha edulis* Forsk²⁰. Le Khat est cultivé et ses feuilles sont consommées majoritairement en Ethiopie et au Yémen. Sa production s'étend à d'autres pays africains tels que l'Ouganda, la Tanzanie, le Rwanda et le Zimbabwe et sa consommation s'est largement répandue au niveau mondial. Depuis des siècles, les feuilles du Khat sont consommées par voie orale (mastication majoritairement ou infusion) rapidement après la récolte. Une fois séchée, la substance active contenue dans les feuilles se dégrade en cathine, molécule qui possède une activité moindre que la cathinone (Al-Hebshi et Skaug 2005).

Les premières recherches sur la composition de la feuille de Khat datent du 19^{ème} siècle. En 1930, la molécule de cathine est identifiée puis dans les années 60, Friebel et Brilla isolent le principe actif majoritaire, la cathinone (S-(-) - α -aminopropiophénone) (Kalix et Khan 1984). Les effets de cette molécule se rapprochent de ceux de l'amphétamine (stimulant du système nerveux central, anorexigène, entraînant hyperactivité, mydriase, arythmie, hypertension, etc), on l'appelle d'ailleurs « l'amphétamine naturelle » (Kalix et Khan 1984).

A partir de cette molécule, de nombreux dérivés sont ainsi créés en laboratoire. Les premières synthèses de produits dérivés, à savoir la methcathinone (éphedrone ou CAT) et la 4-méthylmethcathinone (méphédronne ou 4-MMC), datent respectivement de 1928 et 1929. Quelques décennies plus tard, la pyrovalérone et la méthylone sont synthétisées (1970 et 1996). Étudiées et élaborées au départ pour traiter les patients atteints de dépression (4-MMC et méthylone), de fatigue chronique, de léthargie (méthylone), d'obésité (4-MMC et pyrovalérone) ou encore de syndrome parkinsonien (méthylone), ces substances sont ensuite détournées de leur usage thérapeutique et leur consommation devient essentiellement récréative (en Russie en 70, aux Etats-Unis en 90 et en Europe à partir des années 2000) (Majchrzak et al.

²⁰ Le *Catha edulis* a été décrit pour la première fois au XVIII^{ème} siècle par le botaniste suédois Peter Forskal.

2018) ; (A. Batisse et al. 2016).

Si l'usage des cathinones demeure exclusivement récréatif, toutefois deux molécules de cette famille sont utilisées en thérapeutique. Il s'agit du bupropion (ou Zyban®) utilisé dans le sevrage tabagique et du diéthylpropion ou amfépramone (arrêté en Europe en 2000 mais toujours disponible aux USA bien que très peu utilisé) destiné à diminuer l'appétit (Rech et al. 2015).

A partir des années 2000, un grand nombre de nouvelles cathinones synthétiques apparaissent sur le marché des drogues et leur usage est alors signalé dans de nombreux pays (Figure 5). Les premiers cas d'identification sont rapportés en Australie et en Nouvelle-Zélande, puis en 2008, dans certains pays européens (Finlande, Allemagne, Hongrie, Pays-Bas, Norvège), au Japon et en Chine. En 2009, l'apparition de cathinones de synthèse est constatée dans 14 pays européens (UNODC 2013).

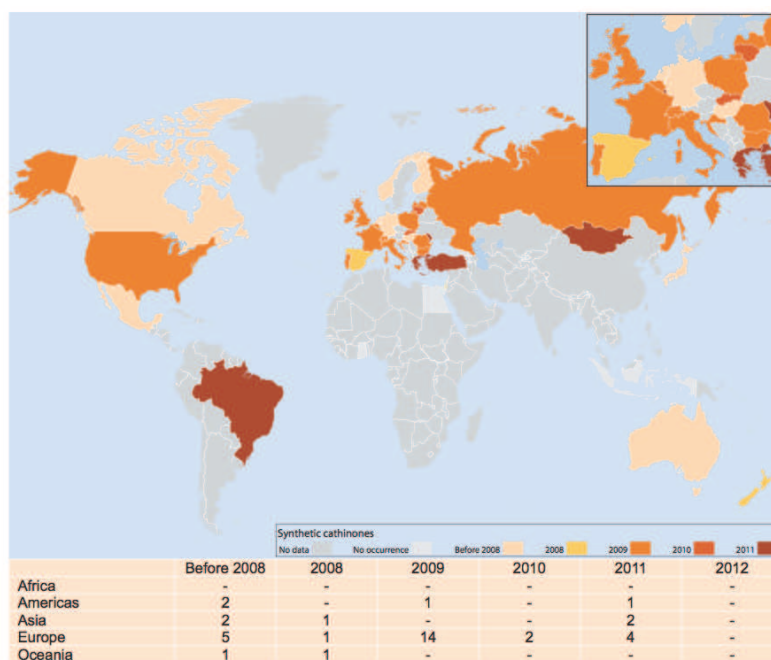


Figure 5 : Apparition des cathinones synthétiques jusqu'à 2012 dans le monde

Source : UNODC, 2013

En France, la méphédrone est donc la première molécule de la famille des cathinones à être détectée en 2008. Un an plus tard, le premier cas d'usage de cette molécule dans des soirées gays parisiennes à thématique sexuelles est décrit (Fournier et Escots 2010). S'ensuit alors une cascade d'identification de cathinones synthétiques sur le territoire français (méthylone en 2009, 4-MEC en 2010, alpha PVP et MDVP en 2011 par exemple), (cf. Annexe 1).

B.1.1.b Prévalence

Peu d'études existent concernant la prévalence d'usage de cathinones dans la population générale et plus spécifiquement dans un contexte de *slam*. Cependant, le nombre d'identifications de ces produits décrit plus haut témoigne de la circulation et par conséquent de la consommation de cathinones de synthèse dans le monde.

Les quelques études publiées montrent une prévalence élevée de consommation de cathinones dans la communauté gay. Le centre d'Addictovigilance de Paris a rapporté une série de 21 cas, tous des HSH, consommant ces produits, parmi lesquels 14 déclarent consommer en contexte sexuel (Anne Batisse et al. 2016).

Dans le cadre de l'étude clinique IPERGAY menée par l'ANRS, évaluant l'efficacité de la prophylaxie anti-VIH par l'association ténofovir disoproxil fumarate/emtricitabine chez des HSH à haut risque de contamination, une sous-étude a étudié la consommation de drogues. Un screening des drogues par la technique de l'analyse capillaire, a permis d'attester d'une forte consommation de cathinones chez les HSH toujours en contexte de polyconsommation. Sur les 69 participants, 27 HSH (39%) présentent des traces de NPS dans les cheveux et la méphédrome est la substance majoritairement retrouvée (51%) avant la 4-MEC (n=11), la méthylone (n=4), la MDPV (n=3) (Alvarez et al. 2018).

D'autres publications européennes témoignent de ce phénomène notamment dans le milieu festif gay londonien où l'usage de cathinones y est important, notamment la méphédrome (Adam Bourne et al. 2015).

Même si l'injection de cathinones reste un mode de consommation encore marginalisé, il tend à se démocratiser au sein du milieu festif gay. Le réseau français des centres d'Addictovigilance a réalisé une étude sur l'ensemble des cas d'usage de substances psychoactives en contexte sexuel déclarés entre 2008 et 2013 afin d'analyser les risques liés à la pratique du *slam*. Sur les 51 cas étudiés²¹, les cathinones représentent la famille de substances majoritairement consommées (méphédrome principalement puis 4-MEC, MDPV, NRG-3) et l'injection apparaît comme un mode de consommation largement utilisé (31 cas sur 51 soit 62,7%) (Anne Batisse et al. 2016).

Dans un rapport plus récent réalisé par le CEIP de Paris et présenté en début d'année 2018, les

²¹ Les individus sélectionnés pour l'étude devaient répondre à deux critères à savoir : pratiques sexuelles et consommation des produits psychostimulants.

cathinones sont majoritairement consommées en contexte de *chemsex/slam* et notamment la 4-MEC, 3MMC, méphédronne, MDPV, alpha PVP, méthylone et 4P. Le recours à l'injection paraît très fréquent puisque 186 HSH sur 207 interrogés citent la voie intraveineuse comme mode de consommation (soit 90%) (A. Batisse, Peyrière, et Djezzar 2018).

Au niveau européen, 15 pays ont recensé des cas d'injection de cathinones. De plus, l'injection de cathinones par les HSH en contexte sexuel a été signalée par 10 pays européens (OEDT 2018).

B.1.1.c Propriétés chimiques et pharmacologiques

◆ Structures chimiques

Les cathinones de synthèse sont apparentées à la famille des phénylalkylamines dont la structure chimique se rapproche de celle de l'amphétamine. Ce sont des dérivés β -cétoniques de phénéthylamine. Le chef de file naturel est la cathinone et celui des dérivés synthétiques est la méphédronne (MILDECA 2016).

➤ Cathinone

La cathinone est synthétisée à partir de la molécule d'amphétamine par ajout d'une fonction cétone sur le carbone bêta de la chaîne aliphatique (Chavant et al. 2015).

Nom chimique de la cathinone (Figure 6) : **bêta-kéto phénéthylamine**

Nom chimique de l'amphétamine (Figure 7) : ***N*, α -méthyl**(Pollak 1982)

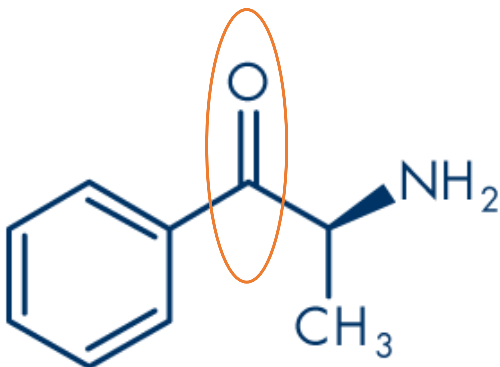


Figure 6 : Formule Chimique de la cathinone

Source : EMCDDA

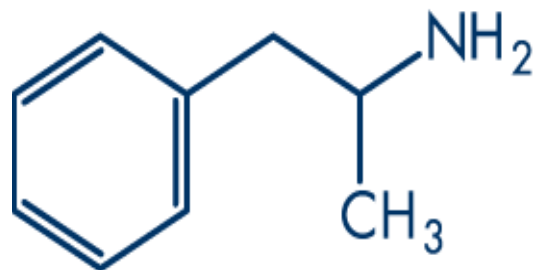


Figure 7 : Formule chimique de l'amphétamine

Source : EMCDDA

- Cathinones de synthèse

L'ajout de différents substituants sur les positions R1, R2, R3, R4 et R5 de la molécule de cathinone amène à la synthèse d'un grand nombre de dérivés (Figure 8).

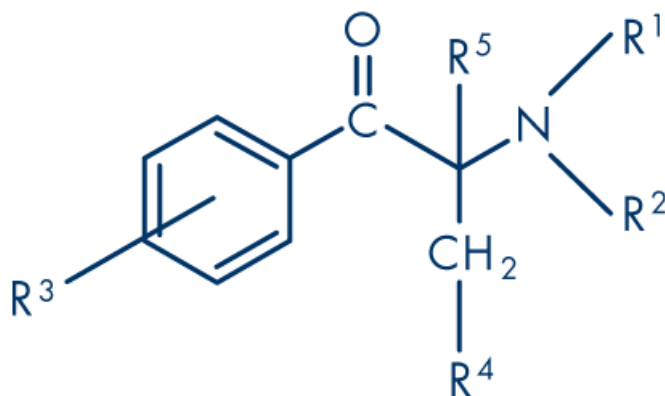


Figure 8 : Substitutions sur la molécule de cathinone

Source : EMCDDA

Selon les variations chimiques induites sur la cathinone naturelle, les cathinones de synthèse sont catégorisées en quatre groupes (cf tableau 1) ; (A. Batisse et al. 2016) ; (Valente et al. 2014) ; (Majchrzak et al. 2018) :

- 1^{ère} groupe : Ajout de substituants « simples » (alkyl, alcoyl, halogéné, halo alkyl, phényle, etc). (Exemple Méphéprodone, 4-MEC, 4-MMC, bupropion).
- 2^{ème} groupe : L'atome d'azote de la fonction amine est inséré dans un cycle **pyrrolidinyles** (les molécules de ce groupe présentent un caractère plus lipophile). (Exemple alpha PVP)
- 3^{ème} groupe : Ajout d'un cycle **méthylènedioxy** associé au cycle phényle (exemple méthylone)
- 4^{ème} groupe : Les molécules de ce groupe sont constituées d'un cycle **pyrrolidinyl** et d'un cycle **méthylènedioxy** (exemple MDPV). Cette particularité confère aux molécules des propriétés spécifiques « cocaine-like » à la différence des autres dérivés qui possèdent des propriétés « amphetamine-like »

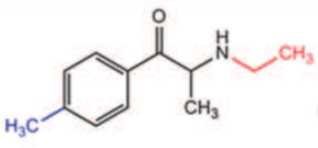
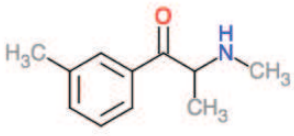
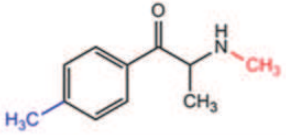
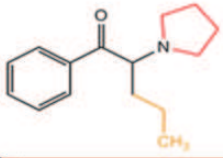
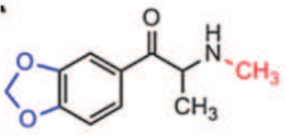
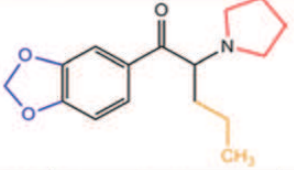
GROUPE	NOM COMMUN/ ACCRONYME	NOM CHIMIQUE	STRUCTURE CHIMIQUE				
			R1	R2	R3	R4	R5
1	4-MEC	4-methylethcathinone					
			Ethyl	H	Methyl	H	H
	3-MMC	3-methylmethcathinone					
			Methyl	H	Methyl	H	H
	Méphédronne (4-MMC)	4-methylmethcathinone					
			Methyl	H	Methyl	H	H
2	α -PVP	α -pyrrolidino-valerophenone					
			{pyrrolidino}	H	Ethyl	H	
3	Methylone ($\beta\kappa$ -MDMA)	3,4-methylenedioxy-N-methylcathinone					
			Methyl	H	3,4-Methylenedioxy	H	H
4	MDPV	3-4 methylenedioxy-pyrovalérone					
			{pyrrolidino}	3,4-Methylenedioxy	Ethyl	H	

Tableau 1 : Cathinones de synthèse les plus consommées en contexte de slam

Source : EMCCDA et Valente., 2017

Comme les phénétylamines, les cathinones de synthèse existent sous la forme de deux énantiomères et sont souvent vendues sous forme de mélange racémique R et S. Selon la forme, les molécules possèdent des propriétés pharmacologiques variables (plus ou moins puissantes) (Coppola et Mondola 2012).

◆ **Formes physiques et présentations**

Les cathinones de synthèse sont le plus souvent commercialisées sous forme de poudre de couleurs blanche, brune ou jaunâtre, amorphe ou cristalline (Image 1 ; 2). Elles sont parfois conditionnées en gélule et plus rarement en comprimés (EMCDDA 2015c).



Image 1 : Poudre amorphe de méphédrone

Source : Mephedrone-zone.com

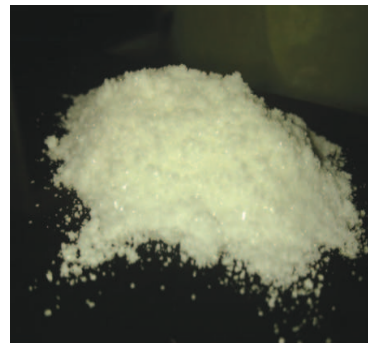


Image 2 : Poudre cristalline de méphédrone

Source : 4-nmcshop.co.uk

Selon les sites de vente en ligne, ces produits sont présentés sous différentes formes galéniques dans des conditionnements variés afin d'attirer un large panel de consommateurs.

Par exemple, les sites pour consommateurs « experts » présentent les drogues par leur nom chimique et majoritairement sous forme de poudre dans de simples sachets en plastique. Parallèlement, d'autres sites internet vendent ces substances sous des appellations particulières telles que « bath Salt » (sels de bain) ou encore « food plant » ou « plant feeders » (engrais pour plante) afin de contourner la loi, et conditionnées de manière à les rendre plus attrayantes pour des consommateurs « novices » (Lahaie, Martinez, et Cadet-Tairou 2013) ; (Zawilska et Wojcieszak 2013). Souvent, les vendeurs utilisent des « noms de rues » pour désigner ces produits et attirer ainsi le client. On peut différencier les appellations faisant directement référence aux drogues classiques telles que « Coco power » (en référence à la cocaïne), « Crack Inside » (méthamphétamine), « EXTC » ou « Xtacy » (ecstasy), des noms qui présagent des effets des cathinones comme « dynamite », « euphorie », « explosion », « Sextasy », « Mind Candy », « Loved Up » (Lahaie, Martinez, et Cadet-Tairou 2013) ; (Zawilska et Wojcieszak 2013).

Le tableau ci-dessous présente quelques exemples de cathinones identifiées sous des appellations différentes (cf. Tableau 2).

NOMS	CATHINONES IDENTIFIEES	APPELLATIONS
White lightening	Méphedrone	Insectifuge
White lightening	MDPV	Détachant naturel
Zoom	MDPV	Sel de bain
Energizing aromatherapy powder	MDPV et caféine	Pot-pourri
Euphorie	Méthylone et caféine	Sel de bain
Cotton cloud	Méphédronne, méthyle et MDPV	Sel de bain
Cloud 9	Méthylone et MDPV	Sel de bain
Bayou ivory flower	Méphédronne, méthyle et MDPV	Sel de bain
Cloud 10	MDPV	-
White dove	Méthylone	Sel de bain
Dynamite	Méthylone	Sel de bain
Dynamite "plus"	MDPV	Sel de bain
White china	MDPV et produit inconnu	Sel de bain
Snow day	Méthylone et MDPV	Sel de bain
Bolivian bath slats	MDPV	Sel de bain

Tableau 2 : Exemples de cathinones identifiées dans les sels de bain et autres présentations

Source : (Spiller et al. 2011)

Les sites de vente en ligne n'indiquent pas la présence de produits psychostimulants dans les « bath salt », seules les mentions « non destiné à la consommation humaine » ou « Research Chemical » sont accolés afin de contourner la législation des stupéfiants (Image 3). (Lahaie, Martinez, et Cadet-Tairou 2013) ; (Zawilska et Wojcieszak 2013).



Image 3 : Exemples de packaging de « bath salt » vendus sur internet

Source : Mysteriousplants.com

◆ **Propriétés pharmacologiques**

Comme les amphétamines, les molécules naturelles de cathine et cathinones et leurs dérivés synthétiques sont des stimulants du système nerveux central (SNC). Toutefois, les cathinones ont une puissance d'action moins importante que leurs analogues chimiques amphétaminiques (Coppola et Mondola 2012). En effet, la présence du groupement β -cétone confère à ces molécules une polarité plus importante entraînant une diminution du passage de la barrière hémato-encéphalique (BHE) ayant pour conséquence une baisse de leurs effets.

Pour contrebalancer ce phénomène, les usagers consomment des doses plus importantes et de manière répétée.

Une distinction est à faire avec les molécules appartenant aux groupes 2 et 4 (alpha PVP et MDPV par exemple). La présence du cycle pyrrolidine rend ces substances plus lipophiles ce qui leur confère un meilleur passage de la BHE et par conséquent des propriétés plus puissantes (Valente et al. 2014).

A l'égal des drogues « plus classiques » (cocaïne, amphétamines), les cathinones de synthèse ont des effets psychostimulants et sympathomimétiques. Ceux-ci sont provoqués par une augmentation des neurotransmetteurs monoamines tels que la dopamine (DA), la noradrénaline (NA) et la sérotonine (5-HT) - dans la fente synaptique en suivant deux mécanismes : stimulation de la libération des monoamines de leurs sites intracellulaires de stockage et diminution de leur recapture par inhibition de leurs transporteurs de membrane.

L'action sur ces neurotransmetteurs peut varier d'une molécule à l'autre (*cf.* Tableau 3). Par exemple, la méphédronne a une action majoritaire sur la libération de DA et 5-HT et agit de manière non sélective sur les transporteurs des monoamines (Chavant et al. 2015) tandis que la MDPV et l'alpha-PVP, comme la cocaïne, ont une forte action sur la recapture de la DA et NA par inhibition spécifique de leur transporteur sans agir sur la libération de celles-ci (Watterson et Olive 2014) ; (Nóbrega et Dinis-Oliveira 2018).

	Inhibition de la recapture des monoamines			Libération des monoamines		
	Dopamine	Noradrenaline	Sérotonine	Dopamine	Noradrénaline	Sérotonine
MDMA-like cathinones						
Méphedrone	+++	+++	++	++	++	++
Méthylone	+++	+++	++	++	++	++
Méthamphétamine-like cathinones						
Cathinone	++	+++	+	+++	+++	-
Methcathinone	++	+++	+	+++	+++	-
Cocaïne-like cathinones						
Pyrovalerone	++	+++	++	-	-	-
MDPV	++	+++	++	-	-	-

Tableau 3 : Effets de quelques cathinones synthétiques sur les monoamines

Source : (Karila et al. 2015)

B.1.2 Autres substances liées au slam

Dans la majorité des cas, l'usage de cathinones est lié à un contexte de polyconsommation où chaque substance a son utilité propre (Daskalopoulou et al. 2014). Certains produits sont consommés pour augmenter ou mimer les effets des cathinones dans un même objectif de stimulation du plaisir sexuel (méthamphétamine ou cocaïne), d'autres sont utilisées à des fins « relaxantes » comme le GHB/GBL et la kétamine. En association aux substances psychoactives, certains médicaments sont consommés pour contrer les effets engendrés par celles-ci : médicaments des dysfonctions érectiles (sildenafil-Viagra®, tadalafil-Cialis®, vardenafil-Levitra®) et anxiolytiques, les benzodiazépines notamment, utilisés pour faire face à la phase de « descente ».

Il est à préciser que l'usage d'alcool et de cannabis est largement présent en contexte de *slam*, cependant nous ne développerons pas ces substances.

Néanmoins, si la polyconsommation est courante, certains *slamers* préfèrent se limiter à l'usage d'une seule substance afin de ne pas perdre le contrôle (Foureur et al. 2013).

B.1.2.a MDMA et méthamphétamine

Les amphétamines sont des drogues de synthèse psychostimulantes appartenant à la famille des phénéthylamines dont le chef de file est l'amphétamine. La MDMA et la métamphétamine sont les dérivés les plus fréquemment rencontrés. La MDMA ou méthylène-dioxy-métamphétamine retrouvée sous forme de poudre blanche ou cristalline est le principe actif qui compose les comprimés d'ecstasy (« X », « ecsta », « tase »).

Comme les cathinones, la MDMA/ecstasy agit sur les récepteurs monoamines. Ceux sont des agonistes indirects des récepteurs de la DA, 5-HT et NA, à la fois en augmentant la libération de ces substances et en inhibant leur recapture présynaptique. Ce mécanisme d'action explique les différents effets engendrés par la prise de ces drogues : excitation, euphorie, sensation de bien-être, désinhibition, augmentation de la pression artérielle, élévation de la température corporelle, etc (Cruickshank et Dyer 2009). L'usage de MDMA/ecstasy est courant en milieu festif gay, notamment dans les soirées *slam* en France comme à l'étranger (Maniscalco 2017). En effet, cette « drogue de la sensation » entraîne un sentiment de bien-être jusqu'à « renforcer l'excitation sexuelle en même temps qu'il exacerbe la sensualité dans le rapport charnel » (Fournier et Escots 2010).

La méthamphétamine (méthylamphétamine), surnommée « Yabaan », « Crank », « Crystal meth », « Glass », « Ice », « Shabu », « Tina », (etc), est un dérivé amphétaminique dont la structure chimique se rapproche de l'amphétamine avec l'ajout d'un groupement méthyl (Figure 9). Elle entraîne des effets bien plus puissants et plus longs que cette dernière (5h à 72h pour la méthamphétamine contre 4h à 24h pour l'amphétamine) (EMCDDA 2015b).

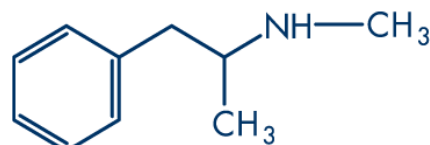


Figure 9 : Formule chimique de la méthamphétamine

Source : EMCDDA

Elle est vendue le plus souvent sous forme de cristaux blancs ou transparents d'où son appellation « crystal meth ». Cependant, il ne faut pas confondre le « crystal meth » avec la forme cristalline de la MDMA. Sa consommation est davantage répandue au Nord des Etats-Unis, notamment en contexte de *slam*, mais l'on observe une augmentation de sa disponibilité et de son usage en Europe chez les HSH (OEDT 2018).

Dans certains pays, la prévalence de consommation de méthamphétamine est dix fois plus élevée chez les HSH que dans la population générale, on parle alors « d'épidémie de méthamphétamine » (Colfax.G *et al.*, 2005).

En France, la méthamphétamine, de par son prix élevé (de 100 à 250 euros le gramme) et sa faible disponibilité, est peu consommée dans le *slam* contrairement à certains pays comme l'Angleterre, les Pays-Bas, la Belgique ou l'Allemagne (Néfau et Milhet 2017).

La prise de ces dérivés amphétaminiques est à l'origine d'effets indésirables importants. A noter que comparativement aux autres produits consommés en contexte de *slam*, la méthamphétamine apparait comme le produit aux effets addictifs et neurotoxiques les plus importants et par conséquent le plus dangereux pour la santé (Giorgetti.R et al., 2017) ; (cf. paragraphe C.1).

B.1.2.b Cocaïne

La cocaïne fait partie des stimulants du SNC. Cette substance, d'origine végétale, est extraite des feuilles de coca issues d'un arbuste cultivé dans les pays d'Amérique du Sud.

De nombreuses appellations désignent cette drogue : « coke », « neige », « blanche », « coco », « C », « CC », « poudre », etc (EMCDDA 2015a).

En Europe, il existe deux formes de cocaïne : la forme chlorhydrate disponible en poudre sniffée ou injectée et la forme base appelée « crack » (free base) qui se fume ou s'inhale (OEDT 2018). La cocaïne agit en inhibant la recapture des neurotransmetteurs –NA, DA et 5-HT- entraînant une augmentation de leur concentration dans la fente synaptique. Son action puissante sur les récepteurs de la DA est principalement responsable de ses effets « positifs », euphorie, excitation et confiance en soi, ressentis par le consommateur et du phénomène de dépendance induit par une dérégulation neuronale (MILDECA et INSERM 2012).

L'usage de la cocaïne, « drogue de la socialisation » touche un grand nombre de personnes et en devient banalisé du fait de son importante accessibilité et de la diminution de son prix.

Sa consommation, exclusivement sous forme de poudre, est courante chez le public HSH, que ce soit dans des soirées publiques ou privées à thématique sexuelle (Fournier et Escots 2010).

En contexte de *slam/chemsex*, l'usage de cocaïne est souvent signalé en polyconsommation (Figure 10). Le produit peut être sniffé ou injecté pour potentialiser les effets stimulants sexuels (Anne Batisse et al. 2016).

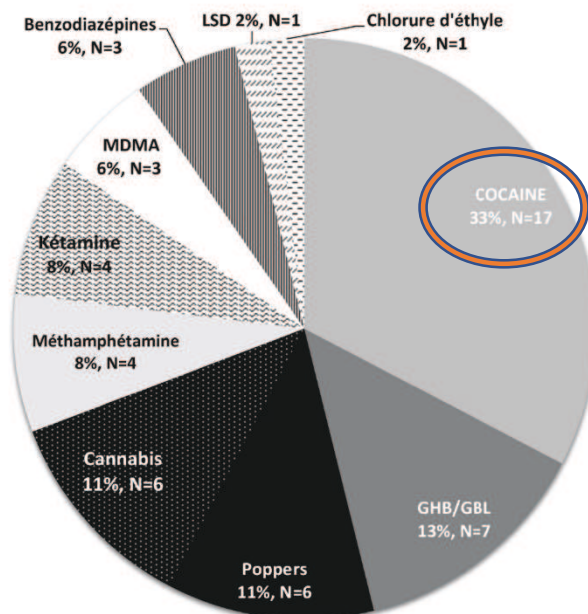


Figure 10 : Autres substances psychoactives potentiellement consommées dans le slam
Source : Batisse A et al., 2016

Outre ses propriétés stimulantes, la cocaïne est parfois utilisée comme anesthésiant de la muqueuse anale pour diminuer les douleurs de cette région lors de certaines pratiques sexuelles dites « hard » (Fournier et Escots 2010).

B.1.2.c GHB/GBL

Le GHB (gamma-hydroxybutyrate ou acide γ -hydroxybutyrique), est une drogue de synthèse dépresseur du SNC. En effet, il agit directement sur les récepteurs au GABA (acide gamma aminobutyrique), plus spécifiquement le GABA-B, en les activant, ce qui entraîne la libération du principal neurotransmetteur inhibiteur du SNC, le GABA. Son action inhibitrice entraîne des effets relaxants et euphorisants, similaires à l'ivresse ressentie par la prise d'alcool (agoniste des récepteurs GABA-A) (Barbier.J., 2017) ; (EMCDDA., 2008). Le GHB est surnommé, « G », « GINA », « ecstasy like », « liquid ecstasy », « gouttes KO », et peut être acheté sous forme de poudre ou de liquide incolore et inodore (Office fédéral de la santé publique 2009).

A l'heure actuelle, le GHB est supplanté par le GBL (γ -butyrolactone), précurseur chimique de celui-ci, utilisé dans l'industrie chimique comme solvant et décapant pour peinture. En effet, il est plus facile de se procurer du GBL sur internet à moindre coût (entre 40 et 70€ le ½ litre),

puisque le produit n'est pas considéré comme stupéfiant contrairement au GHB. Sa vente est toutefois contrôlée. Une fois ingéré, le GBL est métabolisé en GHB et provoque ainsi les mêmes effets. Les effets sont ressentis à faible dose (de 0,8 à 2ml). Néanmoins, si le dosage n'est pas minutieusement contrôlé (surdosage) et/ou si le produit est mélangé à d'autres substances, l'alcool notamment, le risque d'apparition d'effets indésirables graves ou pouvant mettre en jeu le pronostic vital (sédation, amnésie, perte de conscience ou « G-hole », dépression respiratoire, coma), est beaucoup plus important (*cf.* paragraphe C.1.3) ; (Barbier 2017) ; (Fournier et Escots 2010) ; (Gérome et Chevallier 2018).

En premier lieu, le GHB est une substance utilisée en anesthésie et dans le traitement de la narcolepsie. Détourné de son usage depuis les années 90, le GHB est présent dans le milieu festif gay depuis le début des années 2000. Si au départ, sa consommation reste cantonnée à des populations spécifiques qui fréquentent des soirées « fermées », on assiste par la suite à l'extension de son usage auprès d'un public plus large (« gay friendly », discothèques, jeunes HSH ou hétérosexuels). Parallèlement, à la fin des années 2000, la consommation du GHB/GBL tend à se démocratiser dans les soirées *chemsex/slam* (Gérome et Chevallier 2018). A l'heure actuelle, le GHB/GBL est une drogue largement consommée en contexte sexuel pour ses effets relaxants améliorant ainsi les relations sexuelles, le plus souvent en association avec d'autres substances psychoactives (Stuart 2013). Elle serait même considérée par certains comme la drogue initiatrice du *slam* (A. Batisse, Peyrière, et Djeddar 2018).

B.1.2.d Kétamine

La kétamine est une drogue synthétisée à partir de la phencyclidine.

Dans les milieux festifs, elle est appelée « spécial K », « K », « ket », « kéta », « Kit Kat », « Vitamine K », « Kétalar » et est vendue sous forme de poudre blanche cristalline ou de liquide incolore principalement. Cette substance existe également sous forme synthétique, la méthoxétamine classée dans les NPS dont l'usage est de plus en plus courant (Bonnet 2016). La méthoxétamine entraîne des effets similaires à la kétamine à des doses beaucoup plus faibles. La kétamine rentre dans la catégorie des hallucinogènes dissociatifs²² et agit comme dépresseur du SNC. En effet, son mécanisme d'action principal est le blocage du récepteur NMDA (n-méthyl-d-aspartate) entraînant l'inhibition des effets du glutamate, principal neurotransmetteur impliqué dans l'excitation du SNC.

²² Un hallucinogène dissociatif induit des hallucinations avec sensation de décorporation, c'est-à-dire une sensation de « sortir de son corps ».

D'abord utilisée en médecine humaine et vétérinaire pour ses propriétés anesthésiantes, elle fait désormais l'objet d'études dans le traitement des douleurs neuropathiques ou résistantes aux opiacés classiquement utilisés (Rouiller 2008). Par ailleurs, des études cliniques récentes témoignent de son efficacité dans la prise en charge de la dépression (Roméo 2016). Outre ses activités anesthésiante, analgésique et antidépressive, cette substance connaît un mésusage certain depuis de nombreuses années par détournement des produits hospitaliers (Larocque et Gosselin 2013).

Cette substance peut être consommée en contexte festif ou sexuel à des doses variables en fonction des effets désirés. Tout comme le GHB/GBL, les effets de bien être, d'apaisement et d'euphorie induits par la prise de kétamine par voie nasale ou injectable (plus rare) explique son usage en contexte de *chemsex/slam* même si elle reste moins fréquemment utilisée que le GHB/GBL (Figure 10). Les hallucinations provoquées par la consommation d'une forte dose de kétamine, contrairement au GHB/GBL, expliqueraient cette tendance. De plus, en cas de surdosage, la prise de kétamine peut engendrer une perte de conscience ou « k-hole » (cf. paragraphe C.1).

Par ailleurs, son action anesthésiante faciliterait les pratiques sexuelles « hard ». En effet, les *sexers* peuvent l'appliquer sous forme liquide sur la partie anale, sur un préservatif ou un gant avant pénétration ou « fist » (Fournier et Escots 2010) ; (Barbier 2017).

B.1.2.e Poppers

Le poppers ou “dérivés nitrites” est un terme qui définit un grand nombre de substances volatiles aux propriétés vasodilatatrices. Les plus populaires sont le nitrite d'amyloxy, le nitrite de cyclohexyle, le nitrite d'isobutyle, le nitrite d'isopropyle ou encore le nitrite de butyle, aux mécanismes d'actions et aux effets quasi similaires plus ou moins intenses. Vendu sous forme de liquide transparent d'aspect « jaunâtre » et conditionné en flacon, le poppers est détourné de son usage médical (affections cardiaques) depuis les années 70.

Différents noms commerciaux le désignent : « arôme », « encens liquide », « Rush® », « Jungle Juice® », « Pig Juice® », « Fuck Me® », « Sex Line® », « Gate® », « Hot® », « Bronx® », etc (Giorgetti et al. 2017).

L'usage du poppers en inhalation est très fréquent chez les HSH, notamment en contexte sexuel, et apparaît même comme étant « le seul psychotrope consommé par des gays qui ne consomment aucune autre substance psychoactive » (Fournier et Escots 2010). Chez les *slamers*, cette substance est utilisée pour faciliter les relations sexuelles mais aussi potentialiser l'effet des autres drogues consommées. Son action relaxante des fibres musculaires lisses qui

induit une importante dilatation des vaisseaux est à l'origine d'effets corporels appréciés des *slamers* à savoir : un retard de l'éjaculation, une érection plus facile ainsi qu'une intensité orgasmique plus importante (Fournier et Escots 2010). Le poppers permet aussi les relations sadomasochistes "hard" dû à son action dilatatrice du sphincter anal.

Il est important de noter que la prise concomitante de poppers et de produits tels que les médicaments destinés aux dysfonctions érectiles, très courants en contexte sexuel, entraîne de graves effets indésirables d'origine cardiaques (*cf.* paragraphe C.1.3.a) ; (Giorgetti et al. 2017).

B.1.2.f Médicaments détournés de leur usage

◆ Les médicaments des dysfonctions érectiles

Les dysfonctions sexuelles à l'origine de troubles de l'érection, induites par l'usage de drogues, sont gérées par la prise de médicaments destinés à traiter ces problèmes (Néfau et Milhet 2017). Ainsi, en contexte de *slam*, il n'est pas rare de voir circuler ces produits détournés de leur usage. Quelque fois utilisés « comme drogue » en contexte sexuel pour leurs effets de détente provoqués, ces substances sont surtout consommées dans des soirées sexuelles multipartenaires où la performance sexuelle est une quête (Fournier et Escots 2010).

Ainsi, on retrouve différentes molécules soumises à prescription médicales ou non, facilement procurables sur internet : des substances chimiques²³ tels que le Viagra® (sildenafil), Cialis® (tadalafil), Levitra® (vardenafil), Edex® (alprostadil) ou d'autres produits « naturels » en libre accès comme le Maximenpills®, Golden Tab® (Barbier 2017).

Malgré les risques de toxicité cardiaque (*cf.* paragraphe C.1.3.a) dus à la prise concomitante de ces produits et des autres substances psychoactives, les *slamers* utilisent ces médicaments principalement en contexte de polyconsommation (Fournier et Escots 2010).

◆ Les benzodiazépines

La plupart des drogues consommées en contexte de *slam* entraînent une phase de « descente » souvent difficile à gérer. Pour calmer ces effets (anxiété, insomnie), certains *slamers* ont recours à la prise de médicaments aux propriétés anxiolytiques, myorelaxantes, hypnotiques et anti-convulsivantes, tels que les benzodiazépines (BZD) soumises à prescription médicale. Dans le rapport réalisé par le CEIP-A de Paris, les molécules les plus citées par les *slamers* sont le

²³ Cialis®, Viagra® et Levitra® sont des médicaments inhibiteurs de l'enzyme phosphodiesterase de type 5 (PDE-5).

bromazepam (Lexomil®), l'alprazolam (Xanax®), le zolpidem (Stilnox®), le zopiclone (Imovane®) et le clonazepam (Rivotril®) (A. Batisse, Peyrière, et Djezzar 2018).

Tout comme les médicaments de la performance sexuelle, la consommation de BZD en contexte de polyconsommation est à l'origine de risques importants pour la santé à ne pas négliger (*cf.* paragraphe C.1.3.a).

B.2 Les modes d'usage

Le *slam* fait référence à l'injection en IV de différentes substances psychoactives.

Le chemsex s'inscrit dans une pratique plus large aux modes d'usage diversifiés. Dans ce contexte-là, on observe une consommation de produits par voie orale (ingestion), voie fumée/inhalée, voie intranasale (sniff) et voie anale (plug ou « *booty bump* ») qui présentent chacune des spécificités.

L'intensité et la durée des effets sont déterminés, au-delà des produits eux-mêmes, par leurs modes de consommation, de la dose consommée et des facteurs physiologiques/psychologiques propres à chaque consommateur.

B.2.1 La voie injectable caractéristique du *slam*

L'injection IV consiste à administrer un produit dissout (dans de l'eau et/ou chauffé) directement dans le sang à l'aide d'une seringue et d'une aiguille. Ce mode d'usage, historiquement lié aux populations consommatrices d'héroïne, s'étend désormais à une autre catégorie de personnes, les HSH *slamers*.

Des données issues de consultations au sein de la clinique londonienne, Antidote, spécialisée dans la prise en charge des personnes LGBT (Lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transsexuels) montrent une augmentation de l'utilisation de la voie IV chez les consommateurs de méthamphétamine et de méphédronne en contexte sexuel (60% en 2011 contre 80% en 2013) et un partage de matériel chez 70% des injecteurs (Stuart 2013).

Les drogues injectées sont principalement les cathinones et la cocaïne, et à moindre mesure et selon les pays, la méthamphétamine et la kétamine (Adam Bourne et al. 2014). Après injection IV, le produit préalablement dissout passe directement dans le sang. La montée des effets est rapide jusqu'à atteindre un pic intense ou « flash » caractéristique de cette voie d'administration. Néanmoins, la durée des effets est courte comparativement aux autres voies. Par exemple, suite à l'injection de méphédronne, le pic de symptômes apparaît 10 à 15 minutes

après et les effets durent une trentaine de minutes contre 2 à 4h par voie orale et 1 à 2h par voie inhalée (A. Batisse, Peyrière, et Djezzar 2018) ; (cf. Tableau 4).

	IV		Orale		Nasale	
	Pic (t)	Durée (t)	Pic (t)	Durée (t)	Pic (t)	Durée (t)
Méphédrone	10-15 min	30 min	15-45 min	2-4h	Quelques min	1-2h
Cocaïne	0-10 min	30 min	50-90 min	1-2h	2-3 min	30-60 min
Méthamphétamine * ²⁴	0-2 min	4-8h	20-70 min	3-5h	5-10 min	2-4h
Kétamine	Quelques secondes	10 min	20-30 min	4h	5-10 min	1-2h
GHB/GBL	-	-	15-30 min	1h	-	-
Poppers	-	-	-	-	Quelques secondes	2 à 3 min

Tableau 4 : Pic et durée des effets selon les voies d'administration utilisées

Source : Drogues info service

Le « flash », sensation intense ressentie par les *slamers*, peut expliquer le recours à cette voie tandis que la durée des effets, relativement courte, peut justifier une fréquence d'injection rapprochée. Dans l'étude réalisée par le CEIP-A, on observe une répétition des injections chez 18 *slamers* qui oscillent entre 5 et 30 injections par « *session slam* ».

La pratique de l'injection nécessite le suivi de règles bien précises afin d'éviter de nombreuses complications notamment infectieuses (cf. paragraphe. C.1). Cependant, le public *slamer* est souvent mal informé voire peu sensible aux règles de RdR (Anne Batisse et al. 2016).

B.2.2 Les autres voies d'administration

B.2.2.a La voie orale

La prise de drogue par voie orale consiste à boire la substance sous forme de poudre dissoute dans un liquide ou à l'ingérer directement lorsque celle-ci est conditionnée en gélule, comprimés ou « parachute », c'est-à-dire enveloppée dans une feuille de papier à cigarette. Une fois ingérée, la drogue passe la barrière intestinale et le foie avant d'être distribuée dans le sang. L'absorption du produit étant plus lente par cette voie et la biodisponibilité²⁵ inférieure (effet de premier passage hépatique), les effets sont ressentis plus tardivement (cf. Tableau 4) (Touitou 2013).

²⁴ Très grande variabilité de la durée des effets de la méthamphétamine en fonction de la voie d'usage, de la dose administrée et de la tolérance de l'utilisateur au produit.

²⁵ La biodisponibilité d'une drogue correspond à la quantité de drogue atteignant la circulation générale après administration. Par exemple, elle est de 100% pour la voie IV.

En contexte sexuel, les drogues généralement consommées par voie orale sont le GHB/GBL sous forme liquide, la MDMA/ecstasy en parachute, comprimé/gélule ou dissoute directement dans de l'eau ainsi que les cathinones et kétamine en comprimé (Adam Bourne et al. 2014). L'effet tardif induit par la prise per os peut inciter le consommateur à reprendre une quantité de produit au risque de surdose et d'accumulation des effets.

B.2.2.b La voie intranasale ou sniff

La prise de drogue par voie intranasale appelée « sniff » consiste à aspirer, à l'aide d'une paille (« roule ta paille »), une drogue finement réduite en poudre (Techno plus). On parle également de sniff pour caractériser l'inhalation de substances volatiles telles que le poppers. Les drogues consommées en sniff selon l'étude « chemsex study » sont la cocaïne, la kétamine, les cathinones, la méthamphétamine et MDMA lorsque celles-ci sont sous forme de poudre (Adam Bourne et al. 2014)

Par cette voie, les effets sont ressentis rapidement puisque qu'une fois le produit inspiré, celui-ci passe directement dans les capillaires de la paroi nasale pour atteindre le système sanguin. La durée des effets diffère selon les produits mais peut varier de 1h à 4h (*cf.* Tableau 4). L'utilisation de la voie intranasale présente des risques locaux importants et également infectieux (Techno+ 2017).

B.2.2.c La voie intra-rectale ou plug anal

Cette voie, appelée en anglais « booty bumping » ou « plug », apparait comme une alternative à la voie injectable lorsque celle-ci n'est plus utilisable du fait d'un capital veineux insuffisant suite à la répétition d'injections. L'absorption de drogue par voie rectale est plus rapide que celle per os et en fonction du produit introduit dans l'anus, la biodisponibilité est quasi similaire à la voie IV (Psychoactif 2017). Par exemple, la méthamphétamine présente une biodisponibilité de 99% par voie rectale contre 100% par voie IV, 62,7% par voie orale et 79% par voie intranasale (Knoops et al. 2015).

Le produit mélangé à de l'eau est introduit directement dans l'anus à l'aide d'une seringue sans aiguille ou d'une poire à lavement puis pénètre les capillaires sanguins via les veines hémorroïdaires (Barbier 2017). En contexte sexuel, les cathinones, la cocaïne, la kétamine et la méthamphétamine sont les produits pouvant être consommés par voie rectale (Adam Bourne et al. 2014).

Peu de données existent actuellement concernant la durée des effets des différentes drogues consommées par voie rectale. Cette pratique n'est pas sans risque. En effet, la prise de ces produits « corrosifs » peut fragiliser la paroi anale et entraîner l'apparition de plaies qui constituent une porte d'entrée aux infections (Barbier 2017).

B.3 Les effets recherchés par les *slamers*

Dans la pratique du *slam*, les usagers sont à la recherche d'effets spécifiques, induits à la fois par les produits consommés et le mode d'injection en IV, où l'activité sexuelle apparaît comme centrale. En effet, la consommation de différentes substances dans ce contexte engendrerait un rapport différent à la sexualité (Fournier et Escots 2010).

Cathinones, méthamphétamine, MDMA sont largement appréciées des *slamers* pour leurs propriétés psychostimulantes et pour certaines drogues comme les cathinones ou l'ecstasy, pour leur effet entactogène²⁶. Le recours à l'injection témoigne d'une recherche d'effets rapides et de grande intensité (flash) engendrés par ce mode d'usage.

D'une manière générale dans le *slam*, les usagers de produits recherchent (Weatherburn et al. 2017) ; (Fournier et Escots 2010) ; (Foureur et al. 2013) ; (Barbier 2017) :

- Une augmentation de l'excitation et une élévation de la libido : intensité du désir et du plaisir sexuel.
- Un renforcement de la confiance en soi dans les pratiques sexuelles : abstraction des doutes, de la peur du rejet, du jugement d'autrui et des normes sociales/physiques.
- Une désinhibition et un changement du rapport aux autres et à soi : facilitation de nouvelles pratiques sexuelles telles que « le fist » ou « l'uro »²⁷ ; partenaires variés sans sélectivité ; intégration rapide au sein d'un groupe ; aisance dans les échanges avec partage des fantasmes ; lâcher prise et détente.
- Une facilitation de la pénétration anale « réceptive » grâce à l'utilisation de substances aux propriétés relaxantes du sphincter anal comme le poppers ou anesthésiantes comme la cocaïne ou la kétamine.
- Une amélioration de la performance et de l'endurance sexuelles : sessions sexuelles longues (peuvent durer jusqu'à 72h) avec de nombreux partenaires ; retard dans

²⁶ Augmentation du désir de contact avec d'autres personnes

²⁷ Pratiques sexuelles en utilisant l'urine.

l'éjaculation ; érections rapprochées ; énergie et motivation (réduction de la sensation de fatigue et de faim).

- Une intensification des expériences sexuelles : exacerbation des sens ; sensibilité sonore et physique (tactile) ; modification des perceptions et amplification des sensations de jouissance.
- Une connexion sexuelle et émotionnelle facilitée avec les différents partenaires.
- Plus rarement des effets hallucinatoires provoqués par la prise de certaines substances notamment la kétamine à forte dose.

B.4 La législation

B.4.1 Classements des substances psychotropes et stupéfiants

B.4.1.a Classement international

L'Organisation des Nations-Unies (ONU) sous le contrôle de l'OMS classe les substances qualifiées de « nocives et à potentiel de dépendance » en deux catégories (ANSM 2013). Celles-ci sont soumises à deux conventions internationales (*cf.* Tableau 5). Il existe :

- **Les stupéfiants** soumis à la Convention unique de 1961 et classés en 4 catégories en fonction du niveau de risques et des bénéfices thérapeutiques.
- **Les psychotropes** soumis à la Convention de 1971 et classés en 4 groupes à l'égal des stupéfiants.

	<i>Stupéfiants (1961)</i>	<i>Psychotropes (1971)</i>
I	Abus et effets similaires à la morphine, cocaïne et cannabis	Potentiel d'abus entraînant un risque important pour la santé avec faible bénéfice thérapeutique
II	Risques similaires à la codéine ou dextropropoxyphène	Potentiel d'abus entraînant un risque sanitaire sérieux avec bénéfice thérapeutique faible ou moyen
III	Substances classées dans I et II sans risque d'abus ou effets nocifs	Potentiel d'abus entraînant un risque sanitaire sérieux avec bénéfice thérapeutique moyen ou grand
IV	Substances classées dans I avec risque d'abus important et effets nocifs importants sans bénéfice thérapeutique	Potentiel d'abus entraînant un risque faible pour la santé avec bénéfice thérapeutique faible à important

Tableau 5 : Classification internationale des stupéfiants et des psychotropes

Source : ANSM, 2013

Une troisième convention de 1988 s'ajoute aux deux autres et vise à réglementer le trafic illégal des stupéfiants et des psychotropes (ANSM 2013).

Chaque pays possède une législation singulière. Néanmoins, les pays ayant signé les conventions internationales sont tenus de respecter certaines règles (créer une liste de stupéfiants où figurent au minimum l'ensemble des substances considérées comme tel à l'international ; mise en place de systèmes de contrôle et de moyens judiciaires et sanitaires pour faire face à la détention et au trafic). Au niveau européen, les mesures judiciaires concernant les stupéfiants sont plus ou moins strictes en fonction des pays (Protais 2016).

B.4.1.b Classement français

Selon l'Agence Nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM), les stupéfiants et les psychotropes sont définis de la manière suivante : « *toutes substances psychoactives pouvant, dans le cadre d'un usage détourné, faire l'objet de pharmacodépendance ou d'abus* » (ANSM 2017).

En France, la classification des substances est établie sur la base des conventions internationales. Selon l'article L.5132-1 du code de la santé publique, ces substances dites « vénéneuses » sont répertoriées en 4 catégories (*cf.* Tableau 6) :

- Les **stupéfiants** (classés en 4 groupes sur la base du classement international)
- Les **psychotropes** (classés en 3 groupes sur la base du classement international)
- Les substances **listées I et II** (médicaments soumis à prescription médicale)
- Les substances dites « **dangereuses** » pour la santé (commercialisées dans l'industrie ou l'agriculture)

	<i>Stupéfiants</i>	<i>Psychotropes</i>
I	Equivaux aux substances des groupes I et IV du classement international des stupéfiants ²⁸	Substances des groupes III et IV de la classification internationale des psychotropes
II	Equivaux aux substances des groupes I et IV du classement international des stupéfiants	Préparations de substances considérées comme stupéfiants en France
III	Substances des groupes III et IV et certains produits des groupes I et II de la classification internationale des psychotropes ²⁹	Substances non classées à l'international
IV	Substances psychostimulantes et précurseurs n'appartenant pas à la classification internationale ³⁰	-

Tableau 6 : Classification française des stupéfiants et psychotropes

Source : ANSM, 2013

Concernant les drogues consommées dans le *slam*, la cocaïne, les amphétamines, les cathinones et la kétamine³¹ appartiennent à la liste française des produits stupéfiants (selon l'arrêté du 22 février 1990 consolidé en août 2018 publié dans le *Journal Officiel*).

En dehors de son utilisation en milieu hospitalier, le GHB fait également parti des produits stupéfiants depuis 2002 contrairement à son précurseur chimique, le GBL, qui ne rentre pas dans cette liste (Arrêté du 22 février 1990 *Journal officiel* 2018).

Les stupéfiants, considérés comme produits illicites qu'ils soient d'origine naturelle ou synthétique, sont soumis à une réglementation stricte.

En France, les lois du 31 décembre 1970 puis du 5 mars 2007 condamnent tout aussi bien l'usage que la détention, la production et la vente de ces produits. Selon l'article L3421-1 du code de la santé publique, l'usage de ces substances est pénalisé par une amende pouvant aller jusqu'à 3750 euros et d'un an d'emprisonnement (Code de la santé publique 2007).

Le trafic de produits stupéfiants est soumis à des peines plus lourdes (Code pénal 2002). La France, tout comme cinq autres pays européens (Chypre, Estonie, Suède, Norvège et Hongrie),

²⁸ La cocaïne appartient au groupe I de la liste française des stupéfiants

²⁹ Méthamphétamine, MDMA, cathinones et GHB appartiennent au groupe III de la liste française des stupéfiants

³⁰ La kétamine appartient au groupe IV de la liste française des stupéfiants

³¹ L'arrêté du 17 janvier 2017 complète la liste des stupéfiants par la kétamine sous forme injectable utilisée en milieu hospitalier et soumis à de nombreux détournements.

a mis en place une politique répressive en matière de drogues sans réelle distinction entre l'usage et la possession, comparativement à plus de la moitié des pays de l'UE qui appliquent une législation plus souple (Protais 2016).

B.4.2 Procédures d'enregistrement des stupéfiants

B.4.2.a Au niveau européen

L'enregistrement des substances stupéfiantes est réalisé selon différentes procédures.

Au niveau Européen, il existe trois procédures (Hughes et Blidaru 2009) :

- La procédure « **standard** » la plus couramment utilisée.
- La procédure « **d'urgence** » qui permet un contrôle rapide et temporaire d'une nouvelle substance. Le contrôle doit être confirmé par la procédure standard. En l'absence de confirmation sur une période limitée, la procédure est caduque.
- La procédure « **rapide** » où le contrôle est permanent, c'est-à-dire qu'il ne peut pas expirer.

Afin de faire face à l'émergence des NPS, l'Union Européenne a mis en place un système « centralisé », le « Early Warning System » ou système d'alerte précoce européen. Coordonné par l'OEDT, Europol et le Réseau Européen sur les drogues et les toxicomanies (REITOX), celui-ci permet d'enregistrer une nouvelle substance dans la liste des stupéfiants dans l'ensemble des pays de l'UE (EMCDDA s. d.).

Parallèlement à ces procédures, deux autres méthodes d'enregistrement ont été créées afin de renforcer le contrôle et l'interdiction des NPS (Hughes et Blidaru 2009) :

- L'enregistrement « **générique** » : permet de classer un groupe de molécules parmi les stupéfiants.
- L'enregistrement « **analogue** » : permet de classer des substances qui présentent des effets semblables à une molécule de référence.

B.4.2.b Au niveau français

L'enregistrement classique des stupéfiants est réalisé après l'étude du caractère addictogène et du risque sanitaire de chaque produit associé au degré de contrôle souhaité (INPES 2004).

Ce dernier suit plusieurs étapes (ANSM 2013) :

- Evaluation et analyse des données pharmacologiques d'une substance par le Comité Technique des Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP)
- Présentation des analyses à la Commission Nationale des Stupéfiants et Psychotropes (CNSP)
- Etude puis présentation des résultats au Directeur général de l'ANSM
- Présentation des résultats au Ministère de la Santé et publication au *Journal Officiel* d'un arrêté ministériel modifiant le premier arrêté datant du 22 février 1990.

Le 27 juillet 2012, la France a eu recours à l'enregistrement « générique » pour classer l'ensemble des cathinones de synthèse dans la liste des produits stupéfiants (Arrêté du 27 juillet 2012, *Journal officiel*).

B.4.3 Cas de substances licites détournées de leur usage en France : Poppers et GBL

B.4.3.a Cas du poppers

Depuis 1990, la législation concernant l'usage de poppers a évolué.

Premièrement, le décret du 26 mars 1990 interdisait la vente de deux substances : nitrite d'amyle et de butyle. Puis à partir de 2011, l'interdiction s'est étendue à l'ensemble des substances volatiles nitrites. En 2013, le Conseil d'état a pris la décision d'annuler l'arrêté de 2011 faute d'études concernant la toxicité de ces substances (CEIP-A 2013).

Ainsi, à l'heure actuelle la vente et l'usage de poppers sont autorisés en France. Utilisées au départ comme solvants organiques pour dissoudre des corps gras, ces substances sont détournées de leur usage pour leurs effets psychotropes (Gandilhon et Cadet-Taïrou 2013).

B.4.3.b Cas du GBL

Le GBL, métabolisé en GHB une fois ingéré, est détourné de son utilisation industrielle pour ses effets psychotropes similaires au GHB. Depuis le 2 septembre 2011, le GBL est classé parmi les « produits surveillés » et sa vente et sa cession³² est interdite au grand public suite aux abus déclarés à l'origine d'intoxications (MILDECA 2015a) ; (Cadet-Taïrou, Lahaie, et Gandilhon 2009).

³² Concerne la matière première de GBL ainsi que les produits contenant une concentration en GBL supérieure à 10% ou un volume dépassant les 100ml.

Chapitre.C Les risques liés à la pratique du *slam*

La pratique du *slam* expose le public HSH *slamer* à de nombreux risques que l'on peut classer en trois catégories (Figure 11) (Anne Batisse et al. 2016) :

- Les risques liés directement aux produits consommés
- Les risques liés aux différents modes de consommation et notamment à l'injection IV qui définit le *slam*.
- Les risques liés aux pratiques sexuelles



Figure 11 : Les différents risques liés à la pratique du *slam*

Source : Batisse.A et al., 2016

Dans ce contexte, le manque de connaissances des moyens de RdR accroît la vulnérabilité de cette population.

Ainsi, la prise de risques apparaît comme un phénomène omniprésent chez les *slamers* et peut parfois entraîner de graves complications médicales (Foureur et al. 2013).

C.1 Les risques liés aux produits consommés

Les effets indésirables dus à la consommation de produits sont divers et varient d'une personne à une autre. Ils dépendent des substances consommées et de leur dose ainsi que de la fréquence de prise (aigüe ou chronique) (Assi et al. 2017). On peut distinguer les complications somatiques (cardiovasculaires, neurologiques entre autres) des problèmes psychiques aigus (psychoses, délires, troubles du comportement, ...) ou chroniques (dépendance, dépression). Parallèlement, la polyconsommation de substances en contexte de *slam* est un phénomène courant, comme nous l'avons vu et est à l'origine de nombreuses interactions entre les drogues elles-mêmes ou avec différents médicaments (traitements antirétroviraux ou ARV, BZD et médicaments des dysfonctions érectiles). Toutes ces complications sont parfois responsables de conséquences graves pouvant aller jusqu'au décès.

Dans cette partie nous nous attarderons sur l'étude de la toxicité induite par la prise de cathinones synthétiques à l'origine de la pratique du *slam* en explicitant également quelques effets indésirables spécifiques aux autres drogues consommées. Il est important de notifier que les complications exposées ne sont pas systématiquement corrélées à l'usage seul de cathinones mais plutôt associés à d'autres produits dans ce contexte. De plus, le manque de données sur la toxicité de ces molécules limite les conclusions scientifiques qui sont basées, à l'heure actuelle, sur des rapports de cas et des observations cliniques (Prosser et Nelson 2012); (UNODC 2013).

C.1.1 Complications somatiques

(Prosser et Nelson 2012) ; (Zawilska et Wojcieszak 2013) ; (Assi et al. 2017) ; (Karila et al. 2015) ; (Hohmann, Mikus, et Czock 2014)

C.1.1.a Complications cardiovasculaires

Les complications cardiovasculaires dues à la prise de produits sont fréquemment mentionnées. Ainsi, les troubles décrits le plus souvent sont la tachycardie, une augmentation de la pression artérielle, des palpitations, des douleurs thoraciques, des dyspnées et à moindre mesure une vasoconstriction périphérique qui peut être à l'origine de cardiomyopathies ischémiques ou d'infarctus du myocarde et d'arrêts cardiaques.

C.1.1.b Complications neurologiques

Tout comme les problèmes cardiovasculaires, les complications neurologiques sont courantes chez les consommateurs de cathinones. Les plus fréquentes sont des céphalées, des vertiges, des étourdissements, des tremblements, des dystonies musculaires (mouvements involontaires des muscles), des convulsions, des paresthésies, un bruxisme (grincement des dents lié à une contraction de la mâchoire), une mydriase (dilatation des pupilles). On peut également observer une amnésie, une diminution de la concentration, une difficulté à la parole, des insomnies, une désorientation, une sudation excessive. L'apparition d'un syndrome parkinsonien, caractérisé par des convulsions, un engourdissement des membres et une perte de sensations douloureuses est également décrit.

C.1.1.c Autres complications

En plus des effets indésirables neurologiques et cardiovasculaires, la prise de cathinones de synthèse entraîne des complications diverses :

- Complications gastro-intestinales : nausées, vomissements, amaigrissement et douleurs abdominales.
- Complications hépatiques : anomalie des fonctions hépatiques voire une insuffisance hépatique.
- Complications rénales : élévation de la créatinine, hyponatrémie pouvant entraîner un œdème cérébral, hyperkaliémie, hyperuricémie, voire des insuffisances rénales aiguës pouvant conduire à des lésions rénales.
- Complications respiratoires : essoufflement, dyspnée, insuffisance respiratoire pouvant aller jusqu'à l'arrêt respiratoire.
- Complications hématologiques : anémie, coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), thrombocytopénie.
- Complications musculaires : augmentation de la créatine-kinase (CK), rhabdomyolyse et vasoconstriction périphérique.
- Complications ophtalmologiques : mydriase, vision trouble, mouvements involontaires des globes oculaires.
- Autres complications : rash cutané, épistaxis, irritations oraux-pharyngées, hyperthermie, douleurs osseuses, syndrome sérotoninergique, etc.
- Complications liées à la polyconsommation :

Les psychostimulants consommés dans le *slam*, tels que la cocaïne et les amphétamines entraînent des effets indésirables similaires aux cathinones.

Outre les effets mentionnés ci-dessus, l'ecstasy ou MDMA peut induire une hyperthermie (augmentation de la température corporelle) à l'origine de déshydratation associée ou non à des risques cardiaques, rénaux ou perte de connaissance aux conséquences parfois très graves (coma) (Laure et al. 1999).

La méthamphétamine entraîne des effets similaires aux amphétamines, mais de plus grande intensité et durée.

Les complications cardiovasculaires graves rapportées, liées à la prise de cocaïne, sont des cas d'infarctus du myocarde, de troubles du rythme (notamment augmentation du QT avec torsade pointe), de myocardite, d'ischémie myocardique, d'accident vasculaire cérébral (HAS 2010).

La consommation de GHB/GBL est, quant à elle, à l'origine de nombreux cas de perte de conscience (G-Hole) lorsque les doses ne sont pas maîtrisées ou associées à d'autres produits. Les conséquences peuvent être graves, des cas de comas parfois fatals ont été recensés (Gérome et Chevallier 2018).

Tout comme le GHB, la kétamine peut entraîner des pertes de conscience ou K-Hole.

Enfin, outre les complications cardiovasculaires engendrées par la prise de popppers, des atteintes oculaires avec notamment des troubles de la vision ont été décrit (Davies et al. 2012).

C.1.2 Complications psychiques et psychiatriques

Parallèlement aux effets somatiques, la prise de drogues induit des modifications psychiques à l'origine de complications psychiatriques très fréquentes qui peuvent s'étendre sur de longues périodes.

C.1.2.a Aigues

L'effet indésirable le plus fréquent à l'origine de consultation médicale d'urgence est un comportement agité. Il est souvent associé à une attitude agressive avec des signes d'anxiété et de confusion. Conjointement, des attaques de paniques, des hallucinations visuelles et sonores, des états délirants ou un comportement paranoïaque peuvent être observés pouvant conduire à des actes violents et destructeurs (automutilation, agressions, idées et/ou tentatives suicidaire).

C.1.2.b Chroniques

Pour la majorité des produits consommés en contexte de *slam*, un syndrome de dépendance peut être observé.

Selon la classification statistique internationale (CIM-10) de l'OMS, la dépendance à une substance est « *un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités* » (OMS s. d.). Le DSM-IV (Manuel diagnostique des troubles mentaux) définit la dépendance à partir d'un ensemble de critères.

Ainsi, la dépendance à une substance est déterminée par « *un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significatives* » associés à trois critères (au minimum) sur une période ininterrompue de 12 mois (HAS 2014) :

- Augmentation des doses de substances consommées pouvant s'étendre sur une période plus longue.
- Diminution ou contrôle impossible de la consommation malgré l'envie d'arrêter l'usage.
- Présence d'un syndrome de sevrage suite à l'arrêt de la consommation ou besoin de consommer d'autres substances pour prévenir les signes de sevrage.
- Augmentation de la tolérance aux produit addictifs (augmentation des doses pour ressentir les mêmes effets).
- Augmentation de temps passé à acheter, consommer une ou des substances et faire face à « la phase de descente » engendrée par celles-ci.
- Désocialisation par diminution ou cessation d'activités sociales en faveur d'une consommation de produit.
- Persistance de l'usage de produit malgré des complications psychiques ou physiques nuisibles.

Ce phénomène de dépendance s'explique par le mécanisme d'action des drogues sur le système dopaminergique. En effet, la libération anormale de DA induite après consommation de certaines substances psychoactives entraîne une activation du « circuit de la récompense »,

moteur de l'identification des plaisirs, à l'origine de la dépendance. Le potentiel de dépendance varie d'une substance à une autre, selon les modes d'usage et entre les individus (Tassin 2002). Chez les *slamers*, il est fréquent d'observer une dépendance aux produits avec un phénomène de « *craving* », c'est-à-dire une envie incontrôlable de consommer, qui semble être, selon les usagers, plus important avec les cathinones synthétiques qu'avec la cocaïne (A. Batisse et al. 2016). La dépendance aux produits peut s'installer rapidement et les pratiques sexuelles devenir prétextes à la consommation de substances (Foureur et al. 2013).

Associée à la dépendance aux produits, la dépendance sexuelle peut être présente chez certains *slamers* bien que ce phénomène reste peu mentionné dans la littérature (Schreck et al. 2017). Parallèlement au phénomène de dépendance, la pratique du *slam* peut amener à des épisodes dépressifs dus à des phases de « décente » voire à une dépression chronique souvent liée à une rupture sociale. En effet, il n'est pas rare d'observer une désocialisation familiale et professionnelle lorsque le *slam* devient omniprésent (Foureur et al. 2013).

Que les complications soient somatiques ou psychiques, plusieurs cas d'intoxications aiguës aux cathinones (le plus souvent associés à d'autres substances) allant parfois jusqu'au décès ont été décrits dans la littérature (Valente et al. 2014). En 2016, le CHU de Nantes, par exemple, a fait état de quatre cas d'intoxication dont un décès, liée à la prise de 4-MEC en contexte de *chemsex/slam*. Neurologiques, respiratoires ou psychiatriques, ces complications surviennent majoritairement après consommation de plusieurs produits (Allard et al. 2017).³³

C.1.3 Interactions entre les produits consommés

La prise concomitante de stimulants (cathinones, cocaïne, MDMA/ecstasy, méthamphétamine), et/ou de dépresseurs (GHB, poppers, BZD, alcool), et/ou de dissociatifs (cannabis, kétamine) avec certains traitements comme le traitement antirétroviral contre le VIH peut être à l'origine de plusieurs mécanismes d'interactions qui constituent un risque majeur pour la population *slamer*.

Parmi les interactions pharmacologiques, on distingue les interactions pharmacocinétiques et les interactions pharmacodynamiques. Une interaction pharmacocinétique est définie par une modification de la cinétique (absorption, distribution, biotransformation et élimination) d'un produit par un autre. Une interaction pharmacodynamique est caractérisée par un changement

³³ Poster : 4-MEC et chemsex : 4 cas dont 1 mortel, CHU de Nantes

de l'activité d'une substance par une autre sans altération de la pharmacocinétique (Ben Amar 2007). Il est important de noter que ces interactions varient d'un individu à un autre en fonction de plusieurs facteurs pharmacologiques, physiques, psychologiques et environnementaux et peuvent avoir des conséquences plus ou moins graves.

C.1.3.a Interactions entre drogues (Ben Amar 2007) ; (AQPSUD, s. d.)

D'une manière générale, les interactions sont majoritairement pharmacodynamiques. L'association de plusieurs substances représente un risque plus ou moins important en fonction des produits et de leur classification pharmacologique.

Premièrement, la prise simultanée de plusieurs psychostimulants entraîne une augmentation des effets « agréables » mais aussi toxiques de ces derniers. Par exemple, l'association cocaïne-méthamphétamine potentialise le risque cardiovasculaire et la déshydratation induite au départ par la prise de méthamphétamine seule (MILDECA 2015b), (*cf.* Annexe 2).

Deuxièmement, la consommation d'un stimulant associé à un dépresseur du SNC peut être à l'origine d'une potentialisation des sensations d'euphorie, d'une diminution des effets dits « désagréables » et dans les cas les plus graves, d'arythmie cardiaque et d'arrêt respiratoire.

De plus, il arrive souvent que les effets ressentis soient diminués ou « masqués » par une prise simultanée de stimulant et dépresseur, incitant le consommateur à prendre des doses plus importantes au risque de surdosage.

Ensuite, la prise de plusieurs dépresseurs potentialise les effets dépresseurs sur le SNC à l'origine de complications graves pouvant être fatales (*cf.* Annexe 2). Par exemple, la consommation d'alcool avec du GHB et/ou de la kétamine peut amener à une perte de conscience (G-Hole ou K-Hole). Notons également que la prise concomitante d'alcool et de poppers, deux substances dépressives du SNC, peut augmenter les effets vasodilatateurs du poppers provoquant une hypotension à l'origine de syncope voire d'un collapsus cardiovasculaire.

Enfin, dans le cas du *slam*, le recours aux stimulants sexuels pour corriger les dysfonctions érectiles liées à la prise de drogues est à l'origine de risques sanitaires importants principalement cardiovasculaires. C'est le cas d'associations courantes telles que l'ecstasy/MDMA et sildenafil appelé « sextasy » qui majore le risque d'accidents cardiovasculaires ou encore du poppers associés au sildenafil, contre indiqué, pouvant causer

de l'hypotension à l'origine de complications cardiaques (Ben Amar 2007) ; (Swearingen et Klausner 2005), (cf. Annexe 2).

C.1.3.b Interactions entre drogues et antirétroviraux et/ou anti-VHC

La forte prévalence d'infections au VIH et VHC dans la population *slamer* interroge sur l'association entre les traitements antirétroviraux (ARV) et/ou anti-VHC et les drogues. En effet, le risque d'interactions entre ces différentes substances (cf. Annexe 3 et 4), majoritairement pharmacocinétiques, n'est pas à négliger malgré le manque de données scientifiques.

Ce risque s'explique par le mécanisme de métabolisation des produits dans l'organisme. La majorité des drogues consommées lors de plans *slam* sont métabolisées par les cytochromes P450 (principalement les isoenzymes CYP2D6, CYP2C9 et CYP2C19) tout comme certains ARV et anti-VHC (Bracchi et al. 2015) ; (cf. Tableau 7). En effet, certains médicaments agissent comme inhibiteurs ou inducteurs enzymatiques plus ou moins puissants de ces isoenzymes, pouvant entraîner une modification du métabolisme des substances consommées et donc de leur exposition sanguine, source de complications plus ou moins significatives d'un point de vue clinique et parfois fatales (Henry et Hill 1998).

Drug name (alternative/street names)	Route of administration	Bioavailability when orally administered	Metabolism	Half-life	Interaction potential
Crystal methamphetamine (Crystal, Tina, Meth)	Oral ingestion, smoke, insufflation, rectal insertion, IV	67–80%	CYP2D6; Other non-CYP pathways (minor)	~12 h	Moderate (COBI/RTV inhibition of CYP2D6)
MDMA (Ecstasy, X, Mandy)	Oral ingestion, insufflation (capsules/ tablets/powder)	40–60%	CYP2D6; CYP1A2, CYP2B6 and CYP3A4 (minor)	~7h	Moderate (COBI /RTV inhibition of CYP2D6)
Mephedrone (Miaw Miaw, plant food, bath salts)	Oral ingestion, insufflation (most common), rectal insertion (dissolved or as gel forms), IV	10%	CYP2D6; NADPH-dependent enzymes (minor)	30 min–1.5 h	Moderate (COBI /RTV inhibition of CYP2D6)
Cocaine (Charlie, C, Coke)	Oral ingestion, insufflation (most common), smoke, IV	30–60%	Plasma/liver cholinesterases	0.5–2 h	Low to moderate
Ketamine (K, vitamin K, special K)	Oral ingestion, insufflation, IV or IM	20–45%	CYP3A4; CYPB6 and CYP2C9 (minor)	1.8–2.8 h	High (COBI /RTV inhibition of CYP3A4)
GHB/GBL/1,4 GD (G, Gina, liquid E)	Oral ingestion (liquid), (rarely IV)	GHB: 59–65% GBL: 85%	GHB: GHB-DH and SSA-DH GBL: Lactonase 1,4 BD: alcohol DH and aldehyde DH	GHB: 20–60 min (GLB and 1,4 BD are rapidly converted to GHB)	Unknown
Benzodiazepines (alprazolam, diazepam)	Oral ingestion (tablets), rectal (gel forms), IV (crushed tablets)	Diazepam: 100% Alprazolam: 90%	Diazepam: CYP3A4; CYP2C19 (minor) Alprazolam: CYP3A4	Alprazolam: 12–15 h Diazepam: 43–56 h	High (COBI /RTV inhibition of CYP3A4)
EDAs (sildenafil, tadalafil, vardenafil)	Oral ingestion (tablets)	Sildenafil: 41% Tadalafil: 80% Vardenafil: 15%	CYP3A4	Sildenafil: 4 h Tadalafil: 17.5 h Vardenafil: 4.5 h	High (COBI /RTV inhibition of CYP3A4)

1,4 BD, 1,4 butanediol; COBI, cobicistat; DH, dehydrogenase; EDA, erectile dysfunction agents; GBL, gamma-butyrolactone; GHB-DH, gamma-hydroxybutyrate dehydrogenase; IM, intramuscular; IV, intravenous; NADPH, nicotinamide adenine dinucleotide phosphate (reduced form); RTV, ritonavir; SSA-DH, succinic semialdehyde dehydrogenase.

Tableau 7 : Caractéristiques pharmacologiques de substances consommées dans le slam

Source : Bracchi.M et al., 2015

Les « boosters » (ritonavir et cobicistat) et les inhibiteurs de la protéase du VIH sont les molécules les plus impliquées dans les interactions avec les drogues retrouvées dans le slam.

Leur action inhibitrice plus ou moins forte des CYP450 (CYP3A4 et CYP2D6 principalement) explique l'augmentation des concentrations plasmatiques des drogues et donc de leur activité à l'origine de surdosage.

Par exemple, les cathinones tout comme l'ecstasy/MDMA et la méthamphétamine subissent une métabolisation par le CYP2D6 majoritairement et l'action inhibitrice puissante du ritonavir sur le CYP2D6 potentialise alors la toxicité de ces drogues. La kétamine, quant à elle est métabolisée par le CYP3A4, et interagit fortement avec le ritonavir et le cobicistat ainsi qu'avec certains inhibiteurs de la protéase du VHC.

Il existe également des interactions avec les BZD qui sont métabolisées par les CYP450 notamment le CYP3A4. Le risque d'interaction avec les ARV et anti-VHC est donc possible et peut être à l'origine de sédation sévère voire de détresse respiratoire (Antoniou et Tseng 2002). Enfin, les stimulants sexuels (tadalafil, vardenafil, sildenafil) sont eux aussi métabolisés par les CYP3A4 et leur consommation concomitante avec le ritonavir ou le cobicistat notamment, entraîne une augmentation de leur concentration et par conséquent majore le risque de toxicité cardiovasculaire (Bracchi et al. 2015).

Concernant le GHB, sa métabolisation dépend principalement de la GHB-déshydrogénase et autres enzymes ; cependant des données *in vivo* chez le rat suggère une possible implication des CYP450 dans sa métabolisation. L'implication des CYP450 dans sa métabolisation chez l'homme est donc incertaine mais d'après quelques « case report », la prise simultanée de GHB et d'inhibiteur de la protéase du VIH, du cobicistat ainsi que de certains inhibiteurs de la protéase du VHC pourrait être à l'origine d'interactions toxiques (Antoniou et Tseng 2002) ; (Bracchi et al. 2015).³⁴

Un tableau résumant les différentes interactions entre les ARV et les drogues/médicaments détournés de leur usage est disponible sur le site « hiv-druginteractions.org » crée et actualisé par l'Université de Liverpool (Liverpool University s. d.a) (*cf.* Annexe 3 et 4). Cette même université a également mis en ligne un site identique dédié aux interactions entre les médicaments des hépatites et autres substances (Liverpool University s. d.b).

Pour pallier à ces risques potentiels dans le cas du *slam*, il est important d'adapter au mieux les traitements ARV et/ou anti-VHC aux différents profils de *slamers* selon leur consommation.

³⁴ Interactions between recreational drugs and antiretroviral agents , Tony Antoniou and Alice Lin-In Tseng et Increasing use of party drug in people living with HIV on antiretrovirals: a concern for patient safety. M.Bracchi and al, 2015

C.1.4 Compositions aléatoires des produits achetés

Un autre risque à prendre en considération dans la pratique du *slam* est la composition aléatoire des produits achetés. Le dispositif SINTES (Système d'identification national des toxiques et substances) de l'OFDT a publié récemment un document résumant la composition des substances collectées sur l'année 2017. Bien que les produits analysés soient majoritairement ceux attendus, certaines substances sont coupées avec des produits plus ou moins toxiques ou remplacées par d'autres molécules aux effets variables.

Ainsi, certains sites de vente en ligne vendent des produits sous des appellations erronées. C'est le cas de la 3-MMC, par exemple, vendue sous ce nom bien que remplacée ou mélangée avec d'autres cathinones synthétiques aux effets et dosages différents. Par conséquent, les risques de surdosage et les effets toxiques liés à la prise de produits inconnus ne sont pas à négliger.

Pour faire face à ces risques, des méthodes d'analyse qualitative et/ou quantitative de produits existent et constituent un moyen certain de RdR (Néfaud 2018) ; (A. Batisse et al. 2018).

C.2 Les risques liés aux modes de consommation

Au-delà des risques liés aux produits seuls, les différents modes d'administration constituent une prise de risques majeure.

Dans le cas du *slam*, l'injection IV prédomine et les complications peuvent être locales, générales et/ou infectieuses.

C.2.1 Risques liés à l'utilisation de la voie injectable (Le CRIPS et DGS 2001)

Les complications engendrées par l'utilisation de la voie injectable sont dues aux mauvaises pratiques de préparation et d'injection des produits.

C.2.1.a Complications locales

Dans le cas du *slam*, les complications locales sont fréquentes. Les répétitions d'injections au cours d'un même plan *slam* par des injecteurs parfois non expérimentés peuvent être à l'origine de différentes affections notamment cutanées du fait des propriétés vasoconstrictrices des substances (Mahevas et al. 2016). On retrouve ainsi des cas d'(de) :

- Inflammation voire infection localisées au point d'injection, très courante.
- Veinite (inflammation d'une veine superficielle)
- Phlébite à l'origine d'embolie pulmonaire.

- Cellulites, infection grave d'une zone étendue de la peau.
- Gangrène, complication de cellulite avec destruction des tissus cutanés.
- Nécrose due à une mauvaise injection en dehors de la veine provoquant une destruction locale des tissus de la peau.

Ces complications peuvent être évitées par l'utilisation d'un matériel stérile et l'application de bonnes pratiques d'injection. Dans le cas contraire, il arrive que des micro-organismes bactériens prolifèrent dans la circulation générale et entraînent d'importantes complications à ne pas négliger.

C.2.1.b Complications systémiques (Le CRIPS et DGS 2001)

La prolifération de bactéries dans la circulation générale, appelée bactéricémie ou septicémie, peut survenir lorsque les produits et matériels utilisés pour l'injection ne sont pas aseptisés. Elle se caractérise par l'apparition de symptômes tels qu'une forte fièvre, des frissons, un malaise général voire un « état de choc » (diminution très importante de la pression sanguine). Selon les organes touchés, on parle :

- D'endocardite lorsque les bactéries se multiplient au niveau des valves cardiaque, avec une augmentation de la température corporelle et un souffle cardiaque.
- De méningite au niveau du cerveau, caractérisée par l'apparition de céphalées intenses, d'une forte fièvre, de vomissements, raideur de la nuque allant jusqu'à la perte de conscience voire le coma.
- D'abcès cérébral avec maux de tête localisés et fièvre associés à une défaillance neurologique.
- D'arthrite avec douleurs et inflammation.
- D'abcès pulmonaire, dont les signes alarmants sont une toux grasse, douleur thoracique et gêne respiratoire.

Ces cas de complications graves peuvent nécessiter une hospitalisation en urgence.

C.2.1.c Risques infectieux

Les mauvaises pratiques d'injection avec notamment le partage de matériels souillés au cours d'un plan *slam* constitue une prise de risque majeure à l'origine d'infections virales, et plus particulièrement le VIH et le VHC (transmission par voie sanguine). Une pratique particulièrement à risque de transmission a été observé chez certains *slamers* qui récoltent leur

sang dans une seringue, le diluent avec les substances à injecter et réinjectent le mélange à leurs partenaires (Kirby et Thornber-Dunwell 2013).

Outre les infections virales, les infections bactériennes (tétanos) ou fongiques (mycoses dues à *Candida Albicans*) sont possibles.

C.2.2 Risques liés aux autres voies d'administration

L'utilisation de la voie orale peut entraîner des effets indésirables tels que des vomissements et reflux gastrique à l'origine de complications comme des lésions œsophagiennes et dentaires.

Le recours au « sniff » peut sensibiliser la muqueuse nasale entraînant des épistaxis et parfois des ulcérations ou perforations de la cloison nasale (InforDrogues 2018). Ce phénomène est surtout observé avec des produits corrosifs tels que la cocaïne ou les cathinones. Le partage de matériel (paille) est également à l'origine de risque infectieux avec des contaminations par le VHB et/ou VHC (Barbier 2017).

Le recours au « plug » anal peut entraîner des irritations au niveau de la muqueuse anale à l'origine de micro saignements et d'ulcérations qui potentialisent le risque d'infections virales (Barbier 2017).

Enfin, la voie inhalée est particulièrement liée à des complications pulmonaires (toux, bronchites, difficulté respiratoire).

C.3 Les risques liés aux pratiques sexuelles

Les rapports sexuels dits « à risque » sont courants en contexte de *slam*. En effet, la multiplicité des partenaires et des rapports sur des périodes prolongées, le non recours aux préservatifs appelé communément en anglais « bareback » ainsi que l'expérimentation de pratiques « hard » traumatiques sont la source de nombreuses complications (Barbier 2017).

Dans ce contexte, la consommation de produits désinhibants augmenterait la prise de risques sexuels (Colfax et al. 2004).

Tout d'abord, les infections sexuellement transmissibles virales ou bactériennes constituent une des principales complications majeures.

D'une manière générale en France, les contaminations par le VIH ne diminuent pas au sein de la population HSH. En 2017, sur environ 6000 nouvelles découvertes de séropositivités VIH,

45% concernaient des HSH (soit 2700) (SIDACTION 2017). Les co-infections par le VHC sont également importantes en population HSH (en 2013, 13 à 23%) (Anne Batisse et al. 2016).

Malgré le peu de données concernant la prévalence du VIH et du VHC dans la population *slamer*, le risque infectieux apparaît comme un facteur central qu'il soit antérieur à la pratique du *slam* ou induit par celle-ci.

Ainsi, dans l'étude du CEIP-A réalisée entre 2008 et 2013, sur 39 *slamers* interrogés, 32 sont séropositifs (soit 82%) et un cas a été diagnostiqué positif au VIH suite à la pratique du *slam*. Sur ces 82%, la moitié présentait une co-infection par le VHC (Anne Batisse et al. 2016).

Les données collectées par le CEIP-A entre 2008 et 2017 et présentées en 2018, montre que 45% des *slamers* sont séropositifs avec 43% des cas co-infectés par le VHC. De plus, cette étude témoigne de cas de séroconversions suite à la pratique du *slam* : huit cas de séroconversion VHC, un cas de contamination par le VIH et un cas de co-infection VHC/VIH (A. Batisse, Peyrière, et Djezzar 2018).

Une étude quantitative réalisée au centre de santé sexuelle 190 à Paris entre 2013 et 2014 confirme cette tendance. En effet, 92% des pratiquants du *slam* étaient séropositifs. De plus, un cas d'infection par le VIH et cinq cas d'infections par le VHC suite à la pratique du *slam* ont été recensés (Fontaine, Pierre, et Ohayon 2014).

Bien qu'au départ la plupart des *slamers* séropositifs soit sous traitement ARV, la fatigue et la modification de l'état de conscience lors des sessions *slam* peut impacter sur l'observance aux traitements et rendre cette population encore plus vulnérable face aux virus.

Ensuite, lors de session *slam*, les rapports sexuels « hard » traumatiques augmentent le risque d'infections, les muqueuses fragilisées étant des portes d'entrée aux virus. La transmission du VHC se fait principalement par voie sanguine lorsqu'il y a partage de matériel, plus rarement par voie sexuelle. Dans le cas du *slam*, les rapports hard favorise sa transmission. Il est donc difficile de savoir quelle est la cause de la contamination : partage de matériels ou pratiques sexuelles ; les deux étant imbriqués. C'est le cas également pour le virus de l'hépatite B qui se transmet par voie sanguine.

Les rapports anaux, quant à eux, peuvent être à l'origine d'une contamination par le VHA. Une épidémie d'hépatite A chez des HSH a d'ailleurs été déclarée en France entre décembre 2016 et d'avril 2017 (Le Bourhis-Zaimi et al. 2017).

Enfin, associées à ces infections virales, les IST d'origines bactériennes telles que les chlamydias, la syphilis ou la gonorrhée sont courantes en contexte de *slam*. En effet, dans le rapport du CEIP de 2018, ces infections sont retrouvées dans 17% des cas (A. Batisse, Peyrière,

et Djezzar 2018). Pour illustrer ce propos, l'étude réalisée par le SMIT (Service des Maladies Infectieuses et Tropicales) de l'hôpital Tenon à Paris, montre un nombre élevé de cas de syphilis chez des *slamers* séropositifs VIH (47,1% ont un TPHA positifs).

La pratique régulière du *slam* entraîne une « dégradation psychique et physique très rapide » (Comité Scientifique Addictologie et Comité Scientifique Infectiologie 2013). Il est donc primordial de mettre en œuvre des moyens de RdR adaptés à chaque *slamer* afin de minimiser les nombreuses complications sanitaires développées plus haut.

**PARTIE.II LA REDUCTION DES RISQUES
DANS LE *SLAM* : VERS UNE APPROCHE
GLOBALE ?**

Chapitre.A CONTEXTUALISATION

A.1 Historique et évolution de la Réduction des Risques

L'histoire de la RdR est marquée par différents évènements qui ont permis l'émergence de principes désormais reconnus par l'Etat Français.

La France, contrairement à d'autres Pays européens pionniers en matière de RdR (comme la Suisse, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et les pays Nordiques), a mis du temps à considérer la nécessité d'une politique de RdR évolutive centrée sur la personne (Maestracci 2010).

Les controverses et oppositions, en accord avec une politique répressive des drogues, ont longtemps constitué un frein à son développement. Auparavant, la loi du 31 décembre 1970 impose à tout consommateur de drogue le sevrage ou l'abstinence lorsque celui-ci n'est pas considéré comme délinquant condamnable. Ce cadre législatif est appuyé par le décret de 1972 qui interdit la vente libre de seringue en pharmacie. L'objectif unique de l'époque est alors l'éradication des stupéfiants, de l'usage au trafic, sans aucune autre alternative (Fédération Française d'Addictologie 2016).

Bien vite, l'apparition et la propagation rapide de la maladie du SIDA marque un tournant dans l'histoire de la RdR. Dans ce contexte, les injecteurs de drogues apparaissent comme une population vulnérable, à l'égal des homosexuels touchés par les infections virales (VIH/VHC). La nécessité d'agir au plus vite afin de limiter le risque infectieux s'impose alors.

Le rôle de la seringue dans la contamination par le VIH et le VHC est indéniable et les nombreux décès liés à une maladie encore peu connue dans la population injectrice d'héroïne appellent les différents acteurs à la mobilisation pour développer des mesures efficaces.

La première réaction des pouvoirs publics face aux risques infectieux intervient en 1987. Michèle Barzach, alors ministre de la Santé, permet par décret 87-328, la vente libre et anonyme de seringues avec le message de RdR suivant : « strict usage unique » (INSERM 2010).

En même temps, les militants (médicaux ou non) et les associations commencent à opérer dans le champ de la RdR de manière illégale (Maestracci 2010).

Certains médecins généralistes, par exemple, vont prescrire des traitements de substitution à l'héroïne (TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés) malgré l'absence d'Autorisation de

mise sur le marché (AMM) pour cette indication. C'est aussi dans ce contexte qu'on assiste à l'émergence des premiers groupes « d'auto-support », comme ASUD³⁵ en 1992.

Dans la lignée des premières actions de RdR, de nouvelles mesures se développent petit à petit. Simone Veil va jouer un rôle clé dans le changement et l'acceptation institutionnelle de la RdR. En effet, alors ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, elle va faire de la RdR un « dispositif » ayant pour double objectif de diminuer les transmissions virales du VIH et du VHC et d'améliorer l'accès aux soins pour les usagers de drogues.

Son plan d'action de 1993 permet entre autres (Coppel 2002), (INSERM 2010) :

- ✓ L'ouverture des « boutiques » ou lieux d'accueil dédiés aux consommateurs de drogue qui facilite l'échange entre individus usagers et personnels associatifs sur le principe de « non-jugement » sans imposer le sevrage (Maestracci 2010)
- ✓ La création du « Stéribox³⁶ » ou kits d'injection à usage unique et personnel, mis à disposition dans les pharmacies pour les injecteurs de drogues afin de réduire les risques associés à la pratique d'injection.
- ✓ La reconnaissance légale du Programme d'échange de seringues (PES) et son développement au niveau national selon le décret du 7 mars 1995. Les seringues stériles peuvent désormais être délivrées gratuitement par des associations/institutions de prévention et/ou RdR.
- ✓ L'évolution des protocoles des TSO devenus moins restrictifs. La prescription de la méthadone et de la buprénorphine hautement dosée (Subutex®)³⁷ est désormais élargie aux médecins généralistes.
- ✓ La création de réseaux de médecins généralistes et d'équipes hospitalières destinées à l'accueil d'individus consommateurs d'opiacés.

Les résultats sont probants. En effet, alors que les transmissions par le VIH et VHC diminuent, que les décès liés aux surdoses de drogues baissent et que l'accès aux soins s'améliore (Couteron 2011), la consommation de drogue n'augmente pas (Maestracci 2010).

Toutefois, le modèle français conserve une approche principalement « sanitaire » de la RdR où le risque infectieux apparaît comme central. Cette vision s'oppose à une démarche plus globale

³⁵ Association Auto Support et réductions des risques parmi les Usagers de Drogues

³⁶ En 1999, le « Stéribox 2 », celui vendu actuellement, remplace le Stéribox. On y trouve deux seringues à insuline de 1ml, deux ampoules d'eau PPI, deux tampons imprégnés d'alcool à 70°, un tampon sec post-injection, une « stéricup » (ou cupule en aluminium), un filtre en coton, un préservatif et une notice d'utilisation.

³⁷ L'AMM du subutex® intervient en juillet 1995. Ce TSO peut être prescrit par tout médecin sans prescription initiale d'un spécialiste.

dans la prise en charge de la Réduction des méfaits (comme en Suisse et au Canada) où les dimensions sanitaires, psychosociales, légales, morales et relationnels sont imbriquées (Jaufret-Roustide 2011). Il faudra attendre août 2004 pour que la RdR soit reconnue légalement dans la politique de Santé publique avec une ouverture sur l'accompagnement « global » dans sa prise en charge.

La création en 2006 des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de drogues (CAARUD) puis, en 2008, de celle des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) marque ce tournant.

Parallèlement aux mesures de RdR liés à l'usage de drogues, des actions dans le champ de la RdR associés aux pratiques sexuelles des HSH, débutent à la fin des années 90. Les messages de prévention à destination des homosexuels des années 80 évoluent : le port du préservatif n'est plus le seul moyen préventif (Girard 2014). L'association AIDES va jouer un rôle central dans la prise en charge de la RdR notamment auprès du public HSH.

A.2 Définition de la RdR

L'article L-3121-3 de la loi de Santé Publique du 13 août 2004 définit la RdR de la manière suivante :

« La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants » (Code de la santé publique 2004).

Pendant près de 10 ans, cette définition exclut les risques liés aux substances légales mais potentiellement néfastes ainsi que les « dommages » induits par l'usage de produits psychoactifs stupéfiants ou non.

Cette loi est abrogée par la loi du 26 janvier 2016 qui stipule, selon l'article L-3411-7 du Code de la Santé Publique, que *« la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants »* (Code de la santé publique 2016).

Depuis 2016, on parle alors de Réduction des Risques et des Dommages (RdRD).

La politique de RdRD s'articule autour de plusieurs axes, à savoir :

- ✓ La diffusion d'informations concernant les risques et les dommages liés à l'usage de produits psychoactifs stupéfiants ou non.
- ✓ La mise à disposition de produits de santé, d'outils et de conseils de RdR adaptés (avec notamment l'expérimentation des salles de consommation et l'accompagnement et la supervision des consommations).
- ✓ La prise en charge adaptée à chaque consommateur de substances psychoactives afin d'améliorer leur état de santé général (physique, mental, social).
- ✓ L'analyse, la veille et l'information sur les produits circulants en vue d'informer les institutions publiques et les consommateurs sur les risques liés aux produits.

Cette politique s'appuie sur des fondamentaux, tels que le « non-jugement » (Jauffret-Roustide 2011) et l'accompagnement centré sur la personne (Bolo et Lhomme 2013). Ainsi, « *la réduction des risques consisterait à être plus attentif au mode de vie et aux comportements des usagers de drogues afin de leur proposer des mesures de santé publique adaptées à leurs besoins, et non pas imposées de l'extérieur* » (Jauffret-Roustide 2011).

D'une manière générale, la RdR constitue une politique évolutive multidisciplinaire destinée à un public hétérogène acteur de sa propre prise en charge.

A.3 Objectifs de la RdR dans le *slam*

Le caractère pluridimensionnel du *slam* bouscule les stratégies de RdR actuelles. Les différents éléments qui composent la pratique - injection de NPS ; pratiques sexuelles à risque ; sexualité et addiction ; infection par le VIH, VHC et/ou IST- constituent de multiples enjeux de la politique de RdR qui se doit évolutive afin d'être adaptée à la population *slamer*. Dans ce contexte, la RdR liés aux consommations de produits et la RdR associés aux pratiques sexuelles sont intimement liées et leur prise en charge doit être combinée.

Les principaux objectifs de la RdR dans le *slam* peuvent être résumés ainsi (Fred Bladou 2018):

- Limiter les infections VIH/hépatites/IST et les autres complications liées au *slam* grâce à l'amélioration de la « prévention combinée » et le développement de nouvelles approches globales médicales et comportementales.

- Favoriser les « consommations maîtrisées » à moindre risque grâce au développement de mesures de RdR adaptées liés à la consommation de produits en contexte sexuel (informations sur les produits, pratiques, risques et outils de RdR).
- Développer l'accueil des *slamers* dans des structures adaptées et « l'aller-vers » (« outreach ») pour aller à la rencontre d'un plus grand nombre de pratiquants non habitués des structures.
- Diminuer l'exclusion sociale grâce au soutien et à l'élaboration de liens entre *slamers* et professionnels.

A ce jour, la question du *chemsex/slam* fait partie intégrante du plan de santé sexuelle 2017-2030 avec pour objectif le renforcement de la prévention et de la RdR, du dépistage, de l'accès aux droits et à la prise en charge globale des HSH *slamers*.

Ainsi, plusieurs axes d'amélioration sont abordés afin de répondre aux objectifs de la RdR dans le *slam*, tels que (Ministère des affaires sociales et de la santé 2017):

- Le développement de la politique de RdR liés aux pratiques sexuelles au sein des structures médico-sociales, notamment d'addictologie.
- L'intégration de nouvelles pratiques *-slam/chemsex-* dans les démarches des établissements médico-sociaux avec le développement de nouvelles mesures de prévention et RdR adaptées, associant les pratiques sexuelles et la consommation de drogues, notamment de NPS.
- La mise en place d'un réseau de professionnels (associatifs, médicaux, institutionnels) formés aux questions du *slam/chemsex* avec un renforcement des compétences à travers des formations.
- Le développement des dépistages des IST, VIH et hépatites.
- L'augmentation de la couverture vaccinale.
- Le développement de la recherche en science-psycho-sociales vis-à-vis de ces pratiques de consommation en vue d'améliorer la prise en charge.
- La diminution des discriminations à travers l'évolution des représentations sociales pour favoriser l'accès au soin.

Ces différentes actions visent à rendre le *slamer* autonome et responsable afin de limiter les nombreuses complications liées à cette pratique. La nécessité de construire des outils de RdR spécifiques et de former différentes structures aux questions du *chemsex/slam* apparaît donc comme essentielle.

Chapitre.B Une multiplicité d'acteurs pour une prise en charge globale de la RdR dans le *slam*

B.1 Les acteurs communautaires : de l'accueil à « l'aller-vers »

Les risques sanitaires liés à la consommation de produits en contexte sexuel nécessitent une évolution dans les actions de RdR liés à la drogue peu présente dans les milieux gays (Tissot 2017). En réponse à l'émergence du *slam*, différentes structures communautaires associatives et groupes d'auto-support formés par des pairs se sont intéressés à cette pratique pour répondre aux besoins des *slamers* exposés à ces risques.

B.1.1 AIDES : un rôle central dans la RdR

L'association AIDES, pionnière en matière de RdR notamment dans la santé sexuelle, a développé des actions ciblées sur les *chemsexers/slamers*.

Tout d'abord, l'association a réalisé la première enquête qualitative autour de la question du *slam* en 2011 afin de mettre en lumière certaines caractéristiques de la pratique et des pratiquants et de réfléchir à des moyens de RdR adaptés en fonction des attentes des *slamers*.

Cette enquête constitue une ressource puisqu'aucune autre étude n'avait été réalisée auparavant au niveau français.

Parallèlement à cela, des lieux d'accueil anonymes et gratuits destinés à la prévention/RdR et santé sexuelle LGBT se sont ouverts dans différentes villes de France. Il s'agit d'une structure appelée LE SPOT créée en 2016 et ouverte à Paris et à Marseille (respectivement LE SPOT Beaumarchais et Le SPOT Longchamp) (Image 4).

Récemment, la même structure, LE SPOT Marshall, a ouvert ses portes à Nice en novembre 2018.



Image 4 : Logo Le Spot

Source : Aides

Ces lieux d'accueil proposent différents services d'écoute et d'accompagnement en matière de santé sexuelle (dépistages, vaccination, accès à la PrEP, outils et conseils de RdR, soutien psychologique) à travers des entretiens individuels et collectifs (AIDES 2018).

Régulièrement, des soirées autour des questions du *chemsex/slam* (produits ; plaisirs et effets recherchés ; NPS ; gestion des descentes ; les sexualités ; RdR ; PrEP ou traitement) y sont organisées : les « *before chemsex* » à Marseille ou « *ChillOut Chemsex* » à Paris. Ces sessions sont destinées au partage d'expériences entre *chemsexers/slamers* en présence de militants, pour développer des solutions adaptées à chacun sans jugement. Certains soirs, des professionnels (infectiologues, addictologues, pharmaciens) sont présents. A Marseille, par exemple, un psychiatre addictologue est présent pour dialoguer sur les consommations et les risques liés à ces pratiques et un pharmacien intervient sur les produits à travers l'analyse des drogues consommées.

Ces structures qui associent dans leurs actions les thématiques produits psychoactifs et santé sexuelle, proposent d'accueillir des consommateurs dans « un climat de convivialité et d'appartenance » (Fédération Addiction 2016). En effet, la plupart ne se reconnaissent pas dans des lieux tels que les CAARUD ou CSAPA du fait de l'image « toxicomane » qu'ils renvoient.

Conjointement, AIDES a développé « un réseau national d'entraide communautaire » (L'Hénaff s. d.) qui comprend un numéro d'appel d'urgence, un numéro sur l'application WHATSAPP et un groupe Facebook « Info Chemsex (by AIDES) » (Image 5). Ce réseau favorise les échanges anonymes sur toutes les questions relatives aux consommations de produits en contexte sexuel et leurs complications, ainsi que le soutien et l'orientation des *slamers* et leurs proches vers des structures de prise en charge adaptées à la situation (Seronet 2017). Ce dispositif sert aussi « d'observatoire pour comprendre les enjeux et exiger des réponses politiques » (Seronet 2017).



Image 5 : Informations du dispositif national d'entraide communautaire créé par AIDES

Source : AIDES

Enfin, depuis longtemps, AIDES intervient « hors les murs » selon la méthode du « aller vers » (ou « *outreach* »). Ainsi, des militants expérimentés se rendent dans des lieux tels que saunas, bars, boîtes de nuit gays, à la rencontre de HSH *slamers* ou non, et proposent un temps d'échange sur les pratiques, les outils et conseils de RdR qui reposent sur leurs besoins. Depuis mars 2016, AIDES a mis en place des interventions « discrètes » de RdR dans des soirées *chemsex/slam* à Nîmes. Dans le respect des pratiquants, les intervenants mettent à disposition du matériel de prévention/RdR et proposent des dépistages VIH/VHC (Urdiales et al. 2016) ; (cf. paragraphe C.2.4.e).

Ces différentes actions, qui se veulent dépourvues de jugement et de discrimination, qu'elles soient dans les locaux ou à l'extérieur, permettent l'échange entre militants-pratiquants et pratiquants-pratiquants sur les questions relatives au *slam* et les risques associés à travers une approche pluridisciplinaire qui place l'individu au centre. Elles sont aussi un moyen d'approcher des *slamers* non habitués des structures de RdR plus classiques, afin de répondre à leurs besoins de manière confidentielle et intimiste.

B.1.2 Autres associations et groupe d'auto-support impliqués dans la RdR

B.1.2.a L'ENIPSE (Equipe Nationale en Prévention et Santé)

L'ENIPSE, anciennement « Le SNEG » (Syndicat National des Entreprises Gaies) de 1990 à 2013, est une association impliquée dans la prévention auprès du public LGBT. Ses actions de prévention/RdR se déroulent dans différents endroits : les lieux commerciaux LGBT et libertins, les endroits festifs (saunas, bars), les associations LGBT et internet (applications et sites de rencontres). L'association suit une approche préventive (dépistage, outils spécifiques) et médicale (éducation thérapeutique, groupe de parole, formations de professionnels) autour des thématiques des infections virales (VIH/VHC) et autres IST (ENIPSE 2019).

L'ENIPSE est à l'initiative de plusieurs campagnes (« Santé sexuelle gay et friendly » ; « santé sexuelle libertins » ; « toxicomanie » ; « homophobie ») au niveau national. Dans le contexte d'émergence de la pratique du *chemsex/slam*, l'association a réalisé une campagne sur les risques liés au *chemsex* en 2017 (ENIPSE 2017) ; (Image 6).

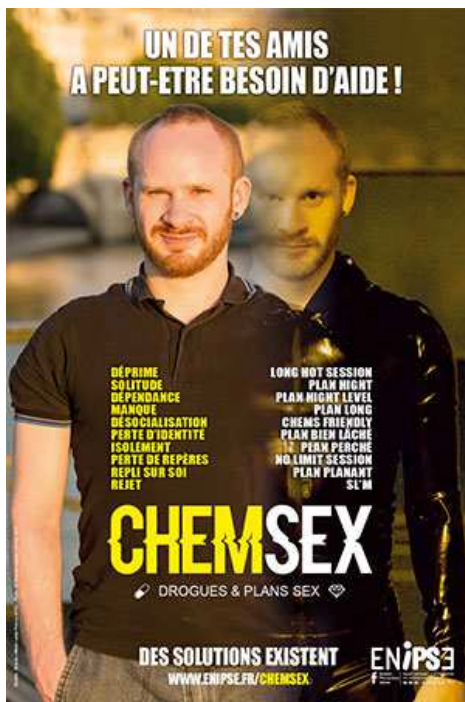


Image 6 : Affiche de campagne sur les risques liés au chemsex réalisée par l'ENIPSE en France, 2017.

Source : ENIPSE

B.1.2.b Le Kiosque Info Sida/Checkpoint-Paris

Le Kiosque Info Sida est une association de prévention de lutte contre le VIH/Sida et autres IST, créée en 1992. Depuis plus de 20 ans, l'association développe ses axes d'intervention et notamment, en 2005, celui de « Prévention de proximité LGBT ».

Plusieurs modes d'action - interventions dans les lieux festifs et commerciaux LGBT ; communication et travail avec les réseaux d'associations LGBT ; intervention sur des événements LGBT - définissent ce pôle dans un but de prévention des comportements à risques. Dans ce contexte, Le Kiosque a ouvert des consultations « de santé sexuelle communautaire complète » (sexologie, addictologie, psychologie, PrEP) dans une structure parisienne appelée le Checkpoint-Paris, reliée au CeGGID des hôpitaux Saint-Louis-Lariboisière et Fernand Widal (Le kiosque s. d.).

B.1.2.c ASUD

Les groupes d'auto-support comme ASUD sont formés par des « *personnes volontaires issues de la même catégorie sociale, des « pairs »* » qui suivent une démarche d'entraide et d'auto-

organisation afin de « *satisfaire des besoins communs, surmonter un handicap, résoudre un problème social auquel le groupe est confronté dans son ensemble* » (Toufik 1997).

ASUD a été créé en 1992 à l'initiative d'usagers et ex-usagers de drogues. Ce groupe opère dans le champ de la RdR avec pour objectif de « *changer l'image des usagers de drogues dans la société et à leurs propres yeux. Changer la loi qui pénalise l'usage simple et privé des adultes. Transformer les « toxicos » en citoyens comme les autres, bénéficiaires de droits et de devoirs* » (ASUD s. d.).

La diffusion d'un journal aux thématiques variées en lien avec la drogue, depuis 1993, constitue une ressource pour les consommateurs. Depuis 2016, plusieurs numéros sont consacrés au *slam*. Le numéro 59 propose plusieurs pages écrites par un médecin psychiatre sur le « *slam et chemsex* » ainsi qu'un dossier sur l'analyse de produits. Celui de mai 2018 (n°61) consacre un article sur la pratique du *slam* « *Le slam, une érotique de l'injection* ».

Suite à l'émergence des NPS, ASUD a créé une plateforme d'informations sur les NPS disponible en ligne. Deux rubriques « Slam et chemsex » et « NPS et RDR » sont accessibles sur cette plateforme.

A l'égal des associations spécialisées dans la santé sexuelle, le groupe d'Auto-support tourné vers l'usage de drogues représente une source d'informations de RdR (injections, produits consommés) pour les *slamers* selon une démarche d'échange de pairs à pairs.

Outre ces associations qui ont su développer des offres spécifiques, bien que limitées à certaines régions, d'autres associations existent et peuvent constituer des ressources pour le public *slamer*. Citons par exemple, Fédération LGBT ; l'association Médecine gayfriendly³⁸ ; l'association Psygay³⁹ ou encore Actions Traitements⁴⁰.

B.1.2.d Médecins du Monde (MDM)

Créé en 1980, MDM est un mouvement international indépendant qui développe une multitude de projets en France et à l'étranger auprès de populations variées. La RdR fait partie intégrante de ses cinq axes d'intervention. MDM a mis en place plusieurs dispositifs en lien avec les drogues, notamment les PES fin des années 80, le programme d'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) en 2009 (Debrus 2013) et le programme XBT (XénoBioTropes) d'analyse

³⁸ <http://www.medecin-gay-friendly.fr>

³⁹ <http://www.psygay.com>

⁴⁰ <https://www.actions-traitements.org>

de drogues dans les années 2000 (Médecins du Monde 2012) ; (cf. paragraphes C.2.2.b et C.2.2.c).

B.1.3 Internet ou « l’Outreach 2.0 »

Internet est un outil essentiel de RdR dans le *slam*. En effet, la liberté et l’anonymat qu’offre le web facilite les échanges entre pratiquants. Il constitue un espace d’échange entre « pairs ». Les *slamers*, par crainte d’être jugés pour des pratiques dont ils ont parfois honte et habitués des réseaux sociaux, semblent préférer les plateformes anonymes pour dialoguer. Il existe des forums, tels que PsychoActif, dédiés aux discussions et échanges d’expériences (« Trip report ») autour de thématiques diverses (Image 7).

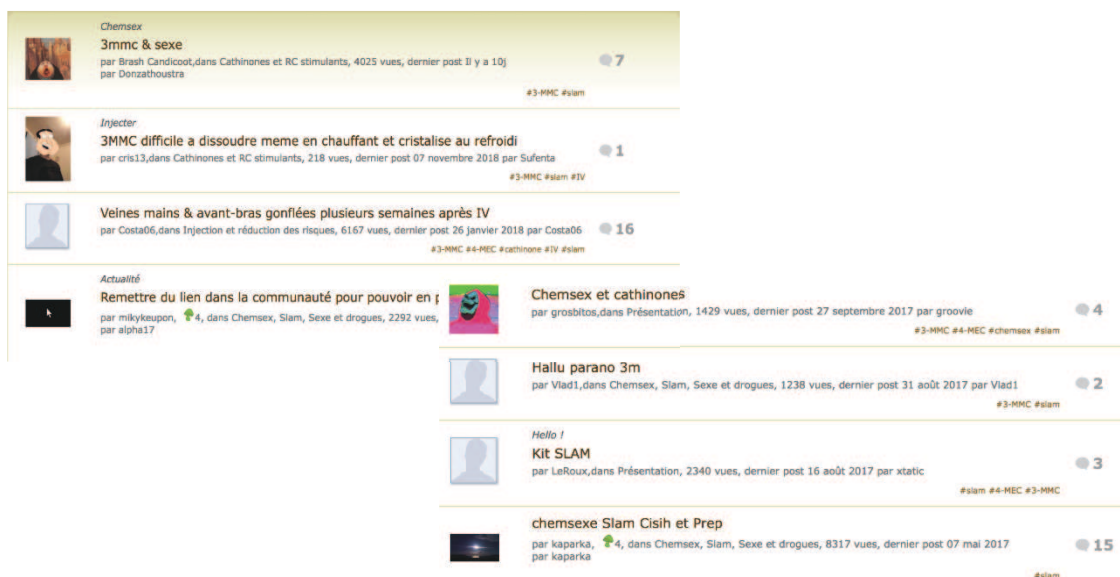


Image 7 : Exemple de sujets de discussions autour du *slam* sur un forum

Source : Psychoactif

Selon le même principe, le groupe Facebook « *Infos Chemsex (by AIDES)* » permet à la fois l’échange entre pratiquants sur des problématiques rencontrées auxquelles des intervenants associatifs formés peuvent aussi répondre, et la diffusion d’informations et de conseils de RdR liés aux pratiques *chemsex/slam*.

La nécessité de développer des actions de RdR « d’aller vers » virtuel sur les sites et application de rencontre gays apparait comme évidente puisque ceux-ci constituent « le premier lieu de

rencontre des HSH ». Sidaction a construit un guide pratique à destination d'acteurs désirant développer « l'outreach » sur internet afin de cibler un maximum d'individus. Les intervenants, après un diagnostic de la population visée et des offres existantes (forums, applications), peuvent développer une démarche d'actions « globales » sur des thèmes variés qui vont au-delà de la santé, en utilisant un langage adapté, basée sur le principe de non-jugement (Fournier 2016).

L'approche communautaire est essentielle dans un contexte où la peur du jugement et de la discrimination vis-à-vis des pratiques est très présente. Ainsi, elle vise à rétablir un lien entre pairs et acteurs communautaires afin d'éviter l'isolement social (F. Bladou 2017).

B.2 Les acteurs médico-sociaux : vers un décloisonnement des structures

B.2.1 Les structures spécialisées en santé sexuelle : les CeGIDD

Les CeGIDD sont des structures spécialisées en santé sexuelle composées d'équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, psychologues, personnels sociaux et administratifs) qui accueillent gratuitement des publics variés. Elles résultent de la fusion entre les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) et les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), aux missions quasi-similaires et au financement double. Les missions des CeGIDD sont plus larges et vont au-delà du dépistage des infections à travers une prise en charge globale et un accompagnement de publics variés (Code de la santé publique 2015b).

Les missions des CeGIDD, définies par l'article 3121-2 du code de la Santé Publique, consistent à (Code de la santé publique 2015a) :

- Assurer la prévention, le dépistage et le diagnostic des infections VIH, hépatites et autres IST ainsi que la vaccination (VHA, VHB et Papillomavirus).
- Garantir la prise en charge médicale des IST (incluant VIH et hépatites) et/ou l'orientation thérapeutique des personnes.
- Assurer la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle.

Confrontés à l'évolution constante des pratiques, les CeGIDD doivent adapter leurs actions aux populations les plus vulnérables aux transmissions du VIH/hépatites/IST, dont fait partie le public HSH *slamer*. Ainsi, plusieurs centres de santé sexuelle proposent des actions en santé sexuelle ciblées sur certaines populations notamment les HSH. C'est le cas par exemple, du centre de santé sexuelle « le 190 » créé en 2010 à Paris par l'association Sida Info service (Belgherbi et Lert 2014). Ce centre offre une prise en charge complète et personnalisée (« check-up sexuel », échanges sur les pratiques et les risques associés, consultations d'addictologie à destination des *chemsexers/slamers*, soirées sur des thématiques variées comme par exemple la « causerie santé spéciale pharma » où sont abordés les questions de la PrEP/interactions/auto-médications).

Outre l'accueil au sein des CeGIDD, des actions « hors les murs » de dépistages et diffusion d'informations/conseils sont organisées. Celles-ci permettent de rencontrer un maximum de personnes même les plus éloignées du système de soins.

B.2.2 CAARUD ET CSAPA

Les CSAPA et les CAARUD sont des structures reconnues légalement qui opèrent dans le champ de la prévention/RdR. Les équipes qui les composent sont pluridisciplinaires (personnels de soin, socio-éducatifs, administratifs). Si les missions des CAARUD sont centrées sur les usagers de drogues, celles des CSAPA concernent aussi bien les addictions avec ou sans produits. Leurs missions sont résumées dans le tableau suivant (*cf.* Tableau 8).

Missions des CAARUD Article R 3121-33-1 du Code de la Santé Publique	Missions des CSAPA Décret n°2007-877 du 14 mai 2007
Accueillir individuellement ou collectivement, informer et offrir un conseil personnalisé aux consommateurs de drogues.	Accueillir, informer et orienter la personne ou les proches
Soutenir les consommateurs de drogues dans l'accès aux soins (soins de première nécessité, orientation vers des structures de santé adaptées, dépistages des IST)	Proposer des outils et conseils de RdR liés à la consommation de produits psychoactifs
Soutenir les usagers de drogues dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou réinsertion professionnel	Développer une prise en charge médicale, psycho-sociale et éducative adaptée à la personne.
Proposer du matériel de prévention et de RdR pour éviter les infections	-
Mettre en place des interventions « hors les murs » afin d'établir un contact avec les usagers	-
Développer des actions de médiation sociale	-
Participer à la veille, recherche, prévention et formation sur en matière des drogues et l'évolution des pratiques des usagers.	-

Tableau 8 : Les différentes missions des CAARUD et des CSAPA

Source : Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Dans le contexte d'émergence du *slam*, ces structures ont dû élargir l'offre de prise en charge pour l'adapter au public *slamer* qui ne s'identifie pas aux personnes habituées des CAARUD et CSAPA étiquetés « précarité et toxicomanie » (Tissot 2017). L'évolution des pratiques de consommations (NPS) et sexuelles d'un public méconnu de ces structures posent donc la question de la nécessité de réadapter leurs actions pour toucher un public plus large (Darmon 2013).

Des actions de RdR centrées sur les *slamers* – actions « outreach », promotions d'outils/dispositifs existant (ERLI et analyse de drogues) notamment- consolidées par la formation des intervenants sur les nouvelles problématiques de drogues, sont petit à petit mises en place dans différentes villes de France.

Au-delà de la consommation de produits, la dimension sexuelle et les risques infectieux associés doivent être pris en compte dans les actions de RdR. Le développement des offres de dépistage et l'accompagnement dans la prise en charge des infections (VIH/VHC et autres IST) constituent une piste « d'approche globale » (Hoareau et Reynaud-Maurupt 2018). Toutefois ces initiatives nécessitent la formation de personnel et la mise en place d'un espace d'accueil adapté.

Certains CAARUD et CSAPA ont développé de nouvelles actions pour dynamiser leur approche en RdR.

Par exemple Le CAARUD Lou Passagin situé à Nice, est intervenue dans des associations LGBT sur les questions de RdR afin de rencontrer le public HSH, dans un but d'organiser au sein de la structure, des temps d'accueil pour les *chemsexers/slamers*. Ils peuvent désormais se procurer des outils de RdR et dialoguer librement dans un espace et temps dédiés.

Le CSAPA Emergence de Nice, quant à lui, propose des consultations individuelles adaptées autour des questions d'addiction, de psychologie et de RdR liés à la pratique du *slam* (Hoareau et Reynaud-Maurupt 2018).

Le CSAPA Villa Floréal d'Aix en Provence assure une prise en charge spécialisée autour du *slam/chemsex* tout en incluant la dimension RdR (sexe/produits).

Enfin, une dizaine de CAARUD propose d'analyser les produits via la technique CCM (*cf.* paragraphe C.2.2.a) ; c'est le cas par exemple, du dispositif BUS 31/32 basé à Marseille (composé d'un CAARUD et d'un CSAPA) et du CSAPA Villa Floréal (Darmon 2013).

B.2.3 Les structures spécialisées d'addictologie, psychiatrie et infectiologie/hépatologie

La prise en charge du *slam* est au carrefour de plusieurs spécialités telles que l'addictologie, la psychiatrie/psychologie, la sexologie et l'infectiologie. L'augmentation des consultations d'HSH *slamers* dans des services spécialisés témoigne de la nécessité d'y développer la RdR.

Certains services proposent des prises en charge spécialisées dans le *chemsex/slam*.

Citons par exemple, l'hôpital Marmottan à Paris qui a mis en place des consultations pour les *slamers/chemsexers* autour des questions d'addictions (sexuelles, consommation de produits, « cyberaddiction sexuelle »). Des échanges avec une sexothérapeute, un psychiatre ou psychologue voire une hospitalisation sont possibles (Hôpital Marmottan s. d.).

Parallèlement, la clinique des addictions Montevideo à Boulogne-Billancourt a mis à disposition une dizaine de lits de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) pour des *chemsexers/slamers*, sur les 40 lits disponibles. Elle propose une prise en charge des conduites addictives de consommation de produits et comportementales basée sur une approche pluridisciplinaire.

Le rôle des infectiologues/hépatologues dans la prise en charge et le suivi de la population *slamer* vulnérable face aux IST (VIH/VHC) est primordial. Toutefois, cela doit se concrétiser

par l'(in)formations des soignants sur la pratique du *slam* et les produits consommés et la création d'un lien entre les services (spécialisés et communautaires) pour adapter au mieux la prise en charge. Le développement de la prise en charge des hépatites dans des structures comme les CSAPA ou CAARUD permettrait un meilleur accès aux traitements, à l'observance et à la prévention des transmissions grâce au suivi d'un grand nombre d'individus parfois isolés. Il s'agit alors de décloisonner ces structures pour développer une approche pluridisciplinaire (addictologie, virologie, psycho-sociale) et coordonnée (Dhumeaux 2016).

A l'heure actuelle, le développement d'une offre de consultations spécialisées (sexologues, proctologues, dermatologues, urologues, hépatologues) ciblés sur les spécificités des HSH *slamers* notamment, rentre dans les objectifs de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030.

B.2.4 Les professionnels de santé de ville

Les professionnels de santé de ville, médecins généralistes et pharmaciens entre autres, figurent parmi les acteurs de RdR de « première ligne ». Les moyens de RdR développés- prescriptions des TSO par les médecins généralistes ; PES et stéribox en pharmacie par exemple- font de ces acteurs des ressources pour les consommateurs de drogues.

Toutefois, peu de médecins et pharmaciens sont, à l'heure actuelle, formés à la question du *slam/chemsex*. La stigmatisation des *slamers* et le manque de formations des acteurs de santé sur les questions des drogues et de l'homosexualité, constituent un frein à l'identification de la pratique du *slam* et par conséquent à une prise en charge et/ou une orientation adaptée. Avec l'émergence du *slam*, il est essentiel de développer des formations auprès de ces professionnels selon les fondamentaux de la RdR (Bolo et Lhomme 2013).

Le RESPADD a élaboré un livret d'informations sur le *chemsex/slam* à destination des professionnels et intervenants de santé. En plus des informations sur la pratique, les produits consommés et les complications associées, le livret aborde des techniques d'intervention et d'accompagnement des *chemsexers/slamers* (« être à l'écoute et repérer » ; « promouvoir des messages de RdR liés à l'usage de drogues » ; « prendre en charge et ou orienter »). Ce manuel constitue donc une ressource pour les professionnels de santé (RESPADD 2016).

Depuis peu, le sujet *slam/chemsex* est abordé dans les études de pharmacie/médecine dans le module santé publique. La sensibilisation des étudiants, futurs acteurs de santé, à la prévention/RdR est essentielle.

Enfin, en contexte de *slam*, la question de l'homosexualité est centrale. Néanmoins, certains professionnels de santé ne sont pas à l'aise avec l'homosexualité. Il est donc difficile d'établir une relation de confiance entre « patient et professionnel du soin » permettant une bonne prise en charge. Un travail sur les orientations et pratiques sexuelles, les représentations et la stigmatisation est capital. De plus, la formation des professionnels de santé à l'existence de médecins spécialisés en santé gay et d'associations LGBT est indispensable (Jedrzejewski 2017). Un site de médecins « gays friendly » disponible sur internet répertorie, au niveau national, des médecins formés à ces questions.⁴¹

B.3 L'OFDT : entre veille et observation

L'OFDT est un groupement d'intérêt public créé en 1993 dans la continuité de l'OEDT. Il est composé de spécialistes aux compétences complémentaires qui assurent, via un système d'observations et d'enquêtes, le recueil, l'analyse et la synthèse de données sur les produits psychoactifs licites et illicites. Le but étant d'informer les acteurs institutionnels, les professionnels et le public des évolutions en matière de drogues et d'addictions.

L'OFDT a mis en place un système de veille nationale composé du réseau TREND et du dispositif SINTES. Face à l'évolution du marché des drogues récréatives, ce système constitue un outil de RdR de plus en plus adapté (OFDT 2015).

B.3.1 Le réseau TREND

Le réseau TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) a été créé en 1999. Il s'articule autour d'un réseau de collecte et d'analyse situé dans plusieurs villes (Bordeaux, Lille, Metz, Toulouse, Lyon, Paris, Rennes et Marseille). L'objectif de ce dispositif est d'informer sur l'évolution des tendances et des nouveaux contextes d'usage de substances illicites (usagers, produits, modalités d'usage, complications sanitaires et sociales, achat de proximité) au sein des espaces urbains et festifs (OFDT s. d.).

Comme on l'a vu en première partie, l'étude ethnographique réalisée entre 2007 et 2008 dans les villes de Paris et Toulouse, a permis d'éclairer sur les pratiques et l'usage de substances psychoactives en milieux festifs gays et sert de ressource pour adapter la RdR.

⁴¹ <https://www.medecin-gay-friendly.fr>

B.3.2 Le dispositif SINTES

Le Système d'identification national des toxiques et des substances (SINTES) a été élaboré en 1999.

L'objectif de ce dispositif est d'apporter une meilleure connaissance sur la composition des produits qui circulent et d'identifier rapidement toutes les nouvelles substances (OFDT s. d.).

Pour répondre à cet objectif, l'OFDT travaille à la fois avec les acteurs socio-sanitaires qui récoltent les produits auprès des consommateurs et avec les services de répression (douanes, polices et gendarmeries scientifiques) qui transmettent des résultats d'analyse sur les produits saisis.

Par le biais de questionnaires (produit, usager, usage) distribués aux usagers lors de collectes, le dispositif SINTES permet également d'éclairer sur les contextes de consommation et leur évolution.

Le dispositif est constitué d'un « volet Veille » et d'un « volet Observation ».

Le « volet Veille » assure l'alerte et permet l'échange d'informations sur les produits dangereux, nouveaux, rares ou aux effets inhabituels entre différents acteurs tels que le réseau TREND, les structures socio-sanitaires et associatives, les laboratoires d'analyse toxicologique, la cellule nationale d'alerte (CNA) et le système d'alerte européen (EWS).

Le « volet Observatoire », quant à lui, propose d'étudier annuellement la composition d'un produit illicite particulier récolté auprès d'un consommateur et la comparaison avec une même substance saisie par les services de répression. Le travail de collecte et d'analyse s'organise en réseau (7 régions impliquées) et fait partie intégrante du dispositif TREND.

Des notes d'informations sur les différents produits sont régulièrement publiées afin d'informer les acteurs médico-sociaux ainsi que les usagers sur la composition des produits circulants et les risques associés. Conjointement, l'OFDT actualise régulièrement la liste des NPS identifiés en France à travers le Répertoire des nouveaux produits de synthèse.

Chapitre.C Des conseils et outils de RdRD « combinés » : entre pratiques sexuelles et produits

La prévention combinée ou RdR combinée consiste à associer plusieurs moyens de prévention (PrEP, préservatif, dépistages ...) afin de limiter les complications liées à certaines pratiques. Dans le cas du *slam*, cette stratégie semble être adaptée puisque la pratique regroupe plusieurs dimensions (sexe et produits) variables en fonction de chacun, qu'il est indispensable de prendre en compte dans la prise en charge de la RdR.

C.1 Conseils généraux de RdR

Comme nous l'avons vu dans la première partie les risques liés à la pratique du *slam* sont nombreux. Il convient donc de développer des stratégies de RdR associés à la fois aux substances consommées, aux modes d'usage et aux pratiques sexuelles pour limiter les risques.

Premièrement, la connaissance de la qualité et des effets des produits consommés constitue un des premiers conseils de RdR. Les *slamers* peuvent être exposés à des risques de surdosage et d'effets non attendus suite à la consommation de produits divers.

En amont des plans *slam*, il est donc indispensable que les participants s'informent sur les produits qu'ils souhaitent consommer.

Ainsi, pour éviter ces complications, quel que soit la voie de consommation choisie, il convient de (Fédération Addiction et Psychoactif s. d.) :

- Choisir des sites d'achats « fiables ».⁴²
- Faire analyser les produits dans des structures qui proposent ce dispositif (*cf.* paragraphe C.2.2.a). Les substances achetées peuvent ne pas être celles attendues.
- S'informer sur les effets des drogues et leur dosage sur les forums ou dans les structures de RdR. Ceux-ci varient d'un produit à un autre et d'un individu à un autre (état général).
- S'informer sur les associations de drogues (polyconsommation) et le risque d'interactions avec les différents traitements (ARV, anti-VHC).

⁴² Il existe un site qui permet de détecter les sites fiables : <https://safeorscam.com/>

- Tester une petite quantité de produits nouvellement achetés pour appréhender les effets qui diffèrent d'un individu à un autre.

Conjointement à cette recherche en amont, plusieurs conseils (préparation des produits, règles d'hygiène) sont à prendre en compte pour améliorer la gestion des consommations lors de plans *slam* (cf. Annexe 5).

Dans un second temps, les voies de consommation (injection IV, sniff, plug, voie orale) peuvent être à l'origine de multiples complications lorsque celles-ci sont utilisées sans respecter certaines règles.

La pratique de l'injection de produits non stériles par les *slamers* peut être à l'origine de risques d'ordre infectieux et cutanés. Ce risque augmente si la préparation et les gestes d'injection sont réalisés sans précautions ni asepsie (cf. Annexe 5). Afin de les limiter dans le cas de plans *slam*, il est important de faire connaître les bonnes pratiques d'injection et les règles d'hygiène au public *slamer* (préparation du matériel et des produits, règles d'hygiène, environnement) (cf. paragraphe C.2.3.b). Ceci constitue le deuxième conseil de RdR.

Parallèlement, le recours aux autres de voies de consommation constitue un risque. L'utilisation de la voie orale peut être à l'origine de surdosage et d'effets non attendus. Ceux-ci varient d'un individu à un autre et d'un produit à un autre. Le dosage est donc essentiel pour éviter l'accumulation des effets et par conséquent les complications (fractionner ses prises et attendre les effets).

L'utilisation de la voie nasale (ou sniff) peut endommager les narines et les muqueuses (sècheresse, coupure, saignements voire ulcération et nécrose), ce qui augmente le risque infectieux (VHC et VHB). Pour limiter ces complications, quelques conseils sont à connaître (cf. Annexe 5).

La préparation du sniff (narines, dosage des produits) est une étape très importante pour limiter l'altération des voies nasales. De plus, l'utilisation d'une « paille » rigide, personnelle et à usage unique est indispensable pour éviter le risque de contamination (cf. paragraphe C.2.3.a). Enfin, le risque de surdosage est également possible par le sniff, il est conseillé de toujours commencer par une petite quantité de poudre et d'espacer les prises notamment si d'autres voies d'administration sont utilisées (Techno+ 2017).

Tout comme le sniff, l'utilisation de la voie rectale peut sensibiliser voire détériorer la muqueuse anale (irritations, saignements, fissures, ulcérations) et ainsi augmenter le risque de contamination virale. La préparation du produit à « plugger » constitue une étape importante

pour diminuer ces risques (dosage, dissolution, solvants non caustiques, choix de la drogue). L'utilisation d'un matériel stérile à usage unique adapté (seringue lubrifiée dépourvue d'aiguille) est primordiale pour éviter les lésions et diminuer les contaminations. Enfin, quelques règles sont à connaître pour optimiser l'utilisation de cette voie (lavement, insertion lente de la seringue, position allongée prolongée, règles d'hygiène) (TripSit wiki s. d.) ; (cf. Annexe 5).

Dans un troisième temps, limiter le nombre de nouvelles contaminations par le VIH et/ou co-infection VHC ainsi que la transmission d'autres IST constitue un des objectifs de RdR dans un groupe de *slamers*. Des conseils clés adaptés à chacun sont donc à considérer afin de minimiser le risque infectieux.

Tout d'abord, différentes stratégies de prévention/RdR personnalisées sont possibles (cf. Tableau 9). Celles-ci sont à adapter en fonction du statut sérologique, des besoins et envies de chacun. Il faut également prendre en compte la notion de rapport aux risques dans les pratiques sexuelles, variable d'un individu à un autre et différente en contexte de *slam*. En effet, la prise de produits induit une altération de l'état de conscience.

De ce fait, même si l'efficacité du préservatif est prouvée dans la prévention des risques infectieux, il paraît difficile de l'imposer comme seul moyen de prévention dans cette pratique. Ainsi, permettre aux *slamers* de disposer d'un panel d'outils de prévention/RdR adaptés à chacun est essentiel pour « stopper les chaînes de transmissions au plus vite », c'est ce que l'on appelle la prévention « combinée » (Fred Bladou 2018).

HSH <i>slamers</i> VIH+	HSH <i>slamers</i> VIH- ou non testés
Importance de l'observance au traitement, de réaliser des examens sanguins et des dépistages tous les trois mois pour avoir une charge virale indétectable.	Se renseigner sur le statut sérologique de son (ses) partenaire(s) et avoir des rapports protégés lorsqu'il y a absence de traitement ou méconnaissance du statut sérologique
Adapter les traitements ARV en fonction des consommations.	Traitement préventif (PrEP)
Surveiller les autres IST et consulter si apparitions de symptômes évocateurs d'IST	Dépistage tous les trois mois pour VIH, VHC et autres IST.
Informers les autres partenaires de son statut sérologique. Notifier son statut à ses partenaires peut être compliqué. Des structures peuvent accompagner les <i>slamers</i> séropositifs dans cette démarche	Informers ses partenaires si infections
D'UNE MANIERE GENERALE, QUELQUE SOIT LE STATUT SEROLOGIE	
Se rapprocher des structures communautaires	
Se faire dépister tous les trois mois : « Test and Treat » (se faire dépister pour initier un traitement le plus tôt possible si besoin).	
Eviter les rapports sexuels pendant un traitement d'une IST	
Informers ses partenaires de son statut sérologique	

Tableau 9 : Conseils de RdR en fonction du statut sérologique des *slamers*.

Source : Bladou.F., 2018

Parallèlement, lors de plan *slam*, des règles d'hygiène lors de rapports sexuels sont préconisées pour limiter les risques infectieux (cf. Annexe 5).

C.2 Outils et dispositifs de RdR

C.2.1 Matériel d'information

La promotion et la diffusion d'informations et de conseils de RdR dans les lieux festifs gays ou soirées sexuelles se font via des supports de communications tels que flyers ou brochures confectionnées par les associations et mis à disposition du public cible. Ils permettent la diffusion d'informations sur plusieurs thématiques comme les produits (effets, risques, polyconsommation, interactions ...), les pratiques de consommation et sexuelles et les risques associés.

Par exemple, l'association AIDES a élaboré plusieurs brochures en format A4 sur différents thèmes qui définissent le *chemsex/slam* : produits et risques (Image 8) ; sexualité et risques

(Image 9) ; organisation d'un plan *chems* (Image 10). Celles-ci sont disponibles sur internet ou dans les locaux de l'association.

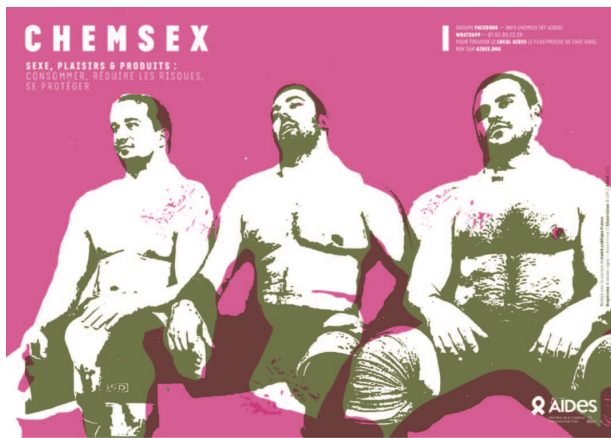


Image 8 : Brochure

"Réduire les risques, consommer à moindre risque"

Source : AIDES



Image 9 : Brochure

« Prévention sexuelle au VIH, hépatites et IST

Source : AIDES



Image 10 : Brochure « Les indispensables pour un plan chemsex en toute sécurité »

Source : AIDES

L'ENIPSE, en association avec Action Traitement, a confectionné une brochure sur les risques liés au *chemsex/slam* dans laquelle sont explicitées notamment les interactions avec les traitements ARV (Image 11).



Image 11 : Brochure « Plan Chems ? Es-tu clair avec les risques que tu prends ? »
Source : ENIPSE et Action Traitement

Techno+ a créé des dépliants informatifs sur divers produits, leurs risques et conseils de Rdr associés (NPS, cocaïne, GHB/GBL, kétamine ...) disponibles sur internet et dans les lieux festifs (Image 12).



Image 12 : Exemples de flyers « Cathinones » ; « GHB/GBL » ; « COKE/CRACK », Source : Techno+

C.2.2 Outils et dispositifs de RdR liés aux produits et aux modes de consommation

C.2.2.a Matériel de RdR

◆ Matériel d'injection

La mise à disposition d'outils de RdR adaptés est indispensable pour limiter les risques lors de plans *slam*. Du matériel d'injection est disponible dans les structures de RdR et également distribué hors les murs.

D'une manière générale, le matériel d'injection, **stérile et à usage unique**, est le suivant :

- Seringue à insuline (1ml, 2ml ou 5ml) et aiguille (diamètre variable). Des seringues de couleurs Nevershare® sont également disponibles dans les structures de RdR (Image 13). Elles sont utiles lors de pratiques en groupe dans le cas du *slam*. Plus faciles à identifier, elles limitent ainsi le partage de matériel accidentel.

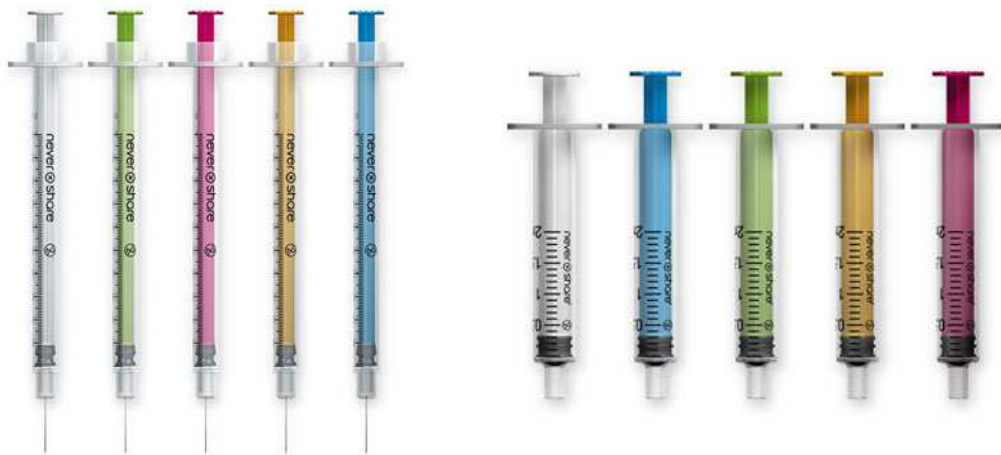


Image 13 : Seringues Nevershare® de 1ml et 2ml

Source : Apothicom

- Récipient ou Stericup® (2,5ml) ou Maxicup® (5ml) où le produit est dissout et mélangé (Image 14). Il en existe de différentes couleurs.



Image 14 : Stericup®

Source : Apothicom

- Dosettes d'eau stérile pour préparation injectable (Eau PPI) pour dissoudre la poudre.
- Filtre stérile en coton, en mousse ou Sterifilt® (polypropylène) (Image 15) indispensable pour filtrer la solution et éliminer les particules insolubles. Il existe le filtre « toupie » plus efficace dans la filtration des petites impuretés et microorganismes (bactéries et champignons) (Image 16). Seuls les virus ne sont pas filtrés.



Image 15 : Sterifilt®

Source : Apothicom



Image 16 : Filtre « Toupie »

Source : Apothicom

- Tampons imbibés d'alcool (70%) ou lingettes de Chlorhexidine (large spectre d'action) nécessaires pour désinfecter la zone d'injection.
- Tampons secs utilisés pour comprimer la zone après injection pour stopper les saignements et limiter les hématomes.
- Champs de soin imperméable qui sert à délimiter l'espace de préparation de l'injection (dépôt de matériel et préparation des produits sur une zone propre).
- Garrot en caoutchouc pour comprimer une veine visible avant l'injection.
- Sachet d'acide ascorbique ou acide citrique utilisés pour dissoudre les drogues et éviter l'usage du citron responsable de contaminations par les microorganismes (Image 17).



Image 17 : Sachet d'acide ascorbique et d'acide citrique

Source : Apothicom

- Containers DASRI (déchet d'activités de soins à risques infectieux) pour stocker le matériel utilisé afin de limiter le risque d'infection. Ces boîtes jaunes peuvent être

récupérées dans des associations de RdR et doivent d'être ramenées dans des structures de collecte dans les trois mois après la fermeture de la boîte.

Le matériel d'injection peut être conditionné en kit. Il existe le « kit+⁴³ » (Image 18) et le « kit Exper » (version améliorée du « kit+ » dans lequel on retrouve le filtre « toupie ») (Image 19) disponibles en CAARUD et CSAPA ainsi que le Stéribox2® vendus en pharmacie. Certaines structures ont renommé le « kit+ » en « kit slam » aux mêmes spécificités. Seuls la dénomination et le conditionnement changent pour faciliter l'appropriation de l'outil par les *slamers*.



Image 18 : Kit d'injection « Kit+ »

Source : *psychoactif*



Image 19 : Kit d'injection Exper de 1ml

Source : *OFDT*

◆ **Matériel pour « sniffer » : le « roule ta paille »**

Le « roule ta paille » est un outil de RdR destiné à limiter la détérioration des muqueuses nasales et la contamination par le VHC. Il est matérialisé par un petit carnet de plusieurs feuilles souples, à usage unique et jetables (Image 20). Ainsi, le partage de paille à l'origine de transmission virale est limité et la souplesse du papier permet de diminuer les irritations, coupures et saignements de la muqueuse nasale.

De plus, des messages de RdR sont renseignés sur le « roule ta paille » afin d'informer ou de rappeler les moyens pour limiter les risques liés à la pratique du sniff.

Différents modèles de « roule ta paille » existent dans les associations de RdR.

⁴³ Le kit+ est composé du matériel stérile et à usage unique nécessaire pour réaliser deux injections à moindre risque. On y trouve 2 seringues, 2 aiguilles à insuline, 2 récipients, 2 filtres en mousse, 2 tampons secs, 2 tampons alcoolisés, 2 flacons d'eau stérile (5ml), 1 préservatif et une notice d'utilisation.



Image 20 : Exemple de « roule ta paille » créée par ASUD (recto-verso)

Source : ASUD

Au-delà de l'utilisation du « roule ta paille », il convient d'utiliser du sérum physiologique pour rincer ses narines après le sniff et de les hydrater pour prévenir les irritations.

C.2.2.b Dispositifs de RdR liés aux produits

◆ L'analyse de produits

Dans le *slam*, le panel de produits consommés est large et en constante évolution. Le manque d'information sur la composition des produits et d'adéquation entre les substances souhaitées et celles achetées sur internet expose les *slamers* à différents risques comme nous l'avons vu précédemment.

D'abord mis en place en milieu festif pour mieux appréhender les risques, le dispositif d'analyse de drogues constitue également un outil de RdR adapté aux *slamers* qui sont amenés à s'interroger sur les produits qu'ils consomment (A. Batisse et al. 2018). L'objectif est donc d'apporter des informations sur la composition des drogues, les risques associés ainsi que les différents moyens existants pour les réduire.

Deux dispositifs d'analyse sont utilisés pour répondre à ces objectifs.

Le premier est l'analyse de drogues par chromatographie sur couche mince (CCM).

Cette technique permet d'identifier rapidement différentes substances actives présentes dans un échantillon collecté (drogues et produits de coupe actifs). Elle constitue une méthode d'analyse séparative et qualitative. En effet, la quantité des produits présents et la pureté de l'échantillon ne sont pas déterminées. Elle a été développée par Médecins du Monde, dans le cadre de la mission XBT (XénoBioTropes) dans les années 2000 (Médecins du Monde 2012).

Certaines structures de RdR (comme AIDES) en partenariat avec des CSAPA/CAARUD dotés d'un outil d'analyse de drogues par CCM proposent ce dispositif au public *slamer*, qui s'inscrit dans une approche globale de RdR.

Une session d'analyse de drogues se décline en plusieurs étapes (Pochard et Granger 2018) :

- L'entretien anonyme, confidentiel et individuel
- La collecte de l'échantillon à analyser
- L'analyse de l'échantillon par CCM
- Le rendu des résultats anonyme, confidentiel et individuel

L'analyse par CCM présente plusieurs avantages. Cette méthode est rapide (résultats rendu en 1h environ) et peu coûteuse (matériel de base et d'entretien peu coûteux). Elle ne nécessite pas des conditions d'analyse optimales pour être réalisable. On peut donc utiliser cette méthode aussi bien dans des structures de RdR mais aussi à l'extérieur. Outre l'apport d'informations sur les produits, ces temps d'échange permettent d'amener le *slamer* à réfléchir sur ses pratiques et sa gestion des consommations dans un but de responsabilisation et d'autonomie. A chaque rendu de résultats, des messages de RdR adaptés sont apportés au consommateur.

Il existe également quelques limites à ce dispositif. La réalisation de cette méthode nécessite des compétences techniques. Un professionnel formé (pharmacien, biologiste, chimiste, technicien de laboratoire) à la mise en place du dispositif et à l'interprétation des résultats est donc requis. La CCM ne permet pas de rendre un résultat quantitatif, seule la présence ou non de substances actives sur l'organisme est déterminée. De plus, certaines drogues ne sont pas analysables par CCM (LSD, GHB/GBL, certains hallucinogènes synthétiques). Il est donc intéressant de coupler cette technique à des méthodes d'analyse plus spécifiques (Pochard et Granger 2018).

Le deuxième outil d'analyse de drogues utilisée est la chromatographie gazeuse couplée à la spectrophotométrie de masse. A l'heure actuelle, cette méthode n'est réalisée qu'en laboratoires partenaires du dispositif SINTES de l'OFDT. Celui-ci est sollicité par les structures de RdR lorsque des substances ne sont pas identifiables par CCM, lorsqu'il s'agit de NPS ou de produits rares) ou lorsque que des effets inhabituels ou indésirables sont rapportés par le consommateur (OFDT s. d.). C'est une méthode sensible plus précise que la CCM puisqu'elle permet d'identifier les différents produits présents dans un échantillon et leur quantité, la dimension qualitative et donc couplée au quantitatif.

Cependant, la CG/MS présente quelques limites. Le délai entre la collecte de l'échantillon et le rendu de résultats est long (de 3 à 4 semaines) bien que les manipulations soient rapides (1h). L'intérêt de cette méthode en tant qu'outil de RdR est donc très limité à ce jour. De plus, cette méthode est coûteuse en termes de matériel et nécessite un personnel qualifié pour effectuer les manipulations et l'analyse des résultats.

A ce jour, la CG/MS présente un grand intérêt dans la veille des substances circulantes, notamment les NPS mais peu dans la RdR directe. Il s'agirait de développer cette technique dans des structures de RdR afin d'offrir une analyse de drogues plus précise aux publics intéressés associée à des messages de RdR ajustés.

Il existe d'autres méthodes d'analyse de drogues utilisées dans la RDR dans d'autres pays Européens (HPLC-UV, spectrométrie infra-rouge...). Ils ne seront pas développés ici.

C.2.2.c Dispositifs de RdR liés à l'injection

◆ Le programme d'éducation aux risques à l'injection (ERLI)

Face à une prévalence élevée du VHC dans le public *slamer* et à l'apparition de complications (cutanées, cardiovasculaires, pulmonaires) liées à de mauvaises pratiques d'injection, le programme ERLI apparaît comme un outil de RdR innovant auprès des *slamers*. Elaboré en 2009 par MDM en partenariat avec le CAARUD Sida Parole et le CSAPA-CAARUD Gaïa. (Debrus 2013), le programme fait l'objet de recherche menée par l'ANRS de 2010 à 2014. Le projet AERLI-ANRS a pour objectifs de mesurer l'impact d'AERLI sur les pratiques à risques de transmission VIH-VHC et les complications au point d'injection et d'évaluer l'efficacité dans l'accès aux soins et dépistages et le renforcement des compétences des injecteurs. Les résultats du projet témoignent de l'efficacité du dispositif dans la réduction des pratiques à risques de transmission du VHC, des complications cutanées et de l'amélioration de l'accès au dépistage du VHC (Perrine Roux et al. 2016).

L'objectif général de « *réduire les morbidités et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse* » est découpé en plusieurs axes d'intervention définis dans le référentiel de MDM, à savoir (Médecins du Monde 2017) :

- Initier le contact pour permettre un dialogue avec les usagers de drogues les plus à risques liés à l'injection.

- Renforcer la résilience des injecteurs de drogues via l'amélioration de leurs connaissances des risques induits par l'injection IV ; le travail sur les représentations et l'images des risques et la promotion d'alternatives à l'injection (autres modes de consommations) dans le respect du désir des consommateurs.
- Améliorer l'accès à d'autres structures adaptées pour une prise en charge globale.
- Participer à la veille d'informations sur les produits, les risques et l'évolution des modes de consommation.

Pour répondre à ces objectifs, certaines structures ont mis en place ce programme d'accompagnement auquel peuvent participer les *slamers* qui présentent des difficultés dans la gestion de leurs consommations tant technique (recherche de veines, techniques d'injection, hygiène) que psychologique (échanges sur les ressentis, émotions) (Debrus 2013).

Celui-ci se découpe en plusieurs étapes et, dans l'idéal, doit s'inscrire dans la durée afin d'optimiser l'accompagnement aux pratiques d'injection à travers l'appropriation du dispositif par les usagers de drogues.

Une première séance est nécessaire pour présenter le dispositif, observer les pratiques et échanger sur ces observations afin d'établir une liste d'objectifs propre à chaque participant. L'échange de consentement est aussi indispensable.

Par la suite, le cadre d'intervention est rappelé avant toute séance et les objectifs fondés sur les demandes de l'usager sont posés.

Les intervenants habilités, au nombre de deux généralement, peuvent ensuite accompagner l'individu dans sa pratique d'injection.

Premièrement, la personne réalise l'injection d'un produit habituellement consommé devant les intervenants. Notons que les accompagnants ne participent jamais aux gestes techniques d'injection.

Ensuite, ces derniers analysent la pratique d'injection et mettent en lumière les risques observés. Ils prodiguent des conseils de RdR adaptés à la personne grâce à différents outils. Dans le cas du *slam*, beaucoup n'ont jamais pratiqué l'injection eux-mêmes. Il est donc important d'adapter et de hiérarchiser les messages de RdR en fonction de la connaissance et de l'environnement de chaque individu pour les rendre autonomes.

Une dernière étape bilan permet de résumer les points importants et de revenir sur les objectifs définis en début de séance (Médecins du Monde 2017).

Ce dispositif comporte plusieurs avantages. Tout d'abord, l'intervention est brève et peu coûteuse. Ensuite, elle peut être l'occasion d'échanger sur les pratiques de façon large pour adapter l'information et orienter en fonction des besoins de chacun (techniques et psychologiques).

De plus, il est possible d'effectuer ces interventions dans différents contextes, notamment sur les lieux de vies des usagers. Ceci permet d'approcher des personnes éloignées et de rendre l'accompagnement pérenne. Enfin, l'intervention par les pairs est réalisable (Roux 2016).

Toutefois, des limites à ce dispositif sont à souligner. La mise en place du programme nécessite un personnel formé et une réadaptation de l'approche en fonction du contexte d'usage. Un espace dédié à l'accompagnement est également nécessaire lorsque celui-ci est réalisé au sein des structures. Enfin, la réalisation du projet doit s'inscrire dans la durée (importance dans la régularité des séances), la question des « perdus de vues » est donc à prendre en considération notamment dans le contexte du *slam* où la consommation répétée de produits peut parfois conduire à l'isolement social.

◆ **Le programme d'échange de seringue**

Le partage et/ou la réutilisation de matériel d'injection constaté dans le *slam* constitue un risque majeur de contamination virale, bactérienne et fongique.

Depuis 1989, la mise à disposition (d'abord expérimentale puis reconnue légalement en 95) de matériel d'injection stérile et à usage unique permet de limiter ces risques.

Les PES apparaissent donc comme un outil clé de RdR en contexte de *slam* lorsque ceux-ci sont combinés à d'autres actions de RdR. Toutefois, le manque de résultats sur l'incidence du VHC et VHB ne permet pas de conclure quant à l'efficacité d'un tel dispositif sur la réduction des transmissions (Emmanuelli 2004).

Mobiles ou fixes, les PES existent dans différents lieux tels que les pharmacies de ville, les associations/centres de RdR, les unités mobiles (bus) ou encore les automates (distributeurs).

Ce dispositif est matérialisé par la distribution de seringues et matériel d'injection stériles à usage unique et la récupération du matériel usagé via des contenants DASRI. De plus, hormis les automates, il permet d'échanger sur les risques et les moyens de les réduire, d'envisager la mise en place de TSO, d'orienter et d'améliorer l'accès aux soins (Emmanuelli 2004), (Jacoux 2015).

Depuis 2011, des PES par voie postal complètent le dispositif. Initié par l'association de RdR SAFE, le « PES postal » facilite le lien avec des consommateurs éloignés des structures existantes et leurs permet l'accès gratuit à du matériel en nombre illimité. Après un échange téléphonique ou par mail, avec pour but de comprendre les besoins des individus selon leurs pratiques, les équipes préparent les différents colis composés de matériel et brochures d'information personnalisés pouvant être envoyé dans toute la France (Arnold-Richez 2014). Ce dispositif innovant de RdR à distance peut donc constituer un outil clé de RdR liés au *slam* grâce à la facilité d'approvisionnement et au caractère confidentiel et anonyme de l'accompagnement souvent recherché par les *slamers*.

D'une manière générale, la nécessité d'adapter le dispositif (lieux des PES, personnels formés, matériels disponibles) à la population *slamer* novice dans l'injection et d'élaborer des stratégies d'accès à ce public est primordial dans un contexte où la consommation de produits peut altérer la conscience du risque.

C.2.3 Outils de RdR liés aux pratiques sexuelles

C.2.3.a Préservatif et gels lubrifiants

Le préservatif est le seul moyen efficace qui existe pour limiter les risques de contaminations par le VIH, VHC, VHB et autres IST. Il est conseillé de l'utiliser lors des pratiques sexuelles (« hard » ou non, pénétrations anales, fellations, « plug anal »). Des gants à usage unique peuvent être utilisés lors de pratiques du « fist » pour éviter le risque d'infection.

De plus, la consommation de drogues est à l'origine de déshydratation et de sécheresse des muqueuses, il est recommandé d'utiliser du gel lubrifiant à base d'eau pour limiter les lésions et ainsi le risque d'infections. Les lubrifiants à base d'huile ne sont pas compatibles avec les préservatifs majoritairement composés de latex. Le partage de lubrifiants peut également être à l'origine de contaminations (sécrétions et sang contaminés), il est donc conseillé d'utiliser son propre lubrifiant.

Les préservatifs et gels lubrifiants sont disponibles dans les structures de RdR.

Au-delà du préservatif, d'autres outils intégrés dans une stratégie de prévention/RdR diversifiée existent pour réduire la transmission du VIH par voie sexuelle au sein d'un groupe de *slamers*.

C.2.3.b La prophylaxie préventive contre le VIH ou PrEP

La PrEP, qui signifie Prophylaxie Pré-Exposition, est une stratégie préventive contre l'infection par le VIH-1.

Elle constitue un des outils de RdR pour limiter le risque de transmission du VIH chez les HSH *slamer* qui présentent plusieurs facteurs de risque d'acquisition du VIH-1 (rapports anaux non protégés, partenaires multiples, consommation de drogues en contexte sexuel, infections sexuellement transmissibles, plusieurs recours au TPE dans les 12 derniers mois) (Billoioti de Gage, Aubrière, et Dray-Spira 2018).

En effet, plusieurs études ont montré l'efficacité de la PrEP dans la diminution du risque de contamination par le VIH dans les populations à haut risque. Par exemple, les résultats issus de l'étude ANRS-IPERGAY démarrée en France en 2012 rapportent une diminution de 86% du risque de transmission par le VIH grâce à la PrEP à la demande (Molina et al. 2015). Une sous-étude de l'essai ANRS-IPERGAY réalisée auprès des *chemsexers* montre la pertinence de cet outil pour réduire l'infection du VIH dans cette population (Roux et al., s. d.).

Ainsi, depuis 2016, l'ANSM permet (via la Recommandation temporaire d'utilisation ou RTU) l'utilisation d'une association de deux molécules inhibitrices de la transcriptase inverse du VIH, l'emtricitabine et le ténofovir disproxil fumarate commercialisées sous le nom de Truvada® dans la PrEP. Suite à la RTU, le Truvada® bénéficie depuis mars 2017 d'une AMM dans la PrEP chez les personnes séronégatives présentant un risque élevé de contamination par le VIH (HAS 2017).

Après un bilan initial (infections VIH ou autre IST, fonctions rénales, informations sur les traitements, évaluations des pratiques), la PrEP peut être prescrite par un médecin hospitalier spécialiste ou un médecin exerçant dans un CeGIDD selon deux protocoles adaptés en fonction des pratiques. Le premier schéma de prise, présentant une AMM, consiste à prendre un comprimé par jour (prise continue à heure fixe). Le second schéma, hors AMM, se base sur un modèle de prise discontinue à heure fixe (Figure 12).

Dans les deux cas, un suivi médical est obligatoire (dépistage un mois après la première prescription puis tous les trois mois) afin de contrôler l'efficacité de la PrEP. La première prescription peut être renouvelée par tout médecin de ville ou hospitalier. Toutefois, tous les ans, la prescription doit être refaite par un médecin spécialiste ou d'un CeGIDD (HAS 2017).

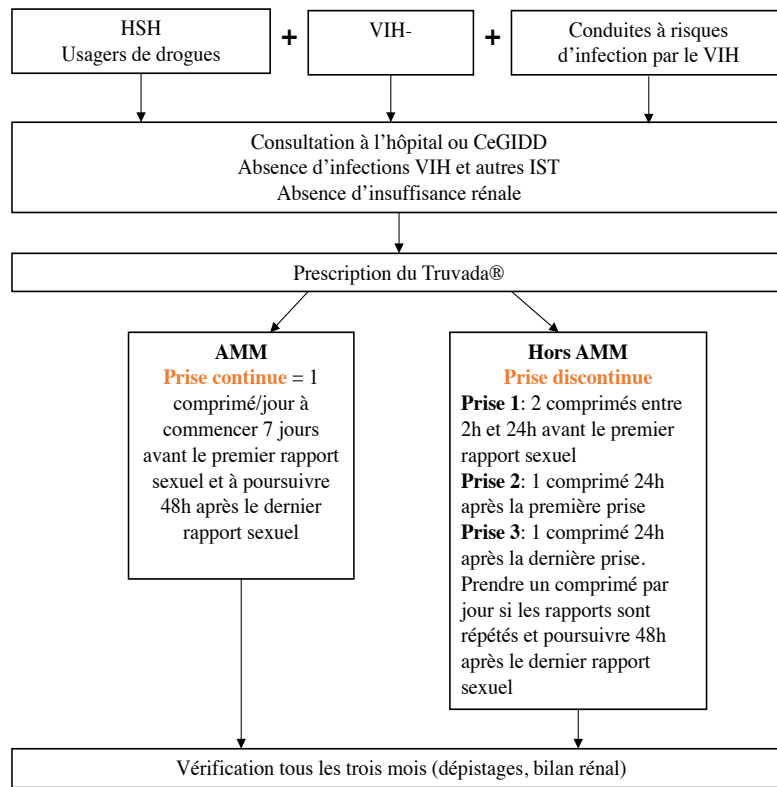


Figure 12 : Schéma de prise en charge de la PrEP

Source : HAS., 2017

Outre la diminution du risque d'infection par le VIH, l'accès à la PrEP dans la population *slamer* constitue un moyen d'aborder d'autres stratégies de RdR, de discuter et de prendre en charge cette population de manière globale.

Certaines limites dans l'utilisation de la PrEP sont à souligner. Elles peuvent constituer des contraintes dans un contexte de *slam*. Tout d'abord, un oubli ou un décalage dans la prise de la prophylaxie potentialise le risque d'exposition au VIH. Il est donc indispensable d'être observant au traitement, ce qui est parfois difficile dans un contexte de polyconsommation sur plusieurs jours. De plus, la PrEP ne protège pas des autres IST (VHB, VHC, autres IST). Cet outil doit donc être intégré dans un programme global de RdR (vaccinations, dépistages, préservatifs, consommation de produits à moindre risque, TasP, TPE). Enfin, la prise de PrEP, tout comme les trithérapies, entraînent des effets indésirables (digestifs, rénaux, osseux) pouvant parfois être un frein à l'observance.

C.2.3.c Le « Treatment as prevention » ou TasP

Le TasP est l'acronyme désignant « Treatment as prevention ». Cette stratégie consiste à proposer rapidement un traitement ARV aux personnes séropositives afin de réduire leur charge virale et de « restaurer ou maintenir » le taux de lymphocytes CD4+ > 500/mm³. Les objectifs étant d'éviter la progression de la maladie vers le stade SIDA et le risque de transmission du VIH à d'autres individus (Morlat et al 2018.a).

L'absence d'études concernant le recours au TasP chez les HSH ne permet pas de conclure sur l'efficacité de cette stratégie au sein de cette population et notamment dans le *slam* où l'observance au traitement peut être difficile. Toutefois, quelques études ont montré l'efficacité du TasP chez des couples séro-discordants avec une diminution du risque de transmission par le VIH. L'initiation précoce d'un traitement ARV, quel que soit le taux de lymphocytes CD4+, maintenu pour atteindre une charge virale indétectable (taux de virus dans le sang < à 50 copies/ml) prévient la transmission du virus à un individu séronégatif par voie sexuelle (Supervie 2013). Ceci est illustré par le message U=U de l'ONUSIDA pour « undetectable = untransmissible (« indétectable = non transmissible ») (UNAIDS 2018). On peut donc penser que le TasP rentre dans les stratégies de RdR combinées selon la méthode du « Test and Treat » (ou dépister pour traiter) afin de limiter les transmissions par le VIH applicable dans un groupe de *slamers* (Supervie 2013). Il est donc important d'informer les *slamers* de cette stratégie et d'initier un traitement adapté à chacun, en fonction du choix du patient, de son mode de vie et des substances consommées (interactions entre drogues et médicaments) (Morlat et al 2018.a).

C.2.3.d Le Traitement de Post-exposition ou TPE

Associée à la PrEP et au TasP, il existe un traitement d'urgence, appelé TPE en français pour « Traitement de post-exposition » ou PeP en anglais, signifiant « post-exposure prophylaxis ». Celui-ci rentre dans la stratégie combinée de RdR depuis sa mise à disposition en 1998 en France. Le TPE peut être recommandé après évaluation des risques, du rapport bénéfice/risque et du coût lié au traitement (*cf.* Tableau 10) notamment chez les *slamers* dont les pratiques présentent plusieurs facteurs de risque.

Expositions sexuelles				
Statut VIH de la personne source				
Risque et nature de l'exposition	Positif		Inconnu	
	CV détectable	CV indétectable (<50 copies/ml) ⁴⁴	Groupe à prévalence élevée ⁴⁵	Groupe à prévalence faible
Rapport anal réceptif	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif	TPE recommandé	TPE non recommandé ⁴⁶	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive avec éjaculation	TPE recommandé	TPE non recommandé ⁴⁷	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive sans éjaculation ou insertive	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé	TPE non recommandé
Expositions chez les usagers de drogue IV				
Statut VIH de la personne source				
Risque et nature de l'exposition	Positif		Inconnu	
	CV détectable	CV indétectable		
Important : partage de l'aiguille, de la seringue et/ou de la préparation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé	
Intermédiaire : partage du récipient, de la cuillère, du filtre ou de l'eau de rinçage	TPE non recommandé		TPE non recommandé	

Tableau 10 : Indications de TPE après exposition sexuelle et/ou partage de matériel d'injection

Source : Rapport Morlat, 2017

Cet outil consiste à initier une trithérapie au mieux entre 4H et 48h (jusqu'à 72h maximum) après un rapport qui présente un risque élevé de transmission du VIH. La stratégie recommandée à ce jour est l'association de deux Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) (ténofovir disoproxil fumarate et emtricitabine) et d'un Inhibiteur non

⁴⁴ Si la personne source est connue et infectée par le VIH, traitée et suivie et que sa charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, le TPE n'est pas recommandé.

⁴⁵ Personne source ayant des relations sexuelles avec plusieurs partenaires, originaire de région à prévalence du VIH>1%, usager de drogue par voie IV ou facteurs physiques qui augmentent le risque de transmission chez la personnes exposée (IST associées, saignement, ulcération anale, viol).

⁴⁶ Le TPE peut être envisagé lorsque la personne exposée présente des facteurs physiques qui augmentent le risque de transmission du VIH (IST, saignement, ulcération anale, viol).

⁴⁷ Le TPE peut être envisagé lorsque la personne exposée présente des facteurs physiques qui augmentent le risque de transmission du VIH (IST, saignement, ulcération anale, viol).

nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) (rilpivirine) commercialisée sous le nom de Eviplera® (un comprimé par jour) ou sous une forme non co-formulée (un comprimé de ténofovir DF/emtricitabine Gé et un comprimé de rilpivirine (Edurant®)). Le traitement sera réévalué trois jours après la première prise pour être arrêté, réadapté et/ou poursuivi pendant quatre semaines. Un test de dépistage est réalisé à la fin du TPE puis trois mois après s'il n'y a pas eu de séroconversion (Morlat et al. 2017). Le TPE peut être prescrit dans les services d'urgence, dans les services hospitaliers en charge des personnes exposées ou dans les CeGIDD.

Il est important de promouvoir cet outil dans une approche globale de RdR auprès du public *slamer* afin de limiter les risques de transmission du VIH dans cette population.

Associées à ces différentes stratégies de RdR liés aux pratiques sexuelles, le dépistage et la vaccination sont recommandés dans la population HSH *slamer* qui présente des facteurs de risques connus.

C.2.3.e Dépistages des IST

Le dépistage rentre dans la stratégie de prévention/RdR combinée et globale. Cet outil fait partie intégrante des objectifs de la stratégie nationale de santé sexuelle qui vise à « favoriser le dépistage répété des populations les plus exposées au VIH par un renforcement de l'offre de dépistage via une mobilisation de l'ensemble des acteurs » (Ministère des affaires sociales et de la santé 2017). Différents outils de dépistage existent en fonction des pathogènes à rechercher (sérologie, test rapide d'orientation au diagnostic ou TROD, autotests) et sont accessibles au sein des structures médico-sociales et associatives de RdR et lors d'actions hors les murs (*cf.* Tableau 11).

Ainsi les recommandations de dépistages chez les HSH adaptées en fonction des facteurs de risques sont les suivantes (Morlat et al. 2018.b):

- Un dépistage du VIH tous les ans voire tous les trois mois chez ceux qui présentent des risques élevés de contamination (multipartenaires, usagers de drogues par voie IV) ou personnes sous PrEP.
- Un dépistage de l'hépatite C annuel voire tous les trois mois chez les HSH éligibles pour la PrEP et/ou ceux qui ont des rapports avec plusieurs partenaires et/ou ceux qui consomment des drogues psychoactives et/ou ceux qui ont des rapports traumatiques (« hard », « fist ») et/ou HSH séropositif.

- Un dépistage multi-sites (prélèvement urinaire, anal et pharyngé) de *Chlamydia trachomatis* renouvelé chaque année en cas de test négatif et rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire et répété tous les trois mois si le test est positif.
- Un dépistage de la syphilis au moins une fois par an si prise de risque répétée.
- Un dépistage multi-site pour l'infection à gonocoques répété tous les trois mois en cas de prise de risque élevée.
- Un dépistage des hépatites A et B suivie d'une vaccination si la sérologie est négative.

Chez les personnes séropositives, les recommandations de dépistage sont à adapter au cas par cas en fonction des pratiques.

Agents pathogènes à dépister	VIH	VHC	VHB	<i>Chlamydia trachomatis</i>	<i>Treponema pallidum</i> (syphilis)	Gonococoque
Examens de dépistage	-Sérologie Elisa 4 ^{ème} génération (détection Ag et Ac) -TROD -Autotest	-Sérologie -TROD	- Sérologie variable (Ag-HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc)	-TAAN ⁴⁸ à partir d'un prélèvement sur 1 ^{er} jet d'urine chez l'homme, pharyngé et/ou anal selon les pratiques	Test tréponémique et non tréponémique	-Si symptômes : culture à partir d'un prélèvement local -Si absence de symptôme : TAAN sur prélèvement local

Tableau 11 : Différents examens de dépistage des infections sexuellement transmissible

Source : INPES 2011

Dans le cas de la pratique du *slam*, il est nécessaire de promouvoir l'offre de dépistage afin de diagnostiquer une IST éventuelle et ainsi permettre une prise en charge globale et rapide. Le temps consacré au dépistage est aussi un moyen d'échanger sur les pratiques et de délivrer des messages et conseils de RdR personnalisés. Le développement des TROD (test rapide d'orientation au diagnostic) pour le VIH-1 et 2 et le VHC dans des structures de RdR (médicales ou communautaires) ainsi que les autotests de dépistage de l'infection à VIH disponibles dans les pharmacies de ville, constitue une avancée majeure dans l'accès au dépistage pour des populations qui ne se font peu ou pas dépister habituellement.

⁴⁸ Test d'amplification des acides nucléiques.

C.2.3.f Vaccination (Ministère des solidarités et de la santé 2018)

La vaccination constitue un moyen préventif contre certaines infections virales pouvant être transmises par voie sexuelle.

D'une manière générale, en contexte de *slam*, si la vaccination n'a pas été faite étant jeune et les sérologies négatives, il est recommandé de réaliser les vaccins contre le VHA, le VHB et HPV.

La vaccination VHA est recommandée chez tous les HSH. Le schéma vaccinal est de deux doses espacées de six mois⁴⁹.

Pour le VHB, la vaccination est recommandée pour les personnes :

- ayant des rapports sexuels avec plusieurs partenaires
- exposées aux IST et/ou ayant une IST en cours ou récente
- consommant des substances psychoactives par voie IV ou intranasale
- partenaires sexuelles d'un individu infecté par le VHB ou porteur chronique de l'antigène Hbs
- séropositives au VIH et/ou VHC.

Le schéma vaccinal est de trois doses à zéro, un et six mois⁵⁰.

La vaccination contre le HPV (Papilloma Virus Humain) est recommandée chez les HSH jusqu'à l'âge de 26 ans⁵¹.

⁴⁹ Il existe trois spécialités commercialisées en France pour les adultes : Avaxim®, Havrix® et Vaqta®. Une spécialité VHA et VHB existe sous le nom de Twinrix®.

⁵⁰ Il existe deux spécialités commercialisées en France : Engerix® et HBVaxpro®.

⁵¹ Gardasil® ou Gardasil9® sont deux spécialités utilisées en France dans la vaccination des HSH âgés de moins de 26ans.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Depuis longtemps, les milieux festifs gays sont marqués par la consommation de produits et une sexualité plus libérée. Toutefois, avec l'évolution des moyens de communication et l'émergence des cathinones synthétiques, on assiste à l'apparition de nouvelles pratiques chez certains HSH telles que le *slam*. Cette nouvelle tendance qui demeure, à ce jour, marginale est un sujet complexe encore peu exploré. En effet, le *slam* est l'imbrication de plusieurs problématiques liant drogues et sexualité qui jusque-là, n'avait été étudiées de façon conjointe.

De multiples facteurs sociaux, environnementaux et individuels peuvent expliquer les motivations qui poussent certains hommes à *slamer*.

Bien que les profils des *slamers* soient variés, leurs attentes vis-à-vis de la pratique sont communes : recherche de nouveaux plaisirs et de sensations, amélioration de la performance sexuelle, désir de lâcher prise dans un contexte où les tabous liés à la sexualité persistent.

L'injection des cathinones de synthèse entraîne des effets stimulants et entactogènes intenses facilitant les rapports physiques avec plusieurs partenaires. De manière concomitante, d'autres drogues ainsi que des médicaments détournés de leur usage sont consommés dans ce contexte en fonction des effets recherchés.

De ce fait, cette pratique expose les *slamers* à des risques certains, liés à la fois aux produits, aux modes de consommation et aux pratiques sexuelles.

D'une manière générale, la consommation de produits peut être à l'origine de complications somatiques sévères notamment au niveau cardiovasculaire et/ou psychiques aussi bien aiguës que chroniques, avec le risque de développer une addiction et qui sont variables d'un individu à un autre et d'un produit à un autre. De plus, la polyconsommation favorise le risque d'interactions pouvant être sources de complications parfois fatales.

La pratique de l'injection, quant à elle, peut entraîner des complications physiques locales (inflammation, abcès, nécrose, ...), systémiques (endocardite, méningite, arthrite, ...) ainsi que des risques infectieux (transmission des IST) lorsque celle-ci est réalisée sans précaution. Le recours aux autres voies d'administration (nasale, orale, rectale) n'est pas dénué de tout risque et peut également entraîner des complications graves.

Associés à la consommation de substances, les complications liées aux pratiques sexuelles sont nombreuses et principalement d'ordre infectieuses. Ainsi, la multiplicité des partenaires

sexuels, les rapports non protégés et parfois traumatiques sont à l'origine d'infections bactériennes (chlamydias, syphilis, gonorrhée) et/ou virales (VIH, VHC, VHA).

La pratique du *slam* rend inévitablement le public *slamer* vulnérable.

Pour faire face à ces multiples risques, différentes stratégies de RdR existent. Ainsi, plusieurs structures médico-sociales et communautaires proposent des outils et dispositifs de RdR relatifs aux produits (analyse de produits), à l'injection (matériels d'injection, PES, ERLI) et aux pratiques sexuelles (préservatifs, PrEP, TasP, PeP, dépistages, vaccinations) à destination des *slamers*. Toutefois, ceux-ci doivent être utilisés de manière combinée et intégrés dans une approche globale de RdR pour être efficaces.

A l'heure actuelle, il apparaît comme essentiel de comprendre davantage les spécificités de la pratique du *slam* et des *slamers* afin de faire évoluer les messages/conseils de RdR, les outils et dispositifs pour répondre au mieux aux demandes de cette population.

Ainsi, il serait intéressant de :

- Développer la recherche pluridimensionnelle afin de dégager des nouveaux axes d'intervention de RdR efficaces qui pourraient être intégrés dans un document de référence de prise en charge destinés aux différents acteurs. Plusieurs projets de recherche sont en cours de réalisation.
- Développer la formation des professionnels de santé (médecins spécialistes, généralistes et urgentistes, pharmaciens, infirmiers) aux questions du *slam* en intégrant la dimension sexuelle à celle des produits. Il conviendra aussi de travailler sur les représentations liées au *slam* pour limiter la discrimination et le jugement moral vis-à-vis des pratiques pouvant constituer un frein majeur dans la prise en charge.
- Former un réseau de professionnels pluridisciplinaires référents (acteurs médicaux, associatifs, institutionnels) au niveau national et local en vue d'améliorer la prise en charge globale des *slamers*.
- Développer des permanences de santé sexuelle « gay » ou « gay friendly » dans différentes structures associatives et/ou hospitalières qui seraient plus enclin à dépister la pratique et proposer une prise en charge globale.
- Développer des études sur les NPS et notamment les cathinones afin de répondre aux sollicitations des *slamers* sur les effets et risques induits par leur consommation.
- Sensibiliser davantage le public *slamer* aux complications liées à la prise de produits et particulièrement sur les risques de l'automédication, des interactions et de l'usage

détourné des médicaments, au travers notamment des réseaux sociaux, applications de rencontre et forums de discussion.

- Développer l'information et l'accès au matériel d'injection stérile et à usage unique pour toucher un maximum de *slamers* même les plus éloignés et promouvoir l'accompagnement à l'injection en incluant la dimension sexuelle lors des séances (ERLI).
- Accompagner les *slamers* à la transition vers d'autres modes de consommation alternatifs à l'injection. A titre d'exemple, l'outil « Change le programme » développé par l'INPES à partir du modèle anglais « Break the circle » pourrait être envisagé dans un groupe de *slamers* où le rôle de l'initiateur est important. Son objectif est de « *diminuer le nombre d'initiations à l'injection, de les retarder ou de les rendre plus sûres afin de limiter les contaminations virales particulièrement le VHC* ».

Le développement et la mise en place de toutes ces actions au travers d'un réseau de prise en charge pluridisciplinaire apparaît donc aujourd'hui comme essentiel pour lutter contre la pratique et les ravages du *slam* aussi bien à titre individuel que collectif.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AIDES. (2018). « AIDES dévoile “LE SPOT” : une toute nouvelle offre en prévention et en santé sexuelle désormais disponible à Paris et à Marseille ». [En ligne]. Disponible sur : <http://www.aides.org/actualite/aides-devoile-le-spot-une-toute-nouvelle-offre-en-prevention-et-en-sante-sexuelle> (Consulté le 12 juillet 2018).

Al-Hebshi N, et S. Nils. (2005). « Khat (Catha Edulis)-an Updated Review ». *Addiction Biology* 10 (4): 299-307

Allard S, G. Deslandes, G. Visseaux, L. Nicolet, P. Rabiller, C. Victorri-Vigneau, P. Jolliet P, C. Monteil-Ganière. (2017). « 4-MEC et ChemSex : quatre cas dont un mortel ». *Thérapie* 72 (1): 156

Alvarez, JC, R. Bauer, P. Roux, C. Capitant, JM. Molina, G. Pialoux, I. Etting, IA. Larabi, N. Fabresse, et J. Chas. (2018). « Consommation de drogues identifiée par analyse capillaire parmi les HSH lors de l'étude ANRS Ipergay : relation avec les pratiques à risque ». *Toxicologie Analytique et Clinique* 30 (juin): S45-46

ANSM. (2013). « Classement des stupéfiants et des psychotropes au niveau international ». [En ligne]. Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/content/download/16057/187343/version/7/file/Classement-stup-psychotropes-avril2013+\(2\).pdf](http://ansm.sante.fr/content/download/16057/187343/version/7/file/Classement-stup-psychotropes-avril2013+(2).pdf). (Consulté le 10 février 2018).

ANSM. (2017). « Stupéfiants et psychotropes ». [En ligne]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/Produits-de-sante/Stupefiants-et-psychotropes>. (Consulté le 10 février 2018).

Antoniou, Tony, et A. Lin-in Tseng. (2002). « Interactions Between Recreational Drugs and Antiretroviral Agents ». *The Annals of Pharmacotherapy* 36(10), 1598–1613

AQPSUD. s. d. « Blender : Guide sur les mélanges de drogues et les risques qui en découlent ».

Arrêté du 27 juillet 2012 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants et la liste des substances psychotropes. *Journal officiel de la République Française.*

Arrêté du 22 février 1990. (2018). « Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants ». *Journal officiel de la République Française.* Version consolidée de août 2018.

Arnold-Richez, F. (2014). « SAFE, un programme d'échange de seringues par voie postale ». *SWAPS*, n° 73. [En ligne]. Disponible sur : http://vih.org/sites/default/files/swaps73_10_1.pdf. (Consulté le 13 septembre 2018).

Assemblée Nationale. s. d. « Paul Mirguet - Base de données des députés français depuis 1789 ». [En ligne]. Disponible sur : http://www2.assemblee-nationale.fr/sycomore/fiche/%28num_dept%29/5303. (Consulté le 20 janvier 2018).

Assi, S., N. Gulyamova, P. Kneller, et D. Osselton. (2017). « The Effects and Toxicity of Cathinones from the Users' Perspectives : A Qualitative Study ». *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 32 (3): e2610.

ASUD. (2018). « Le Slam : une érotique de l'injection ». Spécial injection, *ASUD Journal*, n°61.

ASUD. s. d. « Qui sommes-nous ? » ASUD. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.asud.org/qui-sommes-nous/> (Consulté le 12 décembre 2018).

Barbier, Jacques. (2017). « Chemsex », *Insistance*, n° 13 : p. 189-204.

Batel, Philippe. (2012). « La préoccupante "mode" de l'injection de cathinones », *SWAPS*, n° 68 : 24.

Batise, A., C. Chevallier, C. Richeval, V. Labrouve, M. Martinez, D. Allorge, M. Gregoire, et al. (2018). « ChemSex, NPS et réduction des risques : intérêt de l'analyse de produits ». *Toxicologie Analytique et Clinique*, 26e congrès annuel de la Société Française de Toxicologie Analytique Marseille, 5-8 juin 2018, 30 (2, Supplément) : S73.

Batise, A., M. Grégoire, M. Marillier, M. Fortias, et S. Djeddar. (2016). « Usage de cathinones à Paris ». *L'Encéphale* 42 (4) : 354-60.

Batise, A., H. Peyrière, et S. Djeddar. (2018). « Risques liés à la pratique du chemsex. » CEIP-A (Centre d'Evaluation et d'Information sur la pharmacodépendance de Paris).

Batise, A., H. Peyrière, C. Eiden, MA. Courné, et S. Djeddar. (2016). « Usage de psychostimulants dans un contexte sexuel : analyse des cas rapportés au Réseau français des centres d'addictovigilance. Évaluation des risques liés à la pratique du SLAM ». *Thérapie* 71 (5): 447-55.

Belgherbi, S, et F Lert. (2014). « "Le 190 », un centre de santé sexuelle à Paris pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ». *Bull épidémiol hebd.* [En ligne]. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/32-33/2014_32-33_4.html. (Consulté le 12 septembre 2018).

Ben Amar. (2007). *La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées.* Montréal : Centre québécois de lutte aux dépendances. 184 p.

Billoioti de Gage, S, S Aubrière, et R Dray-Spira. (2018). « Suivi de l'utilisation de Truvada ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH ». ANSM. [En ligne]. Disponible sur : [https://www.ansem.sante.fr/var/ansem_site/storage/original/application/2772a128fd5ef570362912e4f091db45.pdf](https://www.ansm.sante.fr/var/ansem_site/storage/original/application/2772a128fd5ef570362912e4f091db45.pdf). (Consulté le 12 décembre 2018).

Bladou, F. (2017). « Chemsex : vers une palette d'outils de prévention, de réduction des risques et une offre de prise en charge renouvelée ». *Addiction(s) : recherches et pratiques* n°2 (décembre): p. 43-44.

Bladou, F. (2018). « Chemsex : Une stratégie globale pour des besoins spécifiques ». AIDES. Synergie et Résistances.

Bolo, P, et JP. Lhomme. (2013). « La réduction des risques et l'évolution du modèle patient-médecin. Une approche centrée sur la personne ». In *Histoire et principes de la réduction des risques. Entre santé publique et changement social*, p.49-57. Médecins du Monde.

Bonnet, N. (2016). « Chemsex & Slam ». RESPADD. [En ligne]. Disponible : https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2014/10/Atelier2_Respadd.pdf (Consulté le 12 juillet 2018).

Bourne, A., D. Reid, F. Hickson, S. Torres-Rueda, et P. Weatherburn. (2015). « Illicit Drug Use in Sexual Settings ('chemsex') and HIV/STI Transmission Risk Behaviour among Gay Men in South London: Findings from a Qualitative Study ». *Sexually Transmitted Infections* 91 (8): 564-68.

Bourne, A, D. Reid, F. Hickson, S. Torres-Rueda, et P. Weatherburn. (2014). « The Chemsex Study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham ». Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. 72 p.

Bourne, A, D. Reid, F. Hickson, S. Torres-Rueda, P. Steinberg, et P. Weatherburn. (2015). « "Chemsex" and Harm Reduction Need among Gay Men in South London ». *International Journal of Drug Policy* 26 (12): 1171-76.

Bracchi, M, D. Stuart, R. Castles, S. Khoo, D. Back, et M. Boffito. (2015). « Increasing Use of ‘Party Drugs’ in People Living with HIV on Antiretrovirals: A Concern for Patient Safety ». *AIDS* 29 (13): 1585-92.

Briki, Malick. (2009). *Psychiatrie et homosexualité: lectures médicales et juridiques de l’homosexualité dans les sociétés occidentales de 1850 à nos jours*. Besançon, France : Presses universitaires de Franche-Comté, DL 2009.

Broqua, Christophe. (2005). *Agir pour ne pas mourir : Act Up, les homosexuels et le sida*. Paris : Presse de Sciences Po. 406 p.

Broqua, C, et PO. De Busscher. (2003). « La crise de la normalisation : expérience et condition sociales de l’homosexualité en France ». In *Homosexualités au temps du sida: tensions sociales et identitaires*, 19. Paris: ANRS, agence nationale de recherches sur le sida [etc.

Broqua, Christophe, et O. Fillieule. (2000). *Les associations de lutte contre le sida : approche des logiques de l’engagement à AIDES et à Act Up : rapport final*.

Buton, F. (2005). « Sida et politique : saisir les formes de la lutte ». *Revue française de science politique* 55 (5): 787. [En ligne]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/rfsp.555.0787>. (Consulté le 10 janvier 2018).

Cadet-Taïrou, A. (2016). « Profils et pratiques des usagers des nouveaux produits de synthèse ». *Tendances OFDT*, 108, 8.

Cadet-Taïrou, A, M. Gandilhon, M. Martinez, M. Milhet, et T. Néfau. (2017). « Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2016-2017) ». *Tendances OFDT* , 121, 8.

Cadet-Taïrou, A, E. Lahaie, et M. Gandilhon. (2009). « Note relative à l’usage de Poppers-OFDT ». OFDT. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxaccp6.pdf>. (Consulté le 14 mars 2018).

CEIP-A. (2013). « Poppers et législation ». *Addictovigilance Paris* (blog). [En ligne]. Disponible sur : <http://addictovigilance.aphp.fr/2013/06/07/poppers-legislation/>. (Consulté le 14 mars 2018).

Chavant, F, A. Boucher, R. Le Boisselier, S. Deheul, et D. Debruyne. (2015). « Nouvelles drogues de synthèse en addictovigilance ». *Thérapie* 70 (2): 167-78.

Code de la santé publique. (2004). *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique - Article 12*.

Code de la santé publique. (2007). *Article L3421-1. Code de la santé publique.* Vol. L3421-1. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688171&dateTexte=&categorieLien=cid>. (Consulté le 12 juin 2018).

Code de la santé publique. (2015a). *Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.* [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030824409&dateTexte=20150702>.

Code de la santé publique. (2015b). *Décret n° 2015-796 du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.* [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decree/2015/7/1/AFSP1508890D/jo>. (Consulté le 13 juin 2018).

Code de la santé publique. (2016). *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 41. 2016-41.*

Code pénal. (2002). *Article 222-35.* [En ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=7F19415244E82457552B7E4551AD5AD9.tplgfr38s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006165284&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20180702. (Consulté le 13 juin 2018).

Colfax, G, E. Vittinghoff, M.J. Husnik, D.McKirnan, S.Buchbinder, B.Koblin, Connie Celum, et al. (2004). « Substance Use and Sexual Risk: A Participant- and Episode-Level Analysis among a Cohort of Men Who Have Sex with Men ». *American Journal of Epidemiology* 159 (10): 1002-12.

Comité Scientifique Addictologie et Comité Scientifique Infectiologie. (2013). « Je connais les risques associés au SLAM ». (Docvadis). [En ligne]. Disponible sur : <https://www.docvadis.fr/cabinetduliondor/nos-conseils-pratiques/tabac-alcool-drogues/je-connaiss-les-risques-associes-au-slam/>. (Consulté le 12 septembre 2018).

Coppel, A. (2002). « Les politiques de lutte contre la drogue : le tournant de la réduction des risques liés à l'usage de drogues ». *Les cahiers de l'actif*, n° 310-311.

Coppola, M., et R. Mondola. (2012). « Synthetic Cathinones: Chemistry, Pharmacology and Toxicology of a New Class of Designer Drugs of Abuse Marketed as “Bath Salts” or “Plant Food” ». *Toxicology Letters* 211 (2): 144-49.

- Courouve, C.** (1985). *Vocabulaire de l'homosexualité masculine*. Paris, France : Payot. 250 p.
- Couteron, JP.** (2011). « La Réduction des risques, une approche qui vise l'épanouissement de la personne ». *Multitudes* n° 44 (1): 64-70.
- Cruickshank, Christopher C., et Kyle R. Dyer.** (2009). « A Review of the Clinical Pharmacology of Methamphetamine ». *Addiction* 104 (7): 1085-99.
- Darmon, L.** (2013). « Nouveaux usages. Les CAARUD vont ils- suivre? » *Le Journal du SIDA*, n° 227: 30.
- Daskalopoulou, M, A. Rodger, AN. Phillips, L. Sherr, A. Speakman, S. Collins, J. Elford, et al.** (2014). « Recreational Drug Use, Polydrug Use, and Sexual Behaviour in HIV-Diagnosed Men Who Have Sex with Men in the UK: Results from the Cross-Sectional ASTRA Study ». *The Lancet HIV* 1 (1): e22-31.
- Davies, AJ, SP. Kelly, SG. Naylor, PR. Bhatt, JP. Mathews, J. Sahni, R. Haslett, et M. McKibbin.** (2012). « Adverse Ophthalmic Reaction in Poppers Users: Case Series of 'Poppers Maculopathy' ». *Eye* 26 (11): 1479-86.
- Debrus, M.** (2013). « L'éducation aux risques liés à l'injection de drogues ». *VST - Vie sociale et traitements* n° 118 (2): 7-14.
- Deumier, J.** (2018). « Rapport sur l'homophobie 2018 ». SOS homophobie. [En ligne]. Disponible sur : https://www.sos-homophobie.org/sites/default/files/rapport_annuel_2018.pdf. (Consulté le 12 janvier 2018).
- Dhumeaux, D.** (2016). « Prise en charge thérapeutique et suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C ». Rapport de recommandations. ANRS et CNS. [En ligne]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_.pdf. (Consulté le 20 novembre 2018).
- Dodier, N.** (2003). « Les premières années de l'épidémie du SIDA et la conversion politique du mouvement homosexuel ». In *Homosexualité au temps du sida: Tensions sociales et identitaires*, 1. Paris: ANRS, agence nationale de recherches sur le sida [etc.
- EMCDDA.** 2015a. « Cocaine / crack profile (chemistry, effects, other names, effects, origin/extraction, mode of use, pharmacology, medical use, control status) ». [En ligne]. Disponible sur : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cocaine>. (Consulté le 21 janvier 2019).

EMCDDA. 2015b. « Methamphetamine profile (chemistry, effects, other names, synthesis, mode of use, pharmacology, medical use, control status) ». [En ligne]. Disponible sur : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>. (Consulté le 21 janvier 2019).

EMCDDA. 2015c. « Synthetic cathinones profile (chemistry, effects, other names, synthesis, mode of use, pharmacology, medical use, control status) ». [En ligne]. Disponible sur : <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/synthetic-cathinones>. (Consulté le 21 janvier 2019).

EMCDDA. s. d. « The EU Early Warning System ». [En ligne]. Disponible sur : <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>. (Consulté le 21 janvier 2019).

Emmanuelli, J. (2004). « Politique de réduction des risques : programmes d'échange de seringues ». *médecine/sciences* 20 (5): 599-603.

ENIPSE. (2019). « Qui sommes-nous ? Histoire ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.enipse.fr/le-sneg/>. (Consulté le 18 novembre 2018).

ENIPSE. (2012). « Alerte sur la pratique du slam chez les gays ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.enipse.fr/2012/04/alerte-sur-la-pratique-du-slam-chez-les-gays/>. (Consulté le 18 novembre 2018).

ENIPSE. (2017). « Campagne Chemsex ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.enipse.fr/2017/02/campagne-chemsex-2017/>. (Consulté le 18 novembre 2018).

Fédération Addiction. (2016). « Réduire les risques : Ethiques, postures et pratiques ».

Fédération Addiction, et Psychoactif. s. d. « Comment réduire les risques avec les nouvelles drogues de synthèse ? » [En ligne]. Disponible sur : <https://www.psychoactif.org/forum/uploads/documents/1373013784.pdf>. (Consulté le 12 décembre 2018).

Fédération Française d'Addictologie. (2016). « La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition ».

Fernández-Dávila, P. (2016). « “Sesión de sexo, morbo y vicio” : una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España » 4: 25.

Fontaine, C., N. Pierre, et M. Ohayon. (2014). « Infection par le VIH et consommation de produits dans le cadre sexuel : expérience d'un centre de santé sexuelle ». *Médecine et Maladies Infectieuses*, Hors Série 1: : 15es Journées Nationales d'Infectiologie - Palais des Congrès, Bordeaux Lac - 11, 12 et 13 juin 2014, 44 (6, Supplément): 19.

Foureur, N, S. Fournier, M. Jauffret-Roustide, V. Labrouve, X. Pascal, G. Quatremère, et D. Rojas Castro. (2013). « SLAM, Première enquête qualitative en France », AIDES, 60 p.

Fournier, S. (2016). « Gay outreach 2.0. Diagnostic, montage, action, gestion, recueil ». SIDACTION.

Fournier, S, et S. Escots. (2010). « Homosexualité masculine et usages de substances psychoactives en contexte festifs gays- Enquête ethnographique à Paris et Toulouse en 2007-2008 ». OFDT

Gaissad, L, et S. Fournier. (2013). « La Démence ou la dépense ? Le circuit festif gay entre consommation et consommation ». *Ethnologie française* 43 (3): 409. <https://doi.org/10.3917/ethn.133.0409>.

Gandilhon, M, et A. Cadet-Taïrou. (2013). « Poppers, colles et autres solvants- Drogues et addictions » Données essentielles, OFDT ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13pop.pdf>. (Consulté le 12 février 2018).

Gérome, C, et C. Chevallier. (2018). « Surdoses de GHB/GBL : mise en perspective et état des lieux des données récentes ». OFDT. [En ligne]. Disponible sur : https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Note_GHB-GBL.pdf. (Consulté le 2 janvier 2019).

Giorgetti, R, A. Tagliabracci, F. Schifano, S. Zaami, E. Marinelli, et F. Paolo Busardò. (2017). « When “Chems” Meet Sex: A Rising Phenomenon Called “ChemSex” ». *Current Neuropharmacology* 15 (5).

Girard, G. (2014). « Réduire les risques: Homosexualité, prévention du VIH et controverses associatives ». *Politix* 27 (4): 99.

Grégoire, M. (2016). « Slam, chemsex et addiction sexuelle ». *Psychotropes* 22 (3): 83.

HAS. (2010). « Prise en charge des consommateurs de cocaïne ». [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/consommation_de_cocaine_-_argumentaire.pdf. (Consulté le 12 janvier 2018).

HAS. (2014). « Critères d'abus et de dépendance selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV) ». [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_criteres_dsm-iv_abus_dependance_sevrage.pdf. (Consulté le 12 janvier 2018).

HAS. (2017). « La prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par TRUVADA® ». [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/ct_eval_236_bum_truvada_cd_08032017_v4.pdf. (Consulté le 12 décembre 2018).

Henry, JA, et IR Hill. (1998). « Fatal Interaction between Ritonavir and MDMA ». *The Lancet* 352 (9142): 1752-53. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)79825-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)79825-1).

Hoareau, E, et C.Reynaud-Maurupt. (2018). « Hépatite C : Renouveau des stratégies en CAARUD et CSAPA. Manuel méthodologique de réduction des risques, de soutien au dépistage et d'accompagnement vers le soin. » RESPADD.

Hohmann, N, G. Mikus, et D. Czock. (2014). « Effects and Risks Associated with Novel Psychoactive Substances ». *Deutsches Aerzteblatt Online*. [En ligne]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0139>. (Consulté le 21 novembre 2018).

Hôpital Marmottan. s. d. « Drogues de synthèse, slam et chemsex ». Hopital-marmottan. [En ligne]. Disponible sur : http://www.hopital-marmottan.fr/wordpress/?page_id=165. (Consulté le 21 janvier 2019).

Hughes, B, et T. Blidaru. (2009). « Legal Responses to New Psychoactive Substances in Europe », 26.

InforDrogues. (2018). « Cocaïne et Crack ». *Infor-Drogues asbl* (blog). [En ligne]. Disponible sur : <https://infordrogues.be/informations/produits/cocaine-crack/cocaine-crack-suite/>. (Consulté le 12 septembre 2018).

INPES. (2004). « Drogues Savoir Plus. Livret Juridique ». [En ligne]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/660.pdf>. (Consulté le 12 juillet 2018).

INPES. (2011). « Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles. Informations et ressources pour les professionnels de santé. ». [En ligne]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>. (Consulté le 12 décembre 2018).

INSERM. (2010). « Stratégie de réduction des risques en France ». In *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*.

Jacoux, Q. (2015). « CAARUD et Programme d'Echange de Seringues : la région Poitou-Charentes ». [En ligne]. Disponible sur : http://www.caarud-10ans.fr/11_CAARUD_et_Programme_d_Echange_de_Seringues%20.pdf. (Consulté le 12 décembre 2018).

Jauffret-Roustide, M. (2011). « Réduction des risques. Succès et limites du modèle à la française. » *Alcoologie et Addictologie* 33 (2): 101-10.

Jedrzejewski, T. 2017. « État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France ».

Décision 2005/387/JAI du conseil du 10 mai 2005 relative à l'échange d'informations, à l'évaluation des risques et au contrôle des nouvelles substances psychoactives ». *Journal officiel de l'Union Européenne*.

Kalix, P, et I.Khan. (1984). « Le khat : une substance végétale de type amphétaminique », 6.

Karila, L, B. Megarbane, O. Cottencin, et M. Lejoyeux. (2015). « Synthetic Cathinones: A New Public Health Problem ». *Current Neuropharmacology* 13 (1): 12-20.

Kirby, T, et M. Thornber-Dunwell. (2013). « High-Risk Drug Practices Tighten Grip on London Gay Scene ». *The Lancet* 381 (9861): 101-2.

Knoops, L, I. Bakker, R. van Bodegom, et P. Zantkuijl. (2015). « MSM, crystal meth and intravenous drug use in a sexual setting », 72.

Lahaie, E, M. Martinez, et A. Cadet-Tairou. (2013). « Nouveaux produits de synthèse et internet ». OFDT.

Larocque, Al, et S. Gosselin. (2013). « Toxicité chronique de la kétamine », Bulletin d'information toxicologique, 29 (4): 9.

Laure, P, D. Richard, JL. Senon, et S. Pirot. (1999). « Psychostimulants et amphétamines », 15.

Le Bourhis-Zaimi, M, AM. Roque-Afonso, K. Chemlal, AC. Lejeune, B. Vion, A. Matthieu, N. Ndeikoundam Ngangro, et N. Nicolay. (2017). « Épidémie d'hépatite A parmi des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Rouen, Décembre 2016-Avril 2017 », Bull épidém hébd, 355.

Le CRIPS et DGS. (2001). « Les risques infectieux liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse », Centre régionaux d'information et de prévention du sida, Direction générale de la Santé. 63.p

Le kiosque. s. d. « Qui sommes-nous - Histoire ». [En ligne]. Disponible sur : <http://www.lekiosque.org/le-kiosque/qui-sommes-nous/histoire>. (Consulté le 12 décembre 2018).

Léobon, A. s. d. « Rencontres en ligne, Sexualité et Comportements à risque chez les internautes gays et bisexuels français. Résultats du « Net Gay Baromètre 2009 » mise en perspective des résultats au regard des répondants se déclarant séropositifs ».

Léobon, A, L-R. Frigault, et J. Lévy. (2005). « Les usages sociosexuels d'internet. Résultats de l'enquête "Net gay baromètre" ».

Lévy, JJ., et C. Garnier. (2006). « Drogues, médicaments et sexualité ». *Drogues, santé et société* 5 (2): 11.

L'Hénaff, M. s. d. « Les risques médicaux du Chemsex et du Slam ». [En ligne]. Disponible sur : <https://collectif-hepatites-virales.com/media/slam-chemsex.pdf>. (Consulté le 12 novembre 2018).

Liverpool University. s. d. a « Liverpool HEP Interactions ». hep-druginteractions. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.hep-druginteractions.org/>. (Consulté le 21 janvier 2019).

Liverpool University. s. d. b « Liverpool HIV Interactions ». hiv-druginteractions. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.hiv-druginteractions.org/>. (Consulté le 21 janvier 2019).

L'Yavanc, T, R. Missonnier, M. Hamidi, N. Velasquez, et G. Pialoux. (2016). « Évolution de la pratique du « Slam » chez les HSH séropositifs pour le VIH entre 2013 et 2016. » Poster.

Maestracci, M. (2010). « Eléments d'histoire sur la politique de réduction des risques en France ». In *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. INSERM

Mahevas, T., V. Jachiet, F. Brunet-Possenti, L. Deschamps, M. Lachatre, B. Crickx, et V. Descamps. (2016). « Complications cutanées du slam : usage sexuel et récréatif d'injections de cathinones ». *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, SI : Journées Dermatologiques de Paris 2016, 143 (12, Supplement): S265.

Majchrzak, M, R. Celiński, P. Kuś, T. Kowalska, et M. Sajewicz. (2018). « The Newest Cathinone Derivatives as Designer Drugs: An Analytical and Toxicological Review ». *Forensic Toxicology* 36 (1): 33-50.

Maniscalco, E. (2017). « Sexe et addiction dans la population HSH ». PwP, COREVIH.

Martinez, M, et E. Lahaie. (2013). « Nouveaux produits de synthèse », OFDT. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13nps.pdf>. (Consulté le 12 septembre 2018).

Médecins du Monde. (2012). « Réduction des Risques, une approche médicale et politique fondée sur la santé publique et les droits humains ».

Médecins du Monde. (2017). « Référentiel pour les dispositifs d'éducation aux risques liés à l'injection ».

MILDECA. (2015a). « GHB et GBL ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/les-produits/ghb-gbl>. (Consulté le 12 septembre 2018).

MILDECA. (2015b). « La polyconsommation ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-polyconsommation>. (Consulté le 12 septembre 2018).

MILDECA. (2016). « Nouveaux produits de synthèse, nouvelles substances psychoactives ». [En ligne]. Disponible sur : https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/brochure_elsa_nsp.pdf. (Consulté le 12 septembre 2018).

MILDECA, et INSERM. (2012). *Médicaments psychotropes: consommations et pharmacodépendances*. Paris, France : INSERM, Instituts thématiques.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2017). « Stratégie nationale de santé sexuelle-Agenda 2017-2030 ».

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). « Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018 ».

Molina, JM, C. Capitant, B. Spire, G. Pialoux, L. Cotte, I. Charreau, C. Tremblay, et al. (2015). « On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection ». *New England Journal of Medicine* 373 (23): 2237-46.

Morlat, P, F. Bonnet, F. Brun-Vezinet, D. Costagliola, F. Dabis, P. Delobel, A. Faye, et al. (2017). « Prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang chez l'adulte et l'enfant ». [En ligne]. Disponible sur : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf. (Consulté le 12 décembre 2018).

Morlat, P, F. Bonnet, F. Brun-Vezinet, D. Costagliola, F. Dabis, P. Delobel, A. Faye, et al. (2018.a). « Prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Initiation d'un premier traitement antirétroviral ». [En ligne]. Disponible sur : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/01/experts-vih_initiation.pdf. (Consulté le 12 décembre 2018).

Morlat, P, F. Bonnet, F. Brun-Vezinet, D. Costagliola, F. Dabis, P. Delobel, A. Faye, et al. (2018.b). « Prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Prévention et dépistages ». [En ligne]. Disponible sur : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/04/experts-vih_prevention-depistage.pdf. (Consulté le 12 décembre 2018).

Néfau, T. (2018). « Synthèse des résultats d'analyses des collectes SINTES en 2017 ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/sintes/LePointSINTES04.pdf>. (Consulté le 13 septembre 2018).

Néfau, T, et M. Milhet. (2017). « CHEMSEX, SLAM Renouvellement des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH ». *Unpublished*.

Nóbrega, L, et RC. Dinis-Oliveira. (2018). « The Synthetic Cathinone α -Pyrrolidinovalerophenone (α -PVP): Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Clinical and Forensic Aspects ». *Drug Metabolism Reviews* 50 (2): 125-39.

OEDT. (2018). « Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions. 2018 », 96 p.

OFDT. (2015). « Observer pour mieux comprendre ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/PlaqueetteOFDT2015.pdf>. (Consulté le 12 décembre 2018).

OFDT. (2018). « Nouveaux produits de synthèse - Synthèse des connaissances ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/nouveaux-produits-de-synthese/#pres>. (Consulté le 12 décembre 2018).

OFDT. (s. d). « Le dispositif SINTES. Collecter, analyser, veiller, observer, informer ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/FlyerSINTES.pdf>. (Consulté le 12 décembre 2018a).

OFDT. (s. d). « Le dispositif TREND. Drogues illicites en France ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/FlyerTREND.pdf>. (Consulté le 12 décembre 2018b).

Office fédéral de la santé publique. (2009). « Gamma-hydroxybutyrate (GHB), gamma-butyrolactone (GBL), 1,4-butanediol (BD) ».

OMS. (2011). « Mettre fin à la discrimination contre les hommes et les femmes homosexuels ». [En ligne]. Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/news/news/2011/5/stop-discrimination-against-homosexual-men-and-women>. (Consulté le 12 janvier 2018).

OMS. (s. d). « Prise en charge de l'abus de substances psychoactives. Syndrome de dépendance ». WHO. [En ligne]. Disponible sur : https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/. (Consulté le 12 septembre 2018).

Pfau, G, et C. Péquart. (2015). « Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Paris : états des lieux en 2013 ». OFDT.

Pochard, L, et Y. Granger. (2018). « Analyse de drogues par CCM. Slam/Chemsex ». Présenté à AIDES.

Pollak, M. (1993). « L'homosexualité masculine, ou : le bonheur dans le ghetto ? » *Lecons De Choses*, 184-202.

Prosser, Jane M., et Lewis S. Nelson. (2012). « The Toxicology of Bath Salts: A Review of Synthetic Cathinones ». *Journal of Medical Toxicology* 8 (1): 33-42.

Protais, C. (2016). « Législations relatives aux stupéfiants en Europe en 2016 : points communs et divergences » OFDT. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcpwc.pdf>. (Consulté le 14 juillet 2018).

Psychoactif. (2017). « Le plug ou administration de drogue par voie rectale ». [En ligne]. Disponible sur : https://www.psychoactif.org/blogs/Dossier-du-mois-le-plug-ou-administration-de-droque-par-voie-rectale_2872_1.html. (Consulté le 15 septembre 2018).

Rech, Megan A., E. Donahey, JM. Cappiello Dzedzic, L. Oh, et E. Greenhalgh. (2015). « New Drugs of Abuse ». *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy* 35 (2): 189-97.

RESPADD. (2016). « Chemsex, livret d'information pour les professionnel(le)s et les intervenant(e)s en santé ».

Revenin, R. (2007). « Conceptions et théories savants de l'homosexualité masculine en France, de la monarchie de Juillet à la Première Guerre mondiale ». *Revue d'Histoire des Sciences Humaines* n° 17 (2): 23-45.

Roméo, B. (2016). « La kétamine dans la dépression : données cliniques et mécanismes d'actions supposés ». *PSN* Volume 14 (3): 17-29.

Rouiller, F. (2008). « Kétamine et soins palliatifs ». *Revue internationale de soins palliatifs* 23 (3): 91.

Roux, P., L. Fressard, M. Suzan-Monti, J. Chas, C. Capitant, L. Meyer, C. Tremblay, JM. Molina, G. Pialoux, et B. Spire. s. d. « PrEP à la demande : un outil de réduction des risques pour les chemsexers ? Résultats d'une sous-étude de l'essai ANRS- IPERGAY ». Powerpoint.

Roux, P. (2016). « Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection Recherche ANRS-AERLI ».

Roux, P., JM. Le Gall, M. Debrus, C. Protopopescu, K. Ndiaye, B. Demoulin, C. Lions, et al. (2016). « Innovative Community-Based Educational Face-to-Face Intervention to Reduce HIV, Hepatitis C Virus and Other Blood-Borne Infectious Risks in Difficult-to-Reach People Who Inject Drugs: Results from the ANRS-AERLI Intervention Study ». *Addiction (Abingdon, England)* 111 (1): 94-106.

Schreck, B, M. Grall-Bronnec, M. Guerlais, P. Jolliet, et C. Victorri-Vigneau. (2017). « Substances et SLAM : quelle(s) dépendance(s) ? » *Thérapie*, XXXIIes Rencontres Nationales de Pharmacologie et de Recherche Clinique, pour l'Innovation Thérapeutique et l'Evaluation des Technologies de Santé - Tables rondes Giens, 2 au 3 octobre 2016, 72 (1): 156-57.

Seronet. (2017). « Face au Chemsex, AIDES lance une ligne d'appel ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.seronet.info/article/face-au-chemsex-aides-lance-une-ligne-dappel-78605>. (Consulté le 12 novembre 2018).

SIDACTION. (2017). « Données épidémiologiques VIH/SIDA en France en 2018 ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.sidaction.org/donnees-epidemiologiques-vihsida-france-2017>.(Consulté le 12 novembre 2018).

Spiller, HA., ML. Ryan, RG. Weston, et J. Jansen. (2011). « Clinical Experience with and Analytical Confirmation of “Bath Salts” and “Legal Highs” (Synthetic Cathinones) in the United States ». *Clinical Toxicology* 49 (6): 499-505. <https://doi.org/10.3109/15563650.2011.590812>.

Stuart, D. (2013). « Sexualised Drug Use by MSM: Background, Current Status and Response », 5.

Supervie, V. (2013). « Les moyens de prévention de l'infection à VIH à base d'antirétroviraux: Quel impact sur l'épidémie du VIH ? » *médecine/sciences* 29 (4): 373-82.

Swearingen, Sean G., et Jeffrey D. Klausner. (2005). « Sildenafil Use, Sexual Risk Behavior, and Risk for Sexually Transmitted Diseases, Including HIV Infection ». *The American Journal of Medicine* 118 (6): 571-77.

Talec, JY, et F. Linard. (2015). « Plaisirs chimiques : sexualité et usage de drogues chez des hommes gais séropositifs ». *Psychotropes* Vol. 21 (2): 157-82.

Tassin, JP. (2002). « La place de la dopamine dans les processus de dépendance aux drogues ». In *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 182:295-306. 2.

Techno+. (2017). « Flyer “Sniff” ». [En ligne]. Disponible sur : <http://culturedrogues.fr/technoplus/wp-content/uploads/sites/2/2017/03/Flyer-sniff-mars-2017.pdf>. (Consulté le 12 novembre 2018).

Tissot, N. (2017). « Phénomènes émergents liés aux drogues. Tendances récentes sur les usages de drogues à Lyon en 2016 ». OFDT

Toufik, A. (1997). « Les groupes d'auto-support d'usagers de drogues », 14.

Touitou, Y. (2013). « Voies d'administration des médicaments ». In *Pharmacologie et thérapeutiques: UE 2.11*. Paris, France: Elsevier Masson.

TripSit wiki. s. d. « Quick Guide to Plugging ». [En ligne]. Disponible sur : https://wiki.tripsit.me/wiki/Quick_Guide_to_Plugging. (Consulté le 12 novembre 2018).

UNAIDS. (2018). « Undetectable = Untransmittable — Public Health and HIV Viral Load Suppression ».

UNODC. (2013). « The challenge of new psychoactive substances. Global Smart Program ».

Urdiales, C, J. Héradès, N. Limbarinu, C. Montagnier, F. Bladou, S. Benayoun, G. Quatremère, et S. Simonpietri. (2016). « Intervenir dans des soirées privées chemsex à Nîmes : une double stratégie de réduction des risques (RdR) ». Poster, XVII^e congrès « Sexualités et addictions" Montpellier.

Valente, MJ, P. Guedes de Pinho, M. de Lourdes Bastos, F. Carvalho, et M. Carvalho. (2014). « Khat and Synthetic Cathinones: A Review ». *Archives of Toxicology* 88 (1): 15-45. <https://doi.org/10.1007/s00204-013-1163-9>.

Van Acker, J. (2017). « Plan chem? Plan slam? Les plans sous prod. Une recherche exploratoire sur le chemse parmi les gays, bisexuels et autres HSH dans la Région de Bruxelles-Capitales ».

Watterson, LR., et M. Foster Olive. (2014). « Synthetic Cathinones and Their Rewarding and Reinforcing Effects in Rodents ». *Advances in Neuroscience* 2014: 1-9.

Weatherburn, P, F. Hickson, D. Reid, S. Torres-Rueda, et A. Bourne. (2017). « Motivations and Values Associated with Combining Sex and Illicit Drugs ('Chemsex') among Gay Men in South London: Findings from a Qualitative Study ». *Sexually Transmitted Infections* 93 (3): 203-6.

Zawilska, Jolanta B., et J. Wojcieszak. (2013). « Designer Cathinones — An Emerging Class of Novel Recreational Drugs ». *Forensic Science International* 231 (1-3): 42-53.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES CATHINONES DE SYNTHÈSE IDENTIFIÉES EN FRANCE DEPUIS 2002

ANNEXE 2 : INTERACTIONS POTENTIELLES ENTRE LES PRINCIPALES DROGUES/ PRODUITS PSYCHOACTIFS

ANNEXE 3 : INTERACTIONS ENTRE LES PRINCIPALES DROGUES ET ANTIRETROVIRAUX

ANNEXE 4 : INTERACTIONS ENTRE LES PRINCIPAUX MÉDICAMENTS DÉTOURNÉS DE LEUR USAGE ET ANTIRETROVIRAUX

ANNEXE 5 : CONSEILS DE RDR LIÉS À LA PRATIQUE DU *SLAM/CHEMSEX*

ANNEXE 1 : LISTE DES CATHINONES DE SYNTHÈSE IDENTIFIÉES EN FRANCE DEPUIS 2002

Source : OFDT

ANNEES	CATHINONES IDENTIFIÉES
2008	Méphédronne (4-MMC)*
2009	3-FMC 4fluoroetcatinone Methylone*
2010	4-MEC* Ethylcatinone
2011	alpha-PVP* BMDB Butylone Ethylone MDPV* Pentédronne Pentylone
2012	Diméthylone /bk-MDDMA Isoethylcatinone MOPPP N-ethylbuphédronne
2013	Alpha-PBP Alpha-PVT MDPPP MPHP
2014	2-FMC 3-CMC/Clophédronne 3-MeO-MC 3-MMC* 4-EEC 4-EMC 4F-alpha-PVP 4F-Pentédronne 4-MeO-alpha-PEP 4-méthyl- N,N-diethylcatinone 4-méthyl- N-ethylnorpentédronne alpha-PEP / PV8 Buphédronne / 4-BMC MBDB N-méthyl-bk-MMDA-2
2015	1-naphyrone 2-MMC 3,4-DMMC 4-CMC / clephédronne 5-BPDi alpha-PHP alpha-PNP Buphédronne Dipentylone Ethylhexédronne (NEH)

2015	Hexedrone 4-methyl-alpha-PPP MDPBP Mexedrone nor-Mephedrone (4-MC) tBuONE TH-PVP
2016	3-MEC 4-chloroethcathinone 4-Cl- α -PNP 4-Cl- α -PPP 4-Cl- α -PVP 4F- α -PEP 4F- α -PHP 4-MeO-alpha-PV9 4-méthyl-buphédronne 4-méthyl-buphédronne, N-benzyl derivative 5-DBFPV alpha-PPP Dibutylone / bk-MMBDB Ephylone* MDPHP N-methylbenzedrone N-methyl-bk-MMDA-5 x,x-DMMC xF- α -PHP
2017	DL-4662 N-ethylnorpedrone 4-methylpentedrone (4-MPD) α -PHiP Benzedrone 4'-Methyl- α - pyrrolidinobutyrophenone
2018	4-Cl-diméthylcathinone

*Cathinones synthétiques majoritairement consommées en contexte de *slam*.

ANNEXE 2 : INTERACTIONS POTENTIELLES ENTRE LES PRINCIPALES DROGUES/PRODUITS PSYCHOACTIFS

Sources: Ben Amar 2007 ; Tripsit*

	DROGUES	STIMULANTS DU SNC				DEPRESSEURS DU SNC				
		Cathinones	Méthamphétamine	Cocaïne	MDMA	GHB	Poppers	Ketamine	Alcool	BZD
STIMULANTS DU SNC	Cathinones	x	Potentialisation des effets "agrèables" et toxiques	Potentialisation des effets "agrèables" et toxiques	Potentialisation des effets "agrèables" et toxiques	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Peu de risques
	Méthamphétamine	Potentialisation des effets "agrèables" et toxiques	x	Potentialisation des effets "agrèables" et toxiques	Potentialisation des effets "agrèables" et toxiques	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Peu de risques
	Cocaïne	Potentialisation des effets "agrèables" et toxiques	Potentialisation des effets "agrèables" et toxiques	x	Potentialisation des effets "agrèables" et toxiques	Augmentation de l'euphorie, diminution des effets désagrèables et si forte dose --> dépression respiratoire	Augmentation de l'euphorie, diminution des effets désagrèables et si forte dose --> dépression respiratoire	Augmentation de l'euphorie, diminution des effets désagrèables et si forte dose --> dépression respiratoire	Augmentation de l'euphorie et de l'intensité et la durée des effets de la cocaïne (formation de la cocaéthylène, métabolite actif de la cocaïne)	Peu de risques
	MDMA	Potentialisation des effets "agrèables" et toxiques	Potentialisation des effets "agrèables" et toxiques	Potentialisation des effets "agrèables" et toxiques	x	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Augmentation des effets de l'alcool et de la MDMA	Peu de risques
DEPRESSEURS DU SNC	GHB	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Augmentation de l'euphorie, diminution des effets désagrèables et si forte dose --> dépression respiratoire	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	x	Augmentation des effets dépresseurs sur le SNC	Augmentation des effets dépresseurs sur le SNC	Potentialisation des effets dépresseurs sur le SNC pouvant aller jusqu'au G-Hole	Augmentation des effets dépresseurs sur le SNC
	Poppers	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Augmentation de l'euphorie, diminution des effets désagrèables et si forte dose --> dépression respiratoire	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Augmentation des effets dépresseurs sur le SNC	x	Augmentation des effets dépresseurs sur le SNC	Augmentation des effets vasodilatateurs des nitrites --> hypotension, syncope voire collapsus cardiovasculaire	Augmentation des effets dépresseurs sur le SNC
	Ketamine	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Augmentation de l'euphorie, diminution des effets désagrèables et si forte dose --> dépression respiratoire	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Potentialisation des effets dépresseurs sur le SNC	Augmentation des effets dépresseurs sur le SNC	x	Potentialisation des effets dépresseurs sur le SNC pouvant aller jusqu'au K-Hole	Augmentation des effets dépresseurs sur le SNC
	Alcool	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Potentialisation de l'euphorie et diminution des effets "désagrèables"	Augmentation de l'euphorie et de l'intensité et la durée des effets de la cocaïne (formation de la cocaéthylène, métabolite actif de la cocaïne)	Augmentation des effets de l'alcool et de la MDMA	Potentialisation des effets dépresseurs sur le SNC pouvant aller jusqu'au G-Hole	Potentialisation des effets vasodilatateurs des nitrites --> hypotension, syncope voire collapsus cardiovasculaire	Potentialise les effets dépresseurs sur le SNC pouvant aller jusqu'au K-Hole	x	Potentialisation des effets dépresseurs sur le SNC pouvant être fatals. Sur le long terme, tolérance croisée
	BZD	Peu de risques	Peu de risques	Peu de risques	Peu de risques	Augmentation des effets dépresseurs sur le SNC	Augmentation des effets dépresseurs sur le SNC	Augmentation des effets dépresseurs sur le SNC	Potentialise les effets dépresseurs sur le SNC pouvant être fatals. Sur le long terme, tolérance croisée	x

MDMA:3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine
 GHB:Gamma-Hydroxybutyrique
 BZD: Benzodiazépine

Danger
 Risqué
 Attention

*Disponible sur: http://wiki.tripsit.me/wiki/Drug_combinations. (Consulté le 14 août 2018).

ANNEXE 2: INTERACTIONS POTENTIELLES ENTRE DROGUES

	Low Risk & Synergy	Low Risk & No Synergy	Low Risk & Decrease	Caution	Unsafe	Dangerous
LSD	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Mushrooms	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
DMT	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Mescaline	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
DOx	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
NBOMes	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
2C-x	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
2C-Tx	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
5-MeO-xT	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Cannabis	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Ketamine	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
MXE	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
DMX	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Nitrous	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Amphetamines	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
MDMA	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Cocaine	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Caffeine	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Alcohol	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
GHB/GBL	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Opioids	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Tramadol	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Benzodiazepines	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
MAOIs	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
SSRIs	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
LSD	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Mushrooms	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
DMT	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Mescaline	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
DOx	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
NBOMes	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
2C-x	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
2C-Tx	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
5-MeO-xT	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Cannabis	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Ketamine	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
MXE	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
DMX	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Nitrous	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Amphetamines	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
MDMA	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Cocaine	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Caffeine	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Alcohol	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
GHB/GBL	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Opioids	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Tramadol	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
Benzodiazepines	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
MAOIs	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠
SSRIs	↑	⊕	↓	⚠	⚡	☠

ANNEXE 3 : INTERACTIONS ENTRE PRINCIPALES DROGUES ET ANTIRETROVIRAUX

Source : hiv-druginteractions.org

Interactions entre drogues et Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI) et Inhibiteur Nucléotidique de la Transcriptase Inverse (INtTI) (tenofovir)

	Abacavir	Emtricitabine (FTC)	Emtricitabine/TAF	Lamivudine (3TC)	Tenofovir-DF	Zidovudine (AZT/ZDV)
Alcohol	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Amphetamine	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Cannabis	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Cocaine	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Ecstasy (MDMA)	◆	◆	◆	◆	◆	◆
GHB (Gamma-hydroxybutyrate)	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Mephedrone	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Methamphetamine	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Poppers (Amyl nitrate)	◆	◆	◆	◆	◆	◆

Interactions entre drogues et Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INNTI)

	Efavirenz	Etravirine	Nevirapine	Rilpivirine	Rilpivirine/FTC/TAF
Alcohol	◆	◆	◆	◆	◆
Amphetamine	◆	◆	◆	◆	◆
Cannabis	■	■	◆	◆	◆
Cocaine	■	■	■	▲	▲
Ecstasy (MDMA)	◆	◆	◆	◆	◆
GHB (Gamma-hydroxybutyrate)	◆	◆	◆	◆	◆
Mephedrone	◆	◆	◆	◆	◆
Methamphetamine	◆	◆	◆	◆	◆
Poppers (Amyl nitrate)	◆	◆	◆	◆	◆

Interactions entre drogues et Inhibiteurs de Protéase (IP)

	Atazanavir	Cobicistat (with ATV or DRV)	Darunavir + ritonavir	Darunavir/cobicistat	Fosamprenavir	Lopinavir	Ritonavir	Tipranavir
Alcohol	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Amphetamine	■	■	■	■	■	■	■	■
Cannabis	■	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Cocaine	■	■	■	■	■	■	■	■
Ecstasy (MDMA)	■	■	■	■	■	■	■	■
GHB (Gamma-hydroxybutyrate)	■	■	■	■	■	■	■	■
Mephedrone	■	■	■	■	■	■	■	■
Methamphetamine	■	■	■	■	■	■	■	■
Poppers (Amyl nitrate)	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆

Interactions entre drogues et Inhibiteurs de l'Intégrase (II)

	Dolutegravir	Elvitegravir/Cobi/FTC/TAF	Elvitegravir/Cobi/FTC/TDF	Raltegravir
Alcohol	◆	◆	◆	◆
Amphetamine	◆	■	■	◆
Cannabis	◆	▲	▲	◆
Cocaine	◆	■	■	◆
Ecstasy (MDMA)	◆	■	■	◆
GHB (Gamma-hydroxybutyrate)	◆	■	■	◆
Mephedrone	◆	■	■	◆
Methamphetamine	◆	■	■	◆
Poppers (Amyl nitrate)	◆	◆	◆	◆

ANNEXE 4 : INTERACTIONS ENTRE PRINCIPAUX MEDICAMENTS DETOURNES DE LEUR USAGE ET ANTIRETROVIRAUX

Source : hiv-druginteractions.org

Interactions entre benzodiazépines/apparentés/médicaments des dysfonctions érectiles et Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI) et Inhibiteur Nucléotidique de la Transcriptase Inverse (INtI) (tenofovir

	Abacavir	Emtricitabine (FTC)	Emtricitabine/TAF	Emtricitabine/Tenofovir-DF (FTC/TDF, PrEP)	Lamivudine (3TC)	Tenofovir-DF	Zidovudine (AZT/ZDV)
Alprazolam	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Bromazepam	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Diazepam	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Lorazepam	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Lormetazepam	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Oxazepam	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Sildenafil (Erectile Dysfunction)	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Tadalafil (Erectile Dysfunction)	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Vardenafil (Erectile Dysfunction)	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Zolpidem	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Zopiclone	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆

Interactions entre benzodiazépines/apparentés/médicaments des dysfonctions érectiles et Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

	Efavirenz	Etravirine	Nevirapine	Rilpivirine	Rilpivirine/FTC/TAF
Alprazolam	■	■	■	◆	◆
Bromazepam	▲	▲	▲	◆	◆
Diazepam	■	■	■	◆	◆
Lorazepam	◆	◆	◆	◆	◆
Lormetazepam	◆	◆	◆	◆	◆
Oxazepam	◆	◆	◆	◆	◆
Sildenafil (Erectile Dysfunction)	■	■	■	◆	◆
Tadalafil (Erectile Dysfunction)	■	■	■	◆	◆
Vardenafil (Erectile Dysfunction)	■	■	■	◆	◆
Zolpidem	■	■	■	◆	◆
Zopiclone	■	■	■	◆	◆

Interactions entre benzodiazépines/apparentés/médicaments des dysfonctions érectiles et Inhibiteurs protéase

	Atazanavir	Cobicistat (with ATV or DRV)	Darunavir + ritonavir	Darunavir/cobicistat	Fosamprenavir	Lopinavir	Ritonavir	Tipranavir
Alprazolam	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction
Bromazepam	Potential Weak Interaction	Potential Weak Interaction	Potential Weak Interaction	Potential Weak Interaction	Potential Weak Interaction	Potential Weak Interaction	Potential Weak Interaction	Potential Interaction
Diazepam	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction
Lorazepam	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected
Lormetazepam	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected
Oxazepam	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected
Sildenafil (Erectile Dysfunction)	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction
Tadalafil (Erectile Dysfunction)	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction
Vardenafil (Erectile Dysfunction)	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction
Zolpidem	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction
Zopiclone	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction	Potential Interaction

Interactions entre benzodiazépines/apparentés/médicaments des dysfonctions érectiles et Inhibiteurs de l'intégrase

	Dolutegravir	Elvitegravir/Cobi/FTC/TAF	Elvitegravir/Cobi/FTC/TDF	Raltegravir
Alprazolam	No Interaction Expected	Potential Interaction	Potential Interaction	No Interaction Expected
Bromazepam	No Interaction Expected	Potential Weak Interaction	Potential Weak Interaction	No Interaction Expected
Diazepam	No Interaction Expected	Potential Interaction	Potential Interaction	No Interaction Expected
Lorazepam	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected
Lormetazepam	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected
Oxazepam	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected	No Interaction Expected
Sildenafil (Erectile Dysfunction)	No Interaction Expected	Potential Interaction	Potential Interaction	No Interaction Expected
Tadalafil (Erectile Dysfunction)	No Interaction Expected	Potential Interaction	Potential Interaction	No Interaction Expected
Vardenafil (Erectile Dysfunction)	No Interaction Expected	Potential Interaction	Potential Interaction	No Interaction Expected
Zolpidem	No Interaction Expected	Potential Interaction	Potential Interaction	No Interaction Expected
Zopiclone	No Interaction Expected	Potential Interaction	Potential Interaction	No Interaction Expected

ANNEXE 5 : CONSEILS DE RdR LIES A LA PRATIQUE DU SLAM/CHEMSEX

Sources : Fédération Addiction et Psychoactif¹, CRIPS Ile-de-France et DGS², Techno+³, Tripsit wiki⁴, AIDES

Conseils généraux de RdR liés à la consommation de produits

- Doser avec précision les produits à consommer (balance précise pour la poudre, pipette ou seringue sans aiguille pour les liquides comme le GHB/GBL).
- Préparer les produits à consommer avec précaution quel que soit le mode d'usage (réduction, dissolution, filtration, règles d'hygiène).
- Toujours consommer une petite quantité de produit (fractionné) et attendre les effets.
- Espacer les prises pour éviter les surdosages.
- Proscrire les associations dangereuses de drogues pouvant entraîner des complications potentiellement mortelles.
- S'entourer de personnes de confiance dans un endroit sécurisé pour éviter les « bad-trip ».
- Toujours s'hydrater car les risques de déshydratation induite par la consommation de drogues sont importants (prévoir des bouteilles pour chaque participant) et s'aérer régulièrement.

Conseils de RdR liés à l'injection en IV

- Préparer le support sur lequel est posé le matériel d'injection : surface nettoyée, dégraissée et désinfectée (eau de javel), plane, stable et non encombrée si possible.

¹ **Fédération Addiction, et Psychoactif**. s. d. « Comment réduire les risques avec les nouvelles drogues de synthèse ? » [En ligne]. Disponible sur : <https://www.psychoactif.org/forum/uploads/documents/1373013784.pdf>. (Consulté le 12 décembre 2018).

² **Le CRIPS et DGS**. (2001). « Les risques infectieux liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse »,

³ **Techno +** « Flyer "Sniff" ». [En ligne]. Disponible sur : <http://culturedrogues.fr/technoplus/wp-content/uploads/sites/2/2017/03/Flyer-sniff-mars-2017.pdf>. (Consulté le 12 novembre 2018).

⁴ **TripSit wiki**. s. d. « Quick Guide to Plugging ». [En ligne]. Disponible sur : https://wiki.tripsit.me/wiki/Quick_Guide_to_Plugging. (Consulté le 12 novembre 2018).

- Laver et désinfecter ses mains.
- Préparer le matériel d'injection : **stérile et à usage unique et personnel**⁵.
- Préparer les produits :
 - a) Réduire le produit en fine poudre.
 - b) Dissoudre la poudre avec de l'eau stérile⁶ et/ou ajout d'un diluant acide lorsque le produit n'est pas soluble dans l'eau. Chauffer la solution jusqu'à ébullition, mélanger et laisser refroidir. Il est important de connaître la dissolution de chaque drogue.
 - c) Filtrer la solution à l'aide d'un filtre stérile. Cette étape est très importante pour éliminer toutes les résidus insolubles qui pourrait entraîner des infections et altérer le système veineux. La « filtration combinée » (stérifilt® et filtre de coton) est recommandée.
- Pour réaliser l'injection :
 - a) Désinfecter la zone d'injection avec un tampon alcoolisé neuf.
 - b) Positionner un garrot personnel en caoutchouc de préférence, au-dessus de la zone d'injection. Ceci permet de choisir plus facilement une veine visible dans laquelle injecter le produit.
 - c) Injecter la solution de manière lente, en évitant les zones d'injection à risque (cou, aine, main, poignet, pied, cheville, sexe et jambe) et en changeant régulièrement de point d'injection pour ne pas endommager le capital veineux. Les veines des bras sont les moins à risque.
 - d) Enlever le garrot et comprimer la zone avec un tampon sec puis la désinfecter.

Suite à une injection, il est important de ne pas réutiliser le même matériel souillé et de le jeter dans les Dasri ou poubelles de collecte pour éviter les contaminations, notamment par le VHC.

⁵ En cas d'absence de matériel stérile, il est possible de nettoyer le plus rapidement possible son matériel à l'eau de javel. Toutefois, si cette procédure est efficace contre le VIH, elle ne permet pas d'éliminer totalement le risque de transmission du VHC.

⁶ Si absence d'eau stérile, l'eau du robinet peut être utilisée bouillie puis refroidie avant injection, en dernier recours.

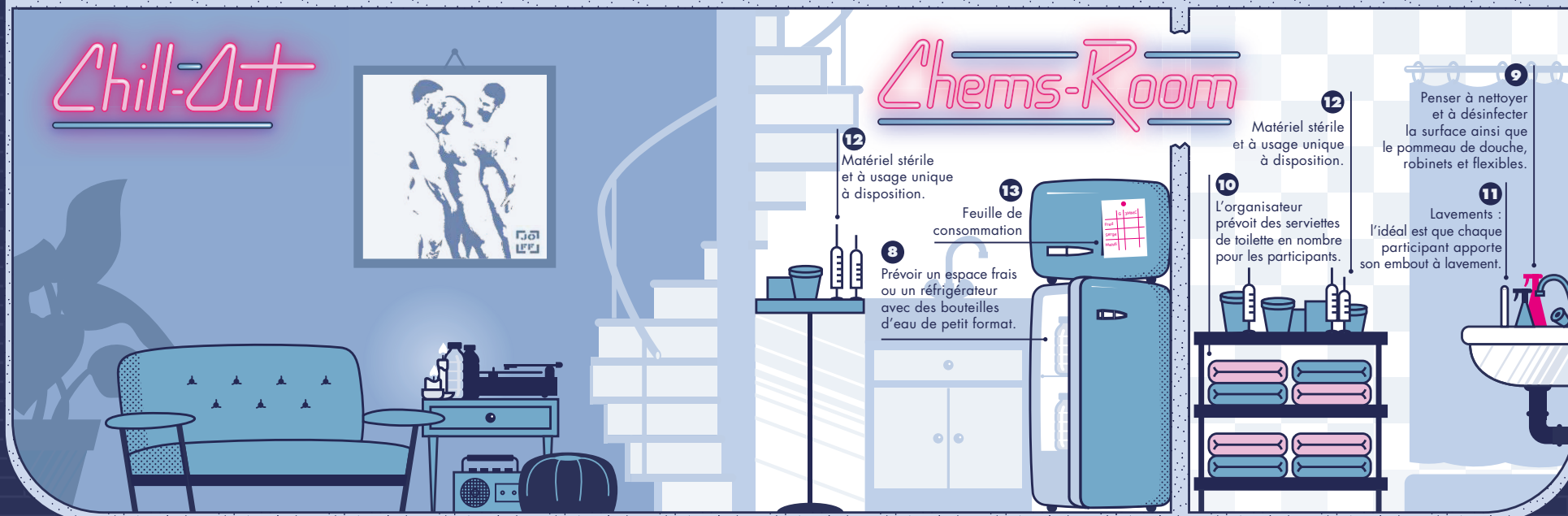
Conseils de RdR liés au sniff

- Préparer le support (surface propre et lisse).
- Préparer le produit à sniffer avec précaution :
 - a) Doser la drogue avec précision pour éviter les surdosages (fractionner et espacer les prises).
 - b) Réduire la drogue en poudre la plus fine possible.
- Se moucher pour dégager les narines avant de réaliser le sniff.
- Sniffer à l'aide d'une « **paille** » **rigide, personnelle et à usage unique**. Le partage de paille est à proscrire pour éviter le risque de contaminations virales.
- Se rincer les narines avec du sérum physiologique après chaque inhalation afin d'éliminer les dépôts de poudre pouvant endommager les narines.
- Hydrater les narines.
- Alternner les narines entre les sniff.

Conseils de RdR liés au « plug » anal

- Préparer la surface de préparation du produit (surface propre et lisse).
- Préparer le produit à « plugger » :
 - a) Doser la drogue avec précision pour éviter les surdosages (biodisponibilité des drogues est importante par cette voie : utiliser des doses inférieures à la voie orale ou sniff).
 - b) Réduire la drogue en poudre la plus fine possible.
 - c) Dissoudre la poudre dans de l'eau stérile et/ou solvant.
 - d) Mélanger la solution

- Eviter l'administration de produits caustiques ainsi que l'éthanol comme solvant qui pouvant entrainer la détérioration de la muqueuse anale. Attention également aux drogues anesthésiantes des muqueuses telles que la cocaïne ou la kétamine (masquent les douleurs témoignant d'une lésion).
- Introduire la solution dans une seringue stérile à usage unique dépourvue d'aiguille et lubrifiée pour éviter les lésions.
- Avant l'utilisation de la voie rectale, il est conseillé d'aller à la selle ou d'effectuer un lavement car une solution absorbée par les selles n'entraîne pas d'effets.
- Insérer la seringue dans l'anus de manière lente pour éviter les lésions et assez profondément.
- Administrer le produit de façon lente et régulière.
- Attendre quelques secondes avant de retirer la seringue avec précaution afin d'éviter la perte de produit.
- Rester en position allongée et sur le côté quelques minutes (5 à 15min) après la prise.
- Jeter le matériel utilisé dans une poubelle destinée car le risque de contamination par contact avec les matières fécales est important.



1

Avant de désinfecter n'importe quelle surface, il est impératif d'utiliser un produit nettoyant et dégraissant. Ces opérations doivent être répétées plusieurs fois dans la soirée et avant chaque contact avec une surface souillée.

2

Enlever tous les résidus gras puis utiliser les sprays nettoyants avant chaque nouvelle utilisation.

3

L'idéal est d'utiliser un préservatif sur les plugs et godes. Pour les autres sextoys (pincés, cockrings, etc.), il est préférable d'utiliser son matériel personnel. Si ce n'est pas le cas, les conditions d'hygiène sont à observer rigoureusement. Il ne faut pas stocker tous les sextoys au même endroit, car au contact les uns des autres les virus peuvent se répandre. Pendant la soirée, il est préférable de poser les sextoys sur une surface propre et sans contact les uns avec les autres.

4

Il ne faut en aucun cas jeter les seringues (ou tout objet coupant ou tranchant) dans les poubelles. Il convient de les stocker à part : dans une bouteille par exemple ou dans des collecteurs Dasri prêtés par AIDES que vous apporterez à l'association qui vous approvisionne en matériel stérile et à usage unique.

5

Certains organisateurs de soirée utilisent des draps en papier jetables et à usage unique (après chaque utilisation). Si ce n'est pas le cas, il faudra appliquer les consignes d'hygiène habituelles et nettoyer le mieux possible les surfaces souillées. Des bâches en latex ou en vinyle peuvent servir à cet effet, elles se nettoient très bien. Ces accessoires sont disponibles dans les sexshops.

6

Les gants doivent être utilisés pour le ménage qui suit les plans, les manipulations de matériel de consommation de produits (seringues, cups, pailles), le nettoyage et la manipulation de poubelles, Dasri ou bouteilles pour collecter le matériel souillé. La présence de virus peut être élevée dans ce contexte et les risques de transmission de l'hépatite C très importants même lorsqu'il n'y a pas de traces de sang.

7

Dans les partouzes, le partage du gel peut être un point de passage de l'hépatite C. Aucun pot collectif, pas de bouteille que l'on actionne avec les mains, uniquement une bouteille avec doseur que l'on peut actionner via le coude et des dosettes uniques.

8

S'hydrater est un impératif. De nombreux effets délétères dont la déshydratation sont constatés. Chaque bouteille est réservée à un usage individuel. On ne boit pas dans une bouteille ouverte car on ignore si l'utilisateur précédent n'a pas ajouté un produit psychoactif. On peut également emporter un marqueur indélébile pour surface plastique afin d'écrire le nom de chacun sur les bouteilles.

9

Il est conseillé pendant les partouzes « no Kpotes » de se laver entre chaque session. Certains recommandent une utilisation de Bétadine sur les parties génitales afin de se débarrasser des virus résistant à l'eau. Il faut prévoir 30 secondes et rincer abondamment.

10

Les serviettes ne s'échangent pas, des résidus de lubrifiant contenant des particules infectées peuvent coller.

11

Si chaque participant n'a pas son embout à lavement personnel, il faudra impérativement nettoyer et désinfecter l'ensemble du flexible. Le lavement provoque sous la pression de l'eau des micro-lésions qui favorisent la transmission des virus.

12

Du matériel stérile et à usage unique pour la consommation de produits psychoactifs est disponible dans les Caarud de AIDES :

- matériel pour injection : seringues, garrot, acides, filtres, eau PPI, tampon d'alcool, Stérifilt®, Stéricup®, Stérimix®, Maxicup®, toupie ;
- matériel pour sniffer : sérum physiologique, carnet « roule ta paille », bumper (à usage personnel) ;
- matériel à usage unique pour plug anal ;
- matériel à usage unique pour inhalation (pipe à crack) ;
- préservatifs, gels ;
- gants latex ;
- lingettes ;
- récupérateur de seringues (Dasri).

13

La feuille de consommation permet à chaque participant d'indiquer le ou les produits consommés avec l'heure de la dernière prise et la quantité. Ce système permet d'éviter les surdoses, les surconsommations ou le mélange de produits dangereux.

LES INDISPENSABLES POUR UN PLAN



EN TOUTE SÉCURITÉ

Réduire les risques
et les mauvaises pratiques



Possibilité d'écoute et de soutien
pour le chemsex avec :

le numéro d'urgence
01 77 93 97 77

le numéro Whatsapp
07 62 93 22 29

le groupe Facebook
INFO CHEMSEX

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ❖ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.