

COMPRENDRE POUR MIEUX SOIGNER

Comprendre le vécu des patients pratiquant le « chemsex »
et leurs attentes par rapport aux médecins généralistes :
une étude qualitative menée auprès des patients (HSH) en
Belgique francophone.

Travail de fin d'étude réalisé dans le cadre du master
complémentaire en médecine générale par :

Dr Naajiyah KATHRADA

Année académique 2023-2024

Promoteur : Dr Fabian COLLE

Co-promotrice : Dr Isabelle MOUREAUX

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les participants de cette étude, qui ont accepté de partager leurs récits de vie et leurs confidences. Votre contribution précieuse aide à mieux comprendre votre quotidien et vos défis, en espérant que cela puisse améliorer la prise en charge des autres dans le futur. J'espère avoir réussi retranscrire de manière juste vos mots et vos impressions,

À Dr Fabian Colle, mon promoteur, je souhaite exprimer ma reconnaissance pour avoir accepté de superviser ce sujet de TFE et pour son encadrement,
Je remercie Isabelle, ma maîtresse de stage, pour son soutien dans le choix de ce sujet et pour m'avoir enseigné l'importance de ne jamais abandonner une passion, croyant en moi plus que je ne l'ai fait moi-même. Tes conseils, nos discussions lors des supervisions ainsi que l'opportunité d'effectuer des consultations à l'ASBL d'Ex-Aequo ont été d'une aide précieuse et m'ont permis de m'imprégner pleinement dans ce sujet,

Mes remerciements vont également à tous mes collègues du Centre Médical des Oliviers, du Planning Familial d'Uccle et de l'ONE de Brigade Piron, notamment à Mavrick pour ses conseils avisés, à Racine pour son soutien et ses paroles toujours justes et à Sophie pour ses encouragements constants et ses nombreuses ressources. Merci à chacun d'entre vous pour les moments de partage, de rires, de compréhension, et pour votre flexibilité au cours de ces derniers mois,

Merci à Defne, pour son soutien dans les moments difficiles et son énergie positive dans les moments de bonheur,
Merci à tous mes amis, Ilayda, Astrid, Elisa, Fiora, Ali, Hubert, Céline, Mohamed Ali, pour les discussions passionnées sur le sujet, vos relectures attentives, vos conseils critiques, et pour m'avoir permis d'envisager les choses sous différents angles,

Je remercie également mes parents, qui sont très loin en termes de distance sur leur île et de leur contexte culturel, pour leur soutien et leur réconfort,
Merci à A'icha, ma soeur, pour sa disponibilité lors des relectures et pour avoir été mon pilier en matière de la langue française,

Enfin, je tiens à remercier Laurent, mon compagnon et meilleur ami, pour son temps, sa bienveillance et son amour inconditionnel. Merci pour toutes les relectures, pour tes connaissances en pharmacologie et ton accompagnement au quotidien qui m'a aidée à réaliser un tel travail et à m'épanouir dans ma carrière.

Ce travail marque la fin d'un long parcours académique, et je remercie tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont accompagnée tout au long de cette belle aventure.

Je vous souhaite à tous une agréable lecture, en vous invitant à faire appel à de la bienveillance et de l'ouverture d'esprit...

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
1. GLOSSAIRE	4
2. ABRÉVIATIONS	5
3. RÉSUMÉ.....	6
4. INTRODUCTION.....	7
5. RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE	10
5.2. Méthodologie de la recherche bibliographique	10
5.3. Méthodologie de la recherche scientifique.....	13
5.3.1. Design et le choix de l'étude :.....	13
5.3.2. Recrutement :	13
5.3.3. Construction du guide d'entretien :.....	13
5.3.4. Déroulement des entretiens :.....	14
5.3.5. Analyse des données	15
5.3.6. Comité d'éthique :.....	15
6. RESULTATS	16
6.1. Profils des participants :	16
6.2. Analyse qualitative des données :	16
6.2.1. Introduction à la pratique le chemsex.....	16
6.2.2. Les motivations : une désinhibition et un exutoire.....	17
6.2.3. Amélioration et augmentation de la durée des rapports sexuels	18
6.2.4. Préméditation ou spontanéité ?.....	20
6.2.5. Le mode de consommation et les substances utilisées	20
6.2.6. Impact psychologique.....	23
6.2.7. Impact physique	24
6.2.8. La gestion des descentes.....	26
6.2.9. Autogestion	27
6.2.10. Ce qu'ils ne veulent pas : le jugement, la stigmatisation	29
6.2.11. Ce qu'ils veulent : être honnête, une ouverture d'esprit et une meilleure communication	31
6.2.12. Préférence pour les spécialistes.....	32
6.2.13. Formation et sensibilisation des médecins généralistes	34
7. DISCUSSION :	35
7.1. Choix de la méthodologie.....	35

7.2.	Discussion des résultats.....	37
7.2.1.	Que veut dire le terme “chemsex” ?.....	37
7.2.2.	Pourquoi je pratique le chemsex ?.....	37
7.2.3.	Comment je pratique le chemsex ?.....	38
7.2.4.	Quelles conséquences sur ma santé ?.....	39
7.2.5.	Est-ce que je dois en parler à un médecin ?	40
7.2.6.	Qu’est-ce que j’attends de mon médecin traitant ?	42
7.3.	Limites et Forces de l’étude	44
8.	CONCLUSION:.....	46
9.	BIBLIOGRAPHIE	48

1. GLOSSAIRE

Bienvenue dans le monde du chemsex : pour se comprendre au fil de ce travail, un glossaire s'avèrera bien utile...

Chemsex : Fusion des termes anglophones « chemical » et « sex » pour désigner la pratique de combiner la consommation de drogues dans un contexte sexuel.

Chems ou chemicals : : Terme faisant référence aux drogues, surtout celles utilisées dans le contexte du chemsex

Teuf : Dérive du verlan (inversion des syllabes dans un mot), le terme "teuf" est utilisé pour désigner une fête.

Chill : Dans le cadre du chemsex, cela désigne une pratique en groupe, souvent dans un cadre privé, où des drogues sont consommées dans un contexte sexuel.

After : : Abréviation du terme anglophone "after-party". Cela signifie une soirée qui se déroule après un événement festif. Dans le cadre du chemsex, il s'agit d'une soirée se déroulant en groupe dans un cadre privé après une soirée.

Partouze : Expression désignant des rapports sexuels impliquant plus de deux personnes. Dans le cadre du chemsex, il s'agit de rencontres sexuelles en groupe, souvent dans un cadre privé.

La 3M ou la 3 : Désigne la drogue de synthèse la 3-MMC, souvent associée au chemsex. (voir plus bas, dans la section abréviation).

La 4 : désigne la drogue de synthèse la 4-MMC (voir plus bas, dans la section abréviation).

La MD : Désigne la drogue MDMA (voir plus bas, dans la section abréviation), souvent associée au chemsex.

G : Désigne la drogue GHB/GBL (voir plus bas, dans la section abréviation))

G-hole : Terme désignant un état de surdosage, de coma, provoqué par le GHB ou le GBL.

Tina : Terme utilisé pour la méthamphétamine, également connue comme "crystal meth".

Beuh : Terme utilisé pour le cannabis.

L'ecsta : diminutif du mot "ecstasy", pour désigner des pilules contenant de la MDMA.

Sniff : Action d'inhaler de la drogue en poudre par le nez.

Booty bump : Méthode d'administration de drogue qui consiste à injecter une solution d'eau mélangé avec de la drogue en poudre au niveau de la cavité anale.

Slamming ou slam : Méthode d'administration de drogue qui consiste à injecter les drogues directement par voie intraveineuse.

Barebacking : Terme utilisé pour faire référence à la pratique de rapports sexuels sans préservatif.

Down ou descente : Expression qui désigne un état de fatigue, de malaise, d'anxiété ou de dépression ressenti lorsque les effets d'une drogue diminuent.

Grindr : Application de rencontre géolocalisée destinée aux HSH (hommes ayant des relations avec des hommes).

Cruising : Pratique de recherche de partenaires sexuels anonymes dans des lieux publics ou semi-publics.

Darkroom : Pièce sombre présente dans certaines boîtes de nuits ou lors de soirées à thèmes pour permettre des rapports sexuels dans l'obscurité.

2. ABRÉVIATIONS

3MMC : 3-Méthylméthcathinone, une drogue de synthèse de la famille des cathinones.

4MEC : 4-Méthyléthcathinone, une drogue de synthèse de la famille des cathinones.

4MMC : 4-Méthylméthcathinone, une drogue de synthèse appartenant à la famille des cathinones.

MDMA : 3,4-Méthylènedioxy-N-méthylamphétamine, une drogue de synthèse psychoactive

PrEP : prophylaxie pré-exposition, traitement préventif utilisé pour réduire le risque de transmission du VIH.

LGBTQIA+ : Lesbienne, Gay, Bisexuel(le), Transgenre, Queer ou Questioning (en questionnement), Intersexe, Asexuel(le) ou Allié(e) et le + inclut d'autres identités et orientations.

HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

3. RÉSUMÉ

Comprendre pour mieux soigner : comprendre le vécu des patients pratiquant le « chemsex » et leurs attentes par rapport aux médecins généralistes.

Introduction : Le chemsex est une pratique consistant à consommer des substances psychoactives dans un contexte sexuel. Celui-ci est prévalent au sein de la communauté LGBTQIA+, notamment chez les HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes). Ce phénomène, bien que jugé tabou, représente un enjeu de santé publique majeur et est en hausse en Europe. L'objectif de ce travail est d'explorer le vécu de patients chemsexuels, de comprendre leur mode de consommation et leurs réalités pour déterminer leurs attentes en matière de soins de santé, notamment vis-à-vis des médecins généralistes, dans le but d'améliorer leur prise en charge.

Méthodologie : Une étude qualitative a été réalisée à travers des entretiens semi-dirigés avec huit participants pratiquant le chemsex. Ces entretiens ont été analysés en suivant la méthode de l'analyse interprétative phénoménologique (IPA) pour approfondir les expériences personnelles des participants et leurs attentes envers les professionnels de santé.

Résultats : Les participants ont rapporté pratiquer le chemsex pour diverses raisons, telles que la désinhibition et l'intensification des rapports sexuels. Cependant, cette pratique entraîne des risques significatifs, notamment des infections sexuellement transmissibles (IST), des troubles du sommeil, et des répercussions psychologiques. Les patients assument une certaine réticence envers les médecins généralistes, préférant les centres de soins spécialisés en VIH/PrEP. Ils révèlent une ambivalence quant à leur prise en charge et critiquent un manque de connaissance et de formation chez les médecins traitants. Ils expriment le souhait d'une approche sans jugement, d'une meilleure écoute et d'une meilleure sensibilisation quant à la communauté LGBTQIA+.

Conclusion : L'étude souligne l'importance de renforcer la formation des médecins généralistes sur le sujet du chemsex et de favoriser une approche empathique, pluridisciplinaire et en partenariat avec la communauté LGBTQIA+, ceci afin d'assurer dans le futur une prise en charge optimale des patients concernés.

4. INTRODUCTION

Le « chemsex » ... Une appellation plutôt surprenante, qui peut avoir l'air audacieuse pour un mémoire de fin d'étude en médecine générale ?

Historique du terme « chemsex »

Le terme « chemsex » est né de la fusion des termes « chems » ou « chemicals » qui font référence à des substances illicites et « sex ». On se réfère au terme « chemsex » ou « chemical sex » ou « Party and Play » (en Amérique du Nord) ou encore Wired Play¹ (en Australie) pour désigner le fait de consommer intentionnellement des substances psychoactives dans un contexte sexuel, notamment pour faciliter, prolonger ou intensifier les relations sexuelles. Pour mieux comprendre l'origine du terme et le phénomène qui est apparu en Angleterre au milieu des années 2000, l'article de David Stuart² retrace l'évolution du mot et explique toute la culture qui l'entoure.

Le chemsex en Belgique

Pourtant, bien que ce phénomène soit entouré de tabous, il est bien connu et décrit dans la littérature depuis ces dernières années. Le chemsex prend de l'ampleur et constitue un véritable problème de santé publique à l'échelle mondiale³ et en Europe. La Belgique n'en est pas épargnée. Le rapport de 2022 de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (EMCDDA)⁴ mentionne que la Belgique et les Pays-Bas sont parmi les pays européens où le chemsex est en augmentation. En termes d'épidémiologie, l'étude exploratoire menée par l'ASBL Alias⁵ en 2020 démontre que 72% des travailleurs du sexe qui ont répondu à leur étude ont déclaré avoir pratiqué le chemsex au cours de l'année écoulée.

Qui sont les patients concernés ?

Une autre étude exploratoire réalisée en 2017 par l'ASBL Eurotox⁶ démontre que la population concernée en Belgique est principalement composée de personnes se définissant comme homosexuelles, âgées entre 30 et 39 ans. Parmi les répondants de cette étude, 60% ont obtenu un diplôme d'études supérieures et près de 80% d'entre eux exercent une activité professionnelle. Cette étude montre également une prévalence plus élevée du chemsex en milieu urbain, notamment en Belgique, à Bruxelles et Anvers, ainsi qu'en Europe à Paris et à

Berlin. Ces données corroborent les résultats d'autres recherches internationales, qui identifient la résidence en milieu urbain comme le facteur culturel et social le plus prédictif de cette pratique.⁷

Le terme chemsex est généralement utilisé dans le milieu gay, auprès des HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) et comprend plusieurs aspects spécifiques. Ceux-ci recourent à un pattern de consommation particulier lié à l'utilisation des applications de rencontres géolocalisées comme « Grindr » et à des événements festifs à caractère sexuel, communément appelés les « chills » ou les « partouzes ». Les modes d'administration peuvent varier, allant du « sniff » à l'ingestion ou plus spécifiquement au « slamming », au plug ou ou à l'injection anale.^{8,9,10} Les substances psychoactives souvent associées à cette pratique varient en fonction des pays mais les plus reprises dans la littérature sont le GHB/GBL, la méphédronne, la méthamphétamine, le poppers et plus récemment les cathinones comme la 3MMC.^{4,9,11}

L'influence du chemsex sur la santé

De nombreuses études ont exploré les répercussions sur la santé suite à la pratique du chemsex. Parmi celles-ci, on note une hausse dans la transmission des IST, tels que le VIH,¹³ à la suite des rapports sexuels non protégés (« barebacking ») ainsi que d'autres infections à diffusion hématogènes comme l'hépatite B ou C^{13,14} en raison de la pratique du « slamming ». De plus, le chemsex est associé à une baisse de l'observance thérapeutique d'un traitement antirétroviral^{15,16} ainsi qu'à des troubles psychologiques sévères, des infarctus et des AVC liés à l'administration de la méthamphétamine.¹⁷ Les surdosages suite à la consommation du GBL/GHB sont également décrits pouvant entraîner un coma et un décès.^{18,19,20}

Une étude réalisée en France en 2019²¹ et l'étude exploratoire d'Eurotox ASBL menée en Région de Bruxelles-Capitales⁶ révèlent toutes les deux que les attentes exprimées par les participants ne sont pas en adéquation avec les structures de soins actuelles. Elles soulignent aussi un manque de connaissances parmi les professionnels de première ligne. En Belgique, l'ASBL Ex-Aequo a mis en place depuis quelques années un groupe de discussion par des pairs, « Let's talk about chemsex » tandis qu'à Anvers, une autre approche a été développée avec l'application « Chemified Projects », celle-ci offrant une aide accessible à tout moment pour les personnes rencontrant des problèmes liés au chemsex. Néanmoins, nous constatons qu'il

n'existe toujours pas de formation spécifique sur le chemsex destinée aux professionnels de santé.

Objectifs de l'étude

Malgré l'existence de ces initiatives, nous avons le sentiment que les médecins généralistes ne sont pas suffisamment sensibilisés à ce sujet, soit qu'ils n'abordent pas la question du chemsex lors de leurs consultations, soit qu'ils se sentent désarmés et laissés de côté en raison de la complexité à identifier leur rôle face à ces patients. Les questions qui se posent alors sont : « Où sont les médecins généralistes face à la problématique du chemsex ? » et « Comment pourrions-nous définir notre rôle afin de contribuer au bien-être de ces patients ? » Pour y répondre, il est évident qu'il faut d'abord comprendre en quoi consistent les réalités vécues par ces patients et quelle est la nature de leurs attentes.

Pour aller dans ce sens, nous allons nous pencher sur les expériences des participants, ceci afin d'éclairer leurs aspirations dans le but de faire évoluer et d'améliorer notre pratique en tant que généralistes.

Motivations personnelles

Mon premier contact avec le thème du « chemsex » a eu lieu lors d'un module sur l'accueil des personnes LGBTQIA+ dans le cadre mon master en médecine générale. Les prospectus distribués à la fin du module m'ont particulièrement marquée à cause des images illustrées et des concepts encore inconnus. Plus tard, lors d'une consultation dans un planning familial en Région de Bruxelles-Capitale, j'ai rencontré un patient qui venait régulièrement pour des dépistages et qui m'a reparlé de ces fameuses soirées « chills ». Il m'a décrit les différentes drogues consommées et je devais admettre que je n'étais pas vraiment informée sur le sujet. Hormis le GHB que je connaissais en raison de sa mauvaise réputation en tant que « drogue du viol », je n'avais aucune connaissance sur les autres molécules, leurs usages et les effets recherchés dans un contexte de rapports sexuels. Ensemble, nous avons consulté le site www.chemsex.be pour répondre à ses interrogations. Par la suite, j'en ai discuté avec des amis de la communauté gay et il est apparu que ce phénomène était effectivement bien plus répandu dans la Région de Bruxelles-Capitale et Flamande que je ne l'aurais imaginé. J'ai alors réalisé à quel point nous étions, à mon sens, insuffisamment sensibilisés à cette réalité et que nous avions un rôle à jouer en tant qu'acteur de première ligne.

5. RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE

5.1. Définition de la problématique

Afin de déterminer sous quel angle investiguer le sujet, une approche déductive a été adoptée, utilisant le concept de l'entonnoir pour arriver à une question de recherche spécifique. La question initiale « Que sait-on sur le Chemsex ? » a permis de construire une problématique plus précise : « Le phénomène du chemsex en Belgique » et d'explorer les enjeux en relation avec les soins de santé primaires.

Après avoir parcouru la littérature scientifique et discuté avec le Dr Vincent Huberland de la cellule TFE et mon promoteur à propos des études déjà réalisées, il était temps de trouver une question de recherche à la fois pertinente et originale sur le sujet qui pourrait être bénéfique de l'angle d'un médecin généraliste. Par la suite, l'opportunité de rencontrer un acteur d'Ex-Aequo s'est présentée, ce qui a conduit à l'intervention d'un patient pratiquant le chemsex. Ce dernier a accepté de venir témoigner et expliquer son point de vue ainsi que son vécu au Centre Médical des Oliviers. Cette rencontre nous a donné l'idée d'explorer les perspectives d'un point de vue du patient et de ses attentes par rapport à la première ligne pour combler les aspects manquants de la littérature.

La problématique choisie s'est ainsi focalisée sur le vécu de cette pratique à travers ces patients et sur la compréhension de leurs attentes vis-à-vis des professionnels des soins de la santé et notamment des médecins généralistes.

5.2. Méthodologie de la recherche bibliographique

Dans le cadre de cette étude, une recherche bibliographique a été menée entre le **28/03/2023** et **09/08/2024** inclus.

Les articles ont été retenus et classés en fonction des différents concepts évoqués au fil de ce travail.

Les équations de recherche utilisées sur **PubMed** :

- (*"Homosexuality, Male/psychology"*[MAJR]) AND *"Substance-Related Disorders/epidemiology"*[MeSH]
- (*"Sexual Behavior"*[Mesh Terms]) AND *"Homosexuality, Male"*[Mesh Terms] OR *"Unsafe sex/drug effects"* [Mesh Terms] AND *"Homosexuality, Male"* [Mesh Terms])
- (*"Sexual Behavior"*[Mesh Terms]) AND *"Homosexuality, Male"*[Mesh Terms] AND *"Substance abuse, Intravenous"*[MeSH Terms] OR *"Substance-Related Disorders"*[MeSH Terms]) AND (*"Health Personnel"*[MeSH Terms] OR *"Health Services"*[MeSH Terms] OR *"Attitude of Health Personnel"*[MeSH Terms])
- (*"Sexual Behavior"*[Mesh Terms]) AND *"Homosexuality, Male"*[Mesh Terms] AND *"Substance abuse, Intravenous "*[MeSH Terms] OR *"Substance-Related Disorders"*[MeSH Terms]) AND (*"Patient Satisfaction"*[MeSH Terms] OR *"Patient-Centered Care"*[MeSH Terms] OR *"Attitude of Health Personnel "*[MeSH Terms]) AND (*"Health Personnel"*[MeSH Terms] OR *"Health Services"*[MeSH Terms])
- (*"Sexual Behavior"*[Mesh Terms]) AND *"Homosexuality, Male"*[Mesh Terms] AND *"Substance abuse, Intravenous "*[MeSH Terms] OR *"Substance-Related Disorders"*[MeSH Terms]) AND (*"Qualitative Research"*[MeSH Terms] OR *"Interviews as Topic"*[MeSH Terms] OR *"Focus Groups"*[MeSH Terms]) AND (*"Health Personnel"*[MeSH Terms] OR *"Health Services"*[MeSH Terms])

Les équations de recherche utilisées sur **Embase** :

- (*'chemsex'/exp OR chemsex'*) AND *'men who have sex with men'/exp/mg'* AND *'sexualised drug use/exp/mg'*)

J'ai également utilisé le moteur de recherche **GoogleScholar** avec des mots clés comme : « chemsex », « chemsex définition », « chemsex phénomène », « chemsex europe », « chemsex general practitioners »

Trois études clés pour les contextes Belge et Français ont été d'une grande aide tout le long de la rédaction du travail :

- L'enquête exploratoire sur le chemsex dans le contexte Bruxellois réalisé par l'ASBL Alias en 2020⁵,
- L'enquête exploratoire réalisée par l'ASBL Eurotox en 2017⁶,

- Le rapport réalisé par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives en 2023²¹,

Recherche complémentaire :

Les bibliographies des articles consultés ont été explorées pour identifier de nouveaux articles pertinents.

De plus, la littérature grise a été utilisée, incluant :

- Les vidéos des études de David Stuart, considéré comme un pionnier dans le domaine du chemsex, ayant lui-même inventé le terme « chemsex ».
- Les podcasts tels que « Controlling Chemsex: addressing the epidemic in the UK and Beyond » et « Chemstory – Histoires de Chemsex/PnP » sur la plateforme “Spotify”.
- Le site www.chemsex.be.

Au niveau du choix de la méthode de l'analyse des données, une recherche bibliographie a eu lieu entre le **08/11/2023 et le 09/08/2024 inclus**, sur PubMed et GoogleScholar avec ces équations de recherche :

Pour PubMed:

- *((("Health Services Research/methods"[MAJR]) AND "Qualitative Research"[MAJR]) AND "Hermeneutics"[MeSH]))*
- *("Research Design"[MeSH] AND "Qualitative Research"[MeSH])*

Pour Google Scholar :

- *(IPA OR "Interpretative Phenomenological Analysis") AND ("Jonathan A. Smith" OR "Smith J") AND (methodology OR "research method" OR "qualitative analysis")*

5.3. Méthodologie de la recherche scientifique

5.3.1. Design et le choix de l'étude :

Pour répondre à l'objectif de ce travail, une étude qualitative a été menée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de patients pratiquant le chemsex. Les entretiens ont eu lieu entre la date du **25/06/2024 au 26/07/2024 inclus**.

Les critères **d'inclusion** étaient :

Adultes (HSH) pratiquant le chemsex, francophones, âgés de plus de 18 ans, ayant eu ou ayant actuellement un médecin traitant.

Les critères **d'exclusion** étaient :

Adultes ne se définissant pas comme HSH, non francophones, ne pratiquant pas le chemsex, n'étant pas suivis par un médecin généraliste ou un autre professionnel de soin de santé.

5.3.2. Recrutement :

Le recrutement des participants s'est fait via une annonce (*voir annexe 1*) placée dans la salle d'attente du Centre Médical des Oliviers (9, Rue Jules Vieujant, 1080 Molenbeek), au Planning Familial d'Uccle (Rue de Stalle 24, 1180 Uccle). L'ASBL Ex-Aequo (Rue des Grands Carmes 20, 1000 Bruxelles) a également été contactée dans le but de partager l'annonce auprès des patients répondant aux critères d'inclusion de l'étude. Le recrutement s'est également fait de bouche à oreille à travers les premiers participants de l'étude qui en ont parlé aux personnes de leur entourage susceptibles d'être concernées.

5.3.3. Construction du guide d'entretien :

Un guide d'entretien (*voir annexe 2*) a été réalisé sur base de la recherche en littérature en analyse interprétative phénoménologique et sur le thème du chemsex afin de guider les différents thèmes. Celui-ci a été structuré en cinq thèmes différents pour pouvoir co-construire une histoire avec le participant : son profil et son expérience du chemsex, sa santé en lien avec la pratique du chemsex, ses relations avec les professionnels de santé, la place du médecin traitant et les attentes spécifiques envers celui-ci ou les systèmes de soins de santé en général.

Les questions étaient au départ des questions ouvertes, exploratoires, générales, pour pouvoir laisser libre cours à la parole du participant. Le questionnement phénoménologique était induit par les expressions « pouvez-vous me parler de votre expérience, avez-vous..., selon vous... ». Des questions plus approfondies y figurent au cas où le participant avait du mal à y répondre ou afin d'affiner les questions et les réponses de chaque thème. Les questions n'ont pas été posées dans le même ordre que le guide d'entretien pour permettre une flexibilité dans le discours.

Le guide d'entretien a été testé préalablement sur une personne pratiquant le chemsex et répondant aux critères d'inclusion de notre étude avant d'être utilisé lors des entretiens pour s'assurer de la pertinence et de la compréhension des questions.

5.3.4. Déroulement des entretiens :

Les entretiens se sont déroulés dans un des cabinets du Centre Médical des Oliviers, le lieu principal de travail de l'investigatrice, pour des raisons de sécurité et de confidentialité. En effet, le lieu permettait que les patients soient interrogés dans un cadre accueillant, sécurisé avec une isolation pour garantir la discrétion des discussions. Les personnes interrogées ont reçu des informations adéquates sur le titre, la description et les objectifs de l'étude ainsi que sur le fait qu'ils étaient libres de ne pas répondre à certaines questions sans aucune pénalité. Ils ont eu le temps nécessaire pour lire, comprendre et signer le formulaire de consentement (*voir annexe 3*) avant le début de l'enregistrement de l'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et ont ensuite été retranscrits par l'investigatrice seule à l'aide d'un logiciel de retranscription. Les noms et certaines informations privées ont été remplacées et supprimées afin de préserver l'anonymat et la confidentialité des personnes interrogées. Les entretiens ont été codés de Y1, Y3, Y3 en ordre chronologique de la retranscription des entretiens. Les noms des hôpitaux, des universités ou des centres de soins mentionnés ont été supprimés bien qu'ils auraient pu enrichir la compréhension des soins, car la priorité était de maintenir la confidentialité et l'anonymisation des participants. Après la retranscription, les enregistrements ont ensuite été supprimés au vu de leur caractère sensible.

5.3.5. Analyse des données

Pour mieux comprendre les récits de vie, les expériences uniques de chaque participant en fonction de leur parcours personnel, des rencontres qu'ils ont faites et de l'influence de chaque expérience spécifique, l'analyse interprétative phénoménologique (IPA) a été choisie pour cette étude.

Les entretiens, après avoir été retranscrits, ont été lus et relus et des commentaires préliminaires ont été annotés. Cette première étape était principalement destinée à se familiariser avec le contenu des entretiens, à annoter et à comprendre le langage utilisé afin de suivre une démarche itérative. Celle-ci a permis d'arriver à une deuxième étape qui consistait à repérer des thèmes ou des sous-thèmes émergents. Ce travail avec les observations descriptives, linguistiques et conceptuelles ont été notées et classées sous forme de tableau (*voir annexe 4*) afin d'aboutir à une vision globale sur des thèmes qui émergent des différents entretiens avec quelques verbatims clés de chaque entretien et les observations personnelles. Un tableau de récurrence des thèmes a été élaboré (*voir annexe 5*). Les retranscriptions ont à nouveau été relues cas par cas dans le but de mieux interpréter leur contenu en fonction des thèmes qui ont été définis et de créer des liens grâce à leurs similitudes ou leurs différences (*voir annexe 6 pour un exemple de retranscription*).

5.3.6. Comité d'éthique :

Au vu du caractère sensible et intime du sujet, cette étude a fait l'objet d'une demande auprès du Comité d'Éthique de l'UCLouvain et a reçu un avis favorable du Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain le 18/06/2024 avec la référence suivante : 2024/18MAR/136 (*voir annexe 7*).

6. RESULTATS

6.1. Profils des participants :

Huit entretiens semi-dirigés ont été réalisés, tous en présentiels. Les entretiens ont duré entre 29 et 57 minutes avec une moyenne de 44 minutes par entretien. Le profil des participants (l'âge, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, le statut HIV ou le suivi PrEP, les types de substances consommées ainsi que la fréquence des consommations) y figure dans le tableau en annexe (*voir annexe 8*). Le profil des participants était relativement homogène.

6.2. Analyse qualitative des données :

Les deux objectifs majeurs de cette étude étaient de comprendre le phénomène du chemsex, d'analyser le vécu propre de chaque participant par rapport à cette pratique et de déterminer leurs attentes et leurs besoins envers les professionnels de santé, notamment envers les médecins généralistes. Les données analysées selon l'IPA, sont présentées de manière narrative en cinq sections (épisodes de vie) différentes pour expliquer l'histoire de chaque patient : sa découverte du chemsex, ses motivations à la pratiquer, son mode de consommation, les impacts sur sa santé, ses limites imposées, ses expériences avec les professionnels de soins de santé et enfin ses attentes par rapport aux médecins généralistes.

A noter que d'autres sujets ont été évoqués lors des entretiens mais que ceux-ci n'entraient pas dans le cadre de cette étude. Une retranscription de l'entretien se trouve en annexe (*voir annexe 6*). La totalité des retranscriptions peut être demandée à l'investigatrice. Nous tenons à spécifier que la saturation des données n'a pas été atteinte et des entretiens supplémentaires auraient pu mettre en évidence d'autres subtilités importantes, bien que de nombreux résultats pertinents aient été recueillis.

Episode 1 : Immersion dans le monde du chemsex

6.2.1. Introduction à la pratique le chemsex

Afin de comprendre le vécu, il est important de comprendre la rencontre avec cette pratique. Les participants ont souvent mentionné que leur première expérience avec le chemsex s'était déroulée en soirée ou après une soirée festive. Leurs motivations à adopter cette pratique étaient

assez variées, allant de la recherche d'une désinhibition dans un cadre social, d'une aide à la gestion de leur stress quotidien à celle d'intensifier leurs sensations au niveau des rapports sexuels.

- *« Et donc tout a commencé il y a 19 ans. En septembre X, il y a eu un événement marquant dans ma vie. J'ai pris une grosse cuite je suis sorti en ville j'ai rencontré par hasard des gens que je ne connaissais pas que j'ai ramené chez moi et qui m'ont proposé de prendre du crack. » (Y3)*
- *« ... pour moi c'est vraiment quelque chose que je fais lier à un contexte festif donc plutôt post soirée ou plutôt après une soirée parce que je consomme que des drogues dans le contexte de soirées ou de festivals ou des trucs comme ça. » (Y4)*
- *« Moi j'ai commencé du coup, il y a un an à peu près et ouais c'était par hasard, j'avais une soirée, j'étais défoncé et puis ça se passe... » (Y7)*

6.2.2. Les motivations : une désinhibition et un exutoire

Il y avait une forte motivation de se sentir plus désinhibé, d'être plus à l'aise dans un contexte social et sexuel, de s'amuser et de rencontrer des nouvelles personnes.

- *« La volonté de base c'était d'abord juste pour s'amuser en fait dans un milieu festif. » (Y1)*
- *« ...ça permet de rencontrer, de laisser tomber des barrières pour rencontrer des gens plus facilement. » (Y2)*
- *« Cette nuit-là j'ai trouvé le produit le crack comment dire agréable. C'est agréable en termes de désinhibition et de relaxation aussi certainement et ça a été associé à un événement sexuel aussi avec les divers partenaires qui étaient là. » (Y3)*

Pour certains, la pratique du chemsex est utilisé pour gérer le stress ou pour fuir les soucis du quotidien. Ils utilisent cette pratique comme un mécanisme d'adaptation pour relâcher la pression.

- *« Et puis oui et puis en fait ça permet d'oublier les soucis du quotidien de partir un peu sur une autre planète et de profiter complètement... » (Y2)*
- *« Pour moi c'était une évasion, ça luttait contre la pression et ça permettait aussi d'avoir des rencontres parce que chaque fois, j'invitais les amants les plus connus à venir avec d'autres victimes, pour autant qu'ils connaissaient déjà le produit. » (Y3)*

- « ...la pratique du chemsex, ça traduit quand même des mal-être qui sont liés à d'autres choses en fait, et qui se traduisent par un besoin ou une envie en fait de rapports sexuels "enhanced", améliorés mais plus pour soit une forme d'évasion psychologique, soit une anxiété par rapport à l'image de soi, de la culpabilité, etc. » (Y5 en parlant du chemsex en général)

Episode 2 : Le chemsex : à chacun ses envies

La définition proposée lors de l'entretien semi-dirigé était la suivante : « le chemsex est défini dans la littérature comme une consommation ciblée de certaines substances (appelées les chems) avant ou pendant l'activité sexuelle, afin de faciliter et/ou d'intensifier l'interaction sexuelle tout en éliminant les inhibitions sexuelles. »^{14,17}

Les participants ont eu le temps d'analyser la définition de la littérature et de proposer leur propre définition du chemsex. Des points communs - auxquels on pouvait s'attendre au vu de la définition proposée - sont apparus, comme l'intensification et l'amélioration des rapports sexuels. Cependant, l'absence de préméditation ou au contraire la planification méticuleuse sont ressorties comme éléments nouveaux.

6.2.3. Amélioration et augmentation de la durée des rapports sexuels

Tous les participants ont décrit le chemsex comme un moyen de faciliter, d'intensifier et de prolonger en durée les rapports sexuels. Cette intensification est perçue comme un élément central qui définit leur expérience du chemsex.

- « Ce sont des rapports beaucoup plus intenses beaucoup plus longs beaucoup plus désinhibés. » (Y1)
- « Le chemsex pour moi c'est une augmentation des sens pendant une interaction une activité sexuelle une prolongation aussi sur la durée...Ce qui permet au final d'avoir un plaisir ou une interaction plus intéressante. »(Y4)
- « C'est vraiment l'usage de certaines drogues à tendance empathogène ou entactogènes qui facilitent le rapprochement mais surtout qui décuple les sensations et la performance ainsi que la durée par conséquent des rapports sexuels. » (Y5)

- « *Pour moi le chemsex c'est à partir du moment où tu utilises une substance quelle qu'elle soit pour augmenter toute expérience sexuelle.* » (Y8)

En revanche, malgré l'envie de vouloir améliorer la qualité des rapports sexuels, plusieurs intervenants ont décrit des problèmes d'érection pendant les séances de chemsex.

- « *A priori du Kamagra, mais bon, ça c'est juste une conséquence du fait que quand tu prends des drogues tu débandes.* » (Y1)
- « *Donc il y en a qui bandent à n'en plus finir et d'autres qui bandent jamais à cause de ça. Donc c'est un peu dans tout, dans toutes les manières, ça désinhibe la libido, mais ça ne crée pas non plus beaucoup de plaisir si c'est ancré. A part l'évasion et la folie du moment.* » (Y3)
- « *Y6 : Non, non... A plus savoir bander par exemple?*
Investigatrice : Euh, oui par exemple ?
Y6 : Donc, oui, oui l'impossibilité d'avoir une érection et donc de devoir prendre parfois... Je me suis retrouvé à prendre du coup, du viagra ou du kamagra... »(Y6)

Un des participants a rapporté le fait de ne plus avoir de rapports sexuels sobres depuis le fait qu'il ait commencé la pratique du chemsex, sans que cela lui semble problématique.

- « *Y7 : ... Après, j'ai fait aussi sous l'ecstasy, par exemple quand je suis chez moi parce que je dis du coup je fais tout le temps avec de la drogue quoi. Mais du coup, quand je fais venir des gens chez moi et que c'est hors du contexte soirée, ça va plus être un peu d'ecsta ou de la beuh quoi...*
Investigatrice : Ok. Question à part, tu me disais que tu n'as plus jamais de relation, enfin en ce moment en tout cas, sans drogue ? Est-ce que c'est satisfaisant ou problématique pour toi ?
Y7 : Bah, d'un côté... Ça me plaît ! Bah je sais pas en fait, dans ma tête, je me dis que oui, parce que d'un côté je sais pas en fait. Je sais pas si c'est problématique parce que je me dis que ça devrait l'être, mais en réalité, est-ce que ça l'est? En fait, ça manque, non? Ça manque d'avoir des relations sans ça aussi. Mais pour qu'elles soient aussi bien, du coup, faudrait que j'aie une intimité avec la personne. Mais ça, c'est pas des choses qui viennent comme ça d'un coup. (en claquant les doigts) Donc tant que je n'ai pas ça, je veux dire là ça me va quoi. C'est pas problématique. »(Y7)

6.2.4. Préméditation ou spontanéité ?

Certains participants ont insisté sur le fait que la pratique du chemsex semble se dérouler de manière non préméditée, souvent lors des fins de soirée, ce qui peut suggérer une dimension d'impulsivité ou de désir spontané du moment.

- « *Sur l'aspect prévisible moi pour mon expérience en tout cas ça ce n'était pas absolument pas ça.* » (Y1)
- « *Pour moi, c'est plutôt en after. Ça peut aussi être des after spécifiquement des chills on appelle ça.* » (Y4)

Certains ont mentionné le fait que c'était au contraire organisé, avec des groupes sur des réseaux sociaux.

- « *...Ça commence en général quand je parle avec mes potes sur les réseaux. "Qu'est-ce que tu fais ce soir? Je sais pas, je suis posé chez moi. Tu me rejoins ou je te rejoins?" Je ramène la trois, on se repose chez moi ou chez la personne, on ouvre "Grindr", on commence à parler avec des mecs et là on se dit ah tiens, il y a une "chill" qu'on appelle. Donc c'est des partouzes de chemsex ici, à côté, où on a des amis qui sont en train d'organiser. Et là on est parti pour le week-end. Parfois c'est quelque chose qui est prévu, on se dit voilà, on a des groupes WhatsApp, des groupes Telegram qui disent par exemple oui, on a une grande chill à B (ville Flamande en Belgique) par exemple, il y aura 50 mecs, qui étaient invités et du coup c'est quelque chose qui est prévu et parfois c'est quelque chose de vraiment très ponctuel. On sort en soirée avec des potes et juste après on a un deal "Grindr". Ça dépend vraiment.* » (Y8)

6.2.5. Le mode de consommation et les substances utilisées

Les modes de consommation varient parmi les participants, mais certains aspects sont récurrents comme la différence entre les contextes festifs et privés, ainsi que la poly consommation.

6.2.5.1. Contextes festifs ou privés

La consommation de substances se déroule principalement dans des contextes festifs, à plusieurs, mais certains participants disent préférer des cadres plus privés pour mieux maîtriser leur expérience et se sentir plus à l'aise. Ils dégagent cette nécessité de se sentir en sécurité et

parlent du concept de « chill » ou de « partouze » avec des personnes de confiance. Certains évoquent même le plaisir de se retrouver en groupe et de partager des conversations sur des sujets intéressants sans qu'il y ait nécessairement un contexte sexuel.

- « ... alors si c'est vraiment la consommation de drogue dans le cadre sexuel, oui, c'est jamais tout seul. C'est toujours dans le cadre de mais parfois ça peut se faire. C'est très rare, mais j'ai des propositions de personnes qui disent juste, on se fait un plan, on passe la soirée ensemble et puis ça arrive vite en fait...

... Par exemple, là, ce week-end, j'étais à Amsterdam dans un festival, il y a eu des choses dans les toilettes et machin, mais on ne va pas dire que c'est ça, mais c'est quand même lié... C'est quand même du sexe sous substances. Et après l'idée c'est de continuer, soit dans un sauna, soit dans une "chill" » (Y1)

- « Oui et en fait, il m'est arrivé même de quelques fois de faire des "chills" où sexuellement je ne faisais rien. Et là en fait je me dis mais il y a un truc, ...
... Moi je suis un peu réservé et j'ai commencé à en faire chez moi et donc en fait c'était juste idéal parce que j'adore recevoir, j'adore ! J'aimais bien l'idée aussi d'offrir un "safe space" pour les gens qui venaient consommer parce que par exemple pour G, on a un tableau, on note qui a pris quoi, quelle quantité à quelle heure, etc. » (Y2)
- « Parce que quand on pense à partouze, chill, on pense juste au sexe, à la drogue, mais c'est pas juste ça. Entre, la plupart du temps, les personnes sont autour d'une table, posées sur le canapé en train de parler de leur vie. On parle d'ambition, on parle du taf, on parle de voyage, on parle d'art, on parle de plein de trucs et ça pendant trois jours. Tu rencontres des gens de tous les milieux et ça, c'est vraiment la chose que j'aime le plus des chills en fait. Pour moi, une chill c'est pas une chill, une partouze, c'est pas pour baiser, c'est pour faire des rencontres. Et ça je trouve que c'est vraiment bizarre de le dire... » (Y8)

Le contexte de consommation est flexible et peut également varier en fonction de la trajectoire de vie de la personne.

- « Avec un de mes amants réguliers on a commencé à prendre ensemble de la trois et du G. » (Y2)
- « J'ai commencé par un mode de consommation one-on-one avec un seul partenaire puis après c'est devenu avec plusieurs partenaires puis jusque dans les partouzes avec

des inconnus dans des lieux de cruising...Maintenant c'est revenu à une consommation plutôt one-on-one dans un cadre d'un couple. » (Y5)

6.2.5.2. Poly consommation des chems

Les participants utilisent une variété de substances en même temps, créant ainsi un effet combiné qui intensifie les sensations recherchées, on peut noter qu'ils affirment une préférence pour la 3MMC et le GHB/GBL pour leurs effets complémentaires. Comme mentionné plus haut, certains ont mentionné la prise du Viagra® ou Kamagra® (sildénafil) en concomitance avec les autres substances pour des problèmes d'érection. Un seul des participants ne consomme que du haschich et du crack associé avec de l'alcool.

- *« Alors ça a commencé avec la 3MMC, celle qui rend aussi sexuelle, par sniff en général, ou beaucoup plus rarement par "booty bump". Ils appellent ça, donc c'est mélangé à l'eau. Et alors, qui est mis dans l'anus? Ça, je fais ça trois fois maximum, mais c'est moins pratique. Mais ça existe, sinon c'est plutôt en sniff. Alors après j'ai déjà vu pas mal de gens qui se piquent aussi, mais ça, ça fait pas partie de moi et ça encore aujourd'hui. C'est pas commun quand les gens se cachent vraiment et c'est pas quelque chose de commun, donc c'est beaucoup plus par le nez. Et alors le GHB, C'est vrai que le mix des deux est un très chouette mix. 3MMC et GHB. C'est un très chouette mix. » (Y1)*
- *« En fait, l'éventail des chems s'agrémentait. Donc il y avait d'abord l'ecstasy, puis il y a eu la cocaïne, puis il y a eu le GHB, puis il y a eu la méphédronne, les 4MEC, 3MMC, cathinones, etc. Donc en fait, sans m'en rendre compte, enfin je pense que je ne m'en rendais pas compte, mais en fait, j'étais de plus en plus exposé à des drogues de plus en plus variées, de moins en moins connues par moi-même et avec des consommations de plus en plus mélangées en fait... » (Y5)*
- *« Alors dans le cadre, dans le cadre des soirées, on va dire, ils appellent ça des soirées "chill", ça va être vraiment comme un truc de synthèse, de la 3MMC, du GHB, cocaïne, parfois MDMA, ecstasy, mais c'est surtout le GHB, la 3M. » (Y6)*
- *« Oui. Donc pour la 3MMC, en général c'est par sniff, le GHB ou par slam, donc en intraveineux ou le GBL par ingestion avec un soft. La MDMA c'est pareil par injection ou en sniffant. La crystal meth c'est en fumant ou pareil par le slam et le poppers c'est en sniffant. Le kamagra pareil. Le viagra c'est pareil en ingestion. » (Y8)*

- « 3MMC, non la meilleure c'est le GHB. (rires) Mais toujours à coupler à la 3MMC. » (Y8)
- « Donc, oui, oui l'impossibilité d'avoir une érection et donc de devoir prendre parfois... Je me suis retrouvé à prendre du coup, du viagra ou du kamagra... » (Y6)
- « Non, parfois, il y a du haschich aussi. Enfin, c'est pas... Et avant la désinhibition parce que c'est un mode de drague aussi d'un peu saouler les partenaires ou maintenant quand il y a du crack, comme je ne peux pas, je ne veux pas partager avec des gens qui n'ont pas pris ça limite quand même. Et donc ça m'emmène à côtoyer dans ces moments-là des consommateurs plus réguliers. Et donc c'est plus un, comment dire, ça n'a pas vraiment de valeur ajoutée en termes d'élargissement de mon panel de drague en fait, on va dire. Mais avant j'utilisais l'alcool pour mettre à l'aise. » (Y3)

Episode 3 : L'impact du chemsex sur la santé : pour le meilleur et pour le pire

6.2.6. Impact psychologique

Les conséquences sur la santé mentale suite à la pratique du chemsex sont souvent mentionnées comme des « down » ou des descentes. Les participants ont décrit des effets négatifs significatifs sur leur santé mentale, notamment la survenue de phases dépressives, d'épisodes d'anxiété et de l'agressivité envers d'autres personnes.

- « Bah oui, tu as des "down" très très importants en fait où tu n'as plus de désir, tu es juste fatigué. En fait, je pense que le corps est tellement fatigué psychologiquement que en fait, il n'y a plus de goût à rien. Et donc ouais, ça c'est surtout ça, c'est le down. Et c'est d'ailleurs pour ça que je limite aussi parce qu'en fait c'est bon, c'est juste tu as une semaine entière de après un week end de récupération ou juste rien et rien n'a vraiment de goût quoi. Et c'est un peu une phase dépressive me semble-t-il. Moi je suis pas quelqu'un de dépressif, mais d'après ce que j'entends, c'est un peu une phase dépressive qui est de plus en plus longue en fait. » (Y1)
- « En fait, je pense ne jamais avoir ressenti de manque physique. Je crois que je ne sais pas ce que c'est le manque physique. Je pense que moi c'est plus psychologique et voilà... Et le seul truc que je trouve que j'ai quand même encore du mal à gérer, c'est une forme d'agressivité que je peux ressentir par rapport aux gens. » (Y2)
- « ... Parce que c'était un moment de choc aussi avec la violence en fin de nuit, au début de matinée et l'état de l'appartement, ce n'était pas ici, c'était un peu plus loin dans une commune de Bruxelles (non mentionnée pour préserver l'anonymat). C'était

aussi un bel appartement et qui était en quelques heures transformé en squat, comme dans "trainspotting". Donc voilà. Et donc, Dr Martine (nom fictif) m'a mis quand même en dépression pendant quelques semaines à ce moment-là. » (Y3)

- *« Plus de soucis au niveau de la santé mentale, les descentes sont assez lourdes... Après quelques jours de séances. C'est tout je pense. » (Y8)*

Certains participants ont également raconté avoir assisté à des scènes où d'autres personnes présentes lors des "chills" étaient en overdose, plongées dans un coma ou plus communément appelé "G-Hole". Ces expériences peuvent être interprétées comme une forme de violence psychologique relativement marquante, le mot "violent", "peur", "flippant" ressortent au moment de ces discussions.

- *« Ceci dit, j'ai vu beaucoup trop de gens prendre du GHB et le GHB c'est... Les gens, quand ils en prennent beaucoup trop, ils tombent, ils font un espèce de coma, enfin de G-Hole, en fait c'est vraiment une défonce hyper violente où la personne, elle perd complètement conscience et il y en a qui se mettent à hurler et tout ça... Donc moi j'ai jamais atteint ce stade là, mais j'ai vu plein de gens l'atteindre et c'est assez flippant quoi. Parce qu'on sait que tu peux en décéder tout ça quoi. » (Y6)*
- *« Enfin une partouze, chill, ici à Bruxelles, dans laquelle une personne a consommé je ne sais quoi, je ne sais quelle manière et qui a fait un arrêt. On a dû appeler les secours, une ambulance et la personne a dû être escortée. Enfin, elle n'a pas vraiment fait un arrêt, mais en tout cas, tout le monde croyait qu'elle allait pas s'en tirer... Je n'étais pas sur la pièce, j'étais à côté, occupé et voilà. Comme c'était sur un gros bâtiment, il y a eu les pompiers avec la grande échelle pour sortir la personne de là. C'était vraiment très impressionnant et ça fait vraiment très peur. » (Y8)*

6.2.7. Impact physique

Les conséquences physiques font ressortir quelques contradictions au fil des entretiens. En effet, on ressent une tendance à minimiser les répercussions physiques du chemsex chez quelques participants qui disent qu'ils n'ont aucun problème de santé.

- *« Investigatrice : Et toi, t'as jamais eu des problèmes de santé par rapport à ça ? Ou des effets secondaires liés à la consommation ?
Y6 : Non, non... A plus savoir bander par exemple ?
Investigatrice : Euh, oui par exemple ?*

Y6 : Donc, oui, oui l'impossibilité d'avoir une érection et donc de devoir prendre parfois... Je me suis retrouvé à prendre du coup, du viagra ou du Kamagra... Ouais et ouais, bah non, je pense à tout... Physiquement, j'ai jamais vraiment eu de gros soucis.

Investigatrice : Des infections, des choses comme ça?

Y6 : Ah oui, ça oui, du coup, dans ce genre de cas, dans ce genre de soirée là, en fait, il y a les rapports sexuels en général, pas protégés en fait. (rires) Et du coup, moi je me suis déjà ramassé des IST comme la chlamydia et la gonorrhée. » (Y6)

- *« Investigatrice : Ok, on va partir sur plutôt la santé et la pratique du chemsex. Est-ce que tu as déjà eu des soucis de santé liés à cette pratique ou au contexte de la pratique ?*

Y7 : Du coup, non... Ah ouais comme je te disais en fait au début, à mon avis, est-ce que c'est vraiment dû à ça que j'ai attrapé le VIH ? Est-ce que c'est vraiment dû à ça en fait ? Je ne sais pas dans quel contexte, je ne sais pas quand est-ce que je n'aurais pas pris de drogues, est-ce que je ne l'aurais pas attrapé ? Tu vois, je ne sais pas... » (Y7)

Au cours des questions, nous constatons cependant que les participants décrivent de plus en plus des conséquences physiques. Celles-ci sont d'ordres multiples : fatigue extrême du corps, insomnies, infections sexuellement transmissibles (IST), troubles ORL, troubles gastro-intestinaux. Les participants ont souligné le risque accru d'IST associé au chemsex en raison d'une utilisation réduite de préservatif lors des rapports et du fait pour certains d'être sous PrEP, ce qui induit une banalisation de la transmission des autres infections.

- *« Euh non, j'avais juste par rapport à mon nez des petites croûtes et donc j'en ai profité pour l'occasion d'aller voir un ORL qui m'a dit que tout était intact. Donc oui, il y avait des petites croûtes, mais ça peut être n'importe quoi, des petites infections locales. Donc à part ça non, j'ai rien vu et tout est intact. » (Y1)*
- *« Donc en effet, si à un moment donné, tous les trois mois il y avait une MST, enfin même pas tous les mois, c'était une MST. » (Y1)*
- *« Parce qu'en fait, comme je ne dors pas pendant trois jours par exemple, je suis exténué, je dors. Et en fait ce qui se passe par exemple le week-end dernier, donc c'était le week-end d'avant que j'ai fait quatre jours sans dormir. Le week-end dernier, j'ai passé le week-end vraiment à dormir, à me reposer et moi je suis sujet aux insomnies. Et en fait ce qui s'est passé c'est que comme j'étais reposé etc. La nuit du dimanche au lundi, ben en fait je pense trop, je réfléchis trop pendant la nuit, je me suis réveillé en fait je refais des insomnies maintenant que j'ai plus la lourde fatigue des "chill". Et ce qui s'est passé aussi c'est que pour la première fois dimanche, donc dimanche il y a quinze jours, quand après mes quatre jours de chill, j'ai eu des*

nausées, c'était très très léger, mais j'avais jamais eu de symptômes physiques. » (Y2)

- *« Les descentes, c'est dur parce qu'on est tétanisé. Enfin je regarde la TV en bas le temps que ça passe.... Et donc c'est ça en fait la fatigue, le temps de la récupération. » (Y3)*
- *« Un manque de sommeil. Oui c'est une des grosses conséquences on va dire de ces soirées chill ou des after parce que en continuant à consommer la 3MMC et le G ça t'empêche de dormir. » (Y4)*
- *« Parce que forcément, la plupart des gens qui font du chemsex, en tout cas dans le milieu que je connais, sont homosexuels, prennent, sont sous PrEP aussi et donc ils ont, sous-estiment l'importance des préservatifs. Et donc ça veut dire que beaucoup de maladies vont quand même se répandre par cette voie-là, comme la chlamydia, la gonorrhée. » (Y4)*
- *« Ah oui, ça oui, du coup, dans ce genre de cas, dans ce genre de soirée là, en fait, il y a les rapports sexuels en général, pas protégés en fait. (rires) Et du coup, moi je me suis déjà ramassé des IST comme la chlamydia et la gonorrhée. »(Y6)*
- *« Oui, je suis déjà tombé malade, une gastro-entérite après une séance de quelques jours de chemsex. J'ai déjà eu des IST ou des gonorrhées, des chlamydiae, quoi d'autre? » (Y8)*

Episode 4 : A chacun ses envies, à chacun ses limites

6.2.8. La gestion des descentes

La gestion des descentes est presque toujours abordée au cours des discussions, ce qui démontre que cela reste un défi majeur pour de nombreux participants. Chacun développe ses propres stratégies : du sommeil, une meilleure alimentation, parfois de l'automédication avec des somnifères ou des compléments alimentaires comme le 5-HTP ou l'huile de CBD, du sport, s'entourer de proches, ... Cependant, un besoin de faire des pauses, d'espacer ou de réduire la durée les séances ressort clairement.

- *« Donc oui, en effet, c'est déjà arrivé que ça dure maximum un jour et une nuit. Je ne peux pas faire plus grand. Maximum un jour et une nuit. C'est ce qui est déjà arrivé quand c'était très bien. Sinon, souvent tu fais trois, quatre, cinq parce qu'en fait les gens arrêtent puis tu recommences, genre. Mais ça prend tellement d'énergie et c'est*

tellement pas qualitatif que c'est des choses que j'arrête de faire. » (Y1)

- *« Je pense que c'est aussi "un wake up call" qui a fait que je me suis dit ok, il va peut-être falloir que je fasse une pause pour au moins, écouter mon corps et là je pense que mon corps me dit non... » (Y2)*
- *« Alors non, on m'a déjà filé des somnifères quand même. Mais en fait je les trouve pas si efficaces que ça, mais je pense que j'ai vraiment au niveau du sommeil, c'est un peu compliqué chez moi. Par contre, ce que je fais c'est que pour contrer les descentes, c'est que je prends du 5-HTP... Et un truc que j'ai découvert un peu en fait, j'en ai acheté pour mes insomnies, j'avais vu que c'était que c'était une espèce d'antidépresseur entre guillemets. Donc j'utilise ça et c'est vrai que c'est assez miraculeux aussi, c'est l'huile de CBD que je prends trois fois par jour et ça m'évite les déprimés. » (Y2)*
- *« Euh... C'est par vague... Donc si je sens que ça devient trop, que ça impacte trop ma vie, ma vie, mon quotidien, ma vie privée, etc, ou même le boulot, alors je me force à réduire tout ça. C'est comme avec les soirées en général. Si je sens que la drogue commence à trop impacter les choses normales, alors il faut que j'intervienne » (Y4)*
- *« Bah dès que je rentre chez moi, étant donné qu'on prend autant de stimulants, c'est très dur de dormir. Du coup, d'habitude, j'arrête de prendre au moins deux heures avant de rentrer pour commencer déjà à descendre. En arrivant chez moi, je me douche, je prends un petit thé, un temesta et je dodo. Et puis les jours qui suivent, c'est très difficile. Il faut vraiment s'occuper à tout moment, pas laisser les pensées, les pensées un peu plus sombres prendre le dessus. Voilà, Être bien entouré, bien manger et faire de l'exercice le plus tôt possible. Pas directement le lendemain, mais en tout cas, je n'arrive pas le lendemain parce que j'ai encore des palpitations et tout. Mais le surlendemain, commencer déjà à faire du sport pour un peu récupérer, boire beaucoup d'eau et beaucoup manger. Manger du gras, surtout le gras, ça aide beaucoup. » (Y8)*

6.2.9. Autogestion

La gestion des risques de la consommation est aussi une préoccupation étant donné les mauvaises expériences qu'ils ont pu vivre ou surtout assister. Ils ont une connaissance précise sur les molécules des substances consommées, connaissent les dosages appropriés et certains préfèrent être entourés de personnes en qui ils ont un minimum confiance. Cette vigilance accrue pourrait suggérer une tentative de contrôle permettant une expérience « safe » de cette pratique et des consommations.

- « Sinon, oui, non, j'ai quand même comparé à ce que je vois, j'ai quand même une gestion assez responsable, donc je ne fais jamais de G-hole. Voilà, j'ai des combos, je note, etc. Ce qui est malheureusement très rare, assez rare, donc je ne suis pas le meilleur exemple là-dessus. Donc oui, moi je n'ai pas de problème. » (Y1)
- « Alors on commence avec des gens qu'on connaît, qui ramènent des gens qui connaissent, on essaye de limiter de nouveau, on essaye de le faire intelligemment, histoire de rester dans un climat de confiance et de voilà, mais parfois ça dérape, etc ». (Y2)
- « Enfin, je pense que tout comme la consommation de drogue, de manière récréative, en soirée, c'est quelque chose qui n'est pas nécessairement mauvais tant que c'est consommer de manière responsable. Mais je pense que tout le monde devrait prendre sa responsabilité et essayer de le faire de manière, de ne pas en faire une habitude, en tout cas, de voir ça encore comme une exception. Et limiter les risques. » (Y4)
- « ... Parce que j'avais déjà vu d'autres overdoses, peut-être pas aussi impressionnantes, mais aussi des overdoses tout de même. Mais là ce moment, avant que ça arrive, je me disais déjà qu'il fallait que je diminue. Mais je ne suis pas.. Etant quelqu'un qui fait attention à sa consommation et qui ne fait pas des overdoses souvent, j'en ai peut être fait deux ou trois dans ma vie, deux ou trois. Quand je dis des G-holes, c'est pas beaucoup comparé à des gens qui en font quatre ou cinq par jour. Je me dis ça m'a pas fait peur tout de suite, mais je me disais déjà qu'il fallait quand même, que la communauté fait peur avec ça. » (Y8)

Un participant a également partagé une série de “trucs et astuces”, révélant ainsi une réflexion approfondie sur la gestion des risques.

- « Ah, j'en ai plein des choses comme ça. Comment bien prendre de la drogue? Ouais, alors le GHB, toujours noter sa dose, toujours prendre avec un soft, jamais mélanger avec de l'alcool. Si le gobelet en plastique d'abord mettre le soft et puis le GHB parce que le GHB est très corrosif. Donc ça va, ça va un peu manger le plastique, tu finiras par boire le plastique, C'est dégueulasse. Après quoi d'autre? Toujours rincer son verre sous l'eau, mais avec une éponge également parce que le GBL en gel ne se dissout pas à l'eau et du coup il faut le frotter, sinon double dose et boum, overdose. La troisième, c'est sniffer beaucoup trop de 3MMC, même si en général ça va assez bien. Ne jamais prendre des poppers et du viagra, kamagra ensemble, ça provoque des arythmies, des arrêts, C'est vraiment pas bien. Quoi d'autre? Éviter de fumer la TINA, (rires), la métamphétamine rester loin. C'est vraiment la pire des drogues. C'est très dur à savoir gérer. Il y a des gens qui font, qui deviennent vraiment très accros et

qui et qui tombent vraiment dedans et ça détruit vraiment des gens. Éviter de se slamer, parce qu'une fois que vous le faites, vous aurez envie de le faire tout le temps. Si vous le faites, faites le avec de l'eau stérile et réduction de risque toujours. Quoi d'autre? ... Arrêtez de prendre 2h avant de rentrer pour être déjà en descente et dormir plus facilement. Boire beaucoup d'eau, mettre une alarme PrEP, pour rappeler les gens de prendre leur PrEP quand il le faut. Et voilà... » (Y8)

Episode 5 : La rencontre du patient chemsexeur avec les professionnels de soins de santé

Les interactions des participants avec les professionnels de santé montrent une relation complexe, marquée par la préférence pour les spécialistes car ils estiment un réel manque de savoir chez les médecins généralistes. Ils accordent de l'importance à une relation honnête et ouverte, sans jugement. Ils insistent sur le fait qu'il faudrait plus de formation et de sensibilisation quant à la prise en charge de la communauté LGBTQIA+.

6.2.10. Ce qu'ils ne veulent pas : le jugement, la stigmatisation

À la suite de mauvaises expériences, certains participants expriment souvent des réticences à partager certains aspects de leur pratique de peur de se sentir jugés ou d'être confrontés à une attitude moralisatrice de la part des médecins ou d'autres professionnels de soins de santé.

- *« J'ai mis beaucoup de temps à aller voir un psy parce que j'ai longtemps craint que je me retrouve en face de gens qui fassent de mon homosexualité le problème. Et c'est marrant parce que du coup ça fait réfléchir tout ça. Je pense que mon frein numéro un, c'est ça en fait...
.... C'était il y a longtemps et en fait j'ai pas utilisé de capote et donc je suis allé, je vais pas dire à l'hôpital, je suis allé aux urgences pour un traitement post-exposition et en fait il y a un infirmier clairement homosexuel qui m'a fait la leçon. Alors d'un côté je comprends, mais j'avoue aussi je ne rejette pas la faute sur la personne. Mais j'avoue aussi que la deuxième fois où ça m'est arrivé, ben en fait je suis pas allé aux urgences parce que j'avais pas envie d'avoir la leçon... » (Y2)*
- *« Enfin, la morale, la moralisation, ça, ça ne sert à rien, ça fait fuir le patient. Et moi voilà. Mon point de vue, évidemment facilité par le fait que je connais bien Dr Martine (nom fictif) et que voilà, j'ai un portefeuille relationnel et amical qui me permet... Mais si elle devait faire la morale, elle ne le fait pas. » (Y3)*
- *« Est-ce que c'est possible de voir un médecin et de lui demander de voilà de lui dire j'ai envie de contrôler ma consommation de drogue sans que le médecin tente de nous*

faire arrêter ? » (Y4)

- *"Il faut montrer une ouverture sans spécialement directement stigmatiser ou dire il faut arrêter ceci ou cela." (Y5)*
- *« ...Bah forcément, parce que c'est quand même agréable de ne pas se sentir jugé par un médecin. Moi, c'est vrai que c'est quand même quelque chose qui me fait peur maintenant, je trouve surtout pour le VIH et tout... » (Y7)*
- *« L'aspect moralisateur est la dernière chose dont quelqu'un a besoin quand il est en descente. Moraliser quelqu'un qui a pris de la drogue pendant trois jours. C'est la dernière chose à faire...
... Les préjugés, déjà. Que ce soit pour la communauté LGBT ou pour la toxicos, les toxicos pour la prise de drogues, il y a beaucoup de préjugés. Il suffit de faire une garde aux urgences et de voir dès qu'il y a quelqu'un qui vient sous l'influence, on se dit « Ah, il y a un toxico, il est complètement défoncé, on va le laisser dans un coin, on va attendre qu'il redescende et puis on va aller le voir » » (Y8)*

Certains participants ont même avoué avoir utilisé des prétextes, des “faux motifs” pour éviter d’être totalement transparents lors d’une consultation chez leur médecin traitant ou un autre professionnel de la santé, alors qu’il s’agissait d’un problème lié à la pratique du chemsex.

- *« Hum... Oui, je pense. Euh... justement, j'étais allée voir mon généraliste par rapport à des problèmes de séquelles.... de diarrhées, de je sais pas quoi... Ça faisait très longtemps que je n'avais pas de caca solide on va dire. Et je pensais que potentiellement, ce serait lié à une MST ou une IST. Mais finalement, finalement, c'était autre chose. Il m'avait en tout cas demandé d'analyser les selles. Et au final, c'était autre chose. Il avait trouvé une bactérie qui était la raison... » (Y4)*
- *« Et au lieu de rester chez moi, je me suis déplacé dans une partouze et les consommations de drogue ont fait que, à 8h du matin, je me suis retrouvé en fait à me dire que je ne pouvais pas aller travailler et donc j'ai envoyé un mail pour dire que j'étais malade et que je ne viendrais pas. Et j'ai sollicité un autre assistant qui travaillait dans un autre hôpital, un hôpital où j'avais déjà consulté pour un motif autre pour obtenir un certificat médical d'une journée. »(Y5)*

6.2.11. Ce qu'ils veulent : être honnête, une ouverture d'esprit et une meilleure communication

Les participants démontrent une grande importance à être transparent et ouvert sur leur pratique avec les professionnels de santé car cela leur permettrait d'être mieux prise en charge.

- *« Je pense que la consommation de drogue doit être connue du médecin traitant, de même que l'usage du tabac, la consommation d'alcool, les voyages, l'orientation sexuelle. Tout ça c'est des choses qui font partie du style de vie et qui sont importantes. Parce que les conséquences sur la santé, je pense qu'encore plus quand il s'agit de chemsex, ça reflète probablement. En tout cas, ça, ça met en jeu une dimension de fragilité chez les patients, dans le sens où bon, c'est pas uniquement l'usage de drogues de façon récréative, en tout cas de façon classique. C'est aussi la porte ouverte à une fragilité au niveau des infections, une fragilité au niveau psychologique. Et donc je pense que c'est le médecin traitant a tout intérêt à savoir ce genre d'informations pour pouvoir faire face à d'éventuels problèmes ou à faire de la prévention. » (Y5)*
- *« ...donc j'ai vraiment je vois vraiment l'importance d'être tout à fait honnête avec les personnels de soins de santé pour éviter les problèmes dans le futur quoi." (Y6)*
- *« C'est bien qu'il sache quand même qu'il soit au courant. Enfin si c'est des professionnels de la santé que des différents modes de vie que ça existe... » (Y7)*

Le fait de prendre le temps et de communiquer de manière claire et concise facilite la mise en confiance et permet une meilleure relation thérapeutique.

- *« C'est compliqué à dire, mais je pense que le plus simple ce serait que des médecins puissent bien mettre des mots, pas faire culpabiliser les gens, mais faire comprendre qu'il y a un réel danger pour la santé du patient quand il pratique ça à répétition, toutes les semaines, tous les jours. Voilà. » (Y6)*
- *«Voilà, il prenait vraiment le temps et il était vraiment à l'écoute et il était vraiment enfin, il n'était pas du tout dramatique dans sa manière de parler ou quoi. J'ai eu confiance en fait parce que je voyais que lui avait confiance. Je sentais qu'il comprenait ce qu'il me racontait... Moi je trouve que c'est important, surtout la communication en fait. J'ai besoin de me sentir super fort en confiance parce que forcément, la santé c'est déjà c'est des choses que je comprends pas forcément, tu vois, c'est quand même des choses qui sont techniques et tout et ça se passe dans mon corps, donc je vais être curieux. Donc moi je pose beaucoup de questions et tout ça, et*

c'est vrai que j'apprécie quand le médecin, il prend le temps de m'expliquer ce qui se passe, même si en vrai lui ça va lui servir à rien et que c'est dur en fait des fois parce que les médecins je sais qu'ils sont hyper overbookés donc j'ai pas envie de passer trop de temps à leur poser des questions et tout.» (Y7)

Quelques signes ou quelques questions suffisent pour montrer que le médecin est ouvert à la discussion si le patient souhaite discuter de cette pratique.

- *« Sans doute un petit drapeau LGBT. Oui, ça pourrait peut-être aider. Une affiche aussi. Oui, c'est ça. Puisque ça voudrait dire que le médecin est ouvert. En fait, c'est ça, c'est de savoir que le médecin est ouvert à la discussion parce que rentrer dans le bureau d'un médecin. En plus, il y a des gens qui n'ont pas de médecin régulier, donc... » (Y2)*
- *« ... je pense que c'est assez important d'être au courant déjà et de laisser une ouverture par exemple, de montrer aussi quelque part, simplement, par exemple en laissant des petites brochures dans le cabinet, que c'est possible d'en parler chez le médecin » (Y4)*

Néanmoins, un participant a souligné que dans certaines ASBL axées vers les HSH, l'accueil ou les démonstrations envers la communauté LGBTQIA+ peuvent être perçus comme excessifs et pourrait repousser certaines personnes qui n'ont pas encore fait leur « coming-out » ou qui ne se reconnaissent pas encore pleinement dans cette communauté.

- *« ... Oui, je pense qu'il y a besoin d'une certaine mise en confiance. Après, je pense qu'il y a des choses qui sont faites, mais je pense que pour certaines personnes par exemple X (une ASBL LGBTQIA+), je pense que pour certaines personnes c'est trop » (Y2)*

6.2.12. Préférence pour les spécialistes

Les participants montrent une nette préférence pour le fait de consulter des spécialistes, notamment les infectiologues, pour leurs besoins en santé liés au chemsex que des médecins généralistes, car ils estiment que ces professionnels ont plus d'expertise pour comprendre et traiter leurs problèmes.

Il en ressort un sentiment de manque de compétences chez les médecins généralistes concernant le pratique du chemsex et ses implications. Un participant souligne même un échange décevant avec son médecin traitant lorsqu'il a tenté de partager cette confiance lors d'une consultation.

- « Il me viendrait jamais à l'esprit d'aller chez mon médecin traitant pour ça... Ils ont même pas une once de sensibilisation je trouve...
...Il saura pas. Enfin, ça va, il va connaître moins que moi en fait. Il me semble-t-il. De toute façon, c'est ce que j'ai expérimenté. » (Y1)
- « Y2 : ... J'adore mon médecin, elle est super, elle est ouverte etc. Mais elle est assez âgée oui...
Investigatrice: Et vous pensez qu'elle (la médecin généraliste) ne va pas connaître ?
Y2: Mais surtout comprendre. Et je pense même pas que je dis ça par rapport à me faire juger etc. Je pense juste qu'il y aura peut-être, il y aura peut-être un fossé. Par exemple, honnêtement, j'aurais plus de facilité avec quelqu'un de ton âge, tu vois? Parce que voilà, les connaissances, les données ne sont pas les mêmes. » (Y2)
- « ...le milieu (hospitalier), le contexte où il n'y a pas vraiment de tabou. Les gens osent parler d'ailleurs aussi avec ma médecin, elle voit passer plein de gens de ce monde, donc pas trop, de pas trop de tabous à ce niveau-là. Ça me permet justement parce que je ne pense pas que je serai capable de le faire chez ma généraliste, de parler de certaines choses... » (Y4)
- « En fait, je dirais que cet échange ne m'a pas satisfait en fait avec mon médecin généraliste, parce que je ne pourrais pas dire que les choses ont été faciles. C'était plutôt facilité avec un infectiologue ici à Bruxelles en fait.
... Parce qu'il n'y avait pas de... Il y avait beaucoup d'ignorance en fait du sujet. J'ai pas ressenti de relation de confiance à partir du moment où on a abordé ce thème là et j'ai pas non plus ressenti beaucoup de soutien non plus. En fait, j'ai plutôt ressenti une forme de jugement plutôt qu'une forme d'accompagnement.
... J'ai l'impression que les personnes LGBT, leur personne de confiance, c'est plus leur infectiologue qui en fait joue un rôle clé dans la prescription de la PrEP dépistage des IST ou suivi active pour certains et qui finalement joue ce rôle de médecin traitant alors qu'en fait ce rôle est finalement dévié du vrai médecin traitant qui ne représente plus cette personne de confiance. » (Y5)

Il en ressort également que le médecin traitant est un médecin lié à leur famille et une envie de scinder les différents aspects de leur vie.

- « ...Oui, parce que... Enfin, oui, de base, il y a plus longtemps, j'avais la même généraliste que mon père par exemple, que mes frères et sœurs et donc c'est quelque chose que je voulais.... anonymiser ou en tout cas je voulais un médecin séparé pour pouvoir parler de ce genre de choses » (Y4)

- *« Alors mon médecin traitant, non, c'est le médecin traitant qui m'a été attribué depuis ma mère, mais je ne l'ai plus vu depuis un moment en fait. Et puis tout simplement. Ouais, non, je ne vais pas... Je ne lui ai jamais parlé parce que je ne l'ai plus vu depuis des années et que c'est plus récent, que j'ai commencé à avoir des rapports dans le chemsex. » (Y6)*

6.2.13. Formation et sensibilisation des médecins généralistes

Il y a un consensus clair entre les participants quant à la nécessité de formation et de sensibilisation des professionnels de la santé, en particulier les médecins généralistes, étant en première ligne, non seulement à la pratique du chemsex et à ses conséquences mais également à l'accueil et à la prise en charge de la communauté LGBTQIA+ dans son ensemble.

- *« ...Et donc je pense qu'une chose qui manque énormément, en tout cas peut être là je parle juste pour moi même en tant que personne LGBT, le professionnel qui est qui manque dans la vie des personnes LGBT, c'est un médecin généraliste. Pourquoi? Parce que je pense pas assez de connaissances et pas assez de ressources concernant les pratiques spécifiques de cette personne et donc pas de jeu de confiance suffisamment important pour que cette personne devienne un acteur clé dans la prévention au niveau du chemsex. Et donc souvent c'est le spécialiste. » (Y5)*
- *« ... En tout cas, je ne peux parler que de mon exemple d'étudiant en médecine à X (une université Belge, le nom de l'université a été supprimé pour préserver l'anonymat), on n'apprend jamais ce que c'est la PrEP. Par exemple, la PrEP, c'est quelque chose que quand tu arrives en stage, tu vas, tu as un truc qui te dit de prendre ce médicament pour le VIH alors que c'est juste pour la PrEP... Donc je pense qu'il y a surtout un manque de formation médicale par rapport à la prise en charge des HSH de base. Mais enfin de là, pardon, je retire ce que j'ai dit, de la communauté LGBT en général. » (Y8)*

Le rôle du généraliste étant en première ligne de soin est d'autant primordial. La réorientation vers d'autres services spécialisés ou d'autres ASBL est jugée comme déterminante.

- *"C'est toujours bien des médecins qui sont sensibilisés et qui vont pouvoir renvoyer vers les spécialistes." (Y1)*
- *"Je crois que c'est très important que les médecins aient une connaissance au moins minimale pour pouvoir guider le patient dans la bonne direction." (Y4)*

- « ... c'est une personne qui pourrait faire le, en tout cas, être le premier relais pour rediriger vers ces différentes ressources pourrait accélérer l'aide reçue par une personne naïve ou débutant ou étant tombé de façon accidentelle ou occasionnelle dans le chemsex et qui aurait besoin d'aide rapidement. Donc ça, ça pourrait être utile...
... finalement, le médecin généraliste représenterait dans un monde idéal, la première personne, le premier professionnel de la santé, la première ligne en tout cas deux professionnels de la santé pour une personne X. » (Y5)

Le langage utilisé est affirmatif et revendicateur quant à la formation médicale qui devrait être donnée sur les sujets du chemsex ou de la consommation des drogues, sujets qui semblent prévalents dans l'entourage des participants.

- "Ils devraient et doivent. Ils doivent le faire parce que c'est malgré tout très présent... Mais oui, je pense qu'ils devraient tous être formés là dans surtout dans une ville comme Bruxelles et surtout dans Bruxelles Centrale. » (Y8)
- « ...surtout qu'aujourd'hui la pratique du chemsex a complètement explosé et que c'est je pense un réel problème de santé publique actuellement, surtout pour les communautés, enfin plus les minorités comme la communauté LGBTQ où là, vraiment la drogue est beaucoup plus répandue et que les méfaits et les dangers de tout ça et de ces pratiques, notamment le chemsex, la drogue et les rapports parfois qui ne sont pas protégés ou même pas consentis parce que la personne est trop défoncée. C'est bien qu'il y ait un dialogue qui soit, qui soit instauré et qui compte, qui permette de développer des solutions dans le futur quoi. » (Y6)

7. DISCUSSION :

7.1. Choix de la méthodologie

Pour répondre aux objectifs de cette étude, une analyse qualitative a été jugée l'approche la plus appropriée à travers des entretiens semi-dirigés pour permettre de créer une relation et un environnement de confiance pour discuter de ces sujets si privés. Concernant l'analyse des données, une d'analyse interprétative phénoménologique (IPA)^{22,23} a été choisie. En effet, nous souhaitons comprendre ces patients, apprendre plus sur leur monde et leurs vécus par rapport aux soins de santé pour afin de mieux cerner leurs besoins par rapport à ces soins.

Ces entretiens se sont révélés très riches tant par le contenu, les perspectives des participants et leurs attentes, que sur le plan personnel. Plusieurs participants ont confié, après l'entretien, que cette expérience leur avait permis de réfléchir à des sujets auxquels ils n'avaient jamais pensé, et qu'ils avaient apprécié d'avoir pu aborder les choses sous un autre angle. Nous considérons qu'il est essentiel pour déterminer les attentes des patients de se mettre à leur place et de comprendre leur vécu. C'est dans cette optique que la discussion a été organisée, en se mettant à la place d'un participant qui s'engagerait dans un exercice d'introspection (*figure 1*).



Figure 1 : Schématisation de l'exercice d'introspection

7.2. Discussion des résultats

7.2.1. Que veut dire le terme “chemsex” ?

En ce qui concerne la définition du mot chemsex, il est vrai que le fait de fournir une définition avant de demander aux participants de formuler la leur aurait pu introduire un biais. Cependant, cela a été jugé nécessaire pour permettre d’amorcer la conversation sur un sujet aussi intime. Il est important de noter que tous les participants ont exprimé leur propre définition, dans leur propre langage. Nous avons également observé que, bien que l’investigatrice ait introduit le terme “éliminant les inhibitions sexuelles”, les participants ont spontanément utilisé le terme “désinhibition” que j’ai repris comme sous-thème, au cours de la discussion. Toutefois, ils ne l'utilisent pas nécessairement pour décrire un rapport sexuel désinhibé comme évoqué dans la définition présentée, mais plutôt pour désigner un état de désinhibition personnelle, qui favoriserait une ouverture, une accessibilité pour aller à la rencontre de l’autre.

7.2.2. Pourquoi je pratique le chemsex ?

Les résultats démontrent que les motivations des participants à s'engager dans le chemsex sont multiples mais communes. Ils évoquent tous une recherche de désinhibition, de facilitation du contact et des rapports sexuels, mais aussi des stratégies de gestion du stress quotidien. Les participants correspondent aux profils des patients dont les motivations ont également été mises en avant dans la littérature²⁴ où le chemsex est perçue comme un exutoire.

Un aspect nous a particulièrement touchés : un des participants a exprimé qu'il trouvait "bizarre" de dire tout haut qu'une "chill" n'était pas forcément axée sur les relations sexuelles, mais avant tout sur le fait de se retrouver ensemble. Il a partagé avec enthousiasme les conversations qu'il pouvait avoir avec des personnes qu'il ne connaissait parfois même pas, mais qu'il était ravi de rencontrer. Il semble que la drogue joue un rôle important en facilitant ce contact et cette intimité. En effet, les cathinones, comme le 3-MMC, et de la MDMA sont bien documentées pour leur capacité à faciliter les interactions sociales grâce à leurs propriétés empathogènes.^{25,26}

Toutefois, un autre participant a mentionné le fait qu’il n’avait plus de relations sexuelles de manière sobre depuis qu’il a découvert le chemsex. Même lorsqu’il a une relation sexuelle avec une seule personne dans un cadre privé, il consomme de l'ecstasy ou du cannabis. Cela nous a poussés à réfléchir sur la possibilité d'un mal-être ou d'une difficulté sexuelle préexistante que

le chemsex pourrait masquer, ou au contraire, sur le fait que cette pratique pourrait lui permettre de surmonter certains complexes. Selon les données de l'étude de Stuart D. et al, 70% des chemsexuels n'auraient des rapports sexuels qu'avec des substances psychoactives.⁸ Dans des cas comme celui-ci, il serait intéressant de prendre en charge le patient dans sa globalité. Il serait difficile, voire inapproprié, de mettre en place une stratégie de réduction des consommations sans une approche psychologique associée.

7.2.3. Comment je pratique le chemsex ?

Bien que le contexte festif soit plus courant, certains participants ont démontré une préférence pour un cadre plus privé. Néanmoins, tous les participants ont souligné l'importance du contexte social, du fait de rencontrer des personnes et de partager des discussions animées sans que le côté sexuel soit forcément présent. Cela fait écho avec ce qui a déjà été décrit dans la littérature, où plusieurs études ont montré que le chemsex est souvent utilisé comme un moyen d'évasion psychologique et de renforcement des interactions sociales, particulièrement dans les communautés LGBTQIA+.²⁷ Dans l'étude de Stuart D.², le chemsex est décrit comme un moyen d'améliorer l'expérience sexuelle mais aussi comme un mécanisme pour gérer des traumatismes passés ou pour échapper à des réalités sociales difficiles. La désinhibition recherchée dans le cadre du chemsex peut être perçue comme un moyen de faire tomber les barrières psychologiques et sociales.

La poly consommation des substances est également fréquente, celle-ci est utilisée pour maximiser les effets d'une substance ou pour en compléter une autre. Plus la consommation est variée, plus les participants ont l'air d'être bien au courant des "mélanges à ne pas faire" et sont méticuleux sur la gestion des substances, leurs dosages et leurs interactions. La poly consommation est un facteur de risque majeur¹⁴ qui augmente les risques d'effets secondaires graves, voire mortels et complexifie la prise en charge médicale.

L'autogestion et l'automédication est aussi un élément clé qui ressort dans cette étude. L'autogestion commence pour certains avant la séance de chemsex en s'assurant d'être dans un environnement privé, "safe", entouré de personnes de confiance. Pour d'autres, il s'agit plutôt de faire attention et de minimiser les risques au niveau des consommations (en contrôlant de manière précise les doses au millilitres près, en évitant certains mélanges ou d'autres drogues comme la méthamphétamine) pendant les séances. D'autres ont également développé des techniques originales 'testées et approuvées' pour gérer les effets des descentes des lendemains

et la fatigue qui pourraient survenir. Un participant a mentionné la prise d'huile de CBD et la prise de 5-HTP qu'il considère être miraculeux dans son cas au vu de l'effet inefficace des somnifères. A noter que plusieurs des participants consomment des médicaments comme le Kamagra®, qui est interdit à la vente en Europe.

Ces stratégies de réduction de risque sont présentes dans tous les entretiens et démontrent une prise de risque consciente mais avec un besoin de garder le "contrôle" selon les exigences de chacun. Comme souligne la littérature²⁷, nous pensons que les professionnels de santé doivent agir avec prudence car proposer des stratégies qui ne seraient pas adaptées à la réalité des pratiques de ces patients pourrait nuire à la relation thérapeutique.

A l'opposé, il est important de souligner que malgré ces pratiques de réduction des risques, plusieurs participants ont rapporté avoir été témoins de surdosages lors des "chills", des expériences visuellement marquantes qui les ont profondément impressionnés. Ils affirment presque tous "ne pas faire comme les autres et être responsable" et prendre les précautions nécessaires pour éviter un coma ou un G-hole. Cela soulève la question : y aurait-il une forme de déni derrière ces comportements ? Cet éventuel déni pourrait-il affecter une prise en charge médicale urgente ? Un article de la littérature²⁰ met en évidence plusieurs facteurs expliquant pourquoi les chemsexuels ne sollicitent pas les secours suffisamment rapidement. Les auteurs soulignent l'urgence de mettre en place des formations sur la prévention et la gestion des surdosages de GHB/GBL chez les usagers, afin de corriger les idées reçues concernant les "remèdes" pour traiter un surdosage.

7.2.4. Quelles conséquences sur ma santé ?

Au niveau de la santé mentale, les participants ont tous parlé de la notion de "down" ou de descente à la suite de cette pratique. Ce "down" est plutôt typique et est longuement décrit dans la littérature comme associé à la consommation de substances psychoactives (notamment la MDMA, l'ecstasy et les cathinones).^{29,30} Cet état est caractérisé par une fatigue intense, une humeur dépressive, de l'anxiété, des troubles du sommeil, et une altération générale du bien-être. Le terme "Blue Monday" est utilisé pour décrire cette phase car ces symptômes apparaissent souvent au début de semaine. Cette descente serait majorée dans la pratique du chemsex et due au contexte prolongé avec une privation de sommeil.

Au niveau physique, de nombreux participants décrivent une fatigue intense nécessitant plusieurs jours de récupération. Cette fatigue semble affecter leur qualité de vie, entraînant des problèmes d'insomnie, des périodes prolongées de repos, et parfois même des demandes d'incapacité de travail. Pour beaucoup, c'est le principal problème de santé qu'ils mentionnent lorsqu'ils évoquent les conséquences du chemsex. En réponse à cette fatigue, la plupart n'ont pas la volonté d'arrêter cette pratique mais essayent plutôt de limiter et d'espacer les séances. Cette stratégie de limitation est également abordée dans la littérature³¹, où un participant souligne l'importance de ne jamais participer à ces soirées deux semaines de suite, expliquant que le plaisir initial de ces rencontres est rapidement remplacé par une incapacité à quitter les soirées en raison de la consommation de drogues.

Au niveau des infections sexuellement transmissibles, les résultats correspondent aux nombreuses études menées, notamment une étude²⁷ qui mentionne que le chemsex est associé à un risque accru de comportements sexuels à risque, en particulier dans les populations utilisant la PrEP (prophylaxie pré-exposition). Plusieurs des participants ont mentionné de manière décontractée le fait qu'ils ont déjà contracté de multiples IST et qu'il existe effectivement peu d'utilisation de préservatifs, plus couramment appelé le « barebacking »^{27,28}, sur les applications de rencontres, dans les « chills » en raison du fait que la plupart des personnes présentes sont sous PrEP. Divers articles de la littérature indiquent la même situation : la transmission des IST, autres que le VIH, reste un problème de santé publique majeur dans de nombreux pays en raison du non-usage du préservatif lors des séances de chemsex.²⁸

7.2.5. Est-ce que je dois en parler à un médecin ?

Les participants ont clairement révélé l'importance d'être honnête avec les professionnels de soins de santé qui les suivent. Il est clair qu'il existe une prise de risque consciente lors de la pratique du chemsex et que les participants sont pris dans un processus complexe (*figure 2 démontrant cette ambivalence entre les motivations et les conséquences de cette pratique*). Nous pensons qu'il est important que les médecins généralistes viennent faciliter le contact auprès de ces patients pour créer un dialogue.

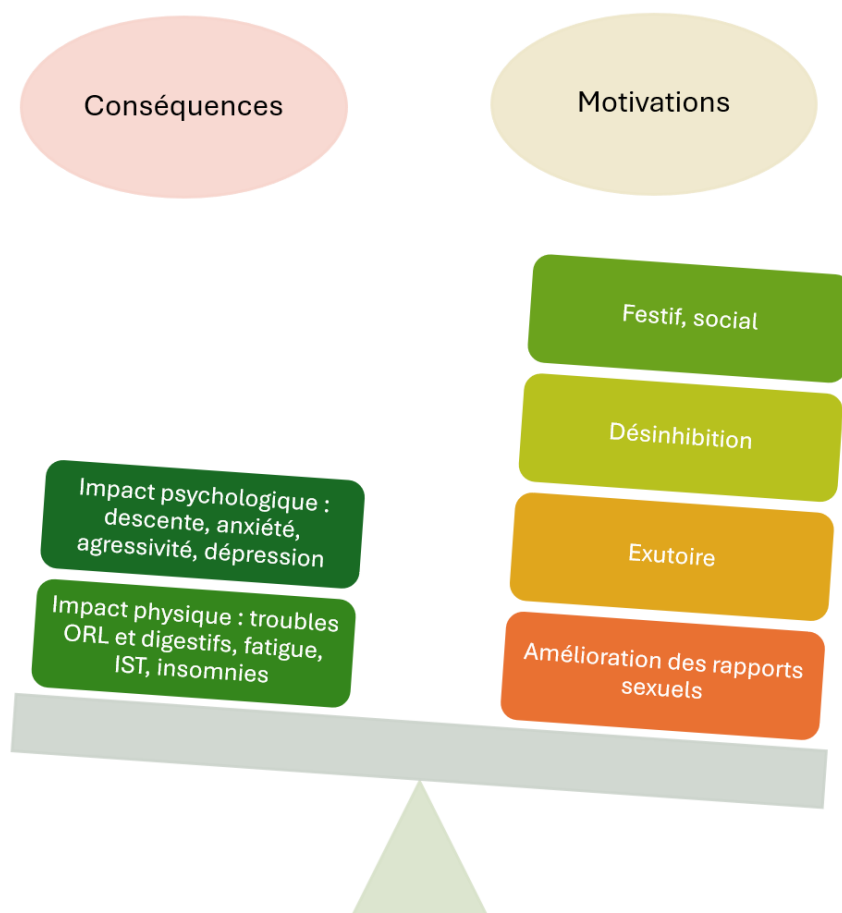


Figure 2 : Schéma démontrant l'ambivalence que peuvent ressentir les patients « chemsexuels »

De fait, nous pensons qu'un des éléments cruciaux qui est ressorti de ces entretiens est le fait que la plupart des participants ont démontré une réticence à en parler avec leur médecin généraliste. Les causes sont diverses : médecin de traitant de famille, sentiment d'un manque de connaissance ou de compétence, peur du jugement, ...

Certes, les études antérieures^{17,18,20} ont démontré ces peurs et la stigmatisation ressentie par les personnes LGBTQIA+, mais ici ils ont une entière confiance en leurs infectiologues. Dans notre étude, la plupart des participants avaient un suivi PrEP ou un suivi pour le VIH en région de Bruxelles-Capitale ou en Wallonie. Ils sont satisfaits de leur relation avec leur infectiologue et l'expriment clairement. Les raisons énoncées sont que les spécialistes ont plus d'expertise dans la matière et sont moins moralisateurs que les médecins généralistes. Cette confiance aux services spécialisés ou axées vers la communauté LGBTQIA+ a également été constatée dans d'autres pays¹⁷ car ils se sentent mieux compris, moins jugés donc mieux pris en charge.

Une approche plus globale et moins stigmatisante serait bénéfique pour les patients LGBTQIA+. Cependant, cela soulève la question du rôle du généraliste lorsque ces patients disent rechercher principalement des soins spécialisés. A cet égard, en plus des infections sexuellement transmissibles et du suivi ou du traitement du VIH qui peuvent être réservés à des soins plus spécialisés, ces patients souffrent également de maux courants qui sont généralement pris en charge par des généralistes. Cela inclut une fatigue invalidante nécessitant une incapacité temporaire de travail, une insomnie justifiant la prescription de somnifères ainsi que des troubles gastro-intestinaux ou ORL. Il en résulte, selon nous, un manque de suivi et d'accompagnement chez ces patients les conduisant à recourir à l'automédication, à solliciter l'aide d'amis médecins, à utiliser des prescriptions inadaptées provenant d'autres personnes ou des médicaments commandés sur le « dark web ». De plus, comme l'a mentionné un des participants, certaines personnes peuvent au contraire ne pas consulter dans ces centres de soins labellisés « LGBTQIA+ » car ils peuvent ne pas s'accepter complètement ou ne pas se sentir acceptés au sein de cette communauté. A notre sens, le médecin généraliste pourrait apporter une certaine neutralité dans la prise en charge de ces personnes spécifiques.

7.2.6. Qu'est-ce que j'attends de mon médecin traitant ?

La majorité des participants s'accorde sur l'importance du fait que le médecin traitant soit informé de leurs pratiques, soulignant ainsi la nécessité d'une sensibilisation à ce sujet. Certains admettent ne pas avoir été totalement transparents avec leur médecin, ce qui suggère que cette réticence a un impact négatif réel sur la prise en charge de ces patients. Cette situation complique l'évaluation des risques et la mise en place de stratégies adaptées, pouvant également entraîner une sous-estimation des besoins du patient. En conséquence, cela pourrait conduire à des traitements qui ne tiennent pas compte des aspects complexes de leur santé psychologique et physique, voire à la prescription de médicaments inadaptés, mettant ainsi en péril la vie du patient en raison des interactions possibles avec les substances qu'ils consomment.

Un des participants met en avant le fait que le rôle manquant dans la vie d'une personne LGBTQIA+ comme lui est effectivement un médecin généraliste. Il pense que le manque de connaissance et de ressources spécifiques sont les éléments clés de ce manque de suivi par un médecin traitant.

Un des participants, étudiant en médecine, affirme avec conviction la nécessité d'améliorer la formation des étudiants en médecine, non seulement à la pratique du chemsex mais aussi à la

prise en charge de la communauté LGBTQIA+. Dans ce sens, une étude montre que les étudiants en médecine ont un manque de connaissances sur ces sujets³² et que les cursus médicaux devraient inclure une formation sur la PrEP ainsi que sur les stratégies de réduction des risques. Nous pensons qu'étant en première ligne, les médecins généralistes ont la responsabilité d'acquérir une sensibilisation minimale à ces sujets car nous sommes en première ligne de soins^{33,34} et qu'il est important d'être en mesure de reconnaître les signes de détresse psychologique liés à la consommation de substances et d'orienter les patients vers des services spécialisés lorsque cela s'avère nécessaire.

Les participants sont capables d'identifier les facilitateurs d'une meilleure prise en charge par les professionnels de santé, comme le fait de prendre le temps de communiquer sur leurs maladies et leurs traitements, le fait d'avoir une attitude ouverte et non-jugeante, ce qui vise à créer un environnement de confiance où les patients LGBTQIA+ se sentent accueillis. Une étude récente selon la même approche que la nôtre³⁴, montre que des interventions basées sur une communication centrée sur le patient peuvent améliorer la satisfaction des patients et l'observance thérapeutique. Ces approches incluent l'écoute active, l'utilisation de questions ouvertes et la validation des expériences des patients avec une approche empathique.

Les participants suggèrent également de simplement poser la question lors de l'anamnèse et de laisser apparaître des signes d'inclusivité, comme une petite brochure ou un drapeau LGBTQIA+, pour démontrer une ouverture à la discussion.

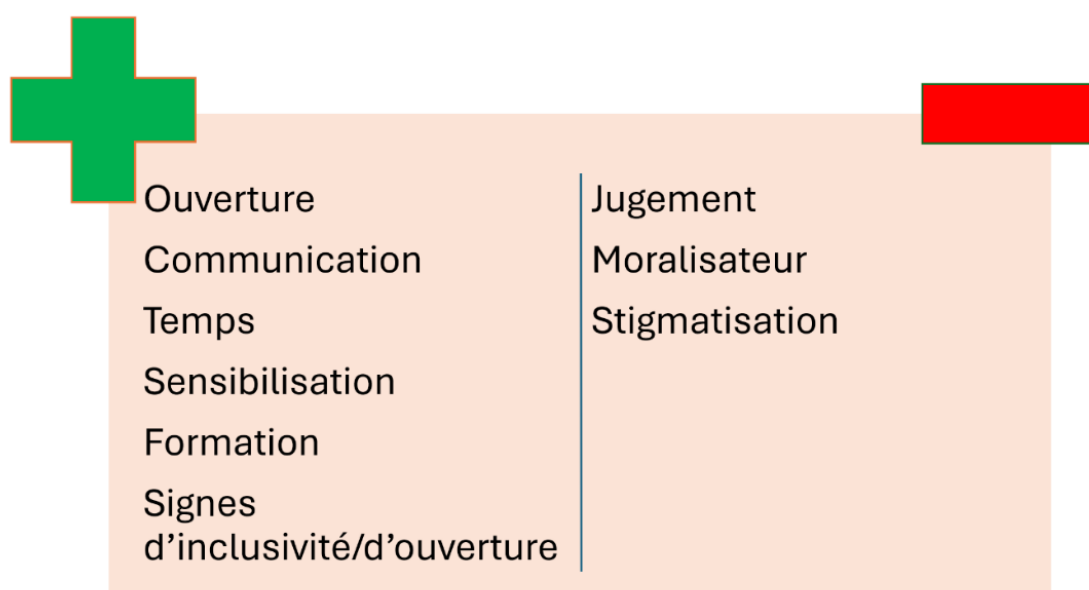


Figure 3 : Attentes des patients « chemsexuels » envers les médecins généralistes.

Selon nous, en raison de l'organisation du système de soins de santé en Belgique, en particulier dans la Région de Bruxelles-Capitale, l'accessibilité aux spécialistes (comme les longs délais de rendez-vous) constitue un véritable obstacle, compliquant le suivi des maux du quotidien pour les patients chemsexuels. Cette prise en charge devrait, à notre avis, être pluridisciplinaire, avec une communication appropriée entre les infectiologues, les médecins généralistes, les psychologues et les acteurs de terrain comme les ASBL œuvrant dans la prévention dans des lieux comme les festivals, les saunas, les darkrooms, Le cadre idéal pour un patient chemsexuel n'existe probablement pas encore en région francophone, mais c'est à nous de créer cet environnement et de promouvoir cette pluridisciplinarité dans les soins.

7.3. Limites et Forces de l'étude

L'étude présente certaines limites : un nombre restreint de participants, la prédominance de participants francophones et leur profil relativement homogène. Ces facteurs peuvent restreindre la généralisation et l'interprétation des résultats. Au niveau de l'échantillonnage, les résultats ont pu être influencés par le fait que la plupart des participants étaient suivis par un infectiologue dans un centre spécialisé pour le VIH et/ou la PrEP. De plus, l'étude n'a pas atteint la saturation des données en raison du faible nombre de réponses positives à l'invitation à témoigner sur un sujet aussi sensible.

Nous nous sommes ici concentrés sur un public HSH étant donné les études qui démontrent une causalité entre la consommation de drogues (supérieure chez les HSH que chez les non-HSH). Nous aimerions tout de même attirer l'attention sur le fait que ce phénomène pourrait exister chez les non-HSH, en particulier le comportement de consommation des femmes, ou chez les non-HSH en milieu festif, sur lesquels il y a très peu d'études.

Ces limites invitent à la prudence dans l'interprétation des résultats et soulignent le besoin de recherches futures pour approfondir les conclusions présentées ci-dessus. Ces études pourraient investiguer le vécu et les besoins des infectiologues quant à cette pratique ou inclure la participation des patients autres que HSH et/ou anglophones ou néerlandophones pour révéler des nuances supplémentaires.

Malgré ces limites, la force de cette étude réside dans la profondeur de l'analyse interprétative phénoménologique qui était possible par la taille restreinte de l'échantillon. Cela nous a permis de réaliser une analyse minutieuse, au cas par cas, en nous imprégnant des retranscriptions, des phrases, des expressions et des sous-entendus de chaque participant. Nous avons ainsi pu mener une analyse herméneutique visant à comprendre comment chaque participant donne sens à ses propres expériences et ainsi explorer les similitudes et les différences entre les cas.

Nous considérons également avoir été chanceux que ces participants aient pris le temps de nous accorder leur confiance en partageant une partie de leur vécu, contribuant ainsi à une meilleure prise en charge future d'autres personnes. De par l'âge de l'investigatrice, nous pensons que les patients HSH se sont sentis plus à l'aise pour se confier et exprimer leurs réticences et besoins en matière de soins de santé. Un participant a même mentionné qu'il serait plus facile de se livrer à un médecin LGBTQIA+, soulignant ainsi l'importance d'une représentation inclusive dans le milieu médical.

8. CONCLUSION:

Le chemsex demeure un phénomène nouveau et complexe qui soulève de nombreux questionnements au niveau de notre société mais également au niveau des soins de santé classiques. L'objectif principal de notre étude était de déterminer les attentes des patients (HSH) pratiquant le chemsex à travers la compréhension de leur vécu, de leurs difficultés et de leurs relations avec les professionnels de santé.

En conclusion, les entretiens réalisés nous ont aidés à mieux comprendre les motivations et la pratique du chemsex chez ces participants. Nous avons pu nous plonger dans leurs expériences, chacune unique, en mettant en évidence des similitudes et des différences. Grâce à leurs confidences, nous avons pu mieux éclairer les problèmes de santé auxquels ils font face. Elles nous ont surtout aidés à identifier ce qui importe à leurs yeux. Cela a également permis de mettre en lumière une forme de déni ou des conflits internes chez certains participants. Selon nous, ces ambivalences sont à souligner, car elles démontrent les défis liés à la prise en charge de cette population et sur lesquels nous pouvons travailler.

Les dernières études^{29,35} démontrent que la pratique du chemsex est associée à un manque de sensibilisation au sujet de la réduction des risques : plusieurs facteurs tels que l'âge, les comorbidités, les troubles psychologiques et le chômage ont un impact négatif sur la santé et augmentent la vulnérabilité à la pratique du chemsex.²⁸ Malgré le fait que certains participants de notre étude évoquent une préférence pour les infectiologues au niveau du suivi de leur santé sexuelle, les médecins généralistes restent essentiels dans d'autres dimensions de leur santé.

De ce fait, il est fondamental de ne pas minimiser notre rôle dans la prise en charge de ces patients car nous sommes en première ligne pour identifier ces facteurs de risque et les conséquences du chemsex sur la qualité de vie de nos patients. Nous devons donc continuer à développer nos compétences dans ces thématiques afin de nous adapter aux nouveaux phénomènes sociaux qui émergent et de pouvoir les réorienter si cela s'avère nécessaire. Il est donc important que nous travaillions sur ce lien de confiance avec la communauté LGBTQIA+. Comme les participants l'ont affirmé, nous pouvons le faire à travers une meilleure écoute, une approche empathique et une ouverture d'esprit dans le but de construire une relation thérapeutique durable et adaptée à leurs besoins spécifiques.

Par ailleurs, au niveau de la gestion des réductions de risque nous devons être prudents quant aux stratégies que nous pourrions proposer. En dépit du fait que de nombreux médecins généralistes sont aptes à réaliser le suivi des patients souffrant de toxicomanie ou de troubles psychologiques, les pratiquants du chemsex sont perçus différemment par rapport à d'autres personnes souffrant de dépendances. Notre étude, et d'autres articles scientifiques ont clairement démontré que les participants ont une capacité d'autogestion des risques et qu'une prise en charge moralisatrice pourrait rompre le lien thérapeutique. A l'opposé, les interventions animées par des pairs démontrent de bons résultats préliminaires³⁵ et il est démontré que les connaissances peuvent venir de la communauté LGBTQIA+ elle-même et que les stratégies de gestion des risques évoluent au fil des expériences et des normes communautaires³¹. Cette notion appuie le fait que pour la communauté LGBTQIA+ il est crucial de créer un environnement où les patients se sentent soutenus et compris : un "safe space". Il serait donc intéressant de développer des services de soutien pour cette approche communautaire et pluridisciplinaire dans le but de partager et de transmettre nos savoirs entre médecins généralistes, infectiologues, acteurs de terrains comme les ASBL LGBTQIA+ mais aussi de les partager avec les patients pratiquant le chemsex eux-mêmes.

Nous espérons que ce travail vous aura donné un modeste aperçu de la pratique du chemsex ou vous aura sensibilisés à un sujet souvent considéré comme tabou. Notre souhait est qu'il puisse peut-être permettre d'ouvrir la discussion lors d'une de vos prochaines consultations. Pour finir, une approche qui selon nous, serait la plus appropriée dans nos consultations de médecine générale est celle de "l'humilité culturelle"³⁴. Cette approche nous force à reconnaître nos propres croyances et nos biais, à accepter nos lacunes et nous incite à poser des questions simples sans appréhension. Nous pourrions en apprendre davantage sur les réalités de nos patients en les écoutant, tout simplement.

9. **BIBLIOGRAPHIE**

1. Hurley M, Prestage G. Intensive sex partying amongst gay men in Sydney. *Cult Health Sex*. 2009;11(6):597-610.
2. Stuart D. Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs Alcohol Today*. 2019;19:3–10.
3. Giorgetti R, Tagliabracci A, Schifano F, Zaami S, Marinelli E, Busardò FP. When "Chems" Meet Sex: A Rising Phenomenon Called "ChemSex". *Curr Neuropharmacol*. 2017;15(5):762-770. doi: 10.2174/1570159X15666161117151148. PMID: 27855594; PMCID: PMC5771052.
4. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. Rapport européen sur les drogues 2022 : Tendances et évolutions. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne; 2022.
5. Alias. Enquête exploratoire sur le chemsex dans le contexte de la prostitution/du travail du sexe HSH & Trans* à Bruxelles Capitale et au-delà. Bruxelles: Alias asbl; 2020. Édité par Alias asbl, mars 2020. Numéro de dépôt légal : D/2020/14.991/01.
6. Van Acker J, Pezeril C, Cartuyvels Y, Dieleman M. Plan chem? Plan slam? Les plans sous prod. Une recherche exploratoire parmi les gays, bisexuels et autres HSH dans la Région de Bruxelles-Capitale. 2017.
7. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid D, Marcus U, Hickson F, Network TE. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *International Journal of Drug Policy*. 2016 Dec 1;38:4-12.
8. Stuart D, Nwokolo N, McOwan A, Bracchi M, Boffito M. ChemSex: Data on recreational drug use and sexual behaviour in men who have sex with men (MSM) from a busy sexual health clinic in London, UK. In 15th European AIDS Conference 2015 Oct 21.
9. Schreck B, Guerlais M, Laforgue E, Bichon C, Grall-Bronnec M, Victorri-Vigneau C. Cathinone use disorder in the context of slam practice: new pharmacological and clinical challenges. *Frontiers in Psychiatry*. 2020 Jul 22;11:705.
10. Knoop L, van Amsterdam J, Albers T, Brunt TM, van den Brink W. Slamsex in The Netherlands among men who have sex with men (MSM): use patterns, motives, and adverse effects. *Sexual health*. 2022 Sep 26;19(6):566-73.

11. Alvarez JC, Larabi IA. «Chemsex» et cathinones. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2023 Dec 21.
12. 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.
13. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study: Table 1. *Sex Transm Infect*. 2015;91(8):564–8.
14. 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*. 2018;55:131–48.
15. Lai H-H, Kuo Y-C, Kuo C-J, et al. Methamphetamine Use Associated with Non-adherence to Antiretroviral Treatment in Men Who Have Sex with Men. *Sci Rep*. 2020;10(1):7131.
16. Hampel B, Kusejko K, Kouyos R, et al. Chemsex drugs on the rise: a longitudinal analysis of the Swiss HIV Cohort Study from 2007 to 2017. *HIV Med*. 2020;21(4):228–239.
17. 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*. 2017;93(3):203–206.
18. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P. «Chemsex» and harm reduction need among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*. 2015;26(12):1171–6.
19. 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 Science International*. 2017 Jan 1;270:93-7.
20. Freestone J, Ezard N, Bourne A, Brett J, Roberts DM, Hammoud M, Nedanoski A, Prestage G, Siefried KJ. Understandings, attitudes, practices and responses to GHB overdose among GHB consumers. *Harm reduction journal*. 2023 Sep 2;20(1):121.
21. Milhet M. Rapport APACHES - Attentes et PARcours liés au CHEmSex. Alcool / Alcohol; Drogues illicites / Illicit drugs. 98 p. Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT); 2023.

22. Smith, J., Flowers, P., Larkin, M. (2009). Interpretative phenomenological analysis : theory, method and research. London : Sage.
23. Restivo L, Julian-Reynier C, Apostolidis T. Pratiquer l'analyse interprétative phénoménologique: intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Pratiques Psychologiques*. 2018;24(4):427-49.
24. Bjerno TN. Accounting for Chemsex: Danish Chemsex Users' Accounts of their Chemsex Engagement-Findings from a Qualitative Study. 2017. Disponible sur : http://www.earthoria.com/wp-content/uploads/2017/06/Tina-Noga-Bjerno_MPH2017_Thesis.pdf
25. Hysek CM, Domes G, Liechti ME. MDMA enhances “mind reading” of positive emotions and impairs “mind reading” of negative emotions. *Psychopharmacology*. 2012;222(2):293-302.
26. Keogh E, Barnes L, De La Harpe D. The effects of 3-MMC on empathy, social interaction, and mood: A review. *Journal of Psychopharmacology*. 2019;33(3):263-270.
27. Pakianathan MR, Lee MJ, Kelly B, Hegazi A, Whitlock G, Nathan B, et al. How to assess gay, bisexual and other men who have sex with men for chemsex. *Sex Transm Infect*. 2018;94(4):273-278. doi:10.1136/sextrans-2017-053232.
28. Pozo-Herce PD, Martínez-Sabater A, Sanchez-Palomares P, Garcia-Boaventura PC, Chover-Sierra E, Martínez-Pascual R, et al. Effectiveness of harm reduction interventions in chemsex: a systematic review. *Healthcare*. 2024;12(14):1411.
29. Schreck B, Guerlais M, Laforgue E, Bichon C, Grall-Bronnec M, Victorri-Vigneau C. Cathinone use disorder in the context of slam practice: new pharmacological and clinical challenges. *Frontiers in Psychiatry*. 2020 Jul 22;11:705.
30. Schifano F, Papanti GD, Orsolini L, Corkery JM. Novel psychoactive substances: the pharmacology of stimulants and hallucinogens. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2016;9(7):943-954. doi:10.1586/17512433.2016.1167597.
31. Cano-Ruiz O, Íñiguez-Rueda L. Community experiences and strategies of risk management within chemsex practices: a qualitative study. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024 Jun 17;29

32. Bunting SR, Feinstein BA, Hazra A, Sheth NK, Garber SS. Knowledge of HIV and HIV pre-exposure prophylaxis among medical and pharmacy students: A national, multi-site, cross-sectional study. *Preventive medicine reports*. 2021 Dec 1;24:101590.
33. Ma, R., & Perera, S. (2016). Safer 'chemsex': GPs' role in harm reduction for emerging forms of recreational drug use. *British Journal of General Practice*, 66(642), 4-5.
34. Blanchette M, Flores-Aranda J, Bertrand K, Lemaître A, Jauffret-Roustide M, Goyette M. Sexualized substance use among gbMSM: Their perspectives on their intervention needs and counsellor competencies. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*. 2024 Apr 1;159:209258.
35. Thain BKM, Bertram M, Nor Azlina Y, Tan CW. Beyond-66: A pilot evaluation of a novel, peer-led harm reduction intervention for chemsex dependant men who have sex with men in Kuala Lumpur, Malaysia. *Int J STD AIDS*. 2024;35(3):164-8.

D'autres ressources, non classées :

36. Le site internet : www.chemsex.be
37. Christel Protière, « Les cinq principaux rapports au chemsex », PaacX : Perceptions, attitudes et attentes vis à vis du chemseX : résultats d'une analyse mixte, Séminaire interne du SESSTIM, 11 février 2022, webinaire (30:57)
38. Les vidéos sur les études de David Stuart sur la plateforme www.youtube.com
39. Les podcasts tels que « Controlling Chemsex: addressing the epidemic in the UK and Beyond » et « Chemstory – Histoires de Chemsex/PnP » sur la plateforme "Spotify"