



RAISONS DE SANTE 363 – LAUSANNE

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique
Secteur Evaluation et expertise en santé publique (CEESAN)

Rapport d'évaluation de la consultation *chemsex* mise en œuvre par le centre Checkpoint Vaud (projet pilote)

Debons Jérôme, Samitca Sanda

unisanté
Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

Unil
UNIL | Université de Lausanne

Raisons de santé 363

Le Centre universitaire de médecine générale et santé publique Unisanté regroupe, depuis le 1er janvier 2019, les compétences de la Policlinique médicale universitaire, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, de l'Institut universitaire romand de santé au travail et de Promotion Santé Vaud. Il a pour missions :

- les prestations de la première ligne de soins (en particulier l'accès aux soins et l'orientation au sein du système de santé) ;
- les prestations en lien avec les populations vulnérables ou à besoins particuliers ;
- les interventions de promotion de la santé et de prévention (I et II) ;
- les expertises et recherches sur l'organisation et le financement des systèmes de santé ;
- les activités de recherche, d'évaluation et d'enseignement universitaire en médecine générale et communautaire, en santé publique et en santé au travail.

Dans le cadre de cette dernière mission, Unisanté publie les résultats de travaux de recherche scientifique financés par des fonds de soutien à la recherche et des mandats de service en lien avec la santé publique. Il établit à cet égard différents types de rapports, au nombre desquels ceux de **la collection « Raisons de santé »** qui s'adressent autant à la communauté scientifique qu'à un public averti, mais sans connaissances scientifiques fines des thèmes abordés. Les mandats de service sont réalisés pour le compte d'administrations fédérales ou cantonales, ou encore d'instances non gouvernementales (associations, fondations, etc.) œuvrant dans le domaine de la santé et/ou du social.

Étude financée par :

Fondation PROFA, dans le cadre du financement reçu de la Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions (CPSLA) pour la mise en œuvre du projet pilote de consultation *chemsex*.

Citation suggérée :

Debons J., Samitca S., Rapport d'évaluation de la consultation *chemsex* mise en œuvre par le centre Checkpoint Vaud (projet pilote), Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2025 (Raisons de santé 363).

<https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/363>

Remerciements :

Nos remerciements vont à l'équipe du centre Checkpoint Vaud pour leur accueil chaleureux, leur implication, leur soutien et disponibilité tout au long de ce projet.

Nos remerciements vont également aux usagers qui ont accepté de répondre à nos questions dans le cadre d'un entretien de recherche.

Nous remercions enfin les professionnel·les rencontré·es pour cette étude, pour leur intérêt et le temps mis à disposition.

Relecture et contrôle de l'édition :

Aurélien Baud, Yu Chen-Mayor

Date d'édition :

Janvier 2025

Table des matières

Résumé	6
1 Introduction	10
1.1 Contexte	10
1.2 Le projet pilote du Checkpoint Vaud	11
2 Objectifs de l'évaluation	13
2.1 Objectif général de l'évaluation	13
2.2 Les questions d'évaluation	13
3 Méthodologie	15
3.1 Données récoltées	15
3.2 Analyses réalisées et présentation des résultats	16
3.3 Limites de l'étude	17
4 Résultats	18
4.1 Revue ciblée de la littérature	18
4.1.1 Etudes de prévalence	18
4.1.2 Aspects socio-culturels	20
4.1.3 Risques identifiés	22
4.1.4 Interventions de santé publique (prévention et réduction des risques)	23
4.2 Mise en œuvre de la consultation <i>chemsex</i> au Checkpoint Vaud	26
4.2.1 Fonctionnement et caractéristiques	26
4.2.2 Fréquentation de la consultation sur la période évaluée	29
4.2.3 Profil des usagers selon les données de monitoring	31
4.3 Points de vue et expériences des usagers rencontrés relativement à la consultation <i>chemsex</i>	32
4.3.1 Expériences et difficultés liées au <i>chemsex</i>	32
4.3.2 Raisons évoquées pour consulter	36
4.3.3 Apport de la consultation <i>chemsex</i> selon les usagers	38
4.3.4 Perception de la qualité	44
4.3.5 Critiques et pistes d'amélioration	45
4.4 Points de vue des professionnel·les du réseau sur la consultation <i>chemsex</i>	46
4.4.1 Les professionnel·les « spécialisé·es »	46
4.4.2 Les clinicien·nes moins sensibilisé·es	49
5 Réponses aux questions d'évaluation	52
6 Discussion et conclusion	56
7 Références	58
8 Annexes	60
8.1 Canevas d'entretiens	60
8.2 Les usagers rencontrés	63
8.2.1 Caractéristiques sociodémographiques	63

8.2.2	Données sanitaires des usagers	63
8.2.3	Recours à la consultation et au groupe de parole	64
8.2.4	Rapport perçu à la pratique du <i>chemsex</i> , substances mentionnées et mode d'usage	64
8.3	Les professionnel·les rencontrés	65

Liste des tableaux

Tableau 1	Caractéristiques sociodémographiques des usagers rencontrés	63
Tableau 2	Données sanitaires des usagers rencontrés	63
Tableau 3	Recours à la consultation et au groupe de parole selon les usagers rencontrés	64
Tableau 4	Rapport au chemsex et recours à la consultation/groupe de parole	64
Tableau 5	Substances mentionnées par les usagers et mode d'usage	65
Tableau 6	Données sur les professionnel·les rencontré·es	65

Liste des figures

Figure 1	Nombre de consultations réalisées par mois durant le projet pilote	29
Figure 2	Nombre de rendez-vous annulés/honorés et de désistements par mois	30

Abréviations

ASS	Aide suisse contre le sida
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CPSLA	Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions
DGS	Direction générale de la santé
GREA	Groupe romand d'étude sur les addictions
Infodrog	Centrale nationale de coordination des addictions
IST	Infectons sexuellement transmissibles
PEP	Prophylaxie post-expositionnelle qui correspond à un traitement d'urgence à la suite d'une prise de risque pour prévenir une infection au VIH
PrEP	Prophylaxie pré-expositionnelle, qui correspond à un traitement préventif contre le risque d'infection au VIH
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine, qui peut évoluer vers le sida, stade ultime de l'infection
SMA	Service de médecine des addictions du CHUV
TAO	Traitement agoniste opioïde
UTAM	Unité de traitement des addictions de l'hôpital de Nant, secteur psychiatrique Est vaudois
UTAD	Unité de traitement des addictions d'Yverdon

Résumé

Depuis plusieurs années, les professionnel·les du Checkpoint Vaud, centre de compétences VIH-IST de la Fondation PROFA à Lausanne, observent une augmentation des demandes de leurs usagers en lien avec des pratiques de *chemsex*. Face à ce constat, le centre a créé un groupe de parole dédié à cette thématique en septembre 2020. Par la suite, une consultation *chemsex* a été mise en œuvre dans le cadre d'un projet pilote de deux ans intitulé *Faire face au chemsex : prévenir, conseiller, soutenir, sensibiliser, informer, réduire les différents risques, accompagner les usagers, entretenir un réseau de professionnel·les*.

Le secteur Evaluation et expertise en santé publique (CEESAN) d'Unisanté a été mandaté pour évaluer cette nouvelle prestation. Les objectifs de l'évaluation consistaient à analyser la réception de cette prestation par les utilisateurs et par les professionnel·les du réseau partenaire du Checkpoint. Sur le plan méthodologique, la démarche d'évaluation a comporté une analyse des données de la littérature scientifique sur le sujet, une analyse des données de monitoring de la prestation durant le pilote et une analyse qualitative basée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs avec des usagers (n=9), des professionnel·les du Checkpoint (n=3) et du réseau (n=8).

La revue de littérature couvre une période allant de 2015 à 2024 et permet de contextualiser le *chemsex*, son évolution et ses principales dimensions. Le *chemsex* est un phénomène essentiellement urbain, présent dans toutes les capitales européennes, qui s'est développé à l'origine dans la communauté des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) et qui se diffuse aujourd'hui à la faveur des applications de rencontres à géolocalisation telles que Grindr ou Gayromeo. Le plus souvent associé à une sexualité multipartenaire, le *chemsex* se définit comme la combinaison intentionnelle entre l'activité sexuelle et la consommation de certaines substances psychoactives illicites (en particulier le GHB/GBL, les cathinones de synthèse et la méthamphétamine) à des fins de désinhibition, d'augmentation du plaisir et de performance sexuelle.

Même si la pratique du *chemsex* ne conduit pas nécessairement à une souffrance ou à des dommages importants, elle expose à certains risques liés soit aux substances (surdoses, intoxications), soit aux pratiques sexuelles (acquisition du VIH, de l'hépatite C ou d'autres IST). Ces constats expliquent pourquoi le *chemsex* est devenu une préoccupation de santé publique majeure depuis une dizaine d'années. Dans les études répertoriées, la proportion d'HSH qui déclarent pratiquer du *chemsex* varie de 3 à 30 pourcents, et celle des HSH concernés par la pratique du slam (injection intraveineuse en contexte sexuel) de 1 à 9 pourcents. Le phénomène du *chemsex* est bien présent en Suisse mais les études sur ce sujet sont encore rares dans notre pays à l'heure actuelle.

L'ouverture de la consultation *chemsex* par Checkpoint Vaud est cohérente avec les interventions de santé publique sur le plan international, qui recommandent d'agir en priorité au niveau des Centres de santé sexuelle et communautaires HSH et de privilégier l'axe de la prévention et de la réduction des risques (accès facilité à la PrEP pour les usagers qui pratiquent le *chemsex*, dépistage des IST, informations sur les risques associés aux substances, etc.).

Cette consultation a ouvert en janvier 2023 avec l'engagement d'un infirmier spécialisé en addictologie dédié à cette fonction. Outre les consultations (un jour par semaine), un important travail de communication, de sensibilisation et de formation du réseau professionnel et associatif a été effectué tout au long de cette phase pilote.

Les données de monitoring montrent que sur les 105 demandes notées à l'agenda, 75 consultations ont été honorées pendant la période d'analyse (du 01/01/2023 au 30/09/2024). La première consultation a eu lieu en mai 2023. Le nombre de consultations est passé d'une moyenne de quatre par mois en 2023 à une moyenne de huit par mois début 2024, puis une légère baisse des recours a été constatée depuis l'été 2024.

Les consultations réalisées concernent 46 usagers âgés de 42 ans en moyenne. Plus de la moitié d'entre eux sont au bénéfice d'un diplôme d'études supérieures, d'un emploi et d'un logement stable au moment où ils consultent. Ces usagers vivent en majorité à Lausanne (n=25) ou dans une localité du canton de Vaud (n=16). La quasi-totalité (90%) d'entre eux est au bénéfice d'une PrEP, c'est-à-dire d'un traitement préventif contre le risque d'infection au VIH.

En ce qui concerne les usagers rencontrés en entretien (n=9), l'analyse qualitative met en évidence diverses postures, avec, d'un côté, des personnes qui se perçoivent dans un rapport récréatif au *chemsex*, et de l'autre, des personnes qui sont (ou ont été) aux prises avec des difficultés plus importantes, allant dans deux cas jusqu'à la perte d'emploi. Les attentes et les raisons pour consulter traduisent ces variations : certains usagers se rendent à la consultation par curiosité, parce qu'ils recherchent des informations sur la PrEP ; d'autres, qui se disent plus inquiets voire qui redoutent le fait de revivre un schéma d'addiction déjà connu, ont besoin d'un suivi plus soutenu et régulier ou recourent à la consultation pour accéder à une psychothérapie.

L'apport et l'utilité de la consultation pour ces usagers comporte trois aspects clé. Tout d'abord, les personnes interviewées sont soulagées qu'un suivi dédié au *chemsex* ait vu le jour. Parler dans un cadre bienveillant, avec un professionnel qui comprend les enjeux et caractéristiques du *chemsex* est rare dans les parcours analysés. Pouvoir « libérer la parole » a donc un effet bénéfique pour les personnes rencontrées, cela permet de rompre avec l'isolement, d'être entendu et guidé.

Le suivi personnalisé et centré sur les besoins individuels constitue un autre aspect jugé essentiel. Contrairement au groupe de parole qui est conçu comme un espace

de discussion entre pairs sur diverses thématiques liées au *chemsex*, la consultation est une démarche plus anonyme et personnelle. Cet accompagnement est très apprécié en particulier des usagers qui ont bénéficié de suivis répétés dans le temps (n=3). Dans une situation, le suivi a aussi permis d'accompagner la personne dans son désir d'abstinence.

Le dernier aspect clé concerne l'apport de la consultation en termes d'informations sur la réduction des risques liés à la prise de substances – i.e. les mélanges à éviter, les précautions à avoir en tête lors des sessions sexuelles, la manière de gérer son *craving*, de se distancier des applications de rencontre – ainsi que sur le réseau de prise en soins existant et l'orientation vers des thérapeutes sensibilisé-es au *chemsex*.

Dans l'ensemble, cette nouvelle prestation complète l'offre du Checkpoint tout comme elle renforce les connaissances et les bonnes pratiques des usagers en matière de santé sexuelle et de réduction des risques liés au substances.

Du point de vue de la qualité, les usagers rencontrés sont très satisfaits de l'accompagnement proposé, relèvent le professionnalisme avec lequel ils ont été suivi et la grande réactivité du Checkpoint à leur égard. Les manques et questionnements formulés concernent l'accès à des thérapeutes sensibilisé-es au *chemsex* dans le domaine psychothérapeutique et/ou sexologique (jugé compliqué) ainsi que les offres de prise en soins résidentielles adaptées pour les personnes aux prises avec une addiction au *chemsex* (identifié comme un manque à l'heure actuelle).

En ce qui concerne les professionnel·les du réseau rencontré-es en entretien (n=8), l'analyse montre que la connaissance du *chemsex* est très variable d'une personne à l'autre, avec d'un côté, des « spécialistes » qui ont un savoir et des compétences pour suivre des patients présentant des difficultés avec le *chemsex*, et de l'autre, des « clinicien·nes moins sensibilisé-es » qui se disent plutôt démuni-es face à cette réalité.

Les « spécialistes » estiment que la consultation *chemsex* comble un manque dans le réseau. Selon elles et eux, la mise en œuvre du projet pilote offre une « porte d'entrée » visible, utile et nécessaire non seulement pour les patients concernés, mais aussi pour les professionnel·les de santé au sens large. A leurs yeux, la demande actuelle dépasse l'offre de soins disponible : les spécialistes sensibilisé-es au *chemsex* sont trop peu nombreuses et nombreux et il est compliqué de trouver des relais sur le plan psychothérapeutique pour des prises en soins. Leurs attentes à cet égard vis-à-vis du Checkpoint consiste à disposer d'un réseau de partenaires plus large en capacité d'assurer de tels suivis.

Les clinicien·nes moins sensibilisé-es insistent sur le fait que la sexualité (i.e. l'anamnèse en santé sexuelle, les questions y relatives, etc.) n'est pas un registre exploré de manière systématique lors d'une prise en soins en addictologie ou en psychiatrie générale. Pour ces clinicien·nes, la consultation *chemsex*, en tant que

lieu d'expertise spécifique, offre une réelle plus-value puisqu'il est désormais possible d'y adresser certains de leurs patients, d'obtenir des conseils et un soutien. Cette prestation apporte une solution, là où c'était souvent l'absence de réponse, voire le déni, qui prédominaient. Face à ce constat d'une réalité plutôt méconnue en dehors du cercle des spécialistes, l'analyse des entretiens fait ressortir l'importance du travail de sensibilisation du réseau sur la thématique du *chemsex*, tant au niveau des équipes soignantes en milieu hospitalier que des professionnel·les de santé au sens large. Ce travail, qui entre dans les prérogatives de l'infirmier en charge de la consultation *chemsex* du Checkpoint, mérite d'être poursuivi.

En conclusion, cette évaluation montre que la mise en œuvre de la consultation *chemsex* par le Checkpoint Vaud constitue une étape clé dans la reconnaissance des enjeux socio-sanitaires liés à la pratique du *chemsex*. Elle montre aussi que cette prestation est pertinente puisqu'elle répond aux besoins exprimés par les usagers et par les professionnel·les rencontré·es. Ces résultats invitent à poursuivre les actions menées dans la phase pilote, que ce soit en termes de diffusion des messages de prévention et de réduction des risques auprès du public-cible, de développement d'un réseau coordonné de prise en soins pour les patients en difficultés avec le *chemsex* et de sensibilisation des professionnel·les de santé sur le sujet.

1 Introduction

1.1 Contexte

Depuis quelques années, le *chemsex*, soit l'utilisation de substances psychoactives dans un contexte sexuel pour améliorer les performances et le plaisir sexuels, se développe dans certains groupes de la communauté des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (ci-après HSH). Ce phénomène qu'on retrouve dans différents pays et notamment dans les grandes villes^{1, 2} a pris de l'ampleur parallèlement au développement de nouvelles modalités de rencontres (sites Internet et applications mobiles géolocalisées), ainsi que de nouvelles drogues (les nouveaux produits de synthèse – ci-après NPS – qui renvoient à la famille des cathinones ou des cannabinoïdes). Bien que ces pratiques restent minoritaires chez les HSH, leur visibilité tend à s'accroître.

Les principales substances consommées dans les pratiques de *chemsex* sont les stimulants de synthèse (3-MMC, 4-MEC, etc.), mais également la méthamphétamine et le GHB (gamma-hydroxybutyrate) ou son précurseur le GBL (gamma-butyrolactone). Ces substances sont consommées par voie orale, par sniff et dans certaines pratiques par injection intraveineuse (slam) ou par voie anale (plug).

Ces consommations de substances en lien avec l'activité sexuelle peuvent s'accompagner à la fois de risques liés à certaines pratiques sexuelles (partenaires multiples, rapports non protégés) favorisant la transmission de maladies infectieuses et de risques liés à l'usage de substances psychoactives (partage et/ou réutilisation de matériel usagé, surdoses, effets des substances sur la santé psychique, dépendance). Des répercussions au niveau psychosocial sont aussi fréquentes (perte d'emploi, désocialisation)³.

Des constats similaires sont faits au Checkpoint Vaud, à Lausanne. Depuis 2012, les professionnel·les observent une augmentation des demandes qui leur sont adressées en lien avec le *chemsex*⁴.

En 2019, 27 usagers (soit 2,4% de la patientèle) ont déclaré avoir eu recours à des substances psychoactives dans ce cadre contre deux usagers en 2012. En 2021, dans les questionnaires liés aux consultations PrEP (prophylaxie préexposition^a), plus de 10% des usagers disent consommer des stimulants de synthèse. De même, la consommation de GHB est mentionnée dans plus de 10% des consultations PrEP. Par ailleurs, de 2020 à 2022, un tiers des nouvelles demandes de suivi adressées à la consultation en psychiatrie concernent une pratique potentiellement problématique de *chemsex*.

Parallèlement à cette augmentation des demandes de suivi, les professionnel·les du Checkpoint relèvent une absence de ressources spécialisées pour répondre aux problématiques rencontrées.

^a La PrEP est un outil de réduction des risques d'infection au VIH proposé aux personnes non porteuses du VIH qui ont une forte probabilité d'être exposées à ce virus. Depuis 2016, la Commission fédérale pour la santé sexuelle recommande cette prophylaxie pour les HSH qui pratiquent le *chemsex*^{5, 6}. La PrEP se distingue de la PEP (pour prophylaxie post-expositionnelle), qui est un traitement d'urgence à prendre dans les 48 heures après un rapport sexuel à risque. La PrEP peut être administrée en continu (un comprimé par jour) ou en prises intermittentes.

Les consultations spécialisées en addictologie ne sont pas nécessairement à l'aise ni formées pour répondre à ces questions. Le *chemsex* est pratiqué par une minorité de personnes parmi la population HSH, dont la problématique d'addiction s'inscrit dans un contexte particulier, qui fait appel à des réponses multidisciplinaires en termes de prévention et de réduction des risques.

1.2 Le projet pilote du Checkpoint Vaud

En tant que centre de compétences VIH-IST de la Fondation PROFA, le Checkpoint Vaud s'adresse à la population des HSH, ainsi qu'aux personnes trans et leurs partenaires. Il délivre différentes prestations en santé sexuelle, comme le suivi des personnes vivant avec le VIH, le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), la mise en place de traitement PrEP ou PEP. Il dispose également d'un pôle spécialisé en santé mentale qui peut intervenir pour le suivi des troubles tels que l'anxiété, le stress ou la dépression liés au coming out, accompagner les personnes aux prises avec des questions liées à leur sexualité, leur orientation sexuelle et affective ou leur identité de genre.

Dans ce contexte, le projet pilote d'une consultation *chemsex* vise à développer une prestation supplémentaire pour répondre au double constat d'augmentation des demandes de suivi liées au *chemsex* dans le centre d'une part et à l'absence de ressources spécialisées pour y répondre d'autre part.

Le projet pilote *Faire face au chemsex : prévenir, conseiller, soutenir, sensibiliser, informer, réduire les différents risques, accompagner les usagers, entretenir un réseau de professionnel·les* se décline en trois volets distincts et complémentaires :

- Un volet **consultation spécifique**, consacrée à la problématique du *chemsex* ; cette consultation vise à offrir une écoute et une prise en soins individuelle des personnes concernées par une situation de *chemsex* dans une perspective de prévention des maladies sexuellement transmissibles et de réduction des risques liés à la consommation de substances psychoactives ;
- Un volet **groupe de parole**^b par et pour les pairs afin d'offrir une écoute communautaire ; il s'agit de poursuivre et de renforcer la fréquence d'un groupe de parole qui s'est constitué en septembre 2020 dans le cadre d'un avant-projet^c ;
- Un volet sensibilisation **et formation/information des professionnel·les** des domaines de la sexologie et des addictions tant à l'intérieur de la Fondation PROFA qu'à l'extérieur.

Les objectifs de ce projet pilote, et de la consultation *chemsex* en particulier, sont les suivants :

^b Projet mené en collaboration avec l'Aide suisse contre le sida (ASS).

^c Cf. Document « Avant-projet groupe de paroles chemsex, Fondation PROFA/Checkpoint Vaud. Septembre 2020 à décembre 2021, Rapport final », Lausanne, janvier 2022.

- Créer un espace dédié aux questions/problématiques du *chemsex*, dans un cadre expert, offrant un accueil bienveillant et non jugeant ;
- Offrir une porte d'entrée à toute personne souhaitant aborder des questions en lien avec le *chemsex* ;
- Accompagner, soigner et diffuser/promouvoir des messages de réduction des risques, des informations sur les substances et sur les prises de risques ;
- Orienter dans le cas d'une situation d'addiction et selon les besoins identifiés, tant auprès d'autres services à l'interne (par exemple au sein du pôle Santé psy du Checkpoint) que dans le réseau spécialisé à l'externe ;
- Améliorer les connaissances des usagers relativement aux risques associés aux stupéfiants et aux modes de consommation, favoriser l'adoption de bonnes pratiques et le recours aux ressources socio-sanitaires ;
- Améliorer la santé physique, mentale et sociale des usagers.

Le projet pilote a démarré **en janvier 2023 pour se terminer fin 2024**. Il a été financé par la Direction générale de la santé Vaud (DGS), via la Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions (CPSLA).

2 Objectifs de l'évaluation

Le Checkpoint Vaud a souhaité que les deux ans de phase pilote soient accompagnés d'une démarche d'évaluation externe. Le secteur Evaluation et expertise en santé publique (CEESAN) d'Unisanté a été sollicité, à ce titre, pour proposer un concept d'évaluation et mener à bien ce travail.

2.1 Objectif général de l'évaluation

L'objectif de cette évaluation était de produire une information utile aux parties prenantes sur le volet de la consultation, son fonctionnement et sa pertinence auprès des utilisateurs.

D'une part, il s'agissait d'évaluer **la réception de la prestation par les utilisateurs**, c'est-à-dire leur satisfaction par rapport à la prestation et les effets à court terme de la consultation au niveau de la gestion de la consommation, de la réduction des risques et des besoins de prise en soins.

Le groupe de parole *chemsex* (mis en place en 2020) n'a pas été inclus dans cette évaluation.

D'autre part, il s'agissait d'analyser **l'inscription de cette consultation dans le dispositif de prise en soins existant**, de comprendre sa pertinence et l'utilisation qui en était faite par le réseau.

Les intervenant-es du Checkpoint impliqués dans le projet étaient chargés de fournir les indicateurs pertinents permettant de documenter le nombre de recours et le profil des utilisateurs de la prestation durant cette phase pilote.

2.2 Les questions d'évaluation

Les questions d'évaluation étaient les suivantes :

- Quels sont les besoins formulés par les usagers et quelle est leur perception de la pertinence et de l'utilité de la consultation / respectivement du groupe de parole ?
 - La consultation est-elle en adéquation avec les besoins des bénéficiaires dans son contenu et dans sa forme (horaires, offres, ...) ?
- Quelle est la perception des usagers quant à la qualité de la consultation ?
- Quels sont les effets/bénéfices à court terme de la consultation chez les usagers en termes de :
 - Connaissances sur les comportements à risques ?

- Les usagers connaissent-ils les pratiques de réduction des risques liées à l'usage de stupéfiants ?
- Les usagers appliquent-ils ces pratiques de réduction des risques ?
- Les usagers modifient-ils leurs comportements à risques liés au *chemsex* (modes, fréquence de consommation) ?
- Connaissances sur les ressources d'aide et de soutien disponibles ?
- Quelle est la perception par les professionnel·les du réseau de l'adéquation de la prestation par rapport aux besoins/objectifs des usagers ?
 - Quelles sont leurs observations sur les effets (y-compris inattendus voire délétères), l'utilité et l'adéquation de la consultation depuis l'ouverture de cette prestation ?

3 Méthodologie

Cette évaluation se base sur une méthode d'analyse principalement qualitative^{7,8}. Cette méthode est apparue pertinente ici puisqu'il s'agit à la fois d'analyser des opinions et expériences relatives au groupe spécifique d'HSB concernés par le *chemsex* et de comprendre la mise en œuvre d'un projet pilote dans le temps ainsi que son utilité pour le réseau.

Cette évaluation a comporté :

- Une **revue de littérature** ciblée sur le *chemsex*.
- Des **entretiens compréhensifs et approfondis auprès des usagers** ayant eu recours à la consultation spécialisée.

Ces entretiens avaient pour objectif de comprendre les expériences des personnes en lien avec le *chemsex* et la consultation spécialisée, les motivations à venir à la consultation, les attentes et la satisfaction relatives à la consultation ainsi que l'évolution de la situation personnelle^d.

En cours de projet (02/2024), afin d'augmenter les chances de recrutement des usagers, nous avons élargi les critères d'inclusion aux personnes qui n'avaient pas encore eu recours à la consultation, mais qui fréquentaient le groupe de parole et/ou avaient une pratique de *chemsex*.

- Des **entretiens auprès des professionnel·les partenaires du Checkpoint** au niveau du réseau de prise en soins addictologique et plus largement (infectiologique et psychiatrique).

Ces entretiens avaient pour objectif de connaître le point de vue de ces professionnel·les sur la mise en œuvre, la pertinence et la plus-value de la consultation *chemsex* par rapport au dispositif existant.

- Des **données de monitoring** sur la fréquentation de la prestation durant le pilote et sur le profil sociodémographique des utilisateurs.

3.1 Données récoltées

La réalisation des entretiens s'est déroulée de décembre 2023 à fin juin 2024, sur la base de questions semi-directives : **au total, 20 entretiens ont été réalisés.**

^d Les canevas d'entretiens utilisés pour les usagers et les professionnel·les se trouvent à l'annexe 8.1.

Nous avons effectué **neuf entretiens** avec des usagers qui, pour la plupart, fréquentent et connaissent le Checkpoint. Six d'entre eux ont expérimenté la consultation une fois ou plus, alors que trois n'ont pas consulté, mais ont été recrutés via le groupe de parole.

Le recrutement des usagers a été réalisé avec l'aide de l'équipe Checkpoint qui fournissait un texte de présentation sur l'étude en cours aux usagers de la consultation ou du groupe de parole. Lorsqu'un usager donnait son accord, il signait un formulaire de consentement éclairé et le chercheur du CEESAN se chargeait ensuite de convenir d'un rendez-vous pour l'entretien. Notons que deux personnes qui nous avaient donné leur consentement se sont désistées malgré nos multiples relances.

Ces entretiens ont duré entre 60 et 80 minutes et les usagers rencontrés recevaient un bon MANOR de Frs 30.- pour leur participation.

Nous avons effectué **huit entretiens** avec des professionnel·les partenaires du Checkpoint dans le réseau addictologique (la majorité), mais aussi en médecine infectieuse et en psychiatrie. Ces professionnel·les ont été sélectionné·es parce que susceptibles de suivre des patients concernés par des pratiques de *chemsex* (patients HSH, porteurs du VIH, etc.), ou plus largement, parce qu'ils et elles pouvaient être amené·es à rencontrer ces patients dans la cadre de leurs suivis addictologiques ou psychothérapeutiques.

Ces entretiens ont duré entre 45 minutes et une heure.

Enfin, **trois entretiens** supplémentaires ont été réalisés avec des membres de l'équipe Checkpoint directement liées au projet de la consultation, à savoir la médecin psychiatre responsable du « pôle psy », l'infirmier en charge de la consultation *chemsex* et l'infirmier pair-leader responsable du groupe de parole. Bien que non prévus dans le protocole, ces entretiens étaient utiles pour comprendre le contexte et les enjeux de la mise en œuvre du projet pilote.

Tous les entretiens avec les usagers ont été retranscrits et anonymisés. Les entretiens avec les professionnel·les ont fait l'objet de synthèses approfondies et/ou de retranscriptions partielles.

Les **données de monitoring** analysées dans ce rapport portent sur la période allant du 1^{er} janvier 2023 au 30 septembre 2024.

3.2 Analyses réalisées et présentation des résultats

L'analyse des entretiens a été effectuée en suivant les principes de l'analyse thématique de contenu^{7, 9, 10}.

Le logiciel MAXQDA a été utilisé pour coder le corpus d'entretien des usagers, en extraire des citations/verbatim, procéder à des comparaisons et à l'identification de catégories d'analyse transversales.

Le chapitre 4 présente les résultats de l'analyse et se compose de **quatre parties** :

- le point 4.1 présente les caractéristiques générales du *chemsex* d'après la revue ciblée de littérature ;
- le point 4.2 décrit la mise en œuvre de la consultation *chemsex* par le Checkpoint et présente les données de monitoring ;
- le point 4.3 rend compte du point de vue et des expériences des usagers rencontrés en entretien ;
- le point 4.4 rend compte du point de vue des professionnel·les rencontré·es en entretien.

Le chapitre 5 revient ensuite sur les questions d'évaluation et présente les résultats de manière synthétique. Il est suivi d'un chapitre de conclusion (6) où nous discutons des principaux résultats à l'aune de la littérature scientifique sur le sujet.

3.3 Limites de l'étude

Cette étude se base sur un corpus limité d'utilisateurs et n'est donc pas représentative de l'ensemble du public-cible potentiellement concerné par la consultation *chemsex*.

Par ailleurs, cette évaluation avait pour but de documenter les effets *perçus* de l'intervention par les utilisateurs. Elle ne permet donc pas de quantifier avec précision l'impact de cette prestation sur les personnes qui y recourent, objectif qui nécessiterait une méthodologie différente.

Rappelons enfin que les professionnel·les rencontré·es représentent surtout le premier cercle de partenaires du Checkpoint Vaud. Pour avoir une vue plus exhaustive et confirmer/infirmer les résultats de notre analyse, il faudrait idéalement disposer d'un échantillon plus grand qui inclue aussi d'autres types de professionnel·les (médecins de premiers recours, sexologues, etc.).

4 Résultats

4.1 Revue ciblée de la littérature

La sélection des articles s'est faite principalement via Google Scholar, sur une période allant de 2015 à fin 2022. Quelques articles ont été ajoutés en 2023 et 2024. Cette recherche a été réalisée à l'aide des principaux mots clefs suivant : *chemsex*, *slam*, *medical care*, *healthcare*, *harm reduction practice(s)*.

Une trentaine d'études ont été retenues, principalement situées en Europe, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis. Ces études ciblent leurs analyses sur le groupe des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, groupe où le phénomène du *chemsex* a émergé. Ce ciblage n'exclut toutefois pas l'existence d'un usage sexualisé de substances dans d'autres groupes sociaux, hétérosexuels en particulier, mais à notre connaissance, ce champ de recherche est nettement moins prolifique et reste à développer^e.

Cette section présente les données épidémiologiques et les dimensions socio-culturelles du *chemsex*. Les risques socio-sanitaires associés au *chemsex* sont également présentés, puis un dernier point met l'accent sur les interventions de santé publique dans ce domaine.

4.1.1 Etudes de prévalence

Les études de prévalence consultées sont surtout réalisées à partir de questionnaires online (*Online surveys*) dans le milieu HSH ou lors d'études de cas dans des centres de santé sexuelle ou médicaux que côtoie cette population.

L'étude de Ivey et al.¹² de 2023 se base sur les données des enquêtes AMIS aux Etats-Unis (American Mens Internet Survey). Les données exploitées vont de 2017 à 2020 et permettent d'établir que sur les quelques trente mille HSH de l'étude, 3'113 personnes (10,3%) disent avoir pratiqué du *chemsex* dans les 12 mois précédant l'enquête. Dans ce groupe, 65,1% disent utiliser de l'ecstasy, 42,5% de la cristal méthamphétamine et 21% du GHB. L'étude montre la présence de facteurs associés à ces pratiques : il s'agit notamment du sexe anal sans protection, de l'usage problématique d'alcool, du recours à des tests d'IST et des problèmes de santé mentale. Selon les auteurs, le *chemsex* augmente significativement les risques d'infections sexuellement transmissibles et de détresse psychologique chez les personnes concernées.

La revue systématique de Maxwell et al.¹³ réalisée en 2019 à partir de 38 études issues de pays anglophones (USA, UK, Irlande, Australie) et des Pays-Bas, identifie un taux de prévalence du *chemsex* chez les HSH qui oscille entre **3 et 29%**. Ces données montrent que le *chemsex* est pratiqué

^e Certains auteurs insistent pour que l'étude des relations entre sexe, prises de stupéfiants et groupes sociaux soit élargie. C'est le cas de Moyle et al.¹¹ qui, dans un article critique, proposent de repenser les pratiques sexuelles dans le contexte de pharmaceuticalisation globale de la sexualité et au travers de la notion de « pharmacosex ». Selon eux, les sites de rencontre en ligne seraient de plus en plus utilisés par les groupes hétérosexuels, ce qui pourrait contribuer à la diffusion de nouvelles sexualités hors du réseau HSH.

en majorité par des hommes de 35 à 42 ans et que 1 à 9% de ces HSH serait concerné par la pratique du slam. Les drogues non-injectées les plus courantes dans cette étude sont la méthamphétamine, la méphédrone et le GHB. Par ailleurs, la métamphétamine est la drogue injectée la plus courante dans les pratiques de slam^f.

En Europe, l'étude EMIS¹⁴ de 2016 analyse la prévalence des « 4 chems » (GHB/GBL, kétamine, crystal méthamphétamine et méphédrone^g) dans 44 villes européennes et fait ressortir la prévalence du *chemsex* à Barcelone et à Madrid, à Amsterdam, ainsi que dans les villes de Brighton, Manchester et Londres. Zurich arrive à la cinquième place des villes où l'on observe les plus hauts taux de *chemsex*. Dans cette étude, les hommes de 25-39 ans sont les plus susceptibles de déclarer avoir pratiqué du *chemsex* dans les quatre semaines précédant l'enquête. Par ailleurs, le *chemsex* ressort comme étant prévalent chez les personnes diagnostiquées séropositives et/ou qui déclarent avoir eu dix partenaires ou plus dans les 12 derniers mois.

La revue de littérature réalisée en Angleterre en 2018 par Edmundson et al.¹⁶ valide le constat d'une prévalence notable du phénomène en contexte urbain (les villes de Brighton, de Manchester et de Londres) ainsi que l'hypothèse selon laquelle les HSH qui pratiquent le *chemsex* sont plus nombreux à être diagnostiqués séropositifs et à avoir des rapports sexuels anaux sans protection. La prévalence au Royaume-Uni selon cette étude est établie à 17% chez les HSH et à 31% chez les HSH positifs au VIH.

Pour la France, le rapport de Benyamina et al.¹⁷ estime à 20.9% la proportion de HSH qui pratiquerait du *chemsex* au moins une fois par année, et à 3.1% celle qui aurait déjà pratiqué l'injection. L'étude APACHES¹⁸ estime cette prévalence du *chemsex* en milieu HSH entre 3% et 14% et avance le chiffre de 100'000 à 200'000 personnes qui seraient directement concernées dans l'hexagone.

En Suisse, les études et les données sur la pratique du *chemsex* sont encore rares à l'heure actuelle³. Le rapport EMIS 2017¹⁹ rapporte que sur les 3'066 HSH ayant répondu à un questionnaire en ligne^h, « 568 (18.8%) ont déclaré avoir consommé des stimulants (ecstasy/MDMA, cocaïne, amphétamine, méthamphétamine, méphédrone ou kétamine) au moins une fois [au cours de la vie] pour avoir des rapports sexuels plus longs ou plus intenses » et que « [c]hez plus de la moitié de ces hommes (n = 357), la dernière utilisation de ces substances a eu lieu au cours des 12 mois précédant l'enquête ». Les derniers rapports sexuels avec plusieurs partenaires sous l'influence de substances stimulantes ont principalement eu lieu dans le cadre privé (chez soi, chez quelqu'un d'autre ou dans une chambre d'hôtel).

Signalons aussi qu'en Suisse, une augmentation globale de l'utilisation de drogues récréatives entre 2007 et 2017 est constatée chez les hommes de la cohorte suisse VIH. Une progression de 8,8% à 13,8% est observée en particulier en ce qui concerne l'usage de méthamphétamine et de GHB, des drogues souvent associées au *chemsex*. Ces données montrent que le *chemsex* est une pratique bien présente en Suisse et que la tendance observée en 2010 par l'étude EMIS tend à se confirmer

^f Aujourd'hui, l'injection de NPS et ses dérivés est devenue aussi très courante dans le slam, comme la 4-MEC, 3-MMC, αPVP, PV8, αPHT, ou encore les NRG1, NRG2, NRG3, 4P^{12, 16}.

^g La méphédrone est une cathinone de synthèse désormais prohibée dans de nombreux pays¹⁵.

^h Questionnaire EMI Gay Survey.

en 2020 : « [c]es résultats indiquent que la mode/tendance du *chemsex* a atteint la Suisse et qu'elle est la plus répandue dans la région de Zurich », notent les auteurs.

Ces différentes études démontrent bien l'existence de variations en termes de substances utilisées en contexte de *chemsex*. Ces variations sont fonction des législations propres à chaque pays, du prix des produits et de leur facilité d'accès. Les cathinones de synthèse telles que la 3MMC ou la 4MEC, par exemple, se retrouvent plus fréquemment en France et en Suisse romande que dans les régions alémaniquesⁱ ; à l'inverse, la méthamphétamine se retrouvera peu dans les pratiques de *chemsex* en France ou en Suisse romande, mais davantage à Zurich et en Allemagne.

4.1.2 Aspects socio-culturels

Les études sociologiques consultées montrent que la prise de drogues en contexte sexuel dans le milieu HSH est inséparable de questions identitaires, qu'elle s'inscrit dans une sociabilité spécifique qui sous-tend notamment l'identification à un groupe d'appartenance, tout comme elle est fortement associée à la découverte de soi²⁰⁻²². Ces études suggèrent de tenir compte de ces aspects culturels associés au *chemsex* chez les HSH si l'on veut pouvoir engager un dialogue avec les personnes concernées^{23, 24}.

Ainsi, pour David Stuart, précurseur dans le travail de terrain sur le *chemsex*^j, il est essentiel d'appréhender le phénomène dans un cadre sociétal élargi pour comprendre ce qui est en jeu. Comme il le rappelle²⁵, la prise de « *chems* » s'observe à l'origine dans le milieu HSH à la fin des années 1990 et provient du diminutif « *chems* » utilisé dans ce milieu pour désigner l'usage de méthamphétamine et de GHB/GBL à des fins sexuelles.

A cette époque, l'hétéronormativité, le rejet des personnes homosexuelles par la religion ou encore les peurs associées au SIDA ont durablement impacté la sexualité des HSH : dans la plupart des cas, ces hommes vivent leur sexualité de manière négative et les normes dominantes sont très hostiles à leur mode de vie. L'émergence du *chemsex* dans ce contexte, écrit Stuart « est le plus souvent lié à la capacité d'une personne à se sentir libre et désinhibée pendant l'acte sexuel (...) Des problèmes additionnels et indépendants peuvent certes émerger ou résulter de l'usage de drogue (...) mais les raisons de l'usage de drogue [en contexte sexuel] sont la recherche du plaisir, qui est souvent rendu difficile ou challenging pour les hommes gais, nombre d'entre eux devant ainsi lutter pour atteindre la désinhibition »^k.

En Angleterre, l'étude de Bourne et al.^{1, 27} dans les années 2010 donne une image plus précise du *chemsex* à Londres. Ces chercheurs définissent le *chemsex* comme une « combinaison intentionnelle entre l'activité sexuelle et la consommation de substances psychoactives illicites ».

ⁱ Précisons que les cathinones de synthèses sont vendues essentiellement par Internet et que leur marché s'est aujourd'hui développé à l'échelle mondiale.¹⁵

^j Décédé en janvier 2022, D. Stuart est connu pour la réalisation du documentaire *Chemsex* paru en 2015 et pour son travail à la clinique de santé sexuelle de Soho à Londres (56 Dean Street), clinique toujours en activité aujourd'hui.

^k Rappelons que les personnes HSH et les minorités sexuelles et de genre plus globalement subissent en effet diverses formes de discriminations structurelles de par leurs différences, ce qui se traduit notamment par des violences à leur encontre (physiques, psychologiques, symboliques), par une prévalence dans ces groupes, de pensées suicidaires et de symptômes dépressifs par rapport aux personnes cisgenre et hétérosexuelles, et par la prévalence de la consommation de substances psychoactives (alcool et/ou stupéfiants).²⁶

L'étude montre que le *chemsex* renvoie le plus souvent à une sexualité groupale, pratiquée dans des sessions planifiées, dans des lieux privés, entre HSH. L'étude fait aussi ressortir l'importance des réseaux de relations sociales et sexuelles associés à différents quartiers dans lesquels le *chemsex* est une pratique assez fréquente et facilitée par les communautés et lieux festifs gais masculins. Les données de cette étude permettent à Weatherburn et al.²⁷ de mettre en lumière au moins deux registres de motivations personnelles dans la pratique du *chemsex* : d'un côté, il s'agit de concrétiser certains désirs sexuels, la prise de drogues en contexte sexuel agissant ainsi sur la libido, la confiance en soi, la désinhibition et l'endurance ; d'un autre côté, il s'agit d'augmenter le plaisir, de rendre les partenaires sexuels plus attractifs et de favoriser l'aventurisme sexuel.

Plus récemment, l'étude de Santoro et al.²⁸ réalisée à Madrid apporte des précisions en distinguant les pratiques de *chemsex* en différents types : les « sessions de *chemsex* anonymes » (qui représentent l'idéaltype de la pratique), les « sessions chill-out » (de nature plus spontanées et lâches), les « sessions semi-fermées » (qui ont lieu entre « vétérans », adeptes d'amour libre) et « le *chemsex* pratiqué dans des lieux publics » (bains, saunas, plus rare). D'après cette étude, ce sont les sessions de *chemsex* anonymes (type 1) qui comportent le degré le plus élevé de prises de risque (multipartenaire, non-usage du préservatif, etc.).

L'étude APACHES¹⁸ en France, qui analyse le parcours de 37 HSH concernés par le *chemsex* (dont 17 slamers), montre que la prise de substance en contexte sexuel correspond à une expérience de plaisir favorisant « l'expression de soi » et que cette pratique ouvre la voie à des possibilités de rencontre, à l'intégration dans une sociabilité et des cercles « hors-normes ». Elle montre aussi la forte ambivalence qui caractérise ces parcours : l'entrée dans des pratique de *chemsex* correspond souvent à un moment positif dans la vie des personnes (amélioration du niveau de vie, autonomisation par rapport au milieu d'origine, sortie du risque de mort pour les personnes séropositives plus âgées, etc.), mais certains facteurs fragilisant sont également identifiés (comme un environnement urbain où la prise de drogue devient la norme, des ruptures sentimentales, l'annonce d'une séropositivité au VIH, un contexte professionnel tendu, l'entrée dans une pratique d'injection), susceptibles de mener vers une perte de contrôle et des difficultés importantes à plus long terme.

Pour ce qui est de la France, la pratique du *chemsex* est observée dès le début des années 2000 et étudiée de manière plus systématique à partir des années 2010^{18, 20, 21, 24, 29}. Le *chemsex* se serait ainsi propagé en une dizaine d'années d'un cercle restreint d'initiés « appelés 'Butch' ou 'Gymqueen', fréquentant des soirées festives dites 'exclusives' »²⁹ vers un public plus large. En 2022, Benyamina et al.¹⁷ observe aussi que le phénomène est en progression, qu'il se diversifie et qu'il n'est plus exclusivement urbain.

Les applications de rencontres géolocalisées sont un dernier facteur important à considérer dans la progression/propagation du *chemsex* dans le milieu HSH. Ainsi, note Barbier, « les modes de drague homosexuelle ont évolué avec le développement exponentiel des sites Internet et des applications géolocalisées dédiées aux rencontres. Ces technologies ont rendu les rencontres sexuelles plus rapides et plus 'immédiates', et favorisé leur privatisation aux dépens des lieux de drague extérieurs et des établissements de consommation sexuelle »³⁰.

Ces sites de drague virtuelle vont en effet se substituer aux lieux de drague plus conventionnels (bars, saunas, lieux-dits spécifiques, etc.) et servir de support au développement d'une « subculture sexuelle aventureuse » en offrant un portail pour se vendre et être accueilli dans des sessions de *chemsex*. Les adeptes de « plans chems », sessions sexuelles durant lesquelles la consommation de produits est planifiée, peuvent ainsi se mettre en scène et se choisir via ces applications de rencontre (Grindr, GayRomeo, etc.).

Selon Bourne et al.¹ cette technologie est un facteur incitatif très puissant auprès de jeunes publics non-initiés (qui n'auraient pas tenté l'expérience auparavant). Par ailleurs, Milhet et Néfau²⁹ notent que l'usage de ces applications correspond généralement à un moment d'accentuation des pratiques de *chemsex* dans les parcours des usagers. L'usage de ces applications tendrait notamment à imposer « des règles explicites en matière de pratiques sexuelles et d'usages de produits qui excluent les personnes ne souhaitant pas s'y adonner ». La pratique du slam autrefois restreinte à une petite frange d'HSH aurait ainsi gagné du terrain²⁹.

4.1.3 Risques identifiés

La pratique du *chemsex* comporte des risques de contamination par le VIH, l'hépatite C et d'autres infections sexuellement transmissibles.

Concernant les risques VIH, le lien entre infection au VIH et *chemsex* est rapporté par plusieurs études, tout comme le fait que cette pratique favorise les comportements sexuels à risques (rapports sans protection, multipartenaires)^{31, 32}. L'étude de Benyamina et al.¹⁷ estime que la contamination au VIH est à la fois un facteur de risque et une conséquence de la pratique du *chemsex*. La revue de littérature de Strong et al.³³ met quant à elle en évidence une baisse d'adhérence aux traitements antirétroviraux dans cette catégorie d'usagers ; les personnes vivant avec le VIH et pratiquant le *chemsex* tendent à perdre en régularité dans leur suivi clinique par rapport à des HSH non-utilisateurs de drogues récréatives¹⁶.

Concernant les risques d'infections IST, on peut mentionner l'étude de Zeggagh et Siguier³² qui établit une prévalence plus élevée d'infection à *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et à la Syphilis chez les personnes qui pratiquent le *chemsex*. Cette même étude estime que le *chemsex* est aussi un facteur de risque pour la transmission de la variole simienne (variole du singe), les cas d'infection de ce type étant surreprésentés chez les HSH multipartenaires. Cette étude rapporte également que le risque de transmission de l'hépatite C est élevé avec le *chemsex*, en raison du partage de matériel de sniff (pailles intranasales) ou du partage de matériel d'injection chez les adeptes du slam³².

La pratique du *chemsex* comporte également des risques d'intoxication et de surdose, c'est-à-dire des effets indésirables à court terme sur la santé.

Le mauvais dosage de GHB/GBL entraîne en particulier des risques de pertes de connaissance, tout comme la prise de méthamphétamine comporte des risques d'hyperthermie, de tachycardie et d'hypotension, et enfin que la prise de substances psychoactives en contexte sexuel multipartenaires altère la capacité de discernement et augmente les risques de rapports sexuels non-consentis³. En 2023, une étude toxicologique réalisée à partir des données de laboratoire de

14 régions en France³⁴ rapporte que 232 personnes ont eu recours à des services de santé avec pour raison principale la pratique du *chemsex* et que dans 39% des situations cela concernait des problèmes d'intoxication (symptômes de coma, agitation, tachycardie). Cette même étude évalue à 50 le nombre de décès liés au *chemsex* en 2022 et les auteurs estiment que ce chiffre est en progression depuis quelques années (19 cas en 2018 contre 71 en 2022). Les régions les plus touchées en France sont Paris et l'Île-de-France, le Nord-Pas-de-Calais (Lille) et la région Rhône-Alpes (Marseille).

Un lien existe également entre la pratique du *chemsex* et la santé psychique, les personnes pratiquant régulièrement étant plus susceptibles que celles qui ne recourent pas au *chemsex* de développer des troubles anxieux et des dépressions³⁵.

Par ailleurs, les quatre substances chimiques le plus utilisées dans le *chemsex* (méthamphétamine, cathinones, GHB/GBL) sont addictogènes et comportent un potentiel élevé de dépendance³. Plus la fréquence et l'intensité des sessions augmente, plus l'exposition aux risques addictologiques est donc importante.

L'addiction au *chemsex* se manifeste par un sentiment de perte de contrôle, la conduite compulsive et la répétition fréquente²². Lorsque la pratique devient fréquente, le risque est élevé qu'elle envahisse la vie des personnes concernées et entraîne des conséquences à longs termes sur le plan psychosocial (isolement et réduction des relations sociales aux seules interactions avec d'autres pratiquants du *chemsex*, perte d'emploi, etc.)³.

Selon Tanguerli et al.³⁵, le passage d'un usage de drogue récréatif à un usage de drogue en contexte sexuel peut être rapide, notamment chez les jeunes, un groupe susceptible de manquer de connaissances sur les pratiques de réduction des risques associées à la prise de stupéfiants.

Notons encore que la qualité de la vie sexuelle est souvent impactée par le *chemsex*, avec une diminution de la libido à l'état sobre et une perte d'appétence pour la sexualité sans substances³⁶. Par ailleurs, il semble que l'utilisation intensive des réseaux de rencontre est associée à une baisse globale du bien-être et de la qualité de vie (difficulté à se concentrer, déficit de la performance cognitive, etc.)³.

4.1.4 Interventions de santé publique (prévention et réduction des risques)

Même si la pratique du *chemsex* ne conduit pas nécessairement à une souffrance ou à des dommages importants, elle expose à des risques liés soit aux substances (surdoses, intoxications), soit aux pratiques sexuelles (acquisition du VIH et d'autres IST). Ces constats expliquent pourquoi le *chemsex* est devenu une préoccupation de santé publique majeure ces dernières années^{17, 37-40}.

Les études consultées concernent principalement la France et le Royaume-Uni^{1, 18, 31, 35, 41, 42}. Elles préconisent, d'une part, de privilégier les stratégies de prévention et de réduction des risques auprès des HSH qui pratiquent le *chemsex*, et d'autre part, de s'appuyer sur l'expérience des centres de santé sexuelle ou de santé communautaire pour développer ces interventions. En effet, les personnes HSH en difficulté avec le *chemsex* se tournent davantage vers des centres de santé

sexuelle que vers des services spécialisés dans les addictions, ce qui s'explique notamment par le fait qu'elles s'y sentent plus en confiance³⁵.

Les **actions de prévention et de réduction des risques** recommandées concernent tant le registre des pratiques sexuelles à risque et celui de la consommation et de l'usage de substances psychoactives (les « *chems* » en particulier).

En matière de sexualité, les stratégies de prévention recommandées reposent sur l'accès systématique aux préservatifs, sur l'accès facilité à la prophylaxie antirétrovirale (PrEP) ainsi que sur la mise en place de dépistages des IST à minima trimestriels chez les HSH sous PrEP ou qui pratiquent le *chemsex*^{6, 17, 36}. De même, comme le rappellent Zeggagh et Siguier³², il est crucial d'aborder la question du *chemsex* de manière systématique avec les patients dans le cadre de « consultations de santé sexuelle, des consultations PrEP et du suivi des maladies infectieuses ».

La réduction des risques liés aux produits, également cruciale selon différentes études^{18, 33, 41, 42}, doit permettre d'informer et éduquer les personnes concernées par le *chemsex* sur les substances utilisées, sur leurs effets et effets secondaires ainsi que sur les modalités de consommation à moindre risque. La manière de doser les produits, la combinaison entre différents produits et les risques associés, tout comme l'éducation à la mise en place de pratiques d'injection sûres et la gestion des effets indésirables sont recommandées. La remise de matériel stérile (pour le snif, l'inhalation ou l'injection) ou de matériel adapté à la pratique du *chemsex* (kits slam, kits GHB/GBL avec pipette de dosage) sont également à privilégier.

Comme le rappelle Bourne et al.⁴¹, les centres de santé sexuelle confrontés à cette population doivent être à même de distribuer « des informations factuelles, honnêtes et non jugeantes sur la manière d'utiliser ces drogues sans risque [en particulier le GHB/GBL, la méphédronne ou les cathinones de synthèse, la métamphétamine] ». Ces interventions de réduction des risques doivent être proposée à tous les usagers de *chemsex* mais s'avèrent particulièrement utiles et pertinentes pour renforcer la capacité d'auto-contrôle des usagers qui s'y adonnent dans un esprit récréatif et qui n'envisagent pas forcément d'y mettre un terme. Selon Strong et al.³³, l'information sur la gestion des surdoses dues notamment à une prise exagérée de GHB/GHL^l en contexte de *chemsex*, tout comme l'incidence de psychoses en lien avec la prise de métamphétamine, sont des domaines qui méritent une attention particulière dans ces stratégies de réduction des risques liés au *chemsex*.

De même, la réduction des risques permet de sensibiliser les personnes qui pratiquent *du chemsex* sur les risques d'abus⁴¹ et de développer ce que Maitena Milhet définit comme une « culture de l'auto-support »^{18m}. Dans ce cadre, des offres d'analyse de produits (Drug-checking) ont aussi été développées en France pour permettre aux personnes de s'informer sur les produits utilisés, avec des résultats prometteurs en termes d'amélioration de leurs compétences pour minimiser les risques de surdoses ou d'intoxication¹⁸.

^l En effet, comme le rappelle Clément et al.⁴², le GHB et le GBL « exigent un dosage extrêmement précis (de l'ordre du millilitre) du fait de l'écarte étroite entre la dose nécessaire à l'obtention des effets recherchés et l'intoxication aigüe ».

^m Outre la réduction des risques en matière de consommations et de pratiques sexuelles, ce rapport souligne en effet « l'intérêt d'une culture de l'auto-support parmi les *chemsexers* », c'est-à-dire sur le « développement d'une vigilance collective au service d'interactions bienveillantes pendant les sessions *chemsex*, mais aussi en amont, dans le cadre des échanges en ligne » (via des applications par exemple).

L'autre point central qui ressort des études consultées se situe **au niveau des dispositifs d'aide**, avec des réponses à la fois « compréhensives » vis-à-vis du public-cible et coordonnées entre les principaux acteurs impliqués (santé communautaire, addictologie, santé sexuelle, psychiatrie).

Selon l'étude de Stong et al.³³ sur les interventions en termes de réduction des risques vis-à-vis des HSH et des personnes séropositives qui pratiquent le *chemsex*, des modèles de réduction des risques adaptés aux HSH (*gay and bisexual culturally tailored*) qui s'engagent dans des pratiques de *chemsex* ont vu le jour notamment en Angleterre, aux Pays-Bas ou en Australieⁿ.

Ces interventions sont basées sur une approche holistique de la santé et incluent à la fois des évaluations en santé mentale et en matière de consommation de substance. Leur mise en œuvre témoigne de résultats positifs tant au niveau de la détection des cas (plus en amont), que de la prise en soins des personnes en difficulté avec le *chemsex*. Dans cette perspective, on peut également mentionner l'étude de Pires et al.⁴³, qui analyse la mise en œuvre, à Lisbonne, d'un réseau de prise en soins autour de la problématique *chemsex*, réseau qui regroupe des acteurs associatifs (*chemsexers*, collectifs de militants gay et queer, etc.) et des membres d'organisations professionnelles de différents champs (en addictologie, en santé sexuelle, en santé mentale, etc.). Ce réseau a permis, selon les auteurs, d'ouvrir le dialogue sur la question du *chemsex*, de développer une offre de réduction des risques et de prise en soins psychologique « culturellement adaptée » aux caractéristiques du public-cible, de sensibiliser les institutions du domaine et de former plus largement les professionnel·les de santé sur le sujet.

Dans le cas de la France, on notera aussi que les réponses de santé publique concernant la problématique du *chemsex* se sont multipliées depuis les années 2010⁴², notamment dans les grandes agglomérations plus touchées par le phénomène (Paris, Ile-de-France, Marseille, Lyon, Rennes, etc.). Cela s'est traduit par la création d'ateliers dédiés pour favoriser la réduction des risques, la création de consultations spécialisées *chemsex* dans certains centres hospitaliers, la mise en place de permanences « sexualité et produits psychoactifs » dans des centres de santé sexuelle, la diffusion d'outils d'information variées (brochures, flyers, etc.), la mise en place de groupes d'auto-support en ligne, de numéros d'urgence et de site d'informations sur les ressources d'aides dans le domaine, etc. C'est dans ce cadre également que l'information sur cette thématique a été diffusée et que les formations des professionnel·les de santé se sont développées.

Dans leur document de synthèse, Clément, Tissot et Madesclaire notent que les « pouvoirs publics se sont saisis progressivement des problématiques liées à la pratique du *chemsex* » et que ces questions ont été intégrées à la Stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030). Ces chercheurs et chercheuses soulignent qu'un travail reste ainsi à faire pour « sensibiliser au caractère pluridimensionnel du *chemsex* requérant nécessairement la mobilisation d'acteurs issus de différents champs (addiction, vie sociale, sexologie, psychologie, psychiatrie, etc.) ; concevoir une diversité de réponses graduées, pluridisciplinaires et inscrites dans une approche de santé globale ; diffuser l'adoption d'une posture non stigmatisante chez les intervenants emportant l'adhésion de

ⁿ Il s'agit de la Clinique de santé sexuelle du 56 Dean Street de Londres (cf. <https://www.dean.st/>), du dispositif développé par la Fondation MAINline à Amsterdam (cf. : <https://english.mainline.nl/page/about-mainline>) et par l'association ACON basée à Sydney (cf. : <https://www.acon.org.au/>).

la personne ainsi qu'une approche bienveillante entre pairs permettant de garantir le rôle primordial du consentement »⁴².

Toujours pour la France, ces mêmes auteurs font mention de partenariats pluridisciplinaires mis en œuvre et qui définissent des « parcours *chemsex* » : ces dispositifs sont portés par des acteurs de l'addictologie et de la santé communautaires et visent tant à modéliser un accompagnement plus « adapté aux besoins des *chemsexers* » qu'à « renforcer les compétences des professionnels (addictologie, santé communautaire, premier recours) »^o.

4.2 Mise en œuvre de la consultation *chemsex* au Checkpoint Vaud

En Suisse, les centres Checkpoint en place dans la plupart des grandes villes (en coopération avec l'Aide Suisse contre le Sida) se mobilisent depuis plusieurs années pour sensibiliser et favoriser le dialogue sur la thématique du *chemsex*^{3, 44}. Leur accessibilité pour les publics HSH, leur dimension communautaire et leur expertise en santé sexuelle en font des lieux clés pour aborder et visibiliser cette problématique^p.

C'est dans ce contexte que se situe la mise en œuvre du projet pilote par le Checkpoint Vaud de la Fondation PROFA. La confrontation avec les premiers cas problématiques de *chemsex* a poussé les intervenant·es du Checkpoint à se renseigner sur les interventions possibles en Suisse comme à l'étranger et à mettre en place différentes pistes d'action.

La mise en place du groupe de parole *chemsex* en 2020 est le premier dispositif proposé dans le cadre d'un avant-projet (en lien avec l'ASS) pour ouvrir un espace d'échanges sur le sujet. La consultation *chemsex*, qui fait l'objet de cette évaluation, constitue ainsi une deuxième étape dans la reconnaissance du *chemsex* comme un enjeu de santé publique dans le canton de Vaud.

Dans cette partie, nous présentons les caractéristiques de cette consultation et le processus de sa mise en œuvre par le centre, puis nous présentons les données statistiques relatives au monitoring de la prestation.

4.2.1 Fonctionnement et caractéristiques

La consultation *chemsex* a ouvert en janvier 2023 parallèlement à l'engagement d'un infirmier (0.3 EPT) dédié à cette fonction. Avec le lancement de la consultation, la fréquence du groupe de parole a aussi augmenté, passant d'une à deux séances par mois.

Ce nouveau collaborateur a la responsabilité d'administrer, de coordonner et de mener les consultations *chemsex*. Il lui incombe également de participer au groupe de parole et de travailler

^o L'exemple donné est celui du dispositif ARPA-Chemsex. Voir sur le site suivant : <https://www.aides.org/publication/guide-aller-vers-les-chemsexeurs>.

^p En Suisse, les personnes concernées trouvent du matériel d'information sur le *chemsex* principalement en ligne, sur les sites Checkpoints ou sur le site Dr Gay (cf : <https://drgay.ch/fr/>). Notons aussi que des formations sur le *chemsex* destinées aux professionnel·les des Centres de santé sexuelle sont réalisées par Infodrog, en collaboration avec l'ASS⁴⁵.

à la communication et à la sensibilisation des professionnel·les de l'addictologie et de la santé sexuelle du canton sur cette problématique de santé.

Depuis janvier 2023, **un jour par semaine est dédié aux consultations** (pour un équivalent de 4 consultations hebdomadaires), avec la possibilité de réaliser des entretiens téléphoniques pour les personnes éloignées géographiquement ou ne pouvant se déplacer.

Les consultations *chemsex* ont été planifiées les jeudis (de 9 à 19 heures) notamment pour des raisons logistiques et de disponibilité des locaux dans la structure – car aucune consultation de suivi VIH ou de dépistage des IST n'est réalisée ce jour-là, contrairement aux autres jours de la semaine –, mais aussi parce que la psychiatre du centre est présente le jeudi pour d'éventuelles supervisions de cas.

En termes d'organisation, **la consultation *chemsex* est intégrée au « pôle Santé psy » du Checkpoint**. L'infirmier engagé est formé en psychiatrie et au bénéfice de plusieurs années d'expérience en addictologie⁹ ; il est supervisé par la psychiatre du centre, qui fait office de référence médicale sur le projet.

L'engagement de l'infirmier a permis à la psychiatre d'apparaître en deuxième ligne et de lui déléguer une part du travail. Autonome au niveau des évaluations et des suivis axés sur la réduction des risques, l'infirmier peut en tout temps solliciter l'expertise médicale pour des conseils ou des supervisions de cas. Lors de notre entretien, la psychiatre a d'ailleurs insisté sur l'intérêt de ce binôme médico-infirmier, un modèle courant en addictologie et qui comporte de nombreux avantages à ses yeux (voir encadré).

Avantages du modèle médico-infirmier : analyse de cas

Dans ce modèle, la nature des collaborations est variable : elle peut se limiter à des conseils ponctuels (supervisions) ou relever d'un suivi en binôme. L'exemple suivant décrit une situation où cette dernière option est mise en place par l'infirmier.

Un usager vu par l'infirmier présentait des symptômes dépressifs et des problèmes de sommeil en lien avec sa pratique de *chemsex*. L'infirmier a sollicité la psychiatre pour savoir s'il était indiqué d'intégrer un traitement spécifique. Le patient a pu être vu dans une consultation en binôme avec la psychiatre et l'infirmier – ce dernier ayant fait une évaluation globale de la situation et présenté une synthèse à la psychiatre au préalable. Une prescription d'antidépresseurs a finalement été décidée, confirmant par là le diagnostic infirmier. Ce dernier a été chargé de revoir le patient par la suite, avec une feuille de route pour mettre en place le traitement et suivre l'évolution de la situation.

Dans cette situation la psychiatre explique : « *en une heure cela a été réglé, sur quelque chose qui aurait pu prendre quatre consultations médicales. Pour moi ça été un gain de temps énorme, car une seule consultation a suffi, et pour l'infirmier, il y avait trois consultations* ».

A ses yeux, les avantages du modèle d'intervention en binôme sont les suivants :

⁹ Ce dernier a également réalisé un CAS en santé sexuelle qui s'est terminé durant la phase pilote de la consultation *chemsex*.

- Gain de temps pour la ou le médecin qui préserve son temps clinique et peut déléguer certaines tâches (évaluation et suivi, éducation, sensibilisation, communication et coordination, etc.) ;
- Meilleure réactivité face aux patients ;
- Apport de plusieurs points de vue sur les situations, interdisciplinarité ;
- Contribution à la réduction des coûts de la santé du fait d'une meilleure efficacité dans la prise en soins et le suivi des patients.

Précisons également que la consultation *chemsex* n'est pas conçue comme un suivi thérapeutique en tant que tel, mais bien comme une consultation infirmière « *facilement mobilisable pour les usagers* », pour reprendre les termes de la psychiatre.

Lorsque l'infirmier reçoit une demande de consultation, il effectue la première évaluation, et sur cette base, il présente au patient différentes pistes et orientations possibles. C'est à la personne de décider de la suite à donner : le suivi peut s'arrêter à la première consultation tout comme il peut conduire vers une deuxième rencontre (voire davantage).

Avec la mise en œuvre du projet, l'option des suivis répétés dans le temps apparaît comme étant la plus courante. Plus précisément, l'analyse des données de monitoring de la consultation permet de classer les consultations dans les catégories suivantes :

- Le « **Suivi, point de situation** » représente 45% des situations rencontrées. Cette consultation est définie comme « un suivi usuel, dès le deuxième rendez-vous, souvent orienté sur la mise en place d'objectifs, avec ventilation des idées et de l'anxiété, information sur la réduction des risques, accompagnement vers des projets thérapeutiques externes si c'est le souhait du patient ».
- Le suivi « **One shot** » représente un tiers des situations. Il renvoie aux usagers qui ne viennent qu'une seule fois, qui « découvrent la prestation, reçoivent des conseils de réduction des risques et sont intéressés à prendre des informations ou à nouer un premier contact ».
- Le « **Case management de transition** » représente un cinquième des consultations. Il concerne des situations jugées « aigües et où le réseau n'est pas encore construit ou très pauvre ». Ce suivi nécessite des rendez-vous réguliers ainsi que des démarches de la part de l'infirmier en termes de réseau. Il concerne peu d'usagers mais mobilise beaucoup de ressources sur des périodes déterminées.

A cette typologie s'ajoutent d'autres catégories moins fréquentes en termes de nombre (5% du total) : il s'agit du « suivi psychosocial » (réseau avec un patient, avec divers acteurs de terrain ; rendez-vous avec un couple), du « suivi psy » (suivi du patient en binôme avec un-e psychiatre) et enfin du « suivi par téléphone » (prise de nouvelles quelques mois après la fin d'un suivi).

Pour ce qui est du financement, la consultation peut être remboursée par la LAMAL ou facturée hors LAMAL (selon un tarif forfaitaire établi en fonction du revenu). Les données de monitoring montrent que 89% des usagers passent par la LAMAL pour financer cette prestation et que le montant facturé à la LAMAL est de Frs. 63.- par consultation.

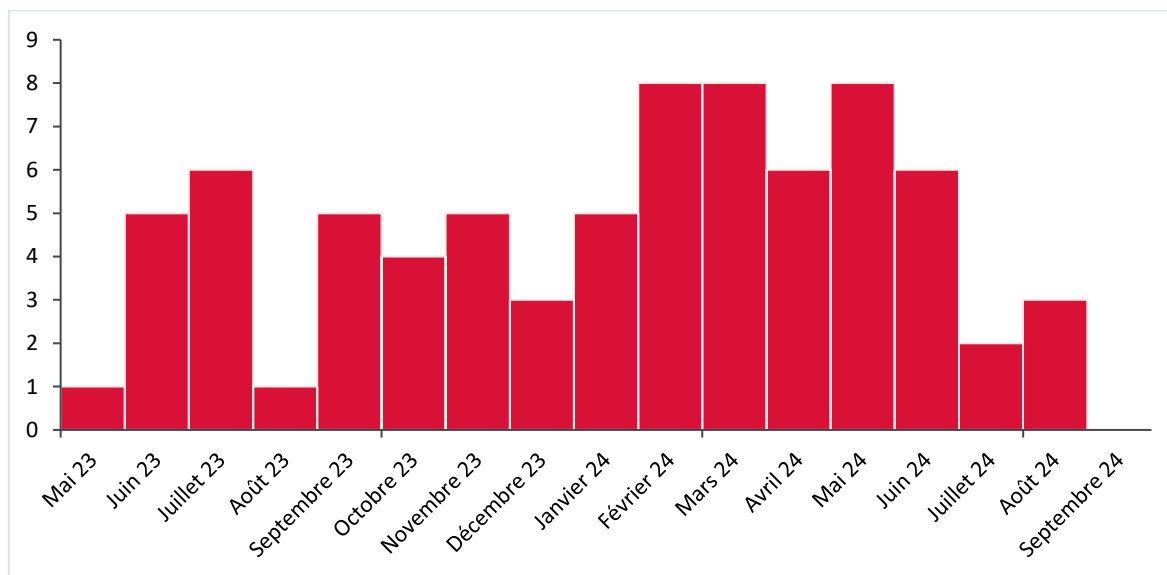
4.2.2 Fréquentation de la consultation sur la période évaluée

Au total, 105 demandes de rendez-vous ont été notées à l'agenda sur l'ensemble de la période considérée (du 1^{er} janvier 2023 au 30 septembre 2024). Sur ces 105 demandes, 75 consultations ont été honorées, 19 ont été annulées et dans 10 cas, les personnes ne sont pas venues (désistements). Dans un cas enfin, la consultation a été faite par téléphone.

Si l'on observe le nombre de consultations dans le temps (Figure 1), on peut noter que le l'ouverture de la consultation ne s'est pas traduite par un afflux rapide des demandes.

La première consultation a eu lieu début mai 2023, puis, le nombre de demandes a progressé pour atteindre une moyenne de quatre consultations mensuelles jusqu'en fin 2023. Une nouvelle progression s'observe à partir de 2024, avec une moyenne de consultation par mois qui va doubler jusqu'en juin (huit consultations par mois) et une légère baisse des recours qui est constatée depuis juillet 2024.

Figure 1 Nombre de consultations réalisées par mois durant le projet pilote

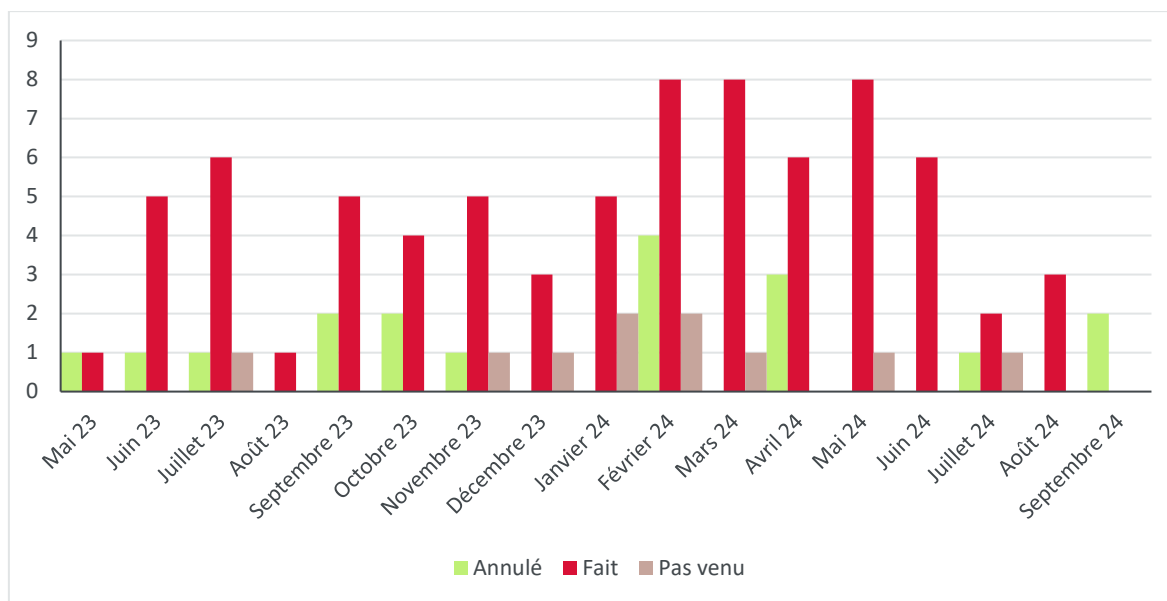


Pour la médecin responsable du Checkpoint, le fait que la mise en œuvre de la consultation n'ait pas suscité un afflux rapide des usagers n'est pas surprenant, voire plutôt habituel dans ce type de projet. Cela ne signifie pas que le besoin n'existe pas, il traduit plutôt le fait que le *chemsex* est une question taboue et difficile à exprimer face à des professionnel·les de santé. Son expérience clinique lui montre aussi que ces patients (sous-groupe de HSH) sont souvent ambivalents dans leur

motivation à consulter, ce qui peut expliquer le nombre important de désistements ou d'annulations sur la période considérée (n=29).

Le graphique ci-dessous montre cette variation selon que les demandes adressées ont abouti ou non à une consultation effective.

Figure 2 Nombre de rendez-vous annulés/honorés et de désistements par mois



Pour l'équipe en charge du projet, le temps de latence qui a prévalu jusqu'à la première consultation a remis au premier plan la nécessité de communiquer sur la nouvelle prestation parallèlement à sa mise en œuvre.

A l'interne du Checkpoint, l'information a été diffusée via le bouche-à-oreille entre usagers, par la distribution de flyers dans la salle d'attente ou encore par les Newsletters régulières. Parallèlement à la communication visuelle diffusée sur les sites internet PROFA et Mycheckpoint^r, un compte Instagram Checkpoint Vaud a également été créé en cours de projet, sur lequel ont été diffusées les dates des séances du groupe de parole *chemsex*, de même que des informations sur la nouvelle consultation ainsi que divers narratifs en lien avec le thème de la sexualité et de la consommation.

Pour favoriser le recrutement des usagers qui fréquentent le centre, les intervenant-es du pôle « Santé sexuelle » ont été invité-es à se montrer plus proactives et proactifs dans leur adressage vers la consultation *chemsex*. Cela s'est traduit, début 2024, par une fusion entre l'agenda du pôle santé sexuelle et celui de l'infirmier chargé de la consultation, mesure qui s'est révélée particulièrement efficace selon lui : « *C'était le jour et la nuit* », précise-t-il, « *parce que les infirmières en santé sexuelle saisissaient l'élan motivationnel des usagers, et ça, ça a marché très bien* ».

^r Sur le site du Checkpoint Vaud, un onglet « Conso et Chemsex » été créé. Voir à l'adresse suivante : <https://www.profa.ch/checkpoint>

Un dernier axe important concerne la communication vis-à-vis du réseau des professionnel·les (en addictologie, santé sexuelle, psychiatrie, etc.) et du réseau associatif (Vogay, PlanQueer, Fleur de Pavé, etc.). Ces démarches, qui entrent dans la mission de l'infirmier en charge de la consultation, constituent un volet non négligeable de la mise en œuvre. Elles se sont traduites par de nombreux courriels et prises de contact tout au long de ces deux ans de pilote, par la diffusion de flyers et de brochures informatives à placer dans les salles d'attente et par des rencontres dans le réseau. Une dizaine de séances de sensibilisation ou de formation brèves ont été réalisées durant le pilote et ce travail se poursuit aujourd'hui dans l'objectif d'informer sur le dispositif mis en place (consultation et groupe de parole) et de sensibiliser les professionnel·les à la thématique du *chemsex* et aux risques associés.

4.2.3 Profil des usagers selon les données de monitoring

Les 75 consultations réalisées concernent **46 usagers**. Selon les données de monitoring recueillies dans le cadre de la consultation, **les hommes ayant consulté sont âgés en moyenne de 42 ans**, le plus jeune a 22 ans et le plus âgé 66 ans.

Malgré les efforts de communication effectués durant le projet, le taux d'adressage des usagers par l'extérieur reste encore minoritaire : les usagers rencontrés sont en majorité issus de la filière interne du Checkpoint et seule une dizaine de patients a été orientée par le réseau externe.

Sur le plan sanitaire, la quasi-totalité des usagers est sous traitement prophylactique PrEP (90%), alors que 5% sont porteurs du VIH et sous trithérapie. Par ailleurs, un peu moins de la moitié des personnes ayant consulté (n=19) mentionnent avoir un suivi psychothérapeutique en parallèle.

Une majorité des personnes ayant consulté vit à Lausanne (n=25) ou dans une localité du canton de Vaud (n=16) et cinq personnes sont domiciliées dans le canton de Fribourg.

Toutes ces personnes sont de nationalité suisse ou au bénéfice d'un permis B, en majorité stables du point de vue du logement. Hormis un usager dont la situation est plus précaire, ces personnes vivent soit dans des appartements en solo, duo ou en colocation.

Sur le plan socioéconomique, plus de la moitié des usagers (n=24) est au bénéfice d'un emploi stable au moment de la consultation. Les données connues indiquent toutefois que sept personnes travaillent de manière irrégulière ou sans contrat fixe et que six autres sont au bénéfice d'une rente (AI), de l'assurance chômage ou du RI. Notons aussi que plus de la moitié des personnes qui ont eu recours à la consultation *chemsex* sur la période considérée ont un diplôme d'études supérieures (HES ou universitaire), contre 15 qui mentionnent un diplôme de degré primaire ou secondaire (Ecole obligatoire, CFC, école professionnelle).

4.3 Points de vue et expériences des usagers rencontrés relativement à la consultation *chemsex*

Dans cette partie, nous nous concentrons sur les entretiens réalisés avec des personnes fréquentant la consultation et/ou le groupe de parole mis en œuvre au Checkpoint.

Les neuf usagers rencontrés sont âgés de **44 ans en moyenne**. Deux d'entre eux sont dans la trentaine (U4, U6), quatre dans la quarantaine (U1, U5, U7 et U9) et trois dans la cinquantaine (U2, U3, U8)^s.

La première lecture des entretiens a mis en évidence une diversité de postures vis-à-vis du *chemsex*. Nous débutons la présentation des résultats en décrivant ces différences révélatrices de la diversité des situations rencontrées (4.3.1). Dans les sections suivantes, nous déclinons les thématiques abordées avec les usagers : il s'agit des raisons évoquées pour consulter (4.3.2), de la perception de l'utilité que revêt la consultation de leur point de vue (4.3.3). Enfin, les deux derniers points restituent l'avis des usagers en ce qui concerne la qualité (4.3.4) et les pistes d'amélioration du dispositif (4.3.5).

4.3.1 Expériences et difficultés liées au *chemsex*

Nous pouvons répartir les usagers rencontrés dans deux grandes catégories par rapport à leur expérience de la pratique du *chemsex*, avec d'un côté l'usage récréatif (occasionnel, festif), et de l'autre, l'usage à risque et problématique (perçu comme plus dangereux et pouvant aller jusqu'à l'addiction). Cette distinction reflète leur point de vue au moment de l'entretien (regard rétrospectif), mais une personne peut très bien passer d'un registre à l'autre au gré des événements de son parcours.

L'usage récréatif

Quatre usagers (U2, U4, U8 et U9) se perçoivent dans un rapport récréatif au *chemsex*. Ces personnes sont pour la plupart célibataires au moment de l'entretien, elles disent envisager leur sexualité de manière ouverte, multipartenaires et sans engagement. L'une d'entre elles est en couple depuis plusieurs années mais dans une relation « d'amour libre », elle dit pratiquer le *chemsex* le plus souvent avec son conjoint et d'autres partenaires pour « *sortir de l'habitude* ».

Du point de vue de la santé sexuelle, deux usagers sont porteurs du VIH (infection indétectable) et les deux autres utilisent un traitement PrEP. Sauf dans un cas, ils sont tous suivis au Checkpoint et savent qu'ils peuvent s'adresser à ce centre s'ils suspectent la présence d'une IST. Un usager a également consulté dans le but d'accéder à une PrEP en continu (il prenait ce traitement de manière ponctuelle jusque-là) à la suite d'un rapport sexuel non protégé.

^s Des précisions sur les usagers rencontrés se trouvent à l'annexe 8.2 de ce rapport.

Les deux usagers vivant avec le VIH se font contrôler régulièrement (tous les six mois). Interrogés sur les risques d'infection, ils ont des relations sexuelles sans protection et indiquent que cette habitude est plutôt courante en contexte de *chemsex*.

En général, les expériences rapportées par ces usagers ont lieu de manière occasionnelle et sont relativement « maîtrisées » de leur point de vue. Ces usagers pratiquent le *chemsex* dans des groupes de trois à six partenaires. Ils sont plutôt réfractaires à entrer dans des sessions avec plus de partenaires qui deviendraient trop « anonymes ». Ils sont parfois les initiateurs des parties sexuelles, c'est-à-dire qu'ils invitent les personnes chez eux, et c'est de cette manière qu'ils se sentent le plus à l'aise. Leurs partenaires sexuels peuvent être des personnes connues (avec qui ils ont déjà eu des rapports sexuels) ou des personnes repérées via les applications de rencontre.

Au-delà de l'alcool, qui semble toujours présent, les substances les plus mentionnées sont le GHB/GBL, la cocaïne, le poppers, les cathinones de synthèse (cf. Tableau 5 en annexes). Ces usagers se disent conscients des risques et en capacité de les « gérer », mais ils sont parfois les témoins de situations de perte de contrôle (chez d'autres qu'eux-mêmes), situations qui les alertent sur les limites à ne pas franchir, notamment en rapport avec le GHB et la méthamphétamine.

« Ce qui est arrivé- dans les choses on va dire... qui sont déjà arrivées, ben c'est il y a... des personnes qui étaient très somnolentes ou alors, qui étaient difficilement réveillables parce qu'elles avaient pris justement trop de GHB ou de manière trop fréquente, donc ça, ça arrive quand même fréquemment. » (U4)

« Quand je vois des gens, sans faire la morale, je me dis à moi-même, quand il y a ça, quand il y a la tina qui est dans le groupe, et le slam, c'est trop tard. Là on est dans quelque chose de différent, qu'il va falloir des années pour récupérer. Et ça c'est triste, parce que c'est souvent d'autres qui le font à d'autres. » (U8)

« J'ai vécu il y a plus de dix ans à Barcelone des week-ends où les gens pendant trois quatre jours ne pouvaient même plus marcher parce qu'ils fumaient de la tina et puis leur corps ne pouvait plus suivre. En ayant vu ça, j'ai dit non, moi ça je ne veux pas en fait. Parce qu'à un moment donné, il n'y a plus de plaisir. Moi ce que je recherche, c'est quand même le plaisir. » (U9)

Pour éviter ces pertes de contrôle, plusieurs usagers s'appliquent à noter les quantités qu'ils ingèrent et tentent ainsi d'avoir un regard sur leur prise de drogue lors des parties sexuelles : ils préfèrent les petits dosages (répétés dans le temps) aux prises de plus hautes doses, qui comportent trop de risques selon eux. En termes de fréquence, plusieurs personnes limitent leur pratique à une voire deux sessions par mois, durant le weekend, et veillent aussi à ce que celles-ci ne durent pas trop longtemps (une nuit). Dans le même sens, ces usagers estiment que la vigilance du groupe de pairs lors de sessions de *chemsex* est de nature à les préserver d'éventuelles déconvenues (pertes de contrôle, abus...).

Hormis les difficultés dont ils ont pu être les témoins chez d'autres, ces usagers n'évoquent pas d'expérience négatives avec le *chemsex* jusqu'ici (accidents, pertes de connaissances, difficultés dans leur vie quotidienne, etc.) et ne mentionnent pas non plus de rapports abusifs ou non

consentis. Dans les parties qu'ils fréquentent ou initient, les personnes se montrent plutôt bienveillantes les unes envers les autres : « *moi-même si je suis sous drogue, je gère quand même, je demande et si ça ne va pas ça, ça ne va pas, point, et on change, on ne fait pas des choses forcées* » (U2) ; ou encore : « *si tout d'un coup on a l'impression qu'une personne a pris trop de substances et qu'il faut qu'elle stoppe un moment donné, ça va très vite lui être dit : 'non maintenant, il faut que tu fasses une pause, pas prendre trop', etc.* » (U4).

Ces usagers semblent ainsi garder une forme de maîtrise des risques, ce qui peut s'expliquer par leur âge et par une certaine maturité au niveau des expériences. La prise de stimulants est justifiée ici pour se désinhiber, faciliter le contact et ajouter du plaisir aux rapports sexuels : c'est un « *petit plus pour l'excitation* » résume un usager. Dans l'ensemble, ces usagers se disent conscients des risques, ils n'envisagent pas de mettre un terme à cette pratique au moment de l'entretien, mais se projettent davantage dans une perspective de consommation contrôlée.

« Moi, mon but, c'est que ça continue à être quelque chose dans un cadre justement festif, un cadre occasionnel, un cadre où ça reste limité dans la fréquence et dans le temps (...) parce que c'est vrai, je pense qu'il y a une certaine perte de... contrôle qui se fait avec les substances, perte de contrôle du temps, perte de contrôle de son corps, perte de contrôle des risques. » (U4)

L'usage à risque et problématique

Pour cinq interviewés (U1, U3, U5, U6 et U7), la lecture des entretiens place davantage le curseur sur les difficultés vécues que sur la notion de plaisir et de gestion des risques. Comme l'explique cet usager, le *chemsex* peut générer une forme d'emprise avec le temps :

« La plupart des personnes, l'après, ils le vivent mal... Non seulement l'après, mais aussi- Il y a des personnes qui ont eu souvent des vies difficiles et qui se rendent compte que ce qu'elles font n'est pas en accord avec ce qu'elles aimeraient vivre, avec qui elles sont vraiment ou qui se retrouvent un peu piégées là-dedans. » (U7)

De manière générale, les personnes de ce groupe ont vécu des difficultés associées à des ruptures sentimentales (divorce) ou à des ruptures professionnelles (burnout, perte d'emploi) et c'est dans ces contextes qu'elles se sont mises à consommer davantage ou qu'elles ont renforcé une consommation déjà présente. La prise de stupéfiants en contexte sexuel remonte pour certains à l'adolescence alors que pour d'autres, elle est initiée dans la vingtaine, par le biais d'un partenaire qui les incite à consommer, ou encore à l'occasion de la recherche d'un partenaire stable.

Les substances psychoactives le plus souvent mentionnées dans ce groupe sont le GHB/GBL, les poppers, les cathinones de synthèse et la cocaïne ; quant à la méthamphétamine elle est présente dans deux situations.

Dans ce groupe d'usagers, quatre ont déjà réalisé un sevrage dans le passé ; ils ont eu recours à des aides professionnelles extérieures (institutionnelles ou ambulatoires) pour s'extraire d'un rapport au *chemsex* (ou à une substance impliquée dans ce contexte) qu'ils considéraient problématique.

Au moment de l'entretien, elles disent toutes osciller entre des périodes d'abstinence^t et de « reprise » d'une consommation, reprise qui réactive ou ravive une vulnérabilité déjà connue. Dans deux cas également, les personnes ont pratiqué par le passé l'injection intraveineuse de cathinones et/ou de cocaïne (slam), une pratique dont elles ont néanmoins réussi à abandonner l'usage au gré de leur parcours.

Contrairement aux usagers précédents, ces interviewés font face à différents défis. Sur le plan professionnel et du logement, trois sont sans emploi (contre un dans le premier groupe), et deux rapportent des problèmes de logement (contre aucun dans le premier groupe). Par ailleurs, la prise de stupéfiants en contexte sexuel les pousse à se questionner sur la manière de « sortir du chemsex » ou encore de retrouver une sexualité « sans produits » : « *Le problème, c'est que quand on arrête le chemsex, on a notre sexualité à zéro [insistant]* », note un interviewé, avant de poursuivre : « *et il faut se reconstruire après... et là, ah [sourir], le chemin est long, le chemin est très très très long* » (U3).

Une autre difficulté plusieurs fois mentionnée concerne le rapport aux réseaux sociaux considérés à la fois comme un facilitateur pour accéder à des sessions de chemsex (multipartenaires) et pour consommer, les deux aspects allant souvent de pair. Selon certains, ces applications auraient pris une telle place dans le milieu HSH d'aujourd'hui – notamment chez des jeunes – qu'elles « pollueraient » les rapports interpersonnels, la rencontre étant constamment sous-tendue par l'enjeu des « chems ».

« Je vais sur Grindr, je trouve une partouze, en groupe et on prend des chems. C'est assez facile à en trouver à Lausanne. Chaque deux semaines environ, des fois moins, des fois plus, j'ai des envies (...) Sur les profils, s'ils disent : 'on est plusieurs ou on est en groupe', et neuf fois sur dix, ils ont des chems. Ce n'est pas une chose que les gens font sobres. Moi je ne suis jamais allé dans une forme à plusieurs sans chems, il y a toujours quelque chose. » (U6)

« Via les réseaux sociaux j'ai à nouveau été confronté à des personnes qui veulent du chemsex... alors moi j'ai pas forcément consommé, mais j'ai été confronté à ça. Alors tu es un peu seul et puis tu y vas. [J'ai] beaucoup regretté [insistant] parce que j'ai pas envie que... plus du tout envie que ça redevienne ma vie. » (U1)

« Quand on consomme, on a le facteur de manque et automatiquement je savais que je n'avais qu'à aller sur Gayromeo ou Grindr et [que] je trouvais quelqu'un pour consommer... c'est hallucinant le nombre de personnes qui consomment. » (U5)

Le sentiment d'isolement, voire de honte, est également très présent à la lecture de ces entretiens. Les personnes concernées développent un regard beaucoup plus critique sur cette pratique que dans le groupe précédent.

En termes de retombées sur leur vie, deux personnes disent ne pas oser parler et manquer de confiance en elles. Le chemsex génère de la culpabilité sur fond d'image négative de soi et de sa sexualité. Un usager utilise le terme d'« autodestruction » pour décrire le basculement qui s'est

^t L'abstinence équivaut à un arrêt pour une période non définie, des relations sexuelles et de la prise de stimulants.

produit entre ses débuts « paradisiaques » et son étape de vie actuelle : « *c'est un problème extrêmement isolant et extrêmement honteux (...) une infamie totale* », explique-t-il avant de conclure : « *donc [comment] pouvoir libérer la parole et oser demander de l'aide quand on est dans une honte pareille ?* » (U1). Pour d'autres usagers, le désir de sexualité serait passé au second plan devant l'envie de consommer *pour* consommer. Ils tendent ainsi à multiplier les « *plans chems* » pour soulager leur sensation de *craving*.

« Si on prend les chems pour améliorer le sexe, ça c'est une chose, mais si on fait le sexe pour avoir des chems, ça c'est une chose complètement différente. Et moi j'étais dans la deuxième catégorie. » (U6)

« En fait la consommation m'apportait plus de satisfaction que le rapport sexuel, donc automatiquement après on consomme sans le rapport sexuel, on consomme tous les jours et ça devient un peu un engrenage. Alors depuis l'âge de 17 ans c'est vrai que j'ai toujours eu des rapports sexuels avec consommation... Mais quand je dis consommation c'était pas les injections, pas le slam, pas le crack, c'était pas ce que j'ai pris ces dernières années. Mais à 17 ans c'était le poppers, ce qui fait qu'automatiquement il y a le côté désinhibant de la conso quand même. Et c'était surtout lié à un manque de confiance en moi en fait. » (U5)

Dans deux cas, la pratique du *chemsex* a entraîné une précarisation durable de la situation de vie. Les deux personnes concernées sont actuellement dans une phase de stabilisation qui devrait déboucher sur leur réinsertion sociale progressive^u. Mais dans le regard rétrospectif de l'entretien, elles disent avoir perdu pied dans des consommations de plus en plus fréquentes : le *chemsex* est associé ici à des pratiques « hard » (fist), à des rapports sexuels multiples et souvent non protégés, à une sexualité multipartenaire frénétique et peu respectueuse des conditions d'hygiène et à des pertes de contrôle récurrentes (pertes de connaissance). Ces deux personnes ont aussi pratiqué l'injection de cathinones de synthèse (injection de 3MMC notamment) pendant quelques années, avec des répercussions sur leur santé (infection au VIH pour l'un, à l'hépatite C pour l'autre, dépression et angoisses), sur les plans relationnel et professionnel (isolement, perte d'emploi et de logement, recours à l'aide sociale).

4.3.2 Raisons évoquées pour consulter

Dans notre corpus, **six personnes** ont eu recours à la consultation une fois ou davantage (Tableau 3 en annexe).

Sur ces six usagers, quatre ont été orientés par le réseau interne du Checkpoint : ils ont été informés de l'existence de la consultation soit à l'occasion d'un contrôle de routine ou d'un suivi PrEP, soit par la publicité faite au Checkpoint (flyers, brochures et newsletters, etc.), soit, pour certains, par le groupe de parole *chemsex* auquel ils participaient déjà avant 2023. Deux usagers ont été adressés

^u Leurs difficultés précèdent la mise en place du projet pilote de Checkpoint Vaud, un contexte qui a poussé ces usagers à devoir trouver par eux-mêmes les solutions pour s'en sortir – l'un des usagers présente ce cheminement comme son « parcours du combattant ». Ces deux personnes ont malgré tout réussi à se constituer un réseau de professionnel·les qui les accompagnent dans leur rétablissement (généraliste, psychiatres ou psychothérapeutes, infectiologue, intervenants Checkpoint, etc.).

par le réseau externe : dans le premier cas, il s'agit du réseau bas-seuil addictions, et dans le second, d'une orientation par un généraliste.

Parmi les personnes qui disent se situer dans un rapport de type récréatif au *chemsex*, les raisons évoquées pour consulter sont les suivantes :

- La curiosité ;
- La recherche d'informations concernant la PrEP ;
- L'intérêt de bénéficier d'un regard extérieur sur sa pratique ;
- Le fait de pouvoir parler librement de *chemsex* ;
- L'intérêt de se mettre en contact avec le réseau professionnel par principe de précaution (« au cas où » la situation deviendrait plus problématique).

En termes d'attentes, ces usagers expriment le besoin d'avoir un espace de parole ouvert, d'être face à un·e professionnel·le compétente et bienveillant·e, qui sache répondre à leurs questions. Un usager met aussi en avant la curiosité comme motif de recours et n'évoque pas d'attentes particulières, sinon l'intérêt d'échanger sur sa pratique de *chemsex* dans un cadre sécurisé.

Les motifs ci-dessus se retrouvent à des degrés divers chez les interviewés qui se situent dans un rapport jugé plus à risque ou problématique vis-à-vis du *chemsex*. Chez ces usagers, les motifs de recours sont toutefois davantage liés à un besoin d'aide, parfois vécu comme urgent, pour réussir à limiter les risques liés au *chemsex* et/ou à s'extraire de la pratique. Les motifs de recours suivants sont évoqués dans ces entretiens :

- La peur de tomber dans une addiction ;
- Le besoin d'approfondir certaines questions liées à son identité et à son fonctionnement vis-à-vis du *chemsex* et de l'addiction aux substances ;
- L'envie d'entamer une psychothérapie ou d'accéder à un·e sexologue, et plus largement d'être informé sur le réseau de prise en soins existant.

Dans l'ensemble, les raisons et les attentes évoquées ci-dessus varient en fonction du vécu de la personne et de sa perception des conséquences que le *chemsex* a pris dans sa vie. La prochaine section est consacrée à l'apport de la consultation pour ces usagers et permet d'approfondir ces différents points.

On relèvera aussi que les usagers de notre corpus qui se situent dans un rapport à risque ou problématique et/ou qui ont déjà entrepris une cure (sevrage) dans leur vie sont plus nombreux à participer conjointement à la consultation et au groupe de parole. A l'inverse, les personnes dans un rapport plus récréatif au *chemsex* semblent peu enclines à participer au groupe de parole et préfèrent la consultation individuelle centrée sur leurs besoins (voir Tableau 4 en annexe).

Enfin, pour les trois personnes rencontrées qui n'avaient pas consulté au moment de l'entretien, les raisons évoquées sont diverses.

Dans deux situations, ce non-recours est lié à une question de temporalité. La consultation *chemsex* a été mise en place tardivement par rapport à leur situation vis-à-vis du *chemsex*. Ces deux personnes ont participé au groupe de parole dès sa mise en place en 2020. Mais en 2023, elles avaient déjà constitué un réseau de professionnel·les autour d'elles et jugeaient alors moins nécessaire de recourir à la consultation du Checkpoint. Dans la dernière situation, l'utilisateur n'a ni consulté ni participé au groupe de parole, la principale raison étant qu'il se considère « *suffisamment en contrôle* » sur sa pratique pour ne pas avoir besoin d'un conseil externe. Il a plusieurs fois hésité à venir au groupe de parole, mais la distance géographique (il ne vit pas à Lausanne) et les horaires en soirée l'ont découragé.

4.3.3 Apport de la consultation *chemsex* selon les usagers

Dans cette section, nous abordons les principales dimensions que les usagers font ressortir vis-à-vis de la consultation *chemsex*. L'analyse montre que cette prestation est valorisée à la fois comme un lieu d'écoute, comme un lieu qui offre accès à une aide personnalisée et enfin comme un lieu ressource en termes d'informations et d'orientation.

Un lieu d'écoute dédié au *chemsex*

Les interviewés rencontrés estiment que le *chemsex* pose des questions spécifiques en termes de sexualité, de prises de risques et de rapport aux produits. Leurs expériences en matière de prise en soin leur montrent d'ailleurs que les professionnel·les compétent·es en la matière sont plutôt l'exception que la règle. La plupart ont ainsi appris à segmenter leurs différents problèmes de santé selon les spécialistes auxquels ils sont confrontés – aux généralistes la gestion des problèmes de santé ordinaires, aux psychiatres ou psychologues celui des traumatismes, etc. – et à ne pas dévoiler leurs expériences de *chemsex* par peur du jugement porté sur eux.

« Quand on tombe face à quelqu'un qui n'a pas forcément la bienveillance et le non-jugement... Parce qu'on le voit facilement dans les yeux quand il y a ça... c'est-à-dire quand les personnes font leur travail mais qu'il y a du jugement derrière, alors ça je dois vous dire que ça se voit... ça se ressent et vous n'y allez pas deux fois. » (U7)

Dans un contexte où la mécompréhension et la stigmatisation ne sont jamais très loin, les personnes interviewées, y-compris celles du corpus qui n'ont pas encore expérimenté la consultation, se disent toutes soulagées qu'une antenne dédiée au *chemsex* ait vu le jour au Checkpoint. Les notions de « *coussin de sécurité* », de « *premier recours d'écoute* » ou encore de « *souape de sécurité* » reviennent à plusieurs reprises dans les entretiens pour exprimer cette même idée : la mise en œuvre de ce dispositif permet notamment de rompre avec l'isolement, de parler sans tabou, d'être entendu, aidé et guidé.

« [Là où ça a été vraiment utile pour moi c'est] c'est de savoir qu'il y a une souape de sécurité, qu'il y a quelque chose, quelqu'un qui est là. » (U9)

« Même si moi, encore maintenant, je n'ai pas eu recours à cette consultation, le fait qu'elle existe c'est pour moi comme un additionnel coussin de sécurité. Parce qu'il faut

dire qu'une des problématiques liées à l'utilisation du chemsex est d'être dans une spirale où on n'a pas vraiment de possibilité de parler avec des gens qui connaissent vraiment ce problème. » (U3)

« La principale chose qui a changé dans ma vie, c'est déjà de pouvoir aborder le sujet (...) et ça, ça permet aussi de comprendre qu'on n'est pas les seuls et qu'on n'est pas des gens entre guillemets 'malades' et que... voilà... qu'on a des problèmes mais qu'il y a des gens qui sont là pour en parler. » (U5)

Les usagers rencontrés connaissent le Checkpoint et y sont pour la plupart suivis. Que la consultation soit proposée dans ce centre communautaire leur paraît très pertinent pour aborder leur rapport au *chemsex* : la confiance qu'ils accordent au Checkpoint est déjà présente – ils relèvent en particulier l'ambiance accueillante, la bienveillance et le professionnalisme des équipes.

Outre la question de « libérer la parole », la plus-value qu'ils perçoivent dans la consultation mise en œuvre provient surtout du fait de pouvoir s'adresser à « quelqu'un qui connaît », et donc qui comprend les enjeux et difficultés liés au *chemsex*. Ce prérequis leur paraît essentiel pour se sentir à l'aise. Dans ce cadre spécifique, les questions relatives au *chemsex* deviennent pertinentes et le ou la professionnel·le légitime à les poser.

« Ils questionnent, ils ont les bonnes questions, c'est eux qui les posent... ce qui n'est pas courant... On ne va trouver ça chez notre médecin de famille. En gros, il n'y a pas de tabou, on peut parler de tout. On peut parler librement de notre sexualité.

Oui, ils connaissent.

Oui. Et c'est eux qui te parlent : 'Quelle genre de relations tu as ? Est-ce qu'il y a fellations, pas fellations ?', 'Est-ce que tu portes des capotes, pas de capotes ?', etc. Le médecin de famille, jamais il va te poser ces questions-là. Lui il fait juste son test et puis il va donner les médicaments. (...) Mais pour les gens qui se sentent concernés, ce sont des choses importantes, et là [au Checkpoint] on va en parler parce que c'est un professionnel qui est là pour donner de l'information et qui connaît. » (U8)

L'accès à une aide centrée sur les besoins individuels

Lorsque nous avons questionné les usagers sur la différence qu'ils percevaient entre le groupe de parole et la consultation *chemsex*, ils ont mis en avant la complémentarité de ces deux offres, tout en insistant sur la dimension individualisée de la consultation par rapport au groupe.

Plus précisément, ils apprécient le groupe en tant qu'espace de discussion libre autour du *chemsex* et des thématiques liées^v et comme lieu de partage d'expériences et de difficultés avec des pairs, le tout dans un esprit bienveillant. Certains usagers redoutent toutefois de se retrouver face à des personnes potentiellement connues ou ressentent des difficultés pour s'exprimer face à d'autres.

^v Le groupe de parole est en effet l'occasion de thématiser sur le *chemsex* et ses thématiques liées. Comme nous le rappelait l'un des professionnel·les du Checkpoint en entretien, il s'agit par exemple de questionner « comment sortir des applications », « comment gérer les rechutes », « comment gérer le *craving*, la solitude et l'attente », mais aussi « comment faire quand on est confronté à des personnes qui consomment », « comment trouver des personnes qui ne consomment pas » ou encore « comment retrouver une sexualité fonctionnelle sans produit ».

En contraste, ils considèrent la consultation comme une démarche certes plus formelle (moins amicale et conviviale que le groupe) et qui a un coût, mais qui garantit un certain anonymat qui leur convient, et surtout qui permet un accompagnement centré sur leurs besoins personnels – « *je dois identifier de quoi on veut parler* », de « *quoi j'ai besoin* », rappellent certains.

Les quatre usagers qui ont eu recours à la consultation deux fois et plus se montrent très positifs face aux bénéfiques qu'ils en retirent.

D'après ces témoignages, la consultation serait particulièrement intéressante pour faire le point de la situation, parler des avantages et des inconvénients du *chemsex*, discuter de ses appréhensions, des limites perçues comme importantes à ne pas franchir, mais aussi pour se donner des objectifs dans le temps, objectifs intéressants à reprendre lors d'une consultation ultérieure et qui permet d'établir un cadre.

Dans deux des situations analysées, ces suivis répétés dans le temps avec à une personne externe (« neutre ») ont produit un effet perçu très positivement pour réussir à mieux « cadrer » leurs pratiques, prendre du recul, se rassurer (au regard d'une situation qu'ils considéraient inquiétante) et développer leur capacité de contrôle (en s'astreignant par exemple à ne pas pratiquer de *chemsex* pendant quelques mois ou en favorisant la prise de substances à des dosages faibles, etc.).

« Les aspects positifs, je pense que c'est de faire vraiment un point pour moi... parce que je ne le fais pas moi-même. Donc d'avoir une sorte de rappel des choses au cours du temps, c'est-à-dire que là, quand je le [l'infirmier] vois tout d'un coup la semaine passée, il me dit : 'ah ben il y a trois mois, voilà ce que tu m'as dit, voilà où tu en étais. Ça ce sont des choses qui te tenaient à cœur à ce moment-là, est-ce que c'est toujours le cas ?', 'Est-ce que tu as réussi à maintenir le cadre que tu t'es fixé ?' Donc d'avoir ce cadre, ce soutien, c'est une des choses les plus importantes pour moi. Il me rappelle ce cadre-là de manière ponctuelle. » (U4)

Ou encore :

« Je remarque qu'il y a quand même des périodes où au travail c'est plus stressant, où ça va moins bien, et alors j'ai toujours tendance à vouloir me lâcher un peu plus. Mais... donc c'est un peu ça qui m'a poussé, c'est plutôt de faire un point de situation avec cette consultation, pour voir où j'en étais. Donc les consultations... ça m'a permis vraiment de faire le point et puis de comprendre ce que je faisais, pourquoi je le faisais... Enfin de tout comprendre et d'analyser. Ça m'a vraiment fait du bien. » (U9)

Evoquons un dernier cas où la consultation de suivi s'est avérée bénéfique aux yeux de l'utilisateur concerné. Dans un premier temps, il est orienté vers la consultation par le secteur santé sexuelle à l'occasion d'un test d'IST (il redoute d'avoir contracté la syphilis). Cet usager se dit aussi très inquiet, car il a augmenté la fréquence de ses rencontres sexuelles sous substances psychoactives et qu'il se sent en perte de contrôle. Il connaît d'ailleurs ce sentiment car il a déjà souffert d'une addiction en dehors du contexte sexuel par le passé. Arrivé à la consultation, il est d'emblée motivé pour tenter de réduire sa pratique de *chemsex*, voir de revenir à une situation d'abstinence. A la première évaluation de sa situation succèdent encore deux autres rendez-vous à la consultation, ciblés sur l'objectif de prise de distance et d'abstinence. Le soutien du Checkpoint apparaît par ailleurs dans

un contexte de mieux-être global, cet usager s'étant mis en couple et disant apprécier de « vivre dans une relation plus stable » (son nouveau partenaire ne consomme pas).

Lorsque nous le rencontrons en entretien, cela fait plus d'un mois qu'il est abstinente mais il continue à consulter de temps à autres dans l'idée de « *connaître les outils que je peux mettre en place pour me renforcer dans cette voie* ». Lorsque nous lui posons la question de l'apport du suivi Checkpoint, il répond : « *Si vous m'aviez demandé qu'est-ce que je veux, j'aurais pu créer ce programme car c'est exactement ce dont j'avais besoin... C'est presque créé pour moi, je veux dire. C'est vraiment parfait (...) C'était une consultation avec quelqu'un qui ne m'a pas jugé, avec qui j'ai pu parler, et j'ai eu l'information dont j'avais besoin* ». En entretien, il insistera enfin sur l'adressage interne au Checkpoint, qui a agi chez lui comme un déclencheur : « *Les flyers ça ne m'a pas intéressé* », conclut-il, « *c'est vraiment l'infirmière à Checkpoint qui m'a dit : 'Ecoute, ça c'est quelque chose d'intéressant pour toi'. Et c'est grâce à elle que j'ai consulté, parce que ça m'a attiré tout de suite* ».

A la dimension de cadrage et de soutien, on peut ajouter un rôle psychosocial qui a été assuré par la consultation *chemsex* dans une dernière situation. La personne qui a bénéficié de ce type d'apport a vécu des épreuves importantes avec le *chemsex* dans le passé, mais il a entrepris plusieurs sevrages et se situe désormais dans une période de stabilité (il est abstinente depuis plusieurs mois hormis certaines rechutes). Dans un premier temps, il participe au groupe de parole, puis, lorsque le projet pilote entre en vigueur, il a recours à la consultation à trois reprises. La plus-value de ce suivi, il la situe dans le fait d'avoir pu (« enfin ») parler librement de certaines pratiques sans peur d'être jugé (fist, pratiques hard, etc.). Jusque-là, et malgré la mise en place d'un suivi psychothérapeutique, le sujet restait difficilement abordable. Les seuls interlocuteurs chez qui le *chemsex* avait pu être évoqué (mais du bout des lèvres) étaient des intervenant-es travaillant dans un centre d'accueil à bas-seuil dans le domaine des addictions (CABS), et lié en particulier avec son infection à l'hépatite C. Voici comment il décrit ses différents échanges avec l'infirmier du Checkpoint :

« Alors moi je suis, je suis à 100%, je suis à 100% convaincu que de toute façon, c'est utile [cette consultation] parce que je pense que d'aborder le thème de la sexualité c'est déjà quelque chose en soi de pas facile. Mais je pense que d'aborder le thème de la sexualité plus celui de la consommation, je pense que c'est encore... Donc au final les trois rendez-vous que j'ai faits m'ont apporté des réponses, c'était comme d'aller chez la psy quand on parle de quelque chose, qu'on réalise ces choses et qu'on les comprend (...) Donc c'est ça... ça m'a fait du bien de pouvoir parler librement de ce sujet à quelqu'un et d'autant plus quelqu'un qui est dans le domaine, qui est professionnel et qui fait partie d'une structure, un contexte où on se sent en sécurité. » (U5)

Une ressource en termes d'informations et d'orientation

La consultation *chemsex* vise à offrir un accès à des informations sur les risques infectieux, en addictologie et en réduction des risques relativement à la pratique du *chemsex*, et à renseigner sur les ressources existantes en termes de prises en soins. Ces éléments se retrouvent à des degrés divers dans les entretiens analysés.

Même pour les personnes qui ont expérimenté la consultation à une seule occasion, cet accès à des informations est relevé comme un aspect très positif :

« Pour la question de l'information, ils sont très bons. C'est leur job quoi (...) et le job est bien fait là-bas. (...) On m'a parlé de tous les outils qu'il y avait à disposition, c'est-à-dire le groupe. Et après il m'a parlé de... ben des précautions, de la maladie, enfin des maladies, des risques et puis il nous pose des questions concernant ce qu'on fait. » (U8)

Sur les six usagers ayant eu recours à la consultation, quatre étaient déjà sous PrEP et deux sont venus à la consultation dans le but de se renseigner sur le sujet (dont U8), avec par la suite, la possibilité de démarrer un traitement PrEP en continu dans les deux cas.

Les personnes qui utilisent la PrEP sont en contact régulier avec les professionnel·les du Checkpoint car la plupart y sont suivies. Nos interlocuteurs disent aussi être conscients que le *chemsex* les expose à des risques d'IST et s'alertent lors de l'apparition de symptômes anormaux. Les deux personnes qui ont suspecté une maladie ou contracté des infections sexuelles en contexte de *chemsex* se sont rendues rapidement au Checkpoint pour un contrôle et la prise de traitement.

Dans l'ensemble, les personnes interviewées se sentent donc bien outillées et prises en charge en ce qui concerne les risques infectieux.

« Moi je suis un vieux de la vieille, je suis rompu au Checkpoint depuis 2012 que ça existe. Donc tout ça, la prévention c'est tout OK. » (U1)

« Concernant les maladies sexuellement transmissibles, je pense là, il y avait déjà... une certaine connaissance par le fait que je prends la PrEP depuis plusieurs années. Donc là je pense dans la consultation PrEP et le suivi PrEP, on est déjà bien informé des différentes IST, de leur traitement, des manières de se faire dépister, etc. » (U4)

Une personne ayant consulté est porteuse du VIH (indétectable). Mais les remarques ci-dessus valent également dans son cas. Interrogée sur ses besoins en termes d'informations, elle estime être bien suivie, car au centre d'un réseau de soin très « fonctionnel » – ce réseau se compose du Checkpoint, d'un infectiologue, d'un médecin de premier recours et d'une psychothérapeute.

Pour ce qui est des ressources en addictologie et en réduction des risques, les interviewés se considèrent là aussi comme étant plutôt bien informés, notamment par rapport à certains mélanges qui peuvent être dangereux (le GHB avec l'alcool est le plus souvent mentionné). Ces connaissances proviennent d'expériences personnelles et du partage d'informations entre partenaires sexuels ou de la rencontre avec des professionnel·les dans la mesure où plusieurs ont déjà été/ou sont actuellement pris en charge sur le plan addictologique (n=3).

Notre corpus ne comprend aucun injecteur en phase active, le principal mode de consommations de substances utilisées est donc la voie orale ou le sniff. En matière de réduction des risques, plusieurs affirment détenir leur propre matériel et ne pas l'échanger en soirée, d'autres insistent sur leur vigilance quant aux dosages, à la propreté des lieux ou du matériel. Deux personnes enfin rapportent être très conscientes des risques, car elles travaillent dans le domaine de la santé et des soins.

« J'ai une base de santé dans ma vie professionnelle, donc... et j'ai grandi en [nom de continent] donc ça niveau VIH et consommation de drogues, ça j'étais déjà un peu, je peux dire mieux informé que les gens typiques (...) et au niveau consommation j'ai tout un protocole. Je fais une petite alarme pour dire que je ne prends pas trop vite, pas trop souvent, n'importe quelle chimie. Je fais aussi pour être sûr que je sépare les matériaux, donc si c'est des pailles ou je ne sais pas, j'ai toujours mon propre truc à moi. » (U6)

« On met toujours les drogues à un endroit précis, on ne laisse jamais un verre [contenant du GHB ou GBL] avec quelque chose dedans. Et ça on le fixe. (...) et puis ranger, moi je suis hyper maniaque donc chez moi, c'est toujours rangé, c'est pour ça que chez certaines personnes où c'est tout crade, il y a des verres dégueulasses partout sur la table et tout, ben rien que ça, moi ça ne me va pas. » (U9)

Malgré une base de savoirs diversifiée, les usagers valorisent l'intérêt de la consultation dans ce domaine. Les éléments qu'ils considèrent particulièrement utiles concernent, d'une part, les conseils sur les mélanges risqués (GHB/GBL, alcool, médicaments, etc.) et les moyens de les éviter et, d'autre part, l'information sur les ressources disponibles et fiables en termes de substances psychoactives (certains sites Internet, l'existence du Drug checking à Lausanne et autres lieux de conseils spécifiques, etc.) et sur la manière de gérer son *craving* ou de se distancier des applications de rencontre.

Ce que certains usagers apprécient aussi est de pouvoir adresser leurs questions à un professionnel spécialiste en la matière, de sorte à remettre leurs connaissances à jour et éventuellement à revoir certaines croyances.

« Il a bien repointé sur comment il fallait faire bien attention ne pas mélanger les médicaments, les calmants avec le GHB, avec l'alcool, ce que je savais déjà plus ou moins, mais on a remis le point là-dessus, et ça ne fait pas de mal d'avoir un petit rappel parfois. Et après ben je prends des Lexotani[®] pour me calmer dans la vie de tous les jours, et là on ne parle pas de drogue mais ne pas mélanger justement ces choses-là avec d'autres substances... Le Poppers avec le viagra aussi, mais ça c'est connu, on savait déjà. Je n'ai pas appris énormément je dois dire, mais ça m'a quand même fait du bien, c'est un bon refresh. » (U9)

Ou encore :

« La consultation ça permet de professionnaliser certaines connaissances je dirais. Je pense c'est vrai que par les amis, par les autres personnes qui pratiquent le chemsex ou autre, on a des connaissances qui sont quand même présentes et qu'on apprend... comme le fait qu'il ne faut pas mélanger le GHB avec de l'alcool, ou alors qu'il ne faut pas prendre de manière trop fréquente le GHB et qu'il faut timer sa consommation ou prendre des doses plutôt faibles, ça c'est des choses connues, qu'on entend mais on n'est pas toujours sûr des sources. Pour ça, je pense que le fait d'avoir un professionnel de la santé qui est spécialiste de ça, ça permet un peu d'affirmer certaines choses. Moi je lui avais posé spécifiquement la question de savoir si des études montraient les effets à

long-terme de la consommation, quels étaient les risques, etc. et il a pu chercher ces études et répondre à mes questions. » (U4)

L'information sur le réseau de prise en soins ainsi que l'accès à des ressources thérapeutiques est un dernier aspect que certains usagers disent rechercher à travers la consultation. Comme évoqué plus haut, deux personnes ont ainsi pu accéder à un traitement préventif PrEP par cette voie. Par ailleurs, deux personnes ont eu recours au suivi dans le but d'obtenir des adresses de psychiatres, de psychothérapeutes ou de sexologues sensibilisés à la thématique du *chemsex*, exprimant par là leur volonté d'entamer une thérapie.

Dans ces différents cas, la consultation *chemsex* a servi de relais vers les soins appropriés (démarrer un traitement PrEP ou une psychothérapie, etc.). Les suivis définis comme « Case management de transition » par les intervenant·es du Checkpoint (voir le point 4.2.1) sont probablement aussi une bonne illustration de cette dimension. Mais notre corpus étant limité, nous n'avons pas rencontré de personnes ayant bénéficié d'un tel soutien durant l'étude et ne pouvons pas le documenter.

4.3.4 Perception de la qualité

Les six interviewés ont un discours globalement très positif sur la consultation. Ils estiment avoir été rapidement pris en charge, avoir ressenti un grand respect de la part de l'infirmier chargé de la consultation et s'être senti « à l'aise » pour entrer en dialogue dans un tel cadre.

L'accessibilité du service et la réactivité au moment de la demande (par téléphone, e-mails...), tout comme la flexibilité dans les horaires et la capacité de l'infirmier à s'adapter en fonction des attentes ressortent dans tous les entretiens comme des points très appréciés.

« C'était appréciable qu'il ait pu être facilement atteignable, à très courte échéance. Je n'ai pas attendu longtemps, donc la courte échéance, et le fait aussi d'être vite disponible par email ou par téléphone, c'était très positif (...) Et je pense que pour une personne qui a besoin de quelque chose en urgence c'est super positif de savoir qu'il y a cette antenne. » (U1)

« On répond tout de suite aux mails, enfin... dès qu'on a un moment. On nous propose des rendez-vous, ce n'est pas : 'Ouais on est complet', comme quand vous appelez certains médecins. » (U9)

En termes de qualité, c'est le professionnalisme dans le suivi et dans le contenu des consultations qui est systématiquement relevé. Sont mentionnées certaines qualités humaines (savoir-être) comme la capacité d'écoute et d'empathie de l'infirmier en charge de la consultation, des éléments qui permettent de se sentir « à l'aise » pour parler de *chemsex* :

« J'ai ressenti beaucoup de professionnalisme, beaucoup de compréhension, de... je dirais que je me suis senti quand même très à l'aise de pouvoir parler de choses et de sujets que je n'aurais peut-être jamais abordé. » (U5)

« Je me suis vraiment senti comme une personne, pas comme un patient. Et ça c'est important. Je n'étais pas juste un chiffre dans les dossiers. C'était vraiment... J'ai eu cette, je ne veux pas dire intimité, mais cette- j'étais à l'aise. » (U6)

Outre ces qualités humaines, le professionnalisme est aussi associé à la capacité de l'infirmier à connaître son sujet, à livrer des conseils appropriés, ou encore à éviter toute posture moralisante non plus banaliser les risques (savoir-faire). Ces différents éléments ressortent bien dans la citation suivante :

« [L'infirmier en charge de la consultation] sait de quoi on parle, je trouve qu'il est de bon conseil (...) à aucun moment on a l'impression d'être jugé ou alors qu'il nous dit : 'ah, fais attention, ça ce n'est pas bien', enfin ce n'est pas ça qu'il cherche à faire, et en même temps il ne banalise pas tout non plus. Je trouve qu'il y a un côté aussi où il dit : 'Ben... ça tu m'as dit que pour toi, c'était important, ben là, d'après ce que tu me dis, est-ce que tu as l'impression d'avoir été trop loin ou bien d'avoir dépassé les limites qui étaient fixées ?'. Donc je trouve qu'il y a ce bon équilibre-là entre l'attitude non-jugeante mais aussi non-banalissante. » (U4)

4.3.5 Critiques et pistes d'amélioration

Si les usagers rencontrés sont globalement très satisfaits de la consultation, certains manques ou points d'améliorations ont été formulés par rapport aux aspects suivants :

- Plusieurs personnes ont rapporté des difficultés pour accéder à une prise en soins psychothérapeutique et sexologique après avoir été orientées par la consultation *chemsex*. Ces usagers sont venus dans le but d'être mise en contact avec un·e professionnel·le spécialisé·e mais ont été confrontés à des temps d'attente importants (et/ou à des refus) lorsqu'il s'est agi de planifier un rendez-vous.

Certes, cette critique dépasse la mission de la consultation en tant que telle. Néanmoins, elle place l'attention sur une difficulté réelle dans le système de santé actuel, difficulté qui renvoie au déséquilibre entre l'offre et la demande dans certains secteurs, dont celui des prises en charge psychiatriques/psychothérapeutiques, avec des filières qui sont parfois saturées (listes d'attente, etc.).

- Un manque est identifié au niveau de la prise en soins des personnes aux prises avec une problématique d'addiction sévère au *chemsex* : en effet, les usagers qui ont été pris en charge au niveau résidentiel font remarquer que les dispositifs existant à l'heure actuelle dans le domaine de la prise en soins des addictions ne sont pas adaptés pour suivre spécifiquement des problématiques de *chemsex*. (cf. *« Je me demandais quelles sont les possibilités pour ceux qui sont vraiment accros ? Parce que je n'en vois pas beaucoup. Parce que chez les hétéros il y a des centres mais c'est surtout du bas seuil. Et là, ce n'est pas la même problématique. Vous voyez ? Moi je suis allé à Bartimée. C'est du haut-seuil, ce sont des anciens toxicomanes qui y vont pour réguler leur consommation. Mais c'est pas pour des gais qui font du chemsex. Alors où est-ce qu'ils vont eux ? »*)

- L'observation de la progression du phénomène chemsex sur les réseaux sociaux fait dire à un usager qu'il est crucial de développer une campagne de prévention plus active de la part de la santé publique, au niveau de l'espace virtuel notamment (plateformes de rencontres, sites associatifs, etc.), pour « contrer l'image positive dont bénéficie le chemsex » et proposer un narratif différent.
- Un dernier point relevé par certains usagers concerne le groupe de parole chemsex : d'après leurs expériences, les horaires en soirées ne sont pas très compatibles pour les personnes qui n'habitent pas Lausanne ; par ailleurs, la publicité faite par les centres à bas-seuil (via les flyers) en dehors de la région du Centre (Lausanne) ne serait pas toujours actualisée.

4.4 Points de vue des professionnel·les du réseau sur la consultation *chemsex*

Dans cette partie, nous restituons l'analyse des entretiens auprès des professionnel·les rencontré·es. Ces entretiens avaient pour but d'évaluer dans quelle mesure les praticien·nes du domaine des addictions ou de la santé sexuelle ayant une activité avec des patients susceptibles de pratiquer du *chemsex*, connaissent la consultation ouverte au Checkpoint, la sollicitent ou y réfèrent des patients et quel est leur avis sur la pertinence de cette consultation.

Huit entretiens ont été réalisés avec des personnes rencontrées formées en addictologie, en psychiatrie et/ou en infectiologie et qui travaillent dans différentes institutions : Service des consultations ambulatoires en maladies infectieuses et Service de médecine des addictions du CHUV, urgences psychiatriques du CHUV, Fondation de Nant et Fondation du Levant (voir Tableau 6 en annexe).

Dans l'ensemble, l'analyse montre que la connaissance du *chemsex* est très variable d'un·e professionnel·le à l'autre, avec d'un côté, des « spécialistes » qui ont des compétences pour suivre des patients présentant des difficultés avec le *chemsex*, et de l'autre, des « clinicien·nes moins sensibilisé·es » qui se disent plutôt démunis·es face à cette réalité.

4.4.1 Les professionnel·les « spécialisé·es »

Selon les témoignages que nous avons recueillis, à partir des années 2015 le Service de médecine des addictions du CHUV (ci-après SMA) a suivi les premiers patients avec une problématique de *chemsex*. Ces patients ont été suivis par des professionnel·les formé·es en addictologie et/ou en sexologie, qui ont développé par la suite un intérêt pour mieux comprendre les pratiques de *chemsex*, relativement nouvelles à l'époque, et ainsi proposer des suivis spécifiques. Une patientèle se serait constituée autour de ces praticien·nes, qui n'a cependant pas donné lieu à une prestation officielle dans le cadre du CHUV. Les personnes rencontrées au SMA font état d'environ 60 à 70 personnes (moins de 5% de la file active) qui seraient suivies aujourd'hui.

Dans une moindre mesure, c'est également le cas de l'unité ambulatoire du Service des maladies infectieuses du CHUV qui suit des patients porteurs du VIH et prodigue des conseils sur la réduction des risques lorsque des pratiques de *chemsex* sont identifiées. A l'ouverture de la consultation *chemsex* en janvier 2023, des clarifications ont été apportées avec ce secteur partenaire du Checkpoint afin de définir les modalités de collaboration. Selon l'infirmier en charge de la consultation, dans la mesure où une forme de « *suivi en réduction des risques* » est proposée au Service des maladies infectieuses, il apparaît moins pertinent, d'un point de vue clinique, de réorienter ces patients vers le Checkpoint que de solliciter l'appui de la consultation si nécessaire et en fonction des besoins des patients.

Dans nos entretiens, ces professionnel·les spécialisé·es considèrent l'ouverture de la consultation *chemsex* comme une avancée très positive tant pour le réseau qu'en terme de reconnaissance du *chemsex* (et des besoins associés) comme enjeu de santé publique. A leurs yeux, la consultation définit un lieu d'expertise spécifique dans le domaine et par conséquent consolide/concrétise ce qui était précédemment réalisé de manière informelle : « *pour nous [les spécialistes] c'est du pain béni cette consultation* », estime cet interviewé, « *parce qu'on est à un stade où tout ce qui touche au chemsex est tellement précieux, tellement rare, qu'on est heureux que ça existe !* » (Addictologue CHUV).

Ces professionnel·les collaborent déjà avec le Checkpoint et cette antenne spécialisée leur permet désormais d'y orienter certains de leurs patients. Par ailleurs, ils et elles relèvent sa plus-value non seulement pour les patients, mais aussi pour soutenir les professionnel·les de santé au sens large. A leurs yeux, le *chemsex* est une pratique encore méconnue, mais qui mérite l'attention du réseau et nécessite une prise en soins professionnalisée :

« C'est une vraie problématique qui nécessite un pôle d'expertise et puis un point de référence, du coup [les professionnel·les du Checkpoint] ont un rôle justement dans le sens où ils vont pouvoir être référents pour tout un tas de professionnels de santé et répondre justement aux questions des professionnels. » (Infirmier, CHUV)

La principale difficulté qui ressort aujourd'hui pour ces spécialistes est de trouver des relais lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patients sur le plan psychothérapeutique notamment. Leurs questionnements et attentes à l'égard du Checkpoint concernent la capacité de la consultation *chemsex* à améliorer la prise en soins à ce niveau.

Comme l'indique cette infirmière :

« Si un patient est très au clair de son souhait de changement [vis-à-vis des pratiques de chemsex] et qu'il souhaite que ça soit accompagné par une psychothérapie, c'est à ce moment-là qu'on va se référer au Checkpoint pour pouvoir déterminer quel serait le meilleur endroit pour l'orienter vers des spécialistes (...) Je pense qu'il [l'infirmier] a des collaborations et une connaissance du réseau que nous n'avons pas ».

Un autre spécialiste rencontré insiste également sur ce point. D'après son expérience, la demande va croissant et l'offre est trop restreinte car les spécialistes sensibilisé·es au domaine sont à la fois peu nombreuses et nombreux et peu disponibles – lui-même a d'ailleurs plusieurs mois d'attente dans sa consultation :

« La consultation du Checkpoint est utile pour quelqu'un qui cherche à mieux comprendre, gérer, réduire les risques liés au chemsex, mais dès le moment où la personne cherche à entrer dans une prise en charge psychothérapeutique c'est différent (...) Et clairement aujourd'hui on a des demandes croissantes de chemsex et on ne sait pas où les orienter [appuyé], voire elles sont déjà orientées par Checkpoint (...) Si l'infirmier Checkpoint m'oriente pour une psychothérapie, c'est bien, mais en même temps c'est quoi la suite ? Il ne s'agit pas juste d'orienter mais aussi de savoir que le patient est pris en charge. »

Ce même professionnel poursuit :

« C'est sûr, l'idée n'est pas que l'infirmier du Checkpoint prenne tous les patients chems du canton, mais de lui donner les outils pour savoir orienter : savoir qu'il y a un petit 20% chez moi, qu'il y a peut-être un petit pourcentage aussi chez X ou Y. Et il y a aussi peut-être des thérapeutes dans le privé qui ont cette aisance et capacité, avec une formation d'addictologie, de sexologie, pour prendre ces patients. Du coup qu'il dispose d'une connaissance du réseau pour dispatcher selon l'orientation. »

Pour les spécialistes rencontrés, la consultation *chemsex* a donc bien sa place dans le réseau. La mise en œuvre du projet pilote offre une « porte d'entrée » utile et nécessaire car les besoins des patients sont réels. Leurs difficultés actuelles concernent davantage le fait de disposer de partenaires à même d'assurer une prise en soins à long terme.

Les enjeux de la prise en soins psychothérapeutique du *chemsex*

La psychiatre du Checkpoint perçoit les personnes aux prises à un rapport problématique au *chemsex* comme ayant besoin d'être entourées par des professionnel·les dans un cadre bienveillant et non-jugeant. Si possible, les thérapeutes impliqué·es doivent connaître le sujet, les codes utilisés dans la culture HSH pour en parler et ainsi pouvoir « lire entre les lignes » de sorte à mettre la personne en confiance.

D'après son expérience avec les patients *chemsex*, le suivi peut durer de quelques mois à plusieurs années et comporte, entre autres, les enjeux suivants :

- Création du lien : réussir à recevoir le récit, à comprendre la situation, à poser proactivement certaines questions sur le type de substances, les raisons et les bénéfices de la prise de substances en contexte sexuel (i.e. être plus à l'aise dans sa sexualité, faire des choses qu'on a envie d'essayer, se désinhiber, relâcher la pression sociale, etc.) ;
- Travail sur les ressentis et les sentiments imbriqués dans la pratique : réussir à « détricoter la honte et la culpabilité associées à la pratique du *chemsex* », engager un travail plus profond sur la trajectoire personnelle, la sexualité, la question des bénéfices et des aspects négatifs de la consommation dans ce contexte, transmettre des informations objectives sur la neurobiologie de l'addiction, expliquer le *craving* et les processus biologiques en jeu ; renforcer l'anticipation des personnes autour des consommations et sur la prise de décision (« *plus on le fait et plus on augmente nos chances de pouvoir résister (...)* »)

et à l'inverse, plus la culpabilité d'avoir reconsommé est présente et plus c'est de l'huile dans le moteur pour la consommation suivante ») ;

- Accrocher la personne dans les soins : c'est-à-dire pour les soignant-es, se montrer à la fois flexibles et proactifs, ne pas trop insister sur les rendez-vous manqués (qui peuvent être fréquents) ou les rechutes, se montrer bienveillant-es et disponibles pour conserver le lien thérapeutique.

4.4.2 Les clinicien·nes moins sensibilisé·es

Contrairement aux spécialistes, d'autres professionnel·les rencontré·es disent manquer à la fois de connaissances et de compétences relativement à la problématique du *chemsex* et de sa prise en soins.

Sans articuler de chiffres précis, ces professionnel·les indiquent que les patients suivis pour des problèmes de *chemsex* sont « rares », voire « très rares » dans leurs consultations et que le fait d'être peu confronté·es à de tels cas ne favorise pas non plus l'acquisition de bonnes pratiques en la matière.

Ces clinicien·nes sont la plupart formé·es en addictologie ou en psychiatrie, mais pas en santé sexuelle ; ils insistent sur le fait que la sexualité (i.e. l'anamnèse en santé sexuelle, les questions y relatives, etc.) n'est pas un registre exploré de manière systématique lors d'une prise en soins pour une problématique addictologique ou de psychiatrie générale^w.

Un infirmier addictologue du CHUV explique que dans son activité clinique, la sexualité ne fait l'objet d'investigations que si elle est corrélée à de la contrainte (prostitution, viols, agressions sexuelles) ou à des pratiques à risques en lien avec une addiction (injection et VIH, présences IST, etc.). Selon lui, explorer les consommations sous l'angle des relations sexuelles – comme l'anamnèse du *chemsex* le requiert (voir précédent encadré) – revient à entrer dans le domaine de l'intimité et peut provoquer de la gêne ou un certain malaise chez les soignant-es :

« Comme moi, les collègues peuvent être mal à l'aise, ne pas oser poser de question sur la sexualité, parce qu'ils ont le sentiment que ça ne le regarde pas, que c'est trop intime, que c'est dérangent. » (Infirmier, SMA)

Un autre interviewé, également spécialisé dans les addictions, considère que la sexualité sort tout simplement de son champ de compétences, d'où son impression que les questions qu'il pourrait poser dans ce sens peuvent paraître peu légitimes et être mal perçues par ses patients :

« Voyez, d'entrer dans le détail de quelqu'un : 'OK alors vous avez eu des rapports avec dix personnes ?', 'Comment ça s'est passé en détail ?', 'Est-ce qu'il y a eu peut-être

^w Dans le programme national « Stop au VIH, aux virus des hépatites B et C et aux infections sexuellement transmissibles » (NAPS) qui a débuté en 2024, la formation de base, la formation continue et la formation postgrade sur la conduite d'entretiens et sur le conseil en matière de sexualité font partie d'un axe de travail prioritaire pour les années à venir (axe 3.3). L'objectif du programme dans ce domaine est de sensibiliser un maximum de professionnel·les de santé et du social à l'anamnèse sexuelle, aux conseils en la matière et aux besoins des différents groupes cibles. Pour accéder au programme : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-hep-sti-naps.html>.

protection au début et pas après ?', 'Pourquoi et comment ?', etc. Et parler de ça en détail, alors là on n'est plus dans un travail ni addictologique ni thérapeutique. Et là, moi je serais hyper gêné, et je pense que mes collègues encore plus (...) et je pense que là c'est vraiment traiter l'intimité, avec l'intimité. Alors c'est la sexologie sinon, alors... c'est PROFA, et sinon je ne sais pas. » (Addictologue CAP Levant).

En somme, ces professionnel·les se disent plutôt démuni·es à l'idée de suivre un patient pour un problème de *chemsex* sans aide extérieure. Comme le résumait bien ces mots d'un interviewé, ils·elles considèrent que « *le chemsex est un problème spécifique qui exige une prise en charge elle aussi spécifique* ».

Dans un tel contexte, la consultation mise en œuvre par le Checkpoint offre une réelle plus-value à leurs yeux.

D'une part, le fait de bénéficier d'un lieu d'expertise dédié au *chemsex* leur permet d'accéder à un soutien dans le domaine, à des conseils appropriés et à toute autre information utile pour assurer un (éventuel) suivi.

« Moi si je devais prendre en charge maintenant une problématique chemsex je ne saurais ma compétence. Je pourrais peut-être entrer en matière en termes de suivi, mais j'aurais besoin d'un appui, de personnes qui puissent me guider. » (Psychiatre)

D'autre part, avec cette prestation, il est désormais possible d'adresser les patients identifiés vers le Checkpoint. La prestation du Checkpoint apporte ainsi une réponse et une solution d'orientation, là où c'était souvent l'absence de réponse, voire le déni, qui prédominaient :

« Avant, [dans] l'équipe on n'avait pas de réponse à proposer, maintenant, on a les flyers en salle d'attente et on sait où orienter en cas de problème. » (Psychiatre)

« C'est très intéressant car ça nous permet de pouvoir proposer une réponse et une orientation, et de ne pas justement se dire : 'comme je ne sais pas je mets ça sous le tapis et je ne m'en occupe pas'. » (Infirmier, CHUV)

Notons en dernier lieu que face à ce constat d'une réalité plutôt méconnue, plusieurs interviewé·es ont évoqué le besoin de sensibiliser les équipes soignantes sur la thématique du *chemsex*. Dans deux cas, les intervenant·es Checkpoint sont intervenu·es dans leur service pour des formations brèves dans le but d'informer les collaboratrices et collaborateurs concerné·es sur le dispositif en place (la consultation et le groupe de parole *chemsex*), de les sensibiliser à cette problématique et ainsi renforcer leur capacité de détection et d'orientation.

Dans le même sens, les flyers sont distribués par les intervenant·es qui travaillent dans le cadre des stands du Drug checking lors de soirées festives. Nous avons rencontré un psychologue qui travaille dans ces stands, au contact d'un public jeune, et qui prodigue des conseils de prévention et de réduction des risques en soirée. A ses yeux, la consultation *chemsex* du Checkpoint est en tout point bénéfique : « *savoir où orienter si un cas se présente est très précieux* », estime-t-il, « *[et] le fait même que ça existe offre une porte d'entrée pour les personnes concernées, un parachute pour savoir que si un jour j'en ai besoin, je peux y aller* ».

Le besoin de sensibilisation des professionnel·les du réseau

L'information sur la problématique du *chemsex* en général, et sur l'existence de la consultation mise en place par le Checkpoint Vaud sont des prérequis indispensables pour permettre une détection et une orientation plus efficaces des personnes concernées.

Or, si la mise en œuvre du projet pilote a assurément permis de renforcer le ce volet, elle a aussi révélé l'ampleur du manque/des besoins dans ce domaine.

Lors de notre entretien, l'infirmier en charge de la consultation au Checkpoint se montrait particulièrement surpris par l'ampleur de cette tâche : « *il y a un tel travail à faire auprès du réseau, rien que déjà faire connaître la thématique et les soins proposés actuellement, c'est déjà un méga boulot, énormément de temps, et du coup j'ai beaucoup fait ça en 2023* ». Et il précisait encore : « *sur la thématique il y a tout à créer... alors je ne dis pas que les gens sont naïfs à cela, mais c'est juste de les sensibiliser [au fait] qu'il y a des besoins spécifiques, de défendre aussi qu'est-ce que seraient des bons soins pour ces populations-là, et là, je ne pensais pas que c'était aussi problématique* ».

Le besoin d'information ne concerne pas seulement le secteur ambulatoire mais aussi stationnaire.

Comme le faisait remarquer ces infirmières du Service des maladies infectieuses du CHUV : « (Inf.1) – *Je pense qu'il y a vraiment encore un gros gros travail de sensibilisation des professionnels [à faire] sur le chemsex, parce que c'est très très méconnu... Et les patients que l'on voit, ils nous disent à quel point ils peuvent se sentir stigmatisés, aussi à l'hôpital... Dès le moment où ils parlent de prise de substances, tout de suite c'est un peu l'étiquette qui risque de tomber de toxicomane alors qu'eux ne se considèrent pas comme tels et puis, ben voilà, c'est complexe hein cette question du chemsex et... enfin en tout cas moi, j'ai eu plusieurs retours de personnes qui ont assez mal vécu leur expérience. Donc je pense qu'il y a ce rôle en tout cas de de sensibilisation aussi de différents secteurs... à cette question-là.*

(Inf.2) – *Oui tout à fait. Et puis c'est vrai qu'en étant dans un milieu universitaire, on voit aussi les [médecins] assistants qui arrivent... Et là aussi, on voit qu'ils n'ont jamais entendu parler de chemsex. Enfin, c'est quelque chose qui est encore extrêmement méconnu chez les professionnels* ».

5 Réponses aux questions d'évaluation

Quels sont les besoins formulés par les usagers et quelle est leur perception de la pertinence et de l'utilité de la consultation / respectivement du groupe de parole ?

Les usagers rencontrés expriment le besoin de pouvoir parler de *chemsex* dans un cadre respectueux et bienveillant, d'être écoutés par des professionnel·les en maîtrise du sujet et qui comprennent les enjeux en termes sanitaire et social. Certains ont besoin d'être rassurés et de faire le point sur leur situation, car ils nourrissent de fortes inquiétudes face à leur pratique de *chemsex*. D'autres expriment le besoin d'un soutien plus actif, qui puisse les aider à réduire leur consommation ou à les accompagner dans une démarche d'abstinence. Quelques personnes enfin, sont venues à la consultation *chemsex* avec le désir d'entamer une thérapie à plus long termes et d'être orientés vers un·e professionnel·le compétent·e (psychothérapie, sexologie).

Notre analyse montre que les besoins exprimés par les usagers rencontrés en entretien varient en fonction de leur rapport au *chemsex*, qui est vécu par les uns comme une pratique récréative et relativement maîtrisée, et par d'autres comme une pratique plus risquée voire problématique et impactante (addiction). L'un des atouts actuels de la consultation ouverte par le Checkpoint est probablement son adaptabilité, c'est-à-dire le fait qu'elle réponde tant aux personnes qui pratiquent occasionnellement qu'à celles qui se questionnent sur leurs prises de risques en matière de *chemsex* ou à celles qui ressentent des difficultés plus importantes. De ce point de vue, on peut affirmer que les objectifs visés par la consultation sont en adéquation avec les besoins exprimés par les usagers.

Pour ce qui est de la pertinence d'une telle prestation, les usagers rencontrés sont unanimes : cette consultation leur offre une porte d'entrée pour parler d'un problème qui souvent les isole et suscite un sentiment de honte. Même pour ceux qui n'ont pas encore consulté, le fait de savoir qu'un lieu dédié au *chemsex* existe est vécu comme un réel soulagement. L'ouverture d'une consultation *chemsex* constitue donc un signal positif pour la minorité des HSH concernée : leurs besoins sont reconnus et ils accèdent ainsi à un suivi bienveillant et compréhensif à leur égard, dans un environnement sécurisé.

Par ailleurs, le fait de pouvoir atteindre l'équipe facilement, d'obtenir un rendez-vous rapidement, tout comme la flexibilité des horaires sont aussi relevés comme des points très positifs et appréciés par les usagers rencontrés.

En ce qui concerne l'utilité d'une telle prestation, l'analyse des entretiens couplés aux données de monitoring permettent d'affirmer que là aussi, la consultation apporte une plus-value significative à plusieurs niveaux.

Pour les usagers qui n'ont fréquenté la consultation qu'une seule fois (suivis de type « one shot », qui constitue 30% des demandes durant le pilote), l'échange avec un professionnel de santé est l'occasion de créer du lien, de recevoir des conseils en matière de prévention et de réduction des risques ou d'être orienté dans le réseau spécialisé. L'entrée en contact, même de manière brève, n'est donc pas anodine puisqu'elle peut être utile plus tard dans la trajectoire. Comme le rappelle

l'infirmier en charge de la consultation *chemsex* : « même si je ne revois plus jamais la personne, si une fois il y a un souci avec le *chemsex*, elle sait qu'elle pourra revenir en parler, ça peut être aussi simple que ça ».

Pour les usagers qui reviennent plusieurs fois en consultation (suivis de type « Suivi, point de situation », qui constituent 45% des demandes durant le pilote), cette démarche va probablement renforcer, à terme, leurs connaissances, leur conscience des risques et leur capacité à les gérer dans le temps. Une personne interviewée utilise la notion de « cadrage » pour désigner l'intérêt de ce type de soutien et dit percevoir un effet d'ordre psychologique à l'accompagnement réalisé ; ce suivi lui a permis de prendre du recul, d'analyser ses motivations, de parler de réduction des risques, de *craving*, etc., mais aussi de définir des limites à sa pratique du *chemsex*. Dans ce type de situation, la consultation est utilisée comme une ressource pour mieux se connaître et mieux gérer son rapport à la pratique du *chemsex*, contribuant ainsi à limiter les risques de perte de contrôle sur sa situation.

L'analyse des données de monitoring met en évidence encore d'autres modalités de suivis qui témoignent de l'utilité d'une telle consultation notamment en termes de mise en réseaux et de coordination de la prise en soins : il s'agit du « case management de transition » (20% des demandes), du « suivi psychosocial » et du « suivi psy » (5% des demandes).

En ce qui concerne les apports respectifs du groupe de parole et de la consultation, les données indiquent que ces offres apparaissent à la fois distinctes et complémentaires aux yeux des usagers. Ainsi, le groupe de parole est associé à une expérience bénéfique car il permet d'échanger sur différentes thématiques liées au *chemsex*, d'exposer ses questionnements dans un cadre convivial. Mais le groupe comporte aussi certains freins : quelques usagers se montrent réticents par crainte d'y rencontrer des partenaires connus et ainsi de réactiver leur désir ; d'autres disent avoir des difficultés à s'exprimer librement dans une configuration de groupe. De ce point de vue, l'avantage de la consultation *chemsex* est de garantir un certain anonymat et d'offrir la possibilité d'un suivi individuel, centré sur les besoins personnels. Notons par ailleurs que le financement de cette prestation (qui est facturée contrairement au groupe de parole qui est gratuit) n'a jamais été mentionnée en entretiens comme étant un frein pour consulter.

Quelle est la perception des usagers quant à la qualité de la consultation ?

Les six personnes rencontrées ayant eu recours à la consultation sont globalement très satisfaites de cette prestation et relèvent le professionnalisme avec lequel elles ont été suivies.

Ce professionnalisme se reflète dans certaines qualités humaines (savoir-être) relevées à plusieurs occasions, comme la capacité d'écoute et d'empathie à leur égard. Les usagers insistent sur ces éléments qui permettent de se sentir « à l'aise » pour parler de *chemsex*. Tous estiment également avoir été suivis de manière respectueuse et non jugeante, des aspects indispensables à leur yeux pour favoriser le dialogue et la confiance.

Ce professionnalisme est associé aussi à des compétences plus « techniques » (savoir-faire) relevées en entretien, comme la capacité du professionnel en charge de la consultation à maîtriser le sujet, à informer et à livrer des conseils appropriés en fonction des attentes et besoins des

usagers ou encore à adopter une posture non-jugeante sans pour autant banaliser les risques impliqués par le *chemsex*.

Quels sont les effets/bénéfices^x à court terme de la consultation chez les usagers en termes de :

Connaissances sur les comportements à risques et les bonnes pratiques à adopter ?

Dans l'ensemble, les usagers rencontrés estiment être bien informés et bien suivis en termes de santé sexuelle. Ils sont en majorité suivis dans le cadre d'une PrEP et les personnes de notre corpus qui vivent avec le VIH sont suivies dans ce domaine par divers spécialistes (santé sexuelle du Checkpoint, infectiologues, psychiatres ou psychologues, médecins de famille, etc.).

Cela étant, la mise en place d'une consultation *chemsex* au Checkpoint représente une ressource supplémentaire pour faire de la prévention, sensibiliser et transmettre des messages de réduction des risques dans ce domaine. La mise en œuvre de cette consultation complète de manière pertinente les prestations déjà proposées dans cette structure ; le personnel du pôle Santé sexuelle (responsable des suivis VIH/IST et PrEP) peut désormais adresser des personnes jugées « à risque » vers la consultation (ou le groupe de parole) et inversement.

Sur le plan addictologique, et du fait notamment de leur parcours et de leur âge (44 ans en moyenne), les interviewés rencontrés connaissent et appliquent déjà certains principes de réduction des risques en matière de *chemsex* (préférence pour les petits dosages, attention à l'hygiène, aux mélanges et au partage de matériel, usage de kits personnels, préférences pour du *chemsex* en groupes « restreints » plutôt qu'anonymes, etc.).

Toutefois, ils estiment que la consultation est très utile pour remettre certaines connaissances à jour ou pour renforcer leurs bonnes pratiques. L'apport de la consultation concerne ici en particulier les connaissances relatives aux substances et aux précautions à avoir en tête en cas de mélange entre certains produits, les sources d'informations jugées fiables dans ce domaine (sites Internet spécifiques, Drug checking, etc.), l'accès à des conseils pour réussir à mieux gérer son *craving* ou son rapport aux applications de rencontre (Grindr, Gayromeo, etc.).

Connaissances sur les ressources d'aide et de soutien disponibles ?

Les usagers rencontrés estiment avoir été informés de manière adéquate sur les diverses ressources d'information en matière d'aide et de soutien. A leurs yeux, la consultation permet non seulement d'être écouté dans un cadre professionnel sécurisé, mais aussi d'accéder à de l'information pertinente et d'être orienté vers une prise en soins le cas échéant.

Un bémol ressort toutefois dans la capacité de la consultation à orienter les patients vers une prise en soins, ou plutôt à mettre en lien les usagers qui le souhaitent avec des spécialistes disponibles assez rapidement. Deux personnes de notre corpus qui sont venues dans ce but à la consultation disent avoir été déçues, car confrontées à des temps d'attente importants ou à des refus d'entrer en matière après avoir contacté les professionnel-les proposé-es par l'infirmier du Checkpoint.

^x Pour rappel, cette évaluation avait pour but de documenter les effets *perçus* de l'intervention par les usagers, et non pas de quantifier l'impact de cette prestation (cf. point 2 de ce rapport).

Cet obstacle comporte une dimension structurelle qui dépasse la question de la consultation elle-même. Toutefois il constitue un point d'attention à considérer pour l'avenir, ceci d'autant qu'il fait écho à un constat dressé par certain-es professionnel·les qui estiment important de renforcer (élargir, développer) le réseau de prise en soins.

Quelle est la perception par les professionnel·les du réseau de l'adéquation de la prestation par rapport aux besoins/objectifs des usagers ?

Bien que le nombre de professionnel·les rencontré·es soit limité, il apparaît que la consultation *chemsex* comble un manque important au niveau du réseau.

Certain·es perçoivent cette consultation comme une avancée positive, dans la mesure où elle institutionnalise une prestation réalisée jusque-là de manière informelle par un petit nombre de spécialistes. Pour d'autres, la consultation *chemsex* est identifiée comme un lieu d'expertise très utile dans la mesure où ces professionnel·les peuvent désormais orienter des patients vers le Checkpoint, mais aussi obtenir des conseils et un soutien en cas de besoin.

Notre analyse montre toutefois que du côté des addictologues comme des psychiatres, la sexualité n'est pas un registre abordé de manière systématique et que le fait d'explorer la consommation en lien avec des pratiques sexuelles (*chemsex*) peut susciter la gêne. Certains professionnel·les évoquent aussi leur méconnaissance du *chemsex*, de ses enjeux et des souffrances vécues par les patients concernés. Face à ces constats, l'intérêt de sensibiliser (informer et former) les professionnel·les de santé sur le *chemsex* ressort nettement. Cette mission entre déjà dans le cahier des charges de l'infirmier du Checkpoint et se justifie en regard de la progression du phénomène dans toutes les grandes villes d'Europe, y compris en Suisse. On peut d'ailleurs faire l'hypothèse que la part d'adressage de patients par le réseau externe vers le Checkpoint (encore minoritaire aujourd'hui) augmente à mesure que la sensibilisation progresse dans le réseau.

Pour les professionnel·les plus spécialisé·es – qui ont des compétences tant en addictologie qu'en matière de santé sexuelle –, l'offre de prise en soins psychothérapeutique liée à la problématique du *chemsex* est jugée insuffisante par rapport aux besoins réels à l'heure actuelle. L'attente formulée à cet égard vis-à-vis du Checkpoint consiste à disposer d'un réseau de partenaires plus large, ce qui implique d'identifier de nouveaux psychiatres/addictologues, psychothérapeutes et/ou sexologues en capacité d'assurer le suivi de personnes en difficulté avec le *chemsex*. Or, si cette piste d'amélioration est souhaitable, elle se heurte à une difficulté d'ordre structurel, puisque à l'heure actuelle la saturation de certaines filières (psychothérapeutiques par exemple) limite la capacité du réseau à « absorber » les nouvelles demandes.

6 Discussion et conclusion

Cette évaluation comporte plusieurs parties qui apportent chacune des résultats sur lesquels nous pouvons brièvement revenir dans cette conclusion.

La revue de la littérature montre que le *chemsex* est un phénomène en progression depuis plusieurs années dans tous les pays d'Europe, dont la Suisse, que l'initiation à cette pratique se fait de plus en plus jeune dans le milieu HSH et que les applications de rencontres géolocalisées (Grindr, GayRomeo, etc.) sont un facteur important à considérer dans cette évolution^{1, 29}.

La définition du *chemsex* peut varier en fonction des études, mais de manière générale, on peut retenir qu'il s'agit de la prise de substances psychoactives *dans le but* d'accéder à (intention) une expérience sexuelle décuplée (notion de plaisir), de se désinhiber (notion de lâcher-prise) et d'augmenter la longueur de l'acte sexuel. Bien que la prise de substances psychoactives en contexte sexuel se retrouve aussi dans le milieu hétérosexuel, on peut retenir que ce phénomène est prévalent en milieu HSH et qu'il est souvent rattaché à une sexualité multipartenaires. On retiendra notamment que le taux de prévalence dans le milieu HSH évoluerait entre 3 et 29 pourcents selon la revue systématique de Maxwell et al.¹³.

Du point de vue de la santé publique, les personnes qui pratiquent le *chemsex* sont particulièrement exposées au VIH (en particulier si elles n'utilisent pas de PrEP), à l'hépatite C ainsi qu'à d'autres infections sexuellement transmissibles^{16, 32, 33}. Par ailleurs, les « 4 chems » classiquement associés au *chemsex* (métamphétamine, cathinones de synthèse, GHB/GBL) étant fortement addictogènes, cette pratique, bien que souvent maîtrisée, comporte des risques au niveau de la santé mentale (dépressions, anxiété), de l'équilibre de vie des individus (risques d'isolement, difficultés au niveau professionnel, etc.), tout comme elle peut rendre difficile le retour à une sexualité fonctionnelle sobre (sans produits)^{3, 35, 36}.

Nos analyses du corpus d'entretiens des usagers font écho à ces différents points de la littérature. On notera tout d'abord une grande variation dans le rapport aux risques avec, d'un côté, des personnes en phase d'exploration qui envisagent le *chemsex* comme un lieu de découverte et, de l'autre, des personnes plus troublées, inquiètes de ce que cette pratique occasionne chez elles – avec, dans deux cas, jusqu'à une précarisation de la situation de vie. Ces situations mettent en lumière les différents types de risques impliqués (addictologiques, infectieux, sociaux), les difficultés qui peuvent découler de la pratique du *chemsex* et les besoins exprimés en termes de prises en charge (écoute, informations, suivi, etc.). Les cas analysés reflètent ainsi la complexité des enjeux liés au *chemsex* pour les individus, cette pratique comportant à la fois des aspects sociologiques, identitaires et socio-sanitaires.

En termes de réponses au *chemsex* de la part des institutions socio-sanitaires, notre revue de littérature montre que les interventions de santé publique mises en œuvre à ce jour se basent principalement sur des stratégies de prévention et de réduction des risques (messages et recommandations autour du *safe sex*, accès facilité à la PrEP, vaccinations, tests et suivis des IST, distribution de matériel stérile, etc.)^{6, 17, 33, 35}, que les centres de santé qui travaillent au contact avec le milieu HSH sont des acteurs clés pour implémenter ces mesures et que ces centres doivent

travailler avec les autres spécialités impliquées (infectiologie, addictologie, psychiatrie et sexologie) pour favoriser une prise en soins intégrée^{33, 41}. Agir à partir des centres de santé sexuelle favorise l'accès à des ressources d'aide pour la minorité de HSH concernée par le *chemsex*. Rappelons en effet que ce public est plus susceptible que les personnes hétérosexuelles de renoncer à se rendre dans les lieux de soins habituels par peur d'être mal compris ou stigmatisé en raison de son orientation sexuelle²⁶.

L'ouverture de la consultation *chemsex* par Checkpoint Vaud fait en tout point écho à ces recommandations, et ce d'autant plus qu'elle se base sur une approche compréhensive du phénomène (*gay and bisexual culturally tailored*), dans un environnement communautaire sécurisant, des prérequis également mis en avant par les études consultées^{43, 46}.

Au vu des besoins exprimés par les usagers rencontrés, il ne fait aucun doute que la consultation *chemsex* (et le groupe de parole) apporte une réponse pertinente et adaptée. Par ailleurs, les entretiens réalisés auprès des professionnel·les du réseau vaudois montrent que le phénomène est plutôt méconnu en dehors des cercles spécialisés, ce qui, d'une part, justifie la constitution d'un lieu d'expertise dédié au *chemsex* et, de l'autre, met en lumière le besoin de sensibilisation sur le sujet, besoin qui se manifeste tant au niveau du réseau addictologique et de la santé sexuelle que des autres secteurs de soins susceptibles d'être confrontés à des patients en difficultés avec le *chemsex* (urgences hospitalières, médecine de premiers recours, psychiatrie, etc.).

Cette étude permet également de constater que la mise en œuvre d'une consultation *chemsex* et d'un groupe de parole dédié constitue une étape importante dans la reconnaissance des enjeux socio-sanitaires liés à cette pratique.

Dans ce contexte, il est souhaitable que le centre Checkpoint Vaud puisse continuer à offrir une écoute et favoriser le dialogue sur le *chemsex*, faire de la prévention et de la réduction des risques, identifier/évaluer et orienter les personnes qui rencontrent des difficultés avec cette pratique.

Les résultats de cette évaluation invitent ainsi à poursuivre les actions de la phase pilote, que ce soit en termes de diffusion des messages de prévention et de réduction des risques auprès du public-cible ; de clarification des rôles et de développement d'un réseau coordonné de prise en soins du *chemsex* entre instances partenaires impliquées (santé sexuelle, infectiologie, addictologie, psychiatrie) ; et enfin, en termes de diffusion d'information et de travail de sensibilisation sur la thématique du *chemsex* auprès des professionnel·les de santé.

A terme, et dans le but d'articuler au mieux la consultation *chemsex* avec le réseau addictologique et de la santé sexuelle, l'ensemble des professionnel·les concerné·es par cette problématique devraient pouvoir identifier leur rôle dans la chaîne de prise en soins et définir le type de collaborations possibles et souhaitables pour garantir des suivis de qualité auprès des personnes concernées.

7 Références

- 1 Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham. London: Sigma Research: School of Hygiene & Tropical Medicine, 2014. Available from: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/2197245/1/report2014a.pdf>
- 2 Cadet-Tairou A, Gandilhon M, Martinez M, Nefau T, Milhet M. Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2015-2016). OFDT: Tendances. 2016(115):1-8.
- 3 Haslebacher A, Brodmann Maeder M, Blunierb S. Chemsex – au-delà du sexe sous drogues. Forum médical suisse. 2022;22(25-26):415-9.
- 4 Christinet V, Fetanu C. Santé mentale et sexuelle des HSH. Symposium Equité en Santé - Unisanté (présentation). 2021.
- 5 Genre N, Christinet V. La PrEP en Suisse romande entre anxiété et confiance. Utilisation des antirétroviraux en prévention du VIH. RMS. 2023;19:1714-17.
- 6 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) en matière de prophylaxie préexposition contre le VIH (PrEP) en Suisse. Bulletin de l'Office Fédéral de la Santé Publique. 2016;4:77-9.
- 7 Ritchie J, Lewis J, editors. Qualitative research practice. A guide for Social Science Students and Researchers. London: Sage; 2006.
- 8 Taylor B, Francis K. Qualitative Research in the Health Sciences, Methodologies, methods and processes. London: Routledge; 2013.
- 9 Bardin L. L'analyse de contenu. Paris: PUF; 1993.
- 10 Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.
- 11 Moyle L, Dymock A, Aldridge A, Mechen B. Pharmacosex: Reimagining sex, drugs and enhancement. International Journal of Drug Policy. 2020;86:102943.
- 12 Ivey K, Bernstein KT, Kirkcaldy RD, Kissinger P, Edwards OW, Sanchez T, et al. Chemsex Drug Use among a National Sample of Sexually Active Men who have Sex with Men, – American Men's Internet Survey, 2017–2020. Substance Use & Misuse. 2023;58(5):728-34.
- 13 Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. International Journal of Drug Policy. 2019;63:74-89.
- 14 Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Reid D, Marcus U, Hickson F. Illicit drug use among gay and bisexual men in 44 cities: Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). Int J Drug Policy. 2016;38:4-12.
- 15 Karila L, Benyamina A. Les cathinones de synthèse : un nouvel aspect du spectre des addictions. PSN. 2018;16(1):33-44.
- 16 Edmundson C, Heinsbroek E, Glass R, Hope V, Mohammed H, White M, et al. Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature. International Journal of Drug Policy. 2018;55:131-48.
- 17 Benyamina A. Rapport Chemsex 2022. Pour le Ministre de la Santé. Paris, 2022
- 18 Milhet M. APACHES. Attentes et PARcours liés au CHEmSex. Paris: OFDT, 2019
- 19 Weber P, Gredig D, Lehner A, Nideröst S. European MSM Internet Survey (EMIS-2017). Rapport national de la Suisse. Berne: OFSP, 2019. Available from: https://irf.fhnw.ch/bitstream/handle/11654/27933/Bericht_EMIS-CH_FR_def.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- 20 Gaissad L. La Démence ou la dépense ? Le circuit festif gay entre consommation et consommation. Ethnologie française. 2013;43(3):409-16.
- 21 Gaissad L, Velter A. Drogue et sexualité gay sous influence : « Quand on prend ça, c'est fait pour ». Sexologies. 2019;28(3):128-34.
- 22 Grégoire M. Slam, Chemsex et addiction sexuelle. Psychotropes. 2016;22(83-96).
- 23 Gaissad L. Réduire quels risques? Chemsex et avatars du plaisir et de la santé gay. Chimères. 2017;91(1):169-77.
- 24 Milhet M, Shah J, Madesclaire T, Gaissad L. Chemsex experiences: narratives of pleasure. Drugs and Alcohol Today. 2019;19(1):11-22.

- 25 Stuart D. Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs and Alcohol Today*. 2019;19(1):3-10.
- 26 Krüger P, Pfister A, Eder M, Mikolasek M. *Gesundheit von LGBT Personen in der Schweiz: Schlussbericht. Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique*. Lucerne: Hochschule Luzern - Soziale Arbeit, 2022
- 27 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. *Sexually Transmitted Infections*. 2017;93(3):203.
- 28 Santoro P, Rodríguez R, Morales P, Morano A, Morán M. One "chemsex" or many? Types of chemsex sessions among gay and other men who have sex with men in Madrid, Spain: findings from a qualitative study. *Int J Drug Policy*. 2020;82:102790.
- 29 Milhet M, Néfau T. *Chemsex, Slam. Renouveau des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH*. Saint-Denis: OFDT, 2017. Available from: <https://www.ofdt.fr/publication/2017/chemsex-slam-renouveau-des-usages-de-drogues-en-contextes-sexuels-parmi-les>
- 30 Barbier J. Chemsex. *Insistance*. 2017;1(13):189-204.
- 31 Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspectives in Public Health*. 2018;139(1):23-33.
- 32 Zeggagh J, Siguier M. Complications infectieuses de la pratique du Chemsex. *Médecine et Maladies Infectieuses Formation*. 2022;1(4):166-71.
- 33 Strong C, Huang P, Li C-W, Ku SW-W, Wu H-J, Bourne A. HIV, chemsex, and the need for harm-reduction interventions to support gay, bisexual, and other men who have sex with men. *The Lancet HIV*. 2022;9(10):e717-e25.
- 34 Larabi IA, Ghish A, Kintz P, Marillier M, Fabresse N, Pelletier R, et al. Étude nationale du phénomène du chemsex en France : une collaboration interlaboratoire sous l'égide de la Société française de toxicologie analytique (SFTA). *Toxicologie Analytique et Clinique*. 2023;35(3):175-97.
- 35 Tangerli MM, Godynyuk EA, Gatica-Bahamonde G, Neicun J, Van Kessel R, Roman-Urrestarazu A. Healthcare experiences and barriers for Men Who Have Sex with Men - MSM - who engage in chemsex. *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health*. 2022;2:100043.
- 36 Malandain L, Thibaut F. Chemsex: review of the current literature and treatment guidelines. *Current Addiction Reports*. 2023;10(3):563-71.
- 37 Giorgetti R, Tagliabracci A, Schifano F, Zaami S, Marinelli E, Busardò F. When "Chems" Meet Sex: A Rising Phenomenon Called "ChemSex". *Current Neuropharmacology*. 2017;15(5):762-70.
- 38 Macfarlane A. Sex, drugs and self-control: why chemsex is fast becoming a public health concern. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2016;42(4):291.
- 39 McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ*. 2015;351:h5790.
- 40 Bourne A, Ong J, Pakianathan M. Sharing solutions for a reasoned and evidence-based response: chemsex/party and play among gay and bisexual men. *Sexual Health*. 2018;15(2):99-101.
- 41 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.
- 42 Clément G, Milhet M, Tissot N, Madesclaire T. *Chemsex, retour sur 15 ans d'usages de drogues en contexte sexuel*. Saint-Denis: OFDT. 2024.
- 43 Pires CV, Gomes FC, Caldas J, Cunha M. Chemsex in Lisbon? Self-Reflexivity to Uncover the Scene and Discuss the Creation of Community-Led Harm Reduction Responses Targeting Chemsex Practitioners. *Contemporary Drug Problems*. 2022;49(4):434-52.
- 44 Biscontin G, Christinet V, Jouinot F, Periat E. Consommations de produits, orientations sexuelles et identité de genre, chemsex : réflexions et pistes d'action dans le contexte suisse. *Dépendances*. 2017;60:5-8.
- 45 Conseil fédéral. *La santé des personnes LGBT en Suisse. Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat 19.3064 Marti Samira du 07.03.2019*. Berne: Confédération suisse, 2022.
- 46 Stardust Z, Kolstee J, Joksic S, Gray J, Hannan S. A community-led, harm-reduction approach to chemsex: case study from Australia's largest gay city. *Sex Health*. 2018;15(2):179-81.

8 Annexes

8.1 Canevas d'entretiens

Canevas avec usagers		
THEMES	QUESTIONS PRINCIPALES	RELANCES
Raisons, besoins, attentes	Pouvez-vous me dire quelles sont les raisons qui vous ont amené à prendre rdv à la consultation Chemsex ?	Est-ce qu'il y a eu un (ou des) élément(s) déclencheur dans votre motivation à consulter ?
	Pourquoi être venu ici et pas ailleurs ?	Comment avez-vous eu connaissance de la consultation Chemsex ? Depuis quand consultez-vous ? Comment ça se passe ? Expérience... Participez-vous aussi au groupe de parole Chemsex ?
Attentes et adéquation	Quelles étaient vos attentes en venant ici ?	Qu'est-ce que vous recherchiez en venant ici ?
	Diriez-vous que la consultation Chemsex a permis de répondre à vos attentes ?	Si oui, en quoi ?
Satisfaction	De manière générale, quelle est votre degré de satisfaction par rapport à la consultation chemsex ?	Qu'est-ce que vous avez apprécié ? Et moins apprécié ? ou qui vous a manqué ? Préciser
Utilité de la consultation	De manière générale, qu'est-ce que cette consultation vous a apporté ?	Bénéfices, aspects positifs
	En quoi ou sur quel(s) aspects diriez-vous que cette consultation vous a été (le plus) utile ?	En quoi et comment cette consultation vous a-t-elle aidé ?
Effets (perçus) de la consultation	Qu'est-ce que vous avez appris grâce à cette consultation, que vous ne connaissiez pas auparavant ?	Qu'est-ce que ça vous a amené en termes de connaissances ? - Quelles connaissances avez-vous des produits que vous utilisez ? (mod. de conso et dosages sur la durée, stratégies de réduction des risques, kit first aid Dr Stuart...) - Quelles connaissances en santé sexuelle ? (IST, PrEP, protections...)
	Qu'est-ce que vous avez modifié dans vos modalités de consommation et/ou pratiques sexuelles depuis que vous consultez ?	Est-ce que vous mettez en œuvre des pratiques que vous ne faisiez pas avant par rapport à la gestion des risques ? Avez-vous constaté des changements d'attitude/dans votre pratique/comportement depuis que vous consultez ? Quels chgts attribuables à la consult ?
	Est-ce que vous mettez en place certaines choses pour /vous prémunir/gérer les risques liés à la prise de substance (surdoses, accidents...) lors de vos sessions chemsex ?	Si oui, lesquelles ? Autovigilance entre membres du groupe ? etc. Est-ce que ces stratégies étaient déjà là avant de consulter ? Qu'est-ce que le fait de consulter a changé ici ?

	Qu'est-ce que cette consultation vous a apporté en termes de connaissances sur le réseau de prise en charge ?	Est-ce que vous avez été orienté ailleurs grâce à la consultation, càd vers d'autres professionnels du réseau ? MG, psy, Spécialistes... Si oui, vers qui ? Est-ce que ça a été bénéfique ?
Qualité de la consultation	Quel est votre point de vue sur la qualité de la consultation au niveau de la prise en charge et du suivi ?	Détailler les différents niveaux : l'écoute, le soin, les informations données, aspects pratiques, etc. ? Eléments du contenu (écoute, attitude non-jugeante, suivi et réactivité/disponibilité des intervenant-es, apport informationnel et pratiques, RdR, orientation dans réseau...) ou de forme (horaires...)
Critiques et pistes d'amélioration	Quel(s) seraient les éléments que vous avez moins appréciés et qui devraient être améliorés selon vous ? Si vous pouviez décider, est-ce que vous feriez le choix que cette consultation soit pérennisée ou n'est-ce pas vraiment utile selon vous ?	Comment cette prestation pourrait-elle être améliorée selon vous ? Diriez-vous que certains aspects ne sont pas du tout utiles ou ne correspondent pas ce que vous attendiez ?
<u>(Ajouts en 01/2024 : si la personne n'a pas consulté)</u>	Pour quelles raisons n'avez-vous pas sollicité la consultation chemsex jusqu'ici ?	
	Est-ce une ressource que vous pourriez envisager d'utiliser dans le futur ?	Si oui dans quelle(s) situation(s) ?
	Quel est votre avis sur cette consultation...	Pertinence ? Quelle plus-value ? Améliorations possibles ?
(Facultatif) Parcours de soins	Est-ce que vous avez déjà consulté ou parlé avec d'autres professionnel-les (que celles et ceux du Checkpoint) de votre problématique de chemsex ? D'après votre expérience, diriez-vous que les professionnel-les (hors Checkpoint) sont suffisamment à l'écoute pour répondre à vos besoins et attentes sur cette problématique ?	Si oui, qui ? comment ça se passe ?
<u>Autres informations importantes</u> Age – profession et/ou formation/études – traitement prophylactique (PrEP) – infection au VIH		

Canevas avec les professionnel·les		
THEMES	QUESTIONS PRINCIPALES	RELANCES
Besoins, pratiques vis-à-vis du chemsex	Est-ce que vous êtes confronté à des problématiques de chemsex dans votre activité professionnelle ? Si oui, comment gérez-vous ce type de problématique ?	Estimation du N dans votre file active en 2023 ? Stabilité/diminution ou augmentation du N dans la patientèle ? Préciser une temporalité
		Est-ce que vous vous sentez suffisamment outillé pour suivre et traiter ces personnes ? Formation, connaissances... Enjeux/défis particuliers des PEC chemsex ?
	Avec qui collaborez-vous (ou collaboreriez-vous) le plus dans ce type de suivis ?	Quels sont (ou seraient) vos principaux partenaires dans ce type de suivis ?
Expérience et connaissance de la consultation	Est-ce que vous avez été informés des objectifs et de la nature de la consultation chemsex ?	Communication sur nature et objectifs de la prestation : suffisamment claire ou pas assez...
	Est-ce que vous avez déjà orienté des patients vers la consultation Chemsex/ou fait appel au Checkpoint pour une intervention ?	Si oui, dans quel cas et comment se passe la collaboration avec Checkpoint ? Quel a été le bénéfice pour vous/votre patient de votre point de vue Quel est votre point de vue sur l'aide apportée ? Utile ? Pertinente ?
		Si non, pourquoi n'avoir pas (encore) sollicité ? Pensez-vous le faire à terme
Avis sur la consultation	Quel est votre avis sur la mise en œuvre de la consultation chemsex par Checkpoint ?	
	Selon vous quelle est la pertinence d'ouvrir une telle consultation ?	
Plus-value et utilité pour le réseau	Quelle est la (ou les) principale(s) plus-value(s) de cette prestation de votre point de vue ?	
	Qu'est-ce que la consultation chemsex apporte de nouveau dans le réseau actuel ?	Comment cette prestation s'articule-t-elle avec le reste du réseau ? Bonne ou mauvaise articulation ? Doublons ? Y a-t-il des difficultés ou obstacles dans sa mise en œuvre ?
Critiques et pistes d'améliorations	Qu'est-ce que vous estimez moins bon et qui devrait être amélioré dans cette prestation à l'heure actuelle (forme, contenu, mise en œuvre...) ?	Pistes d'améliorations ?
Obstacles et facilitateurs	Selon vous quels sont les barrières et les facilitateurs à l'utilisation de cette prestation par les usagers ?	
Conclusion	D'après vous comment cette consultation devrait-elle évoluer à terme ?	Selon vous quelles sont les raisons qui justifient (ou non) de pérenniser cette prestation ?

8.2 Les usagers rencontrés

8.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des usagers rencontrés

Usagers	Age	Emploi		Niveau d'étude		Situation de logement	
		Sous contrat	Sans contrat, chômage, Al...	Degré secondaire (CFC)	Degré tertiaire (Uni, HES...)	Logement indépendant	Logement non-indépendant
U1	43	X	-	-	X	X	-
U2	57	-	X	X	-	X	-
U3	55	-	X	-	X	X	-
U4	33	X	-	-	X	X	-
U5	40	-	X	-	X	-	X
U6	36	X	-	-	X	X	-
U7	41	-	X	-	X	-	X
U8	54	-	X	X	-	X	-
U9	43	X	-	-	X	X	-
Total/Moyenne	44	4	5	2	7	7	2

8.2.2 Données sanitaires des usagers

Tableau 2 Données sanitaires des usagers rencontrés

Usagers	PrEP	PvVIH	Cures/ Sevrages	Rapport (perçu) au chemsex
U1	X	-	-	A risque
U2	-	X	-	Récréatif
U3	-	X	X	A risque
U4	X	-	-	Récréatif
U5	X	-	X	Problématique (addiction)
U6	X	-	X	A risque
U7	-	X	X	Problématique (addiction)
U8	X	-	X	Récréatif
U9	-	X	-	Récréatif
Total	6	4	5	-

8.2.3 Recours à la consultation et au groupe de parole

Tableau 3 Recours à la consultation et au groupe de parole selon les usagers rencontrés

Usagers	Age	Consultation (X=1 fois)	Groupe de parole
U1	43	X	X
U2	57	-	-
U3	55	-	X
U4	33	XXX	-
U5	40	XXX	X
U6	36	XXX	X
U7	41	-	X
U8	54	X	X
U9	43	XXX	-
Total		6	6

8.2.4 Rapport perçu à la pratique du *chemsex*, substances mentionnées et mode d'usage

Tableau 4 Rapport au chemsex et recours à la consultation/groupe de parole

	Usagers	Recours à la consultation	Recours au groupe de parole	Cures, Sevrages	Age
Type récréatif	U2	-	-	-	57
	U4	X	-	-	33
	U8	X	X	X	54
	U9	X	-	-	43
Sous-total	-	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>46</u>
Type à risque ou problématique (addiction*)	U1	X	X	-	43
	U3	-	X	X	55
	U5*	X	X	X	40
	U6	X	X	X	36
	U7*	-	X	X	41
Sous-total	-	<u>3</u>	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>43</u>
Total	9	6	6	5	44

*Anciens injecteurs (slam)

Tableau 5 Substances mentionnées par les usagers et mode d'usage

Usagers	Stupéfiants mentionnés	Mode d'usage
U1	Cathinones (3MMC...)	Oral
U2	Cocaïne	Oral
U3	GHB/GBL, cathinones (3MMC...)	Oral
U4	GHB, cathinones (3MMC...)	Oral
U5*	GHB/GBL, poppers, cocaïne, cathinones (3MMC...), méthamphétamine	Oral, anal, injection*
U6	GHB/GBL, cocaïne, cathinones (3MMC...)	Oral, injection (rare)
U7*	GHB/GBL, poppers, cocaïne, cathinones (3MMC...), méthamphétamine	Oral, anal, injection*
U8	GHB, Cathinones, MDMA	Oral
U9	GBL, cathinones, MDMA	Oral, anal

*Anciens injecteurs (slam)

8.3 Les professionnel·les rencontrés

Tableau 6 Données sur les professionnel·les rencontrés

Institution	Titre et affiliation(s)
CHUV	Psychiatre addictologue – Service de médecine des addictions (SMA)
	Infirmier addictologue – Service de médecine des addictions (SMA)
	Infirmière infectiologue – Secteur ambulatoire du Service des maladies infectieuses
	Infirmière infectiologue – Secteur ambulatoire du Service des maladies infectieuses
	Psychiatre – Psychiatrie de liaison / Unité Urgences et crises
Fondation du Levant	Socio-thérapeute – Centre d'aide et de prévention (CAP)
	Psychologue – Centre d'aide et de prévention (CAP) / Dispositif Drug Checking
Fondation de Nant	Infirmier addictologue – Unité de traitement des addictions (UTAM)

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique · Lausanne