

Sexe & drogues

le nouveau deal

La révolution des pratiques et des produits nécessite une évolution des stratégies de prévention. Aujourd'hui, les réponses, médicale, politique, et de santé en matière de drogues sont remises en question avec l'apparition de nouveaux modes de consommation, le chemsex et le slam, qui croisent usage de produits et contexte sexuel. Devant cette situation, qui joue un rôle dans les contaminations au VIH, au VHC et au VHB, les acteurs de santé publique, des associations de réduction des risques aux représentants mondiaux de la lutte contre les addictions, doivent faire leur révolution, pour sortir du moralisme inefficace ou du déni complaisant des conséquences sur la santé des personnes. La parole des usagers, comme le regard de celles et ceux qui travaillent auprès d'eux, permettent de faire émerger une information claire sur cette réalité et ce qu'il faut faire pour y répondre. Ce dossier de *Remaides* entend mettre le doigt sur ce qui se passe aujourd'hui, les données disponibles sur les produits utilisés, sans oublier les façons dont militants et acteurs de la santé se saisissent de ces nouveaux usages liés aux drogues, et ainsi permettre aux consommateurs de produits de mieux prendre soin de leur santé. Les personnes interrogées n'ont pas toutes la même approche ni la même vision. Mais elles partagent l'urgence d'évoquer ces enjeux pour que les politiques publiques puissent répondre et s'adapter, dans le respect des personnes, à ces consommations de substances psychoactives. Nouvelles consommations, nouveaux produits présents, nouvelles préventions, devant l'alarmisme ou le sensationnel souvent de mise sur le sujet, place aux faits.

Nouvelles consommations

Il peut paraître étrange de parler des drogues comme si l'on parlait d'une feuille blanche, d'une problématique dont la société se serait bien gardée de parler. Consommer des

substances psychoactives ne date pas d'hier, loin s'en faut. Pourtant, il serait tout autant incongru de partir du principe que la prise de produits serait un phénomène rigide, non-évolutif dans le temps et dont on aurait déjà toutes les réponses. Force est de constater que les choses bougent et que l'on ne peut dupliquer des raisonnements – plus fondés sur la morale que sur les évidences scientifiques – lorsque les usagers rapportent ingérer, sniffer, injecter, consommer d'une autre façon, dans des contextes différents. La France et d'autres pays d'Europe ont vu apparaître ces dernières années deux termes : le slam et le chemsex. Concomitants, mais aux définitions spécifiques, ils sont d'abord apparus au sein de la communauté gay. Le terme de chemsex émane directement de la communauté gay, né de la contraction de "chemicals" (produits de synthèse utilisés comme drogue) et de "sex". Le chemsex est souvent traduit en français par "sexe sous produits", c'est-à-dire l'usage de drogues dans un cadre sexuel, souvent dans des soirées privées, où les produits vont être utilisés pour décupler le plaisir, lors de rapports sexuels de groupe. Le slam, qui signifie "claquer" désigne plus précisément les pratiques d'injection de ces substances dans le corps, également dans un contexte sexuel. Le slam est une pratique à part entière, mais partie prenante du chemsex. L'usage dit festif de cocaïne, MDMA (amphétamine) ou d'autres drogues n'est pas une nouveauté, que ce soit dans les clubs ou dans des soirées privées. Jusqu'alors, on les croyait simplement récréatives, durant des festivals ou des soirées dansantes. Quand bien même on puisse connaître leurs effets sur le désir sexuel ou la désinhibition. Aujourd'hui, certains consommateurs se procurent ces stupéfiants, très souvent de synthèse (appelés nouveaux produits de synthèse ou NPS), dans le but de les consommer lors de plans cul, dit "plans chems", en centrant leurs effets sur le plaisir, l'endurance et la performance sexuelle. Ces soirées privées, organisées



au sein de réseaux de connaissances, rencontrent un succès croissant parmi une partie des gays. Si le slam se concentre, d'après les quelques enquêtes menées, exclusivement chez les gays, on observe que le phénomène chemsex tend récemment à atteindre d'autres groupes, comme les femmes ou les hétérosexuels.

L'émergence du chemsex et du slam et leur tendance à se développer, du fait de l'apparition des cathinones, substances peu chères et très addictives dans une communauté où la prévalence du VIH est déjà élevée, représentent un obstacle de taille à l'arrêt des contaminations. Actuellement, on connaît assez peu ces produits et les personnes qui les consomment (voir interview en page 44). Depuis quelques années, les chercheurs et soignants essayent de récolter des données afin de mieux connaître le phénomène et trouver des clés pour adapter la prévention et la réduction des risques aux enjeux spécifiques du slam et du chemsex. En partant directement des consommateurs. Il existe des sous-groupes de consommateurs de ces NPS. Il y a les usagers plutôt chevronnés, souvent slameurs, rompus à l'expérimentation de ces produits. Il y a aussi des consommateurs plus occasionnels, souvent assez jeunes, qui découvrent les produits grâce à internet. C'est ce qu'indiquent les observations cliniques de certains médecins addictologues

La seule enquête française, cherchant à savoir qui sont ces consommateurs a été conduite par le Centre évaluation et d'information sur la pharmacovigilance de Paris (CEIP-Paris), en lien avec l'hôpital Beaujon. L'âge moyen est de 39 ans, avec une activité professionnelle dans la grande majorité des cas ; 52 % disent consommer des produits dans un but sexuel, mais la plupart ont commencé par un usage dit festif : poppers, cannabis, voire des cathinones. Une autre enquête coordonnée par les CEIP de Paris et Montpellier rapporte que les consommateurs vivent à 68 % en Ile-de-France. Les objectifs recherchés par ces derniers sont fortement reliés au sexe, au plaisir dans les pratiques dites hard, et non pas pour compenser un dysfonctionnement érectile. Certains consommateurs indiquent consommer seul, ou ne plus se rendre dans ces soirées pour le sexe, mais se focalisent sur les produits.

"Nouveaux" produits

Ces nouvelles substances psychoactives ne sont pas "nouvelles" de par leur composition chimique, mais bien par leur émergence récente dans un marché de consommation des drogues. Il y a cinquante ans, un chimiste américain travaillait déjà à l'expérimentation, la synthèse et exploration — par lui-même —

des effets de ces substances. Les travaux d'Alexander Shulgin, publiés dans les années 90, sont aujourd'hui le "fondement théorique" de ceux qui fabriquent et exportent ces nouveaux produits de synthèse. Au départ, ils se vendaient comme "legal highs" (euphorisants légaux), encens, sels de bains ou produits chimiques pour la recherche. Les fabricants pouvant alors se protéger en indiquant que ces produits étaient impropres à la "consommation humaine". C'est ainsi qu'ils ont commencé à inonder le marché des psychotropes à usage récréatif. Depuis quelques années, d'autres substances psychoactives ont continué ce processus, avec la particularité de sortir, jusqu'à très récemment, des sentiers battus de la législation mondiale. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a recensé 651 sites de vente en ligne en 2014, contre 170 en 2010.

Différents produits peuvent être pris, seuls ou en combinaison, selon les sensations qu'ils procurent et la facilité relative avec laquelle on peut acheter un produit plutôt qu'un autre. Les plus couramment utilisés sont le GHB/GBL, souvent pour booster l'effet des autres produits consommés, notamment le très addictif crystal meth, la méphédrone et ses dérivés de la famille des cathinones. Cet essor des nouveaux produits de synthèse, arrivant en cascade sur le marché, s'explique par l'accessibilité de ces nouvelles drogues, qui peuvent être achetées directement sur internet d'une part, et à un coût faible, comparé à d'autres produits. Selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), un nouveau produit de synthèse est "une substance consommée pure ou en préparation à des fins abusives, n'étant contrôlée ni par la convention unique des Nations Unies sur les stupéfiants de 1961, ni par celle sur les psychotropes de 1971, et qui peut présenter une menace pour la santé publique". Elles sont fabriquées dans des "Chemicals labs", en Chine ou en Inde. Ces pseudos laboratoires servent de couvertures légales à de véritables usines de fabrication de ces nouvelles drogues de synthèse. Via des réseaux installés dans des villes européennes comme Berlin ou Londres, les NPS malgré leur interdiction européenne, peuvent ainsi circuler et être vendus facilement. Aussi, l'utilisation très répandue des sites et des applications de rencontre mobile mettent plus facilement et rapidement en relation les consommateurs pour des soirées chemsex.

Nouvelles préventions

Le puzzle entre sexe et produits demeure extrêmement complexe et l'action des acteurs de santé publique à ses balbutiements. Sur un phénomène nouveau, dans sa pratique et



ses enjeux, encore peu documenté, les réponses en matière de prévention et de réduction des risques sont cruciales, relevant même de l'urgence pour la communauté gay. Depuis quelques années, médecins ou militants de lutte contre le sida et les hépatites virales alertent sur les conséquences sanitaires de l'usage de drogues dans un contexte sexuel.

L'émergence du slam dans la communauté gay a vu parallèlement croître, de façon inquiétante, le nombre d'infection au VHC, au VIH et à d'autres infections sexuellement transmissibles parmi les consommateurs. D'après une étude réalisée à l'hôpital Tenon en 2013, auprès d'une file active de 1 376 gays séropositifs, près de 3 % des patients interrogés rapportent avoir pratiqué le slam. Dans les résultats rendus publics en juin 2014, la moitié d'entre eux présente une coinfection VIH et VHC. Plus de 45 % de ces gays "slameurs" étaient positifs à la syphilis. "Slamer" à l'aide d'une seringue ou ingérer une substance sans se l'injecter lors d'une soirée chemsex ne présente pas exactement les mêmes problématiques en termes d'exposition à une contamination, notamment à l'hépatite C. Le slam fait augmenter les risques de manière considérable, dans un contexte où se cumulent les risques liés à l'injection, surtout pour le VHC et le VHB, et l'exposition par voie sexuelle. Le chemsex, sans pratiquer le slam, demeure, lui, un contexte où les personnes restent particulièrement vulnérables à une contamination, quelle qu'elle

soit. Les résultats de l'étude EMIS, conduite dans trente-huit pays auprès de 90 000 hommes, et présentés en avril dernier au Chemsex forum de Londres (voir page 53), montrent le lien entre relations anales non protégées (par un préservatif) et la pratique du chemsex dans l'acquisition du VIH et des hépatites virales. Les experts de pharmacovigilance du CEIP-Paris parlent aussi du concept de "vulnérabilité chimique". Ils expliquent qu'une personne, certes consentante au départ peut, par les effets des produits consommés, voir son consentement affecté voire aboli. Cela peut représenter ainsi une entrée vers la prise de risque. Une étude anglaise publiée en 2014 rapporte que 40 % des gays expliquent que leur consommation de produits dans un cadre sexuel affecte leur perception du risque. Et un quart des hommes n'utilisent pas de préservatifs durant toute la durée de la soirée chemsex.

Dès lors, peu importe le statut sérologique au VIH, la communauté pratiquant le chemsex, tout comme ses membres slameurs représentent une nouvelle réalité épidémiologique à prendre en compte. Pour les séronégatifs, c'est un risque très fort d'infection à VIH, au VHC ou VHB, ainsi que d'autres IST. Pour les séropositifs, c'est également un risque accru de se coinfecter avec une hépatite, mais aussi de voir la charge virale remonter au contact d'une IST, voire même des difficultés d'observance liés aux effets des produits, avec la crainte de ne

plus avoir une charge virale indétectable, condition de la non-transmission.

Il ne faut pas négliger non plus les conséquences psychosociales liées à une addiction rapide. Ainsi, 57 % des hommes interrogés dans l'enquête du CEIP-Paris/Beaujon estiment vivre des "dommages en raison de la consommation". Entre le coût de plus en plus élevé, car il faut faire prendre de plus en plus de produits pour avoir le même niveau d'effets, la dépendance très rapide et l'impact sur la vie sociale et professionnelle, le chemsex ou le slam peuvent devenir une addiction envahissante et assez peu contrôlable. Frissons, tremblements, phase de descente durant jusqu'à 48 heures, avec un "craving" (état de manque) pénible et douloureux, la retombée après les plans chemsex affecte profondément le comportement des personnes. De plus, le manque de connaissances des consommateurs, en termes d'effets des produits comme de mélange ou de dosage, expose aux overdoses, parfois mortelles. Les services d'addictologie voient arriver ces nouveaux patients en demande de sevrage, mais qui font face à des produits puissants et accrocheurs, favorisant les rechutes. Malgré les nouveaux traitements efficaces contre le VHC, la réinfection après une guérison touche particulièrement les slameurs. Ajoutons, pour les séronégatifs, que le VHC est souvent asymptomatique et que le dépistage n'est pas systématiquement proposé.

Peu informées sur la réduction des risques, les personnes pratiquant le chemsex ou le slam sont aussi difficiles à atteindre. Elles ne fréquentent que très peu les structures de prévention classiques, il est vrai peu adaptées à leur profil et au caractère intime de la prise de produit. Mais des expérimentations et actions de prévention sont nées malgré tout, souvent issues des personnes elles-mêmes. L'association Médecins du Monde propose du testing de produits, afin de permettre aux usagers de savoir vraiment ce qu'ils prennent. Des ateliers "sexe et chems" ont été mis en place dans des associations de lutte contre le VIH et les hépatites, notamment AIDES, à Paris et en régions. Les associations essaient aussi de mobiliser et d'informer sur internet, via des profils sur les sites de rencontres ou les applis. Un programme d'échange de seringues par voie postale, SAFE (voir en page 42), a été mis en place afin de permettre aux consommateurs de se fournir rapidement et discrètement en matériel propre, sans avoir à se déplacer. On voit même des initiatives de prévention par les pairs naître pendant les soirées chemsex (voir en page 49). Intéressantes mais pas suffisantes, ces réponses restent à une échelle trop restreinte pour avoir un effet important. Elles mettent aussi en évidence le besoin de voir les autorités de santé publique créer un contexte

légal favorable aux interventions des associations. Mais les politiques répressives contre le trafic, apanage majoritaire des pays européens, et le tabou sur les drogues empêchent des réponses d'ampleur, adaptées et suffisamment innovantes. Pire, de nombreux rapports émanant de l'ONU ou d'experts reconnus indiquent l'inefficacité de la posture actuelle de "guerre contre les drogues", extrêmement coûteuse et sans effet sur la consommation de stupéfiants dans le monde (voir article en page 50). NPS ou au-delà, ces verrous idéologiques et juridiques sont des freins à une réponse fondée sur la santé. Johann Hari, journaliste anglais, a enquêté sur la guerre à la drogue. Il a publié, fin mai, un livre "Légaliser les drogues, c'est restaurer l'ordre dans le chaos", trois années d'enquête sans appel sur le modèle mondial de lutte contre la drogue. Au journal suisse "Le Temps", il explique "que l'approche prohibitionniste de la drogue est en train de s'effondrer, car le système d'interdiction international des drogues se disloque. La prohibition est appliquée depuis cent ans et on ne voit pas de résultat."

Devant ce constat, une nouvelle approche, pragmatique, est réclamée par beaucoup, pour sortir du moralisme et répondre aux nouvelles problématiques de santé publique, comme celle de l'usage de drogue dans un contexte sexuel. Une réforme globale, levier indispensable pour dénouer le nœud entre addiction, santé et liberté.

Mathieu Brancourt



Face aux problématiques d'addictions ou d'infections par le VIH, les hépatites virales, les médecins sont en première ligne du chemsex. Michel Ohayon, directeur médical du centre de santé sexuelle "Le 190" est en contact direct avec ces usagers de produits. A la fois inquiet et pragmatique, il confronte sa pratique médicale quotidienne à son regard de militant historique de la réduction des risques sexuels. Interview.

39

Interview <<

REMAIDES #96

Michel Ohayon :

"Il y a des contaminations au VIH par injection, c'est inédit en contexte gay"

La question des drogues a toujours été partie prenante de la lutte contre le VIH. Face à quels nouveaux enjeux de consommation, de prise de risques liés aux produits êtes vous confrontés au 190 ?

Michel Ohayon : Il est vrai que la question des drogues est dans l'ADN de la lutte contre le VIH. Nous n'oublions pas l'importance de l'épidémie de sida dans les années 80/90, liée à l'injection de drogues, en particulier d'héroïne, qui a connu une relative résolution dès lors que la mise en place de la substitution a permis aux usagers de rentrer dans le soin [Les programmes d'échanges de seringues ont aussi joué un rôle majeur, ndlr]. Mais le phénomène que nous observons avec le slam, en particulier, n'a rien de commun avec ce que nous avons connu, au grand désarroi des addictologues. Nous nous situons, avec le développement progressif des drogues de synthèse dans certaines communautés sexuelles : le mélange de produits, autour des cathinones dans un contexte de sexualité au départ largement collectives et privées. Ce qui explique pourquoi les observateurs des consommations en milieu festif n'ont pas vu tout de suite les choses venir.

Les consommateurs n'avaient rien à voir avec ce que nous avons connu. Au départ, des gens relativement âgés (30-55 ans), sans passé ni culture des drogues, très bien insérés, progressivement, voient leur univers envahi par la sexualité et les produits, le sexe devenant le plus souvent le prétexte à la consommation. Les effets de ces drogues sont très différents des drogues classiques, même s'il s'agit le plus souvent de dérivés amphétaminiques. Le défi est simple : les usagers

ne se reconnaissent pas comme toxicomanes et placent la question sexuelle au premier plan. L'absence de culture des drogues les conduit à une consommation souvent très aléatoire, chacun faisant confiance au groupe – et on prend ce qu'il y a sans tout à fait savoir ce que c'est. Ces produits sont extrêmement bien adaptés à la sexualité, avec un pouvoir empathogène (qui favorise l'empathie) et de désinhibition majeurs. Et ils possèdent un pouvoir addictogène redoutable. Je suis frappé de la rapidité avec laquelle les usagers voient leur univers envahi par la sexualité sous produits, à l'exclusion de toute autre activité sociale ou culturelle.

Les décès, qu'il s'agisse d'overdoses classiques, de mélanges peu recommandés (stimulants et sédatifs, cathinones et GBL par exemple), de suicides lors des accès paranoïaques qui accompagnent les "descentes" (souvent très dures et longues) sont devenus une réalité. Tous nos usagers connaissent quelqu'un qui est mort. Nous constatons également beaucoup plus d'abus sexuels après administration, volontaire ou pas, de divers produits. Ne nous méprenons pas. Il y a des consommateurs "raisonnés", même parmi les slameurs. Et n'oublions pas non plus que le phénomène est loin de se limiter au slam. La plupart des décès que j'ai pu constater sont survenus chez des personnes qui n'injectaient pas, mais qui mélangeaient allègrement n'importe quoi dans des quantités incontrôlées. Se considérer comme toxicomane, ça prend du temps. Pour nos patients, un toxicomane c'est d'abord une image, très marquée socialement, avec une dimension de classe. Ce n'est pas la peur du gendarme qui joue ici, mais celle du déclassement.

Une tribune de Sida info Service, "Stop à l'escalade des drogues chez les gays", questionne l'arrivée des nouvelles drogues de synthèse et un nouveau type de consommation, le chemsex, chez les gays. En quoi cette pratique interroge-t-elle le discours de prévention sur les drogues dans la communauté gay ?

Le discours habituel adressé aux gays concernant les drogues était essentiellement centré sur la prévention du risque sexuel, en particulier vis-à-vis du VIH. Il y avait bien entendu des usagers de drogues injectables homosexuels, mais il n'y avait pas de lien spécifique entre la consommation et l'orientation sexuelle. Avec le chemsex, tout tourne autour du sexe. La drogue est utilisée au départ comme s'il s'agissait d'un "super poppers". La connaissance des produits est inexistante, les mélanges détonants et la progression de l'usage injectable, le "slam", nous confronte aux mêmes problèmes qu'autrefois avec l'héroïne : tout le monde sait bien que partager une seringue n'est pas une bonne idée, mais nos patients n'ont guère de notion sur le partage du matériel d'injection (récipient, filtres, etc.). S'agissant de produits à action brève, qui abolissent le sommeil et la faim, les plans peuvent durer très longtemps, parfois du vendredi soir au lundi matin, avec 20 ou 30 injections sur le week-end et il est évident que plus personne ne sait ce qu'il fait au bout d'un certain temps. Les codes couleur sur les seringues, les prénoms écrits dessus, comme stratégie de réduction des risques, c'est un peu light tout de même. Les novices, ici comme ailleurs, se font injecter leurs premiers slams par d'autres et là aussi, on peut rapidement oublier les règles basiques de prévention. En témoigne la rapidité avec laquelle les slameurs (et les autres consommateurs d'ailleurs) contractent une hépatite C et la rapidité avec laquelle certains se réinfectent après guérison. Nous assistons, depuis deux ans, à des contaminations par le VIH par la seringue, ce qui est inédit en contexte gay.

L'interdiction des substances n'a produit aucun effet. Commande sur internet, livraison par la poste, rien n'est plus simple pour s'en procurer. Cela participe, je crois, au fait que ces drogues sont considérées comme "récréatives". Il y a pourtant une sacrée différence entre gober un demi cachet d'ecstasy en dansant et s'injecter plusieurs grammes de 4MEC lors d'une partouze, en étant incapable d'imaginer la moindre sexualité sans un ou plusieurs produits. La tolérance de certains établissements commerciaux en Europe peut sembler coupable, mais nous sommes face à des consommations qui s'exercent avant tout dans le cadre privé – et je pense que c'est l'une des explications au développement des partouzes ces derniers temps.

On a l'impression que tout le travail de réduction des risques qui s'est construit autour de l'héroïne il y a 30 ans est à reprendre à zéro auprès d'usagers dont la naïveté par rapport aux produits continue de m'étonner. Il y a une prise en charge spécifique qui reste encore à inventer, qui doit faire largement collaborer les acteurs de prévention, les leaders communautaires, les soignants qui s'occupent de VIH et d'IST, les addictologues, les sexologues et, naturellement – et même avant tout – les usagers eux-mêmes.

Quelles sont les difficultés rencontrées actuellement pour la prévention et la santé des consommateurs ?

Il y a bien entendu un problème d'information. Mais l'avantage, pour l'instant, c'est que les usagers sont dans des consommations récentes, et ils craignent énormément la désinsertion sociale qu'ils observent de plus en plus souvent chez leurs camarades de jeux, plus expérimentés. Ils réagissent souvent assez vite lorsqu'ils basculent, soit parce qu'ils sont en train de perdre leur travail, soit qu'ils se trouvent coincés, pour les slameurs, par la destruction très rapide du réseau veineux. Le principal motif d'entrée dans le soin, c'est la demande d'arrêt maladie du mardi parce que, à cause de la descente, il a été impossible d'aller travailler après le "week-end chems". Et nos patients ont souvent de bonnes situations qu'ils n'ont pas envie de perdre.

En revanche, il y a plusieurs inconvénients : lors des premiers contacts, c'est la recherche du contrôle [et non du sevrage, ndlr] qui prédomine, la "lune de miel" avec le produit étant encore active, les lieux de prise en charge sont peu nombreux et saturés, et surtout, le profil des consommateurs évolue. Les jeunes, voire très jeunes arrivent et leur rapport aux produits est plus proche de ce qu'on observe dans les toxicomanies classiques. Les enjeux sanitaires et sociaux sont très importants et plus difficiles à prendre en charge.

Y-a-t-il un déni de la communauté, qui continue à parler d'épiphénomène alors que les données en matière de contaminations au VIH et aux hépatites sont alarmantes. Pensez-vous que les gays ont un rapport spécifique aux drogues ?

En effet, le déni est important et, bizarrement, persiste. Mes patients non usagers de drogues (qui restent la majorité) me font part de leur énervement devant la multiplication des demandes de plans "chems", sans parler de ceux qui se retrouvent chez un mec qui commence par sortir ses seringues. Tous les soignants qui prennent en charge des gays font le même constat que nous, et pas simplement à Paris. Mais je m'entends opposer à longueur de journée

qu'il s'agit d'un phénomène parisien marginal, qui ne concerne que quelques centaines d'individus. Il y a derrière cela, je pense, une volonté de ne pas stigmatiser une fois de plus les gays ; je ne pense pas que ce soit en se cachant les choses qu'on réduit le stigma, c'est plutôt l'usage de plus en plus répandu des produits qui stigmatise les usagers. Quant au rapport spécifique des gays aux drogues, bizarrement, je n'y crois pas vraiment. Les gays ont des organisations sexuelles spécifiques (auxquelles tout le monde n'adhère pas), des subcultures, et c'est autour de ces organisations que les "chems" se sont développés. Le fait que l'usage des poppers soit très répandu depuis des lustres n'a jamais constitué un rapport spécifique aux drogues et, que je sache, ils ont été très longtemps le seul psychotrope largement utilisé, sans dérapage. N'oublions pas aussi que l'arrivée des IPDE5 (le Cialis et ses amis) a permis aux consommateurs de drogues de continuer à bander. Ce n'est pas pour rien dans le développement de cette subculture.

En quoi le fait que beaucoup ne se considèrent pas comme toxicomane, évoquant un usage contrôlé et festif, alors qu'ils s'injectent, est-il problématique pour faire de la prévention sur ce type de consommation ?

Ils sont dépendants, parfois très sévèrement et au risque de leur vie, à des produits. Souvent, ils viennent me consulter pour une addiction au sexe. Ils n'ont pas encore réalisé qu'ils sont dépendants à des produits qu'ils ne consomment qu'en contexte sexuel et que cela les conduit à multiplier à l'infini les plans cul pour pouvoir consommer... Ce qui est intéressant pour la prise en charge car cela contribue à une relative régulation. Il y a peu de consommation solitaire, sauf chez ceux qui ont achevé la "descente aux enfers" de la dépendance et qui, eux, ont compris qu'ils étaient véritablement toxicomanes. La grande difficulté pour les soignants est là. J'ai tendance à dire, un peu caricaturalement, qu'il s'agit d'abord d'une question sexuelle, avant d'être un problème de produit. Toute prise en charge axée sur le produit est à mon sens vouée à l'échec si la dimension sexuelle n'est pas au cœur de la proposition thérapeutique. Et cela ne fait pas partie de la culture addictologique classique.

Sur les consommateurs, vous les décrivez souvent séropos et pour beaucoup c'est la découverte du VIH qui déclenche l'expérimentation des produits : qu'est ce qui vous permet de faire ce lien et ce constat ?

Il faut bien faire attention à ce qu'on dit et à ce qu'on lit. J'ai écrit ça il y a quelques années et, aujourd'hui, c'est loin de résumer le phénomène, qui évolue à une vitesse confondante. Mais au départ, c'est vrai, on a vu l'usage de cathinones se développer dans les réseaux sexuels qui réunissaient des séropos, au travers de sites spécialisés. Il s'agissait de quelque chose d'assez marginal qui s'est étendu parce que d'autres séropos se sont trouvés dans ces circuits et ont essayé des produits, y ont adhéré et ont continué.

On a tendance à oublier que, malgré les révolutions thérapeutiques successives qui ont changé le visage du VIH, être séropo, ça reste très compliqué à vivre et, en particulier, sexuellement. Le sentiment de dévaluation, la peur phobique de contaminer en dépit des constats sur le TASP, le constat objectif d'un rejet toujours aussi violent dans la communauté font que beaucoup se sont réfugiés dans une sexualité entre soi où être séropo pouvait être accepté, voire valorisé. Mais cela ne résout rien aux difficultés personnelles. Beaucoup ont changé leurs pratiques. Par exemple, devenir exclusivement passifs pour éviter la symbolique de la transmission et tout simplement parce que le VIH les empêche de bander correctement. Ils sont tombés dans une relative anhédonie [absence de ressenti positif, malgré une recherche de plaisir, ndlr] sexuelle, et le besoin de monter le niveau de stimulation s'est fait sentir. De la même façon, je constate que des hommes, jeunes ou pas, passent à des sexualités plus hard à partir du moment où ils se découvrent séropositifs, et l'usage de produits contrebalance ce relèvement du seuil de stimulation et de plaisir. Sans compter que les drogues rendent assez aisées certaines pratiques qui nécessitent maîtrise et apprentissage. Pas étonnant, du coup, qu'on recoure à des produits puisque, évidemment, ça ne marche pas puisque le problème est ailleurs. La drogue alors – comme toutes les drogues – revêt un rôle thérapeutique.

Cependant, les choses bougent et on en est plus là. Et c'est tout le problème : tout ce que nous avons écrit, les uns et les autres, ces dernières années, est quasiment caduc quelques mois après leur publication. Personne ne sait aujourd'hui le tour précis que vont prendre les choses. Tout ce que je peux affirmer aujourd'hui, de ma place de médecin, c'est que le nombre de consommateurs augmente en flèche, que la quasi totalité des décès de nos patients, depuis deux ans, est lié à l'usage de drogues, que notre consultation d'addictologie, anecdotique en 2012, est complètement saturée. Et plus personne ne pense que le slam n'est qu'un genre de poésie déclamée sur de la musique...

Propos recueillis par Mathieu Brancourt



Interactions médicaments dont ARV et produits

La prise simultanée de plusieurs médicaments peut modifier leur efficacité et leur toxicité. En effet, l'un des médicaments peut s'opposer à l'action d'un autre ou modifier la façon dont ce dernier est absorbé et éliminé par le corps. C'est ce que l'on appelle une interaction médicamenteuse. Dans le cadre du chemsex, la variabilité des produits, tout comme leur multiplication galopante, ont rendu complexe une classification fiable des possibles effets de la prise de substances, notamment de synthèse. Différentes ressources, souvent en anglais, permettent de vérifier les effets possibles de la combinaison entre antirétroviraux et les drogues, de connaître les interactions :

- Le site de l'Université de Liverpool, très pratique, qui permet de vérifier de manière personnalisable les potentielles interactions entre ses médicaments anti-VIH et d'autres molécules, dont les drogues (en anglais) : www.hiv-druginteractions.org/checker
- La brochure "Le Blender" sur le mélange de produits psychoactifs, réalisée par une association d'usagers québécois, accessible et claire : http://linjecteur.ca/PDF/Info-Drogue/Blender_web%20PDF.pdf
- Le site du Centre de toxicomanie et de santé mentale, ressource canadienne francophone assez complète sur les effets concomitants des produits avec les médicaments : www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/concurrent_disorders/a_family_guide_to_concurrent_disorders/treatment/Pages/drug_interactions.aspx
- On peut aussi trouver des conseils, des avis et des témoignages sur les sites d'auto-support de personnes consommatrices, comme les sites "psychoactif" (www.psychoactif.org/forum/index.php) et ASUD (www.asud.org/). Une nouvelle rubrique du site d'ASUD propose également des informations sur les interactions médicamenteuses, avec le traitement de l'hépatite C.
- La rubrique d'ASUD: www.asud.org/hepatite-c/interactions-medicamenteuses/
- Vous pouvez aussi retrouver des informations sur les interactions liées à toutes les hépatites, encore sur un site dédié de l'Université de Liverpool : www.hep-druginteractions.org/

Ces liens sont actifs sur seronet.info

Collecteurs de seringues usagées : les traces de NPS en forte hausse

L'association SAFE, qui a monté la distribution postale de seringues propres en France, avait déjà constaté l'émergence de ces produits de synthèse (NPS) dans les drogues consommées. En janvier 2015, devant la difficulté de recueillir des données sur le profil des consommateurs, l'association a réalisé une étude sur les résidus retrouvés dans les seringues usagées, récupérées via les collecteurs de rue. En partenariat avec l'université Paris-Sud, SAFE en a analysé le contenu, recherchant dix-neuf substances différentes. En ressort une augmentation flagrante de NPS retrouvés entre 2012 et 2014. La 4-MEC, cathinone la plus courante, a été retrouvée dans 40 % des seringues collectées, contre 25 % en 2012. Pour les autres NPS, on est tout simplement passé de quasiment zéro à plus de 30 %. "L'année 2012 a marqué l'émergence des NPS, les résultats d'analyses de l'année 2014 témoignent de la banalisation de leur consommation", notent les auteurs de l'enquête. Tout cela dans un contexte où le mélange de différents produits et la poly-consommation restent très marqués. Certaines seringues présentaient des traces de pas moins de sept produits différents, dont des NPS. Lien : www.tdo4.be/wp/wp-content/uploads/2015/01/TDO4-poster-duplessy-nefau-karolak-levi-bara-Analyse-chimique-des-contenus-r%C3%A9siduels-de-seringues-usag%C3%A9es.pdf

Le sexe sous produits n'est pas l'apanage des gays. Si aujourd'hui une information émerge sur cette problématique, elle se cantonne quasi-exclusivement aux spécificités des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Clémence ⁽¹⁾, bisexuelle et consommatrice de nouveaux produits psychoactifs dans un cadre sexuel, témoigne.

Clémence :

"Il faut casser les représentations autour du chemsex"

Comment êtes-vous entrée dans le chemsex et que vous procure l'usage de produits dans le cadre de vos relations sexuelles ?

Clémence : Je consommait déjà des produits, notamment des nouveaux produits psychoactifs, dans un contexte festif. Et j'ai bien vu que cela avait des effets sur ma libido. C'est comme cela que j'ai commencé à tester le chemsex. L'usage de produits accroît surtout mon désir de relations sexuelles, et le désir envers mes partenaires.

Pourquoi faut-il, selon vous, faire émerger l'information et la prévention au delà de la communauté gay ?

Il n'y a pas que les gays qui consomment des produits en contexte sexuel. Or il n'existe que très peu d'informations ou d'interventions en direction des autres publics, également à risque au vu de leurs pratiques. Il est important de développer une véritable politique de réduction des risques, pour sensibiliser l'ensemble des personnes concernées, si on veut qu'elle soit efficace et que les bonnes pratiques de prévention soient connues et adoptées par tous.



Et comment le faire ?

La première chose, c'est de casser les idées reçues autour du chemsex : tant qu'il y aura un tabou, rien ne pourra avancer. Et cela est vrai dans la communauté gay, mais aussi, par exemple, chez les femmes. Les femmes consommatrices de produits sont stigmatisées, et on ne peut même pas imaginer qu'elles consomment dans un contexte sexuel ! Cela est problématique et ne facilite pas le rapprochement vis-à-vis des structures de prévention. Des témoignages de femmes qui font du chemsex peuvent aussi libérer la parole pour d'autres, et peut être qu'alors on pourra aussi penser à faire de la prévention pour elles !

Propos recueillis par Mathieu Brancourt

(1) : Le prénom a été changé.

Le Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance et l'addictovigilance (CEIP-A) de Paris s'intéresse à l'usage de substances psychoactives pour mieux connaître les pratiques, les produits et leurs effets, recherchés ou non. Anne Batisse et Maude Marillier, pharmaciens au CEIP-A de Paris, reviennent pour *Remaides* sur les enjeux mêlés du sexe sous produits ainsi que sur les objectifs d'une étude en cours sur ces nouveaux produits de synthèse utilisés en contexte sexuel.

Anne Batisse et Maude Marillier : "L'analyse de produits comme moyen de dialoguer avec les usagers"

Vous avez réalisé une analyse toxicologique des produits utilisés par les personnes pratiquant le chemsex. Quels étaient les objectifs de votre étude ?

Anne Batisse et Maude Marillier : L'émergence du slam est intimement liée à l'expansion des nouveaux produits de synthèse, ou NPS. La surveillance de ce phénomène est une des missions du réseau d'addictovigilance. Nous travaillons sur le sujet du slam et des cathinones de synthèse, une des familles des NPS, depuis 2012. A travers les études que nous avons réalisées, nous savons que les principales complications en lien avec ces cathinones de synthèse sont des troubles psychiatriques, des intoxications aiguës, des séroconversions au VIH et au VHC et le développement des dépendances. La nécessité de prévention, d'éducation sur les risques d'abus et de dépendance aux substances psychoactives et de prise en charge des complications observées sont impératives, prioritaires et urgentes.

La communauté gay est bien souvent précurseur de nouvelles pratiques, de consommations de nouveaux types de produits. Elle doit faire face à une société qui peut être homophobe et dans laquelle la sexualité peut s'avérer être plus simple sous produits. Cette population connaît assez peu les risques liés

aux drogues et fréquente peu les structures d'accueil de type CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) ou les centres de santé sexuelle. Il est devenu clair qu'une enquête sur ce sujet serait bénéfique. Nous avons monté une étude en trois parties, afin de développer un outil de réduction des risques à destination des gays qui pratiquent le slam, mais aussi de ceux, plus largement, qui fréquentent les soirées chemsex. En premier lieu, nous avons élaboré un questionnaire afin de mieux connaître les usagers, leurs consommations et leurs avis, obligatoirement associé à toute collecte d'échantillons de produits [avec accord de l'OFDT]⁽¹⁾. Une analyse qualitative et quantitative a permis d'évaluer l'adéquation contenu-étiquetage de ses produits, mais aussi le niveau de pureté et les produits de coupe utilisés. Des soirées d'échanges viennent compléter l'ensemble, avec le constat d'une forte demande d'information sur les produits, leur toxicité, et d'un partage d'expérience entre usagers. Nous avons mené cette recherche avec le CAARUD de Paris-les Halles [AIDES, ndlr], la clinique privée Montévidéo et l'hôpital Marmottan. Nous faisons appel au laboratoire du CHU de Lille pour les analyses, en pointe dans l'identification et la détection des produits de synthèse.

(1) : OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.



On parle du slam et du chemsex de manière parallèle. Faites-vous une différence entre ces deux pratiques et comment les définir ?

Le chemsex se définit classiquement par l'usage de substances psychoactives avant ou pendant le sexe afin d'améliorer performance, durée et plaisir sexuel. Le chemsex peut toucher tout le monde, aussi bien les hétéros que les homos si on prend un spectre large qui va jusqu'à prendre en compte l'alcool, qui est aussi une substance psychoactive. Le slam est la partie "hard" du chemsex, avec l'administration par injection intraveineuse. La pratique du slam semble se limiter à une minorité d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes — bien que le nombre soit difficilement évaluable. Bien évidemment, tous les gays ne slament pas et des hétéros s'injectent des NPS, mais pas forcément dans un cadre sexuel. En interrogeant les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sur l'usage de substances dans un cadre sexuel via un questionnaire en ligne, la moitié de notre échantillon rapportait un premier usage de drogues pour la recherche de plaisir sexuel et l'ensemble montrait une forme d'expertise sur les effets sexuels des substances, avec un effet d'attente important des produits.

Peut-on distinguer les enjeux de consommation entre slam et chemsex ?

Les risques sont les mêmes concernant le slam et le chemsex. Ils peuvent être liés aux produits, à la prise de risque en contexte sexuel, tout comme l'infection au VIH, et les hépatites B et C, les autres IST, les complications psychiatriques et addictologiques. Seule spécificité du slam, le risque supplémentaire lié à la pratique de l'utilisation de la voie intraveineuse avec les dégâts qui peuvent être liés à l'injection (abcès, infections, endocardites, bulle d'air). Ce sont des cas extrêmes et nous ne sommes pas tous égaux face aux drogues, mais la question du sexe sous produits reste trop peu travaillée et l'intérêt de sauvegarder une sexualité sans produits est à souligner. L'usage des NPS expose également au risque judiciaire (détention de produits considérés comme stupéfiants) de même qu'aux complications médico-légales qui peuvent découler de ces usages. Le CEIP-A de Paris est également responsable d'une enquête nationale sur la soumission chimique. On la définit comme l'administration à l'insu d'une personne ou sous la menace, d'une substance psychoactive à des fins délictuelle (violences volontaires, vols) ou criminelle (viols). Parallèlement, on désigne la vulnérabilité chimique comme



la prise volontaire de substances psychoactives par une personne qui, alors sous influence du produit, devient vulnérable à tout type d'agression. Bien que rares, les NPS peuvent entraîner ce genre de complications médico-légales et ces cas ne doivent pas être ignorés.

Comment sont nées ces substances chimiques ?

Les cathinones, majoritairement consommées dans le chemsex et le slam, sont issues de remaniement chimique à partir d'un principe actif contenu dans une plante, le khat. Cultivé traditionnellement au Yémen et dans l'Afrique de l'Est, il est utilisé depuis des siècles comme psychostimulant. Le principe actif, la cathinone, est la base chimique des produits, depuis modifiée par synthèse. C'est aussi comme cela que l'on fait les médicaments. Dans les années 20, des cathinones ont même été testées pour la recherche médicamenteuse en Russie. En France, un médicament contenant une cathinone de synthèse, la pyrovalérone, a été pressenti dans les années 60 comme traitement de la fatigue chronique et de l'obésité, mais a été abandonné du fait de son fort potentiel addictogène. Le Zyban, prescrit lui pour l'arrêt du tabac, est une cathinone. La poursuite et la diffusion de nouvelles molécules et des nouveaux produits de synthèse suivent donc le même procédé pour fabriquer des drogues. Il y a eu, avec l'interdiction globale de la méphédrome entre 2010 et 2012, la fabrication compulsive de nombreuses nouvelles cathinones pour contourner l'interdiction. En y rajoutant des éléments chimiques, on a créé de nouvelles molécules et donc de sortes de cathinones.

En termes de circuit, nous sommes face aujourd'hui à une fabrication par les "chemicals labs", en Inde ou en Chine, sous un couvert de recherche pharmaceutique. Par des réseaux, les produits sont envoyés à des distributeurs implantés dans des villes européennes. L'envoi peut se faire de deux façons. Soit ce sont de grosses quantités à des réseaux de trafic, qui sont ensuite redistribués puis envoyés aux consommateurs, faisant leur commande sur internet. Soit c'est de la livraison directe par voie postale. Il y a aussi un deuxième circuit avec le Darkweb ; ce réseau internet dissimulé, qui évite d'être identifié ou localisé. On a des retours sur la formation d'un marché de rue, mais cela reste très marginal et quelques laboratoires clandestins de fabrication de NPS ont également été démantelés en Europe.

Les données sur les produits sont disparates et ces substances de synthèse évoluent très vite. Que peut-on dire sur ces NPS, leurs effets et leur essor ?

Au début des années 2000, les usagers d'amphétamines classiques étaient un peu "déçus" de ce qui circulait. Il y a eu ensuite une pénurie de ces amphétamines, à cause d'une rupture d'un de ses précurseurs [composant indispensable, ndlr]. Les consommateurs se sont tournés vers ces nouveaux types de substances, légales à l'époque, comme la méphédronne vers 2010, puis d'autres (4MEC, 3MMC, MDPV, NRG) par la suite. Certains ont perduré dans le temps mais d'autres, à l'instar de la MDPV par exemple, ont été abandonnés du fait d'une mauvaise réputation, par une forme d'autorégulation des usagers. L'accessibilité, l'offre impressionnante et leur faible prix [entre 8 et 20 euros le gramme contre 60 euros pour la cocaïne, ndlr] ont fait le reste.

Ces cathinones avaient bonne presse, avec une réputation de haute pureté. Mais aujourd'hui, devant le tel engouement des NPS, vendus sous des noms commerciaux ou non, il est difficile de savoir ce qu'ils contiennent réellement comme molécules actives. Nous avons fait une étude sur le NRG3, à partir de divers échantillons, récupérés de manière variée. Après analyse, nous avons pu mettre en évidence une différence qualitative, c'est-à-dire la présence ou non du MDPV et d'autres molécules, que quantitatif en termes de concentration [dosages, ndlr] et de pureté. Il y a donc une grosse variabilité des produits, même sous le même nom et donc des effets qui découlent de l'usage, qu'ils soient recherchés ou non.

Quelles législations, françaises ou européennes, et dispositifs de surveillance sont en place concernant ces produits de synthèse ?

Concernant les cathinones, la première saisie douanière de méphédronne a eu lieu en 2007. Elle a continué de se répandre les deux années suivantes, mais l'interdiction n'est intervenue que trois ans plus tard, en juin 2012. Il a fallu attendre encore deux ans de plus pour avoir l'interdiction dite globale. Toutes les cathinones sont désormais classées sur la liste des stupéfiants. Pour les autres NPS, comme les cannabinoïdes de synthèse, c'est beaucoup plus compliqué car très nombreux, de structures chimiques très variées et parfois très peu connus. En mai 2015, sept familles de ces cannabinoïdes de synthèse ont finalement été ajoutées à la liste des substances interdites. En France, les CEIP-A sont en charge de la surveillance de ces

NPS et des risques sur la santé humaine qu'ils entraînent : usage, abus, dépendance, complications et décès. La commission des stupéfiants et psychotropes de l'ANSM⁽²⁾ donne ensuite son avis sur la possible mise sur liste des substances stupéfiantes. L'arrêté officiel de classement est ensuite pris par décision ministérielle. L'observatoire des drogues et des toxicomanies (OFDT) collecte de son côté, les tendances de consommation via les dispositifs SINTES (Système d'Identification National des Toxiques et Substances) et TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues). Au niveau européen, des décisions de classement peuvent également être prises. La France doit alors se soumettre à ces décisions et faire appliquer ces réglementations au niveau national.

D'autres politiques alternatives à l'interdiction existent ailleurs dans le monde. Par exemple, la mise en place de dispositifs visant à garantir la sécurité du consommateur (étiquetage clair sur les usages, les risques sanitaires, directive CE), ou bien le contrôle des NPS selon la législation des médicaments et non des drogues, afin de permettre leur contrôle par les agences sanitaires. Il y a aussi la dépénalisation pour un usage simple ou bien encore un projet de loi, comme en Nouvelle Zélande, qui impose aux vendeurs de NPS de disposer d'une licence de production, avec des mesures de contrôles de la qualité, de la toxicité et du conditionnement. Rendre l'utilisateur responsable et acteur de sa santé est une piste intéressante à développer.

Y-a-t-il urgence à se pencher sur la composition de ces NPS ?

Oui, dans notre analyse de produits, on a vu une différence entre le produit voulu et le produit effectivement acheté, mais c'est une problématique qui se retrouve également pour toutes les drogues. Les connaissances scientifiques sur les NPS sont pauvres (pour la plupart aucune données précliniques et cliniques). Pour le moment, il est difficile de parler d'urgence sanitaire ; mais de cas graves, oui. Il s'agit plutôt d'une urgence de prise de conscience de la problématique chemsex et des NPS en général, de l'élaboration d'une nouvelle prévention, associant santé sexuelle, risques infectieux et addiction. La composition n'est pas un but, mais un moyen d'atteindre l'utilisateur, de le rendre acteur de ses consommations. On peut penser que la composition des produits va évoluer. Il est donc important de surveiller le phénomène.

Propos recueillis par Mathieu Brancourt

(2) : Agence nationale de sécurité du médicament

Durant la dernière conférence européenne de lutte contre le VIH, la question de l'usage de drogues chez les gays, particulièrement dans un contexte sexuel, a été l'objet de l'attention des cliniciens et activistes. Longtemps jugé marginal ou émergent, le "chemsex" (sexe sous produits) pose aujourd'hui de nouveaux enjeux en matière de réduction des risques. Tamàs Bereczky, militant de longue date et porte-parole de l'European AIDS treatment group (EATG), revient sur les défis en matière de prévention et le rôle respectif des communautés, scientifiques et militantes.

Tamàs Bereczky :

"Ce n'est pas un problème sexuel, mais un problème d'addiction"

Avons-nous une idée de l'impact du "chemsex" sur l'épidémie de VIH dans la communauté gay ?

Tamàs Bereczky : Nous n'avons pas vraiment de données ou preuves scientifiquement établies. Beaucoup d'études ou de travaux sont en cours. Il y avait d'ailleurs une session spécifique sur la question durant la dernière EACS [European AIDS Clinical Society]. Elle est notamment revenue sur le travail incroyable du "56 Dean Street", un centre de santé sexuelle situé à Londres et qui mène une réflexion très intéressante sur la consommation de drogues dans un contexte sexuel ("chemsex"), notamment par David Stuart. Le problème, c'est qu'ils sont presque les seuls à mener ces recherches en Europe. Ailleurs, on peut noter les écrits importants du Pr Kane Race, socio-psychologue à l'Université de Sydney, qui explore la pratique des drogues dans la communauté gay depuis plusieurs années. Ils permettent de baliser les enjeux autour du "chemsex". Mais il reste cependant complexe d'en estimer l'importance, parce que c'est un domaine de recherche très difficile, surtout dans des pays où l'usage de drogues, quel qu'il soit, demeure criminalisé. Rencontrer et faire parler ces consommateurs reste très délicat, par peur, soit d'être dénoncé soit d'être arrêté par la suite. J'ai essayé d'avoir des discussions avec des participants à des soirées "chems", moi-même faisant partie de la communauté gay et ayant un passé de consommation de produits. Malgré cela, ils ont peur de me parler, même s'ils me connaissent ou m'ont déjà croisé dans une soirée, ou même quand j'étais un chercheur, un militant. La peur est très ancrée. Et cette crainte rend très difficile la compréhension et l'évaluation des enjeux liés au "chemsex", tout comme d'en connaître l'étendue.

Quelles sont les plus grands enjeux en matière de prévention ?

Sur les challenges que ces difficultés posent en matière de prévention, il faut attirer l'attention sur le fait que la plupart des personnes qui prennent des produits dans un cadre sexuel n'admettent pas être des "consommateurs" de drogues. Elles disent que cela n'est pas une habitude, qu'elles gèrent la fréquence de leurs prises et les effets des substances. Elles ne se considèrent pas non plus comme des injecteurs, bien qu'elles le fassent. Et surtout, elles "slamment". Il faut savoir qu'avec ces drogues de synthèse, il peut y avoir jusqu'à vingt injections pendant une session de "chemsex", afin de conserver les effets. Et cette répétition du geste augmente, de fait, le risque lié à l'injection. Pas seulement au VIH, mais à toutes les affections liées à l'injection : abcès, infections. Sans parler de l'hépatite C, qui se transmet très facilement et prend des proportions importantes dans ces communautés pratiquant le "chemsex" [Trois enquêtes sur le "slam" auprès de personnes VIH ont montré des taux de coinfection avec le VHC de 30 à 50 %, ndlr]. C'est un enjeu majeur, car si on utilise les méthodes traditionnelles de réduction des risques, elles ne marchent pas. Mais il y a de très bons exemples de bonnes pratiques qui se mettent en place (voir encart ci-contre). Ce n'est pas un usage classique et donc les réponses classiques sont inefficaces. Mais s'il y a bien un problème majeur, dont il faut dès aujourd'hui parler, c'est de la chute des prix de ces substances. Elles sont devenues très accessibles et peu chères, notamment en Europe centrale et de l'Est. Ce qui rend très simple le début d'une consommation et l'entrée dans ces soirées "chemsex".

Qu'elle doit être la réponse de la communauté gay selon vous ?

La première chose à faire, et certainement la plus importante, reste de diffuser largement l'information et notre connaissance sur cette question. Il y a deux ans, un membre de l'EATG allemand est venu me voir, me disant que ce phénomène du "chemsex" lui semblait prendre une certaine importance dans sa communauté. Je faisais le même constat que lui dans mon pays, la Hongrie. Nous avons alors mis en place des sessions d'information au sein de l'EATG, pour nos propres membres. Nous nous sommes heurtés à de très fortes résistances. Certains disaient que c'était marginal et pas un problème, l'affaire de quelques centaines de gays qui ne comprendraient jamais. Et ensuite, cela a explosé. Parce que les produits sont très peu chers et que ce phénomène n'était pas si circonscrit. Aujourd'hui, il faut fournir l'information à tout le monde et, pas seulement aux usagers eux-mêmes. Quant à l'action de la communauté gay sur le sujet, il faudrait déjà que les gens commencent à se parler honnêtement là-dessus et arrêter de remettre cela sous le tapis, ni faire la sourde oreille quand des personnes ont des problèmes de consommation de substances psychoactives. Ce n'est pas un problème sexuel, mais un problème d'addiction. Il faut l'accepter. Pendant des années, nous avons négligé le fait que les gays buvaient ou fumaient plus que la moyenne, comme si cela était naturel, comme si cela ne posait pas de problème en soi. En parlant avec des responsables de la clinique de santé sexuelle de Londres, "56 Dean Street", j'ai aussi réalisé que certains jeunes gays n'avaient jamais couché sans utiliser de drogues. Ils n'ont pas l'expérience de rapport sexuel sans alcool ou produits. Je ne veux pas paraître dogmatique ni vieux jeu, mais je pense vraiment que c'est une perte. Une perte d'intimité et de partage. Et dont nous devons prendre conscience. C'est aussi pourquoi il faut trouver d'autres méthodes, d'autres styles de réduction des risques.

Au niveau européen, que peuvent recommander l'EACS ou l'EATG en matière de prévention concernant ces nouvelles pratiques ?

Comme je le disais, il nous faut étudier de nouvelles stratégies de prévention qui fonctionnent dans ces communautés. Nous devons être ouverts et vigilants sur le sujet, car on se rend compte que ces soirées "chemsex" s'exportent aussi chez les hétéros. Il faut arrêter les clichés et la stigmatisation sur ce phénomène en mutation permanente. Et plus nous briserons le tabou sur cette question, plus nous réduirons la stigmatisation autour de ces pratiques. Il faut aussi débiter un dialogue avec les médecins. Ces derniers ont un rôle important, et ils ont tendance à ne pas aborder ces questions précises avec leurs patients. Il faut qu'ils s'y intéressent, en demandant de manière spécifique la potentielle consommation de produits, et ainsi permettre d'orienter les personnes qui en font la demande vers des structures adéquates d'écoute ou de soins des addictions.

Un chaperon pour les sex party ?

Les usagers de drogues dans un cadre sexuel ne sont pas réfractaires à la prévention, au contraire. Tamás Bereczky évoque un exemple de réduction des risques mis en place par les personnes elles-mêmes. "J'ai entendu cet exemple de bonnes pratiques mis en place à Londres. Les personnes rassemblent de l'argent avant une soirée "chemsex", et louent les services d'un infirmier homme. Ce dernier va être présent autour des participants. Il ne consomme pas de produits, ne couche avec personne. Il va veiller à la réduction des risques des autres, s'assurant qu'ils utilisent des seringues propres, ne les échangeront pas ou qu'ils ne font pas d'overdoses. Si malgré tout, une personne ne se sent pas bien, l'infirmier appellera une ambulance, et pas la police. Et vu le contexte légal, c'est un point majeur. Mais dans un pays où la consommation est criminalisée, cette initiative ne peut pas se faire, et c'est un problème."



50

>> Dossier

REMAIDES #96

Une session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) s'est déroulée en avril dernier sur la question des drogues. Une occasion de revoir les politiques internationales des drogues. Des militants de la réduction des risques, notamment des sociétés civiles de plusieurs pays d'Afrique, ont défendu un nouveau modèle, respectueux des droits des personnes consommatrices, notamment de leur santé. Chargé de mission Plaidoyer international, Nicolas

Denis a participé à cette session et, en amont, à la mobilisation de la société civile. Pour Remaides, il dresse un bilan de cette rencontre et de ses conclusions. Par Nicolas Denis.

UNGASS Drogues : beaucoup de bruit pour rien ?

En avril 2016, l'Assemblée générale des Nations Unies a tenu une session spéciale sur "le problème mondial des drogues". A la demande du Mexique, de la Colombie et du Guatemala, cette réunion initialement prévue en 2019 a été avancée de trois ans, en raison du coût particulièrement élevé que ces pays estimaient avoir déjà payé pour la guerre mondiale contre les drogues. Une prohibition globale qui s'est avérée inefficace pour lutter contre les réseaux et réduire la consommation de substances psychoactives et qui a eu un impact négatif sur la santé des personnes consommatrices.

Des négociations s'inscrivant dans le constat de l'échec de la guerre à la drogue

Cela faisait dix-huit ans que l'Assemblée générale des Nations Unies n'avait tenu de session spéciale sur les drogues (UNGASS). En 2009, la communauté internationale s'était accordée sur un plan d'action et une déclaration politique ayant pour ambition affichée de permettre l'avènement d'un "monde sans drogues". Force est de constater que cet objectif n'a pas été atteint, loin s'en faut. Chaque année, des dizaines de milliards de dollars sont investis dans la lutte contre les drogues, sans réussir pour autant à avoir un impact significatif sur la production et la consommation des produits stupéfiants. L'application de lois punitives pour lutter contre la drogue attise la criminalité et accroît les risques sanitaires liés à l'usage de drogues,

en particulier chez les personnes les plus vulnérables. La production, l'expédition et la vente au détail sont laissées entre les mains du crime organisé, et les usagers sont criminalisés, au lieu d'être aidés. Ces approches politiques punitives portent atteinte aux droits humains dans toutes les régions du monde, érodant les libertés civiles, légitimant des peines souvent disproportionnées et favorisant la stigmatisation et la discrimination des usagers. Le système prohibitionniste a échoué à créer le "monde sans drogues" qu'il ambitionnait, mais a, paradoxalement, alimenté le problème qu'il entendait combattre, renforçant le crime organisé, poussant les consommateurs dans la clandestinité et l'illégalité et aggravant les risques sanitaires.

Le rôle essentiel de la société civile

L'important engagement des pays d'Amérique Latine ne doit pas occulter le rôle majeur que la société civile mondiale a eu dans la remise en cause du modèle prohibitionniste et plus particulièrement dans le processus de l'UNGASS ⁽¹⁾. En effet, alors que les contextes répressifs ont favorisé l'aggravation d'épidémies de VIH et de VHC dans les communautés d'usagers ⁽²⁾. L'exemple russe est édifiant. Alors que les programmes de substitution aux opiacés sont interdits et ceux d'échanges de seringues très limités, le nombre officiel de personnes vivant avec le VIH est passé de 500 000 fin 2010 à 907 000 à la fin 2014 ; près de 60 % des cas d'infection sont dus à l'injection de

(1) : UNGASS : United Nations General Assembly Special Session/Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies.

(2) : A ce titre, l'exemple russe est éloquent : Alors que les programmes de substitution aux opiacés sont interdits et l'échanges de seringues très limités, le nombre officiel de personnes séropositives est passé de 500 000 fin 2010 à 907 000 à la fin 2014, sachant que près de 60% des cas d'infection sont dues à l'injection de drogues dans des conditions non stériles.

drogues. Ce sont les associations, souvent communautaires, qui se sont battues pour obtenir que les programmes de substitution aux opiacés et d'échange de seringues soient mis en place de façon règlementée, après avoir longtemps été proposés hors du cadre légal par des acteurs et des médecins militants. L'implication de la société civile sur les négociations internationales relatives aux drogues a longtemps été l'apanage des associations du Nord. Cependant, au fil des années, les associations du Sud se sont de plus en plus impliquées. On observe aujourd'hui, une pluralité d'acteurs associatifs engagés au niveau international que ce soit sous l'angle des droits humains ou de la santé publique. S'inscrivant dans cette dynamique, AIDES a participé avec ses partenaires de Tunisie, du Burkina Faso et de Côte d'Ivoire, au processus de négociations, entendant contribuer à la prise en compte des droits humains et de la santé publique dans la résolution présentée à l'Assemblée générale. Dans le cadre du projet Droits Humains ⁽³⁾, ces plaideurs ont organisé des réunions avec les membres de la société civile au sein de leurs pays respectifs afin de définir une position commune qu'ils ont ensuite portée auprès des cabinets ministériels concernés. A New York comme à Vienne, où se négociait le texte de la déclaration finale, les plaideurs ont rencontré les délégations diplomatiques de plusieurs pays africains (Algérie, Tunisie, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Mozambique, Angola, Cap Vert, etc.), afin d'expliquer, encore et encore, les conséquences néfastes pour la santé publique d'une approche purement répressive. L'objectif était de permettre aux plaideurs d'Afrique francophone, peu représentés dans ces instances internationales, de faire entendre leurs revendications de même que les spécificités d'une région, longtemps restée à l'écart des politiques internationales de lutte contre les drogues.

Afrique francophone : d'une zone de transit à une zone de consommation

L'ampleur prise par le trafic de drogues au sein du continent ces dix dernières années empêche les pays africains de se tenir à l'écart de ces débats. L'Afrique, et plus spécifiquement l'Afrique de l'Ouest, est devenue une importante plaque tournante du trafic de cocaïne provenant d'Amérique du Sud ainsi que de l'héroïne d'Asie du Sud-Est et Occidentale à destination de l'Europe et de l'Amérique du Nord. Comme en Amérique du Sud dans les années 1990, ce phénomène pose d'importants problèmes de sécurité, de santé et de bonne gouvernance.

Il est également devenu de plus en plus facile de se procurer ces substances, et cette disponibilité a entraîné une hausse de l'usage de drogues dans la région. L'absence de services



de réduction des risques adaptés, des législations nationales souvent répressives, ainsi qu'un contexte très stigmatisant vis-à-vis des personnes consommatrices ont entraîné des problèmes majeurs de santé publique, dont une augmentation des épidémies de VIH et de VHC au sein des communautés usagères de drogues⁽⁴⁾. Par ailleurs, la classification actuelle des substances psychoactives a pour conséquence délétère de priver 80 % de la population mondiale d'accès aux antidouleurs, ce qui est particulièrement problématique sur le continent africain. Face à ces différents enjeux, la société civile africaine a pu faire valoir auprès des différentes délégations diplomatiques et au sein même des capitales, l'importance d'adopter une approche équilibrée fondée sur la santé publique et les droits humains.

Vers un changement de paradigme ?

Cette UNGASS devait donc être l'occasion de revoir les politiques internationales des drogues et de s'accorder sur une résolution adoptée à l'unanimité des 193 Etats membres, dressant la feuille de route de la communauté internationale pour les années à venir.

(3) : Conçu par AIDES et les associations partenaires du projet, et cofinancé par l'Agence Française de développement, ce projet se propose de renforcer les capacités de plaidoyer des associations partenaires, dans le but de promouvoir la défense des droits Humains des populations vulnérables (tant au niveau national, régional que multilatéral) et d'améliorer leur environnement politique, juridique et social. Prévu dans cinq pays d'Afrique et deux pays de la Caraïbe, le projet Droit Humains a démarré en Mars 2014 et se déroulera sur une période de trois ans.

(4) : West African Commission on Drugs, "Pas seulement une zone transit : drogues, états et société en Afrique de l'Ouest", Juin 2014.

Des mois de négociations auront été nécessaires pour obtenir un texte de consensus, qui, au final, ne peut que décevoir. Cependant, dans le contexte de plus en plus critique du plan d'action de 2009, qui faisait la part belle au tout répressif, cette résolution présente des inflexions notables en faisant plus de place aux enjeux sanitaires et sociaux. Dès l'ouverture des négociations, les nombreuses contributions sur le site de l'UNGASS, notamment d'agences onusiennes telles que l'ONUSIDA, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'ONU-Femme ou le Haut Commissariat aux Droits de l'Homme plaident en faveur de la dépénalisation de l'usage de drogue.

Ainsi, même si un certain statu quo semble prédominer dans le texte final de l'UNGASS, les agences onusiennes ouvrent la voie à un changement de modèle. La structuration du texte en lui-même témoigne de cette subtile évolution : aux trois piliers historiques de la lutte contre les drogues (lutte contre la demande, l'offre et blanchiment d'argent et coopération judiciaire) se sont rajoutés la santé, l'accès aux substances contrôlées (opiacés et kétamine), les droits humains et les communautés.

Certes, le texte n'utilise pas les termes "traitement de substitution aux opiacés" mais "programmes thérapeutique médicalisés appropriés", de même pour "programmes d'échange de seringues" qui devient "programme d'équipement à l'injection". Ces formules alambiquées révèlent le refus de s'approprier les termes des militants de la réduction des risques, à forte connotation politique. Elles témoignent de l'aspect très sensible de ces terminologies, certains pays voyant la "réduction des risques" (RdR) comme une stratégie déguisée pour avancer sur la légalisation des drogues.

Même si le terme "dépénalisation" n'apparaît nulle part dans le texte, il y est désormais stipulé que les "Etats membres encouragent le développement, l'adoption et la mise en œuvre (...) de mesures alternatives aux condamnations et aux peines [de prison]". Mais en raison de violentes oppositions entre les Etats, la mention de la peine de mort ne figure pas dans ce texte. Les Etats signataires doivent se retrouver de nouveau en 2019 afin d'évaluer le plan d'action de 2009, qui court officiellement jusqu'en 2019, et la mise en œuvre de cette nouvelle déclaration politique. Au regard de l'évolution des politiques nationales (Mexique, Portugal, Etats-Unis, Uruguay, Irlande, Islande, etc.), il n'est pas exclu que nous puissions y obtenir de nouvelles avancées, sortant ainsi les politiques de lutte contre les drogues de leur régime d'exception.

Rappel historique :

Si l'usage récréatif de substances psychoactives semble avoir caractérisé l'histoire de l'humanité ⁽¹⁾, la volonté de contrôler les drogues de façon intégrale, de la production à l'usage, est un phénomène assez récent. Le premier outil de contrôle des drogues est la Convention Internationale de l'opium, promulguée le 23 janvier 1912. Elle marque le basculement d'un système de marché libre et légal des drogues à une régulation de ce dernier. Officiellement, cette régulation est une réponse à "une véritable tragédie humanitaire : l'épidémie chinoise de l'opium" ⁽²⁾. En réalité, les Etats occidentaux défendent les intérêts de "leur" industrie pharmaceutique en pleine expansion ; industrie qui a bien compris l'enjeu financier lié à la commercialisation de substances psychoactives telles que les opiacés.

Après la Seconde Guerre Mondiale et sous l'égide de l'ONU, le système international de contrôle des drogues se structure et prend un caractère obligatoire. La Convention unique sur les stupéfiants, ratifiée le 20 mars 1954, est la première des trois conventions qui constituent le cadre juridique international contemporain s'appliquant aux Etats. Elle est bientôt complétée par la Convention de 1954 sur les substances psychotropes, puis par la Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, qui accentue le caractère répressif de la Convention de 1954. Les Etats parties ⁽³⁾ sont donc tenus de traduire ces conventions dans leur législation nationale et de participer activement à la guerre mondiale contre la drogue. L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), est chargé d'y veiller, et n'hésite pas à attirer l'attention, dans son rapport annuel ou par voie de presse, sur les mauvais élèves du système, ceux qui ne déploient pas suffisamment d'efforts dans la lutte contre la production, le commerce ou l'usage non contrôlé de stupéfiants.

Le rôle des Etats-Unis dans la construction de ce système est important, en particulier à partir de l'élection en 1968 du candidat de "l'ordre et de la loi", Richard Nixon, à la présidence des Etats-Unis. Face à l'influence américaine, les voies qui tentent de dénoncer les impacts négatifs de la guerre à la drogue ne se font que difficilement entendre.

(1) : L'usage de l'opium en Mésopotamie a par exemple été bien documenté :

Dugarin Jean, Nominé Patrice. Toxicomanie : Historique et classifications. Histoire, économie et société n°4. Toxicomanie : Alcool, Tabac et Drogues, 1988

(2) : Citation d'une communication de l'Organisation des Nations Unies contre la Drogue et le Crime : Cent ans de contrôle des drogues, catastrophe mondiale évitée-Les plus vulnérables toujours exclus, 2010.

(3) : Les Etats signataires des traités ou conventions, donc ceux qui sont liés par les textes signés.

Début avril, des militants et médecins européens se sont réunis à Londres afin d'échanger sur cette nouvelle donne chez les gays, et trouver des réponses, malgré un phénomène évolutif. Vincent Schlegel, chargé de mission Flash PrEP Europe à AIDES, était présent au London chemsex forum. Il revient pour Remaides sur cet événement.

53

Dossier <<

REMAIDES #96

Sexe et drogues : l'appel de Londres

Le chemsex, en l'absence d'études complètes et détaillées, reste difficilement quantifiable. Difficile donc de savoir précisément qui et combien de personnes sont concernées. Et même parmi elles, il est indispensable de distinguer celles chez qui cela relève d'un usage problématique des autres. Cela suppose de mettre en parallèle l'expérience subjective des personnes concernées et des critères objectifs. Les données épidémiologiques et médicales demeurent encore insuffisantes pour rendre compte du phénomène. Il faut donc adopter le point de vue de la communauté, à la fois pour comprendre comment certaines pratiques de chemsex sont amenées à être définies comme problématiques et quelles solutions sont proposées par les personnes. Réunis à Londres pour la première fois début avril 2016, des militants associatifs européens et des chercheurs ont fait le point sur la question. L'existence d'un tissu associatif dense à Londres a permis de mettre en lumière l'existence de ces nouvelles pratiques liées à la fois au sexe et à la drogue, pour proposer ensuite des services adaptés aux situations rencontrées.

L'expérience londonienne

Le London chemsex forum a été l'occasion de présenter les nombreux services qui ont vu le jour à Londres au cours des quinze dernières années. S'il y a un mot à retenir de ces trois journées, c'est probablement celui de "communauté" et le rôle qu'elle a joué dans l'identification du problème, ainsi que dans la formulation de l'aide adéquate à proposer à ceux qui en expriment le besoin. Il faut souligner les différentes formes que prend la mobilisation autour de cette question, sans jamais





Ce dossier sur Seronet

L'ensemble de ce dossier consacré aux nouvelles consommations de produits sera disponible sur Internet. Vous retrouverez des textes et témoignages supplémentaires, ainsi que les versions longues des articles de ce dossier de Remaides sur www.seronet.info

laisser place à des jugements moraux. La clinique 56 Dean street propose, par exemple, des consultations spécialisées pour les personnes pratiquant le chemsex. Animées par le charismatique David Stuart, responsable des programmes de bien-être de l'établissement, elles permettent aux personnes de recevoir un accueil et un suivi personnalisé si elles le désirent, sans rendez-vous au préalable et totalement gratuits. Elle permet aussi de distribuer un TPE (traitement post-exposition ou traitement d'urgence) aux personnes exposées à une situation à risque⁽¹⁾. Un autre exemple est celui d'Antidote, une association anglaise qui offre des services spécifiques aux publics LGBT en lien avec leur consommation d'alcool ou de drogues. Elle propose, par exemple, un programme intensif étalé sur quatre semaines intitulé Swap (Structured weekend antidote program) invitant les chemsexers à sortir de la chaîne des week-ends de fête sexuelle en leur offrant la possibilité de participer à des ateliers d'échanges et d'infos pour faire le point sur leur situation personnelle. Dans la même veine, After Party Service distribue des kits post "chemsex parties" incluant des autotests de dépistage du VIH, des préservatifs, du gel et des aiguilles propres. Les militants se rendent disponibles pour dispenser conseils et aide à ceux qui les sollicitent. Enfin comment ne pas parler de l'initiative réjouissante "Let's talk about gay sex and drugs" qui donne, chaque mois, dans un bar gay à Soho, le quartier gay de Londres, la parole à des personnes qui participent à des plans chemsex. Le succès d'audience de ces interventions a d'ailleurs donné naissance

à une pièce de théâtre écrite à partir d'authentiques récits de personnes engagées dans le chemsex.

Et maintenant, que fait-on ?

Il ressort le retard relatif des autres pays européens à développer une offre de services spécifique, notamment dans des villes comme Paris, Berlin ou Amsterdam. Le témoignage des militants venus d'Europe souligne la prise de conscience progressive du phénomène, mais la difficulté à mettre en place des actions de prévention spécifiques et adaptées. De plus, ces villes fortement touristiques où le chemsex semble plus courant qu'ailleurs, peuvent être des portes d'entrée vers une pratique plus régulière. Le chemsex cristallise un certain nombre de questions concernant la santé sexuelle et globale des gays. Se saisir de la question pourrait être l'opportunité de créer une offre globale et intégrée, comme c'est déjà le cas pour la PrEP en France. Cette dernière présente évidemment un intérêt tout particulier en contexte de chemsex, mais sa disponibilité reste extrêmement limitée en Europe ; à l'heure actuelle, seule la France l'a autorisée. Il y a donc urgence à mutualiser les compétences en matière de santé sexuelle et celles concernant les addictions pour traiter un enjeu dans lequel sexe et usage de produits ne forment plus qu'une seule et même pratique.

Vincent Schlegel
Remerciements à Stéphane Calmon,
Jimmy Lambec et Camille Spire.

(1) : La PrEP n'existe pas en Grande-Bretagne. Les autorités de santé nationales refusent sa prise en charge.
La version intégrale de cet article est à lire sur www.seronet.info