

LE CHEMSEX ET SES RISQUES : COMPRENDRE, POUR MIEUX TRAITER, L'EVOLUTION DES USAGES DE STUPEFIANTS ET DES PRATIQUES SEXUELLES

CHEMSEX AND ITS RISKS: UNDERSTANDING, TO BETTER TREAT, THE EVOLUTION OF DRUG USE AND SEXUAL PRACTICES

Mathieu TAUREAU^(a), Maxence OUAFIK^(b), Corinne CHARLIER^(c), Gabrielle SCANTAMBURLO^(d)

(a) Service de Psychiatrie, CHS Notre Dame des Anghes, ULiège

(b) Médecine générale, ULiège

(c) Service de Toxicologie, CHU de Liège, ULiège

(d) Service de Psychiatrie, CHU de Liège, ULiège

Résumé

Le « Chemsex » est une pratique pouvant être décrite par la prise volontaire de stupéfiants dans le but de faciliter, de prolonger et/ou d'amplifier les sensations physiques au cours d'un rapport sexuel. Cette pratique cumule les dangers de la prise de substances addictogènes aux dangers des rapports sexuels à risques. A travers ce document, nous discuterons de l'épidémiologie, des risques, mais aussi des perspectives de prise en charge de ce qui pourrait devenir un important enjeu de santé publique.

Mots-clés : chemsex, hiv, comportements sexuels, trouble de l'utilisation de substance.

Summary

"Chemsex" is a spreading practice that can be described as the use of drugs in the intention of increasing and prolong physical sensations during a sexual intercourse. Chemsex is associated with both the dangers of addictive substances use and of risky sexual behaviour. Through this publication, we will discuss the epidemiology and risks, but also the good psychiatric management perspectives of what could become an important public health issue.

Key words : chemsex, hiv, sexual behavior, substance-use disorder.

Samenvatting

"Chemseks" kan worden beschreven als het vrijwillig nemen van verdovende middelen om de lichamelijke gewaarwordingen tijdens een geslachtsgemeenschap te vergemakkelijken, te verlengen en/of te versterken. Het combineert de gevaren van het nemen van verslavende middelen met de gevaren van onveilige seks. Via dit werk zullen we de epidemiologie, de risico's, maar ook de vooruitzichten op zorg bespreken, van wat een belangrijk probleem voor de volksgezondheid zou kunnen worden.

Trefwoorden : chemseks, hiv, seksueel gedrag, drugs-toornis.

INTRODUCTION

Le « Chemsex » est une pratique relativement nouvelle et peu connue en médecine qui se définit comme l'utilisation d'une substance illicite, (méphédronne, acide Gamma-Hydroxybutyrique (GHB), Gamma-Butyrolactone (GBL), kétamine, méthamphétamines ou encore méphédronne) dans le but de prolonger ou d'accroître les perceptions physiques d'un acte sexuel.

Le terme « Chemsex » est une contraction argotique du terme « Chemical » et « Sex » et demeure une construction principalement sociale, sans véritable définition consensuelle par une autorité de santé. En fonction des publications et des pays, cette définition peut traduire la prise de drogue avant ou pendant un rapport sexuel et s'étendre à la prise d'autres substances

(cocaïne, ecstasy, poppers) voire de médicaments tels que le Sildénafil associés à la prise de stupéfiants.

Le praticien, bien que formé en toxicologie et aux troubles de l'utilisation de ces substances, n'est pas toujours au fait de ces modes de consommation, ce qui amène à un sous-diagnostic et perturbe les enjeux sous-jacents en termes de promotion de la santé et de prévention, notamment au sein de la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), plus exposée aux risques de maladies sexuellement transmissibles. A travers la description d'un cas clinique, nous explorerons la littérature afin de reconsidérer la prise en charge de ces patients et nos besoins.

DESCRIPTION DU CAS

Monsieur N. est âgé de 27 ans, il nous sollicite en consultation de préadmission à la suite d'un passage aux urgences psychiatriques pour idées noires.

Monsieur N. est un jeune homme homosexuel qui n'a pas d'antécédents psychiatriques particuliers en termes de suivi, d'hospitalisations ou de passage à l'acte suicidaire. Il relate toutefois un mal-être de longue date - « depuis l'adolescence » - qu'il relie principalement à des tensions familiales et explique avoir quitté le domicile familial à 23 ans à la suite d'un coming out difficilement vécu par ses parents. Il décrit également avoir été victime de harcèlement, en lien avec sa sexualité selon lui, pendant sa scolarité.

Depuis 3 ans, pour pallier une situation financière précarisée, Monsieur N. explique avoir commencé à se prostituer. Il relate également une sexualité caractérisée par des partenaires occasionnels multiples.

Lors de cette période de sa vie, les liens avec les membres de sa famille (ses deux parents et une sœur) sont coupés.

Depuis environ 1 an, Monsieur N. relate une consommation de cocaïne croissante, avec perte de contrôle. Il explique avoir initialement commencé à consommer de la cocaïne et des stimulants - non précisables à l'anamnèse - au cours de rapports sexuels, parfois avec plusieurs hommes, sur de longues périodes. Des comportements sexuels à risques sont également rapportés, conjointement à la prise de stupéfiants (rapports non protégés). Par la suite, la prise de cocaïne se serait généralisée en dehors des rapports sexuels pour arriver à une prise de 1 gramme par jour, deux à trois jours par semaine, voire des périodes de consommation quotidienne sur plusieurs semaines. Sur le plan thymique, cette majoration des consommations s'est traduite en une symptomatologie anxieuse et dépressive - notamment pendant les périodes de « descente » - une labilité des affects avec accès de colères, des troubles de l'appétit et du sommeil et des idées noires fluctuantes.

Au terme de notre entretien, nous proposons une admission pour sevrage de cocaïne et stabilisation de la symptomatologie dépressive. Une prise en charge sociale est également proposée étant donné les difficultés financières rapportées par le patient et nous l'encourageons à envisager un dépistage concernant le VIH.

QUESTIONNEMENT

Ce qui frappe, dans la prise en charge de Monsieur N., est l'impact social, médical et psychologique qu'a eu la prise de cocaïne et la pratique du « Chemsex ». Ainsi, au cours de notre prise en charge, une considération de ces trois aspects a été nécessaire.

A travers ce cas clinique et une recherche documentaire, nous proposons de répondre à trois questions, qui sont tout autant des questions que des pistes générales d'investigation.

Nos interrogations reposent donc sur une problématique qui est celle d'aborder une modalité d'utilisation de substances dont le médecin en cours de formation ne sait que peu de choses et d'en dégager les enjeux afin de pouvoir l'intégrer dans une pratique plus globale.

Notre questionnement visera à identifier les utilisateurs et les substances employées pour ce type de pratique afin de pouvoir cibler les éventuelles populations à risques vers lesquelles diriger nos interventions. Par la suite, nous aborderons les complications et risques de telles pratiques afin d'établir en quoi elles peuvent devenir un enjeu de santé publique. Enfin, nous parcourrons brièvement les pistes de prise en charge, tant à l'échelle individuelle que lors d'interventions dirigées vers le grand public.

EN CONCLUSION NOS TROIS QUESTIONS POUR CE TRAVAIL PEUVENT ÊTRE FORMULÉES DE LA FAÇON SUIVANTE :

- 1°) *Le Chemsex : quels profils d'utilisateurs ?*
- 2°) *Le Chemsex : quelles évolutions chez le patient, à quels risques psycho-médicosociaux l'utilisateur s'expose-t-il ?*
- 3°) *Quelles pistes pouvons-nous envisager face à cette problématique croissante ?*

LE CHEMSEX, QUELS PROFILS D'UTILISATEURS, QUELLE PREVALENCE ?

Ainsi qu'expliqué plus haut, le « Chemsex » est une construction argotique basée sur les termes « *Chemical* » et « *Sex* ». Il n'y a donc pas de consensus concernant la définition de ce terme et les substances utilisées.

Dans le cadre de notre recherche, nous désignerons par ce terme l'ensemble des utilisations de substances, légales ou non, dans le but de prolonger un rapport sexuel, avant ou au cours de l'acte.

Il demeure important de préciser que la pratique du Chemsex touche vraisemblablement de multiples populations. Notre travail se focalisera sur la population des HSH car il s'agit d'une catégorie ayant davantage recours à ces pratiques¹. En outre, nous proposons de centrer notre recherche sur ces populations du fait de l'intérêt de prises en charge dans ce domaine : la disparité des troubles mentaux et leur sur-représentation au sein de la population homosexuelle est une problématique bien connue que certains auteurs expliquent par l'existence de stigmates sociaux², l'exposition à des discriminations de nature homophobe ou encore certains processus pathologiques tels que l'homophobie internalisée³.

Cette considération est d'ailleurs au cœur de perspectives d'interventions psychothérapeutiques spécifiques basées sur le concept de stress de minorité⁴. La population lesbienne, gay et bisexuelle (LGB) est ainsi plus à risque de comportements à risques tels que la prise d'alcool, de drogues, l'impulsivité sexuelle ou encore les rapports sexuels non protégés. Cette notion nous semble d'autant plus importante qu'elle doit être mise en perspective avec les risques de transmission de maladies sexuellement transmissibles ou sanguines et qu'elle traduit un vrai besoin d'apporter des aides spécifiques en termes de santé mentale et de prévention.

Par ailleurs, plusieurs études avaient déjà souligné qu'une cer-

taine proportion des personnes HSH interrogées n'était pas consciente des risques liés à la prise de drogues et ne se faisait pas soigner concernant cette problématique. Il existait aussi une peur de s'adresser à des services d'aide par non-identification à la population toxicomane « classique » ou par peur de discriminations, ce qui réduit l'accès des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres (LGBT) à ce type de soins⁵. Ajoutons que ces problématiques de substances sont plus difficilement mises en évidence dans des services de santé généraux ou d'infectiologie, où s'adressent davantage les populations LGBT⁶.

Les substances les plus usuellement mentionnées dans la littérature concernant le Chemsex comprennent : l'acide Gamma-Hydroxybutyrique (GHB), fréquemment synthétisé clandestinement à partir du Gamma-Butyrolactone (GBL), le 1,4-butanediol, la méphédronne qui appartient à la catégorie des Nouvelles Substances Psychoactives (NPS), la méthamphétamine et les agents pharmacologiques utilisés classiquement dans les dysfonctions érectiles⁷.

Une publication de 2018 d'un centre de dépistage à Anvers relate qu'il s'agit d'une pratique en augmentation au cours des dernières années. Entre 2011 et 2016, la consommation de cocaïne, ecstasy, GHB et d'amphétamines a augmenté de façon significative, en corrélation avec une augmentation du nombre de rapports non protégés chez les HSH⁸.

Il est difficile d'estimer la prévalence de ces pratiques, mais une revue de la littérature de 2019⁹ propose des chiffres variables allant de 3 à 29 % de la population des HSH interrogée. Les prévalences les plus élevées se retrouvent dans une étude ciblant les usagers d'une application de rencontre pour personnes homosexuelles lors de la gay Pride d'Amsterdam et dans un centre de dépistage¹⁰.

Dans le cadre d'études centrées sur la prise de méthamphétamine, la prévalence de telles consommations est estimée à 9 et 22 % des hommes interrogés ; la plus forte prévalence étant retrouvée sur une population globalement précarisée, à Los Angeles¹¹ (Jeunes homosexuels à bas revenus, voire ayant vécu sans domicile fixe).

Nous distinguerons par ailleurs la pratique du *Slamming*, que nous définirons comme étant l'injection intraveineuse de stupéfiants au cours d'un rapport sexuel. Au Royaume-Uni, un rapport de santé publique signale une haute prévalence de l'injection de drogues au cours de rapports sexuels, particulièrement chez des HSH¹². Dans la continuité de ce rapport, une étude de 2016 centrée sur la pratique du *Slamming* et la fréquentation de centres d'aides aux assuétudes rapporte une augmentation, parmi les patients, de la proportion d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, corrélée à une augmentation de la prévalence du VIH dans ce groupe. Enfin, les habitudes de consommation ont également évolué en lien avec ces pratiques avec augmentation de l'injection de stimulants et diminution de l'injection d'opiacés, ce qui traduit un basculement dans les habitudes de consommations¹³. Les principaux agents injectés seraient la méthamphétamine, la méphédronne et le GHB, bien que la prévalence des HSH ayant recours à cette pratique demeure fortement variable en fonction des études et des populations ciblées.

En termes de caractéristiques sociodémographiques, la même revue de littérature précédemment citée identifie principale-

ment une population des personnes HSH, âgées de 30 à 40 ans. Il n'existe pas d'ethnie ou d'autres caractéristiques sociodémographiques pertinentes mises à jour par d'autres études à notre connaissance.

En conclusion, plusieurs études semblent converger dans le sens d'une augmentation de la pratique du Chemsex. En l'absence de consensus sur les substances utilisées, retenons principalement une modification des comportements avec une tendance à privilégier des substances stimulantes en fonction de leur accessibilité (méphédronnes et NPS ou synthèse de GHB à partir de GBL, prise d'ecstasy, de méthamphétamine). La pratique du *Slamming*, plus rare, se définit par l'injection de stimulants -principalement le GHB, la méthamphétamine et la méphédronne- par voie intraveineuse. Les risques liés à une telle pratique sont majorés par le partage de matériel d'injection potentiellement contaminé au sein d'une population relativement peu informée des risques et ayant tendance à ne pas se diriger vers des structures de prévention en matière d'assuétudes (cependant, on retrouve une plus forte tendance à fréquenter les centres de dépistages, ce qui peut être un moyen d'atteindre cette population concernant cette pratique). Une attention toute particulière doit être portée sur l'existence de substances frelatées, qui peuvent être associées à des agents pharmacologiques ou à des produits de coupe néfastes.

Notons qu'une estimation de la prévalence exacte de ces pratiques demeure difficile étant donné le biais de sélection de ces études (patients recrutés dans des centres de dépistage ou sur des applications de rencontres homosexuelles, dans différents pays, à différentes périodes) ainsi que les variations vis-à-vis de substances consommées en fonction des zones géographiques et des milieux sociaux.

LE CHEMSEX, QUELLES ÉVOLUTIONS CHEZ LE PATIENT, A QUELS RISQUES PSYCHO-MEDICO-SOCIAUX L'UTILISATEUR S'EXPOSE-T-IL ?

Les risques associés à ces pratiques peuvent être liés aux deux aspects : d'une part le risque inhérent aux rapports sexuels, d'autre part le risque attribué à la prise de stupéfiants.

En ce qui concerne les rapports sexuels, la recherche a déjà mis l'accent sur les risques de rapports sexuels non consentis au cours de telles pratiques¹⁴. Par ailleurs, de multiples articles soulignent l'association entre la pratique du Chemsex et les rapports sexuels non-protégés ou encore d'actes sexuels induisant un plus haut risque de lésions anales ou génitales tels que l'utilisation d'objets ou la multiplication de partenaires au cours du rapport, ce qui peut s'expliquer par la prise de stupéfiants pouvant altérer la qualité du jugement.

En outre, les patients séropositifs au VIH ou porteurs d'une infection sexuellement transmissibles sont plus fréquemment associés à la pratique du Chemsex, bien qu'ils soient parfois plus à même de s'adresser vers des centres de dépistage.

En ce qui concerne la prise de stupéfiants ou de médicaments, outre la toxicité de la substance consommée, elle est directe-

ment corrélée à des altérations du fonctionnement psychosocial. Une détérioration de la qualité de vie est rapportée par 25 % des HSH pratiquant le Chemsex¹⁵. La prise de méthamphétamine est également corrélée à une diminution des relations avec l'entourage et à une fragilité du couple, voire à une altération du fonctionnement quotidien. Une altération du fonctionnement social est également attribuée à la prise de GHB. Sur le plan professionnel, le Chemsex a pu être relié à de l'absentéisme, voire à une perte d'emploi^{16,17}.

D'autres études mettent en lumière d'autres risques pour la santé mentale, avec une plus forte prévalence de troubles anxieux et de trouble dépressifs et un lien entre paranoïa et prise de méthamphétamine. Cette substance est aussi associée à des troubles du sommeil, à une perturbation de l'alimentation et à des troubles buccaux tels que des lésions dentaires, ou des ulcérations de la langue et des muqueuses buccales à cause d'un phénomène de mastication compulsive et de morsures accidentelles¹⁸.

Notons qu'il existe également un risque de dépendance à l'égard de ces substances, voire de polytoxicomanie.

Nous citerons par ailleurs les résultats d'une enquête en ligne de l'Observatoire du Sida et des Sexualité sur Bruxelles-Capitale, publiés en 2017¹⁹ qui révèlent que 27,6 % des répondants ayant pratiqué le Chemsex ont présenté des répercussions psychologiques (symptomatologie dépressive, sautes d'humeur, idéations paranoïaques, culpabilité, manque et idéations suicidaires). 23,6 % des répondants déclarent également des répercussions d'ordre physique avec fatigue, perte de conscience, mais aussi des dégâts physiques tels que des fissures anales, des abrasions péniennes, des troubles urinaires, des lésions sur le site d'injection (dans le cas d'une prise intraveineuse) ou encore des lésions nasales (dans le cas de substances inhalées). Plus de 18,7 % des répondants à l'enquête auraient également éprouvé des problèmes d'ordre relationnel avec leur entourage ou au sein de leur couple, ce qui rejoint le concept d'altération sociale évoqué plus haut.

En outre, une inquiétude doit être portée sur les associations de substances parfois dangereuses que l'on peut retrouver dans des produits non contrôlés²⁰.

En ce qui concerne la méphédronne, un accent sur la dangerosité de cette substance doit être mis par le thérapeute dans la mesure où de multiples décès ont déjà été reliés à sa consommation, seule ou accompagnée par d'autres substances psychoactives^{21,22}.

Ainsi que cité plus haut, la pratique du Slamming est associée à de plus hauts risques de transmission par le partage de matériel d'injection au sein d'une population peu conscientisée aux risques. Il existe également une association entre la prise de stimulants et la prise d'autres drogues intraveineuses, voire l'entrée vers une dépendance au plus long cours.

Un autre point à considérer demeure celui des risques d'interactions, de type pharmacodynamique d'une part, entre les stupéfiants en tant que tel (par exemple, majoration du risque de décès lors de l'association du GHB à d'autres substances en raison de leur effet dépressif sur le système nerveux central²³ et de type pharmacocinétique d'autre part entre le stupéfiant et la prise d'une éventuelle médication antirétrovirale (citons à titre d'exemple une interaction fatale entre le MDMA et le Ritonavir²⁴, bien que dans l'ensemble, ces interactions soient

encore insuffisamment étudiées.)

Notons cependant que l'une des études précédemment citée, proposant le suivi longitudinal de patients adeptes du Chemsex, semblait mettre en évidence que les patients qui s'adonnaient à ces pratiques ne le faisaient que pour une courte période de temps. Il convient de garder en tête que de tels résultats peuvent aussi s'expliquer par le fait que le suivi était réalisé dans un centre de dépistage spécialisé dans ces problématiques où les patients pouvaient recevoir le soutien et les informations adéquates auprès de professionnels de la santé, ce qui a pu influencer l'arrêt plus rapide de ces pratiques. Si de tels résultats se confirmaient, ils appuieraient l'intérêt de prises en charges spécialisées visant à atteindre ces populations rapidement et sur une courte période.

QUELLES PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES ENVISAGER FACE A CETTE PROBLEMATIQUE ?

Dans le cadre de ce travail, nous prenons le choix de développer trois axes précis de prise en charge, centrée sur trois facettes de cette problématique : la sensibilisation aux risques du Chemsex à proprement parler, l'approche, en psychothérapie des comportements impulsifs ou encore une prévention des risques de transmission d'infections sexuellement transmissibles.

SENSIBILISATION AU CHEMSEX AUPRÈS DE LA POPULATION HSH : L'EXEMPLE DES INTERVENTIONS EN LIGNE

Comme décrit plus haut, la population HSH concernée par le Chemsex ne s'identifie pas toujours aux problématiques de « toxicomanie » générale et demeure relativement peu informée des risques liés à la consommation de substances. Ce phénomène est accentué par une détection insuffisante de ces problématiques dans les centres de dépistage, vers lesquelles les patients se tournent davantage et par une crainte des patients LGBT de se tourner vers des services de prévention en matière d'assuétude par peur de discriminations.

Plusieurs initiatives ont déjà été proposées pour permettre une modification des comportements sexuels à risques, notamment par intervention en ligne²⁵. De telles interventions nous semblent pertinentes, puisqu'elles sont accessibles, anonymes et permettent à une population à risque de s'informer sans craindre une éventuelle discrimination (ce qui, comme dit plus haut, tend à freiner le recours aux soins). L'Organisation mondiale de la Santé a d'ailleurs publié une recommandation officielle soulignant l'intérêt de tels dispositifs pour atteindre les populations HSH à risque²⁶.

Notons qu'à l'heure actuelle, la majorité des études disponibles concernant l'efficacité d'interventions en ligne se limitent aux comportements sexuels à risques ou à la prise de stupéfiants, mais moins souvent à l'association des deux. Une publication récente propose toutefois la mise en place d'une plateforme d'information et d'estimation des risques en lien avec la sexualité et la prise de stupéfiants au sein de la population HSH²⁷ et

l'ASBL belge « Ex Aequo » à récemment mis en ligne une plateforme en ligne destinée aux usagers de ces pratiques²⁸.

INTERVENTIONS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

Plusieurs études relèvent une plus forte prévalence des troubles psychiatriques et des troubles d'utilisation de substance au sein de la population LGBT.

Dans ce contexte, le recours à des comportements impulsifs et la prise de substances est expliqué dans plusieurs publications par une exposition au stress de minorité, c'est-à-dire, à l'anxiété vécue par une communauté appartenant à une minorité et pouvant être exposée à des actes discriminatoires, y compris de façon précoce.

Plusieurs modalités et courants psychothérapeutiques pourraient être discutés ici, mais nous nous appuyons à titre d'exemple sur une publication de 2015 proposant l'évaluation d'une thérapie cognitivo-comportementale centrée sur la gestion du stress de minorité et les comportements dysfonctionnels au sein d'une population LGBT⁴.

Au terme d'une prise en charge de 3 mois, les patients ayant bénéficié d'une prise en charge spécifique rapportent une diminution cliniquement significative des rapports non protégés, des comportements sexuels impulsifs, des troubles liés à l'utilisation de l'alcool et de l'anxiété.

Notons que ce modèle de prise en charge n'a pas été croisé à la problématique d'utilisation de stupéfiants et du Chemsex, mais n'en demeure pas moins une perspective intéressante.

PREVENTION DE LA TRANSMISSION D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Cette section concerne plus l'infectiologue que le psychiatre, mais une bonne connaissance de ce qui peut être proposé à nos patients semble pertinent.

Nous avons déjà soulevé les associations entre le Chemsex, les pratiques sexuelles à risque et le risque de transmission de maladies infectieuses. Notons en outre que la prise de stupéfiants accroît le risque d'une éventuelle prise irrégulière de trithérapie antirétrovirale.

Nous relayerons ici principalement les conclusions d'une étude de 2018²⁹ concernant le recours à une thérapie pré-expositionnelle (PrEP) chez les patients pratiquant le Chemsex. Une prise correcte de la PrEP est globalement retrouvée dans cette population et ce phénomène est davantage marqué lorsqu'il est associé à des interventions spécifiques de sensibilisation, ce qui rejoint le point abordé plus haut.

De plus, les patients séropositifs non diagnostiqués au sein de cette population sont plus à même de solliciter des services de santé en vue d'accéder à la PrEP et donc, à un dépistage et à la découverte de leur statut sérologique.

Enfin, le recours à la PrEP permettrait de maintenir le lien entre une population qui accède peu à des soins de santé et des services de dépistage, ce qui permet la mise en place de stratégies de dépistages plus globales et intégratives, notamment pour

d'autres infections telles que l'hépatite C.

D'autres outils pourraient être discutés, tels que les thérapies post-expositionnelles, mais une telle recherche dépasse le cadre de ce travail.

DISCUSSION

Retenons que la problématique du Chemsex est un enjeu de santé public récent, encore peu connu d'une bonne partie du corps médical, bien qu'il tende à se populariser dans certaines communautés. L'absence de définition scientifique *stricto sensu* complexifie également la compréhension de ce phénomène et la bonne communication entre professionnels de santé.

Les risques psychomédicosociaux et les enjeux sont multiples ; la prise de stupéfiants au cours d'un rapport sexuel accroît le risque de pratiques à risques et donc de transmission du VIH ou d'autres maladies infectieuses. Ce risque infectieux est d'autant plus fort dans la pratique du Slamming, qui implique une voie intraveineuse. En outre, la population adepte du Chemsex s'avère plus à risque de développer des dépendances aux substances utilisées ou des troubles psychiatriques au plus long cours.

Sur le plan social, la pratique du Chemsex est corrélée à l'appauvrissement du réseau social du consommateur et s'accompagne de répercussions sur l'activité quotidienne et la performance professionnelle.

La situation est d'autant plus problématique que les patients consultent peu et sont peu conscients des risques, ce qui les amènent à consulter plus tardivement ou lors de décompensations psychiatriques plus sévères que dans la population générale.

Pour relier notre cas clinique et notre recherche documentaire, notons que Monsieur N. a consulté tardivement, comme cela est décrit dans la littérature, et que cela peut être lié à une difficulté à s'identifier à la population psychiatrique et toxicomane « classique ». Il expliquera aussi avoir une faible connaissance des risques de la cocaïne et avoir perçu son milieu comme un environnement « banalisant et facilitateur ». Un appauvrissement du réseau de soutien du patient a également été constaté, ce qui nous a amené à discuter d'une prise en charge sociale avec éventuellement une aide à reprendre une formation ou des études.

En entretien, la problématique des substances doit être discutée, mais aussi potentiellement les questionnements du patient inhérents à sa propre identité sexuelle. Monsieur N. a effectivement été exposé à des discriminations homophobes au sein de sa famille et de son établissement scolaire, ce qui a pu l'amener à développer des croyances et comportements dysfonctionnels (impulsivité sexuelle, anxiété...).

Enfin, en termes de risques infectieux, un bilan de dépistage et une information sur les risques de transmission doit être donnée, tant pour le VIH que pour d'autres pathologies sexuellement transmissibles. Une prise en charge spécialisée en infectiologie pourrait également être discutée, avec éventuellement l'instauration d'une thérapie pré-expositionnelle, ce qui faciliterait également la régularité de dépistages aux autres IST.

CONCLUSION ET BESOINS EN TERMES DE PRATIQUE

A travers ce travail, nous proposons une familiarisation avec une pratique peu connue de notre milieu professionnel et de plus en plus répandue dans certaines communautés.

Du fait de l'association de telles pratiques avec un plus haut risque de transmissions infectieuses et de troubles psychiatriques, la bonne connaissance de la réalité du terrain et d'intervenants pertinents peut devenir un enjeu de santé publique. Nous devons être en mesure d'identifier davantage les populations à risque et de communiquer davantage avec nos patients ou avec d'autres membres du réseau de soins sur ces sujets.

Notons qu'il a été difficile de trouver des articles concernant le territoire belge et que l'absence de consensus sur le terme « Chemsex » nous a amené à devoir croiser des articles qui décrivaient finalement des pratiques parfois très différentes (prise de substances légales vs illégales, per os vs injectées).

Une bonne information des professionnels de santé, particulièrement dans les services généraux et dans les centres de dépistage, est nécessaire ainsi que le développement d'outils spécifiques de sensibilisation de ces populations, d'autant plus que ces problématiques sont insuffisamment détectées et que de courtes interventions ciblées peuvent considérablement réduire les risques associés ou le recours à de telles pratiques.

Au niveau des professions psychosociales, une bonne connaissance de ces pratiques peut nous aider à mieux prendre en charge ces patients et à mieux les orienter vers des services d'infectiologie qui peuvent fournir des outils efficaces pour réduire le risque de transmission du VIH ou de maladies infectieuses, comme par exemple l'accès à des dépistages réguliers, à du matériel d'injection à usage unique ou à un traitement tel que la PrEP.

Plus spécifiquement, une prise en charge optimale de ces problématiques peut nécessiter davantage de connaissances en infectiologie, sur les infections sexuellement transmissibles ou sur les infections transmissibles par le partage du matériel d'injection, sur le réseau de soins en matière de prévention ainsi que sur l'accès aux thérapies pré-expositionnelles et leurs contre-indications.

RÉFÉRENCES

1. Lawn W, Aldridge A, Xia R, Winstock AR. Substance-Linked Sex in Heterosexual, Homosexual and Bisexual Men and Women : An Online Cross-Sectional «Global Drug Survey» Report. *J Sex Med.* 2019 ; 5 : 721-32.
2. Hatzenbuchler ML, Phelan Jo C, Link Bruce G. Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *Am. J Public Health.* 2013 : 813-21.
3. Newcomb ME, Mustanski B. Moderators of the relationship between internalized homophobia and risky sexual behavior in men who have sex with men: A meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior.* 2011 : 189-99.
4. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Rendina HJ, Safren SA, Parsons JT. LGB-Affirmative Cognitive-Behavioral Therapy for Young Adult Gay and Bisexual Men: A Randomized Controlled Trial of a Transdiagnostic Minority Stress Approach. *J Consult Clin Psychol.* 2015 ; 83(5) : 875-89.
5. Cochran BN, Peavy KM, Robohm JS. Do specialized services exist for LGBT individuals seeking treatment for substance misuse? A study of available treatment programs. *Subst Use Misuse.* 2007 ; 42(1) : 161-76.
6. Keogh P, Reid D, Bourne A, Weatherburn P. Wasted Opportunities: Problematic Alcohol and Drug Use Among Gay Men and Bisexual Men. London, UK : Sigma Research ; 2009.
7. Giorgetti R, Tagliabracci A, Schifano F, Zaami S, Marinelli E, Paolo Busardò F. When "Chems" Meet Sex: A Rising Phenomenon Called "ChemSex". *Curr Neuropharmacol.* 2017 ; 15(5) : 762-70.
8. 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.* 2018 ; 15(1) : 14.
9. 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.* 2019 ; 63 : 74-89.
10. Drückler S, van Rooijen MS, de Vries HJC. Chemsex Among Men Who Have Sex With Men: a Sexualized Drug Use Survey Among Clients of the Sexually Transmitted Infection Outpatient Clinic and Users of a Gay Dating App in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Dis.* 2018 ; 45(5) : 325-31.
11. Ober A, Shoptaw S, Wang PC, Gorbach P, Robert E. Weiss. Factors associated with event-level stimulant use during sex in a sample of older, low-income men who have sex with men in Los Angeles. *Drug Alcohol Depend.* 2009 ; 102(1-3) : 123-9.
12. Chau C, Czachorowski M, Edmundson C, Hickman M, Hutchinson S, Jessop L *et al.* Shooting up in England, infections among people who inject drugs in the UK. *Public Health England.* 2018.

13. Glass R, Hope VD, Tanner C, Desai M. Slamming' among men who have sex with men accessing general drug services, in response to Schmidt, AJ *et al.*, 2016, Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS) . Int J Drug Policy. 2017 ; 49 : 24-5.
14. 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. 2015 ; 12 : 1171-6.
15. 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. 2018 ; 52 : 9-15.
16. 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. 2017 ; 4 : 362-6.
17. Kurtz SP. Post-circuit blues: Motivations and consequences of crystal meth use among gay men in Miami. AIDS Behav. 2005 ; 1 : 63-72.
18. Knoops L, Bakker I, van Bodegom R, Zantkuijl P. Tina and slamming msm, crystal meth and intravenous drug use in a sexual setting. 2015. (<https://www.soaaid.nl/files/2019-12/Tina-And-Slamming-def.-web.pdf>)
19. Observatoire du Sida et des Sexualités - Université de St Louis - Bruxelles. Plan Chem ? Plan Slam ? Les Plans «Sous Prod». Une recherche exploratoire sur le chemsex parmi les gays, bisexuels et autres HSH dans la région de Bruxelles capitale. Bruxelles : s.n. ; 2017.
20. Pichini S, Marchei E, Pacifici R, Marinelli E, Busardò FP. Chemsex intoxication involving sildenafil as an adulterant of GHB. Drug Test Anal. 2017 ; 9(6) : 956-9.
21. Busardò FP, Kyriakou C, Napoletano S, Marinelli E, Zaami S. Mephedrone related fatalities: a review. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2015 ; 19 : 3777-90.
22. Vaiano F, Busardò FP, Palumbo D, Kyriakou C, Fioravanti A, Catalani V *et al.* A novel screening method for 64 new psychoactive substances and 5 amphetamines in blood by LC-MS/MS and application to real cases. J Pharm Biomed Anal. 2016 ; 129 : 441-9.
23. Corkery JM, Loi B, Claridge H, Goodair C, Schifano F. Deaths in the Lesbian, Gay, Bi-sexual and Transgender United Kingdom Communities Associated with GHB and Pre-cursors. Curr Drug Metab. 2018 ; 19(13) : 1086-99.
24. Henry, JA, Hill IR. Fatal interaction between ritonavir and MDMA. Lancet. 1998 ; 352 : 1751-2.
25. Blas MM, Alva IE, Carcamo CP, Cabello R, Goodreau SM, Kimball AM *et al.* Effect of an online video-based intervention to increase HIV testing in men who have sex with men in Peru. PLoS One. 2010 ; 5(5) : e10448.
26. Organisation Mondiale de la Santé. HIV and Young Men Who Have Sex With Men: A Technical Brief. Geneva, Switzerland : WHO Document Production Services ; 2015.
27. Flores-Aranda J, Goyette M, Larose-Osterrath C. Online Intervention as Strategy to Reach Men Who Have Sex With Other Men and Who Use Substances in a Sexual Context. Development of the MONBUZZ.ca Project. Front Psychiatry. 2019, ; 10 : 183.
28. CHEMSEX. [Online] <https://chemsex.be/>.
29. 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. 2018 ; 79(2) : e69-e75.

AUTEUR CORRESPONDANT

MATHIEU TAUREAU

CHS Notre Dame des Ange
Rue Emile Vandervelde, 67
4000 Liège

E-mail : mathieu.taureau@student.uliege.be