



HAL
open science

Conception et évaluation d'un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève pour la pratique du Chemsex

Johan Colin

► **To cite this version:**

Johan Colin. Conception et évaluation d'un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève pour la pratique du Chemsex. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03611600

HAL Id: dumas-03611600

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03611600v1>

Submitted on 17 Mar 2022

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.



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

COLIN, Johan

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2021

**Conception et évaluation d'un outil d'aide au repérage précoce et à
l'intervention brève pour la pratique du Chemsex**

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur CABÉ Julien, SATIS, CHU de Clermont-Ferrand

Président du jury :

Monsieur le Professeur BROUSSE Georges, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Madame le Docteur TISSIER Émilie, SATIS, CHU de Clermont-Ferrand, CH de Clémentel

Monsieur le Docteur GUELON Thomas, SATIS, CHU de Clermont-Ferrand, CH de Thiers



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

COLIN, Johan

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2021

**Conception et évaluation d'un outil d'aide au repérage précoce et à
l'intervention brève pour la pratique du Chemsex**

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur CABÉ Julien, SATIS, CHU de Clermont-Ferrand

Président du jury :

Monsieur le Professeur BROUSSE Georges, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Madame le Docteur TISSIER Émilie, SATIS, CHU de Clermont-Ferrand, CH de Clémentel

Monsieur le Docteur GUELON Thomas, SATIS, CHU de Clermont-Ferrand, CH de Thiers



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



**UFR DE MEDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES**

DOYENS HONORAIRES	: DETEIX Patrice
	: CHAZAL Jean
DOYEN	: CLAVELOU Pierre
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: ROBERT Gaëlle

Secrétariat Doyen / Scolarité – Mise à jour septembre 2019

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques – DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges -Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis – M. JACQUETIN Bernard – LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain -
DETEIX Patrice – DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY Jean-
Louis – LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LUSSON JeanRené -
RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

***PROFESSEURS DE
CLASSE EXCEPTIONNELLE***

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie

M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie

PROFESSEURS DE

1ère CLASSE

M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie

M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique

PROFESSEURS DE

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréi	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale

Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

MAITRES DE CONFERENCES DE

2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale

M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme	MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M.	PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M.	PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M.	BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme	ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme	RICHARD Amélie	Médecine Générale
M.	TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Georges Brousse

Je tiens à remercier Monsieur Brousse, Professeur d'addictologie au Centre Hospitalier et Universitaire de Clermont-Ferrand, de me faire l'honneur de présider le jury de soutenance de ma thèse d'exercice de médecine. Qu'il soit également remercié pour la qualité de ses enseignements théoriques et cliniques et ses remarques enrichissantes pour ma future pratique professionnelle.

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Docteur Julien Cabé

Je voudrais grandement remercier Monsieur Cabé, d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et pour tous ses conseils et son soutien durant l'élaboration de cette thèse. Je suis ravi d'avoir travaillé en sa bienveillante compagnie et je retiendrai, outre le partage de sa rigueur scientifique, sa grande disponibilité, ses encouragements et ses précieux conseils pour l'accomplissement de ce travail de thèse. C'est grâce à lui que j'ai pu m'investir avec plaisir sur ce sujet. Qu'il soit assuré de toute l'estime que je lui porte.

Madame le Docteur Emilie Tissier

J'exprime ma gratitude à Madame Tissier pour sa présence au sein de mon jury de thèse et pour son accessibilité tout au long des stages d'internat où nous avons été amenés à échanger sur la pratique de l'addictologie et la psychiatrie

Monsieur le Docteur Thomas Guelon

Je souhaite remercier Monsieur Guelon pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse ainsi que pour son soutien et nos discussions enrichissantes lors de nos rencontres.

DÉDICACES :

A mes parents

Je vous remercie pour votre soutien indéfectible et votre amour, dans les meilleurs instants mais aussi durant les périodes de doutes ; soyez assurés de mon infini amour et de ma gratitude. Je n'en serai pas là aujourd'hui sans vous, vous êtes pour moi une source d'inspiration quotidienne.

A mon frère

Je te remercie pour ton soutien ; je suis immensément fier de toi. Nous avons avancé ensemble sur le chemin de la vie, connu ensemble nos échecs mais surtout partagé nos plus belles réussites.

A mes grands-parents, ma cousine, mon cousin et mes oncles et tante

Je suis très heureux de faire partie de votre famille et j'aimerais pouvoir profiter de vous et de vos qualités humaines plus souvent.

A mes amis d'enfance, Antoine, Benjamin, Bertrand, Emmanuelle, François, Hugo, Julien et Nicolas

Je sais que la distance ne nous a pas éloignés, et qu'il en sera de même avec le temps. Votre amitié m'est tellement précieuse, vous pourrez toujours compter sur moi et réciproquement. J'ai avec chacun de vous des beaux souvenirs et je sais qu'il en viendra encore de nombreux.

A Anthéa, Justine, Nathan et Romain

Vous rencontrer a été une grande chance ; où que nous allions nous pouvons toujours rencontrer de belles personnes et nous les garderons à nos côtés toute notre vie. Je remercie chaque moment en vos compagnies.

A l'équipe du SATIS, Sophie, Aude-Solène et Philippe

J'ai eu la chance de travailler et d'apprendre à vos côtés. Votre passion pour l'addictologie et votre investissement auprès des patients ont participé à ma vocation professionnelle ; soyez-en remerciés.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	15
LISTE DES ABREVIATIONS.....	16
Introduction.....	18
1.Revue de la littérature.....	21
1.1 Chemsex.....	21
1.1.1 Définition.....	21
1.1.2 Épidémiologie.....	22
1.1.3 Typologie des patients.....	23
1.1.4 Typologie des produits.....	25
1.1.5 Comorbidités et complications liées au chemsex.....	34
1.1.6 Options thérapeutiques.....	41
1.2. RPIB en addictologie.....	53
1.2.1 Concept de RPIB.....	53
1.2.2 Outils de RPIB existants.....	59
1.2.3 Efficacité du RPIB en addictologie.....	61
1.3. RPIB et Chemsex : état des lieux.....	64
1.3.1 Données actuelles de la littérature.....	64
2 Protocole d'évaluation de l'outil de RPIB sur le chemsex.....	65
2.1 Méthodologie.....	65
2.1.1 Développement de l'outil d'aide au RPIB et du guide utilisateur V1.0.....	65
2.1.2 Évaluation de l'outil et du guide d'utilisateur v1.0.....	75
2.2 Résultats.....	77
3 Discussion.....	88
3.1 Résultats principaux.....	88
3.2 Profil des participants.....	90
3.3 Réponses sur les attentes des participants.....	91
3.4 Modifications apportées, version 2.0.....	92
3.5 Perspectives de développement et de diffusion.....	97
Conclusion.....	99
Références bibliographiques.....	101
Annexes.....	112

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Molécule de Cathinone

Figure 2 : Motifs et inconvénients du chemsex selon les usagers

Figure 3 : Changement transthéorique de Prochaska et DiClemente

LISTE DES ABREVIATIONS

ANRS : Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

BD : 1,4-butanediol

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DAST : Drug Abuse Screening Test

DEBA : Dépistage et Evaluation du Besoin d'Aide

DGS : Direction Générale de la Santé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMCDDA : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

GBL : Gamma-Butyrolactone

G-CBT : Gay Cognitive Behavioral Therapy

GHB : acide Gamma-HydroxyButyrique

HAD : Hospital Anxiety Depression scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human PapillomaVirus

HSH : Homme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

IB : Intervention Brève

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de Sérotonine

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LGBT : Lesbienne, Gay, Bisexuel, Transgenre

MDMA : MéthylèneDioxyMéthAmphétamine

OEDT : Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OH : Alcool

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

NPS : Nouveaux Produits de Synthèse

PCP : Phéncyclidine

TPE : Traitement Post-Exposition

PESP : Programme d’Echange de Seringues en Pharmacie

PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition

RDRD : Réduction Des Risques et des Dommages

RESPADD : Réseau de Prévention des Addictions.

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SAMHSA : US Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SBIRT : Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment

SPA : Substance PsychoActive

STIR : Screening, Treatment Initiation and Referral

TasP : Treatment as Prevention

TDAH : Trouble De l’Attention avec ou sans Hyperactivité

TLUA : Trouble Lié à l’Usage d’Alcool

THC : Tétrahydrocannabinol

TROD : Test Rapide d’Orientation Diagnostique

VHB : Virus de l’Hépatite B

VHC : Virus de l’Hépatite C

VIH : Virus de l’Immunodéficience Humaine

WHO : World Health Organization

Introduction

Selon une méta-analyse récente, la pratique du chemsex (usage de psychostimulants dans un contexte sexuel), est associée à des comportements sexuels à risque (1). Il s'agit d'un phénomène en croissance comme en témoigne la multiplication des articles scientifiques sur le sujet depuis 2015. En effet en recherchant le terme « chemsex » sur le moteur de recherche PubMed en date du 10 août 2021, nous retrouvons 236 articles pertinents (6 articles en 2015, 19 et 20 articles respectivement en 2016 et 2017, 60 en 2018, 46 en 2019, 68 en 2020 et 50 en 2021). Dans ce contexte actuel d'expansion de la pratique du chemsex, il apparaît indispensable de pouvoir proposer aux consommateurs des méthodes de réduction des risques et des dommages (RDRD) puisque la consommation de drogues chez les HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) a été associée à une mauvaise santé mentale, comme l'anxiété et la dépression (2,3), en particulier chez les HSH qui considéraient leur consommation de drogues comme problématique (4).

En septembre 2021, le Pr Amine Benyamina a été chargé pour 3 mois par le ministre des solidarités et de la santé Olivier Véran d'une mission sur le Chemsex pour qualifier et quantifier le phénomène au sein des populations concernées, préciser les produits utilisés, avec un focus sur les nouveaux produits de synthèse et pour détailler les dommages psychiques et somatiques et les addictions que le chemsex peut générer.

L'Agence Médicale Française a demandé une évaluation du risque de « SLAM » (injection intraveineuse de psychostimulant lors du chemsex) et plus largement du chemsex par l'analyse des complications liées à cette pratique notifiées au Réseau Français des Centres d'Addictovigilance. Les principales complications retrouvées étaient des troubles psychiatriques dans 50% des cas (symptômes psychotiques, agitation, anxiété, idées ou tentatives de suicide et problèmes médico-légaux), une intoxication aiguë dans 25% des cas (dont 3 décès), une dépendance et des abus dans 17% et des complications infectieuses dans 8% des cas (séroconversion virale)(5).

Une revue systématique (6) a identifié un manque de recherche portant sur la proportion de HSH pratiquant le chemsex qui ont besoin de conseils de professionnels. Une étude quantitative parmi les HSH pratiquant le chemsex en Irlande a montré qu'un HSH sur quatre rapportait un impact négatif du chemsex sur sa vie et un HSH sur trois aimerait recevoir une aide ou des conseils professionnels sur le chemsex, de préférence de la clinique des infections sexuellement transmissibles (IST) qu'ils fréquentaient (7) Selon une étude néerlandaise récente, le chemsex a été signalé par 41% des HSH recrutés, dont 23% ont déclaré avoir besoin de conseils professionnels (8).

D'autre part, il a été clairement démontré que les chemsexers sous PrEP (prophylaxie pré exposition) ont plus de partenaires occasionnels, plus de multipartenaires, de rapports hard, de rapports sans préservatifs associés à la PrEP et ainsi une prévalence plus importante d'IST (9–11).

Les professionnels de santé ainsi que les utilisateurs doivent être conscients de la toxicité somatique (cardiovasculaire) et comportementale (psychique, syndrome de dépendance rapide) des nouveaux produits de synthèse (NPS). La politique de réduction des risques doit cibler la population des HSH avec des interventions spécifiques à la fois sur les comportements sexuels à risque et la consommation de substances (5). Dans une méta-analyse(1), les auteurs soulignent que la prise en charge des personnes qui pratiquent le chemsex de manière problématique n'est actuellement pas codifiée, mais l'utilisation d'interventions intégratives et spécifiques est nécessaire. D'autre part, une autre méta-analyse récente (12) met en évidence l'absence d'approche de traitement individualisé et spécialisé dans la pratique du chemsex ; la littérature actuelle reste centrée sur les comorbidités somatiques dont les IST ainsi que sur les complications psychiatriques induites par les substances. L'objectif des auteurs est de sensibiliser les praticiens et chercheurs à ce sujet, face à la croissance du phénomène. Une autre étude (13) souligne la préoccupation des intervenants de santé concernant l'impact du chemsex sur le bien-être psychosocial des HSH. A notre connaissance, il n'existe pas d'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) dans la pratique du chemsex. D'autre part, la pratique du chemsex est rarement abordée par le corps médical, particulièrement en soins primaires, du fait d'un manque de

formation globale mais aussi de l'absence de réseau structuré pour la prise en charge de cette problématique. Devant ce constat la création d'un outil simplifié d'aide au RPIB dans la pratique du chemsex, accessible au plus grand nombre est d'un intérêt important.

L'objectif de ces travaux est la conception et l'évaluation d'un outil de RPIB adapté à la pratique du chemsex afin d'améliorer le repérage des patients à risques et de proposer une intervention brève effective et une éventuelle orientation auprès de professionnels de santé spécialisés. Par ailleurs, l'évaluation de l'outil par différents intervenants de santé a également pour objectif d'évaluer leurs attentes globales dans la prise en charge de patients ayant une problématique liée à leur pratique de chemsex.

1.Revue de la littérature

1.1 Chemsex

1.1.1 Définition

Le chemsex se définit comme l'usage de substances psychoactives (SPA) avant ou pendant un rapport sexuel afin de faciliter, initier, prolonger, maintenir et intensifier l'activité sexuelle et la performance ainsi que le plaisir sexuel. Cet usage s'observe notamment dans la population des HSH. Le «slam» désigne quant à lui l'injection intraveineuse de substances psychostimulantes dans ce même contexte sexuel, et bien que minoritaire, cette pratique implique des complications cliniques parfois graves (14,15).

La définition britannique est similaire à la précédente mais n'intègre que 4 SPA, notamment du fait de leur prévalence géographique importante (Crystalméthamphétamine, GHB (acide Gamma-HydroxyButyrique), GBL (Gamma-ButyroLactone) ou Méphédron) et dont la consommation a eu lieu au cours des 4 dernières semaines.

Il serait intéressant de définir la pratique du chemsex de manière internationale (1).

Depuis plus de 10 ans, ce phénomène est en pleine expansion et a été grandement favorisé par Internet (utilisation d'applications de rencontre et de géolocalisation, disponibilité de nouvelles substances synthétiques, ainsi que les retours d'expérimentation de substances par les usagers appelés « trip report »).

1.1.2 Épidémiologie

La prévalence estimée du chemsex chez les HSH est difficile à définir car sa définition varie d'un pays à l'autre (16) et selon les études elle est comprise entre 3 et 32% sur la vie entière (1,17,18) et de 0,4 à 16,3% le mois dernier (1). Une étude de 2019 au Royaume-Uni incluant 1648 HSH trouvait une prévalence de 6% sur les 12 derniers mois (19). Ainsi, afin d'obtenir des études reproductibles, il apparaît nécessaire de définir le chemsex de manière consensuelle : population cible, drogues utilisées et critères d'exclusion (1).

Lors d'une étude multicentrique menée dans 13 villes européennes auprès de 1261 HSH, 30% des participants ont révélé avoir consommé de la drogue lors de leur dernier rapport sexuel et 11,8% ont déclaré avoir consommé deux drogues ou plus (20).

La prévalence du « slam » est également variable selon les régions et les villes ; en Angleterre elle était de 16% au cours de l'année passée dans une population HSH diagnostiquée avec une infection à *Shigella flexneri* (21) et de 10 % sur la vie entière en Australie dans une population HSH et bisexuelle (22). Le Slam est plus répandu chez les HSH et les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes que les hétérosexuels pratiquant le Chemsex (23). Une récente méta-analyse retrouvait une prévalence extrêmement variable du « slam » chez les HSH, comprise entre 2 et 91% (24). Les auteurs mettant en avant la difficulté d'homogénéisation des résultats devant une définition du « slam » peu claire dans la littérature internationale ainsi que des périodes très variables (allant de la vie entière au dernier rapport sexuel) pour définir la prévalence.

La fréquence du chemsex change selon la ville de résidence et les pays étudiés, l'inclusion ou non d'individus séropositifs (25), le type de SPA utilisé (26). Par exemple, la ville de Londres est particulièrement impactée par ce phénomène avec l'existence de « club drugs » HSH où 85 % sont usagers de SPA. En 2011, 30 % des usagers pratiquaient le slam et le taux était monté à 80% l'année suivante. Parmi les usagers pratiquant le Slam dans cette population londonnienne, 70% échangeaient

leur matériel d'injection et on constatait également une forte prévalence de séropositifs HIV (virus de l'immunodéficience humaine), dont 60 % avaient une mauvaise observance du traitement antirétroviral (27).

1.1.3 Typologie des patients

Selon les études, les lieux et modalités de recrutement des patients, il existe une forte variabilité dans la typologie des patients rencontrés.

Selon l'étude menée par Evers et son équipe aux Pays-Bas (8) une proportion importante de HSH (41%) pratiquant le chemsex, au cours des 6 derniers mois, avait été relevée, proportion significativement plus élevée que celle notée dans d'autres études (17 à 27%) relatives aux HSH suivis dans des cliniques IST de grandes villes de plusieurs pays occidentaux (26). Dans cette étude (8), les participants avaient un âge médian de 38 ans, et les résultats étaient similaires à une autre étude avec un âge médian de 36 ans (13). Evers et son équipe identifiaient que 63% avaient un niveau de scolarité élevé et 90% avaient une origine ethnique occidentale. Le nombre médian de partenaires sexuels au cours des six mois précédents était de 6 (écart interquartile (EI) : 3 à 10) et 23% des patients avaient récemment reçu un diagnostic d'IST. La majorité (77%, 160/209) des HSH ayant eu des relations sexuelles en utilisant des drogues ont également eu des relations sexuelles sans drogue au cours du mois dernier. 13% des HSH (27/209) ayant eu des relations sexuelles avec des drogues ont eu leur dernier rapport sexuel sans drogue il y a plus de trois mois.

D'après l'étude Ipergay (9,11,28), les HSH consommant des drogues ont un nombre déclaré de partenaires dans les 2 mois précédant le prélèvement significativement plus élevé que les non-consommateurs.

Les participants d'une étude européenne (20) ayant déclaré avoir utilisé des drogues étaient plus souvent diagnostiqués séropositif et avec davantage d'IST au cours des 12 derniers mois. Les auteurs

rapportent une grande variabilité des résultats selon les sites d'étude. En effet, il existe différentes normes sociales locales au sein des communautés HSH qui peuvent être d'importants moteurs contextuels de la consommation de drogues, ce qui souligne la nécessité de mesures de prévention innovantes et multidimensionnelles pour réduire le risque de VIH/IST dans le contexte de la consommation de drogues. Selon d'autres auteurs, le chemsex est pour les usagers un moyen d'améliorer le plaisir sexuel, en augmentant l'excitation, en prolongeant les rapports sexuels et en intensifiant les sensations sexuelles (8). Des études qualitatives avec des HSH à Londres ont également suggéré que le chemsex pourrait être considéré comme un choix stratégique pour améliorer les qualités appréciées dans le sexe (13,29).

Les résultats de l'étude française qualitative PaacX (Perceptions, attitudes et attentes vis-à-vis du chemseX), présentée par Protiere le 10 juin 2021 en webinaire (30), menée par l'équipe de recherche SanteRcom du SESSTIM, en partenariat avec AIDES, rapportent 5 points de vue d'(ex)-usagers sur le chemsex, de la vision la plus positive à la plus négative. Ces différents points de vue de chemsexers traduisent des représentations et motivations différentes quant à leur pratique de chemsex. Certains peuvent rechercher une désinhibition et de nouvelles sensations, une meilleure performance dans leur pratique sexuelle avec un vécu positif du chemsex tandis que pour d'autres usagers le chemsex peut devenir problématique avec le sentiment d'une perte de contrôle, de culpabilité, de honte et d'une désillusion dans leurs attentes initiales envers le chemsex (30). Nous reprendrons en détails ces différents points de vue dans le chapitre 1.6.5 « Réduction Des Risques et des Dommages ».

Dans son travail de thèse sur le slam et ses aspects psychopharmacologique (31), Schreck rapporte que le slam pourrait être pratiqué dans des milieux festifs publics ou privé, en couple ou dans le cadre de rapports sexuels collectifs. Selon l'auteur, le slam en couple serait associé à la recherche de symbiose amoureuse tandis que la pratique en groupe renverrait à une recherche d'amélioration des performances sexuelles. La pratique solitaire (masturbation sous emprise de substances) traduirait le passage à la dépendance.

La pratique du chemsex semble par ailleurs s'étendre à un public hétérosexuel, bien qu'il n'existe que peu de données à ce jour (32).

1.1.4 Typologie des produits

Les produits utilisés diffèrent également selon les régions. Au Royaume-Uni, les drogues les plus couramment utilisées sont la crystalméthamphétamine, l'acide gamma-hydroxybutyrique et l'acide gamma-butyrolactone (GHB / GBL), la méphédrone et moins souvent les cathinones synthétiques, la cocaïne, la kétamine ou les nitrites d'alkyle (poppers). Le plus souvent, il existe une combinaison de médicaments, souvent associés à des agents de dysfonctionnement de l'érection (19,20). La méthamphétamine et la méphédrone sont les deux drogues les plus utilisées selon une méta-analyse récente (24).

Une étude récente aux Pays-Bas auprès de 209 HSH pratiquant le chemsex s'est intéressée aux substances utilisées (8). On retrouvait en premier lieu l'ecstasy et la MDMA (MéthylèneDioxyMéthAmphétamine) (dans 82% des cas) le GHB / GBL (77%) et la kétamine (41%). La crystalméthamphétamine a été utilisée par 8% et la méphédrone par 5% des pratiquants.

En France, la pratique du chemsex est plus fréquente dans les grandes agglomérations. Ce phénomène semble progresser dans les villes de moyenne densité. En 2013, l'analyse des eaux de 25 stations d'épuration en France retrouvait à Montpellier une concentration de MDMA de 150mg/jour/1000 habitants les week-ends, ce qui traduirait une consommation d'ecstasy cinq fois plus élevée que la moyenne nationale (33). Selon une étude visant à évaluer les risques du slam, en France, les principales drogues injectées, par fréquence décroissante, étaient les suivantes : La méphédrone, la NRG-3, la 4-MEC puis la MDPV (5).

L'enquête SAFE-île de France (34) a permis l'analyse de 3244 seringues récupérées par l'association SAFE à Paris. 25% des seringues contenaient de la 4-MEC souvent associée à d'autres substances

(héroïne dans 45%, cocaïne dans 43%, MDMA dans 2,5% des cas). On retrouvait de la 4-MEC dans 14,1% seringues Gare du Nord (toxicomanes précaires) mais 41,3% aux Halles, 57,3% à Bastille (lieux davantage fréquentés par un public HSH) et 81% 4MEC dans le XVIème arrondissement, à la station Kennedy du RER.

Dans le cadre de l'étude Ipergay de l'ANRS (Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales) (11,28) visant à évaluer la PrEP (ou Prophylaxie Pré-Exposition), une sous-étude a été proposée afin d'analyser la présence de stupéfiants et de NPS sur une mèche de cheveux tous les quatre mois chez 69 volontaires parmi les 429 participants à l'étude Ipergay. 32 molécules ont été identifiées, 9 d'entre elles étant considérées comme thérapeutiques bien que probablement utilisées comme drogues récréatives (e.g. sildénafil, vardénafil, tadalafil). 8 stupéfiants classiques ou substances détournées ont été détectés sur au moins 1 segment capillaire chez 53 volontaires, soit une prévalence de 77%. On retrouvait de la cocaïne chez 68% des volontaires, de la MDMA (45%), de la kétamine (38%), de la métamphétamine (9%), de l'amphétamine (6%), du dextrométorphan (6%), du méthylphénidate et du butorphanol (chez un seul volontaire). 15 NPS ont été mis en évidence chez 27 patients, ce qui correspond à une prévalence de 39%. Par ordre de fréquence, on retrouve la méphédronne chez 14 patients soit 22% de l'échantillon, la 4-MEC (16%), l'éthylphénidate (7%), la méthylone (6%), la méthoxétamine (6%), la méthiopropamine (4%), la PMMA (4%), la MDPV (4%), un seul échantillon des substances suivantes : métamfépramone, 5F-PB22, diphénidine, phendimétrazine, phentermine, N-methyl-2-AI et diméthylone. Aucun cas de consommation de NPS seul n'a été retrouvé : les NPS sont associés à la cocaïne dans 25 cas sur 27 (93%), à la MDMA dans 20/27 (74%) ou la kétamine dans 19/27 (70%). L'analyse capillaire permet une meilleure détection des consommateurs que les auto-questionnaires puisque 21/53 (40%) ayant des drogues dans les cheveux avaient déclaré ne pas en consommer. La prévalence de consommation des NPS et en particulier des cathinones chez les HSH utilisant la PrEP était élevée dans l'étude Ipergay-ANRS, mais moindre que celle des drogues classiques comme la cocaïne et la MDMA.

Selon les données recueillies auprès du Réseau Français d'Addictovigilance (5) concernant 51 HSH pratiquant le « slam », les principaux psychostimulants rapportés sont les cathinones synthétiques (89,5 %). Les utilisateurs de cathinones étaient plutôt polytoxicomanes : 62 % ont également déclaré consommer d'autres substances (gamma-butyrolactone [GBL], kétamine, méthylènedioxyméthamphétamine [MDMA], acide lysergique diéthylamide [LSD] notamment).

Dans cette partie, afin de décrire les principaux produits utilisés, nous nous reposerons sur la récente méta-analyse de Donnadieu-Rigole et son équipe (1) dont les principaux résultats sont en annexe (cf. Annexe A) ainsi que sur le livret d'information du Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD) sur le chemsex (35). Un graphique élaboré par le centre d'Addictovigilance de l'APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) reprenant les principaux NPS est disponible en annexe (cf. Annexe B). Selon le rapport de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) de 2021 (36), il n'y a pas eu de réel impact de la pandémie, notamment durant les périodes de confinement, sur la disponibilité des drogues en Europe. Le marché de drogue a fait preuve de résilience en utilisant davantage les nouvelles technologies et rendant les produits plus facilement accessibles pour les consommateurs. Nous reprenons en annexe les données sur la production illégale de drogues en Europe (cf. Annexe C) ainsi que sur les saisies de drogues sur le territoire européen entre 2009 et 2019, indicateur indirect de l'état du marché de la drogue (cf. Annexe D). D'après ce même rapport (36) il existe à ce jour 830 NPS connus dont 46 nouvelles molécules identifiées pour la première fois cette année ; 60% des saisies de NPS concernent les cannabinoïdes et les cathinones de synthèse (cf. Annexe E).

1.1.4.1 Cathinones de synthèse

Les NPS les plus utilisés sont les Cathinones synthétiques, dont le leader est la méphédronne ou la 4-MMC (4-méthylméthcathinone) ; elles possèdent une structure moléculaire commune (cf Figure 1). La première synthèse de cathinone remonte à 1928 pour la méthcathinone et 1929 pour la méphédronne. Le terme de cathinone regroupe un ensemble de substances dont la Méphédronne (appelée également 4-MMC, miaou miaou, meow meow, miaow miaow, M-Cat, MPK, meph, drone, subco-1, bubbles, etc.) ; la 3-MMC (3-méthylméthcathinone) ; la 4-MEC (4-méthylethcathinone) ; la Méthcathinone (β -céto-méthamphétamine, éphédronne ou N-méthylcathinone) ; la 2-FMC, la 3-FMC ; la Fléphédronne (4-FMC) ; l' α -PVP (α -pyrrolidinovalérophénone, flakka) ; l' α -PHP (α -Pyrrolidinohexiophenone, A-PHP, α -Pyrrolidinohexanophenone, PV-7), l'Amfépramone ; la MDPV ; la Méthédronne (β -céto-PMMA, la 4-méthoxyméthcathinone) ; la PPP ; la Naphyrone ; la Méthylone (β -céto-MDMA, 3,4-méthylènedioxy-N-méthylcathinone, Top Cat, β k-MDMA, MDMC, M1); on retrouve aussi des mélanges de Cathinones (ex « NRG-1 »).

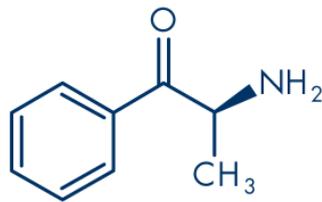


Figure 1 : molécule de Cathinone

https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/synthetic-cathinones_fr

Leur développement s'inspire de la plante Khat (*Catha edulis*) considérée comme une amphétamine naturelle et utilisée dans certains pays d'Afrique de l'Est et de la péninsule arabe. En France, le khat est classé comme stupéfiant depuis 1957. Ces NPS sont vendues sous forme de sels de bain « non destinés à la consommation humaine » pour contourner la législation (37). Leur production est restée stable, à un niveau pré pandémique (36). Ils appartiennent à la famille des phényléthylamines (38) et sont des psychostimulants à effet de type amphétamine ou cocaïne. Ils génèrent de l'agitation, de l'euphorie et de l'empathie chez les utilisateurs et augmentent la libido et les performances sexuelles.

Ces NPS ont un fort effet addictogène, générant notamment un important craving, avec des niveaux de dépendance de 30% selon les critères du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (39,40). Les principales complications aiguës sont cardiaques, psychiatriques et neurologiques, et elles peuvent être mortelles (41–44).

Les taux sanguins en cas d'intoxication létale sont plus élevés que dans les cas d'intoxication non létale, et des situations mortelles résultent de la combinaison de plusieurs médicaments (45). Ces substances sont classées comme stupéfiants en Europe depuis 2010 (46) et il est actuellement illégal d'en acheter ou d'en posséder, mais elles sont généralement obtenues sur Internet ou directement lors de fêtes et de jeux. Les Cathinones se présentent sous la forme d'une poudre blanche ou de petits cristaux, leur accès est facilité par Internet et le coût du gramme de cathinone n'excède pas 20 euros ce qui ne permet pas une limitation financière des consommations. Ils sont pris par voie orale, par prise par sniff, par voie intrarectale (plug) ou par injection (slam).

Selon une étude (47) les principaux effets cliniques (> 10%) liés à la consommation de Cathinones étaient l'agitation (82%), les comportements combatifs violents (57%), la tachycardie (56%), les hallucinations (40%), la paranoïa (36%), la confusion (34%), myoclonie (19%), hypertension (17%), douleur thoracique (17%) et mydriase (13%).

Dans une autre série, les principales complications des cathinones liées au chemsex étaient les symptômes psychotiques, l'agitation, l'anxiété, les idées suicidaires ou la tentative de suicide (48). Plus récemment, des symptômes psychiatriques sévères ont été observés avec l'éphylone, une cathinone synthétique disponibles récemment, dans un contexte de chemsex (49). Chez l'homme, la plupart des utilisateurs sont des hommes et les rapports de cas montrent des symptômes psychotiques à long terme après une utilisation répétée. Les conséquences à long terme de l'utilisation de cathinones par les adolescents et les femmes enceintes méritent une enquête plus approfondie (50).

Un délire agité a été signalé avec l'utilisation de cathinones synthétiques, avec une combinaison complexe de paranoïa, de confusion, d'agitation sévère, de comportement violent (51,52), une symptomatologie dépressive et des idées suicidaires. La présentation de ces patients a été fréquemment compliquée par des signes de lésions musculaires squelettiques, de déshydratation, de dysfonctionnement rénal et d'hyperthermie pouvant entraîner une défaillance multi organique et la mort. La physiopathologie précise sous-jacente au syndrome du délire excité est incomplètement comprise. Cependant, le rôle de la dérégulation de la dopamine centrale, induisant un dysfonctionnement de la thermorégulation, a été suggéré (53).

Les cathinones sont souvent associées à d'autres NPS illicites comme la méthamphétamine (26), le GBL / GHB (13,17), la kétamine et la cocaïne (54).

Une revue de la littérature rapporte qu'il existe peu d'études sur les conséquences des polyconsommations de SPA. Des études épidémiologiques, des rapports de cas et des résultats obtenus dans des modèles animaux indiquent l'existence d'interactions pharmacologiques et pharmacocinétiques entre les cathinones synthétiques (50) et d'autres substances psychoactives. La polyconsommation peut entraîner la potentialisation des effets négatifs (dépendance, neurotoxicité et troubles cognitifs ou émotionnels)(50).

1.1.4.2 Amphétamine, MDMA et Méthamphétamine

L'amphétamine est la seconde drogue stimulante la plus consommée après la cocaïne, 11% des usagers la consomment par injection, 65% en inhalation et 16 % par voie orale (36). La consommation de MDMA ou amphétamine semble avoir diminué durant l'année 2020 tandis que la pureté de ces produits augmente. Des études des eaux usées dans différentes villes européennes montrent une très forte charge de ces drogues à Amsterdam en comparaison à d'autres villes (36). Les quantités saisies de MDMA ou ecstasy entre 2009 et 2019 ont augmenté de 456% et celles d'amphétamine de 180% (36).

La méthamphétamine appartient à la famille des phényléthylamines comme l'ecstasy, la MDMA ou amphétamine. Au même titre que la cocaïne et les amphétamines, la méthamphétamine inhibe la recapture des transporteurs de monoamine et stimule la libération de dopamine, de noradrénaline, d'adrénaline et de sérotonine (55). Le cristal se caractérise par ses effets psychostimulants plus puissants et son immense potentiel addictogène., en particulier un très fort craving chez les usagers réguliers.

Il existe différents termes pour nommer la méthamphétamine : « Ice », « Meth », « crystal », « crystal meth », « tina », etc. La méthamphétamine est encore peu présente sur le marché français et son prix est important, à la différence de l'Amérique du Nord. Cependant, selon le rapport OEDT 2021 (36), les quantités saisies de méthamphétamines en Europe entre 2009 et 2019 ont bondi de 931%, ce qui apparaît particulièrement préoccupant sur la croissante disponibilité du produit dont le trafic passe par des colis postaux.

Les usagers en recherchent l'effet euphorique et une excitation. Le risque principal est la survenue de troubles psychocomportementaux tels que les crises de panique prolongées, des états de paranoïa avec sentiment de persécution, des hallucinations, des délires, une symptomatologie dépressive et des idées suicidaires.

L'utilisation de cette substance est principalement décrite aux États-Unis et au Royaume-Uni (56) avec une prévalence allant de 27% (usage à vie) à 7% (usage récent) (57). La méthamphétamine peut être avalée, fumée, injectée ou administrée par voie intrarectale. La méthamphétamine a été associée à de nombreux effets cardiaques, psychiatriques, neuropsychologiques et dentaires (cf. Annexe A).

1.1.4.3 GHB, GBL et BD

Le gammahydroxybutyrate est un dépresseur du système nerveux central qui a un double effet stimulant et sédatif (58). L'absorption massive de GHB désensibilise les récepteurs GHB et cette modification, associée à une stimulation directe des récepteurs GABA-B par le GHB, induit une perturbation des libérations de GABA, de dopamine et d'opiacés dans plusieurs régions du cerveau. Ce

phénomène d'adaptation est probablement responsable des effets thérapeutiques et récréatifs du GHB exogène (59). Le GBL, au même titre que le BD (1,4-butanediol), sont moins cher et utilisés dans l'industrie (ce qui limite les estimations des données en terme d'usage à visée récréative)(36), et sont pris par voie orale sous forme liquide et transformés en GHB (60). L'achat de GBL et BG est facilité par internet.

La gamma-butyrolactone / gamma-hydroxybutyrate est le plus souvent mélangée à une autre boisson, il peut également être injecté. Les premiers effets ressentis sont proches de ceux de l'ivresse alcoolique. Les effets recherchés sont la relaxation, la désinhibition, une sensation d'euphorie, l'augmentation du désir et de la sensualité et une pénétration plus facile. Le principal risque aigu est le surdosage avec des nausées ou vomissements, des vertiges, une somnolence, une détresse respiratoire et une perte de connaissance (« G-hole ») ou un coma et hypothermie importantes pouvant conduire au décès (35).

Une augmentation du nombre de décès à Londres liés à la consommation de GHB a été observée entre 2011 et 2015 avec 61 décès signalés, tandis qu'une augmentation de 119% des décès entre 2014 et 2015 a été observée contre 25% pour la cocaïne(61) . La consommation régulière de GBL / GHB et les comas répétés altèrent les fonctions cognitives, en particulier la mémoire (62) et la gestion des émotions (63) (cf. Annexe A). La dépendance GBL / GHB peut être établie en utilisant des critères physiques et psychologiques avec une consommation en dehors des rapports sexuels.

1.1.4.4 Kétamine, cocaïne et speed

La kétamine, un anesthésique utilisé en médecine humaine ou vétérinaire, est un dérivé de la phencyclidine (PCP) qui bloque de manière non compétitive le récepteur du glutamate N-méthyl-D-aspartate (NMDA)(64). Selon le rapport 2021 de l'OEDT, il y aurait eu davantage d'expérimentation de la prise de kétamine sur l'année 2020 (36).

Il est utilisé comme substance psychoactive lors des séances sexuelles pour ses effets euphoriques. Il peut provoquer des hallucinations à des doses plus élevées. Des complications urologiques sont décrites avec la kétamine. Des cas de dysfonctionnement de la vessie ont été rapportés dans la littérature, principalement des cystites ulcéreuses. Des cas d'hydronéphrose ont également été signalés. Les symptômes décrits par les utilisateurs sont la fréquence et l'urgence de la miction, la dysurie, l'incontinence par impériosité et parfois une hématurie douloureuse (65).

Selon le livret d'information du RESPADD (Réseau de Prévention des Addictions) sur le chemsex, la kétamine est également nommée par les usagers « Kéta », « Ké », « spécial K » et se présente sous forme de poudre cristalline, généralement sniffée, parfois injectée. Effets à faible dose : apaisement, euphorie, plus forte dose : hallucinations. Le risque principal est le « K-hole » associant troubles de l'humeur et du comportement, perte du contact avec la réalité, visions effrayantes pouvant conduire à un état de panique et une symptomatologie dissociative (35).

La cocaïne et le speed sont toujours utilisés dans un contexte sexuel mais moins fréquemment depuis l'avènement des nouvelles drogues de synthèse (Busardo et al., 2019). Les saisies de cocaïne entre 2009 et 2019 ont presque triplé (+ 279%) et la pureté moyenne du produit a également été majorée (57% en moyenne lors des saisies) (36).

Les effets recherchés sont la stimulation intellectuelle, physique et sensitive et une meilleure assurance. Les principaux risques sont cardiovasculaires et respiratoires avec risque de décès par arrêt cardiorespiratoire ou hémorragie cérébrale. Le surdosage correspond à une urgence vitale. La consommation est le plus souvent sniffée, parfois injectée. La cocaïne fumée (« Freebase » et « crack ») est peu utilisée en contexte de chemsex (35).

1.1.4.5 Agents de dysfonctionnement érectile

Des substances non psychoactives, telles que les agents de dysfonction érectile (sildénafil, tadalafil et vardénafil), sont utilisées pour faciliter ou améliorer les performances sexuelles. Ces médicaments sont

détournés de leur usage médical pour contrebalancer les effets négatifs des psychotropes et pour prolonger la durée des rapports sexuels (66). La combinaison de tous ces médicaments est associée à une toxicité cardiaque élevée (67).

1.1.5 Comorbidités et complications liées au chemsex

1.1.5.1 Générales

Nous pouvons différencier les conséquences à court terme et celles à moyen et long terme (35).

A court terme, nous retrouvons les surdosages dont le K ou G hole, la mauvaise descente de psychostimulants, les complications infectieuses (abcès et plaies post-injection, contamination VIH/VHB (virus hépatite B)/VHC (virus hépatite C)/IST). Il existe également de nombreuses interactions entre les différentes drogues, identifiables par exemple pour les usagers via le site anglophone <https://combo.tripsit.me>. Le principal risque avec les psychostimulants est le syndrome sérotoninergique caractérisé par une triade de symptômes, soit une altération de l'état mental (confusion, délire, agitation), une hyperactivité autonome (tachycardie, hypertension, hypersudation, diarrhée, hyperthermie) et des anomalies neuromusculaires (tremblements, frissons, hyperréflexie, akathisie, mydriase) (68). Nous relevons également les interactions entre les drogues et certains médicaments notamment ARV dont un grand nombre augmente les risques de surdosage (www.hiv-druginteractions.org) ; ou les interactions entre drogues et traitements hormonaux. Il existe aussi une moins bonne observance du schéma de prise des ARV dans le cadre de la PrEP. Par ailleurs la consommation de ces substances induit une vulnérabilité chimique et conduit au risque de rapports non consentis.

A moyen et long terme, nous notons la possible apparition d'une dépendance (perte de contrôle des consommations, craving et syndrome de manque, phénomène de tolérance), l'impact sur la santé

psychique (états délirants, décompensation d'un trouble psychiatrique ou troubles cognitifs sur le plan mnésique et attentionnel et des difficultés à prendre des décisions), et le retentissement socioprofessionnel (désocialisation, restrictions des intérêts, perte d'efficacité sur le plan professionnel). Par ailleurs il existe une baisse de l'observance des traitements, notamment contre le HIV et VHC.

Une étude française vise à évaluer les complications liées à cette pratique à partir de données de 51 HSH notifiées au Réseau Français des Centres d'Addictovigilance. Les principales complications étaient des troubles psychiatriques dans 50% (symptômes psychotiques, agitation, anxiété, idées ou tentatives de suicide et problèmes médico-légaux), une intoxication aiguë dans 25% (dont 3 décès), une dépendance et abus dans 17% et des complications infectieuses dans 8% (séroconversion virale)(5).

1.1.5.2 Complications infectieuses

Outre les complications spécifiques aux produits déjà décrites, les risques majeurs sont liés aux comportements sexuels des utilisateurs, et à l'injection de drogues qui augmente le risque de propagation du BBV et des IST. Nous reprenons les travaux de revue de la littérature (1,69) sur les complications liées au chemsex.

La consommation de drogues illicites et licites dans un contexte de chemsex est fortement associée à des comportements sexuels à haut risque. Il existe moins de protections lors des rapports avec pratique chemsex (7,8,70,71). Des séances sexuelles prolongées avec consommation de substances peuvent causer des traumatismes (traumatisme anal, écorchures du pénis ...) et augmenter le risque d'infections sexuellement transmissibles, en particulier le VIH et l'hépatite C (72,73). Selon le rapport de l'OEDT de 2021, 849 cas de séroconversion VIH sont attribuables à l'injection de drogues et 266 nouveaux diagnostics au stade de SIDA, traduisant un retard diagnostic important. Il existe des « épidémies locales » liées à l'injection de stimulants telles que la cocaïne et les cathinones (36).

De plus, vivre avec le VIH semble être un facteur de risque de chemsex. Parmi les hommes qui signalent cette pratique, la prévalence du VIH est plus élevée. La prévalence de l'hépatite B, de la syphilis (74) et du VIH est plus élevée chez les hommes qui utilisent de la méthamphétamine et du Viagra, ce qui est associé à des rapports sexuels non protégés sérodiscordants (75). La séroprévalence de l'hépatite C est plus élevée chez les HSH séropositifs qui ont déclaré pratiquer le « slam », le chemsex et le fisting (73) et l'incidence de transmission du VHC est élevée chez les usagers de drogues intraveineuses (36). Dans 90% des cas, la pratique du « slam » est pratiquée par des patients déjà infectés par le VIH (73). Cependant, chez ceux qui pratiquent la chimio-activité, un traitement post-exposition d'urgence (TPE) a été signalée dans 14% des cas, et une prophylaxie pré-exposition (PrEP) a eu lieu dans 4,5% des cas (76). Vaux et ses collègues (73) ont constaté que, par rapport à la population générale, les chemsexers avaient plus fréquemment utilisé certaines stratégies de prévention: vaccination contre le VHB, TPE ou PrEP. La consommation de méthamphétamine est fortement associée aux rapports sexuels anaux sans préservatif(77), aux partenaires sexuels multiples (78), aux marathons sexuels et aux relations sexuelles avec des HSH séropositifs (22,57).

D'autres IST telles que la gonorrhée ont augmenté avec l'utilisation de méthamphétamine et de GHB / GBL (79) et il y a eu une augmentation mondiale de toutes les IST parmi les HSH liées au chemsex et à Internet, ce qui facilite les comportements sexuels à haut risque(80).

D'après le livret d'information du RESPADD sur le thème du chemsex (35), il existe différentes pratiques à risque infectieux associées au chemsex. Les rapports et partenaires multiples (facteur d'augmentation du risque de contamination par le VIH malgré les mesures de prévention physique (préservatifs, gels, gants,) ou médicalisées (TasP (Treatment as Prevention),TPE,PrEP), les rapports sexuels non protégés (non usage de mesure de prévention physique ou médicalisées liée au contexte ou prise du produit, les interactions médicamenteuses entre les produits et les traitements), le fist fucking (pratique pouvant favoriser des lésions et saignements, augmentant le risque infectieux), les injections et Slam (mesures d'asepsie du matériel et bons gestes, risque de contamination bactérienne ou par VHC et VIH), l'atteinte du capital veineux si injections multiples ou préparations insuffisamment

filtrées), le sniff (microsaignements favorisant le risque de contamination virale et les échanges de paille avec le risque d'infection VHB contenu dans le mucus à l'extrémité de la paille), le plug (mode de consommation qui consiste à insérer les produits dilués dans de l'eau dans l'anus au moyen d'une poire à lavement ou d'une seringue sans aiguille avec un risque de fragilisation de la paroi rectale et de saignements favorisant le risque infectieux par VHC et HIV).

Il existe également des complications locales liées à l'injection de sels de bains de cathinones qui ont pu être décrits dans la littérature tels que la cellulite (81), la fasciite nécrosante (82). Des cas cliniques rapportent 2 cas d'endocardite et 1 cas de péricardite (83) ; on estime entre 1,5 à 20 cas d'endocardite chez les usagers de drogues intraveineuses pour 1000 usagers par an (84).

Nous ne développerons pas les complications traumatiques spécifiques liés aux rapports sexuels répétés.

1.1.5.3 Complications psychiatriques

Selon Maxwell et son équipe (26) 14 à 25% des participants au chemsex ont rapporté que le chemsex avait un impact négatif sur leur fonctionnement psychosocial. Evers et ses associés (8) relèvent dans leur méta-analyse que les prestataires de soins de santé se sont inquiétés de l'impact du chemsex sur le bien-être psychosocial des HSH (13). La consommation de drogues chez les HSH a été associée à une mauvaise santé mentale, comme l'anxiété et la dépression (2,3), en particulier chez les HSH qui considéraient leur consommation de drogues problématique (4).

Lors du colloque Addictions Toxicomanies Hépatites Sida (ATHS), qui s'est déroulé du 1er au 4 octobre 2019 à Biarritz, 2 études de cohorte ont été présentées visant à identifier notamment les complications et comorbidités psychiatriques liées à la pratique du chemsex. Ces deux articles sont accessibles sur le site vih.org (85) Une étude de cohorte auprès de 39 chemsexers dont la moitié était traités par un antidépresseur. 72% d'entre eux pratiquaient le slam et près de la moitié n'avaient aucune activité sexuelle sans produit. Notant que les HSH ont par ailleurs des vulnérabilités psychiatriques liées à

l'homophobie, au stress environnemental et étaient jusqu'à récemment considérés comme des malades selon la classification DSM III, Jean-Victor Blanc souligne que 46% des participants à l'étude ont des complications de « pharmacopsychose », de type hallucination ou paranoïa. Les trois quarts ont un double diagnostic : 56% sont anxieux (échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale), 23% dépressifs (HAD), 36% ont un trouble de l'usage de l'alcool (échelle AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test) et 49% sont concernés par l'addiction sexuelle (SAS: échelle sociotropie-autonomie). Alors que 62% sont séropositifs au VIH et que 73% des séronégatifs au VIH sont sous PrEP, Jean-Victor Blanc plaide pour que la PrEP soit une opportunité de prise en charge de la santé sexuelle et psychologique des HSH (86).

La seconde cohorte comparait 46 chemsexers à un groupe témoin de 48 HSH sous PrEP, mais sans pratique de chemsex. Les résultats retrouvaient un niveau d'éducation moins élevé, un niveau d'anxiété et de dépression plus important (HAD) et un score global de troubles personnels plus élevé chez les chemsexers avec une histoire d'antécédents psychiatriques également significative : 45% d'entre eux ont eu un épisode dépressif caractérisé contre 18,8 dans le groupe témoin, et près de 30% ont fait une tentative de suicide (contre 4%).

La moitié présentait une peur du jugement lié à l'orientation sexuelle (vs 25%) et ils étaient plus souvent engagés dans des relations sexuelles non protégées avec des partenaires occasionnels (58 %), et des pratiques hard (fisting, 65%). 60% pratiquent le « slam ». La moitié utilisait les cathinones hors contexte sexuel. Comme Jean-Victor Blanc, Antoine Boulanger alerte sur les troubles de la personnalité associés au chemsex, et les liens étroits entre chemsex, comorbidités psychiatriques et pratiques sexuelles à risques. Dans sa cohorte, 26% sont séropositifs au VIH et 79% des séronégatifs sont sous PrEP (87).

Une enquête allemande auprès de 1 050 participants HSH dont 27% pratiquant le chemsex (n = 280) retrouvait des scores moyens pour la dépression, l'anxiété et la somatisation significativement plus élevés dans le groupe chemsex, mais les tailles d'effet étaient faibles et les mesures de santé mentale

n'ont pas contribué à prédire les conséquences potentiellement néfastes du comportement chemsex. Les deux groupes ont rapporté une moins bonne santé mentale par rapport aux hommes dans la population générale allemande. Certains hommes du groupe chemsex ont subi des conséquences potentiellement néfastes, telles que la perte de contrôle du temps et de l'argent dépensés pour les activités chemsex ou la quantité de substances consommées à une occasion (49,6%), des impacts négatifs sur le fonctionnement social (33,6%), des symptômes psychotiques (13,2%) et comportement physiquement agressif envers les autres (2,9%). Les deux groupes ont rapporté une moins bonne santé mentale par rapport aux hommes dans la population générale allemande (88).

1.1.5.4 Chemsex et addiction sexuelle ou trouble hypersexuel

La dépendance sexuelle ou trouble hypersexuel regroupe plusieurs définitions et modèles, et est maintenant considérée comme un trouble addictif par la plupart des cliniciens (69).

Selon le DSM-5, la conceptualisation du trouble hypersexuel est un modèle de dépendance, même s'il n'existe pas à ce jour de diagnostic de trouble hypersexuel. Pour la CIM-11, le comportement hypersexuel correspond à un modèle de contrôle des impulsions et est défini comme un trouble du comportement sexuel compulsif. Il associe des inquiétudes sexuelles excessives, un «filtre sexuel» appliqué dans les relations interpersonnelles, un sentiment de perte de contrôle (notamment en fréquence, en temps ou en coût financier) et des symptômes dépressifs (89) sont également associés. On retrouve 3 principaux éléments cliniques : les fantasmes sexuels répétées, les impulsions sexuelles répétées et les comportements sexuels répétés (p. ex., masturbation, utilisation problématique de pornographie, cybersexe, sexe au téléphone, clubs de strip-tease, etc.) (89,90) dissocié du sentiment d'amour, caractérisé par un sentiment d'insatisfaction permanente, et une préoccupation pour les pensées sexuelles, avec des difficultés de concentration dans d'autres domaines (91).

Le lien entre la dépendance sexuelle ou l'hypersexualité et le chemsex est mal étudié même si la comorbidité entre l'utilisation multiple de SPA et la dépendance sexuelle est connue (69). Dans son travail de thèse sur le slam, Benoît Schreck, notamment par l'étude d'une cohorte EVALADD (EVALuation of behavioral ADDictions) analyse les liens entre TLUS et addiction sexuelle en ciblant spécifiquement les slameurs et apporte des résultats préliminaires qui mériteraient la poursuite de recherches sur le sujet. Selon l'auteur, l'addiction sexuelle pourrait être absente, antérieure ou contemporaine au slam (31).

Par ailleurs, Potenza et son équipe retrouvent dans leur étude une forte prévalence de comorbidités addictives associées à la dépendance sexuelle : l'alcool et des psychotropes (42%), le jeu d'argent pathologique (5%), le travail (28%), achat (26%) et des troubles du comportement alimentaire (38%)(92).

D'autre part, Malandain et ses associés rapportent que 88% des patients ayant une addiction sexuelle ont un trouble psychiatrique comorbide (93). Il s'agit principalement de troubles de l'humeur (72%), de troubles anxieux (38%) (94), d'antécédents de tentatives de suicide (19%)(95), de troubles de la personnalité (17%) (96) ou d'autres troubles addictifs (40– 71%) (93,95). Des troubles du contrôle des impulsions (5–6%) (93) ou un trouble obsessionnel-compulsif (12–14%) (97) ont pu être observés. En revanche, un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est noté dans 17 à 19% des cas. Chez les hommes présentant des niveaux élevés d'hypersexualité ou d'utilisation de pornographie, le TDAH (trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité) doit être systématiquement évalué

Les patients présentant une addiction sexuelle ont un risque accru de contracter une IST et de subir des blessures physiques en raison d'une activité sexuelle répétitive.

Le SAST est un questionnaire évaluant la symptomatologie de l'addiction sexuelle et a été validé dans sa traduction française : le SAST-Fr (98) (cf. Annexe G). Lors d'une étude française auprès de 89 HSH,

14,6% rapportaient un score ≥ 14 , traduisant une addiction sexuelle probable. Des antécédents de violences sexuelles subies étaient plus souvent rapportées dans ce groupe (99).

1.1.5.5 Chemsex et autres troubles addictifs

Peu d'études se sont penchées sur la prévalence d'autres comorbidités addictives (69). Cependant, il existerait une association entre le chemsex, l'alcool et les troubles liés à l'usage du tabac (16,17).

1.1.6 Options thérapeutiques

1.1.6.1 Complications somatiques

Nous ne reprendrons pas dans cette partie les prises en charges spécifiques infectieuses curatives. Sur le plan de la prévention, nous reprendrons les éléments du livret d'information du RESPADD sur le chemsex (35). A court terme, le dépistage régulier par Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) du VIH, du VHC, du VHA (virus hépatite A) et du VHB selon la connaissance du statut vaccinal. Les autres IST sont dépistées avec 3 sites de prélèvement (premier jet d'urine, gorge, anus).

En cas d'exposition, si la personne séronégative au VIH déclare une prise de risque remontant à moins de 48 h : conseil de se rendre sans délai dans un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ou SMIT (service maladies infectieuses et tropicales) pour évaluer l'intérêt d'un traitement post-exposition TPE : du VIH (traitement ARV <48h après contact à risque et durant 1 mois) du VHB : vaccination post exposition et immunoglobulines spécifiques (délai 72h).

A moyen et long terme, la vaccination VHB/VHA est essentielle avec poursuite des dépistage IST tous les 3 mois.

Il est primordial d'identifier les différents facteurs de risques liés à la pratique du chemsex et de proposer des mesures de dépistages réguliers, de prévention et de réduction des risques et des dommages (notamment des programmes d'échanges de seringues et de distribution de préservatifs). Certaines applications ont commencé à émettre des messages de prévention du VIH (100,101). La future approche de prévention du VIH devrait passer par des applications de rencontres (1). De plus, une autre étude a montré que des interventions facilitant la négociation du préservatif pourraient exister dans de futures applications (102).

Une attention particulière doit être portée aux HSH séronégatifs au VIH ayant un comportement chemsex problématique afin qu'ils puissent avoir accès à la meilleure prophylaxie post-exposition (PPE) et prophylaxie pré-exposition (PrEP) (18,103).

1.1.6.2 Complications addictives et spécifiques aux produits

Il n'existe pas de recommandations consensuelles sur les médicaments spécifiques qui pourraient être utilisés pour le sevrage ou l'aide au contrôle des consommations (1).

La mirtazapine et le naltrexone ont été testés afin de réduire la prise de risque sexuel et l'usage de méthamphétamine (104).

Concernant le GHB et GBL, la prescription la plus fréquente est celle de benzodiazépines, de neuroleptiques et parfois de barbituriques dans le contexte de sevrage (105). L'usage du baclofène pour l'aide au maintien de l'abstinence au GHB/GBL au long /cours a été testé et doit bénéficier d'études complémentaires pour en prouver le bénéfice (106). Le sevrage en GHB/GBL est particulièrement dangereux et expose au risque de crise comitiale et d'éléments délirants (107,108).

Un cas clinique rapporte une disparition totale du comportement chemsex après 5 jours de séances quotidiennes de tDCS ciblées sur le cortex préfrontal droit et n'est pas revenue après 8 mois de suivi. Selon les auteurs, le renforcement de l'activité du cortex préfrontal dorsolatéral peut avoir modulé les

voies limbiques et réduit la saillance incitative et le besoin à la fois de dépendance sexuelle et de consommation de drogues illicites concomitante (109).

1.1.6.3 Addiction sexuelle

Le traitement pharmacologique doit être combiné à une psychothérapie (notamment une thérapie cognitivo-comportementale)(110).

Les ISRS (Inhibiteur Sélectif de la Recapture de Sérotonine) apparaissent comme le traitement de première intention de la dépendance sexuelle, mais des études plus vastes et randomisées sont attendues (69). Les ISRS ont une place de choix dans le traitement des comorbidités dépressives ou anxieuses. De plus, leurs effets secondaires sur le comportement sexuel sont bien connus et pourraient être directement impliqués dans le traitement spécifique de la dépendance sexuelle. Différentes études montrent des résultats prometteurs(111–113).

Plusieurs études ont montré une réduction de la dépendance sexuelle avec le Naltrexone en polythérapie, en particulier après l'échec des essais sur les ISRS seuls(114–116).

Deux études de cas semblent également montrer un intérêt du topiramate (117,118). Dans leur travail de méta-analyse, aucune étude prouvant l'intérêt du baclofène n'est retrouvée (69).

Les traitements hormonaux tels que les antiandrogènes ou les analogues de la GnRH sont utilisés dans le traitement des paraphilies sévères, en particulier celles associées à un risque élevé d'agression sexuelle (119). Ils ne sont pas utilisés dans la dépendance sexuelle à moins que des troubles paraphiliques sévères ne soient présents (69).

1.1.6.4 Complications psychiatriques

Une récente méta-analyse mettait en évidence l'absence d'approche de traitement individualisé et spécialisé dans la pratique du Chemsex ; la littérature actuelle reste centrée sur les comorbidités somatiques dont les IST ainsi que les complications psychiatriques induites par les substances.

L'objectif des auteurs étant de sensibiliser les praticiens et chercheurs sur le sujet face à la croissance du phénomène (12).

Il n'existe pas de recommandations officielles, les soins se doivent d'être holistiques avec la prise en compte des aspects pharmacologiques, addictologiques, psychologiques et sexuels. Différents types de thérapie sont testés comme la thérapie cognitivo-comportementale, la gestion des contingences et la thérapie cognitivo-comportementale spécifique aux homosexuels (GCBT=Gay Cognitive Behavioral Therapy)(1). Ces thérapies sont utilisées avec ou sans médicaments pour le sevrage ou le maintien de l'abstinence. La GCBT reprend les bases de la thérapie cognitivo-comportementale standard avec l'ajout d'éléments culturels et sociaux des utilisateurs de chemsex. Cette thérapie est efficace chez les utilisateurs de méthamphétamines aux États-Unis (120). La TCC et l'entretien de motivation améliorent l'observance des médicaments anti-VIH chez les hommes gais et bisexuels (121).

1.1.6.5 Réduction Des Risques et des Dommages

La question du chemsex est complexe, en effet le comportement est à la croisée de la sociologie, de la médecine infectieuse, de la toxicomanie et de la sexologie. Certains utilisateurs s'engagent dans le chemsex à la recherche de désinhibition sexuelle, d'autres pour embrasser leurs préférences sexuelles, et d'autres encore pour les effets des drogues. Le phénomène peut être une revendication d'une partie de la population HSH qui souhaite avoir des relations sexuelles débridées avec une protection contre le VIH. Deux études qualitatives avec des HSH à Londres ont également suggéré que le chemsex pourrait être considéré comme un choix stratégique pour améliorer les qualités appréciées dans le sexe (13,29). Il existe encore une grande stigmatisation associée à l'infection par le VIH et au fait d'être homosexuel (122). Avec le chemsex, les soignants sont confrontés à un continuum entre les comportements sexuels et de consommation de drogues normaux et pathologiques. Les soins à prodiguer aux utilisateurs de chemsex doivent être validés par des études sur de grands échantillons (1). Selon une autre méta-analyse, les chemsexers sont particulièrement à risque en l'absence d'option

de traitement spécialisé et l'influence réciproque des comorbidités somatiques, addictologiques et psychiques (12).

Une étude récente (8) questionne la demande de soins et de conseils chez les HSH pratiquant le Chemsex et suivis dans une clinique IST au Pays-Bas. Le Chemsex a été signalé par 41% des participants à l'étude (209/511), dont 23% (48/209) ont déclaré avoir besoin de conseils professionnels. Ces chiffres confirment ceux d'une étude irlandaise retrouvant un besoin de conseils de professionnels chez 1/3 des chemsexers (7). Le besoin de conseils professionnels était plus élevé chez les HSH qui pratiquaient le chemsex plus de 2 fois par mois (30% contre 17%, $p = 0,03$), n'avaient pas eu de relations sexuelles sans drogue (sexu sobri) au cours des trois derniers mois (41% contre 20%, $p = 0,04$), ont connu des inconvénients du chemsex (28% contre 15%, $p = 0,03$), ont eu un changement négatif dans leur vie en raison du chemsex (53% contre 21%, $p = 0,002$), et / ou avait l'intention de changer les comportements de chemsex (45% vs 18%, $p < 0,001$). L'intention de changer les comportements de chemsex a été signalée par 19% de tous les HSH pratiquant le chemsex. La diminution de la fréquence de la consommation de drogues était le changement prévu le plus signalé 70%, suivie par l'arrêt de la consommation de types de médicaments 8%. Parmi les HSH ayant l'intention de changer leurs comportements de chemsex, 45% ont également indiqué avoir besoin de conseils professionnels. Comprendre les caractéristiques des HSH pratiquant le chemsex avec un besoin de conseils professionnels pourrait aider les professionnels de la santé à cibler des stratégies de prévention et de soins (8).

La figure suivante reprend les motifs (Fig A.) et les inconvénients, dont la plupart sont les effets à court terme des produits (Fig B), du chemsex selon les usagers (8). Les deux tiers des HSH ont souffert des inconvénients du chemsex. Des expériences sexuelles non désirées ont été signalées par 18%, ce qui a déjà été signalé dans la littérature, traduisant les difficultés concernant le consentement dans le chemsex (13,19). Un impact négatif sur la vie quotidienne depuis le début de la pratique du chemsex a été rapporté par 9%.

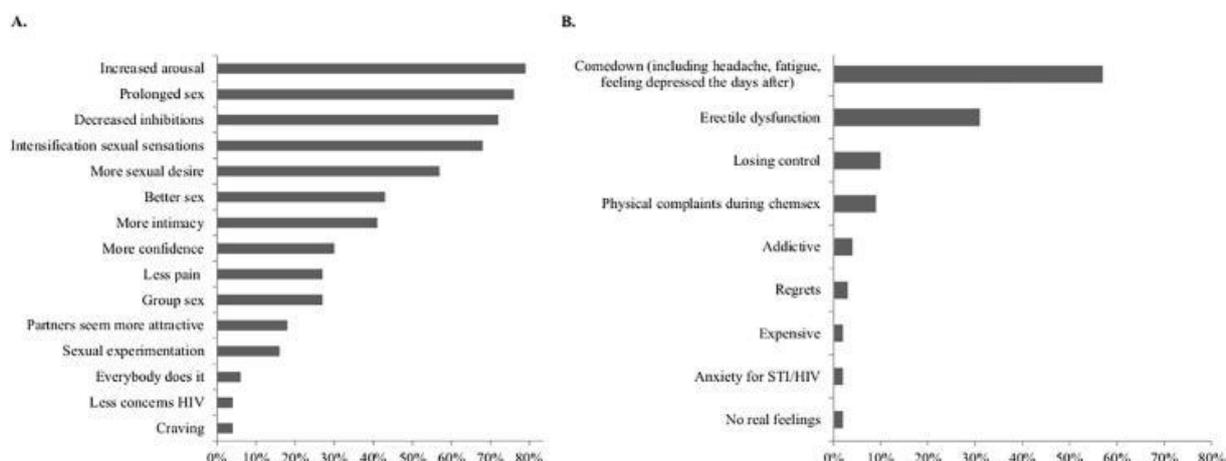


Figure 2 : Motifs et inconvénients du chemsex selon les usagers (8).

La plupart des sujets évoqués à discuter avec les professionnels étaient l'augmentation de la maîtrise de soi (52%), l'utilisation plus sûre de drogues (44%) et la réduction du risque de contracter le VIH ou une IST (31%), ou le VHC (29%), la dépendance (25%), l'overdose (23%), l'arrêt des substances (17%) l'arrêt sur une courte période (13%). Une stigmatisation perçue lors de la discussion de chemsex avec des professionnels de la santé a été signalée par 14%.

Le besoin de conseils professionnels a été signalé par 6%, 17% ont indiqué qu'ils pourraient vouloir être conseillés et 77% ont indiqué qu'ils n'avaient pas besoin de conseils professionnel. La majorité (60%) n'ont signalé aucun changement négatif dans leur vie quotidienne.

1.1.6.5.1 Quels intervenants ?

Les intervenants en santé sexuelle devraient évaluer le besoin de conseils professionnels chez les HSH pratiquant le chemsex, en particulier chez les HRSH présentant les caractéristiques mentionnées ci-dessus, telles que les utilisateurs fréquents. La plupart des participants ayant besoin de conseils professionnels ont préféré parler à un expert en santé sexuelle (56%) ou à un spécialiste de l'alcool et

des drogues (46%), ou un sexologue (35%), un expert par expérience (33%), un psychologue (17%), un médecin généraliste (1%) (8).

Étant donné que les lieux de soin prenant en charge les IST sont une source de confiance pour les HSH pour discuter de questions personnellement sensibles (7,13,123,124) elles pourraient jouer un rôle important dans la prévention et les stratégies de soins qui traitent des rapports sexuels protégés et de la consommation de drogues, et orientent les HSH vers un professionnel en santé mentale ou addictologie. Il pourrait être nécessaire de renforcer les liens et le partage des connaissances entre les cliniques IST et les professionnels de la toxicomanie et de la santé mentale pour permettre aux cliniques IST de fournir des informations adéquates sur une consommation de drogues plus sûre et de développer des voies d'orientation.

Les mêmes auteurs dans une seconde étude auprès d'infirmiers exerçant dans des structures de soin prenant en charge les IST au Pays-Bas Les infirmières en maladies sexuellement transmissibles des cliniques néerlandaises de lutte contre les IST abordaient régulièrement le chemsex lors des consultations avec les HSH. Les résultats montrent la pertinence d'éduquer les infirmières en IST demandée par 76% d'entre eux sur la signalisation du chemsex problématique et l'organisation de voies de référence vers les soins de toxicomanie afin d'optimiser les soins de santé liés au chemsex. 15% des cliniques bénéficiaient d'un protocole de soin pour le chemsex (125). Une étude allemande souligne que des offres de soutien adaptées sont nécessaires, mais ne sont pas encore disponibles dans la plupart des villes allemandes, et qu'il existe un bénéfice à former les différents professionnels de santé (126).

Les actions axées sur la prévention et la RDRD (réduction des risques et des dommages) doivent être intensifiées et de nouveaux espaces communautaires tels que les centres de santé sexuelle doivent être ouverts pour faire tomber les barrières et aider à atténuer la honte des consommateurs de drogues chemsex (66,127).

Selon Donnadiou et ses associés, les applications téléphoniques seraient idéales pour promouvoir des messages en matière de santé sexuelle, d'IST et de prévention des addictions (1).

1.1.6.5.2 Quelle méthodologie utiliser ?

Selon les travaux de Evers et son équipe, les professionnels de santé devraient questionner un ensemble de caractéristiques indicatives des HSH ayant besoin de conseils professionnels qui sont les suivantes : des chemsex fréquents, une période prolongée depuis les rapports sexuels sobres, l'expérience des désavantages et l'intention de changer le comportement des chemsex. Ces sujets pourraient indiquer que ces hommes présentent des conséquences négatives du chemsex et aider les professionnels de la santé à discuter avec les HSH pour identifier leurs besoins en matière de conseils professionnels (8).

D'après les résultats de l'enquête qualitative PaacX, il conviendrait d'identifier les points de vue des chemsexers vis-à-vis de leurs pratiques sexuelles pour proposer ensuite une aide adaptée à leurs attentes. Nous reprenons ces 5 points de vue sur le chemsex, de la vision la plus positive à la plus négative, numérotées de 1 à 5 (30).

1 : De la compensation à une sexualité assumée : les motivations seraient liées à des évènements fragilisants et une difficulté à parler de sexualité qui favorise une recherche de désinhibition et de nouvelles sensations à travers des pratiques plus hard ou avec plus de tendresse. Le chemsex est alors perçus comme améliorant la vie, permettant une pratique sexuelle plus longue et favorisant l'appartenance à un groupe. Les mesures de RDRD pourraient être alors des groupes de parole.

2 : L'hédonisme gestionnaire : les motivations seraient celles de la recherche de nouvelles sensations pour épicer les relations sexuelles et s'inscriraient dans une continuité d'un parcours. Les craintes seraient celles de la perte de contrôle et les mesures de RDRD pourraient être multiples (chemsex en groupes restreints, de manière occasionnelle et l'usage de substances uniquement en contexte sexuel, ne pas s'initier au slam et avoir également une sexualité sans produits)

3 : Entre addiction et gestion : les motivations seraient la recherche de nouvelles sensations et d'un effet rush, de palier à des troubles du désir préexistants. Le chemsex est alors perçu comme moyen d'avoir une sexualité. Les perceptions de ces usagers seraient que la consommation de substance hors contexte sexuel est problématique, que le chemsex peut être chronophage et qu'il n'existe pas de sentiment de honte vis-à-vis de la pratique. Les mesures de RDRD demandées par ces usagers seraient alors la recherche d'une maîtrise de la pratique, avec l'importance de la transmission et de la RDRD, la possibilité d'apprendre à s'injecter de manière sécurisée et d'effectuer des périodes d'abstinence sexuelle pour faire des breaks.

4 : De la curiosité à la destruction de la sexualité : les motivations rapportées sont la curiosité (par le discours d'autres usagers), l'effet rush, s'autoriser une pratique sexuelle plus hard. Les perceptions seraient alors d'une déshumanisation et mécanisation des rapports sexuels, le chemsex remplaçant la libido. Parmi ce profil d'usagers il y aurait peu de culture de transmission et les limites fixées seraient toujours dépassées avec des consommations également hors contexte sexuel.

5 : De l'espoir de la compensation à la désillusion : les motivations sont liées à des événements fragilisants et le chemsex viendrait combler le vide. La perception des usagers associe alors un sentiment de honte et culpabilité, un fonctionnement autodestructeur, une perte de contrôle avec des limites toujours dépassées et les rapports sexuels ne pourraient être envisagés sans produits. Arrêter le chemsex serait alors perçu comme la possibilité de renouer avec la vie. Le slam est perçu comme une conduite associée à plus de risques.

Comme le suggère une étude (128), les syndémies du VIH, une mauvaise santé mentale, la stigmatisation, la consommation de drogues pourraient conduire à des sentiments de solitude, de vide, de dépression et d'inhibition émotionnelle et sexuelle qui pourraient être les facilitateurs sous-jacents les plus profonds de chemsex problématique.

Le CGBT et la e-thérapie spécifique aux LGBT (Lesbienne, Gay, Bisexuel, Transgenre) (129) sont des moyens intéressants de faciliter la prévention et l'accès aux soins pour les utilisateurs problématiques de chemsex.

Un exemple de conseil professionnel fondé sur des données probantes pour réduire les comportements à risque liés à la consommation sexuelle et aux drogues chez les HSH est l'entrevue motivationnelle (130).

Dans cette sous-partie nous reprendrons les éléments de RDRD proposés par le RESPADD dans le livret d'information sur le chemsex (35).

Dans un premier temps nous abordons le positionnement soignant pour être à l'écoute et repérer, le RESPADD émet les recommandations qui suivent. Être à l'aise et mettre à l'aise (présence de brochures en salle d'attente renforce l'idée d'un professionnel sensibilisé), ne pas juger (connaissance milieu gai et du chemsex, absence discrimination, crainte d'une homophobie), le jugement favorisant un retard aux soins et un nomadisme médical. Mettre en œuvre de bonnes pratiques relationnelles (empathie, bienveillance, écoute, demander l'autorisation d'apporter des informations, questions ouvertes pour que le patient puisse verbaliser sa façon de percevoir une problématique). Eviter une confrontation, une posture supérieure ou moralisatrice. Valoriser la compétence pratique et l'autonomie du sujet. Enoncer ses propres limites et se questionner. Evaluer les différentes pratiques, le niveau de risque, les potentielles difficultés et ajuster le discours en fonction des éléments fournis par la personne.

Dans un second temps il s'agit de promouvoir un message de prévention en évaluant les connaissances en matière de réduction des risques et la possibilité de les rappeler :

-Pour toute consommation : éviter de consommer si on ne se sent pas bien psychologiquement, éviter de consommer seul, consommer dans un contexte rassurant avec personnes de confiance, commencer avec des petites quantités de produit, tester le produit pour vérifier qu'il ne provoque pas de réaction allergique, espacer les prises et si possible les consigner sur papier ou sur son téléphone en indiquant

l'heure et le produit. Faire attention aux mélanges dans un laps de temps court (En particulier GHB/GBL/DB/kétamine et risque de coma, risque CV avec médicaments érectiles, poppers, ecstasy, amphétamines). Bien s'hydrater, et ne pas échanger le matériel utilisé pour la prise de produits (pailles par exemple lors de prises inhalées). En cas de bad trip appeler le 112 ou 15.

Concernant le geste de l'injection, il faut privilégier le bras pour injecter, se laver mains et avant-bras, nettoyer le point d'injection avec chlorhexidine, filtrer le produit, faire une compression du site d'injection avec tampon sec, ne pas partager de seringue et de petit matériel et dans la mesure du possible ne pas les réutiliser. Il existe la possibilité d'éducation du geste d'injection comme en CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues. Le matériel nécessaire à l'injection est à disposition et en accès gratuit par différents organismes : les CAARUD, le programme d'échange de seringues en pharmacie (PESP), le programme d'échange de seringues par voie postale, ainsi que la vente en pharmacie de Stéribox (prix conseillé 1 euro).

Nous reprenons rapidement les mesures de dépistage régulier du VIH/VHC/VHB/VHA et autres IST, la vaccination VHB, l'usage de préservatifs et gels lubrifiants, l'usage de gants en latex avec ongles coupés pour la pratique du fist-fucking, l'usage de sextoys à usage personnel.

Nous rappellerons l'importance de la prophylaxie post-exposition et pré-exposition pour les patients séronégatifs pour le VIH. Pour patients séropositifs si la charge virale est indétectable permet de presque réduire totalement les risques de transmission : TasP (treatment as Prevention).

Le RESPADD rappelle également les objectifs de l'entretien motivationnel :

Garder le lien avec une alliance thérapeutique de qualité car la préparation au changement sera longue. Les usagers présentent souvent une ambivalence forte aux produits (qui se nourrit de l'incapacité à envisager une sexualité sans produit). Il est important de faire un travail sur la sexualité et la nécessité de la sauvegarder comme une valeur qui sera mise à mal à court terme par les drogues qui étaient censées l'agrémenter. Il est possible de conseiller de commencer les rapports avant la prise

de produit, d'éteindre le téléphone en début de session afin d'éviter de passer des heures sur les applis en quête de partenaires (screen fascination). Sur les consos, on ne visera pas une abstinence en priorité mais plutôt l'esacement des plan, une réduction des consommations et réapprentissage de rapports sexuels sans produits. Pour les pratiques de Slam, il est possible d'effectuer une transition ou une alternance avec d'autres modes d'administration associées à de moindres risques.

Le RESPADD met également l'accent sur l'approche multidisciplinaire somatique et psychiatrique, addictologique et sociale et propose de s'appuyer sur les ressources et réseaux locaux :

-réseaux addiction, centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et des CAARUD, des services hospitaliers d'addictologie

-des CeGIDD, des SMIT, coordinations régionales de la lutte contre le VIH (COREVIH) et des associations de lutte contre le sida.

-des associations homosexuelles (www.federation-lgbt.org)

-des thérapeutes gay friendly : association de médecine gay friendly : www.asso.medecinegayfriendly.fr / association PsyGay : www.psygay.com

Pour finir d'illustrer la notion de RDRD dans le chemsex, nous aborderons le travail de Bâtisse et ses associés avec Le centre d'AddictoVigilance de Paris qui a mis en place un programme de RdRD par l'analyse des produits à destination des chemsexers et plaide pour leur généralisation. Analyser les drogues permet d'entrer en contact avec les usagers et de les informer sur la toxicité des produits ou la présence de produits de coupe potentiellement nocifs. Contrairement aux idées reçues, la plupart des usagers de drogues sont attentifs à leur santé et réceptifs aux informations qui peuvent leur être utiles pour la conserver. Le programme de RDRD se compose en 3 étapes, la première est la collecte d'échantillons de produits psychoactifs, la seconde une analyse toxicologique qualitative et quantitative par détection en spectrométrie de masse. Le troisième temps est celui de la restitution

des résultats en « focus groupes » associée à des tests de connaissance évaluant la pertinence de l'outil dans la RDR-D. Le remplissage d'un auto-questionnaire dans les focus groupes en début et fin de séance permet d'évaluer l'acquisition des apprentissages et de la pertinence de la RDRD. Les auteurs rapportent le déroulement de cette dernière étape. Dans un premier temps les participants peuvent questionner le produit autour de cette analyse (pureté et qualité du produit, modalité d'administration, toxicité), en effet, l'analyse toxicologique montre une inadéquation entre le produit attendu et le contenu réel dans 15 % des cas. La question de la toxicité conduit à aborder les risques et complications (somatiques, psychiatriques, addictologiques) liés au chemsex et la possibilité de réduction des risques. La discussion peut également aborder le vécu positif de la pratique du chemsex et le retour sur les « expériences émotionnelles » positives et négatives liées au chemsex ou au slam. Selon les auteurs, l'analyse des produits, maillon indissociable de la réduction des dommages, s'inscrirait dans l'approche moderne de prévention défendue par les associations d'usagers, plus connue sous le slogan « *Support, don't punish* ». La RDRD par l'analyse de produits dans la pratique du chemsex devrait être généralisée en France. (5).

Nous citerons brièvement la sous-étude Ipergay de l'ANRS visant à aborder la RDRD dans la pratique du chemsex par l'analyse capillaire de toxiques chez les usagers (11,28). L'analyse capillaire permet de reprendre de manière fiable les différents produits consommés par l'utilisateur et d'en discuter avant d'ouvrir la discussion à des mesures de RDRD autour de toxiques puis de la pratique.

1.2. RPIB en addictologie

1.2.1 Concept de RPIB

Selon la World Health Organization, l'objectif du RPIB est l'identification de problèmes actuels ou potentiels liés à la consommation de substances et de motiver les personnes à risques à modifier ou

adapter leur comportement pour en limiter les conséquences négatives. Les interventions en soins primaires peuvent varier de 5 minutes de courts conseils à environ 30 minutes. Le RPIB n'est pas destiné à traiter les personnes présentant un trouble lié à l'usage de substance grave, mais il s'agit d'un outil précieux pour la prise en charge de patients présentant une consommation de substances problématique ou à risque. L'intervention brève permet d'aider ces patients à identifier la prise de risque liée à l'usage de substances et de les encourager à réduire ou abandonner leur consommation de substances. Pour les patients ayant une dépendance plus grave, l'intervention brève peut les aider à accepter un traitement plus intensif au sein du milieu de soins ou une orientation vers un organisme spécialisé. Quoi qu'il en soit, l'intervention brève doit être personnalisée et proposée sans jugement. Le RPIB est un moyen peu coûteux, efficace à tous les niveaux de dépendance, et apparaît donc totalement adapté à une utilisation comme méthode de promotion de la santé et de prévention des maladies chez les patients en soins primaires (131).

1.2.1.1 Principes du repérage précoce

Il s'agit de recueillir auprès du patient, à l'aide de questionnaires standardisés, les consommations déclarées de substances et d'en évaluer les risques ou conséquences. Ces questionnaires peuvent être proposés à un patient qui viendrait consulter pour un autre motif (par exemple un passage aux urgences suite à traumatisme lié à une alcoolisation aiguë, ou dans la pratique du Chemsex chez un patient suivi dans un clinique IST ou présentant un épisode dépressif comorbide et pour lequel il consulterait un psychiatre).

1.2.1.2 Principes de l'intervention brève

Les principes de l'intervention brève se retrouvent dans l'acronyme anglais FRAMES (34) :

-Feed-back : dans un premier temps il est nécessaire de restituer les résultats des tests de repérage afin d'aborder la problématique addictive.

-Responsability : responsabiliser le patient vis-à-vis des conduites addictives.

-Advice : délivrer des informations objectives sur la pathologie addictive, les risques et conséquences.

-Menu : décrire les moyens d'aide disponibles.

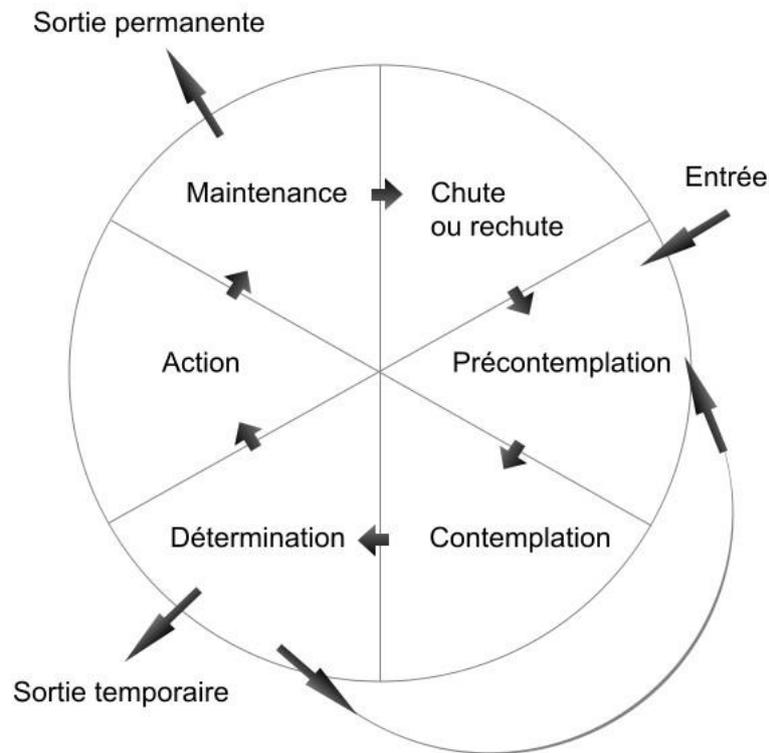
-Empathy : ne pas émettre de valeur de jugement envers le patient.

-Self-efficacy : encourager le patient.

L'intervention brève repose sur des techniques d'entretien motivationnel visant à provoquer une prise de conscience et inciter à un changement de comportement. Il existe plusieurs concepts permettant d'adapter l'outil de RPIB à la diversité des profils de patients rencontrés et favorisant ainsi une meilleure efficacité de l'entretien motivationnel.

-Le premier concept est illustré par le modèle de Prochaska et DiClemente, permettant d'individualiser l'intervention en fonction du stade de changement dans la pathologie addictive. Chaque type d'intervention visant à faire progresser le patient dans le processus de changement. Les différentes étapes sont expliquées clairement sur le site dont nous reprenons les explications et la figure : <https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/>.

Figure 3 : Changement transthéorique de Prochaska et DiClemente



« Les stades de changement peuvent être décrits comme suit :

-Pré-contemplation : le patient ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation. Il n'envisage pas de changer de comportement, dont il ressent essentiellement les bénéfices. L'Attitude du professionnel est de transmettre quelques informations dans une stratégie de réduction des risques. Cela peut être abordé sous forme de questions : « comment faites-vous pour réduire les risques de bad trip ? les risques de dépendance ? pour limiter les effets nocifs comme les troubles de la mémoire par exemple ? »

-Contemplation : à ce stade commence à se manifester l'ambivalence. Le patient envisage un changement de comportement, mais il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle. On parle alors de balance décisionnelle, qui amène à comparer les pour et les contre d'un changement avec ceux de son comportement actuel. L'Attitude du professionnel est de réaliser un entretien

motivationnel visant à développer la motivation de la personne, en s'appuyant notamment sur les divergences entre le comportement et les valeurs du patient (enfants, travail, famille, études, santé mentale...) mais aussi d'évaluer les risques et les avantages de la consommation et de reconnaître l'ambivalence et évoquer les raisons de changer.

-Préparation/détermination : à ce stade, le patient se sent prêt à démarrer la phase d'action dans un futur proche ; il détermine des décisions et commence à les mettre en place dans le temps. Le professionnel doit valoriser toute décision de changement et aider à trouver une bonne stratégie : établir des plans, fixer des buts et déterminer les ressources nécessaires pour appuyer les interventions définies.

-Action : le changement est engagé vers des modifications de son style de vie. Les difficultés sont importantes. Le professionnel doit alors soutenir et encourager le patient pour l'aider à avancer.

-Maintien : À cette phase de consolidation, il convient de rester prudent car les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique. Le professionnel doit faire une liste des situations à risque de « rechute », préparer un système d'alarme en cas de rechute et valoriser les efforts

-Rechute : la rechute est possible et fait partie du processus normal de changement. Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps qui peut être nécessaire à la réussite finale du processus. L'attitude du professionnel est de dédramatiser, être tolérant avec le patient et réunir les réseaux de soutien.

-Sortie permanente : ce stade marque la réussite finale du processus dans lequel la personne consolide le stade de maintien. »

Le second concept est proposé par Miller et Rollnick à travers l'échelle de Conviction et de Confiance permettant de mieux définir la cible de l'intervention. La conviction traduit la perception des avantages

à modifier son comportement, la confiance correspond à la perception des capacités à modifier son comportement. L'intervention brève ciblée sur la conviction favorise le passage à l'étape de préparation, celle ciblée sur la confiance (en abordant différentes stratégies et obstacles) favorise le passage à l'action. La confiance et la conviction doivent être simultanément élevées pour permettre ce changement (132).

Le troisième concept également développé par Miller et Rollnick, correspond à des stratégies de communication qui favorisent le changement. Nous citerons l'importance d'utiliser des questions ouvertes qui permettent dans un premier temps d'augmenter la conviction du patient et dans un second temps d'identifier par lui-même les possibles stratégies et obstacles sur la voie du changement de son comportement (132).

Selon l'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève, alcool, cannabis et tabac chez l'adulte, validé par la Haute Autorité de Santé (cf. Annexe H), l'intervention brève doit comporter différentes étapes. La première est la restitution des résultats puis l'information des risques sur la consommation des substances et l'évaluation avec l'utilisateur des risques personnels et situationnels. On identifie ensuite les représentations et attentes du consommateur. Il convient d'échanger sur l'intérêt personnel à l'arrêt ou baisse de la consommation ainsi que sur des méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation. Il est important de proposer des objectifs, laisser le choix et évaluer avec l'utilisateur, sur 3 échelles, la motivation, le bon moment et la confiance dans la réussite des objectifs fixés. En fin d'intervention, il est possible de proposer une autre consultation, de remettre une brochure informative ou d'orienter vers un site internet.

Six étapes sont rapportées en matière de RPIB et alcool : l'évaluation de la consommation, l'information sur le verre d'alcool, un échange sur les risques liés alcool, donner des explications concernant les avantages d'une réduction, proposer des méthodes de réduction, proposition d'objectifs et laisser le choix.

Le RPIB concernant l'alcool s'adresse aux consommateurs à risque (afin d'éviter le passage à une consommation nocive pour la santé), aux adolescents (information sur les risques de « binge drinking », aux femmes enceintes (information zéro alcool durant la grossesse)

1.2.2 Outils de RPIB existants

Le RPIB en addictologie est développé depuis des décennies, initialement centré sur les consommateurs d'alcool à risque puis secondairement étendu aux autres substances psychoactives. Nous reprenons l'exemple de l'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève concernant l'alcool, le cannabis et le tabac chez l'adulte, validé par la Haute Autorité de Santé (cf. Annexe H). Les outils de RPIB sont simples d'usage et peuvent être adaptés à de multiples SPA.

Concernant les consommations de substances psychoactives, il existe différents outils permettant un repérage précoce mais ne comportant que peu d'éléments pour l'intervention brève : le DEBA-drogues V2.0 (Dépistage et Evaluation du Besoin d'Aide-drogues) (cf. Annexe I)(133,134), questionnaire d'entretien structuré développé par Tremblay et son équipe au Canada, recommandé par l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies). Cet outil reprend de nombreuses SPA, évalue la fréquence de consommation et modalités d'administration avant de proposer une échelle de sévérité de la dépendance et une échelle des conséquences des consommations sur une période d'une année. Un autre outil est appelé ASSIST (cf. Annexe J), dont il existe une version française qui est recommandée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_french.pdf. Il reprend 9 substances psychoactives et comporte 8 questions, portant sur les consommations des 3 derniers mois. Un score permet d'évaluer le risque et d'adapter le mode d'intervention (aucune, intervention brève, évaluation approfondie et traitement plus intensif). Le troisième outil à notre connaissance est le DAST-10 (cf.

Annexe K) reprenant pour l'essentiel des critères d'addiction du DSM. D'autres outils évaluent spécifiquement certaines substances psychoactives comme le cannabis : le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) que l'on retrouve dans l'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève concernant l'alcool, le cannabis et le tabac chez l'adulte, proposé par la Haute Autorité de Santé (cf. Annexe H). Il existe également des questionnaires sur l'alcool, nous citerons le FACE également repris dans l'outil de la HAS (Haute Autorité de Santé), ou le questionnaire AUDIT (cf. Annexe L) comportant 10 questions et dont le score final permet d'évaluer une consommation à risque, un usage nocif ou une alcoolodépendance probable.

Concernant l'addiction sexuelle, nous avons connaissance de plusieurs outils : la SAST-R (Sexual Addiction Screening Test) (135) qui est applicable tant aux femmes qu'aux hommes et quelle que soit l'orientation sexuelle (136). Il en existe une version française validée (98) (cf. Annexe G). un score ≥ 14 , traduisant une addiction sexuelle probable. Des scores compris entre 10 et 13 correspondent à une symptomatologie atténuée d'addiction sexuelle. Un instrument court de 6 questions appelé PATHOS (137) a été développé à partir du SAST-R. Le score est compris entre 0 et 6 et le score limite est fixé à 3. Les 6 items reprennent l'acronyme anglais PATHOS : Preoccupation : « êtes-vous souvent préoccupé par des pensées sexuelles ? », Ashamed : « cachez-vous certains de vos comportements sexuels à d'autres ? », Treatment : « Avez-vous cherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimez pas ? », Hurt others : « est ce que quelqu'un a été blessé à cause de votre comportement sexuel », Out of control : « Vous sentez vous sous l'emprise de votre désir sexuel ? » et Sad : « Avez-vous ressenti de la tristesse après être passé à l'acte ? ». La consistance interne du questionnaire est bonne et les coefficients alpha pour le score total varient entre 0,92 et 0,94 (136). Un second outil traduit en français est l'échelle de comportement sexuel compulsif de Coleman (cf. Annexe M), comportant 10 items ; un score avec 2 réponses positives ou plus traduit un comportement sexuel problématique. Enfin, nous avons connaissance de 3 autres outils pouvant évaluer une addiction sexuelle qui ne sont pas traduits en français : la SCS (Sexual Compulsive Scale), la CSBI (Compulsive Sexual Behaviour Inventory) et l'HBI (Hypersexual Behaviour Inventory) (138).

Nous citerons pour conclure cette partie, bien qu'il ne concerne pas directement l'addiction, un outil de repérage en matière de santé mentale. Il s'agit de l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) (cf. Annexe M) dont il existe une version validée en français (139) et qui permet d'évaluer en 14 questions l'existence d'un épisode dépressif ou d'un trouble anxieux.

1.2.3 Efficacité du RPIB en addictologie

Le RPIB permet une approche globale permettant le repérage, le dépistage de personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances mais également des personnes à risque. Le RPIB s'applique à toutes les étapes du changement transthéorique de Prochaska et DiClemente mais est particulièrement efficient aux stades pré-contemplatifs et contemplatifs ; ainsi la précocité de l'intervention, en début de pathologie est particulièrement intéressante. La recherche portant sur le RPIB dans les consommations d'alcool a rapidement apporté des preuves positives. La SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment, que l'on peut traduire par dépistage, intervention brève et orientation vers un traitement) apporte des bénéfices irréfutables à court terme pour la santé des individus ; les effets à long terme sur la santé de la population n'ont pas encore été démontrés, mais les modèles de simulation suggèrent que les avantages pourraient être substantiels (140). Une méta-analyse, bien que de taille d'effet plus petite que les précédentes études, soutenait l'efficacité modérée des interventions brèves (141). Une autre revue de la littérature sur le sujet concluait que des interventions brèves peuvent réduire la consommation d'alcool chez les hommes, avec un bénéfice persistant un an après l'intervention, mais ces interventions ne sont pas prouvées chez les femmes pour lesquelles les données de la littérature scientifique sont insuffisantes. Une délivrance plus longue de conseils a peu d'effet supplémentaire par rapport à une intervention brève (142).

Une revue systématique récente de la littérature sur les interventions brèves dans des services d'urgence auprès de patients identifiés à risque de TLUA (trouble lié à l'usage d'alcool) semblait

montrer un effet à court terme sur la réduction de la consommation à risque. Des données probantes de qualité moyenne sur l'efficacité de l'intervention brève dans les services d'urgence ont montré une légère réduction de la consommation d'alcool chez les buveurs à risque faible ou modéré, une réduction des conséquences négatives de la consommation (telles que des traumatismes) et une diminution des passages répétées aux services d'urgence pour les adultes et les enfants de 12 ans et plus (143).

Selon une revue systématique de la littérature de 2018, les interventions brèves ont le potentiel d'avoir un impact à la fois au niveau individuel et au niveau de la population. Cinq essais comparaient les interventions fournies par les praticiens et des interventions numériques sans aucune preuve de différence dans les résultats lors du suivi. Des méta-analyses ont montré que les deux approches interventionnelles réduisaient considérablement la consommation d'alcool par rapport aux groupes témoins. Les interventions numériques peuvent surmonter certains des obstacles à la mise en œuvre rencontrés par les interventions fournies par les praticiens (144).

Un programme de RPIB/SBIRT sur l'alcool et les drogues illicites a été développé par le SAMHSA (US Substance Abuse and Mental Health Services Administration) et a pu être validé auprès de deux cohortes importantes. Une intervention brève et un traitement bref étaient associés à des résultats positifs, mais une intervention brève était plus rentable pour la plupart des substances (145). Ce programme américain de RPIB est un moyen efficace d'introduire une variété de nouveaux services qui étendent le continuum de soins pour les usagers, allant de l'intervention précoce auprès des usagers non dépendants à l'orientation des cas plus graves vers des addictologues (146).

La plupart des essais soutiennent l'efficacité de la RPIB pour la consommation d'alcool à risque mais il existe des résultats hétérogènes et des études aux résultats négatifs existent (147).

Selon la World Health Organization (WHO) ou Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il existe des preuves solides quant à l'efficacité des interventions brèves dans les établissements de soins primaires

pour l'alcool et le tabac, et de plus en plus de preuves de l'efficacité pour d'autres substances psychoactives (131). Ces outils, développés depuis des décennies, ont pu être adaptés à l'usage d'autres substances.

En 2014, selon une revue de littérature, il n'existait pas de preuves suffisantes pour tirer des conclusions quant à savoir si les interventions brèves ont une efficacité pour réduire l'utilisation ou les méfaits associés à l'utilisation non médicale de substances psychoactives autres que l'alcool, la nicotine ou la caféine lorsque ces interventions sont effectuées auprès de personnes ne cherchant pas de traitement, détectées par dépistage dans la population générale. Les auteurs soulignaient que la pratique du chemsex variait considérablement entre les sites d'étude en Europe. En effet, les différentes normes sociales locales au sein des communautés HSH peuvent être d'importants moteurs contextuels de la consommation de drogues, soulignant la nécessité de mesures de prévention innovantes et multidimensionnelles pour réduire le risque de VIH/IST dans le contexte de la consommation de drogues (148).

Pour conclure sur la constante évolution et adaptation des moyens de RPIB dans la littérature récente, nous citerons les travaux de Bernstein et ses collaborateurs qui se sont intéressés à une approche plus récente appelée STIR (screening, treatment initiation, and referral : dépistage, initiation du traitement et orientation). Ce modèle de SBIRT en matière de toxicomanie peut incorporer l'initiation de la gestion des médicaments lors de la visite de référence, pour les personnes disposées à le faire, et pour les prestataires et les systèmes de santé qui sont correctement formés et dotés des ressources nécessaires. Deux études récentes utilisant ce modèle, réalisées par Bernstein et ses associés, ont permis respectivement une diminution significative de la consommation de tabac et d'opioïdes chez des consommateurs. Les interventions basées sur les services d'urgence pour le tabagisme et la dépendance aux opioïdes démontrent que le dépistage et l'initiation du traitement, combinant la délivrance de conseils brefs, une pharmacothérapie et une orientation, favorisent l'abstinence et un

engagement accru dans le traitement. Les auteurs soulignent qu'il existe des effets additifs ou synergiques de la pharmacothérapie à la délivrance de conseils. La STIR permettrait de faciliter, aux urgences notamment, l'identification et le traitement des personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances en améliorant l'orientation et l'accès aux soins (147).

1.3. RPIB et Chemsex : état des lieux

1.3.1 Données actuelles de la littérature

Comme nous l'avons signalé plus tôt, des études semblent démontrer la faisabilité d'une démarche de RPIB dans la pratique du Chemsex. En effet selon deux études récentes 1/3 (7) à ¼ (8) des usagers seraient demandeurs de conseils de professionnels de santé. Selon l'étude française DMIT sur la prévalence et la faisabilité d'une démarche de RPIB sur les consommations de tabac, d'alcool et de SPA, 85% des personnes vivant avec le VIH (860/1018) ont accepté de discuter de leur consommation de toxiques(34).

Il n'existe pas d'outil de RPIB à notre connaissance en matière de chemsex ayant pu être testé à grande échelle et validé. Il existe un guide de RPIB en santé sexuelle en contexte d'addictologie développé par le RESPADD (149), ne traitant pas spécifiquement du chemsex mais de santé sexuelle de manière générale (document de 42 pages). Nous reprenons les initiatives françaises actuelles en matière de chemsex et de RDRD telles que la lettre d'information du RESPADD de 2016 sur le chemsex (35) ; la sous-étude Ipergay de l'ANRS sur l'analyse capillaire de toxiques (11,28) et l'étude menée par le centre d'Addictovigilance de Paris reposant sur l'analyse des produits utilisés dans le chemsex (5).

2 Protocole d'évaluation de l'outil de RPIB sur le chemsex

2.1 Méthodologie

2.1.1 Développement de l'outil d'aide au RPIB et du guide utilisateur V1.0

L'objectif de ce travail de thèse est donc la conception d'un outil d'aide au RPIB pour le chemsex et nous reprenons les grandes lignes et principes de ce type d'outil comme il a pu être développé par la Haute Autorité de Santé en matière d'alcool, tabac et cannabis (cf. Annexe H). Nous reprenons également la méthodologie de cette outil (150) et la note de cadrage (151) de cet outil afin de proposer un cadrage du thème ainsi que des patients et professionnels concernés. Nous définissons le chemsex comme l'usage de substances psychoactives avant ou pendant un rapport sexuel afin de faciliter, initier, prolonger, maintenir et intensifier l'activité sexuelle et la performance ainsi que le plaisir sexuel. Nous faisons le choix d'aborder l'usage de SPA au sens large, ne souhaitant pas une définition restrictive au même titre que la définition britannique (que nous reprendrons ci-après). L'objectif étant ainsi de permettre un repérage large sans exclusion. Il en est de même pour le cadrage concernant les patients concernés, que nous ne souhaitons pas limiter à une population HSH, le chemsex étant en pleine expansion et amené à concerner un public plus large. L'outil d'aide au RPIB proposé par la HAS se réfère au plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives de 2013-2017 (Mildeca) qui préconise la promotion du RPIB auprès des professionnels de santé de premier recours. Pour le développement de l'outil d'aide au RPIB sur le chemsex, nous souhaitons élargir ce repérage précoce afin de permettre l'accès au soin au maximum de personnes. En effet, selon l'étude d'Evers (8) la plupart usagers ne demanderaient pas en premier lieu les conseils d'un professionnel de santé de premier recours mais préférentiellement ceux d'un spécialiste ou d'un intervenant de milieu associatif. Cet outil se doit de guider différents praticiens de santé (médecins généralistes, psychiatres,

addictologues, infectiologues, psychologues, sexologues, etc.) et autres intervenants du milieu de la santé (milieu associatif, etc.) afin de permettre un repérage précoce, une intervention brève et un éventuel accompagnement spécifique et ciblé en fonction des résultats du repérage initial chez les patients pratiquant le chemsex. Sa durée de passation totale ne devrait pas excéder les 30 minutes afin d'être applicable durant des consultations de soins primaires (131). Nous avons ainsi développé une première version de l'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève dont nous allons décrire ci-après les réflexions qui ont été à l'origine de sa conception (cf. Annexe O)

Par ailleurs, il nous est apparu indispensable de développer un guide d'utilisateur pour les intervenants réalisant la passation du RPIB avec les patients. Ce guide a pour objectif de clarifier l'outil d'aide au RPIB, de permettre d'offrir des informations complémentaires qui aurait surchargé ce dernier et qui se doit d'être lu au préalable afin de ne pas prolonger la durée de passation du RPIB. Au même titre que l'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève, nous allons conjointement décrire la méthodologie ayant conduit à la création de la version 1 du guide utilisateur (cf. Annexe P).

2.1.1.1 Conception de la partie repérage précoce

Le repérage précoce se subdivise en deux parties : l'évaluation de la consommation ou de la pratique puis l'évaluation des risques.

2.1.1.1.1 Évaluation de la consommation

Il convient dans un premier temps d'évaluer la fréquence de la pratique, en fixant un seuil (deux fois par mois ou plus) qui correspondrait selon l'étude d'Evers à un probable besoin de conseils de professionnels pour l'utilisateur (8) ; nous posons ainsi la question « Combien de fois pratiquez-vous le chemsex par mois ? ». Il en est de même pour la seconde question « A quand remonte votre dernier rapport sexuel sans drogues » qui évalue l'antériorité du dernier rapport sans produit, avec un seuil fixé à plus de trois mois (8). La question du dernier rapport sobre apparaît comme centrale pour

évaluer la pratique du chemsex. Sur ces deux premières questions les réponses en rouge traduisent un dépassement des seuils fixés. Enfin nous proposons une question ouverte « Quelle(s) substance(s) utilisez-vous dans votre pratique de chemsex ? » afin d'explorer spontanément les produits utilisés.

L'objectif est donc d'évaluer dans un second temps, à partir des données actuelles de la littérature, les principales SPA pouvant être utilisées durant la pratique de chemsex et les modalités d'administration des produits à l'origine de complications spécifiques, ainsi nous reciterons succinctement les différents articles pertinents sur le sujet. Dans la pratique du chemsex, de nombreuses substances peuvent être utilisées (11,19,20,28), nous retrouvons en chef de file l'usage de cathinones (5,24,34), le GHB, GBL (31,35,36,54), les méthamphétamines moins répandues en France que dans d'autres pays européens (11,28,36,54), l'ecstasy et MDMA et d'autres stimulants tels que la cocaïne, les amphétamines ou le méthylphénidate (11,28,34), la kétamine est aussi utilisée (35,36,54), et on retrouve fréquemment l'usage de traitements de dysfonction érectile (66). Certaines de ces SPA peuvent être prises par voie orale, par voie intra-rectale (plug), sniffée, ou injectée par voie intra-veineuse (slam)(5,24,35,36).

Nous avons choisis d'utiliser l'outil d'évaluation de la consommation de drogues appelé DEBA-drogues V2.0 (Dépistage et Evaluation du Besoin d'Aide-drogues) (cf. Annexe I)(133,134). Il s'agit d'un questionnaire d'entretien structuré, recommandé par l'OFDT. D'autres outils auraient pu être utilisés mais ont été récusés. Le premier, appelé ASSIST (cf. Annexe J), dont il existe une version française est recommandé par l'OMS https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_french.pdf. Cependant cet outil, à la différence du DEBA-drogues V2.0, est peu pertinent pour questionner les différentes modalités d'administration des SPA et ne reprend que sommairement l'évaluation des risques et des conséquences des consommations. Le second outil à notre connaissance est le DAST (cf. Annexe K) reprenant des critères DSM non généralisables à la pratique du chemsex. D'autres échelles existent comme CAST pour le cannabis (cf. Annexe H) ou AUDIT pour l'alcool (cf. Annexe L) mais ne peuvent être utilisés pour l'analyse large de plusieurs SPA.

L'outil DEBA-drogues V2.0, utilisable en une dizaine de minutes, a l'avantage d'effectuer une analyse large de nombreux produits (médicaments sédatifs, cannabis, PCP, hallucinogènes, cocaïne, autres stimulants, opiacés, inhalants, GHB et la polyconsommation)(133,134) et d'utiliser secondairement deux échelles que nous détaillerons ensuite dans l'évaluation des risques : l'échelle de la sévérité de la dépendance et l'échelle des conséquences de la consommation sur une période d'un an. Ainsi nous avons repris et adapté le premier tableau évaluant l'usage des différentes substances psychoactives, la fréquence de leur usage et les modalités d'administration. Ce tableau a pour objectif d'évaluer la typologie des substances et leurs modalités d'usage dans la pratique du chemsex. Nous avons fait le choix de rajouter différentes substances psychoactives par rapport à l'outil initial : l'alcool (qui peut s'intégrer dans une pratique de chemsex au sens large, par ses effets de désinhibition), les cathinones (qui comme nous l'avons vu sont des produits centraux dans cette pratique) et les agents de dysfonction érectiles tels que le Viagra, le Cialis et le Levitra. D'autre part nous avons fait le choix d'exclure les médicaments sédatifs car il ne nous paraissait pas pertinent de les inclure au vu de leur faible fréquence d'usage lors du chemsex. Concernant les modalités d'administration, nous avons proposé d'ajouter le terme « Slam » entre parenthèse après le terme IV, et nous avons ajouté une nouvelle voie d'administration : intra-rectal (plug). Enfin nous avons ajouté une colonne au tableau qui explore l'usage de ses substances en contexte solitaire, ce qui traduit un risque de dépendance plus important (31).

Nous avons fait le choix de ne pas questionner les dépendances à des substances en dehors du chemsex pour ne pas rendre la réalisation du repérage précoce trop longue.

Le guide utilisateur, pour cette partie, reprendra la définition du chemsex : comme l'usage de substances psychoactives avant ou pendant un rapport sexuel afin de faciliter, initier, prolonger, maintenir et intensifier l'activité sexuelle et la performance ainsi que le plaisir sexuel. La définition britannique n'a pas été retenue, apparaissant exclusive et ne comportant que 4 substances dans sa définition (GHB/GBL, crystalméthamphétamine et méphédrone) et ne se référant qu'aux 4 dernières

semaines. Une définition du slam est également proposée : le « slam » désigne quant à lui l'injection intra-veineuse de substances psychostimulantes dans ce même contexte sexuel, cette pratique implique des complications cliniques parfois graves (13,14). Nous justifions également les seuils choisis des réponses pour les deux premières questions, apparaissant en rouge, comme les seuils où les sujets peuvent présenter une pratique avec plus d'inconvénients et susceptibles de vouloir modifier leur comportement (8). Les références bibliographiques apparaissent en dernière page du guide d'utilisateur. Nous reprenons la liste de produits proposée par l'outil DEBA-drogues v2.0 que nous complétons par une liste des cathinones les plus fréquentes, cette liste ne pouvant être exhaustive devant les nombreuses cathinones existantes sur le marché qui est en permanente évolution. Pour le second tableau, nous proposons les informations complémentaires suivantes dans le guide d'utilisateur pour, entre autres, justifier de la coloration en rouge des 2 colonnes « IV (slam) et contexte sexuel solitaire » ainsi que de la dernière ligne du tableau « association de plusieurs produits » qui seront des points à aborder durant l'intervention brève. Nous reprenons ci-dessous ces informations complémentaires. La forme orale inclut la prise de parachute (substance ingérée par voie orale après avoir été emballée dans une feuille). Il existe un risque d'interactions entre les différentes substances psychoactives entre elles et avec les traitements antirétroviraux. (cf. www.hiv-druginteractions.org / www.tripsit.me). Les usagers pratiquant le Slam ont une prévalence plus importante de VIH, une moins bonne observance de leur traitement antirétroviral et un risque d'autres IST favorisé par l'échange de matériel (27), au même titre que le partage de paille pour le sniff. Le risque de dépendance aux substances psychoactives est également plus important lorsqu'elles sont injectées. L'usage en contexte solitaire traduit un risque plus important de dépendance (31).

2.1.1.1.2 Évaluation des risques

Tout d'abord, nous avons fait le choix d'enlever le mot drogue des différents outils utilisés, ce terme pouvant être stigmatisant et remplacé par « produits » ou « substances ».

Nous avons dans un premier temps décidé d'évaluer la sévérité et les conséquences personnelles et situationnelles de la pratique du chemsex. En effet les produits, particulièrement addictogènes, peuvent conduire à une sévérité importante dans la dépendance aux produits ainsi que des conséquences notables avec un retentissement personnel situationnel et relationnel (tant sur le plan familial, sentimental que professionnel) (26,35,88).

Nous avons ainsi repris les 2 échelles proposées par l'outil du DEBA-drogues v2.0 que nous avons adapté. L'échelle de la sévérité de la dépendance (ESD) est reprise, elle concerne la substance la plus consommée ou causant le plus de problèmes. Nous changeons les termes des 5 premières questions « votre consommation de ... » par « votre pratique de chemsex », nous les citons ci-après, les réponses possibles étant cotées de 0 à 3. « Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre pratique du chemsex ? », « Est-ce que l'idée de ne pas pratiquer du chemsex vous a rendu inquiet ou anxieux ? », « Est-ce que votre pratique de chemsex vous a préoccupé ? », « Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre pratique de chemsex ? », « Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter ou de vivre sans pratique de chemsex ? ». Ces 5 questions permettent de calculer un score sur 15, s'il est supérieur à 3, il est nécessaire d'évaluer les conséquences de la consommation à l'aide d'une seconde échelle. Avant d'aborder cette seconde échelle nous proposons 3 questions dont la dernière est directement issue de l'ESD : « Voudriez-vous parler à un professionnel de la santé de l'usage de substances psychoactives pendant les rapports sexuels ? », « Avez-vous l'intention de changer ou d'adapter certains de vos comportements autour de la pratique du chemsex ? » et « Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de drogues ou médicaments durant les rapports sexuels ? Et si oui, souhaiteriez-vous des conseils et/ou une aide pharmaceutique ? ». Ces 3 questions visent à évaluer indirectement la perception par l'utilisateur d'éventuels inconvénients liés à la pratique et le souhait de modifier leur comportement ; en effet, 1/3 à 1/4 des usagers sont en demande d'aide (7,8).

L'échelle des Conséquences de la Consommation a également été reprise à partir de l'outil DEBA-drogues v2.0 en remplaçant le terme « consommation de drogues » par « pratique de chemsex » et en simplifiant certaines questions. Cette échelle a pour objectif de quantifier la fréquence de certaines conséquences sur une période d'un an. La dernière question de cet outil traitant de la capacité à prendre soin de ses enfants a été remplacée par une question abordant la notion d'expérience sexuelle non consentie, en effet une question traite déjà d'un éventuel retentissement sur la famille. Cette dernière question sur les expériences sexuelles non désirées, centrale dans la pratique du chemsex, permettra d'aborder la notion de consentement et de respect de soi et de l'autre lors des rapports sous l'emprise de SPA lors de l'intervention brève. Voici la liste de question proposée pour l'évaluation des conséquences de la pratique de chemsex : « Est-ce que votre pratique de chemsex a nui à votre rendement au travail, dans vos études ou dans les tâches ménagères ? », « Est-ce que votre pratique de chemsex a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches ? », « Est-ce que votre pratique de chemsex a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille ? » « Avez-vous manqué des jours de travail ou d'étude à cause de votre pratique de chemsex ? » « Avez-vous consommé des substances dans des situations où cela augmente le risque de se blesser ? » « Avez-vous conduit un véhicule à moteur alors que vous aviez consommé des substances ? » « Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec des facultés affaiblies suite à votre consommation de substances ? » « Avez-vous eu des problèmes judiciaires liés à votre consommation ? Si oui spécifiez (autre que conduite) » et « Avez-vous eu une expérience sexuelle non désirée dans le cadre de votre pratique de chemsex ? ».

Nous avons ensuite cherché à évaluer les situations particulières pouvant entraîner une majoration du risque de dommages, cela comporte les risques d'interaction entre les médicaments et SPA (5,35), et principalement les complications infectieuses (1,69), notamment le risque de transmission d'IST (36,72–74,77,78), les traumatismes locaux ou systémiques liés aux injections (81–84).

Ainsi, nous avons sélectionné les 8 questions suivantes se réfèrent pour la plupart au risque infectieux lié à la pratique de chemsex : « Existe-t-il des interactions entre des médicaments et substances psychoactives? », « Partagez-vous votre matériel (seringues, pailles, sex-toys)? », « Avez-vous des rapports sexuels non protégés (sans préservatif et sans connaissance du statut sérologique du ou des partenaire(s)) », « Avez-vous connaissance de votre statut sérologique des IST? », « Si séropositivité VIH, VHC, VHB, avez-vous un suivi spécialisé? », « Si VIH +, avez-vous un traitement ARV et charge virale indétectable? », « En cas de rapport sexuel à risque, avez-vous recours à la PrEP ou PEP? » et « Avez-vous réalisé un test sérologique il y a moins d'un an ou suite à votre dernier rapport à risque? ».

Afin d'évaluer une éventuelle comorbidité ou un retentissement anxio-dépressif, dont la prévalence est importante chez les usagers de chemsex (26,86–88), nous avons sélectionné l'échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale (cf. Annexe N) qui est un outil relativement court de 14 items et validé en français (139). Les cotations et scores apparaissent uniquement dans le guide utilisateur. La longueur du repérage actuel nous limite dans l'exhaustivité de la recherche d'autres comorbidités psychiatriques qui auraient pu apparaître pertinentes comme l'existence d'un état de stress post-traumatique ou symptomatologie psychotique (notamment favorisée par l'usage de cathinones). Il est proposé de repérer l'existence d'une addiction sexuelle (dont certaines études suggèrent une prévalence notable chez les personnes pratiquant le chemsex, notamment le slam (31,69)) de manière optionnelle. Nous proposons l'échelle SAST-R (Sexual Addiction Screening Scale, version française) de Carnes, comprenant 25 items et dont la version française a pu être validée (98). Cet outil ajoutant 5 à 10 minutes au repérage précoce pourrait être perçu comme long et certaines questions posées étant parfois perçues par l'utilisateur, s'il n'est pas formé, comme difficiles à aborder sur un premier entretien, nous avons fait le choix de le proposer à l'utilisateur de manière optionnelle. La cotation apparaît dans le guide utilisateur. Nous n'utilisons pas l'échelle de comportement sexuel compulsif de Coleman (cf. Annexe M), comportant 10 items car elle ne rend pas compte en cas de score positif d'une éventuelle addiction sexuelle mais d'un comportement sexuel problématique. Les 3 autres outils (SCS,

CSBI et HBI) pouvant évaluer une addiction sexuelle qui ne sont pas traduits en français et ne peuvent être utilisés dans cet outil.

Finalement, le guide utilisateur, dans cette sous-partie n'apporte pas d'information supplémentaire mais reprend seulement les modalités de passation du repérage des risques.

1.3.2.2 Conception de la partie Intervention brève

Dans cette partie, nous avons simplifié au maximum l'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève dans un souci de clarté et afin de ne pas le surcharger. Nous avons repris ainsi les 8 étapes de l'outil d'aide au RPIB de la HAS proposé pour le tabac, l'alcool et le cannabis (cf. Annexe H) : « 1)Restitution des résultats ; 2)Information des risques sur la consommation de substance, évaluer avec l'utilisateur ces risques personnels et situationnels ; 3)Identifier les représentations et attentes du consommateur ; 4)Échanger sur intérêt personnel à l'arrêt ou baisse de la consommation, Aborder un usage plus sûr des substances, Conseils de réduction des risques sur la pratique, Réduction des risques sur le plan infectiologique, En cas de Slam : Éducation aux risques liés au geste de l'injection ; 5)Discuter des méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa pratique de chemsex ; 6)Proposer des objectifs et laisser le choix ; 7)Évaluation (3 échelles) de la motivation, le bon moment (temporalité) et la confiance dans la réussite des objectifs fixés ; 8)Proposer une autre consultation, remise de brochure ou orienter vers un site internet (cf. accompagnement) ».

C'est dans le guide utilisateur (cf. Annexe J) que nous avons décidé de détailler les sujets abordables au cours de l'IB, se référant essentiellement au livret d'information du RESPADD sur le chemsex (35). Ainsi dans « 2) Information des risques sur la consommation de substance, etc. » nous abordons la notion de consentement dans la pratique du chemsex et une sensibilisation au risque d'interactions entre les produits et les éventuels traitements. Dans le « 3) Identifier les représentations et attentes du consommateur » nous reprenons succinctement des sujets comme l'augmentation de la maîtrise de soi, s'intéressant à un vécu positif de la pratique de chemsex et le retour sur des expériences

émotionnelles positives comme négatives liées au chemsex ou au slam. Dans la partie « 4)Échanger sur intérêt personnel à l'arrêt ou baisse de la consommation, Aborder un usage plus sécuritaire des substances, Conseils de réduction des risques sur la pratique, Réduction des risques sur le plan infectiologique, En cas de Slam : Éducation aux risques liés au geste de l'injection ; 5)Discuter des méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa pratique de chemsex » nous reprenons essentiellement les mesures pertinentes de RDRD proposées par le RESPADD (35), que nous complétons notamment sur le plan infectiologique.

2.1.1.1.3 Conception de la partie Accompagnement

Cette partie est subdivisée en deux encadrés, le premier « Orienter le patient » est issu des recommandations du RESPADD concernant l'approche multidisciplinaire de la prise en charge des problématiques liées au chemsex (35) : « Réseaux addiction, centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et des CAARUD, des services hospitaliers d'addictologie www.drogues-info-service.fr ; Des CeGIDD, des SMIT, coordinations régionales de la lutte contre le VIH (COREVIH) et des associations de lutte contre le sida et autres IST ; Des associations homosexuelles (www.federation-lgbt.org) ; des thérapeutes gay friendly : association de médecine gay friendly : www.asso.medecinegayfriendly.fr ; association PsyGay : www.psygay.com ». Nous y avons ajouté le numéro d'urgence et dispositif d'écoute 24h/7j (proposé par AIDES) : WhatsApp 07 62 93 22 29, ainsi que la possibilité d'orienter vers des psychiatres, psychologues ou sexologues selon l'évaluation des comorbidités/complications anxieuses, dépressives.

Le deuxième encadré reprend des brochures et sites internet qui pourraient être proposés aux usagers pour offrir des informations complémentaires ou synthétiques. Ces brochures peuvent également être reprises par les intervenants et laissées dans les salles d'attentes, traduisant ainsi d'une sensibilité sur le sujet et pouvant permettre aux usagers d'aborder plus simplement leur problématique sans crainte de jugement ou de discrimination. Nous citons les brochures telles que proposées dans la version 1.0

de l'outil : « 4 brochures chemsex développées par AIDES : <https://www.aides.org/publication/chemsex-des-informations-pour-reduire-les-risques> : Réduire les risques, consommer à moindre risque / Prévention sexuelle au VIH, Hépatites et IST / Comment organiser un plan safe ? / GHB/GBL, ce qu'il faut savoir ; Plan Chems (publiée par le Checkpoint Paris, en partenariat avec AIDES): www.lekiosque.org/le-kiosque/59 ; Plan Chems ? Es-tu au clair avec les risques que tu prends ? (publiée par Actions Traitements): www.actions-traitements.org/wp-content/uploads/2011/07/DEPLIANT-DROGUE-BAT2.pdf ; Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, brochure publiée par l'INPES (Santé publique France) : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1236> ».

Les sites internet apparaissant sur l'outil sont les suivants : le site élaboré par des professionnels d'addiction visant à aider les professionnels de santé de premier recours : www.intervenir-addictions.org ; le site d'information francophone sur les drogues : www.drogues-info-service.fr ; le site d'information sur le chemsex : <https://vih.org/dossier/le-chemsex/> ; un site anglophone de RDRD : www.tripsit.me dont l'onglet reprenant le risque d'interactions entre les différents produits : <https://combo.tripsit.me> ; et le site permettant de repérer les risques d'interactions entre les traitements antirétroviraux et les NPS : www.hiv-druginteractions.org.

2.1.2 Évaluation de l'outil et du guide d'utilisateur v1.0

Pour évaluer la version 1.0 de notre outil d'aide au RPIB et le guide utilisateur, nous avons fait le choix d'interroger des intervenants amenés à prendre en charge des usagers de chemsex. Ainsi nous avons questionné des médecins (psychiatres, infectiologues, addictologues, tabacologues), des infirmiers, des psychologues, des sexologues, des éducateurs spécialisés et des membres associatifs (AIDES). Ces intervenants exercent dans différentes structures telles que le CHU de Clermont-Ferrand (services d'addictologie : SATIS et ELSA, service de maladies infectieuses et tropicales, service de gastro-

entérologie), des structures d'addictologie (CAARUD de Clermont-Ferrand-AIDES ; CSAPA de Clermont-Ferrand-ANPAA ; Unité d'Addictologie du Centre Hospitalier Sainte Marie 63 ; SSR d'addictologie au CH Clémentel), le dispensaire Emile Roux (CeGIDD), le CH Sainte Marie (service de psychiatrie) et l'UCSA de Riom. Dans un premier temps il nous est apparu nécessaire de questionner des intervenants sensibilisés à la pratique du chemsex, ce pourquoi nous n'avons pas questionné de médecins généralistes durant cette phase. Nous avons également fait le choix de ne pas solliciter l'avis d'utilisateurs dans ce temps car il est ressorti des premières évaluations que certains points pourraient être perçus comme potentiellement stigmatisant. Nous proposerons donc l'évaluation aux utilisateurs dans un second temps afin que l'outil soit affiné dans la formulation des questions du repérage.

Nous avons donc proposé à ce panel d'intervenants un questionnaire sous le format d'un « Google form » afin de recueillir leur avis. Ce questionnaire (cf. Annexe Q) recueille dans un premier temps des données concernant l'intervenant qui évalue l'outil : l'âge, le genre (féminin, masculin ou autre), la profession, le nombre d'années d'exercice professionnel, le lieu d'exercice et si la personne répondant au questionnaire est formée en addictologie (FST/DESC d'addictologie, DU d'addictologie, Non, ou autre). Nous demandons ensuite si la personne participant à l'évaluation de l'outil est concernée par la prise en charge de patients ayant une pratique de chemsex (oui ou non) et quelle est la proportion de sa clientèle concernée (plus de 50%, entre 20 et 50%, entre 10 et 20%, moins de 10% ou aucune) et quel est le niveau de complexité de la prise en charge de patients ayant une problématique liée à leur pratique de chemsex (très complexe, complexe, moyennement complexe, facile ou très facile). Nous questionnons ensuite l'intervenant afin de savoir s'il pense avoir besoin d'un outil d'aide au RPIB pour le chemsex dans sa pratique professionnelle (Oui, non ou ne se prononce pas) et finalement proposons une question ouverte : « de quels autres outils ou dispositifs pourriez-vous avoir besoin dans le cadre de ces prises en charge ? ».

A l'issue de cette première partie, nous proposons pour chaque tableau ou encadré de l'outil 3 questions ouvertes : « Que proposeriez-vous d'ajouter sur cette diapo ? Que proposeriez-vous

d'enlever sur cette diapo ? Quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter sur cette diapo ? ». L'objectif de ces questions étant de discuter de la pertinence et clarté de chaque item de l'outil d'aide au RPIB. Nous questionnons également l'avis des intervenants sur le guide utilisateur par une question ouverte sur chacune des 4 parties de l'outil : « Concernant le guide utilisateur, dans la partie "X", quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter ? ». Nous terminons le questionnaire par 4 questions sur l'outil dans sa globalité sous la forme d'une échelle de Likert à 5 items dont les réponses sont « Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Indifférent », « Plutôt pas d'accord » et « Pas du tout d'accord » ; ces 4 questions sont les suivantes : « Concernant l'outil dans sa globalité, le trouvez-vous pertinent ? », « Concernant l'outil dans sa globalité, le trouvez-vous simple d'usage ? », « Concernant l'outil, pensez-vous que vous pourriez l'utiliser dans votre pratique professionnelle? », « Concernant l'outil dans sa globalité, pensez-vous qu'il soit pertinent de le développer sous forme numérique? » Une autre question interroge la perception par l'utilisateur de la durée de passation de l'outil avec pour choix de réponse « Beaucoup trop long », « Trop long », « Adapté », « Trop court » et « Beaucoup trop court ». Et enfin, pour finir cette évaluation globale nous proposons une question ouverte « Concernant l'outil dans sa globalité, avez-vous des remarques à ajouter ? ».

2.2 Résultats

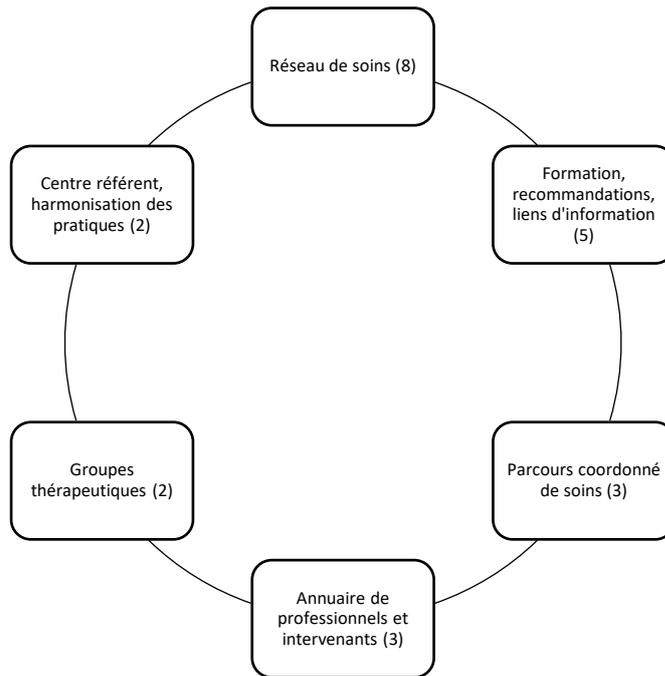
Nous avons recruté pour notre enquête 17 intervenants afin d'évaluer la version 1.0 de l'outil d'aide au RPIB et le guide utilisateur. L'âge des participants est compris entre 30 et 61 ans, avec un âge moyen de 42 ans et un âge médian de 39 ans. Sept participants ont un âge compris entre 30 et 35ans. Neuf participants sont des femmes (52,9%) et huit participants sont des hommes (47,1%). Concernant leur profession 7 participants sont des médecins (infectiologue (1), psychiatre (2), addictologue (1) ou ayant une double formation de psychiatre et addictologue (3)), 4 participants sont infirmiers, 2 psychologues, 1 sexologue, 1 éducateur spécialisé et 2 travaillent dans le médico-social (chargé de projet AIDES et

coordinateur de lieu de mobilisation). Le nombre moyen d'années d'exercice professionnel des participants est de 15,7 années et le nombre médian de 10 ans. Concernant les lieux d'exercice, nous notons que certains intervenants exercent sur plusieurs structures différentes. 9 participants exercent sur les CHU de Clermont-Ferrand (6 en addictologie, 1 en infectiologie, 1 en pneumologie et 1 en service de gastro-entérologie) 4 personnes travaillent en CSAPA (ANPAA 63), 2 en CAARUD (AIDES), 3 à l'UCSA de Riom (centre pénitentiaire), 2 en ESPIC (CH Sainte Marie 63), 3 en CeGIDD (Dispensaire Emile Roux), 1 en SSR d'addictologie (CH Clémentel) et 1 à Solidarité Santé 63. Seulement 4 des 17 participants ont une formation d'addictologie (23,5%), 2 ont une FST ou DESC d'addictologie, 1 un DU d'addictologie et 1 un DIU de tabacologie.

Deux participants déclarent ne pas être concernés par la prise en charge de patients ayant une pratique de chemsex, et donc 15 participants sont concernés soit 88,2% de l'échantillon. Trois participants ne prennent pas en charge de patient pratiquant le chemsex dans leur patientèle. Treize participants ont une proportion de moins de 10% de leur patientèle pratiquant le chemsex et un participant une proportion comprise entre 10 et 20%. 70% des participants jugent la prise en charge de patients ayant une problématique liée à leur pratique de chemsex comme complexe, 2 participants la jugent très complexe et 3 moyennement complexe.

Nous demandons ensuite si les participants estiment avoir besoin d'un outil d'aide au RPIB dans la pratique du chemsex, nous obtenons une réponse positive pour 82,4% d'entre eux, une réponse négative pour un participant, et 2 participants ne se prononcent pas.

Nous questionnons ensuite de manière ouverte « De quels autres outils ou dispositifs pourriez-vous avoir besoin dans le cadre de ces prises en charge ? ». 8 participants proposent la création d'un réseau de soins, 5 une formation ou des recommandations et liens d'information sur la pratique du chemsex, 3 un parcours coordonné de soins, 3 un annuaire local de professionnels et intervenants, 2 des groupes thérapeutiques et 2 un centre référent pour une harmonisation des pratiques.



Nous reprenons ci-dessous les remarques proposées sur chaque tableau ou diapositive de l’outil d’aide au repérage précoce et à l’intervention brève et sur le guide utilisateur par sous-parties.

Repérage précoce, évaluation de la consommation

Partie 1 : Questions préliminaires :

La remarque la plus fréquente (8 participants) est que les réponses apparaissant en rouge peuvent biaiser la réponse de l’usager et ne devraient apparaître que dans le guide utilisateur. Deux participants proposent de quantifier la pratique par la quantité de produit utilisée ou le temps passé à pratiquer le chemsex. Un participant propose une question sur l’ancienneté de la pratique « depuis quand pratiquez-vous le chemsex ? ». Un participant propose un seuil à risque du dernier rapport sobre remontant à plus d’un mois. Un participant évoque la question suivante « Est-ce que vous achetez vous même votre produit ou quelqu'un vous le fournit » pour évaluer un degré de dépendance psychologique à un autre usager et l’entrée dans la pratique par entraînement. Enfin il est demandé d’augmenter la place après la question « quelles substances utilisez-vous ? »

Partie 2 : Tableau d’évaluation des consommations de SPA :

La remarque la plus retrouvée (7 participants) concerne également la coloration en rouge de colonnes et d'une ligne dans le tableau, avec la proposition que cette coloration n'apparaisse que dans le guide utilisateur. Trois participants pensent qu'il faut individualiser l'ecstasy et la MDMA dans une ligne à part ou dans la liste des produits stimulants plutôt que celle des hallucinogènes. Deux participants souhaitent que la séparation entre les fréquences et modalités d'administration soit plus visible. Deux participants proposent de rajouter les médicaments sédatifs qui peuvent jouer un rôle de potentialisation des autres SPA. Deux participants proposent de classer les SPA par ordre de fréquence de leur usage dans la pratique du chemsex. Deux participants envisagent que d'autres addictions comorbides telles que celle liée au tabac soient questionnées. Deux participants proposent une ligne supplémentaire en lien avec la prise d'anti-inflammatoires, d'autres antalgiques, médicaments de confort ou anesthésiques locaux dans la pratique du chemsex. Un participant relève la redondance de la fréquence de prise de prise des produits par rapport à la question de la fréquence du chemsex de la diapositive précédente et souhaite que l'on puisse questionner selon un aspect chronologique la prise des produits au cours du plan chemsex décrit comme le « plus festif ». Un participant propose une question sur l'influence du confinement sanitaire sur la pratique. Enfin un participant propose de redéfinir la dernière ligne « association de plusieurs produits » par « prise séquentielle de différents produits dans un court laps de temps (au cours du même plan) ».

Guide utilisateur :

Nous retrouvons plusieurs remarques concernant la liste de produits, la plus fréquente est de classer l'ecstasy et la MDMA dans les stimulants. Un participant propose de reprendre les différentes dénominations des méthamphétamines (« Ice », « Tina », etc.). Une autre proposition est de poser quelques questions en amont du repérage avant de le proposer à un éventuel usager, les questions proposées sont les suivantes : « Utilisez-vous des produits pour avoir du sexe? Quel est votre produit préféré ? Est-ce que vous passez un bon moment ? Etes-vous ok avec votre niveau de consommation de produit ? A quand remonte votre dernier rapport sobre ? Voulez-vous répondre à un questionnaire

sur cette pratique ? ». Enfin une remarque de deux participants concerne la définition plus précise d'un plan chems, les deux participants différenciant une soirée et un usage plus prolongé de 48h par exemple.

Repérage précoce, évaluation des risques

Diapo : ESD :

Quatre participants relèvent dans la question 6 le terme de « professionnel » qui exclut la possibilité d'aborder le sujet du chemsex avec des intervenants non professionnels ou qui exclut d'autres formes de discussions (pairs aidants, groupe de parole, etc.). Nous notons trois remarques demandant de simplifier la première et la quatrième question. La question 8 est perçue par trois participants comme redondante par rapport aux deux questions précédentes. Un participant propose de mieux séparer les réponses aux questions multiples. Un participant souhaite ajouter deux questions supplémentaires « Avez-vous déjà essayé de réduire ou arrêter le chemsex sans y arriver ? Avez-vous passé un temps important à chercher des plan ou produits ou à pratiquer du chemsex ? »

Diapo : ECC :

Trois participants trouvent le terme « tâches ménagères » peu adapté et suggèrent d'élargir le terme à l'hygiène personnelle. Deux participants proposent de remplacer le terme « mariage » par « relation de couple ou sentimentale ». Deux participants ne trouvent pas claire la formulation de la question 7. Un participant souhaite aborder la notion de consentement dans la prise des produits sur cette échelle (consommation par emprise psychologique, par entraînement). Un participant préfère aborder la notion d'expérience sexuelle non désirée dans la diapositive suivante. Deux participants questionnent le retrait de la dernière question à l'outil DEBA-drogues V2.0 concernant la capacité à prendre en charge les enfants qui peut être pertinente mais un de ces participants ne souhaite pas qu'elle soit reprise puisqu'une question aborde la famille de manière plus générale. Un participant propose une

question sur un éventuel retentissement financier de la pratique du chemsex. Un participant souhaite questionner l'impact du chemsex sur la santé sexuelle (satisfaction, désir, etc.).

Diapo : Situations entraînant une majoration du risque de dommages :

De nombreuses remarques ont été apportées pour cette diapositive. Quatre participants, en lien avec les recommandations officielles, proposent un dépistage des IST tous les 3 mois en cas de rapports à risque. Trois participants proposent de changer la formulation de la première question qui peut être difficile de répondre pour l'utilisateur, un participant propose cette question « Vous arrive-t-il de prendre dans la même journée des médicaments prescrits et des substances pour le chemsex ? ». Deux participants trouvent pertinent une question sur l'aspect des lésions locales liés aux rapports sexuels. Deux participants pensent qu'il faut questionner l'aspect vaccinal VHA, VHB, HPV (human papillomavirus). Deux participants souhaitent questionner l'automédication d'antibiotiques, de la PrEP ou d'anti-inflammatoire (ou autres antalgiques). Nous relevons plusieurs questions qui pourraient être ajoutées à cette diapositive : « Avez-vous eu des complications locales liées au slam ? Avez-vous déjà fait une overdose ou un passage aux urgences ou réanimation suite à la prise de produit ? Avez-vous un moyen de contraception ? Vous êtes-vous déjà senti dans l'obligation de pratiquer le chemsex pour avoir un rapport sexuel que vous auriez souhaité sans produit initialement ? »

Diapo : HAD :

Les remarques ne concernent pas l'échelle HAD en elle-même mais plutôt la possibilité de la réaliser de manière optionnelle car jugée trop chronophage. Huit participants proposent de mettre la HAD dans le guide utilisateur et de proposer un court questionnaire en premier lieu à l'issue duquel il est possible de demander à l'utilisateur s'il souhaite réaliser cette échelle à la recherche d'un épisode dépressif ou anxieux. Plusieurs participants ont proposé des questions d'orientation : « Vous sentez-vous par moment déprimé ou anxieux ces derniers mois ? » ou « Vous sentez-vous déprimé et sans espoir les 2 derniers mois ? Avez-vous perdu de l'intérêt pour des activités que vous aimiez habituellement ? ». 2 participants non formés à la santé psychique ont pu évoquer leur difficulté à

aborder ce questionnaire de manière systématique sans pouvoir proposer une orientation adaptée au discours.

Diapo : SAST-R :

Une majorité des participants (9/17) trouvent pertinent de mettre le questionnaire SAST-R dans le guide utilisateur et de le proposer de manière optionnelle. Trois participants trouvent certaines questions difficiles à aborder avec le patient et expliquent de pas avec les ressources pour proposer un accompagnement au patient selon les réponses. Deux participants jugent certaines questions comme stigmatisantes et ne souhaite pas aborder le questionnaire avec les patients. Quatre participants proposent soit une sélection de question parmi les items de la SAST-R pour deux d'entre eux, soit pour un participant une question intermédiaire : « Est-ce que votre sexualité vous posait un problème avant même que la consommation de substance s'y associe ? », soit pour un participant le questionnaire PATHOS qui en cas de score >3 doit faire proposer l'échelle SAST-R. Enfin un participant propose de modifier certains termes de l'échelle SAST-R, en remplaçant le terme « abus » par « agression » et le terme de « revues » par « pornographie ».

Guide utilisateur :

Plusieurs participants proposent ainsi de mettre les échelles HAD et SAST-R dans le guide et de les proposer de manière optionnelle. Deux participants souhaitent que les PrEP et TPE soient définis dans ce guide pour l'utilisateur.

Intervention brève

Diapos :

Deux participants proposent d'ajouter pour les points 4 et 5, la notion de consommation ou pratique à moindre risque, certains usagers ne se retrouvant pas dans un souhait de baisse ou d'arrêt de la pratique de chemsex. Un participant ne trouve pas pertinentes les échelles de motivation, du bon

moment et de la confiance. Un participant propose de remplacer l'échelle de confiance par la capacité à réussir ses objectifs personnels

Guide utilisateur :

L'apport théorique pour les intervenants dans le guide utilisateur apparaît indispensable et enrichissant pour l'ensemble des participants. Certains participants ont pu aborder des remarques pour compléter cette partie du guide. Pour la partie « 4) Pour toute consommation, conseils de RDRD » trois participants suggèrent un conseil sur le fractionnement des achats pour limiter une prise de produit en quantité trop importante lors de perte de contrôles mais également des conseils autour de la fabrication de repères pour éviter l'échange de matériel (type bouchons colorés, pailles ou seringues individualisées par un ruban de couleur, clips ou pastilles colorées sur les seringues, etc.). Pour la partie « 4) Pour toute consommation, RDRD infectiologie » quatre participants apportent des remarques supplémentaires : l'oubli de la vaccination HAV et HPV, l'existence des TROD VIH/VHB/VHC et d'autotest en pharmacie, d'aborder les autres IST (syphilis, chlamydia et gonocoque) avec leurs traitements et l'information du partenaire. Pour la partie « 4) En cas de SLAM » : un participant souhaite rappeler que le geste de l'injection se fait avec l'aiguille en direction du cœur sur le trajet veineux. Enfin un participant, pour la partie 5), demande de développer un paragraphe sur la santé sexuelle, reprenant la question du consentement et du respect de soit et de l'autre, avec la question du conformisme identitaire, les pratiques normatives et le communautarisme, en rappelant que la sexualité se construit de manière subjective et individuelle.

Accompagnement

Diapo : Orienter le patient :

Quatre participants proposent de retirer les listes des associations car il est impossible d'être exhaustif dans l'énumération de ces dernières. Quatre participants complètent la liste des spécialité médicales

concernées : médecine légale, urologie, gynécologie, dermatologie, proctologie, endocrinologie, médecine générale, consultation PrEP, consultation tabacologie, pharmaciens et infirmiers scolaires. Trois participants suggèrent de laisser un espace vide dans l'encadré afin de compléter un annuaire local de réseau de soin et des associations locales. Un participant propose d'ajouter les associations en lien avec le milieu addictologique. Un participant demande de détailler les acronymes CeGIDD et CAARUD. Un participant demande d'enlever le COREVIH peu utile pour l'utilisateur et de le laisser pour le guide utilisateur.

Diapo : Brochures et Sites :

Un participant souhaite ajouter des brochures de déstigmatisation du statut séropositif du VIH. Un participant propose le site de RDRD psychoactif.org pour les usagers et de mettre le site www.intervenir-addictions.org, s'adressant à des professionnels de santé seulement dans le guide utilisateur.

Guide utilisateur :

Deux participants souhaitent signaler la lettre RESPADD RPIB Santé sexuelle en contexte d'addictologie (149) et la lettre d'information sur le chemsex (35). Un professionnel propose un site d'information pour les professionnels sur la PrEP : www.formaprep.org mais également les sites www.hiv-druginteraction.org et www.hcv-druginteraction.org pour identifier les interactions entre les traitements du VIH et du VHC avec les autres traitements ou SPA. Ce participant propose de signaler l'ENIPSE (Equipe Nationale d'Intervention en Prévention et Santé pour les Entreprises), une association nationale qui consulte sur la PrEP avec les CeGIDD et intervient dans les milieux festifs. Ce participant suggère un lien avec le COREVIH pour élaborer un annuaire à adapter pour les ressources humaines au niveau local.

Nous reprenons ensuite les réponses concernant l'évaluation de l'outil dans sa globalité. Sur la question de la pertinence de cet outil, les réponses sous la forme d'une échelle de Likert sont les

suivants 14 participants sont « tout à fait d'accord » et 3 « plutôt d'accord » sur cette pertinence. Concernant la simplicité de l'outil 16 participants ont répondu « plutôt d'accord » et un « tout à fait d'accord ». Pour la durée de l'entretien à l'aide de cet outil 58,8% soit 10 participants la trouvent adaptée et 41,2% trop longue. A la question « Concernant l'outil, pensez-vous que vous pourriez l'utiliser dans votre pratique professionnelle ? » 6 participants ont répondu « tout à fait d'accord », 6 ont répondu « plutôt d'accord » et 3 « indifférent ».

Finalement concernant la pertinence de développer l'outil sous forme numérique 10 participants ont répondu « tout à fait d'accord », 2 « plutôt d'accord », 3 « indifférent » et 2 « plutôt pas d'accord ».

Enfin, à la question « Concernant l'outil dans sa globalité, avez-vous des remarques à ajouter ? », les remarques les plus fréquentes (pour 9 des 17 participants) sont que l'outil semble avoir un temps de passation jugé comme trop long pour une consultation en soins primaires et qu'il peut être utile de proposer des questions intermédiaires puis de proposer au patient la réalisation des échelles HAD et SAST-R à la recherche d'un épisode dépressif ou anxieux et d'une addiction sexuelle. Ces deux échelles peuvent être difficile à aborder pour des intervenants n'étant pas formés à la santé mentale ou sexuelle comme le remarquent trois participants. Trois participants proposent que le repérage précoce puisse être réalisé en autoévaluation pour permettre de limiter la durée de passation du RPIB et de ne réaliser avec l'utilisateur que l'intervention brève en fonction des réponses de ce dernier au repérage précoce, un participant propose que le repérage puisse être accessible sous la forme d'un QR code, par exemple en salle d'attente, et que les résultats puissent être transmis à l'intervenant de santé afin d'aborder secondairement l'intervention brève. Au contraire un participant ne souhaite pas que l'outil soit développé sous forme numérique pour éviter que le questionnaire ne soit détourné et utilisé en auto-évaluation, tandis qu'un autre participant se questionne sur la méfiance des usagers d'un tel outil sous format numérique et de l'éventuel recueil de données personnelles. Toujours en lien avec le temps de passation du RPIB, deux participants suggèrent que des temps spécifiques soit dédiés à l'utilisation de cet outil. Un participant recommande de contacter la Direction Générale de la Santé

(DGS) afin de permettre aux médecins généralistes de bénéficier de temps de consultations spécifiques au même titre que les consultations « longues » en matière de santé sexuelle. Trois participants jugent l'outil sécurisant pour l'utilisateur car il permet un repérage holistique des éventuelles difficultés de l'utilisateur.

3 Discussion

3.1 Résultats principaux

Pour 15 des 17 (soit presque 90%) personnes sollicitées pour cette enquête (et pourtant sensibilisées à la pratique du chemsex) la prise en charge des patients ayant une problématique liée à leur pratique de chemsex est jugée comme complexe à très complexe. Dans ce contexte, 14 participants pensent avoir besoin d'un outil d'aide au RPIB pour la pratique du chemsex. Parmi les autres outils ou dispositifs nécessaires dans ces prises en charge, évoqués de manière spontanée par les personnes interrogées, nous relevons tout d'abord la nécessité de la création d'un réseau de soins (pour 8 participants), qu'il est possible de mettre en lien avec le besoin d'un parcours coordonné de soins (pour 3 participants), d'un annuaire local de professionnels et intervenants sensibilisés à la pratique du chemsex (3 participants) ou d'un centre référent afin d'harmoniser les pratiques (2 participants). Il apparaît que l'avis des participants à cette enquête est unanime quant à l'absence d'un réseau et d'un parcours de soins coordonné pour la prise en charge des usagers de chemsex. Il semble nécessaire d'établir un annuaire articulant les différents professionnels ou membres associatifs compétents et ayant la possibilité d'accompagner les patients en demande de soins. L'autre nécessité relevée par les participants est celui d'une formation et de recommandations (5 participants) ; comme cela a pu être retrouvé dans une étude néerlandaise auprès d'infirmiers exerçant en clinique IST et dont la demande de formation concerne 76% d'entre eux notamment sur la signalisation du chemsex problématique et l'organisation de voies de référence vers les soins de toxicomanie afin d'optimiser les soins de santé liés au chemsex (125). L'absence de formation et de recommandations officielles limite une harmonisation des soins. Il pourrait être utile de développer des outils d'aide à la déstigmatisation de la pratique du chemsex pour les soignants. Enfin il pourrait être pertinent pour certains usagers qui le souhaiteraient de développer des groupes de parole.

Concernant l'outil d'aide au RPIB développé dans ce travail de thèse, il est apparu pertinent pour l'ensemble des participants à l'enquête (à la question « Concernant l'outil dans sa globalité, le trouvez-vous pertinent ? » 14 des 17 participants ont répondu « tout à fait d'accord » et 3 des 17 participants ont répondu « plutôt d'accord »). Ces résultats semblent traduire que l'outil permet un repérage holistique des différentes problématiques liées à la pratique du chemsex et que les participants, en fonction de leur profession, ont pu y retrouver les spécificités pour lesquels les usagers font appel à leur aide. Il n'est pas apparu durant cette enquête d'élément central de la pratique qui n'aurait pas été abordé par l'outil que nous avons développé. A la question de la simplicité de l'outil dans sa globalité 16 des 17 participants ont répondu « plutôt d'accord » et un participant « tout à fait d'accord » ce qui traduit que l'outil reste perfectible dans ce domaine. Le guide utilisateur semble donc primordial pour en permettre une lecture simplifiée mais nous pouvons également envisager une meilleure mise en forme « graphique » permettant un meilleur lien entre les différentes diapositives.

14 des 17 participants pensent pouvoir utiliser cet outil dans leur pratique professionnelle ; à la question « Concernant l'outil, pensez-vous que vous pourriez l'utiliser dans votre pratique professionnelle » 7 ont répondu « tout à fait d'accord » et 7 « plutôt d'accord ». Nous pouvons mettre en lien cette réponse avec la question susmentionnée du besoin d'un outil de RPIB où 14 des 17 participants ont répondu favorablement mais également avec le fait que trois participants n'ont pas de patient identifié comme pratiquant le chemsex dans leur patientèle et que 2 participants ont déclaré ne pas être concernés par la prise en charge de patients ayant une pratique de chemsex. Cette dernière différence s'explique par le fait qu'un participant a pu prendre en charge temporairement un patient chemsexer. Enfin une des limites de l'usage de cet outil est qu'il a pu être perçu par 7 des 17 participants (soit 41,2%) comme ayant un temps de passation trop long, contre 10 des 17 participants (soit 58,8%) le percevant d'une durée adaptée. Pour rappel ce type d'outil s'adresse initialement à des intervenants de soins primaires et ne devrait pas excéder 30 minutes (131). Ainsi permettre de simplifier l'outil de RPIB, notamment en permettant d'en réduire la durée de réalisation pourrait permettre d'en rendre l'usage plus acceptable pour la plupart des intervenants.

Enfin les avis sont divergents quant à la perspective de développement de l'outil sous format numérique. La majorité des participants y voit la possibilité de réduire le temps d'entretien et de simplifier l'usage de l'outil tandis que d'autres participants peuvent mettre en avant le risque de détournement de l'outil et qui, à l'origine, est conçu sous la forme d'un hétéro-questionnaire qui doit se remplir avec l'aide d'un intervenant. Un autre élément de réserve et de questionnement pour 2 participants peut être la crainte pour certains usagers de renseigner des informations personnelles sur un outil numérique.

3.2 Profil des participants

La majorité des participants à l'étude ont moins de 40 ans, ceci pourrait être expliqué par le fait que la pratique du chemsex est particulièrement récente et qu'il serait plus simple pour des jeunes professionnels de se saisir de ce sujet. Il est possible de l'expliquer aussi par le fait que l'addictologie au sens large est une spécialité particulièrement investie par de jeunes professionnels, cependant ces raisons sont réductrices et il existe également un très probable biais de sélection. Par ailleurs la faible puissance de l'échantillon de participants participe à ce biais. La parité des participants est globalement respectée sur l'enquête. Il en est de même pour le nombre d'années d'exercice professionnel des participants dont la médiane est de 10 ans. La faible proportion de participants ayant une formation d'addictologie s'explique par le fait que seuls les médecins addictologues ou ayant une double formation de psychiatrie et addictologie ont une formation universitaire d'addictologie. Certains professionnels ont bénéficié d'une formation par « expérience professionnelle » au cours de leur carrière tandis que d'autres ne sont pas concernés par les prises en charge addictologiques. La faible proportion de patients ayant une pratique de chemsex parmi les patientèles des différents participants peut s'expliquer de plusieurs façons. Il n'existe pas de centre référent ou thérapeutes spécialisés dans ces prises en charge qui auraient alors une patientèle importante de chemsexers et d'autre part car

cette pratique n'est pas toujours évoquée y compris par des professionnels sensibilisés (et parfois à la suite d'une stigmatisation soignante ou auto-stigmatisation de l'utilisateur).

Le panel large des différentes professions des participants à cette enquête (médecins de plusieurs spécialités, infirmiers, psychologues, sexologue, éducateur spécialisé et du milieu médico-social) s'explique par notre souhait de questionner différents profils de professionnels ou intervenants concernés par le chemsex. Cela traduit la transversalité de la pratique du chemsex et des problématiques secondaires à celle-ci mais également que les patients chemsexers ne viennent pas forcément en premier lieu rechercher de l'aide auprès d'un médecin. Cela a pu être mis en évidence par une étude récente aux Pays-Bas, où des patients HSH préfèrent aborder ces questions avec un expert en santé sexuelle (pour 56%), un spécialiste de l'alcool et des drogues (pour 46%), ou un sexologue (pour 35%), un expert par expérience (pour 33%), un psychologue (pour 17%) ou un médecin généraliste (1%) (8). Il en est du même constat pour les multiples lieux d'exercices, plusieurs professionnels exercent sur différents sites et nous avons souhaité avoir les avis de l'ensemble des structures de Clermont-Ferrand qui peuvent être amenés à être en contact avec des usagers de chemsex en ne restant pas cloisonnés aux structures d'addictologie. En effet, des études montraient que les cliniques d'IST sont une source de confiance pour les HSH pour aborder des questions personnellement sensibles (7,13,123,124)

3.3 Réponses sur les attentes des participants

La création d'un outil d'aide au RPIB pour la pratique du chemsex est donc pertinente et perçue comme nécessaire pour une large majorité des personnes interrogées pendant l'enquête. L'outil tel qu'il a pu être créé dans sa version 1.0 doit être simplifié dans son usage, notamment en réduisant sa durée de passation pour ne pas excéder 30 minutes comme le préconise l'OMS (131) en proposant les échelles

HAD et SAST-R en option après quelques questions d'orientation. L'outil peut également être simplifié en le rendant plus lisible dans sa mise en forme.

D'autre part, le guide utilisateur peut avoir vocation de permettre d'offrir certaines pistes pour la création d'un annuaire local de professionnels et intervenants. Nous pouvons espérer que cet annuaire permettrait secondairement de mettre ces soignants sensibilisés à la pratique du chemsex en lien dans un objectif de mise en place d'un réseau de soins efficient et structuré pour les patients. Ce guide utilisateur dans sa dernière partie peut également proposer des sites d'information sur la pratique du chemsex à destination des soignants.

3.4 Modifications apportées, version 2.0

À la suite des différentes remarques des participants à l'étude nous avons pu proposer une nouvelle version 2.0 de l'outil d'aide au RPIB (cf. Annexe R) et du guide utilisateur (cf. Annexe S). Nous allons détailler les différentes modifications apportées.

Repérage précoce, évaluation de la consommation

Diapo 1 : Questions préliminaires :

Nous avons fait disparaître les réponses en rouge pour éviter des biais de réponse des usagers. Nous avons laissé un espace plus important à la suite de la troisième question « Quelle(s) substance(s) utilisez-vous dans votre pratique de chemsex » afin de ne pas limiter le nombre de réponses par un manque d'espace disponible.

Diapo 2 : Tableau d'évaluation des consommations de SPA :

Nous avons également supprimé les lignes et la colonne en rouge avec ce même souci de limiter un biais de réponse. Nous avons ajouté une ligne spécifique pour la MDMA (ecstasy) car ce produit est

fréquemment utilisé dans la pratique du chemsex (8,11,28,33,34,66), et ne peut être limité à ses propriétés hallucinogènes, étant par ailleurs un stimulant important. Nous avons reformulé la dernière colonne « association de plusieurs produits » que nous nommons « prise rapprochée ou association de plusieurs produits ».

Guide utilisateur :

Nous avons modifié la liste des produits, en ajoutant une ligne pour la MDMA et ses dérivés (MDA, MBDB). Nous avons ajouté les différentes dénominations de méthamphétamines (speed, tina, meth, chalk, ice, cristal, crystal meth, jib). Nous avons rajouté la notion que les cathinones sont des alcaloïdes de khat et complété la liste des ces produits avec la 2-FMC, la Butylone et la Pentédrone.

Repérage précoce, évaluation des risques

Diapo : ESD :

Plusieurs remarques des participants reprenaient les formulations des questions de cette échelle que nous avons fait le choix de ne pas modifier pour en conserver les qualités psychométriques, à savoir sa fiabilité (reproductibilité) et sa validité (consistance interne) (152). Nous avons supprimé la dernière question que nous avons ajoutée à cette échelle « Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de drogues ou médicaments durant les rapports sexuels ? Et si oui, souhaiteriez-vous des conseils et/ou une aide pharmaceutique », cette question étant redondante avec les deux questions précédentes.

Diapo : ECC :

Cette échelle n'a pas été modifiée pour les mêmes motifs de conservation des valeurs psychométriques de l'outil.

Diapo : Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages :

Nous avons reformulé la première question pour la rendre plus compréhensible pour les usagers : la question « existe-t-il des interactions entre médicaments et substances psychoactives ? » a été remplacé par « vous arrive-t-il de prendre au cours de la même journée des substances pour le chemsex et des médicaments ? ». Nous avons ajouté un item questionnant des complications locales liées à l'injection : « en cas d'injection (slam), avez-vous déjà eu des complications locales ? ». La question « Si VIH +, avez-vous un traitement ARV et charge virale indétectable » a été retiré, la question du suivi ayant été abordé au préalable et la notion de TasP (Treatment as Prevention) restera abordé dans l'intervention brève. Nous avons ajouté une question sur les vaccinations qui semble importante en termes de RDRD « Avez-vous connaissance des vaccinations VHA, VHB et HPV ? ». Les deux dernières questions ont été reformulées pour respecter les recommandations concernant les indications de la PrEP et du dépistage sérologique en cas de rapports à risques : « En cas d'antécédent d'IST, d'usage de traitement post-exposition d'urgence ou de pratique anale non protégée, avez-vous recours à la PrEP ? » et « Avez-vous réalisé un test sérologique dans les 3 mois suivant votre dernier rapport à risque ? ».

Diapo : HAD :

L'échelle HAD, bien que pertinente peut rallonger le temps de passation de l'outil, et certains intervenants ont pu exprimer des difficultés pour l'aborder que ce soit par manque de formation ou de temps. Nous avons donc proposé 2 questions d'orientation « Au cours des 3 derniers mois, vous êtes-vous senti triste, déprimé ou avez-vous perdu plaisir pour des activités que vous appréciez auparavant ? » et « Au cours des 3 derniers mois, vous êtes-vous senti anxieux ou stressé ? ». En cas de réponse positive à l'une des deux questions, il est proposé à l'utilisateur de répondre au questionnaire HAD à la recherche d'un épisode dépressif ou anxieux.

Diapo : SAST-R :

Nous avons eu le même raisonnement d'économie de temps en ne proposant pas l'échelle SAST-R de manière systématique, ce questionnaire ayant généré beaucoup de discussions selon les différentes sensibilités et formations des intervenants. Nous avons donc proposé le questionnaire PATHOS, à 6 items : Preoccupation : « êtes-vous souvent préoccupé par des pensées sexuelles ? », Ashamed : « cachez-vous certains de vos comportements sexuels à d'autres ? », Treatment : « Avez-vous cherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimez pas ? », Hurt others : « est ce que quelqu'un a été blessé à cause de votre comportement sexuel », Out of control : « Vous sentez vous sous l'emprise de votre désir sexuel ? » et Sad : « Avez-vous ressenti de la tristesse après être passé à l'acte ? ». La consistance interne du questionnaire est bonne et les coefficients alpha pour le score total varient entre 0,92 et 0,94(136). Si l'utilisateur répond positivement à plus de 3 questions, il lui est alors proposé l'échelle SAST-R à la recherche d'une addiction sexuelle.

Guide utilisateur :

Ainsi, nous avons déplacé dans le guide utilisateur les échelles de HAD et SAST-R qui peuvent être proposées à l'utilisateur et repris les questions d'orientation. Ces consignes de réalisation de questions préliminaires ont été ajoutées dans le guide.

Intervention brève

Diapos :

Nous avons ajouté aux points 4 et 5, la notion de consommation ou pratique à moindre risque, certains usagers ne se positionnant pas dans un souhait de baisse ou d'arrêt de la pratique de chemsex.

Guide utilisateur :

Nous avons pu apporter quelques modifications et ajouts grâce à la pertinence des remarques des participants. Pour la partie « 4) Pour toute consommation, conseils de RDRD » nous avons repris un

conseil sur le fractionnement des achats pour limiter une prise de produit en quantité trop importante lors de perte de contrôles mais également des conseils autour de la fabrication de repères pour éviter l'échange de matériel (type bouchons colorés, pailles ou seringues individualisées par un ruban de couleur, clips ou pastilles colorées sur les seringues, etc.). Pour la partie « 4) Pour toute consommation, RDRD infectiologie » nous avons ajouté les vaccinations HAV et HPV, l'existence des TROD VIH/VHB/VHC et d'autotest en pharmacie et finalement nous avons cité les autres IST (syphilis, chlamydia et gonocoque) avec la nécessité d'aborder leurs traitements et l'information du partenaire. Pour la partie « 4) En cas de SLAM » nous rappelons que le geste de l'injection se fait avec l'aiguille en direction du cœur sur le trajet veineux. Enfin, pour la partie 5) nous avons développé davantage le paragraphe sur la santé sexuelle, reprenant la question du consentement ou du respect de soi et de l'autre, la question du conformisme identitaire, les pratiques normatives et le communautarisme, en rappelant que la sexualité se construit de manière subjective et individuelle.

Accompagnement

Diapo : Orienter le patient :

Nous avons ajouté un espace pour remplir un annuaire local et complété la liste des spécialités médicales concernées : médecine légale, urologie, gynécologie, dermatologie, proctologie, endocrinologie. Sur la partie infectiologie, nous avons retiré le COREVIH peu adapté pour des usagers et ajouté les consultations PrEP. Nous avons détaillé les acronymes CeGIDD et CAARUD. Enfin nous avons retiré les listes des associations qui pourront être rajoutées dans l'annuaire local.

Diapo : Brochures et Sites :

Nous avons retiré l'encadré des brochures qui n'est pas pertinent pour l'utilisateur. La liste des brochures doit être laissée dans le guide utilisateur pour que l'intervenant de santé puisse les imprimer et les donner sous format papier pour l'utilisateur. Nous avons également retiré certains sites pour

professionnels et ajouté un site de RDRD francophone <https://www.playsafe.fr/ceip-cathinones-et-chemsex/>.

Guide utilisateur :

Deux liens internet pour des brochures de RDRD sur le chemsex ont été ajoutées. Nous avons ajouté un site d'information pour les professionnels sur la PrEP : www.formaprep.org puis le site www.hcv-druginteraction.org afin d'identifier les interactions entre les traitements du VHC avec les autres traitements ou SPA, ce qui est complémentaire avec le site que nous avons déjà signalé pour le VIH.

3.5 Perspectives de développement et de diffusion

Les participants de l'étude sont globalement demandeurs d'un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève. Il n'existe pas à ce jour, à notre connaissance, d'outil de ce type formalisé et validé. La mise en place de mesures de RDRD dans ce contexte d'expansion de la pratique de chemsex est préconisée par les autorités locales. Par ailleurs cet outil permet de limiter une stigmatisation et apparaît sécurisant par sa structure pour le patient mais également la personne qui réalise le test. L'outil est apparu comme pertinent pour les personnes interrogées bien qu'il puisse être perfectible dans la simplicité d'utilisation, notamment en réduisant le temps nécessaire pour le mettre en œuvre avec la passation optionnelle de l'échelle HAD et SAST-R.

Le développement numérique pourrait également permettre d'en réduire la durée de passation, le repérage précoce sous la forme d'un autoquestionnaire par format numérique permettrait à l'utilisateur de remplir cette partie en salle d'attente et de bénéficier de l'intervention brève avec le soignant durant la consultation. Une autre solution proposée pourrait être celle d'un QR code, donnant accès à l'utilisateur à l'étape du repérage précoce en amont de la consultation, les résultats donnant alors un second QR code qui serait transmis à l'intervenant réalisant l'intervention brève de manière ciblée.

Un des points rendant cet outil pertinent est la documentation bibliographique à l'origine de sa création mais également la méthodologie directement inspirée de la création de l'outil d'aide au RPIB sur l'alcool le tabac et le cannabis proposé par la HAS (150,151).

Une des faiblesses de notre enquête est la faible puissance de l'échantillon des participants à l'évaluation de l'outil et son évaluation uniquement au niveau géographique local.

Une autre des limites de l'outil est qu'il n'a pu être évalué par des médecins généralistes, qui seront probablement moins sensibilisés ou formés à la pratique du chemsex que les différents participants à l'évaluation de la version 1.0. Cela traduit une autre des limites de l'outil : il existe un prérequis de formation pour la mise en œuvre d'un RPIB en matière de chemsex. Par ailleurs, l'outil pourrait être trop long à mettre en place sur une consultation de médecine de ville ; ainsi il serait pertinent de faire une demande à la Direction Générale de la Santé (DGS) pour permettre aux médecins généralistes de coter une consultation longue pour le chemsex, comme cela existe déjà pour une consultation de santé sexuelle.

L'outil n'a pu être évalué par des usagers, les premiers retours des participants mettant en avant des questions qui pouvaient être perçues comme difficile à aborder ou stigmatisantes.

Ainsi, conviendrait de faire évaluer cet outil à l'échelle inter-régionale, à la fois par les usagers et les différents intervenants qui pourraient utiliser cet outil. Il apparaît également important de faire évaluer l'outil par les organismes de santé publique mais également les différentes associations de spécialités médicales concernées comme cela a pu être fait selon la méthodologie pour évaluer l'outil d'aide au RPIB sur le tabac, alcool et cannabis proposé par la HAS (150,151).

Conclusion

Le chemsex se définit comme l'usage de substances psychoactives avant ou pendant un rapport sexuel afin de faciliter, initier, prolonger, maintenir et intensifier l'activité sexuelle et la performance ainsi que le plaisir sexuel. Les substances psychoactives regroupent de multiples produits dont les cathinones ; ces produits de synthèse ont un potentiel addictif fort et de nouvelles molécules apparaissent sur le marché chaque année. Le phénomène du chemsex encore cantonné il y a quelques années aux grandes villes européennes est en pleine expansion et n'apparaît plus aujourd'hui uniquement limité au milieu HSH.

Selon les connaissances scientifiques actuelles, un tiers à un quart des usagers seraient en demande de conseils par rapport à leur pratique. Ils peuvent cependant avoir des attentes et représentations très variables par rapport au chemsex qu'il convient donc d'évaluer afin de proposer une aide de qualité à travers des mesures de réduction des risques et des dommages.

De multiples intervenants se retrouvent confrontés à ce phénomène, il peut s'agir de professionnels de la santé de plusieurs spécialités (infectiologie, addictologie, psychiatrie, psychologie, sexologie, victimologie, médecine légale, dermatologie, urologie, etc.) ainsi que des membres du milieu associatif. Ces différents intervenants décrivent la complexité de la prise en charge de ces usagers qui peut s'expliquer par les multiples facettes de comorbidités ou complications liées à cette pratique, de points de vue des usagers et l'utilisation de nouveaux produits de synthèse dont nous bénéficions de peu de recul scientifique.

Il est donc nécessaire de développer un outil de repérage précoce et intervention brève associé à un guide d'utilisateurs pour permettre de proposer aux usagers une évaluation de leur pratique de chemsex et des risques personnels encourus, ce qui est l'objectif principal de ce travail de thèse. Cet outil permet également de limiter une stigmatisation liée à cette pratique et de proposer une intervention brève adaptée aux besoins de l'utilisateur et de lui délivrer des conseils individualisés et ciblés

de réduction des risques et des dommages. Il est possible également de proposer un accompagnement, que ce soit par l'orientation auprès de spécialistes ou d'associations et de remettre des ressources d'information. Cet outil est structurant à la fois pour la personne qui fait réaliser l'entretien ainsi que pour le patient dont on aura ainsi une vision holistique.

L'évaluation de cet outil par des professionnels et membres d'association qui seraient amenés à prendre en charge des personnes ayant une pratique de chemsex a permis la réalisation d'une seconde version plus aboutie et complète de cet outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève et du guide d'utilisateur. Cette seconde version doit maintenant être testée et validée à une échelle inter-régionale.

Par ailleurs il est ressorti qu'il serait pertinent de développer cet outil sous format numérique et papier, afin de le diffuser à un panel large d'intervenants.

Clermont-Ferrand, le
Pierre CLAVELOU
Doyen - Directeur



Clermont-Ferrand, le 13/09/2021
Le Président du Jury

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.

Références bibliographiques

1. Donnadieu-Rigole H, Peyrière H, Benyamina A, Karila L. Complications Related to Sexualized Drug Use: What Can We Learn From Literature? *Front Neurosci.* 2020;14:548704.
2. Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. A model of sexual risk behaviors among young gay and bisexual men: longitudinal associations of mental health, substance abuse, sexual abuse, and the coming-out process. *AIDS Educ Prev Off Publ Int Soc AIDS Educ.* oct 2006;18(5):444-60.
3. Kurtz SP. Post-circuit blues: motivations and consequences of crystal meth use among gay men in Miami. *AIDS Behav.* mars 2005;9(1):63-72.
4. Prestage G, Hammoud M, Jin F, Degenhardt L, Bourne A, Maher L. Mental health, drug use and sexual risk behavior among gay and bisexual men. *Int J Drug Policy.* mai 2018;55:169-79.
5. Batisse A, Peyrière H, Eiden C, Courné M-A, Djezzar S. 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. *Therapies.* oct 2016;71(5):447-55.
6. Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspect Public Health.* janv 2019;139(1):23-33.
7. Glynn RW, Byrne N, O'Dea S, Shanley A, Codd M, Keenan E, et al. Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *Int J Drug Policy.* févr 2018;52:9-15.
8. Evers YJ, Hoebe CJP, Dukers-Muijters NHTM, Kampman CJG, Kuizenga-Wessel S, Shilue D, et al. Sexual, addiction and mental health care needs among men who have sex with men practicing chemsex – a cross-sectional study in the Netherlands. *Prev Med Rep.* juin 2020;18:101074.
9. Alvarez J-C, Bauer R, Roux P, Capitant C, Molina J-M, Pialoux G, et al. Consommation de drogues identifiée par analyse capillaire parmi les HSH lors de l'étude ANRS Ipergay : relation avec les pratiques à risque. *Toxicol Anal Clin.* juin 2018;30(2):S45-6.
10. Roux P, Fressard L, Suzan-Monti M, Chas J, Sagaon-Teyssier L, Capitant C, et al. Is on-Demand HIV Pre-exposure Prophylaxis a Suitable Tool for Men Who Have Sex With Men Who Practice Chemsex? Results From a Substudy of the ANRS-IPERGAY Trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 1 oct 2018;79(2):e69-75.
11. Chas J, Bauer R, Larabi IA, Peytavin G, Roux P, Cua E, et al. Evaluation of Drug Abuse by Hair Analysis and Self-Reported Use Among MSM Under PrEP: Results From a French Substudy of the ANRS-IPERGAY Trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 15 avr 2021;86(5):552-61.
12. Gertzen M, Strasburger M, Geiger J, Rosenberger C, Gernun S, Schwarz J, et al. [Chemsex : A new challenge in addiction medicine and infectious diseases]. *Nervenarzt.* 14 avr 2021;
13. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P. « Chemsex » and harm reduction need among gay men in South London. *Int J Drug Policy.* déc 2015;26(12):1171-6.

14. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ*. 3 nov 2015;351:h5790.
15. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Weatherburn P. The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham [Internet]. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2014 [cité 5 juill 2021]. Disponible sur: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/2197245/>
16. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid D, Marcus U, Hickson F, et al. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *Int J Drug Policy*. déc 2016;38:4-12.
17. Edmundson C, Heinsbroek E, Glass R, Hope V, Mohammed H, White M, et al. Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature. *Int J Drug Policy*. mai 2018;55:131-48.
18. Sewell J, Cambiano V, Speakman A, Lampe FC, Phillips A, Stuart D, et al. Changes in chemsex and sexual behaviour over time, among a cohort of MSM in London and Brighton: Findings from the AURAH2 study. *Int J Drug Policy*. juin 2019;68:54-61.
19. Hibbert MP, Brett CE, Porcellato LA, Hope VD. Psychosocial and sexual characteristics associated with sexualised drug use and chemsex among men who have sex with men (MSM) in the UK. *Sex Transm Infect*. août 2019;95(5):342-50.
20. Rosińska M, Gios L, Nöstlinger C, Vanden Berghe W, Marcus U, Schink S, et al. Prevalence of drug use during sex amongst MSM in Europe: Results from a multi-site bio-behavioural survey. *Int J Drug Policy*. mai 2018;55:231-41.
21. Gilbert VL, Simms I, Jenkins C, Furegato M, Gobin M, Oliver I, et al. Sex, drugs and smart phone applications: findings from semistructured interviews with men who have sex with men diagnosed with *Shigella flexneri* 3a in England and Wales. *Sex Transm Infect*. déc 2015;91(8):598-602.
22. Bui H, Zablotska-Manos I, Hammoud M, Jin F, Lea T, Bourne A, et al. Prevalence and correlates of recent injecting drug use among gay and bisexual men in Australia: Results from the FLUX study. *Int J Drug Policy*. mai 2018;55:222-30.
23. Heinsbroek E, Glass R, Edmundson C, Hope V, Desai M. Patterns of injecting and non-injecting drug use by sexual behaviour in people who inject drugs attending services in England, Wales and Northern Ireland, 2013-2016. *Int J Drug Policy*. mai 2018;55:215-21.
24. Schreck B, Victorri-Vigneau C, Guerlais M, Laforgue E, Grall-Bronnec M. Slam Practice: A Review of the Literature. *Eur Addict Res*. 2021;27(3):161-78.
25. Elliot ER, Singh S, Tyebally S, Gedela K, Nelson M. Recreational drug use and chemsex among HIV-infected in-patients: a unique screening opportunity. *HIV Med*. août 2017;18(7):525-31.
26. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. janv 2019;63:74-89.
27. Kirby T, Thornber-Dunwell M. High-risk drug practices tighten grip on London gay scene. *The Lancet*. janv 2013;381(9861):101-2.

28. Larabi IA, Fabresse N, Etting I, Nadour L, Pfau G, Raphalen JH, et al. Prevalence of New Psychoactive Substances (NPS) and conventional drugs of abuse (DOA) in high risk populations from Paris (France) and its suburbs: A cross sectional study by hair testing (2012-2017). *Drug Alcohol Depend.* 1 nov 2019;204:107508.
29. Weatherburn P, Hickson F, Reid D, Torres-Rueda S, Bourne A. Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs ('chemsex') among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect.* mai 2017;93(3):203-6.
30. Protiere C. PaacX (Perception, Attitudes et Attentes vis-à-vis du ChemseX) : Restitution des résultats, Webinaire. Restitution des Resultats enquête PaacX; 2021 juin 10; webinaire.
31. Schreck B. Le slam, nouvelle pratique en Addictologie : aspects psychopharmacologiques. Université de Nantes; 2021.
32. Pirani F, Lo Faro A, Tini A. Is the issue of Chemsex changing? *Clin Ter.* 5 oct 2019;(5):337-8.
33. Nefau T, Karolak S, Castillo L, Boireau V, Levi Y. Presence of illicit drugs and metabolites in influents and effluents of 25 sewage water treatment plants and map of drug consumption in France. *Sci Total Environ.* 1 sept 2013;461-462:712-22.
34. Jacquet J-M. Prévention risques sexuels & drogues récréatives:-Nouveaux Produits de Synthèse (NPS) & CHEMSEX - Adapter la démarche de repérage précoce et intervention brève (RPIB) aux NPS et au chemsex - ETUDE « MES CONSOS » DMIT CHU MONTPELLIER [Internet]. Soirée ASLP présenté à; 2017 juin 1; Marseille. Disponible sur: http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/Corevih/corevih_aslp_chemsex_jmjacquet_2017.pdf
35. Bonnet N (coord.). Chemsex : Livret d'information pour les professionnel(le)s et les intervenant(e)s de santé. RESPADD; 2016 sept.
36. d'Arrigo laura. Rapport européen sur les drogues 2021, Tendances et évolutions [Internet]. EMCDDA Observatoire européen des drogues et des toxicomanies; 2021. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/EDR2021.pdf>
37. Coppola M, Mondola R. Synthetic cathinones: chemistry, pharmacology and toxicology of a new class of designer drugs of abuse marketed as « bath salts » or « plant food ». *Toxicol Lett.* 1 juin 2012;211(2):144-9.
38. Petit A, Karila L, Sananes M, Lejoyeux M. [Mephedrone: a new synthetic drug]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. oct 2013;42(10):1310-6.
39. Dargan PI, Sedefov R, Gallegos A, Wood DM. The pharmacology and toxicology of the synthetic cathinone mephedrone (4-methylmethcathinone). *Drug Test Anal.* août 2011;3(7-8):454-63.
40. Winstock A, Mitcheson L, Ramsey J, Davies S, Puchnarewicz M, Marsden J. Mephedrone: use, subjective effects and health risks. *Addict Abingdon Engl.* nov 2011;106(11):1991-6.
41. Busardò FP, Kyriakou C, Napoletano S, Marinelli E, Zaami S. Mephedrone related fatalities: a review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* oct 2015;19(19):3777-90.
42. Ezaki J, Ro A, Hasegawa M, Kibayashi K. Fatal overdose from synthetic cannabinoids and cathinones in Japan: demographics and autopsy findings. *Am J Drug Alcohol Abuse.* sept 2016;42(5):520-9.

43. Sande M. Characteristics of the use of 3-MMC and other new psychoactive drugs in Slovenia, and the perceived problems experienced by users. *Int J Drug Policy*. janv 2016;27:65-73.
44. Kronstrand R, Guerrieri D, Vikingsson S, Wohlfarth A, Gréen H. Fatal Poisonings Associated with New Psychoactive Substances. *Handb Exp Pharmacol*. 2018;252:495-541.
45. Papaseit E, Olesti E, de la Torre R, Torrens M, Farre M. Mephedrone Concentrations in Cases of Clinical Intoxication. *Curr Pharm Des*. 2017;23(36):5511-22.
46. Forsyth AJM. Virtually a drug scare: mephedrone and the impact of the internet on drug news transmission. *Int J Drug Policy*. mai 2012;23(3):198-209.
47. Spiller HA, Ryan ML, Weston RG, Jansen J. Clinical experience with and analytical confirmation of « bath salts » and « legal highs » (synthetic cathinones) in the United States. *Clin Toxicol Phila Pa*. juill 2011;49(6):499-505.
48. Batisse A, Fortias M, Bourgogne E, Grégoire M, Sec I, Djezzar S. Case series of 21 synthetic cathinones abuse. *J Clin Psychopharmacol*. juin 2014;34(3):411-3.
49. Serre A, Vuillot O, Eiden C, Gambier J, Berger A, Mathieu O, et al. Acute Psychiatric Disorders Related to Fake Cathinone: Ephylone. *J Anal Toxicol*. 23 août 2019;43(7):e1-2.
50. Lopez-Rodriguez AB, Viveros M-P. Bath salts and polyconsumption: in search of drug-drug interactions. *Psychopharmacology (Berl)*. mars 2019;236(3):1001-14.
51. Diestelmann M, Zangl A, Herrle I, Koch E, Graw M, Paul LD. MDPV in forensic routine cases: Psychotic and aggressive behavior in relation to plasma concentrations. *Forensic Sci Int*. févr 2018;283:72-84.
52. Schmoll S, Romanek K, Stich R, Bekka E, Stenzel J, Geith S, et al. An internet-based survey of 96 German-speaking users of « bath salts »: frequent complications, risky sexual behavior, violence, and delinquency. *Clin Toxicol Phila Pa*. mars 2018;56(3):219-22.
53. Penders TM, Gestring RE, Vilensky DA. Excited delirium following use of synthetic cathinones (bath salts). *Gen Hosp Psychiatry*. déc 2012;34(6):647-50.
54. Melendez-Torres GJ, Bourne A, Reid D, Hickson F, Bonell C, Weatherburn P. Typology of drug use in United Kingdom men who have sex with men and associations with socio-sexual characteristics. *Int J Drug Policy*. mai 2018;55:159-64.
55. Liechti M. Novel psychoactive substances (designer drugs): overview and pharmacology of modulators of monoamine signaling. *Swiss Med Wkly*. 2015;145:w14043.
56. Degenhardt L, Mathers B, Guarinieri M, Panda S, Phillips B, Strathdee SA, et al. Meth/amphetamine use and associated HIV: Implications for global policy and public health. *Int J Drug Policy*. sept 2010;21(5):347-58.
57. Benotsch EG, Lance SP, Nettles CD, Koester S. Attitudes toward methamphetamine use and HIV risk behavior in men who have sex with men. *Am J Addict*. nov 2012;21 Suppl 1:S35-42.
58. Raposo Pereira F, McMaster MTB, de Vries YDAT, Polderman N, van den Brink W, van Wingen GA. Influence of Gamma-Hydroxybutyric Acid-Use and Gamma-Hydroxybutyric Acid-Induced Coma on Affect and the Affective Network. *Eur Addict Res*. 2019;25(4):173-81.

59. Maitre M, Humbert J-P, Kemmel V, Aunis D, Andriamampandry C. Mécanismes d'action d'un médicament détourné : le γ -hydroxybutyrate. *médecine/sciences*. mars 2005;21(3):284-9.
60. Busardò FP, Gottardi M, Tini A, Minutillo A, Sirignano A, Marinelli E, et al. Replacing GHB with GBL in Recreational Settings: A New Trend in Chemsex. *Curr Drug Metab*. 2018;19(13):1080-5.
61. Hockenhull J, Murphy KG, Paterson S. An observed rise in γ -hydroxybutyrate-associated deaths in London: Evidence to suggest a possible link with concomitant rise in chemsex. *Forensic Sci Int*. janv 2017;270:93-7.
62. Raposo Pereira F, McMaster MTB, Polderman N, de Vries YDAT, van den Brink W, van Wingen GA. Adverse effects of GHB-induced coma on long-term memory and related brain function. *Drug Alcohol Depend*. sept 2018;190:29-36.
63. Raposo Pereira F, Zhutovsky P, McMaster MTB, Polderman N, de Vries YDAT, van den Brink W, et al. Recreational use of GHB is associated with alterations of resting state functional connectivity of the central executive and default mode networks. *Hum Brain Mapp*. 1 juin 2019;40(8):2413-21.
64. Corazza O, Assi S, Schifano F. From « Special K » to « Special M »: the evolution of the recreational use of ketamine and methoxetamine. *CNS Neurosci Ther*. juin 2013;19(6):454-60.
65. Morgan CJA, Curran HV, Independent Scientific Committee on Drugs. Ketamine use: a review. *Addict Abingdon Engl*. janv 2012;107(1):27-38.
66. Giorgetti R, Tagliabracchi A, Schifano F, Zaami S, Marinelli E, Busardò FP. When « Chems » Meet Sex: A Rising Phenomenon Called « ChemSex ». *Curr Neuropharmacol*. 2017;15(5):762-70.
67. Bracchi M, Stuart D, Castles R, Khoo S, Back D, Boffito M. Increasing use of « party drugs » in people living with HIV on antiretrovirals: a concern for patient safety. *AIDS Lond Engl*. 24 août 2015;29(13):1585-92.
68. Frucht SJ, éditeur. *Movement disorder emergencies: diagnosis and treatment*. Second edition. New York: Humana Press; 2013. 401 p. (Current clinical neurology).
69. Malandain L, Blanc J-V, Ferreri F, Thibaut F. Pharmacotherapy of Sexual Addiction. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;22(6):30.
70. Frankis J, Flowers P, McDaid L, Bourne A. Low levels of chemsex among men who have sex with men, but high levels of risk among men who engage in chemsex: analysis of a cross-sectional online survey across four countries. *Sex Health*. avr 2018;15(2):144-50.
71. Kenyon C, Wouters K, Platteau T, Buyze J, Florence E. Increases in condomless chemsex associated with HIV acquisition in MSM but not heterosexuals attending a HIV testing center in Antwerp, Belgium. *AIDS Res Ther*. 19 oct 2018;15(1):14.
72. Hegazi A, Lee MJ, Whittaker W, Green S, Simms R, Cutts R, et al. Chemsex and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J STD AIDS*. mars 2017;28(4):362-6.
73. Vaux S, Chevaliez S, Saboni L, Sauvage C, Sommen C, Barin F, et al. Prevalence of hepatitis C infection, screening and associated factors among men who have sex with men attending gay

- venues: a cross-sectional survey (PREVAGAY), France, 2015. *BMC Infect Dis.* 11 avr 2019;19(1):315.
74. Rana S, Macdonald N, French P, Jarman J, Patel S, Portman M, et al. Enhanced surveillance of syphilis cases among men who have sex with men in London, October 2016-January 2017. *Int J STD AIDS.* avr 2019;30(5):422-9.
 75. Spindler HH, Scheer S, Chen SY, Klausner JD, Katz MH, Valleroy LA, et al. Viagra, methamphetamine, and HIV risk: results from a probability sample of MSM, San Francisco. *Sex Transm Dis.* août 2007;34(8):586-91.
 76. Sewell J, Miltz A, Lampe FC, Cambiano V, Speakman A, Phillips AN, et al. Poly drug use, chemsex drug use, and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J Drug Policy.* mai 2017;43:33-43.
 77. Fisher DG, Reynolds GL, Ware MR, Napper LE. Methamphetamine and Viagra use: relationship to sexual risk behaviors. *Arch Sex Behav.* avr 2011;40(2):273-9.
 78. Melendez-Torres GJ, Bourne A, Hickson F, Reid D, Weatherburn P. Correlates and subgroups of injecting drug use in UK gay and bisexual men: Findings from the 2014 Gay Men's Sex Survey. *Drug Alcohol Depend.* 1 juin 2018;187:292-5.
 79. Kohli M, Hickson F, Free C, Reid D, Weatherburn P. Cross-sectional analysis of chemsex drug use and gonorrhoea diagnosis among men who have sex with men in the UK. *Sex Health.* sept 2019;16(5):464-72.
 80. Soriano V, Romero JD. Rebound in Sexually Transmitted Infections Following the Success of Antiretrovirals for HIV/AIDS. *AIDS Rev.* 2018;20(4):187-204.
 81. Dorairaj JJ, Healy C, McMenemy M, Eadie PA. The untold truth about "bath salt" highs: A case series demonstrating local tissue injury. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* févr 2012;65(2):e37-41.
 82. Russo R, Marks N, Morris K, King H, Gelvin A, Rooney R. Life-threatening necrotizing fasciitis due to « bath salts » injection. *Orthopedics.* 16 janv 2012;35(1):e124-127.
 83. Belton P, Sharngoe T, Maguire FM, Polhemus M. Cardiac infection and sepsis in 3 intravenous bath salts drug users. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* juin 2013;56(11):e102-104.
 84. Frontera JA, Gradon JD. Right-Side Endocarditis in Injection Drug Users: Review of Proposed Mechanisms of Pathogenesis. *Clin Infect Dis.* 1 févr 2000;30(2):374-9.
 85. vih.org la rédaction de. Swaps 92-93: Chemsex / Crise des opioïdes [Internet]. vih.org. [cité 12 juill 2021]. Disponible sur: <https://vih.org/revue/swaps-92-92-chemsex-crise-des-opioïdes/>
 86. Blanc J-V. Comorbidités psychiatriques dans une cohorte de patients suivis pour chemsex. In: *Colloque Addictions Toxicomanies Hépatites Sida (ATHS).* Biarritz; 2019.
 87. Boulanger A. Psychems: Association entre troubles de la personnalité et troubles de l'usage de substances en contexte sexuel (chemsex) chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). In: *Colloque Addictions Toxicomanies Hépatites Sida (ATHS).* Biarritz; 2019.

88. Bohn A, Sander D, Köhler T, Hees N, Oswald F, Scherbaum N, et al. Chemsex and Mental Health of Men Who Have Sex With Men in Germany. *Front Psychiatry*. 2020;11:542301.
89. Karila L, Wéry A, Weinstein A, Cottencin O, Petit A, Reynaud M, et al. Sexual addiction or hypersexual disorder: different terms for the same problem? A review of the literature. *Curr Pharm Des*. 2014;20(25):4012-20.
90. Coleman E, Raymond N, McBean A. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. *Minn Med*. juill 2003;86(7):42-7.
91. Sbraga TP, O'Donohue W. Post Hoc Reasoning in Possible Cases of Child Sexual Abuse: Symptoms of Inconclusive Origins. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10(3):320-34.
92. Potenza MN. Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addict Abingdon Engl*. sept 2006;101 Suppl 1:142-51.
93. Raymond NC, Coleman E, Miner MH. Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Compr Psychiatry*. oct 2003;44(5):370-80.
94. Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n = 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex Abuse J Res Treat*. oct 2002;14(4):349-66.
95. Black DW, Kehrberg LL, Flumerfelt DL, Schlosser SS. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *Am J Psychiatry*. févr 1997;154(2):243-9.
96. Carpenter BN, Reid RC, Garos S, Najavits LM. Personality Disorder Comorbidity in Treatment-Seeking Men with Hypersexual Disorder. *Sex Addict Compulsivity*. 1 janv 2013;20(1-2):79-90.
97. Kingston DA, Firestone P. Problematic Hypersexuality: A Review of Conceptualization and Diagnosis. *Sex Addict Compulsivity*. 21 nov 2008;15(4):284-310.
98. Hegbe KG, Courtois R, Brunault P, Reveillere C, Barrault S. Validation de la version française du Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr). *L'Encéphale*. oct 2020;46(5):334-9.
99. Massonnat-Modolo I, Chevalier A, Chollier M. Exploration de la dimension d'addiction sexuelle dans une population d'HSH en consultation de dépistage IST/VIH. *Sexologies*. juill 2020;29(3):146-53.
100. Chan PA, Towey C, Poceta J, Rose J, Bertrand T, Kantor R, et al. Online Hookup Sites for Meeting Sexual Partners Among Men Who Have Sex with Men in Rhode Island, 2013: A Call for Public Health Action. *Public Health Rep Wash DC* 1974. avr 2016;131(2):264-71.
101. Medina MM, Crowley C, Montgomery MC, Tributino A, Almonte A, Sowemimo-Coker G, et al. Disclosure of HIV Serostatus and Pre-exposure Prophylaxis Use on Internet Hookup Sites Among Men Who have Sex with Men. *AIDS Behav*. juill 2019;23(7):1681-8.
102. Tang W, Best J, Zhang Y, Liu F-Y, Tso LS, Huang S, et al. Gay mobile apps and the evolving virtual risk environment: a cross-sectional online survey among men who have sex with men in China. *Sex Transm Infect*. nov 2016;92(7):508-14.
103. Hammoud MA, Vaccher S, Jin F, Bourne A, Haire B, Maher L, et al. The new MTV generation: Using methamphetamine, Truvada™, and Viagra™ to enhance sex and stay safe. *Int J Drug Policy*. mai 2018;55:197-204.

104. Knight R, Karamouzian M, Carson A, Edward J, Carrieri P, Shoveller J, et al. Interventions to address substance use and sexual risk among gay, bisexual and other men who have sex with men who use methamphetamine: A systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 1 janv 2019;194:410-29.
105. Cappetta M, Murnion BP. Inpatient management of gamma-hydroxybutyrate withdrawal. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr.* juin 2019;27(3):284-7.
106. Beurmanjer H, Kamal RM, de Jong CAJ, Dijkstra BAG, Schellekens AFA. Baclofen to Prevent Relapse in Gamma-Hydroxybutyrate (GHB)-Dependent Patients: A Multicentre, Open-Label, Non-Randomized, Controlled Trial. *CNS Drugs.* mai 2018;32(5):437-42.
107. Liao P-C, Chang H-M, Chen L-Y. Clinical management of gamma-hydroxybutyrate (GHB) withdrawal delirium with CIWA-Ar protocol. *J Formos Med Assoc Taiwan Yi Zhi.* déc 2018;117(12):1124-7.
108. Neu P. [Course and complications of GHB detoxification treatment: a 1-year case series]. *Nervenarzt.* mai 2019;90(5):509-15.
109. Malandain L, Blanc J-V, Ferreri F, Giorgiadis T, Mosser S, Mouchabac S, et al. First case report of tDCS efficacy in severe chemsex addiction. *Dialogues Clin Neurosci.* sept 2020;22(3):295-7.
110. Garcia FD, Assumpção AA, Malloy-diniz L, Freitas AACD, Delavenne H, Thibaut F. A Comprehensive Review of Psychotherapeutic Treatment of Sexual Addiction. *J Groups Addict Recovery.* 2 janv 2016;11(1):59-71.
111. Wainberg ML, Muench F, Morgenstern J, Hollander E, Irwin TW, Parsons JT, et al. A double-blind study of citalopram versus placebo in the treatment of compulsive sexual behaviors in gay and bisexual men. *J Clin Psychiatry.* déc 2006;67(12):1968-73.
112. Muench F, Morgenstern J, Hollander E, Irwin T, O'Leary A, Parsons JT, et al. The Consequences of Compulsive Sexual Behavior: The Preliminary Reliability and Validity of the Compulsive Sexual Behavior Consequences Scale. *Sex Addict Compulsivity.* 20 août 2007;14(3):207-20.
113. Tosto G, Talarico G, Lenzi GL, Bruno G. Effect of citalopram in treating hypersexuality in an Alzheimer's disease case. *Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol.* sept 2008;29(4):269-70.
114. Raymond NC, Grant JE, Coleman E. Augmentation with naltrexone to treat compulsive sexual behavior: a case series. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr.* févr 2010;22(1):56-62.
115. Bostwick JM, Bucci JA. Internet sex addiction treated with naltrexone. *Mayo Clin Proc.* févr 2008;83(2):226-30.
116. Ryback RS. Naltrexone in the treatment of adolescent sexual offenders. *J Clin Psychiatry.* juill 2004;65(7):982-6.
117. Fong TW, De La Garza R, Newton TF. A case report of topiramate in the treatment of nonparaphilic sexual addiction. *J Clin Psychopharmacol.* oct 2005;25(5):512-4.
118. Khazaal Y, Zullino DF. Topiramate in the treatment of compulsive sexual behavior: case report. *BMC Psychiatry.* 23 mai 2006;6:22.

119. Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JMW, WFSBP Task Force on Sexual Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry*. juin 2010;11(4):604-55.
120. Reback CJ, Shoptaw S. Development of an evidence-based, gay-specific cognitive behavioral therapy intervention for methamphetamine-abusing gay and bisexual men. *Addict Behav*. août 2014;39(8):1286-91.
121. Parsons JT, John SA, Millar BM, Starks TJ. Testing the Efficacy of Combined Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Skills Training to Reduce Methamphetamine Use and Improve HIV Medication Adherence Among HIV-Positive Gay and Bisexual Men. *AIDS Behav*. août 2018;22(8):2674-86.
122. Dubov A, Galbo P, Altice FL, Fraenkel L. Stigma and Shame Experiences by MSM Who Take PrEP for HIV Prevention: A Qualitative Study. *Am J Mens Health*. nov 2018;12(6):1843-54.
123. Knight R. Investments in implementation science are needed to address the harms associated with the sexualized use of substances among gay, bisexual and other men who have sex with men. *J Int AIDS Soc*. juin 2018;21(6):e25141.
124. Salway T, Ferlatte O, Shoveller J, Purdie A, Grennan T, Tan DHS, et al. The Need and Desire for Mental Health and Substance Use-Related Services Among Clients of Publicly Funded Sexually Transmitted Infection Clinics in Vancouver, Canada. *J Public Health Manag Pract JPHMP*. juin 2019;25(3):E1-10.
125. Evers YJ, Levels LTJ, Dukers-Muijers NHTM, Van Liere GAFS, Hoebe CIPA. The Availability and Feasibility of Chemsex Services Within Sexually Transmitted Disease Clinics in the Netherlands: A Cross-Sectional Survey Among Sexually Transmitted Disease Nurses. *Sex Transm Dis*. sept 2020;47(9):639-44.
126. Graf N, Dichtl A, Deimel D, Sander D, Stöver H. Chemsex among men who have sex with men in Germany: motives, consequences and the response of the support system. *Sex Health*. avr 2018;15(2):151-6.
127. Sewell J, Cambiano V, Miltz A, Speakman A, Lampe FC, Phillips A, et al. Changes in recreational drug use, drug use associated with chemsex, and HIV-related behaviours, among HIV-negative men who have sex with men in London and Brighton, 2013-2016. *Sex Transm Infect*. nov 2018;94(7):494-501.
128. Pollard A, Nadarzynski T, Llewellyn C. Syndemics of stigma, minority-stress, maladaptive coping, risk environments and littoral spaces among men who have sex with men using chemsex. *Cult Health Sex*. avr 2018;20(4):411-27.
129. Lucassen M, Samra R, Iacovides I, Fleming T, Shepherd M, Stasiak K, et al. How LGBT+ Young People Use the Internet in Relation to Their Mental Health and Envisage the Use of e-Therapy: Exploratory Study. *JMIR Serious Games*. 21 déc 2018;6(4):e11249.
130. Parsons JT, Lelutiu-Weinberger C, Botsko M, Golub SA. A randomized controlled trial utilizing motivational interviewing to reduce HIV risk and drug use in young gay and bisexual men. *J Consult Clin Psychol*. févr 2014;82(1):9-18.

131. Henry-Edwards S, Humeniuk R, Ali R, Monteiro M, Poznyak V. Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. (Draft Version 1.1 for Field Testing) [Internet]. Geneva, World Health Organization; 2003 [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf
132. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement. 2019.
133. Tremblay J, Rouillard P, Sirois M. Dépistage/évaluation du besoin d'aide - Alcool/Drogues, 2001 rev 2016 Québec, Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches, www.risqtoxico.ca. 2001.
134. Tremblay J, Blanchette-Martin N. Manuel d'utilisation du DÉBA Alcool/Drogues/Jeu- 8; Version adaptée pour la formation de la première ligne en dépendance, Version 2.0, Québec, Service de recherche en Dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches en collaboration avec le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. 2016.
135. Carnes P, Green B, Carnes S. The Same Yet Different: Refocusing the Sexual Addiction Screening Test (SAST) to Reflect Orientation and Gender. *Sex Addict Compulsivity*. 8 mars 2010;17(1):7-30.
136. Wéry A, Karila L, Sutter PD, Billieux J. Conceptualisation, évaluation et traitement de la dépendance cybersexuelle : Une revue de la littérature. *Can Psychol Can*. 2014;55(4):266-81.
137. Carnes PJ, Green BA, Merlo LJ, Polles A, Carnes S, Gold MS. PATHOS: A Brief Screening Application for Assessing Sexual Addiction. *J Addict Med*. mars 2012;6(1):29-34.
138. Stewart H, Fedoroff JP. Assessment and Treatment of Sexual People with Complaints of Hypersexuality. *Curr Sex Health Rep*. juin 2014;6(2):136-44.
139. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. févr 2002;52(2):69-77.
140. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Subst Abuse*. 2007;28(3):7-30.
141. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Ariño J, González-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. *Alcohol Clin Exp Res*. avr 2004;28(4):608-18.
142. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev*. mai 2009;28(3):301-23.
143. Barata IA, Shandro JR, Montgomery M, Polansky R, Sachs CJ, Duber HC, et al. Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department: A Systematic Review. *West J Emerg Med*. oct 2017;18(6):1143-52.
144. Beyer F, Lynch E, Kaner E. Brief Interventions in Primary Care: an Evidence Overview of Practitioner and Digital Intervention Programmes. *Curr Addict Rep*. juin 2018;5(2):265-73.

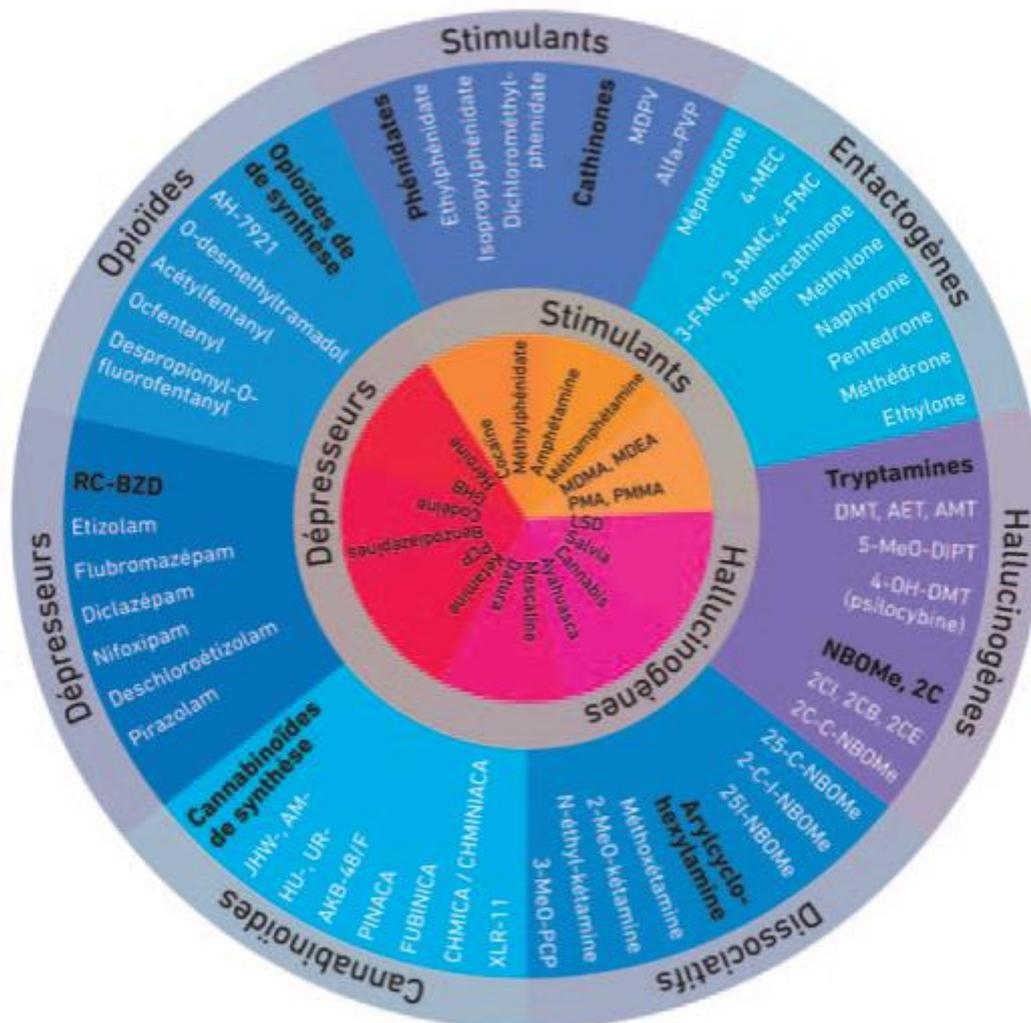
145. Babor TF, Del Boca F, Bray JW. Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment: implications of SAMHSA's SBIRT initiative for substance abuse policy and practice: SAMHSA's SBIRT initiative: implications for policy and practice. *Addiction*. févr 2017;112:110-7.
146. Bray JW, Del Boca FK, McRee BG, Hayashi SW, Babor TF. Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT): rationale, program overview and cross-site evaluation: SAMHSA SBIRT overview. *Addiction*. févr 2017;112:3-11.
147. Bernstein SL, D'Onofrio G. Screening, treatment initiation, and referral for substance use disorders. *Addict Sci Clin Pract*. 2017;12:18.
148. Young MM, Stevens A, Galipeau J, Pirie T, Garritty C, Singh K, et al. Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: a systematic review. *Syst Rev*. 24 mai 2014;3:50.
149. Bonnet N, Hochet M, Baraud M. Guide Pratique : Repérage précoce et intervention brève en santé sexuelle en contexte addictologique [Internet]. RESPADD; 2021 mars. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2021/03/Guide-RPIB-sante-sexuelle-BAT4.pdf>
150. Rapport d'élaboration Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte Novembre 2014, mise à jour Janvier 2021 [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3237339
151. Locquet C, Blondet E, Solomon C. Document de travail - Repérage précoce et intervention brève en alcoologie en premier recours - Note de cadrage [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1734261
152. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol*. avr 2015;68(4):435-41.

Annexes

Annexe A : Résultats de méta-analyse, Donnadiou-Rigole et al. 2020

Drugs	Main risks	Treatment	Studies	Number of subjects
Cathinones	Psychiatric: panic attack, feeling of persecution, depression, confusion, hallucinations, suicide attempt or suicidal ideation, severe agitation, or violence	Psychiatric hospitalization	Batisse et al., 2014	21 subjects
		Symptomatic treatment	Spiller et al., 2011 Sande, 2016 Schmoll et al., 2018 Diestelmann et al., 2018	236 subjects 249 subjects 96 subjects 50 subjects
	Cardiac: hypertension, tachycardia, and chest pain Cardiac ischemia	Symptomatic treatment	Ezaki et al., 2016 Spiller et al., 2011	61 autopsy cases 236 subjects
	Dependence Sympathomimetic syndrome and rhabdomyolysis	Intensive care Benzodiazepines Psychiatric care	Winstock et al., 2011 O'Connor et al., 2015 Froberg et al., 2015 Umehachi et al., 2016	100 subjects 102 subjects 23 subjects 8 subjects
Methamphetamine	Cardiac: methamphetamine-associated cardiomyopathy, heart rhythm disturbance, acute coronary syndromes, pulmonary arterial hypertension, and hypertension	β -blockers	Sevak et al., 2011	6 subjects
		Blockage of the renin-angiotensin system Aripiprazole	Neeki et al., 2018	449 subjects
	Psychiatric: depression, confusion, acute psychosis and psychotic symptoms, and anxiety disorder Neuropsychological effects: alteration of executive functions, episodic memory, psychomotor functions, and complex information processing speed.	Antipsychotic medications Benzodiazepines	McKetin et al., 2013	278 subjects
	Dependence Dental and periodontal disease	<i>N</i> -acetyl-cysteine	Scott et al., 2007 McKetin et al., 2019 Shetty et al., 2015 Rommel et al., 2016	Meta-analysis (18 studies) 180 subjects 571 subjects 100 subjects
GBL/GHB	Coma, presentation to a emergency department, and neurological complications	Intensive care	Wood et al., 2013 Raposo Pereira et al., 2020 Raposo Pereira et al., 2018	158 subjects 27 subjects 27 subjects
	Dependence	Baclofen Diazepam	Bell and Collins, 2011	19 subjects

Annexe B : Graphique récapitulatif des principaux NPS, développé par le centre d'addictovigilance de l'APHP



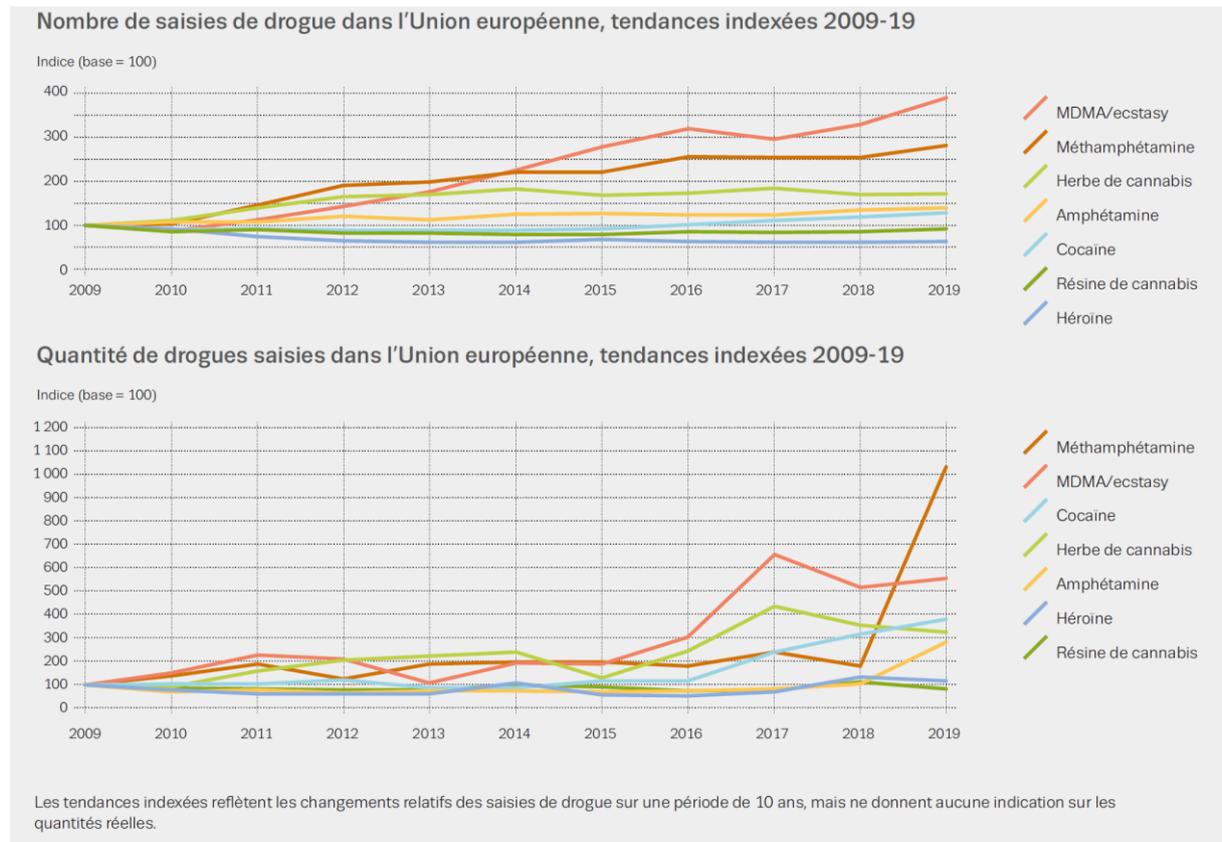
<http://addictovigilance.aphp.fr>

Annexe C : Production illégale de drogues en Europe, rapport 2021 OEDT

La production illégale de drogues en Europe

Type de drogue	Quel rôle l'Europe joue-t-elle dans la production?	Sur quels aspects les mesures de contrôle en Europe se concentrent-elles en ce qui concerne la production et la circulation des drogues?	Quels sont les principaux défis pour les services répressifs?
Résine de cannabis	Principalement importée; production de résine en Europe	Chaîne d'approvisionnement (production, trafic et distribution)	Diversification des itinéraires et des méthodes de contrebande Contrebande via des territoires instables Utilisation de divers navires maritimes (par exemple, des vedettes rapides), d'avions civils et de drones
Herbe de cannabis	Produite en Europe pour les marchés européens	Sites de culture Chaîne d'approvisionnement (production, trafic et distribution)	Sites de culture localisés et dispersés à proximité des marchés de consommation pour réduire les risques de détection Ventes au détail sur les marchés de stupéfiants du darknet Distribution via des systèmes de service postal, de colis et de livraison
Cocaïne	Importée; production limitée en Europe	Chaîne d'approvisionnement (production, trafic et distribution) Contrôle des précurseurs Installations telles que des laboratoires de cristallisation et d'extraction secondaire	Utilisation permanente de précurseurs prévus dans la production Diversification des itinéraires et des méthodes de contrebande Utilisation du transport par conteneurs Corruption des autorités portuaires et autres
Héroïne	Importée; production limitée en Europe; région source des précurseurs détournés.	Chaîne d'approvisionnement (production, trafic et distribution) Contrôle des précurseurs Installations de production	Poursuite du détournement des précurseurs prévus Diversification des itinéraires et des méthodes de contrebande Utilisation du transport par conteneurs
Amphétamine	Produite en Europe pour les marchés européens et, dans une mesure limitée, du Moyen-Orient	Contrôle des précurseurs Installations de production, y compris les sites de déversement de déchets Chaîne d'approvisionnement (production, trafic et distribution)	Utilisation de nouvelles substances chimiques dans la fabrication Signes de processus de transformation et de production au niveau local
Méthamphétamine	Produite en Europe pour les marchés européens et mondiaux	Contrôle des précurseurs Installations de production, y compris les sites de déversement de déchets Chaîne d'approvisionnement (production, trafic et distribution)	Utilisation permanente de précurseurs prévus dans la production Utilisation de nouvelles substances chimiques dans la fabrication Rôle croissant de la criminalité organisée, y compris en dehors de l'UE
MDMA/ecstasy	Produite en Europe pour les marchés européens et mondiaux	Contrôle des précurseurs Installations de production, y compris les sites de déversement de déchets Chaîne d'approvisionnement (production, trafic et distribution)	Utilisation permanente de précurseurs prévus dans la production Utilisation de nouvelles substances chimiques dans la fabrication Ventes au détail sur les marchés de stupéfiants du darknet Distribution via des systèmes de service postal, de colis et de livraison
Nouvelles substances psychoactives	Substances chimiques principalement importées; production partielle en Europe; transformation en Europe	Chaîne d'approvisionnement (production, trafic et distribution) Installations de production	Détection des sites de production Divers matériaux de production non réglementés

Annexe D : Nombre et quantité de drogues saisies dans l'UE entre 2009 et 2019 selon le rapport 2021 OEDT



Annexe E : NPS selon le rapport 2021 OEDT

NOUVELLES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Nouvelles substances psychoactives

46

signalées pour la première fois en 2020



830

en cours de surveillance

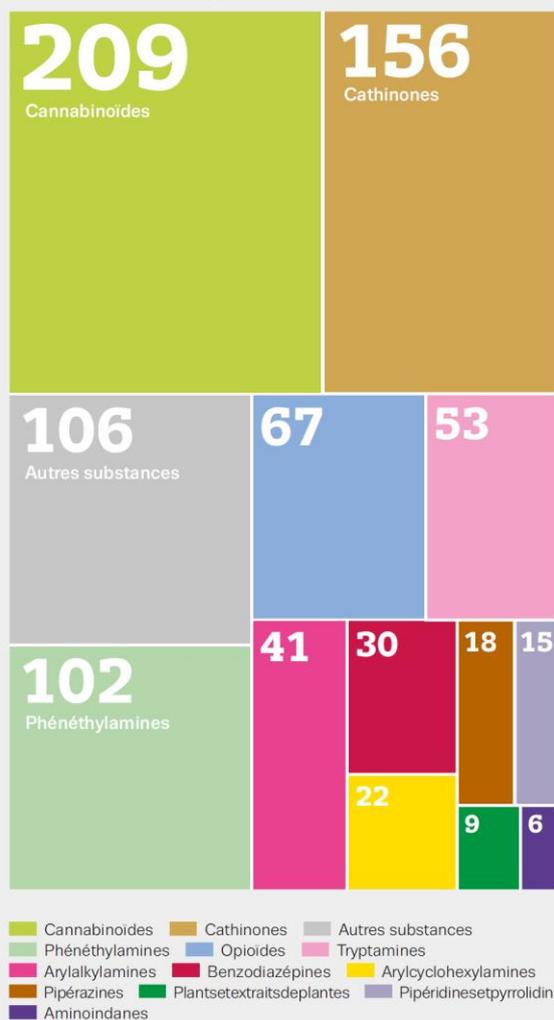


400

sur le marché chaque année

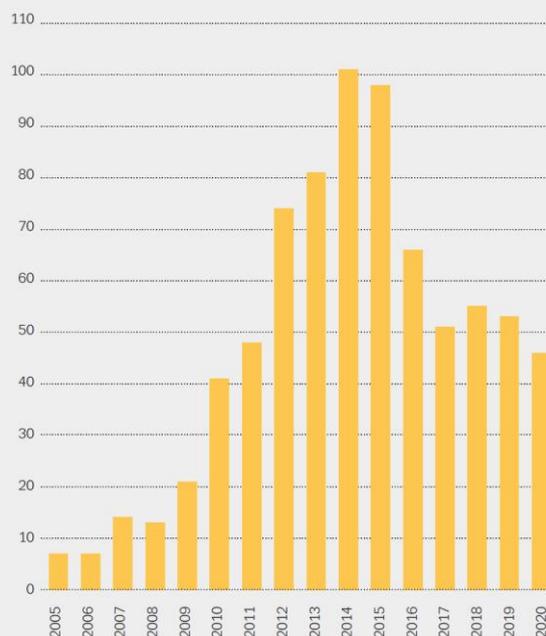


Nombre de substances surveillées par le système d'alerte précoce de l'UE

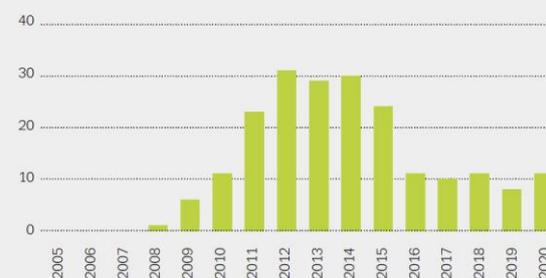


Premières détections de nouvelles substances psychoactives: catégories sélectionnées

Toutes substances confondues

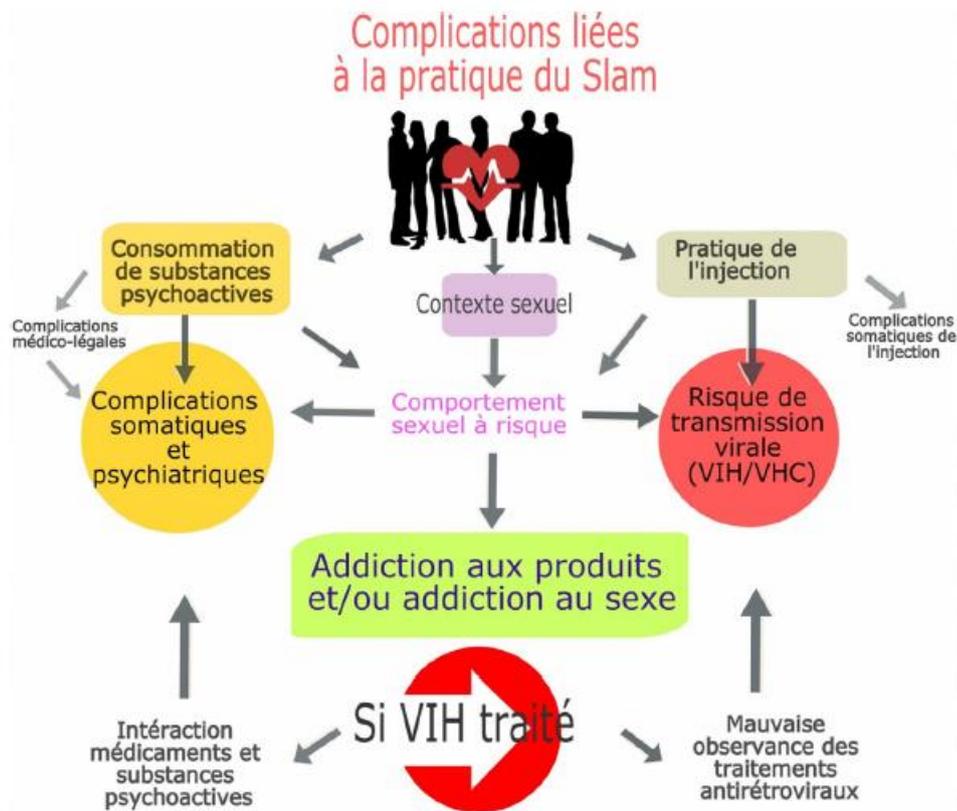


Cannabinoïdes



Opioides





Risques liés à l'usage du « SLAM ».

Annexe G : Echelle de SAST (Sexual Addiction Screening Test) de Carnes, comportant 25 items.

Score > 13 : Addiction sexuelle. Score compris entre 10 et 13 : symptomatologie atténuée

1 - Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence ?

2 - Vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des revues érotiques ?

3 - Vos parents avaient-ils des troubles sexuels ?

4 - Êtes-vous souvent préoccupé par des pensées de nature sexuelle ?

5 - Avez-vous le sentiment que votre sexualité n'est pas normale ?

6 - Votre partenaire a-t-il (elle) déjà souffert ou s'est-il (elle) plaint(e) de votre comportement sexuel ?

7 - Avez-vous des difficultés à maîtriser votre comportement sexuel quand vous savez qu'il n'est pas approprié ?

8 - Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ?

9 - Votre comportement sexuel a-t-il déjà été à l'origine de difficultés pour vous ou votre famille ?

10 - Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ?

11 - Avez-vous déjà craint que des personnes puissent se renseigner sur vos activités sexuelles ?

12 - Est-ce que quelqu'un a déjà été choqué moralement par vos pratiques sexuelles ?

- 13 - Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors-la-loi ?
- 14 - Vous êtes-vous déjà fait la promesse d'abandonner certains aspects de votre sexualité ?
- 15 - Avez-vous déjà fait des efforts et échoué pour abandonner un certain type de comportement sexuel ?
- 16 - Devez-vous dissimuler certains aspects de votre sexualité aux autres ?
- 17 - Avez-vous tenté d'arrêter certaines de vos activités sexuelles ?
- 18 - Vous êtes-vous déjà senti dégradé par votre comportement sexuel ?
- 19 - Le sexe a-t-il été une façon pour vous d'échapper à vos problèmes ?
- 20 - Vous sentez-vous déprimé après un rapport sexuel ?
- 21 - Avez-vous ressenti le besoin d'espace une certaine forme d'activité sexuelle ?
- 22 - Votre activité sexuelle a-t-elle déjà interféré avec votre vie familiale ?
- 23 - Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec des mineurs ?
- 24 - Vous sentez-vous dirigé par votre désir sexuel ?
- 25 - Pensez-vous parfois que votre désir sexuel est plus fort que vous ?

Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France. Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

REPÉRAGE PRÉCOCE

1a

Consommation déclarée → Évaluation du risque → Intervention brève → Accompagnement

Substance	Questions	Consommation à risque	Action en cas de consommation à risque	Action en cas d'absence de consommation à risque
 quantité et fréquence	Combien de verres standard par jour ?	 > 2 verres/jour OU	Évaluation du risque	 Renforcement des conduites favorables à la santé Voir cas particuliers
	Combien de verres standard par semaine ?	 > 10 verres/semaine OU		
	Combien de jours d'abstinence par semaine ?	 < 2 jours/semaine		
	Fumez-vous du cannabis ?	Oui		
	Fumez-vous du tabac ?	Oui		

À quelle fréquence repérer ?

- Au moins une fois par an si possible, et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psychosocial).
- En cas de **risque situationnel** : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.).

Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente. De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de Santé publique France, de la Fédération Addiction, de la Fédération Française d'Addictologie et de l'Association Addictions France.

REPÉRAGE PRÉCOCE

1b

Consommation déclarée → Évaluation du risque → Intervention brève → Accompagnement

Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score** :
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score** :
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score** :
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score** :
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score** :

Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)
Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 ; renforcement des conduites favorables à la santé
Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 : intervention brève
Dépendance probable : H et F plus de 8 : proposer une consultation d'addictologie

Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (binge drinking, biture express, ivresse aiguë) : à partir de 6 verres standard (soit 60 g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Zéro alcool chez la femme dès le projet de grossesse
www.agir-pour-bebe.fr

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages

- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque fatal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.

Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :
25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés [alco pops - prémix]),
10 cl de vin à 12°, 7 cl de vin cuit à 18°, 3 cl d'alcool à 40°
(whisky, vodka), 2,5 cl d'alcool à 45° (pastis, digestif)



Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

Une réponse positive : information minimale sur les risques
 Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.
 Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

Conseil d'arrêt

« Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »

Proposer un accompagnement

« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »
 « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI OUI

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »

Si non, le patient n'a jamais fumé.

Si oui :

- « pendant combien de temps ? »

- « depuis quand avez-vous arrêté ? »

REPÉRAGE PRÉCOCE



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer** avec le consommateur ses **risques** personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



→ Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Le **bon moment** pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



REPÉRAGE PRÉCOCE



Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

→ La notion d'essai dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.

→ La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.



DROGUES-INFO-SERVICE.FR
 07 80 00 23 13

tabac
info
service

ALCOOL-INFO-SERVICE.FR
 07 80 00 93 93

agirpourbêbê

1. Médicaments sédatifs**Anxiolytiques**

Alprazolam* (Xanax®)
Bromazépam* (Lectopam®)
Buspirone (Buspar®)
Chlordiazépoxide (Librax®, Librium)
Clonazépam* (Rivotril®)
Clorazépate* (Tranxene (D))
Diazépam* (Valium®)
Hydroxyzine (Atarax®)
Lorazépam* (Ativan®)
Meprobamate (282 MEP®)
Oxazépam* (Serax(D))

Hypnotiques

Flunitrazépam (Rohypnol)
Flurazépam* (Dalmane (D))
Hydrate de Chloral
Nitrazépam* (Mogadon®)
Témazépam* (Restoril®)
Triazolam (Halcion(D))
Zapelon (Starnoc (D))
Zipoclone (Imovane®)

Barbituriques

Butalbital (Fiorinal®, Trianal®)
Phénobarbital (Bellergal®, Donnatal (D))

2. Cannabis

Pot
Hash
Huile de haschich

3. PCP

Kétamine
Ketalar®
PCP (souvent
vendu sous le
nom de mess ou
mescaline)

4. Hallucinogènes

Acide
Champignons (psilocybine)
Ecstasy (MDMA/MDA)
L.S.D.
Mescaline
Salvia

5. Cocaïne

Cocaïne (prise + I.V.)
Crack (fumé)
Freebase (fumé)

6. Autres stimulants

Amphétamine (Dexedrine®, Benzadrine,
Adderall®, *Crystal*)
Métamphétamine (*Crystalmeth*, Méthédrine)
Métylphénidate (Ritalin®, Concerta®)
Phentermine (Ionamin® (D), Fastin)
Phémmétrazine (Preludine (D))

8. Inhalants

Aérosol
Colle
Chloroforme
Décapant
Dissolvant
Essence
Peinture
Poppers

9. GHB

Légende:
* = Type benzodiazépine
® = Nom commercial
Italique = Nom de rue
D = Discontinué

7. Opiacés

Buprénorphine (Suboxone®)
Codéine (Empracet®, 222®,
Tylenol-C®, Fiorinal-C®,
Robaxacet-8®)
Diphénoxylate (Lomotil®)
Fentanyl (Duragesic®)
Héroïne (*Snack*)
Hydrocodone (Tussionex®)
Hydromorphe (Dilaudid®)
Morphine (MS-Contin®, Statex®, MS IR®)

Sirops avec codéine ou hydrocodone

(Ces sirops sont en vente libre
mais derrière le comptoir)
Benylin® codéine 3,3 mg D-E
Dalmaac®
Dimétane-Expectorant-C-DC®
Novahistex C et DH®
Tussaminc® DH
Triaminic® C et DH

Interprétation des scores de l'ESD

- 0-2 **Intervention par les services de 1^{re} ligne (CISS/CIUSSS)**
3-5 **Répondre aux questions 16 à 24 avant de contacter l'intervenant des services spécialisés en dépendance (CISS/CIUSSS) pour discussion concernant l'orientation**
6-15 **Intervention des services spécialisés en dépendance (CISS/CIUSSS)**

J'autorise _____ à faire
parvenir la présente évaluation à _____
et à en discuter pour fin d'orientation.

Date: _____ Signature usager _____

Valide jusqu'au _____

Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD)

Tremblay, Rouillard, & Sirois, (2000)

Si l'individu a un score se situant entre 3 et 5 à l'ESD, demander les questions suivantes avant de contacter le clinicien du service spécialisé en dépendance.

DEPUIS UN AN...

	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)
16. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	16. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?	17. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	18. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation de drogues?	19. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Avez-vous consommé de la drogue dans des situations où cela augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? ...	20. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez consommé de la drogue?	21. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues?	22. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Avez-vous eu des problèmes judiciaires (autres qu'arrestation pour conduite avec facultés affaiblies) reliés à votre consommation de drogues? Si oui, spécifiez :	23. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	24. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le DÉBA dans ses versions 'Alcool' et 'Drogues' est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation. Vous pouvez vous le procurer en le téléchargeant sur le site Web du RISQ au www.risqtoxico.ca. Pour informations, contactez Nadine Blanchette-Martin au 418-663-5008 poste 4932 ou au 1-866-303-5678 ou à l'adresse courriel suivante: nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca

DÉBA-D_v2.0p. 2016-11-14

https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciass_laurentides/Soins_et_service_s/Dependances/DEBA_D_F.pdf

Manuel

utilisation :

[https://www.ciuss-](https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/MissionUniversitaire/Recherche/groupecherche/DSMD_manuel_utilisation_deba.pdf)

[capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/MissionUniversitaire/Recherche/groupecherche/DSMD_manuel_utilisation_deba.pdf](https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/MissionUniversitaire/Recherche/groupecherche/DSMD_manuel_utilisation_deba.pdf)

A. OMS - ASSIST V3.0, français

Interviewer |.....| Clinique |.....|

Identité patient |.....| Date |.....|

INTRODUCTION (A lire au patient. Peut être adapté au contexte local)

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce bref entretien portant sur l'alcool, le tabac et d'autres drogues.

De nombreuses drogues, certains médicaments inclus, peuvent affecter votre santé. Pour bien vous soigner, il est important pour votre soignant d'avoir des informations précises sur vos consommations.

Les questions qui suivent portent sur vos consommations d'alcool, de tabac et d'autres drogues au cours de votre vie et des 3 derniers mois, indépendamment de la voie de consommation (fumé, avalé, sniffé, inhalé, injecté, pris sous forme de pilule, etc.) [montrer CARTE REPONSE - ASSIST].

Certaines des substances listées peuvent être prescrites par un médecin (comme par ex. des médicaments contre la douleur, des calmants, des somnifères, des coupe-faim, des stimulants). Pour cet entretien, nous ne prenons pas en compte les médicaments pris sur ordonnance médicale. Cependant, si vous avez pris ces médicaments pour des raisons autres que celles de la prescription ou que vous les avez pris plus fréquemment ou à plus haute dose que prescrit, je vous prie de me le faire savoir.

Soyez assuré que toutes les informations recueillies seront traitées de façon strictement confidentielle, y compris celles concernant les drogues illicites ou interdites.

Note : Avant de poser les questions suivantes, donnez la CARTE REPONSE ASSIST au patient.

Question 1

(S'il s'agit d'une passation lors d'un suivi, veuillez comparer les réponses du patient avec celles données lors de l'évaluation initiale. Toute différence devrait être investiguée.)

Parmi les substances suivantes, lesquelles avez-vous <u>déjà</u> consommées au cours de votre vie ?	NON	OUI
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)	0	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	3
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3
j. Autres – spécifiez:	0	3

Si toutes les réponses sont négatives → demandez : « même lorsque vous étiez à l'école » ?

Si « non » à tous les items → arrêtez l'entretien

Si « oui » à l'un ou plusieurs de ces items → posez la Question 2 concernant ces substances.

Question 2

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous consommé les substances que vous avez mentionnées (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.)?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	2	3	4	6
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	2	3	4	6
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	2	3	4	6
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	2	3	4	6
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	2	3	4	6
j. Autres – spécifiez:	0	2	3	4	6

Si « jamais » à tous les items de la Question 2 → passez à la Question 6.

Si une ou plusieurs substances de la Question 2 ont été utilisées au cours des 3 derniers mois, continuez avec les Questions 3, 4 et 5 pour chaque substance consommée.

Question 3

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un fort désir ou un besoin irrésistible de consommer (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.)?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	3	4	5	6
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	3	4	5	6
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	3	4	5	6
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	3	4	5	6
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	3	4	5	6
j. Autres – spécifiez:	0	3	4	5	6

Question 4

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) a-t-elle entraîné des problèmes de santé ou des problèmes sociaux, légaux ou financiers?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	4	5	6	7
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	4	5	6	7
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	4	5	6	7
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	4	5	6	7
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	4	5	6	7
j. Autres – spécifiez:	0	4	5	6	7

Question 5

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois n'avez-vous pas pu accomplir ce qui était normalement attendu de vous en raison de votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Jamais	1 ou 2 fois	Mensuellement	Hebdomadairement	Chaque jour ou presque chaque jour
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	5	6	7	8
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	5	6	7	8
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	5	6	7	8
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	5	6	7	8
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	5	6	7	8
j. Autres – spécifiez:	0	5	6	7	8

Posez les Questions 6 et 7 concernant toutes les substances déjà consommées au cours de la vie (à savoir toutes celles avec réponse positive à la question 1)

Question 6

Est-ce qu'un ami, un proche ou quelqu'un d'autre s'est déjà dit préoccupé par votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
j. Autres – spécifiez:	0	6	3

Question 7

Avez-vous déjà essayé, sans succès, de contrôler, de diminuer ou d'arrêter votre consommation de (PREMIERE SUBSTANCE, DEUXIEME SUBSTANCE, etc.) ?	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)	0	6	3
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vin, spiritueux, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, joint, herbe, hash, etc.)	0	6	3
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)	0	6	3
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)	0	6	3
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)	0	6	3
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)	0	6	3
j. Autres – spécifiez:	0	6	3

Question 8

	Non, jamais	Oui, au cours des 3 derniers mois	Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.
Avez-vous déjà pris de la drogue en injection ? (USAGE NON MEDICAL SEULEMENT)	0	2	1

NOTE IMPORTANTE

Demandez aux patients qui se sont injecté des drogues durant les 3 derniers mois quelle a été la fréquence d'injection durant cette période, afin d'évaluer le niveau de risque et de déterminer les priorités d'intervention.

FREQUENCE D'INJECTION

Une fois par semaine ou moins
OU
moins de 3 jours de suite

RECOMMANDATIONS

Intervention brève incluant la carte « risques associés avec l'injection »

Plus d'une fois par semaine
OU
3 jours ou plus de suite

Évaluation approfondie et traitement plus intensif*

Comment calculer un score pour une substance spécifique ?

Pour chaque substance (désignée de a. à j.) additionnez les scores obtenus pour les Questions 2 à 7. N'incluez pas le résultat de la Question 1 ou de la Question 8 dans ce score. Par exemple, un score pour le cannabis serait calculé ainsi : Q2c+Q3c+Q4c+Q5c+Q6c+Q7c

Notez que la question 5 sur le tabac n'est pas codée et est calculée ainsi : Q2a+Q3a+Q4a+Q6a+Q7a.

L'INTERVENTION RECOMMANDEE SE BASE SUR LE SCORE « SUBSTANCE SPECIFIQUE ».

	Score « substance spécifique » relevé	Pas d'intervention	Intervention brève	Traitement plus intensif*
a. Tabac		0 - 3	4 - 26	≥ 27
b. Alcool		0 - 10	11 - 26	≥ 27
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	≥ 27
d. Cocaïne		0 - 3	4 - 26	≥ 27
e. Amphétamine		0 - 3	4 - 26	≥ 27
f. Solvants		0 - 3	4 - 26	≥ 27
g. Calmants		0 - 3	4 - 26	≥ 27
h. Hallucinogènes		0 - 3	4 - 26	≥ 27
i. Opiacés		0 - 3	4 - 26	≥ 27
j. Autres drogues		0 - 3	4 - 26	≥ 27

NOTE : *L'évaluation approfondie et le traitement plus intensif peuvent être prodigués, selon le contexte local, par des professionnels de la santé de premier recours ou par un service spécialisé dans les addictions.

B. OMS - ASSIST V3.0 CARTE RÉPONSE POUR LES PATIENTS

Carte réponse – substances

a. Tabac (cigarette, cigare, pipe, narguilé, tabac à chiquer, etc.)
b. Boissons alcooliques (bière, alcopop, vins, spiritueux, etc.)
c. Cannabis (marijuana, joints, herbe, hash, etc.)
d. Cocaïne (coke, crack, etc.)
e. Stimulants de type amphétamine (speed, pilules thaï, pilules coupe faim, ecstasy, etc.)
f. Solvants (colle, essence, diluant, etc.)
g. Calmants ou somnifères (Valium [®] , Seresta [®] , Dormicum [®] , Rohypnol [®] , Stilnox [®] , etc.)
h. Hallucinogènes (LSD, champignons, PCP, etc.)
i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine, buprénorphine, etc.)
j. Autres – spécifiez:

Carte réponse (ASSIST - questions 2-5)

Jamais: pas de consommation au cours des 3 derniers mois.

Une ou deux fois: une ou deux fois au cours des 3 derniers mois.

Mensuellement: une à trois fois en un mois.

Hebdomadairement : une à quatre fois par semaine.

Chaque jour ou presque chaque jour: cinq à sept jours par semaine.

Carte réponse (ASSIST - questions 6-8)

Non, jamais.

Oui, mais pas au cours des 3 derniers mois.

Oui, durant les derniers 3 mois.

Drug Abuse Screening Test (DAST-10)

Voici une liste de questions pour avoir des renseignements sur votre éventuelle consommation de médicaments et autres drogues au cours des 12 derniers mois, à l'exclusion de l'alcool et du tabac.

L'expression « abus de médicaments et autres drogues » utilisée dans les questions désigne soit l'utilisation excessive de médicaments d'ordonnance ou sans ordonnance, soit l'usage de drogues à des fins non-médicales.

Question	Non	Oui
1 - Avez-vous consommé d'autres médicaments ou drogues que ceux qui sont requis pour des raisons médicales ?		
2 - Abusez-vous de plus d'un médicament ou d'une drogue à la fois ?		
3 - Pouvez-vous toujours cesser de consommer quand vous le désirez ? (Si vous n'avez jamais consommé de médicaments ou d'autres drogues, répondez « Oui ».)		
4 - Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance (« blackouts ») ou des « flashbacks » causés par une consommation de médicaments ou d'autres drogues ?		
5 - Votre consommation de médicaments ou d'autres drogues vous gêne-t-elle ou vous sentez-vous coupable ? (Si vous n'en avez jamais consommé, répondez « Non ».)		
6 - Votre conjointe, votre conjoint, votre partenaire ou vos parents se sont-ils déjà plaints de votre consommation de médicaments ou de drogues ?		
7 - Avez-vous négligé votre famille à cause de votre consommation de médicaments ou d'autres drogues ?		
8 - Avez-vous déjà eu des activités illicites afin d'obtenir des médicaments ou d'autres drogues ?		
9 - Avez-vous déjà expérimenté des symptômes de sevrage (se sentir malade) lorsque vous avez cessé de consommer des médicaments ou d'autres drogues ?		
10 - Avez-vous déjà eu des problèmes médicaux causés par votre consommation de médicaments ou d'autres drogues (perte de mémoire, hépatite, convulsions, hémorragie, etc.) ?		

Cotation : attribuer 1 point en cas de réponse « oui », sauf question 3 = 1 point en cas de réponse « non »)

Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items.

Score < 2 : usage non problématique de drogue ou médicament

Score de 2 à 4 : usage problématique de drogue ou de médicament

Score > 4 : addiction à une drogue ou un médicament



Annexe L : Questionnaire AUDIT

Questionnaire AUDIT

AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test

Interprétation : L'AUDIT est interprété en fonction de la somme des points des 10 questions.

Chaque réponse est cotée de 0 à 4.

Score \geq ou = 5 : consommation à risque

Score \geq ou = 8 : usage nocif (7 chez la femme)

Score \geq ou = 12 : alcoolodépendance probable (11 chez la femme)

Questionnaire AUDIT

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

Annexe M : Echelle de comportement sexuel compulsif de Coleman

Indiquez la période de référence explorée :

actuelle avant l'arrêt du comportement sexuel compulsif, il y a _____ semaines

1. Est-ce que vous, ou ceux qui vous connaissent, pensent que vous êtes excessivement préoccupé ou obsédé par la sexualité ?

OUI NON

2. Est-ce qu'il vous arrive de vous sentir obligé d'avoir des rapports sexuels en réponse à des problèmes de stress, anxiété, ou dépression ?

OUI NON

3. Avez-vous eu de sérieux problèmes découlant de votre comportement sexuel (par exemple : perte d'un travail ou de relations, maladies sexuellement transmissibles, blessures ou maladies, délits sexuels) ?

OUI NON

4. Est-ce que certains aspects de votre comportement sexuel vous culpabilisent ou vous font honte ?

OUI NON

5. Fantasmez-vous ou faites-vous certaines pratiques sexuelles que d'aucuns considéreraient comme « déviantes » ?

OUI NON

6. Etes-vous constamment à la recherche (« balayage » de l'environnement) d'un partenaire éventuel ?

OUI NON

7. Est-ce qu'il arrive de vous sentir obsédé par quelqu'un qui ne s'intéresse pas à vous ou qui ne vous connaît même pas ?

OUI NON

8. Pensez-vous que votre masturbation est excessive, compulsive ou dangereuse ?

OUI NON

9. Avez-vous eu de nombreux rapports amoureux courts, intensifs et qui ne vous satisfont pas ?

OUI NON

10. Ressentez-vous le besoin constant de rapports sexuels ou d'expression amoureuse de vos rapports sexuels ?

OUI NON

Nombre de critères positifs : / 10

2 critères positifs : comportement sexuel problématique

Annexe N : Echelle HAD :

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

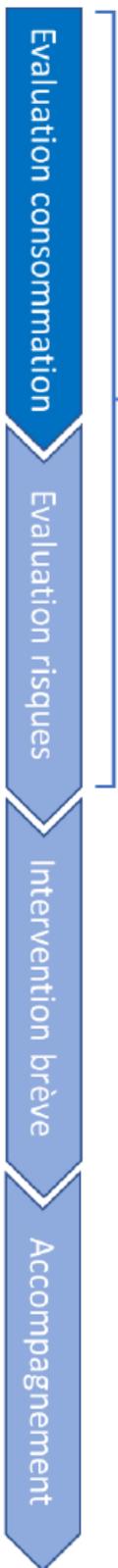
Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_echelle_had.pdf

Annexe O : Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève V1.0

Chemsex : Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

Repérage précoce



Evaluation de la pratique

Combien de fois pratiquez-vous le chemsex par mois?

- 1 fois/semaine ou plus
- 2fois/mois ou plus
- 1 fois par mois
- Moins d'une fois par mois

A quand remonte votre dernier rapport sexuel sans drogues?

- Plus de 6 mois
- Plus de 3 mois
- Plus d'un mois
- Moins d'un mois

Quelle(s) substance(s) utilisez-vous dans votre pratique de chemsex?

Définition du chemsex et slam (guide d'utilisateur)
 En rouge : sujets pouvant présenter une pratique avec plus d'inconvénients et susceptibles de vouloir modifier leur comportement. (Evers et al. 2020)
 Liste des substances (guide d'utilisateur)

	Jamais	<1 fois/mois	1 à 3 fois/mois	1 à 2 fois/semaine	>2 fois/semaine	Oral	Sniff	Fumé	IV (slam)	Intra-rectal (plug)	Contexte sexuel solitaire
Alcool	<input type="radio"/>										
Cannabis	<input type="radio"/>										
Cocaine / Crack	<input type="radio"/>										
Cathinones	<input type="radio"/>										
Autres stimulants	<input type="radio"/>										
GHB/GBL	<input type="radio"/>										
Inhalants (oxygène) / solvants	<input type="radio"/>										
PCP / kétamine	<input type="radio"/>										
Opiacés	<input type="radio"/>										
Hallucinogènes	<input type="radio"/>										
Végéta, Cals, Levitra	<input type="radio"/>										
Association de plusieurs produits	<input type="radio"/>										

Repérage précoce

Evaluation consommation

Evaluation risques

Intervention brève

Accompagnement

Echelle de la Sécurité de la Dépendance : Choisir la substance la plus consommée ou perdue comme la plus problématique et poser les questions suivantes uniquement pour cette substance psychoactive					SI ISD > 3 -> Efficacité des Conséquences de la Consommation de Chimsex depuis 1 an					
	Jamais ou presque jamais (0)	Quelque fois (1)	Souvent (2)	Toujours ou presque toujours (3)	Jamais	1 fois	2-3 fois	4-11 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (>52 fois)
Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre pratique du chimsex ?										
Est-ce que l'idée de ne pas pratiquer du chimsex vous a rendu inquiet ou anxieux ?										
Est-ce que votre pratique de chimsex vous a préoccupé ?										
Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre pratique de chimsex ?										
Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter ou de vivre sans pratique de chimsex ?	Facile (0)	Assez difficile (1)	Très difficile (2)	Impossible (3)						
Voudriez-vous parler à un professionnel de la santé de l'usage de substances psychoactives pendant les rapports sexuels ?										
Avez-vous l'intention de changer ou d'adapter certains de vos comportements autour de la pratique du Chimsex ?	Oui	Non	Considérablement	Entièrement						
Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de drogues ou médicaments durant les rapports sexuels ? Et si oui, souhaitez-vous des conseils et/ou une aide pharmacologique ?										
Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages										
Existe-t-il des interactions entre des médicaments et substances psychoactives ?					Oui					
Partagez-vous votre matériel (seringues, pailles, sex-toys) ?					Non					
Avez-vous des rapports sexuels non protégés (sans préservatif et sans connaissance du statut sérologique du ou des partenaire(s)) ?										
Avez-vous connaissance de votre statut sérologique des STI ?										
Si séropositivité VIH, VHC, VHB, avez-vous un suivi spécialisé ?										
Si VIH +, avez-vous un traitement ARV et charge virale indétectable ?										
En cas de rapport sexuel à risque, avez-vous recours à la PrEP ou PEP ?										
Avez-vous réalisé un test sérologique il y a moins d'un an ou suite à votre dernier rapport à risque ?										

Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale : évaluation d'une comorbidité anxio-dépressive

L'échelle HAD est un instrument qui permet de détecter les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3, sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21)

<p>1. Je me sens tendu(e) ou éreuvé(e)</p> <p>- La plupart du temps 3</p> <p>- Souvent 2</p> <p>- De temps en temps 1</p> <p>- Jamais 0</p> <p>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</p> <p>- Oui, tout autant 0</p> <p>- Pas autant 1</p> <p>- Un peu seulement 2</p> <p>- Presque plus 3</p> <p>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</p> <p>- Très nettement 3</p> <p>- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2</p> <p>- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1</p> <p>- Pas du tout 0</p> <p>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses</p> <p>- Autant que par le passé 0</p> <p>- Plus autant qu'avant 1</p> <p>- Vraiment moins qu'avant 2</p> <p>- Plus du tout 3</p> <p>5. Je me fais du souci</p> <p>- Très souvent 3</p> <p>- Assez souvent 2</p> <p>- Occasionnellement 1</p> <p>- Très occasionnellement 0</p> <p>6. Je suis de bonne humeur</p> <p>- Jamais 3</p> <p>- Rarement 2</p> <p>- Assez souvent 1</p> <p>- La plupart du temps 0</p> <p>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)</p> <p>- Oui, quoi qu'il arrive 0</p> <p>- Oui, en général 1</p> <p>- Rarement 2</p> <p>- Jamais 3</p>	<p>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</p> <p>- Presque toujours 3</p> <p>- Très souvent 2</p> <p>- Parfois 1</p> <p>- Jamais 0</p> <p>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</p> <p>- Jamais 0</p> <p>- Parfois 1</p> <p>- Assez souvent 2</p> <p>- Très souvent 3</p> <p>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence</p> <p>- Plus du tout 3</p> <p>- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2</p> <p>- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1</p> <p>- J'y prête autant d'attention que par le passé 0</p> <p>11. J'ai la bougotte et n'arrive pas à tenir en place</p> <p>- Oui, c'est tout à fait le cas 3</p> <p>- Un peu 2</p> <p>- Pas tellement 1</p> <p>- Pas du tout 0</p> <p>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</p> <p>- Autant qu'avant 0</p> <p>- Un peu moins qu'avant 1</p> <p>- Bien moins qu'avant 2</p> <p>- Presque jamais 3</p> <p>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique</p> <p>- Vraiment très souvent 3</p> <p>- Assez souvent 2</p> <p>- Pas très souvent 1</p> <p>- Jamais 0</p> <p>14. Je peux entendre plus à un bon titre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</p> <p>- Souvent 0</p> <p>- Parfois 1</p> <p>- Rarement 2</p> <p>- Très rarement 3</p>
---	--

Scores et interprétation (cf Guide utilisateur)

Synthèse des résultats du repérage précoce

Score de sévérité du chemsex	/15
Demande d'aide ou intention de modifier la pratique de chemsex	OUI / NON
Existence de conséquences notables	OUI / NON
Présence de situations majorant le risque de dommages	OUI / NON
Score anxiété (HAD-A)	/21
Score dépression (HAD-D)	/21
Score addiction sexuelle	/25

Echelle SAST (Sexual Addiction Screening Test) de Carnes (optionnel)

<p>1 - Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence ?</p> <p>2 - Vous êtes-vous abîmé ou avez-vous régulièrement acheté des revues érotiques ?</p> <p>3 - Vos parents avaient-ils des troubles sexuels ?</p> <p>4 - Êtes-vous souvent préoccupé par des pensées de nature sexuelle ?</p> <p>5 - Avez-vous le sentiment que votre sexualité n'est pas normale ?</p> <p>6 - Votre partenaire a-t-il (elle) déjà souffert ou s'est-il (elle) plaint(e) de votre comportement sexuel ?</p> <p>7 - Avez-vous des difficultés à maîtriser votre comportement sexuel quand vous savez qu'il n'est pas approprié ?</p> <p>8 - Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ?</p> <p>9 - Votre comportement sexuel a-t-il déjà été à l'origine de difficultés pour vous ou votre famille ?</p> <p>10 - Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimez pas ?</p> <p>11 - Avez-vous déjà craint que des personnes puissent se renseigner sur vos activités sexuelles ?</p> <p>12 - Est-ce que quelqu'un a déjà été choqué moralement par vos pratiques sexuelles ?</p>	<p>13 - Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors-la-loi ?</p> <p>14 - Vous êtes-vous déjà fait la promesse d'abandonner certains aspects de votre sexualité ?</p> <p>15 - Avez-vous déjà fait des efforts et échoué pour abandonner un certain type de comportement sexuel ?</p> <p>16 - Devez-vous dissimuler certains aspects de votre sexualité aux autres ?</p> <p>17 - Avez-vous tenté d'arrêter certaines de vos activités sexuelles ?</p> <p>18 - Vous êtes-vous déjà senti dégradé par votre comportement sexuel ?</p> <p>19 - Le sexe a-t-il été une façon pour vous d'échapper à vos problèmes ?</p> <p>20 - Vous sentez-vous déprimé après un rapport sexuel ?</p> <p>21 - Avez-vous ressenti le besoin d'espacer une certaine forme d'activité sexuelle ?</p> <p>22 - Votre activité sexuelle a-t-elle déjà interféré avec votre vie familiale ?</p> <p>23 - Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec des mineurs ?</p> <p>24 - Vous sentez-vous dirigé par votre désir sexuel ?</p> <p>25 - Pensez-vous parfois que votre désir sexuel est plus fort que vous ?</p>
---	---

Création (cf guide utilisateur)

Evaluation consommation

Evaluation risques

Intervention brève

Accompagnement

- 1) Restitution des résultats
- 2) Information des risques sur la consommation de substance, évaluer avec l'usager ces risques personnels et situationnels
- 3) Identifier les représentations et attentes du consommateur
- 4) Echanger sur l'intérêt personnel à l'arrêt ou baisse de la consommation
 - Aborder un usage plus sécuritaire des substances
 - Conseils de réduction des risques sur la pratique
 - Réduction des risques sur le plan infectiologique
 - En cas de SIDA : Education aux risques liés au geste de l'injection
- 5) Discuter des méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa pratique de chemsex
- 6) Proposer des objectifs et laisser le choix.
- 7) Evaluation (3 échelles) de la motivation, le bon moment (temporalité) et la confiance dans la réussite des objectifs fixés.
- 8) Proposer une autre consultation, remise de brochure ou orienter vers un site internet (cf. accompagnement).

Motivation



Le bon moment



Confiance



Evaluation consommation

Evaluation risques

Intervention brève

Accompagnement

Orienter le patient

- Numéro d'urgence, dispositif d'écoute 24h/7j (AIDES) : WhatsApp 07 62 93 22 29**
- Réseaux addiction, centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et des CAARUD, des services hospitaliers d'addictologie www.drogues-info-service.fr
- Des **CAGIDD**, des **SMIT**, **coordinations régionales de la lutte contre le VIH (COREVIH)** et des **associations de lutte contre le sida et autres IST**.
- Des associations homosexuelles (www.federationlgbt.org) ; des thérapeutes **gay friendly** : association de médecine **gay friendly** : www.asso.medecinegayfriendly.fr ; association **PsyGay** : www.psygay.com
- Psychiatres, psychologues ou sexologues selon l'évaluation des comorbidités/complications anxieuses, dépressives

Brochures :

- 4 brochures chemsex développées par AIDES : <https://www.aides.org/publication/chemsex-des-informations-pour-reduire-les-risques> ; réduire les risques, consommer à moindre risque / Prévention sexuelle au VIH, Hépatites et IST / Comment organiser un plan safe ? / GHB/GDL, ce qu'il faut savoir
- Plan Chemsex (publié par le Checkpoint Paris, en partenariat avec AIDES) : www.lechemsex.org/le-chemsex-59
- Plan Chemsex ? Es-tu au clair avec les risques que tu prends ? (publié par Actions Traitement) : www.actions-traitement.org/wp-content/uploads/2014/07/DEPLANT_L'ORIGINE_BATZ.pdf
- Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, brochure publiée par NIPES (Santé publique France) : <http://nipes.santepubliquefrance.fr/CHESEX/catalogue/details.asp?numche=1236>

Sites Internet :

- Site élaboré par des professionnels d'addiction visant à aider les professionnels de santé de premier recours : www.informatic-addiction.org
- Site d'information francophone sur les drogues : www.drogues-info-service.fr
- Site d'information sur le chemsex : <http://www.khuz/dossier/le-chemsex/>
- Site anglophone de RIDD : www.ridd.me
- Risques d'interactions entre les traitements antituberculeux et les NPS : www.hiv-sida.org/fr/interactions-nps
- Risque d'interactions entre les différents produits, site anglophone : <http://www.combo.ridd.me>

Repérage précoce



Echelle de la Sévérité de la Dépendance (Choisir la substance la plus consommée ou perçue comme la plus problématique et poser les questions suivantes uniquement pour cette substance psychoactive)

	Jamais ou presque jamais (0)	Occasionnelle (1)	Souvent (2)	Toujours ou presque toujours (3)
Avez-vous senti que vous aviez perdu le contrôle de votre pratique du chemsex ?				
Pensez-vous qu'il est difficile de ne pas pratiquer du chemsex vous à moins l'insérer ou utiliser ?				
Est-ce que votre pratique de chemsex vous a préoccupé ?				
Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre pratique de chemsex ?				
Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter ou de réduire votre pratique de chemsex ?	Facile (0)	Assez difficile (1)	Très difficile (2)	Impossible (3)
Voudriez-vous parler à un professionnel de la santé de l'usage de drogues pendant les rapports sexuels ?			Oui	Non
Avez-vous l'intention de changer ou d'adapter certains de vos comportements autour de la pratique de chemsex ?	Oui	Non	Consulter	Traitement

⇒ Un score > 3 sur les 5 premières questions traduirait une dépendance à la pratique de chemsex et il conviendrait de questionner les conséquences sur un an de la pratique du chemsex (cf tableau infra)

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages

	Oui	Non
Existe-t-il des interactions entre des médicaments et substances psychoactives ?		
Partagez-vous votre matériel (seringues, pailles, sex-toys) ?		
Avez-vous des rapports sexuels non protégés (sans préservatif et sans connaissance du statut sérologique du ou des partenaires(s)) ?		
Avez-vous connaissance de votre statut sérologique des IST ?		
Si séropositivité VIH, VHC, VHB, avez-vous un suivi spécialisé ?		
Si VIH +, avez-vous un traitement ARV et charge virale indétectable ?		
En cas de rapport sexuel à risque, avez-vous recours à la PEP ou PEP ?		
Avez-vous réalisé un test sérologique il y a moins d'un an ou suite à votre dernier rapport à risque ?		

si ESD > 3 => Echelle des Conséquences de la Consommation de Chemsex depuis 1 an

	Jamais	1 fois	2-3 fois	4-11 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois)
Est-ce que votre pratique de chemsex a eu un impact négatif sur votre rendement au travail, dans vos études ou dans vos tâches ménagères ?						
Est-ce que votre pratique de chemsex a eu un impact négatif sur votre santé ou à une de vos relations proches ?						
Est-ce que votre pratique de chemsex a eu un impact négatif sur votre mariage, votre relation amoureuse ou votre famille ?						
Avez-vous manqué des jours de travail ou d'étude à cause de votre pratique de chemsex ?						
Avez-vous consommé des substances dans des situations où cela augmente le risque de se blesser ?						
Avez-vous conduit un véhicule à moteur alors que vous avez consommé des substances ?						
Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de substances ?						
Avez-vous eu des problèmes judiciaires liés à votre consommation ? Si oui spécifiez (autre que conduite)						
Avez-vous eu une expérience sexuelle non désirée dans le cadre de votre pratique de chemsex ?						

Il convient ensuite d'évaluer certaines pratiques majorant le risque de dommage (tableau ci-contre à gauche).

On évalue alors les comorbidités anxieuses et dépressives avec l'échelle HAD puis éventuellement l'existence d'une addiction sexuelle avec l'échelle SAST dont les cotations sont reprises dans les tableaux suivants.

Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale : évaluation d'une comorbidité anxio-dépressive

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). Outil validé (6).

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) : - 7 ou moins : absence de symptomatologie - 8 à 10 : symptomatologie douteuse - 11 et plus : symptomatologie certaine. Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Echelle SAST (Sexual Addiction Screening Test) de Carnes (optionnel)

Outil optionnel d'évaluation d'une addiction sexuelle, à utiliser notamment en cas de slam ou clinique évocatrice d'une addiction sexuelle

Cotation : Score de 10 à 13 : symptômes atténués d'addiction sexuelle

Score > 13 : Addiction sexuelle

Outil validé en français (7).

Synthèse des résultats du repérage précoce

Score de sévérité du chemsex	/15
Demande d'aide ou intention de modifier la pratique de chemsex	OUI / NON
Existence de conséquences notables	OUI / NON
Présence de situations majorant le risque de dommages	OUI / NON
Score anxiété (HAD-A)	/21
Score dépression (HAD-D)	/21
Score addiction sexuelle	/25

Un tableau synthétique des résultats est finalement proposé

- 1) **Restitution des résultats**
- 2) **Information des risques** sur la consommation de substance, évaluer avec l'usager ces risques personnels et situationnels

Possibilité d'aborder la notion de Consentement dans le Chemsex, particulièrement chez les usagers ayant rapporté des expériences non désirées.

En cas d'usage de plusieurs produits : sensibiliser sur les risques d'interactions et proposer une brochure ou un site internet pour en mesurer les risques (cf Accompagnement).

- 3) **Identifier les représentations et attentes du consommateur**

Augmentation de la maîtrise de soi, vécu positif de la pratique du chemsex et le retour sur les « expériences émotionnelles » positives et négatives liées au chemsex ou au slam

- 4) **Echanger sur intérêt personnel à l'arrêt ou baisse de la consommation**

Utilisation plus sécurisée des produits par rapport à leur toxicité: permet d'aborder les risques et différentes préoccupations d'utilisateurs : les complications somatiques et psychiques, limiter le risque d'overdose ainsi que la conduite à tenir, limiter le risque d'IST, limiter le risque de dépendance, arrêt des produits sur une courte période ou arrêt définitif.

Pour toute consommation, conseils de RDRD : éviter de consommer si on ne se sent pas bien psychologiquement, éviter de consommer seul, consommer dans un contexte rassurant avec personnes de confiance, commencer avec des petites quantités de produit, tester le produit pour vérifier qu'il ne provoque pas de réaction allergique, espacer les prises et si possible les consigner sur papier ou sur son téléphone en indiquant l'heure et le produit. Faire attention aux mélanges dans un laps de temps court (En particulier GHB/GBL/DB/kétamine et risque de coma, risque CV avec médicaments érectiles, poppers, ecstasy, amphétamines). Bien s'hydrater. Pas d'échange de paille. En cas de bad trip appeler le 112 ou 15.

Pour toute consommation : RDRD infectiologie : Reprendre rapidement les mesures de dépistage régulier du VIH/VHC/VHB/VHA et autres IST, la vaccination HBV, l'usage de préservatifs et gels lubrifiants et l'usage de gants en latex avec ongles coupés pour la pratique du fist-fucking, non partage de matériel (seringues, pailles et sex-toys). Rappeler l'existence et efficacité de la prophylaxie post-exposition et pré-exposition pour les patients séronégatifs pour le VIH. Pour patients séropositifs une charge virale indétectable permet de prescrire réduire totalement les risques de transmission : TasP (treatment as Prevention).

En cas de SLAM : Education aux risques liés au geste de l'injection : privilégier le bras pour injecter, se laver les mains et avant-bras, nettoyer le point d'injection avec chlorhexidine, filtrer le produit, faire une compression du site d'injection avec tampon sec, ne pas partager de seringue et de petit matériel et dans la mesure du possible ne pas les réutiliser. Il existe la possibilité d'éducation du geste d'injection comme en CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues. Le matériel nécessaire à l'injection est à disposition et en accès gratuit par différents organismes : les CAARUD : www.drogues-info-service.fr, le programme d'échange de seringues en pharmacie (PESP) accessible sur le site www.respadd.org, le programme d'échange de seringues par voie postale www.rdr-a-distance.info, ainsi que la vente en pharmacie de Stéribox (prix conseillé 1 euro).

- 5) **Discuter des méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation**

Il est important de proposer une approche sur la sexualité et la nécessité de la sauvegarder comme une valeur qui sera mise à mal à court terme par les produits qui étaient censées l'agrémenter. Il est possible de conseiller de commencer les rapports avant la prise de produit, d'éteindre le téléphone en début de session afin d'éviter de passer des heures sur les applis en quête de partenaires (screen fascination). Concernant le chemsex, on ne visera pas une abstinence en priorité mais plutôt l'espacement des plans, une réduction des consommations et réapprentissage de rapports sexuels sans produits. Pour les pratiques de Slam, il est possible d'effectuer une transition ou une alternance avec d'autres modes d'administration.

- 6) **Proposer des objectifs et laisser le choix.**

7) **Evaluation (3 échelles) de la motivation, le bon moment (temporalité) et la confiance** dans la réussite des objectifs fixés.

8) Proposer une autre consultation, remise de brochure ou orienter vers un site internet (cf. accompagnement).

Motivation



Le bon moment



Confiance



Orienter le patient

- Numéro d'urgence, dispositif d'écoute 24h/7j (AIDES) : WhatsApp 07 62 93 22 29

- Réseaux addiction, centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et des CAARUD, des services hospitaliers d'addictologie www.drogues-info-service.fr

- Des CeGIDD, des SMIT, coordinations régionales de la lutte contre le VIH (COREVIH) et des associations de lutte contre le sida et autres IST.

- Des associations homosexuelles (www.federation-lgbt.org) ; des thérapeutes gay friendly : association de médecine gay friendly : www.asso.medecinegayfriendly.fr ; association PsyGay : www.psygay.com

- Psychiatres, psychologues ou sexologues selon l'évaluation des comorbidités/complications anxieuses, dépressives

Brochures :

4 brochures chemsex développées par AIDES : <https://www.aides.org/publication/chemsex-des-informations-pour-reduire-les-risques> : Réduire les risques, consommer à moindre risque / Prévention sexuelle au VIH, Hépatites et IST / Comment organiser un plan safe ? / GHB/GBL, ce qu'il faut savoir

Plan Chems (publiée par le Checkpoint Paris, en partenariat avec AIDES) : www.lekiosque.org/le-kiosque/59

Plan Chems ? Es-tu au clair avec les risques que tu prends ? (publiée par Actions Traitements) : www.actions-traitements.org/wp-content/uploads/2011/07/DEPLIANT-DROGUE-BAT2.pdf

Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, brochure publiée par l'INPES (Santé publique France) : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1236>

Sites internet :

Site élaboré par des professionnels d'addiction visant à aider les professionnels de santé de premier recours : www.intervenir-addictions.org

Site d'information francophone sur les drogues : www.drogues-info-service.fr

Site d'information sur le chemsex : <https://vih.org/dossier/le-chemsex/>

Sites anglophones de RDRD : www.tripsit.me

Risques d'interactions entre les traitements antirétroviraux et les NPS : www.hiv-druginteractions.org

Risque d'interactions entre les différents produits, site anglophone : <https://combo.tripsit.me>

Références bibliographiques :

- 1-Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P. « Chemsex » and harm reduction need among gay men in South London. *Int J Drug Policy*. déc 2015;26(12):1171-6.
- 2-McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ*. 3 nov 2015;351:h5790.
- 3- Evers YJ, Hoebe CJP, Dukers-Muijers NHTM, Kampman CJG, Kuizenga-Wessel S, Shilue D, et al. Sexual, addiction and mental health care needs among men who have sex with men practicing chemsex – a cross-sectional study in the Netherlands. *Prev Med Rep*. juin 2020;18:101074.
- 4- Kirby T, Thornber-Dunwell M. High-risk drug practices tighten grip on London gay scene. *The Lancet*. janv 2013;381(9861):101-2
- 5- Schreck B. Le slam, nouvelle pratique en Addictologie : aspects psychopharmacologiques. Université de Nantes; 2021.
- 6- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. févr 2002;52(2):69-77.
- 7 -Hegbe KG, Courtois R, Brunault P, Reveillere C, Barrault S. Validation de la version française du Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr). *L'Encéphale*. oct 2020;46(5):334-9

Évaluation outils RPIB Chemsex



[Redacted user name]

[Changer de compte](#)



Nom et Prénom

Votre réponse

Quel est votre âge?

Votre réponse

Quel est votre genre?

- Féminin
- Masculin
- Autre

Quelle est votre profession?

Votre réponse

Depuis combien de temps exercez-vous? (en année)

Votre réponse

Quel est votre lieu d'exercice professionnel?

Votre réponse

Avez-vous une formation d'addictologie?

- FST / DESC d'addictologie
- DU d'addictologie
- Non
- Autre :

Êtes-vous concernés par la prise en charge de patients ayant une pratique de chemsex?

- Oui
- Non

Quelle est, selon vous, la proportion de votre patientèle qui pratique le chemsex?

- Plus de 50%
- Entre 20 et 50%
- Entre 10 et 20%
- Moins de 10%
- Aucun

Selon vous, quelle est le niveau de complexité de la prise en charge de patients ayant une problématique liée à leur pratique de chemsex ?

- Très complexe
- Complexe
- Moyennement complexe
- Facile
- Très facile

Pensez-vous avoir besoin d'un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève pour la pratique du chemsex?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

De quels autres outils ou dispositifs pourriez-vous avoir besoin dans le cadre de ces prises en charge?

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'ajouter sur cette diapo?

Evaluation de la pratique

Combien de fois pratiquez-vous le chemsex par mois?

- 1 fois/semaine ou plus
- 2fois/mois ou plus
- 1 fois par mois
- Moins d'une fois par mois

A quand remonte votre dernier rapport sexuel sans drogues?

- Plus de 6 mois
- Plus de 3 mois
- Plus d'un mois
- Moins d'un mois

Quelle(s) substance(s) utilisez-vous dans votre pratique de chemsex?

Définition du chemsex et slam (guide d'utilisateur)

En rouge : sujets pouvant présenter une pratique avec plus d'inconvénients et susceptibles de vouloir modifier leur comportement (Evers et al. 2020)

Liste des substances (guide d'utilisateur)

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'enlever sur cette diapo

Evaluation de la pratique

Combien de fois pratiquez-vous le chemsex par mois?

- 1 fois/semaine ou plus
- 2fois/mois ou plus
- 1 fois par mois
- Moins d'une fois par mois

A quand remonte votre dernier rapport sexuel sans drogues?

- Plus de 6 mois
- Plus de 3 mois
- Plus d'un mois
- Moins d'un mois

Quelle(s) substance(s) utilisez-vous dans votre pratique de chemsex?

Définition du chemsex et slam (guide d'utilisateur)

En rouge : sujets pouvant présenter une pratique avec plus d'inconvénients et susceptibles de vouloir modifier leur comportement (Evers et al. 2020)

Liste des substances (guide d'utilisateur)

Votre réponse

Quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter sur cette diapo?

Evaluation de la pratique

Combien de fois pratiquez-vous le chemsex par mois?

- 1 fois/semaine ou plus
- 2 fois/mois ou plus
- 1 fois par mois
- Moins d'une fois par mois

A quand remonte votre dernier rapport sexuel sans drogues?

- Plus de 6 mois
- Plus de 3 mois
- Plus d'un mois
- Moins d'un mois

Quelle(s) substance(s) utilisez-vous dans votre pratique de chemsex?

Définition du chemsex et slam (guide d'utilisateur)

En rouge : sujets pouvant présenter une pratique avec plus d'inconvénients et susceptibles de vouloir modifier leur comportement (Evers et al. 2020)

Liste des substances (guide d'utilisateur)

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'ajouter sur cette diapo?

	Jamais	<1 fois/mois	1 à 3 fois/mois	1 à 2 fois/semaine	>2 fois/semaine	Oral	Sniff	Fumé	IV (slam)	Intra-rectal (plug)	Contexte sexuel solitaire
Alcool	<input type="radio"/>										
Cannabis	<input type="radio"/>										
Cocaïne / Crack	<input type="radio"/>										
Cathinones	<input type="radio"/>										
Autres stimulants	<input type="radio"/>										
GHB/GBL	<input type="radio"/>										
Inhalants (poppers) / solvants	<input type="radio"/>										
PCP / Kétamine	<input type="radio"/>										
Opiacés	<input type="radio"/>										
Hallucinogènes	<input type="radio"/>										
Viagra, Cialis, Levitra	<input type="radio"/>										
Association de plusieurs produits	<input type="radio"/>										

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'enlever sur cette diapo

	Jamais	<1 fois/mois	1 à 3 fois/mois	1 à 2 fois/semaine	>2 fois/semaine	Oral	Sniff	Fumé	IV (slam)	Intra-rectal (plug)	Contexte sexuel solitaire
Alcool	<input type="radio"/>										
Cannabis	<input type="radio"/>										
Cocaïne / Crack	<input type="radio"/>										
Cathinones	<input type="radio"/>										
Autres stimulants	<input type="radio"/>										
GHB/GBL	<input type="radio"/>										
Inhalants (poppers) / solvants	<input type="radio"/>										
PCP / Kétamine	<input type="radio"/>										
Opiacés	<input type="radio"/>										
Hallucinogènes	<input type="radio"/>										
Viagra, Cialis, Levitra	<input type="radio"/>										
Association de plusieurs produits	<input type="radio"/>										

Votre réponse

Quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter sur cette diapo?

	Jamais	<1 fois/mois	1 à 3 fois/mois	1 à 2 fois/semaine	>2 fois/semaine	Oral	Sniff	Fumé	IV (slam)	Intra-rectal (plug)	Contexte sexuel solitaire
Alcool	<input type="radio"/>										
Cannabis	<input type="radio"/>										
Cocaïne / Crack	<input type="radio"/>										
Cathinones	<input type="radio"/>										
Autres stimulants	<input type="radio"/>										
GHB/GBL	<input type="radio"/>										
Inhalants (poppers) / solvants	<input type="radio"/>										
PCP / Kétamine	<input type="radio"/>										
Opiacés	<input type="radio"/>										
Hallucinogènes	<input type="radio"/>										
Viagra, Cialis, Levitra	<input type="radio"/>										
Association de plusieurs produits	<input type="radio"/>										

Votre réponse

Concernant le guide utilisateur, dans la partie "Evaluation consommation", quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter?

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'ajouter sur cette diapo?

Echelle de la Sévérité de la Dépendance : Choisir la substance la plus consommée ou perçue comme la plus problématique et poser les questions suivantes uniquement pour cette substance psychoactive				
	Jamais ou presque jamais (0)	Quelque fois (1)	Souvent (2)	Toujours ou presque toujours (3)
Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre pratique du chemsex ?				
Est-ce que l'idée de ne pas pratiquer du chemsex vous a rendu inquiet ou anxieux ?				
Est-ce que votre pratique de chemsex vous a préoccupé ?				
Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre pratique de chemsex?				
	Facile (0)	Assez difficile (1)	Très difficile (2)	Impossible (3)
Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter ou de vivre sans pratique de chemsex ?				
			Oui	Non
Voudriez-vous parler à un professionnel de la santé de l'usage de substances psychoactives pendant les rapports sexuels ?				
Avez-vous l'intention de changer ou d'adapter certains de vos comportements autour de la pratique du chemsex ?				
	Oui	Non	Conseils	Traitement
Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de drogues ou médicaments durant les rapports sexuels ? Et si oui, souhaiteriez-vous des conseils et/ou une aide pharmaceutique?				

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'enlever sur cette diapo

Echelle de la Sévérité de la Dépendance : Choisir la substance la plus consommée ou perçue comme la plus problématique et poser les questions suivantes uniquement pour cette substance psychoactive				
	Jamais ou presque jamais (0)	Quelque fois (1)	Souvent (2)	Toujours ou presque toujours (3)
Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre pratique du chemsex ?				
Est-ce que l'idée de ne pas pratiquer du chemsex vous a rendu inquiet ou anxieux ?				
Est-ce que votre pratique de chemsex vous a préoccupé ?				
Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre pratique de chemsex ?				
	Facile (0)	Assez difficile (1)	Très difficile (2)	Impossible (3)
Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter ou de vivre sans pratique de chemsex ?				
			Oui	Non
Voudriez-vous parler à un professionnel de la santé de l'usage de substances psychoactives pendant les rapports sexuels ?				
Avez-vous l'intention de changer ou d'adapter certains de vos comportements autour de la pratique du chemsex ?				
	Oui	Non	Conseils	Traitement
Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de drogues ou médicaments durant les rapports sexuels ? Et si oui, souhaiteriez-vous des conseils et/ou une aide pharmaceutique ?				

Votre réponse

Quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter sur cette diapo?

Echelle de la Sévérité de la Dépendance : Choisir la substance la plus consommée ou perçue comme la plus problématique et poser les questions suivantes uniquement pour cette substance psychoactive				
	Jamais ou presque jamais (0)	Quelque fois (1)	Souvent (2)	Toujours ou presque toujours (3)
Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre pratique du chemsex ?				
Est-ce que l'idée de ne pas pratiquer du chemsex vous a rendu inquiet ou anxieux ?				
Est-ce que votre pratique de chemsex vous a préoccupé ?				
Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre pratique de chemsex?				
	Facile (0)	Assez difficile (1)	Très difficile (2)	Impossible (3)
Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter ou de vivre sans pratique de chemsex ?				
			Oui	Non
Voudriez-vous parler à un professionnel de la santé de l'usage de substances psychoactives pendant les rapports sexuels ?				
Avez-vous l'intention de changer ou d'adapter certains de vos comportements autour de la pratique du chemsex ?				
	Oui	Non	Conseils	Traitement
Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de drogues ou médicaments durant les rapports sexuels ? Et si oui, souhaiteriez-vous des conseils et/ou une aide pharmaceutique?				

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'ajouter sur cette diapo?

si ESD > 3 => Echelle des Conséquences de la Consommation de Chemsex depuis 1 an						
	Jamais	1 fois	2-3 fois	4-11 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (>52 fois)
Est-ce que votre pratique de chemsex a nui à votre rendement au travail, dans vos études ou dans les tâches ménagères ?						
Est-ce que votre pratique de chemsex a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches ?						
Est-ce que votre pratique de chemsex a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille ?						
Avez-vous manqué des jours de travail ou d'étude à cause de votre pratique de chemsex?						
Avez-vous consommé des substances dans des situations où cela augmente le risque de se blesser ?						
Avez-vous conduit un véhicule à moteur alors que vous aviez consommé des substances?						
Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de substances ?						
Avez-vous eu des problèmes judiciaires reliés à votre consommation ? Si oui spécifiez (autre que conduite)						
Avez-vous eu une expérience sexuelle non désirée dans le cadre de votre pratique de chemsex?						

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'enlever sur cette diapo

si ESD > 3 => Echelle des Conséquences de la Consommation de Chemsex depuis 1 an						
	Jamais	1 fois	2-3 fois	4-11 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (>52 fois)
Est-ce que votre pratique de chemsex a nui à votre rendement au travail, dans vos études ou dans les tâches ménagères ?						
Est-ce que votre pratique de chemsex a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches ?						
Est-ce que votre pratique de chemsex a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille ?						
Avez-vous manqué des jours de travail ou d'étude à cause de votre pratique de chemsex ?						
Avez-vous consommé des substances dans des situations où cela augmente le risque de se blesser ?						
Avez-vous conduit un véhicule à moteur alors que vous aviez consommé des substances ?						
Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de substances ?						
Avez-vous eu des problèmes judiciaires reliés à votre consommation ? Si oui spécifiez (autre que conduite)						
Avez-vous eu une expérience sexuelle non désirée dans le cadre de votre pratique de chemsex ?						

Votre réponse

Quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter sur cette diapo?

si ESD > 3 => Echelle des Conséquences de la Consommation de Chemsex depuis 1 an						
	Jamais	1 fois	2-3 fois	4-11 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (>52 fois)
Est-ce que votre pratique de chemsex a nui à votre rendement au travail, dans vos études ou dans les tâches ménagères ?						
Est-ce que votre pratique de chemsex a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches ?						
Est-ce que votre pratique de chemsex a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille ?						
Avez-vous manqué des jours de travail ou d'étude à cause de votre pratique de chemsex?						
Avez-vous consommé des substances dans des situations où cela augmente le risque de se blesser ?						
Avez-vous conduit un véhicule à moteur alors que vous aviez consommé des substances?						
Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de substances ?						
Avez-vous eu des problèmes judiciaires liés à votre consommation ? Si oui spécifiez (autre que conduite)						
Avez-vous eu une expérience sexuelle non désirée dans le cadre de votre pratique de chemsex?						

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'ajouter sur cette diapo?

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages		
	Oui	Non
Existe-t-il des interactions entre des médicaments et substances psychoactives?		
Partager-vous votre matériel (seringues, pailles, sex-toys)?		
Avez-vous des rapports sexuels non protégés (sans préservatif et sans connaissance du statut sérologique du ou des partenaire(s)) ?		
Avez-vous connaissance de votre statut sérologique des MST?		
Si séropositivité VIH, VHC, VHB, avez-vous un suivi spécialisé?		
Si VIH +, avez-vous un traitement ARV et charge virale indétectable?		
En cas de rapport sexuel à risque, avez-vous recours à la PrEP ou PEP?		
Avez-vous réalisé un test sérologique il y a moins d'un an ou suite à votre dernier rapport à risque?		

Votre réponse



Que proposeriez-vous d'enlever sur cette diapo

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages		
	Oui	Non
Existe-t-il des interactions entre des médicaments et substances psychoactives?		
Partager-vous votre matériel (seringues, pailles, sex-toys)?		
Avez-vous des rapports sexuels non protégés (sans préservatif et sans connaissance du statut sérologique du ou des partenaire(s)) ?		
Avez-vous connaissance de votre statut sérologique des MST?		
Si séropositivité VIH, VHC, VHB, avez-vous un suivi spécialisé?		
Si VIH +, avez-vous un traitement ARV et charge virale indétectable?		
En cas de rapport sexuel à risque, avez-vous recours à la PrEP ou PEP?		
Avez-vous réalisé un test sérologique il y a moins d'un an ou suite à votre dernier rapport à risque?		

Votre réponse

Quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter sur cette diapo?

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages		
	Oui	Non
Existe-t-il des interactions entre des médicaments et substances psychoactives?		
Partager-vous votre matériel (seringues, pailles, sex-toys)?		
Avez-vous des rapports sexuels non protégés (sans préservatif et sans connaissance du statut sérologique du ou des partenaire(s)) ?		
Avez-vous connaissance de votre statut sérologique des MST?		
Si séropositivité VIH, VHC, VHB, avez-vous un suivi spécialisé?		
Si VIH +, avez-vous un traitement ARV et charge virale indétectable?		
En cas de rapport sexuel à risque, avez-vous recours à la PrEP ou PEP?		
Avez-vous réalisé un test sérologique il y a moins d'un an ou suite à votre dernier rapport à risque?		

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'ajouter sur cette diapo?

Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale : évaluation d'une comorbidité anxio-dépressive

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

- | | |
|--|---|
| <p>1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)
- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0</p> <p>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3</p> <p>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0</p> <p>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3</p> <p>5. Je me fais du souci
- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0</p> <p>6. Je suis de bonne humeur
- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0</p> <p>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)
- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3</p> | <p>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0</p> <p>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3</p> <p>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0</p> <p>11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0</p> <p>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3</p> <p>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique
- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0</p> <p>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision
- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3</p> |
|--|---|

Scores et interprétation (Cf Guide utilisateur)

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'enlever sur cette diapo

Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale : évaluation d'une commorbidité anxio-dépressive

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0	8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3	9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver - Oui, très nettement 3 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 - Pas du tout 0	10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence - Plus du tout 3 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3	11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place - Oui, c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0
5. Je me fais du souci - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0	12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3
6. Je suis de bonne humeur - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0	13. J'éprouve des sensations soudaines de panique - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0
7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3	14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3

Scores et interprétation (Cf Guide utilisateur)

Votre réponse

Quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter sur cette diapo?

Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale : évaluation d'une commorbidité anxio-dépressive

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

- | | |
|--|---|
| <p>1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)
- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0</p> <p>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3</p> <p>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0</p> <p>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3</p> <p>5. Je me fais du souci
- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0</p> <p>6. Je suis de bonne humeur
- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0</p> <p>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)
- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3</p> | <p>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0</p> <p>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3</p> <p>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0</p> <p>11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0</p> <p>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3</p> <p>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique
- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0</p> <p>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision
- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3</p> |
|--|---|

Scores et interprétation (Cf Guide utilisateur)

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'ajouter sur cette diapo?

Echelle SAST (Sexual Addiction Screening Test) de Carnes (optionnel)

- | | |
|--|---|
| 1 - Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence ? | 13 - Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors-la-loi ? |
| 2 - Vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des revues érotiques ? | 14 - Vous êtes-vous déjà fait la promesse d'abandonner certains aspects de votre sexualité ? |
| 3 - Vos parents avaient-ils des troubles sexuels ? | 15 - Avez-vous déjà fait des efforts et échoué pour abandonner un certain type de comportement sexuel ? |
| 4 - Êtes-vous souvent préoccupé par des pensées de nature sexuelle ? | 16 - Devez-vous dissimuler certains aspects de votre sexualité aux autres ? |
| 5 - Avez-vous le sentiment que votre sexualité n'est pas normale ? | 17 - Avez-vous tenté d'arrêter certaines de vos activités sexuelles ? |
| 6 - Votre partenaire a-t-il (elle) déjà souffert ou s'est-il (elle) plaint(e) de votre comportement sexuel ? | 18 - Vous êtes-vous déjà senti dégradé par votre comportement sexuel ? |
| 7 - Avez-vous des difficultés à maîtriser votre comportement sexuel quand vous savez qu'il n'est pas approprié ? | 19 - Le sexe a-t-il été une façon pour vous d'échapper à vos problèmes ? |
| 8 - Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ? | 20 - Vous sentez-vous déprimé après un rapport sexuel ? |
| 9 - Votre comportement sexuel a-t-il déjà été à l'origine de difficultés pour vous ou votre famille ? | 21 - Avez-vous ressenti le besoin d'espacer une certaine forme d'activité sexuelle ? |
| 10 - Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ? | 22 - Votre activité sexuelle a-t-elle déjà interféré avec votre vie familiale ? |
| 11 - Avez-vous déjà craint que des personnes puissent se renseigner sur vos activités sexuelles ? | 23 - Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec des mineurs ? |
| 12 - Est-ce que quelqu'un a déjà été choqué moralement par vos pratiques sexuelles ? | 24 - Vous sentez-vous dirigé par votre désir sexuel ? |
| | 25 - Pensez-vous parfois que votre désir sexuel est plus fort que vous ? |

Cotation (Cf Guide utilisateur)

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'enlever sur cette diapo

Echelle SAST (Sexual Addiction Screening Test) de Carnes (optionnel)

- | | |
|--|---|
| 1 - Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence ? | 13 - Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors-la-loi ? |
| 2 - Vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des revues érotiques ? | 14 - Vous êtes-vous déjà fait la promesse d'abandonner certains aspects de votre sexualité ? |
| 3 - Vos parents avaient-ils des troubles sexuels ? | 15 - Avez-vous déjà fait des efforts et échoué pour abandonner un certain type de comportement sexuel ? |
| 4 - Êtes-vous souvent préoccupé par des pensées de nature sexuelle ? | 16 - Devez-vous dissimuler certains aspects de votre sexualité aux autres ? |
| 5 - Avez-vous le sentiment que votre sexualité n'est pas normale ? | 17 - Avez-vous tenté d'arrêter certaines de vos activités sexuelles ? |
| 6 - Votre partenaire a-t-il (elle) déjà souffert ou s'est-il (elle) plaint(e) de votre comportement sexuel ? | 18 - Vous êtes-vous déjà senti dégradé par votre comportement sexuel ? |
| 7 - Avez-vous des difficultés à maîtriser votre comportement sexuel quand vous savez qu'il n'est pas approprié ? | 19 - Le sexe a-t-il été une façon pour vous d'échapper à vos problèmes ? |
| 8 - Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ? | 20 - Vous sentez-vous déprimé après un rapport sexuel ? |
| 9 - Votre comportement sexuel a-t-il déjà été à l'origine de difficultés pour vous ou votre famille ? | 21 - Avez-vous ressenti le besoin d'espacer une certaine forme d'activité sexuelle ? |
| 10 - Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ? | 22 - Votre activité sexuelle a-t-elle déjà interféré avec votre vie familiale ? |
| 11 - Avez-vous déjà craint que des personnes puissent se renseigner sur vos activités sexuelles ? | 23 - Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec des mineurs ? |
| 12 - Est-ce que quelqu'un a déjà été choqué moralement par vos pratiques sexuelles ? | 24 - Vous sentez-vous dirigé par votre désir sexuel ? |
| | 25 - Pensez-vous parfois que votre désir sexuel est plus fort que vous ? |

Cotation (Cf Guide utilisateur)

Votre réponse

Quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter sur cette diapo?

Echelle SAST (Sexual Addiction Screening Test) de Carnes (optionnel)

- | | |
|--|---|
| 1 - Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence ? | 13 - Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors-la-loi ? |
| 2 - Vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des revues érotiques ? | 14 - Vous êtes-vous déjà fait la promesse d'abandonner certains aspects de votre sexualité ? |
| 3 - Vos parents avaient-ils des troubles sexuels ? | 15 - Avez-vous déjà fait des efforts et échoué pour abandonner un certain type de comportement sexuel ? |
| 4 - Êtes-vous souvent préoccupé par des pensées de nature sexuelle ? | 16 - Devez-vous dissimuler certains aspects de votre sexualité aux autres ? |
| 5 - Avez-vous le sentiment que votre sexualité n'est pas normale ? | 17 - Avez-vous tenté d'arrêter certaines de vos activités sexuelles ? |
| 6 - Votre partenaire a-t-il (elle) déjà souffert ou s'est-il (elle) plaint(e) de votre comportement sexuel ? | 18 - Vous êtes-vous déjà senti dégradé par votre comportement sexuel ? |
| 7 - Avez-vous des difficultés à maîtriser votre comportement sexuel quand vous savez qu'il n'est pas approprié ? | 19 - Le sexe a-t-il été une façon pour vous d'échapper à vos problèmes ? |
| 8 - Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ? | 20 - Vous sentez-vous déprimé après un rapport sexuel ? |
| 9 - Votre comportement sexuel a-t-il déjà été à l'origine de difficultés pour vous ou votre famille ? | 21 - Avez-vous ressenti le besoin d'espacer une certaine forme d'activité sexuelle ? |
| 10 - Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ? | 22 - Votre activité sexuelle a-t-elle déjà interféré avec votre vie familiale ? |
| 11 - Avez-vous déjà craint que des personnes puissent se renseigner sur vos activités sexuelles ? | 23 - Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec des mineurs ? |
| 12 - Est-ce que quelqu'un a déjà été choqué moralement par vos pratiques sexuelles ? | 24 - Vous sentez-vous dirigé par votre désir sexuel ? |
| | 25 - Pensez-vous parfois que votre désir sexuel est plus fort que vous ? |

Cotation (Cf Guide utilisateur)

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'ajouter sur cette diapo?

Synthèse des résultats du repérage précoce	
Score de sévérité du chemsex	/12
Demande d'aide ou intention de modifier la pratique de chemsex	OUI / NON
Existence de conséquences notables	OUI / NON
Présence de situations majorant le risque de dommages	OUI / NON
Score anxiété (HAD-A)	/21
Score dépression (HAD-D)	/21
Score addiction sexuelle	/25

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'enlever sur cette diapo

Synthèse des résultats du repérage précoce	
Score de sévérité du chemsex	/12
Demande d'aide ou intention de modifier la pratique de chemsex	OUI / NON
Existence de conséquences notables	OUI / NON
Présence de situations majorant le risque de dommages	OUI / NON
Score anxiété (HAD-A)	/21
Score dépression (HAD-D)	/21
Score addiction sexuelle	/25

Votre réponse

Quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter sur cette diapo?

Synthèse des résultats du repérage précoce	
Score de sévérité du chemsex	/12
Demande d'aide ou intention de modifier la pratique de chemsex	OUI / NON
Existence de conséquences notables	OUI / NON
Présence de situations majorant le risque de dommages	OUI / NON
Score anxiété (HAD-A)	/21
Score dépression (HAD-D)	/21
Score addiction sexuelle	/25

Votre réponse

Concernant le guide utilisateur, dans la partie "Evaluation risques", quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter?

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'ajouter sur cette diapo?

- 1) Restitution des résultats
- 2) Information des risques sur la consommation de substance, évaluer avec l'utilisateur ces risques personnels et situationnels
- 3) Identifier les représentations et attentes du consommateur
- 4) Echanger sur intérêt personnel à l'arrêt ou baisse de la consommation
 - Aborder un usage plus sûr des substances
 - Conseils de réduction des risques sur la pratique
 - Réduction des risques sur le plan infectiologique
 - En cas de Slam : Education aux risques liés au geste de l'injection
- 5) Discuter des méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa pratique de chemsex
- 6) Proposer des objectifs et laisser le choix.
- 7) Evaluation (3 échelles) de la motivation, le bon moment (temporalité) et la confiance dans la réussite des objectifs fixés.
- 8) Proposer une autre consultation, remise de brochure ou orienter vers un site internet (cf. accompagnement).

Motivation



Le bon moment



Confiance



Votre réponse

Que proposeriez-vous d'enlever sur cette diapo?

- 1) Restitution des résultats
- 2) Information des risques sur la consommation de substance, évaluer avec l'utilisateur ces risques personnels et situationnels
- 3) Identifier les représentations et attentes du consommateur
- 4) Echanger sur intérêt personnel à l'arrêt ou baisse de la consommation
 - Aborder un usage plus sûr des substances
 - Conseils de réduction des risques sur la pratique
 - Réduction des risques sur le plan infectiologique
 - En cas de Slam : Education aux risques liés au geste de l'injection
- 5) Discuter des méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa pratique de chemsex
- 6) Proposer des objectifs et laisser le choix.
- 7) Evaluation (3 échelles) de la motivation, le bon moment (temporalité) et la confiance dans la réussite des objectifs fixés.
- 8) Proposer une autre consultation, remise de brochure ou orienter vers un site internet (cf. accompagnement).

Motivation



Le bon moment



Confiance



Votre réponse

Quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter sur cette diapo?

- 1) Restitution des résultats
- 2) Information des risques sur la consommation de substance, évaluer avec l'utilisateur ces risques personnels et situationnels
- 3) Identifier les représentations et attentes du consommateur
- 4) Echanger sur intérêt personnel à l'arrêt ou baisse de la consommation
 - Aborder un usage plus sûr des substances
 - Conseils de réduction des risques sur la pratique
 - Réduction des risques sur le plan infectiologique
 - En cas de Slam : Education aux risques liés au geste de l'injection
- 5) Discuter des méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa pratique de chemsex
- 6) Proposer des objectifs et laisser le choix.
- 7) Evaluation (3 échelles) de la motivation, le bon moment (temporalité) et la confiance dans la réussite des objectifs fixés.
- 8) Proposer une autre consultation, remise de brochure ou orienter vers un site internet (cf. accompagnement).



Votre réponse

Concernant le guide utilisateur, dans la partie "Intervention brève", quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter?

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'ajouter sur cette diapo?

Orienter le patient

- Numéro d'urgence, dispositif d'écoute 24h/7j (AIDES) : WhatsApp 07 62 93 22 29
- Réseaux addiction, centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et des CAARUD, des services hospitaliers d'addictologie www.drogues-info-service.fr
- Des CeGIDD, des SMIT, coordinations régionales de la lutte contre le VIH (COREVIH) et des associations de lutte contre le sida et autres IST.
- Des associations homosexuelles (www.federation-lgbt.org) ; des thérapeutes gay friendly : association de médecine gay friendly : www.asso.medecinegayfriendly.fr ; association PsyGay : www.psygay.com
- Psychiatres, psychologues ou sexologues selon l'évaluation des comorbidités/complications anxieuses, dépressives

Votre réponse



Que proposeriez-vous d'enlever sur cette diapo

Orienter le patient

- Numéro d'urgence, dispositif d'écoute 24h/7j (AIDES) : WhatsApp 07 62 93 22 29
- Réseaux addiction, centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et des CAARUD, des services hospitaliers d'addictologie www.drogues-info-service.fr
- Des CeGIDD, des SMIT, coordinations régionales de la lutte contre le VIH (COREVIH) et des associations de lutte contre le sida et autres IST.
- Des associations homosexuelles (www.federation-lgbt.org) ; des thérapeutes gay friendly : association de médecine gay friendly : www.asso.medecinegayfriendly.fr ; association PsyGay : www.psygay.com
- Psychiatres, psychologues ou sexologues selon l'évaluation des comorbidités/complications anxieuses, dépressives

Votre réponse

Quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter sur cette diapo?

Orienter le patient

- Numéro d'urgence, dispositif d'écoute 24h/7j (AIDES) : WhatsApp 07 62 93 22 29
- Réseaux addiction, centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et des CAARUD, des services hospitaliers d'addictologie www.drogues-info-service.fr
- Des CeGIDD, des SMIT, coordinations régionales de la lutte contre le VIH (COREVIH) et des associations de lutte contre le sida et autres IST.
- Des associations homosexuelles (www.federation-lgbt.org) ; des thérapeutes gay friendly : association de médecine gay friendly : www.asso.medecinegayfriendly.fr ; association PsyGay : www.psygay.com
- Psychiatres, psychologues ou sexologues selon l'évaluation des comorbidités/complications anxieuses, dépressives

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'ajouter sur cette diapo?

Brochures :

4 brochures chemsex développées par AIDES : <https://www.aides.org/publication/chemsex-des-informations-pour-reduire-les-risques> : Réduire les risques, consommer à moindre risque / Prévention sexuelle au VIH, Hépatites et IST / Comment organiser un plan safe ? / GHB/GBL, ce qu'il faut savoir

Plan Chems (publiée par le Checkpoint Paris, en partenariat avec AIDES): www.lekiosque.org/le-kiosque/59

Plan Chems ? Es-tu au clair avec les risques que tu prends ? (publiée par Actions Traitements) : www.actions-traitements.org/wp-content/uploads/2011/07/DEPLIANT-DROGUE-BAT2.pdf

Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, brochure publiée par l'INPES (Santé publique France) : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1236>

Sites internet :

Site élaboré par des professionnels d'addiction visant à aider les professionnels de santé de premier recours : www.intervenir-addictions.org

Site d'information francophone sur les drogues : www.drogues-info-service.fr

Site d'information sur le chemsex : <https://vih.org/dossier/le-chemsex/>

Sites anglophones de RDRD : www.tripsit.me

Risques d'interactions entre les traitements antirétroviraux et les NPS : www.hiv-druginteractions.org

Risque d'interactions entre les différents produits, site anglophone : <https://combo.tripsit.me>

Votre réponse

Que proposeriez-vous d'enlever sur cette diapo

Brochures :

4 brochures chemsex développées par AIDES : <https://www.aides.org/publication/chemsex-des-informations-pour-reduire-les-risques> : Réduire les risques, consommer à moindre risque / Prévention sexuelle au VIH, Hépatites et IST / Comment organiser un plan safe ? / GHB/GBL, ce qu'il faut savoir

Plan Chems (publiée par le Checkpoint Paris, en partenariat avec AIDES): www.lekiosque.org/le-kiosque/59

Plan Chems ? Es-tu au clair avec les risques que tu prends ? (publiée par Actions Traitements) : www.actions-traitements.org/wp-content/uploads/2011/07/DEPLIANT-DROGUE-BAT2.pdf

Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, brochure publiée par l'INPES (Santé publique France) : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1236>

Sites internet :

Site élaboré par des professionnels d'addiction visant à aider les professionnels de santé de premier recours : www.intervenir-addictions.org

Site d'information francophone sur les drogues : www.drogues-info-service.fr

Site d'information sur le chemsex : <https://vih.org/dossier/le-chemsex/>

Sites anglophones de RDRD : www.tripsit.me

Risques d'interactions entre les traitements antirétroviraux et les NPS : www.hiv-druginteractions.org

Risque d'interactions entre les différents produits, site anglophone : <https://combo.tripsit.me>

Votre réponse



Quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter sur cette diapo?

Brochures :

4 brochures chemsex développées par AIDES : <https://www.aides.org/publication/chemsex-des-informations-pour-reduire-les-risques> : Réduire les risques, consommer à moindre risque / Prévention sexuelle au VIH, Hépatites et IST / Comment organiser un plan safe ? / GHB/GBL, ce qu'il faut savoir

Plan Chems (publiée par le Checkpoint Paris, en partenariat avec AIDES): www.lekiosque.org/le-kiosque/59

Plan Chems ? Es-tu au clair avec les risques que tu prends ? (publiée par Actions Traitements) : www.actions-traitements.org/wp-content/uploads/2011/07/DEPLIANT-DROGUE-BAT2.pdf

Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, brochure publiée par l'INPES (Santé publique France) : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1236>

Sites internet :

Site élaboré par des professionnels d'addiction visant à aider les professionnels de santé de premier recours : www.intervenir-addictions.org

Site d'information francophone sur les drogues : www.drogues-info-service.fr

Site d'information sur le chemsex : <https://vih.org/dossier/le-chemsex/>

Sites anglophones de RDRD : www.tripsit.me

Risques d'interactions entre les traitements antirétroviraux et les NPS : www.hiv-druginteractions.org

Risque d'interactions entre les différents produits, site anglophone : <https://combo.tripsit.me>

Votre réponse

Concernant le guide utilisateur, dans la partie "Accompagnement", quelle(s) remarque(s) pouvez-vous apporter?

Votre réponse

Concernant l'outil dans sa globalité, le trouvez-vous pertinent?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Indifférent
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord



Concernant l'outil dans sa globalité, le trouvez-vous simple d'usage?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Indifférent
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Que pensez-vous de la durée de l'entretien à l'aide de cet outil ?

- Beaucoup trop long
- Trop long
- Adapté
- Trop court
- Beaucoup trop court

Concernant l'outil, pensez-vous que vous pourriez l'utiliser dans votre pratique professionnelle?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Indifférent
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord



Concernant l'outil dans sa globalité, pensez-vous qu'il soit pertinent de le développer sous forme numérique?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Indifférent
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Concernant l'outil dans sa globalité, avez-vous des remarques à ajouter?

Votre réponse

Chemsex : Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

Repérage précoce



Evaluation de la pratique

- Combien de fois pratiquez-vous le chemsex par mois?
 - 1 fois/semaine ou plus
 - 2fois/mois ou plus
 - 1 fois par mois
 - Moins d'une fois par mois
- A quand remonte votre dernier rapport sexuel sans drogues?
 - Plus de 6 mois
 - Plus de 3 mois
 - Plus d'un mois
 - Moins d'un mois

Quelle(s) substance(s) utilisez-vous dans votre pratique de chemsex?

Définition du chemsex et slam (guide d'utilisateur)
Liste des substances (guide d'utilisateur)

	Jamais	<1 fois/mois	1 à 3 fois/mois	1 à 2 fois/semaine	>2 fois/semaine	Oral	Sniff	Fumé	IV (slam)	Intra-rectal (plug)	Contexte sexuel solitaire
Alcool	<input type="checkbox"/>										
Cannabis	<input type="checkbox"/>										
Cocaine / Crack	<input type="checkbox"/>										
Cathinones	<input type="checkbox"/>										
MDMA / Ecstasy	<input type="checkbox"/>										
Autres stimulants	<input type="checkbox"/>										
GHB/GBL	<input type="checkbox"/>										
Inhalants (poppers) / solvants	<input type="checkbox"/>										
PCP / Kétamine	<input type="checkbox"/>										
Opiacés	<input type="checkbox"/>										
Hallucinogènes	<input type="checkbox"/>										
Viagra, Cialis, Levitra	<input type="checkbox"/>										
Prise rapprochée ou association de plusieurs produits	<input type="checkbox"/>										

Repérage précoce

Evaluation consommation

Evaluation risques

Intervention brève

Accompagnement

Écoutez de la Sécurité de la Dépendance : Choisir la substance la plus consommée ou perçue comme la plus problématique et poser les questions suivantes uniquement pour cette substance psychoactive

	Jamais ou presque jamais (0)	Quelque fois (1)	Souvent (2)	Toujours ou presque toujours (3)
Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre pratique du chimex ?				
Est-ce que l'idée de ne pas pratiquer du chimex vous a rendu inquiet ou angoissé ?				
Est-ce que votre pratique de chimex vous a préoccupé ?				
Avez-vous souhaité être capable de réviser votre pratique de chimex ?				
Juste à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter ou de vivre sans pratique de chimex ?	Facile (0)	Assez difficile (1)	Très difficile (2)	Impossible (3)
Voudriez-vous parler à un professionnel de la santé de l'usage de substances psychotropes pendant les rapports sexuels ?				
Avez-vous l'intention de changer ou d'adapter certains de vos comportements autour de la pratique du chimex ?	Oui	Non	Conséts	Traitement

si ESBD > 3 => Établir des Conséquences de la Consommation de Chimex depuis 1 an

	Jamais	1 fois	2-3 fois	4-11 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (>52 fois)
Est-ce que votre pratique de chimex a nui à votre rendement au travail, dans vos études ou dans les tâches ménagères ?						
Est-ce que votre pratique de chimex a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches ?						
Est-ce que votre pratique de chimex a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille ?						
Avez-vous manqué des jours de travail ou d'étude à cause de votre pratique de chimex ?						
Avez-vous consommé des substances dans des situations où cela augmente le risque de se blesser ?						
Avez-vous conduit un véhicule à moteur alors que vous avez consommé des substances ?						
Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de substances ?						
Avez-vous eu des problèmes judiciaires reliés à votre consommation ? Si oui spécifiez (autre que conduite)						
Avez-vous eu une expérience sexuelle non désirée dans le cadre de votre pratique de chimex ?						

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages

	Oui	Non
Vous arrive-t-il de prendre au cours de la même journée des substances pour le chimex et des médicaments ?		
Pratiquer vous votre matériel (aiguilles, flacons, etc.) ?		
En cas d'injection (surtout), avez-vous déjà eu des complications locales ?		
Avez-vous des rapports sexuels non protégés (sans préservatif et sans connaissance du statut sérologique du ou des partenaires) ?		
Avez-vous connaissance de votre statut sérologique des ST ?		
Si dégoûtante VIH, VHC, VHB, avez-vous un suivi spécialisé ?		
Avez-vous connaissance des vaccinations VHA, VHB et HPV ?		
Êtes-vous détenteur d'un STI (sauf de traitement sans injection d'urgence ou de pratique sans non protégé, avez-vous recours à la PrP ?		
Avez-vous réalisé un test sérologique dans les 3 mois suivant votre dernier rapport à risque ?		

Questions d'orientation pour évaluer un épisode anxieux ou dépressif

	Oui	Non
Au cours des 3 derniers mois, vous êtes-vous senti triste, déprimé ou avez-vous perdu plaisir pour des activités que vous appréciez auparavant ?		
Au cours des 3 derniers mois, vous êtes-vous senti anxieux ou stressé ?		
Si vous avez répondu « oui » à une des questions, souhaitez-vous répondre à un questionnaire à la recherche d'un épisode dépressif ou anxieux ?		

Questionnaire PATHOS : Addiction sexuelle		OUI	NON
<i>Preoccupation</i> : Etes-vous souvent préoccupé par des pensées sexuelles ?			
<i>Ashamed</i> : Cachez-vous certains de vos comportements sexuels à d'autres ?			
<i>Treatment</i> : Avez-vous cherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimez pas ?			
<i>Hurt others</i> : Est-ce que quelqu'un a été blessé à cause de votre comportement sexuel ?			
<i>Out of control</i> : Vous sentez-vous sous l'emprise de votre désir sexuel ?			
<i>Sad</i> : Avez-vous ressenti de la tristesse après être passé à l'acte ?			
En cas de 4 réponses positives ou plus, souhaitez-vous réaliser un questionnaire pour évaluer l'existence d'une addiction sexuelle ?			
Synthèse des résultats du repérage précoce			
Score de sévérité du chemsex		/15	
Demande d'aide ou intention de modifier la pratique de chemsex		OUI / NON	
Existence de conséquences notables		OUI / NON	
Présence de situations majorant le risque de dommages		OUI / NON	
Score anxiété (HAD-A)		/21	
Score dépression (HAD-D)		/21	
Score addiction sexuelle		/25	

Evaluation consommation

Evaluation risques

Intervention brève

Accompagnement

- 1) Restitution des résultats
- 2) Information des risques sur la consommation de substance, évaluer avec l'usager ces risques personnels et situationnels
- 3) Identifier les représentations et attentes du consommateur
- 4) Echanger sur l'intérêt personnel à l'arrêt ou baisse de la consommation
 - Aborder un usage plus sûr des substances
 - Conseils de réduction des risques sur la pratique
 - Réduction des risques sur le plan infectiologique
- 5) Discuter des méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa pratique de chimexx
- 6) Proposer des objectifs et laisser le choix.
- 7) Evaluation (3 échelles) de la motivation, le bon moment (temporel) et la confiance dans la réussite des objectifs fixés.
- 8) Proposer une autre consultation, remise de brochure ou orienter vers un site internet (cf. accompagnement).

Motivation



Le bon moment



Confiance



Evaluation consommation

Evaluation risques

Intervention brève

Accompagnement

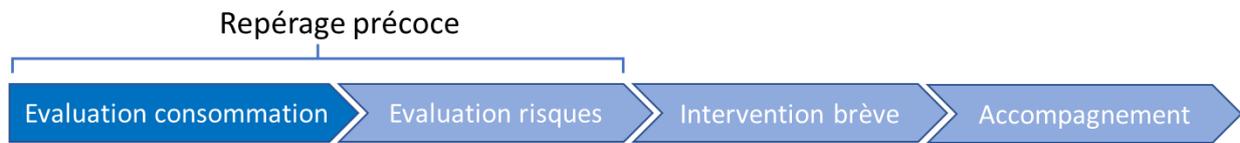
Orienter le patient

- Numéro d'urgence, disponibilité 24h/24 (AIDES) : [WhatsApp 07 62 93 22 29](https://www.whatsapp.com/channel/002991234567890123)
- Réseaux addictif, centre de soins, d'accompagnement, et de prévention en addictologie (CSAOP), et des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAAU/D), des services hospitaliers d'addictologie www.drogues-info-service.fr
- Des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeIDD), des services de maladies infectieuses et tropicales (SMIT), les consultations PrEP et des associations de lutte contre le sida et autres IST
- Des associations friendly
- Psychiatres, psychologues ou sexologues selon l'évaluation des comorbidités/complications associées, dépressives ou addictives sexuelles
- Autres spécialistes selon d'autres complications : médecine légale, urgence, gynécologie, gynécologie endocrinologique, dermatologie,
- Annuaire local (professionnels de santé et associations friendly, associations d'addictologie) :

Sites Internet :

- Site d'information francophone sur les drogues : www.drogues-info-service.fr
- Site d'information sur le chimexx : <https://vhi.ora/dossier/le-chimexx/>
- Site d'information pour usagers, réduction des risques : <https://www.phvsite.fr/espe-cultures-usages-et-santexx/>
- Risques d'interactions entre les traitements du VIH ou du HCV et les MFS : www.hiv-druginteractions.org, www.hcv-druginteractions.org
- Risque d'interactions entre les différents produits, site anglophone : <https://combo.tuprik.me>

Guide utilisateur de l’outil d’aide au repérage précoce et à l’intervention brève



Evaluation de la pratique
Combien de fois pratiquez-vous le chemsex par mois? - 1 fois/semaine ou plus - 2 fois/mois ou plus - 1 fois par mois - Moins d’une fois par mois
A quand remonte votre dernier rapport sexuel sans drogues? - Plus de 6 mois - Plus de 3 mois - Plus d’un mois - Moins d’un mois
Quelle(s) substance(s) utilisez-vous dans votre pratique de chemsex?
Définitions : Le chemsex se définit comme l’usage de substances psychoactives (SPA) avant ou pendant un rapport sexuel afin de faciliter, initier, prolonger, maintenir et intensifier l’activité sexuelle et la performance ainsi que le plaisir sexuel. Le «slam» désigne quant à lui l’injection intra-veineuse de substances psychostimulantes dans ce même contexte sexuel, cette pratique implique des complications cliniques parfois graves (1-2). En rouge : sujets pouvant présenter une pratique avec plus d’inconvénients et susceptibles de vouloir modifier leur comportement (3).

Liste des produits	
Cannabis	Cannabis et cannabinoïdes de synthèse
Cocaïne / Crack	Cocaïne, crack, freebase
Cathinones (liste non exhaustive), alcaloïde du khat	Méphédronne (M-CAT, 4-MMC, meph, drone, miaow, meow meow, subcoca-1 et bubbles), Méthcathinone (éphédronne), Méthylone (Top Cat, βk-MDMA, MDMC, M1), 3-méthylméthcathinone (3-MMC), 4-MEC (4-méthylethcathinone), 2-FMC, 3-FMC, Fléphédronne (4-FMC), α-pyrrolidinovalérophénone (α-PVP, flakka), α-Pyrrolidinohexaïophénone (α-PPP, A-PPP, α-Pyrrolidinohexanophénone, PV-7), Amfépramone, MDPV, Méthédronne, PPP, Naphyrone, Pentédronne, Butylone
MDMA / Ecstasy	MDMA (ecstasy), MDA, MBDB
Autres stimulants	Amphétamines, Méthamphétamines (speed, tina, meth, chalk, ice, cristal, crystal meth, jib) Méthylphénidate, Phentermine, Phenmétrazine
Inhalants / Solvants	Poppers, Aérosol, Colle, Chloroforme, Décapant, Dissolvant, Essence, Peinture
PCP	PCP (souvent vendues sous le nom de mess ou mescaline), kétamine
Opiacés	Buprénorphine (Subutex, Suboxone, Orobupré), Méthadone, Héroïne, Codéine (Empracet, 222, Tylenol, Fiorinal-C, Robaxacet), Tramadol (Nobligan, Tiparol, Topalgic, Tradolan, Tramal, Ultram, Ixprim), Diphénoxylate (Lomotil), Fentanyl (Duragesic, Durogesic), Hydrocodone (Vicodin, Dicotin, Tussionex), Hydromorphone (Dilaudid, Exalgo, Jurnista, Pallodon, Palladone, Sophidone), Sulfate de morphine (Skénan, Actiskénan), Chlorhydrate de morphine (Aguettant), Speedball (héroïne + cocaïne), Propoxyphène (Darvon), Péthidine (Demerol), Pentazocine (Talwin), Sirop codéiné (Codedrill, Dinacode, Néo-codion, Benylin, Paderyl, Dinacode, Encalyptine le brun, Polery), Sirop avec hydrocodone (Hycodan, Dalmacol, Tussionex, Tussaminic, Triaminic, Novahisted dh, Dimetane exp-DC, Hycotuss)
Hallucinogènes	Acide, LSD, Champignons (psilocybine), Mescaline, Salvia

	Annals	<1 fois/mois	1 à 3 fois/mois	1 à 2 fois/semaine	>2 fois/semaine	Oral	Sniff	Fumée	IV (slam)	Intra-rectal (pilage)	Contexte sexuel solitaire
Alcool	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Cannabis	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Cocaïne / Crack	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Cathinones	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
MDMA / Ecstasy	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Autres stimulants	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
GHB/GBL	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Inhalants (poppers) / solvants	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PCP / Kétamine	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Opiacés	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Hallucinogènes	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Viagra, Cialis, Levitra	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Prise rapprochée ou association de plusieurs produits	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

La forme orale inclut la prise de parachute (substance ingérée par voie orale après avoir été emballée dans une feuille).

Conduites à risque plus important (en rouge) : Il existe un risque d’interactions entre les différentes substances psychoactives entre elles et avec les traitements antirétroviraux. (cf. www.hiv-druginteractions.org / www.tripsit.me).

Les usagers pratiquant le Slam ont une prévalence plus importante de VIH, une moins bonne observance de leur traitement antirétroviral et un risque d’autres IST favorisé par l’échange de matériel (4), au même titre que le partage de paille pour le sniff. Le risque de dépendance aux substances psychoactives est également plus important lorsqu’elles sont injectées.

L’usage en contexte solitaire traduit un risque plus important de dépendance (5).

Repérage précoce

Evaluation consommation

Evaluation risques

Intervention brève

Accompagnement

Echelle de la Sévérité de la Dépendance : Choisir la substance la plus consommée ou perçue comme la plus problématique et poser les questions suivantes uniquement pour cette substance psychoactive				
	Jamais ou presque jamais (0)	Quelque fois (1)	Souvent (2)	Toujours ou presque toujours (3)
Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre pratique du chemsex ?				
Est-ce que l'idée de ne pas pratiquer du chemsex vous a rendu inquiet ou anxieux ?				
Est-ce que votre pratique de chemsex vous a préoccupé ?				
Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre pratique de chemsex ?				
	Facile (0)	Assez difficile (1)	Très difficile (2)	Impossible (3)
Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter ou de vivre sans pratique de chemsex ?				
		Oui	Non	
Voudriez-vous parler à un professionnel de la santé de l'usage de substances psychoactives pendant les rapports sexuels ?				
Avez-vous l'intention de changer ou d'adapter certains de vos comportements autour de la pratique du chemsex ?				

⇒ Un score > 3 sur les 5 premières questions traduirait une dépendance à la pratique de chemsex et il conviendrait de questionner les conséquences sur un an de la pratique du chemsex (cf tableau infra).

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages		
	Oui	Non
Vous arrive-t-il au cours de prendre au cours de la même journée des substances pour le chemsex et des médicaments ?		
Partagez-vous votre matériel (seringues, pailles, sex-toys) ?		
En cas d'injection (slam), avez-vous déjà eu des complications locales ?		
Avez-vous des rapports sexuels non protégés (sans préservatif et sans connaissance du statut sérologique du ou des partenaire(s)) ?		
Avez-vous connaissance de votre statut sérologique des IST ?		
Si séropositivité VIH, VHC, VHB, avez-vous un suivi spécialisé ?		
Avez-vous connaissance des vaccinations VHA, VHB et HPV ?		
En cas d'antécédent d'IST, d'usage de traitement post-exposition d'urgence ou de pratique anale non protégée, avez-vous recours à la PrEP ?		
Avez-vous réalisé un test sérologique dans les 3 mois suivant votre dernier rapport à risque ?		

si ESD > 3 => Echelle des Conséquences de la Consommation de Chemsex depuis 1 an						
	Jamais	1 fois	2-3 fois	4-11 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (>52 fois)
Est-ce que votre pratique de chemsex a nui à votre rendement au travail, dans vos études ou dans les tâches ménagères ?						
Est-ce que votre pratique de chemsex a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches ?						
Est-ce que votre pratique de chemsex a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille ?						
Avez-vous manqué des jours de travail ou d'étude à cause de votre pratique de chemsex ?						
Avez-vous consommé des substances dans des situations où cela augmente le risque de se blesser ?						
Avez-vous conduit un véhicule à moteur alors que vous aviez consommé des substances ?						
Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de substances ?						
Avez-vous eu des problèmes judiciaires liés à votre consommation ? Si oui spécifiez (autre que conduite)						
Avez-vous eu une expérience sexuelle non désirée dans le cadre de votre pratique de chemsex ?						

Il convient ensuite d'évaluer certaines pratiques majorant le risque de dommage (tableau ci-contre à gauche).

Questions d'orientation pour évaluer un épisode anxieux ou dépressif		
	Oui	Non
Au cours des 3 derniers mois, vous êtes-vous senti triste, déprimé ou avez-vous perdu plaisir pour des activités que vous appréciez auparavant ?		
Au cours des 3 derniers mois, vous êtes-vous senti anxieux ou stressé ?		
Si vous avez répondu « oui » à une des questions, souhaiteriez-vous répondre à un questionnaire à la recherche d'un épisode dépressif ou anxieux ?		

On propose ensuite les 2 questionnaires ci-contre.

En fonction des réponses de l'utilisateur il est possible de proposer d'évaluer les comorbidités anxieuses et dépressives avec l'échelle HAD (cf page suivante).

Questionnaire PATHOS : Addiction sexuelle	OUI	NON
Preoccupation : Etes-vous souvent préoccupé par des pensées sexuelles ?		
Ashamed : Cachez-vous certains de vos comportements sexuels à d'autres ?		
Treatment : Avez-vous cherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimez pas ?		
Hurt others : Est-ce que quelqu'un a été blessé à cause de votre comportement sexuel ?		
Out of control : Vous sentez-vous sous l'emprise de votre désir sexuel ?		
Sad : Avez-vous ressenti de la tristesse après être passé à l'acte ?		
En cas de 4 réponses positives ou plus, souhaiteriez-vous réaliser un questionnaire pour évaluer l'existence d'une addiction sexuelle ?		

Si l'utilisateur rapporte plus de trois réponses positives au questionnaire PATHOS, on peut lui proposer de répondre à l'échelle SAST qui évalue l'existence d'une addiction sexuelle (cf page suivante).

Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale : évaluation d'une comorbidité anxio-dépressive

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

- | | |
|--|---|
| <p>1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)
- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0</p> <p>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3</p> <p>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0</p> <p>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3</p> <p>5. Je me fais du souci
- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0</p> <p>6. Je suis de bonne humeur
- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0</p> <p>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)
- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3</p> | <p>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0</p> <p>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3</p> <p>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0</p> <p>11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0</p> <p>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3</p> <p>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique
- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0</p> <p>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision
- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3</p> |
|--|---|

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) : - 7 ou moins : absence de symptomatologie - 8 à 10 : symptomatologie douteuse - 11 et plus : symptomatologie certaine. Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Echelle SAST (Sexual Addiction Screening Test) de Carnes (optionnel)

- | | |
|---|---|
| <p>1 - Avez-vous été victime d'abus sexuel pendant l'enfance ou l'adolescence ?</p> <p>2 - Vous êtes-vous abonné ou avez-vous régulièrement acheté des revues érotiques ?</p> <p>3 - Vos parents avaient-ils des troubles sexuels ?</p> <p>4 - Êtes-vous souvent préoccupé par des pensées de nature sexuelle ?</p> <p>5 - Avez-vous le sentiment que votre sexualité n'est pas normale ?</p> <p>6 - Votre partenaire a-t-il (elle) déjà souffert ou s'est-il (elle) plaint(e) de votre comportement sexuel ?</p> <p>7 - Avez-vous des difficultés à maîtriser votre comportement sexuel quand vous savez qu'il n'est pas approprié ?</p> <p>8 - Vous êtes-vous déjà senti mal à l'aise vis-à-vis de votre comportement sexuel ?</p> <p>9 - Votre comportement sexuel a-t-il déjà été à l'origine de difficultés pour vous ou votre famille ?</p> <p>10 - Avez-vous déjà recherché de l'aide pour un comportement sexuel que vous n'aimiez pas ?</p> <p>11 - Avez-vous déjà craint que des personnes puissent se renseigner sur vos activités sexuelles ?</p> <p>12 - Est-ce que quelqu'un a déjà été choqué moralement par vos pratiques sexuelles ?</p> | <p>13 - Certaines de vos activités sexuelles sont-elles hors-la-loi ?</p> <p>14 - Vous êtes-vous déjà fait la promesse d'abandonner certains aspects de votre sexualité ?</p> <p>15 - Avez-vous déjà fait des efforts et échoué pour abandonner un certain type de comportement sexuel ?</p> <p>16 - Devez-vous dissimuler certains aspects de votre sexualité aux autres ?</p> <p>17 - Avez-vous tenté d'arrêter certaines de vos activités sexuelles ?</p> <p>18 - Vous êtes-vous déjà senti dégradé par votre comportement sexuel ?</p> <p>19 - Le sexe a-t-il été une façon pour vous d'échapper à vos problèmes ?</p> <p>20 - Vous sentez-vous déprimé après un rapport sexuel ?</p> <p>21 - Avez-vous ressenti le besoin d'espacer une certaine forme d'activité sexuelle ?</p> <p>22 - Votre activité sexuelle a-t-elle déjà interféré avec votre vie familiale ?</p> <p>23 - Avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec des mineurs ?</p> <p>24 - Vous sentez-vous dirigé par votre désir sexuel ?</p> <p>25 - Pensez-vous parfois que votre désir sexuel est plus fort que vous ?</p> |
|---|---|

Outil optionnel d'évaluation d'une addiction sexuelle, à utiliser notamment en cas de slam ou clinique évocatrice d'une addiction sexuelle

Cotation : Score de 10 à 13 : symptômes atténués d'addiction sexuelle

Score > 13 : Addiction sexuelle

Outil validé en français (7).

On propose finalement le tableau synthétique des résultats ci-dessous.

Synthèse des résultats du repérage précoce	
Score de sévérité du chemsex	/15
Demande d'aide ou intention de modifier la pratique de chemsex	OUI / NON
Existence de conséquences notables	OUI / NON
Présence de situations majorant le risque de dommages	OUI / NON
Score anxiété (HAD-A)	/21
Score dépression (HAD-D)	/21
Score addiction sexuelle	/25

- 1) **Restitution des résultats**
- 2) **Information des risques** sur la consommation de substance, évaluer avec l'utilisateur ces risques personnels et situationnels

Possibilité d'aborder la notion de consentement et du respect de soi et de l'autre dans le chemsex, particulièrement chez les usagers ayant rapporté des expériences non désirées.

En cas d'usage de plusieurs produits : sensibiliser sur les risques d'interactions et proposer une brochure ou un site internet pour en mesurer les risques (cf Accompagnement).

- 3) **Identifier les représentations et attentes du consommateur**

Augmentation de la maîtrise de soi, vécu positif de la pratique du chemsex et le retour sur les « expériences émotionnelles » positives et négatives liées au chemsex ou au slam

- 4) **Echanger sur intérêt personnel à l'arrêt ou à la baisse de la consommation ou à une consommation à moindre risque**

Utilisation plus sûre des produits par rapport à leur toxicité: permet d'aborder les risques et différentes préoccupations d'utilisateurs : les complications somatiques et psychiques, limiter le risque d'overdose ainsi que la conduite à tenir, limiter le risque d'IST, limiter le risque de dépendance, arrêt des produits sur une courte période ou arrêt définitif.

Pour toute consommation, conseils de RDRD : éviter de consommer si on ne se sent pas bien psychologiquement, éviter de consommer seul, consommer dans un contexte rassurant avec personnes de confiance, fractionner les achats de produits pour limiter une consommation massive en cas de perte de contrôle, commencer avec des petites quantités de produit, tester le produit pour vérifier qu'il ne provoque pas de réaction allergique, espacer les prises et si possible les consigner sur papier ou sur son téléphone en indiquant l'heure et le produit. Faire attention aux mélanges dans un laps de temps court (En particulier GHB/GBL/DB/kétamine et risque de coma, risque CV avec médicaments érectiles, poppers, ecstasy, amphétamines). Bien s'hydrater. Pas d'échange de paille. Fabrication de repères pour éviter l'échange de matériel (bouchons colorés pour les seringues, pailles ou seringues individualisées par un ruban de couleur, clips ou pastilles colorées sur les seringues, etc.). En cas de bad trip appeler le 112 ou 15.

Pour toute consommation : RDRD infectiologie : Reprendre rapidement les mesures de dépistage régulier du VIH/VHC/VHB/VHA et autres IST (chlamydia, gonocoque et syphilis) leurs traitements et l'information du ou des partenaire(s), la vaccination HAV, HBV et HPV, l'usage de préservatifs et gels lubrifiants et l'usage de gants en latex avec ongles coupés pour la pratique du fist-fucking, non partage de matériel (seringues, pailles et sex-toys). Rappeler l'existence et l'efficacité du traitement post-exposition et prophylaxie pré-exposition pour les patients séronégatifs pour le VIH. Pour patients séropositifs une charge virale indétectable permet de presque réduire totalement les risques de transmission : TasP (treatment as Prevention). Existence de TROD VIH/VHB/VHC et d'autotest en vente en pharmacie

En cas de SLAM : Education aux risques liés au geste de l'injection : privilégier le bras pour injecter, l'aiguille doit être dirigée en direction du cœur sur le trajet veineux, se laver les mains et avant-bras, nettoyer le point d'injection avec chlorhexidine, filtrer le produit, faire une compression du site d'injection avec tampon sec, ne pas partager de seringue et de petit matériel et dans la mesure du possible ne pas le réutiliser. Il existe la possibilité d'éducation du geste d'injection comme en CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues. Le matériel nécessaire à l'injection est à disposition et en accès gratuit par différents organismes : les CAARUD : www.drogues-info-service.fr, le programme d'échange de seringues en pharmacie (PESP) accessible sur le site www.respadd.org, le programme d'échange de seringues par voie postale www.rdr-a-distance.info, ainsi que la vente en pharmacie de Stéribox (prix conseillé 1 euro).

- 5) **Discuter des méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa pratique de chemsex ou pour pratiquer à moindre risque**

Il est important de proposer une approche sur la sexualité et la nécessité de la sauvegarder comme une valeur qui sera mise à mal à court terme par les produits qui étaient censées l'agrémenter. Rappeler que la sexualité se construit de manière subjective et individuelle et reprendre la question du conformisme identitaire des pratiques normatives et du communautarisme. Il est possible de conseiller de commencer les rapports avant la prise de produit, d'éteindre le téléphone en début de session afin d'éviter de passer des heures sur les applis en quête de partenaires (screen fascination). Concernant le chemsex, on ne visera pas une abstinence en priorité mais plutôt l'espacement des plans, une réduction des consommations et réapprentissage de rapports sexuels sans produits. Pour les pratiques de Slam, il est possible d'effectuer une transition ou une alternance avec d'autres modes d'administration.

- 6) **Proposer des objectifs et laisser le choix**
- 7) **Evaluation (3 échelles) de la motivation, le bon moment (temporalité) et la confiance dans la réussite des objectifs fixés.**
- 8) **Proposer une autre consultation, remise de brochure ou orienter vers un site internet (cf. accompagnement).**

Motivation



Le bon moment



Confiance



Orienter le patient

- Numéro d'urgence, dispositif d'écoute 24h/7j (AIDES) : WhatsApp 07 62 93 22 29
- Réseaux addiction, centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues(CAARUD), des services hospitaliers d'addictologie www.drogues-info-service.fr
- Des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), des services de maladies infectieuses et tropicales (SMIT), les consultations PrEP et des associations de lutte contre le sida et autres IST.
- Des associations friendly
- Psychiatres, psychologues ou sexologues selon l'évaluation des comorbidités/complications anxieuses, dépressives ou addiction sexuelle
- Autres spécialités selon d'autres complications : médecine légale, urologie, proctologie, gynécologie, endocrinologie, dermatologie,
- Annuaire local (professionnels de santé et associations friendly, associations d'addictologie) :

Brochures :

4 brochures chemsex développées par AIDES : <https://www.aides.org/publication/chemsex-des-informations-pour-reduire-les-risques> : Réduire les risques, consommer à moindre risque / Prévention sexuelle au VIH, Hépatites et IST / Comment organiser un plan safe ? / GHB/GBL, ce qu'il faut savoir

Fiche récapitulative des risques liés au chemsex et cathinones : <https://www.playsafe.fr/wp-content/uploads/2019/09/Cathinones-et-chemsex-V-19-avril-apx-960x720.jpg>

Brochure développée par l'association technoplus de réduction des risques et dommages pour le chemsex : <https://www.drugbox.fr/84-drog-a-louage/02-Documents-et-brochures/02-Drogues-de-synthese/02-Brochures/Techno-plus-cathinones/Techno-plus-cathinones.pdf>

Plan Chems (publiée par le Checkpoint Paris, en partenariat avec AIDES) : www.leskiosques.org/le-kiosque/59

Plan Chems ? Es-tu au clair avec les risques que tu prends ? (publiée par Actions Traitements) : www.actions-traitements.org/wp-content/uploads/2011/07/DEPLIANT-DROGUE-BAT2.pdf

Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, brochure publiée par l'INPES (Santé publique France) : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1236>

Sites internet :

Site élaboré par des professionnels d'addiction visant à aider les professionnels de santé de premier recours : www.intervenir-addictions.org

Site d'information francophone sur les drogues : www.drogues-info-service.fr

Site d'information sur le chemsex : <https://vih.org/dossier/le-chemsex/>

Site d'information pour usagers, réduction des risques : <https://www.playsafe.fr/ccip-cathinones-et-chemsex/>

Risques d'interactions entre les traitements du VIH ou du HCV et les NPS : www.hiv-druginteractions.org www.hcv-druginteraction.org

Site d'information pour les professionnels sur la PrEP : www.formaprep.org

Risque d'interactions entre les différents produits, site anglophone : <https://combo.tripsit.me>

Références bibliographiques :

- 1-Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P. « Chemsex » and harm reduction need among gay men in South London. *Int J Drug Policy*. déc 2015;26(12):1171-6.
- 2-McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ*. 3 nov 2015;351:h5790.
- 3- Evers YJ, Hoebe CJP, Dukers-Muijers NHTM, Kampman CJG, Kuizenga-Wessel S, Shilue D, et al. Sexual, addiction and mental health care needs among men who have sex with men practicing chemsex – a cross-sectional study in the Netherlands. *Prev Med Rep*. juin 2020;18:101074.
- 4- Kirby T, Thornber-Dunwell M. High-risk drug practices tighten grip on London gay scene. *The Lancet*. janv 2013;381(9861):101-2
- 5- Schreck B. Le slam, nouvelle pratique en Addictologie : aspects psychopharmacologiques. Université de Nantes; 2021.
- 6- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. févr 2002;52(2):69-77.
- 7 -Hegbe KG, Courtois R, Brunault P, Reveillere C, Barrault S. Validation de la version française du Sexual Addiction Screening Test (SAST-Fr). *L'Encéphale*. oct 2020;46(5):334-9

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Colin, Johan

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Colin, Johan

Signature

Conception et évaluation d'un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève dans la pratique du chemsex

Résumé :

CONTEXTE La pratique du chemsex est en pleine expansion et environ un tiers à un quart des usagers seraient en demande de conseils auprès de professionnels. Les différents intervenants (professionnels de santé et membres d'associations) qui peuvent être amenés à rencontrer des personnes ayant cette pratique sont souvent confrontés à une problématique complexe et pluridisciplinaire. Il n'existe pas à ce jour d'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève pour la pratique du chemsex.

OBJECTIF Les besoins des professionnels comme des usagers d'un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève afin de proposer un premier entretien structuré justifie de la création d'un tel outil qui est l'objectif principal de ce travail de thèse. Cet outil permet d'effectuer une évaluation de la pratique et de ses risques de façon holistique puis d'apporter des conseils et un éventuel étayage aux usagers qui en présentent le besoin.

METHODE En synthétisant les récentes publications sur le sujet mais également en se référant à certaines échelles de repérage précoce nous développons un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève spécifique à la pratique du chemsex puis un guide d'utilisateur disponible pour les intervenants afin de les orienter dans l'usage de l'outil. Nous proposons l'outil et le guide à l'évaluation d'intervenants variés dans leur qualification.

RESULTATS Le recueil des avis de professionnels concernés et sensibilisés à la pratique du chemsex permet d'apporter des remarques et avis précieux sur la première version de l'outil et d'en développer une nouvelle version plus complète et aboutie.

CONCLUSION L'outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève doit maintenant être testé à plus grande échelle, au niveau inter-régional, afin qu'il soit validé puis diffusé au plus grand nombre d'intervenants qui pourraient être concernés par la prise en charge d'usagers ayant une pratique de chemsex. Il apparaît pertinent de développer cet outil sous format numérique.

Mots-clés :

- Chemsex
- Intervention brève
- Substances psychoactives
- Repérage précoce
- Nouveaux produits de synthèse