



Faculté de médecine

Année 2025-2026

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Clément LE ROUX

**Capitalisation d'expérience en promotion de la santé du projet communautaire
d'accompagnement autour du chemsex en région Centre Val-de-Loire,
porté par AIDES 37, le CSAPA Tours centre et le CeGIDD 37**

Présentée et soutenue publiquement le 3 octobre 2025 devant un jury composé de :

Présidente du Jury : Professeure Leslie GRAMMATICO-GUILLON, Santé Publique et épidémiologie,
UFR de Médecine de Tours

Membres du Jury :

Professeur Paul BRUNAULT, Psychiatrie Addictologie, UFR de Médecine de Tours

Docteure Mélanie BOISSINOT, Médecine générale, PH, CHRU de Tours

Membre invitée : Catherine AUMOND, présidente de AIDES région Centre Ouest, Chartres

Directeur de thèse : Docteur Yoann CONAN, Infectiologie, CCA, CHRU de Tours

RESUME

Capitalisation d'expérience en promotion de la santé du projet communautaire d'accompagnement autour du chemsex en région Centre-Val de Loire, porté par AIDES 37, le CSAPA Tours Centre et le CeGIDD 37

Introduction : Le chemsex est une pratique communautaire associant consommation de substances psychoactives et sexualités queers. Elle se situe à l'intersection des enjeux d'addictologie, de santé sexuelle et d'expériences minoritaires. En région Centre-Val de Loire, un projet d'accompagnement a été construit à partir de 2022 par le CeGIDD 37, le CSAPA Tours Centre et l'association AIDES. Cette étude vise à comprendre les dynamiques ayant permis l'émergence, le déploiement et la structuration de ce projet.

Méthodes : Ce travail est une capitalisation d'expériences en promotion de la santé d'intensité forte, selon la méthodologie de la SFSP. Elle s'appuie sur un focus groupe avec les porteur·ses principaux·ales du projet, des entretiens individuels avec des acteur·rices impliqué·es, une analyse des documents produits et de l'observation participante. La capitalisation a eu lieu entre janvier et juillet 2025 et s'est intéressée à l'initiation et au développement du projet pendant 3 ans à partir de l'été 2022. L'analyse qualitative a permis d'identifier les leviers, les freins et les dynamiques ayant permis l'émergence de ce projet.

Résultats : L'accompagnement s'est structuré autour de permanences d'accueil, d'orientation et d'évaluation au sein du CeGIDD ainsi que d'un groupe de travail inter-structures. Il comprend un axe de développement de l'offre de soins à l'échelle territoriale (formations et réunions de concertation pluriprofessionnelles) et un axe d'accompagnement communautaire (groupes de parole, sorties culturelles et espaces de convivialité). L'ensemble repose sur un fort engagement individuel des acteur·ices, en l'absence de reconnaissance institutionnelle et de financements dédiés.

Discussions : Cette capitalisation souligne la nécessité d'une approche collective et communautaire pour répondre aux enjeux spécifiques du chemsex. Le modèle mis en place, malgré ses limites, apparaît reproductible aux conditions d'un travail inter-structure, d'une dynamique communautaire forte, d'une offre de formation spécifique et de la structuration d'un espace collectif d'évaluation et d'orientation. La documentation du processus de création favorise son appropriation et sa diffusion sur d'autres territoires.

Mots clefs : chemsex, troubles liés à l'usage de substances, comportement sexuel, homosexualité masculine, queer, services de santé communautaire, promotion de la santé, recherche qualitative, coopération interinstitutionnelle, santé publique

ABSTRACT

Experience capitalization in health promotion of a support community-based project on chemsex in the Centre-Val de Loire region, led by AIDES 37, CSAPA tours centre, and CeGIDD 37

Introduction: Chemsex is a community-based practice that combines the use of psychoactive substances with queer sexualities. It lies at the intersection of addiction medicine, sexual health, and minority experiences. In the Centre-Val de Loire region, a support project was initiated in 2022 by CeGIDD 37, CSAPA Tours Centre, and AIDES. This study aims to understand the dynamics that enabled the emergence, deployment, and structuring of this project.

Methods: This work is a high-intensity capitalization of experiential knowledge in health promotion, following the methodology of the French Society for Public Health (SFSP). It is based on a focus group with the main stakeholders of the project, individual interviews with involved actors, an analysis of project-related documents, and participant observation. The capitalization took place between January and July 2025 and focused on the project's initiation and development over a three-year period starting in the summer of 2022. The qualitative analysis identified the facilitators, barriers, and dynamics that shaped the project's development.

Results: The project was structured around reception, referral, and assessment services within CeGIDD, as well as common working group. It includes two main components: the development of healthcare provision at the territorial level (training and multi-disciplinary consultation meetings) and community-based support (peer-support groups, cultural outings, and convivial spaces). The initiative relied heavily on the individual commitment of actors, in the lack of institutional support and dedicated funding.

Discussion: This capitalization highlights the need for a collective and community-based approach to address the specific challenges of chemsex. The project, despite its limitations, appears reproducible under certain conditions: inter-agency collaboration, strong community-based dynamics, specific training, and the structuring of a collective space for evaluation and referral. Documenting the creation process facilitates its appropriation and dissemination in other territories.

Key-words: chemsex ; substance-related disorder ; sexual behaviors ; male homosexuality ; queer ; community health services ; health promotion ; qualitative research ; interinstitutional cooperation ; public health

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN
Pr David BAKHOS

ASSESEURS
Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Alexandra AUDEMARD-VERGER, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gilles PAINAUD
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES
D.ALISON – P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – M. AUPART – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – G. CALAIS – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BISSON Arnaud	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHAUMIER François.....	Médecine palliative
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE LUCA Arnaud.....	Nutrition
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie et biologie du vieillissement
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
JOUAN Youenn.....	Médecine intensive-réanimation
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie

LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre
PAUTRAT Maxime

PROFESSEURS ASSOCIES

BARBEAU Ludivine

LIMA MALDONADO Igor.....

MALLET Donatien.....

SAMKO Boris.....

RUIZ Christophe

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
EYMIEUX Sébastien	Biologie cellulaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KHANNA Raoul Kanav	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LE TILLY Olivier	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEROY Victoire	Médecine interne
MORICE Anne	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PASTUSZKA Adeline	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VALLET Nicolas	Hématologie, transfusion
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VIILLAUUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
AUBRY Jean-Denis	Sciences infirmières
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BALAND Thierry	Médecine Générale
CHALEIX Lysiane	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
DUMAS Adrien	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BLOCH Solal	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directeur de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
LEONARD Thomas.....	Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc	Praticien Hospitalier
--------------------	-----------------------

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....	Orthophoniste
CABANNE-Hardy Marie-Charlotte	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde	Orthophoniste
GLAIE Axelle	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
MORIN Eléonore.....	Orthophoniste
NAL Emmanuel.....	Praticien Hospitalier
PILLER Anne-Gaëlle.....	Orthophoniste
PUJOLE Dorine.....	Orthophoniste
ROUVRE Olivier	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste
TAMIATTO Zinaida	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour la santé au travail

MONMOUSSEAU Fanny	Praticien Hospitalier
NGUYEN Duc Qui	Dirigeant d'entreprise

Pour la Médecine Générale

LOISON Clotilde.....	Médecin Généraliste
----------------------	---------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes de cette Faculté, de mes ami·es et condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je demeurerai attentif aux évolutions de la société et soutiendrai les progrès qui permettent à chacun et chacune de disposer librement de son corps.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigent·es et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, mais mon silence ne sera jamais complice des violences.

Mon état ne servira pas à entretenir les dominations, à couvrir l'oppression ni à favoriser le crime sauf à résister à l'injustice. Je m'engage à conserver l'indépendance indispensable à l'exercice de ma mission.

Respectueux et reconnaissant envers celles et ceux qui m'ont transmis leurs savoirs, je rendrai l'instruction que j'ai reçue à toutes celles et ceux qui en auront besoin.

Que les hommes, les femmes et tout ce qu'il y a au milieu m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

« Qu'est-ce que l'hétérosexualité ? En tant que mot, il n'a pas existé avant qu'on parle d'homosexualité [...]. Il n'a existé qu'en contrepartie. L'hétérosexualité allait tellement de soi qu'elle n'avait pas de nom. C'était la norme sociale. C'est un contrat social. C'est un régime politique. »

Monique Wittig, *La pensée straight*, 2001

« Le sexe et la sexualité ne sont pas la propriété essentielle du sujet, mais bien le produit de diverses technologies sociales et discursives, de pratiques politiques de gestion de la vérité et de la vie. [...] Il n'y a pas des sexes et des sexualités mais des usages du corps reconnus naturels ou sanctionnés en tant que déviants. »

Paul B. Preciado, *Un appartement sur Uranus*, 2019

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury pour avoir accepté de lire ce travail et de m'accompagner dans cette étape symbolique de mes études.

À Yoann, co-interne, maître de stage, directeur de thèse, et surtout l'une des plus belles rencontres de mon internat. Je sais que nous ne serons jamais loin l'un de l'autre.

À Leslie, qui m'a ouvert la voie de la santé publique et permis de m'y épanouir dans chacun de mes projets ces cinq dernières années.

À Paul, pour la (re)découverte passionnante de l'addictologie et pour avoir rendu possibles ces ponts entre deux spécialités si complémentaires.

À Mélanie, dont la façon d'être avec les personnes est un modèle, et qui m'a accompagné durant de nombreux mois d'internat – jusque sur un plateau de télévision.

À Catherine, pour ton engagement de toujours : intégrer un regard aidien sur ce travail était une évidence et je suis heureux que ce soit toi qui l'incarne.

À Thibaut, dont les discours, les positions et la pratique sont une source d'inspiration. J'aurais aimé te compter dans ce jury, mais prendre soin de soi est une nécessité pour prendre soin des autres.

À celles et ceux (surtout celles) qui, durant ces douze années d'études, m'ont transmis leurs savoirs et montré que la médecine pouvait aussi être un lieu d'épanouissement. Pas merci aux autres. Aux services qui m'ont accueilli et ont fait de cet internat un moment si riche : le CeGIDD, le SIMEES, l'Orthogénie, l'IML, la maison des femmes, le CPOS, le CSAPA, le SSE et le CoReSS.

À Guillaume et Nathalie, pour vos qualités humaines et vos engagements professionnels, pour m'avoir fait découvrir et aimé la santé sexuelle et pour m'aider à toujours questionner la place de médecin.

À Elsa, Eva et Aymerick pour votre engagement et pour m'avoir permis de trouver un sujet de thèse. Merci surtout d'être devenu des ami-es. À l'ensemble des personnes du groupe de travail chemsex pour votre engagement.

À Elsa, Eva et Yoann pour la perspective des soirées queers parisiennes et du DU de sexologie.

À Maman, pour avoir toujours été là et pour me donner la certitude que tu le seras toujours et à Didier qui la rend heureuse.

À Papa pour nous avoir offert une nouvelle famille pleine d'amour. À Cécile, sans qui je n'aurais sans doute jamais choisi la médecine. À Louise et Annaëlle pour vos fugues à venir et le rôle de grand frère que vous m'avez donné.

À ma sœur, j'ai tellement de chance de t'avoir. Merci d'avoir été là, même dans les périodes les plus compliquées. À Jean-Baptiste, pour les aventures qui vous attendent.

À Papi et Mamie pour avoir été un refuge pendant tant d'années. Je ne sais pas si vous mesurez l'amour que je vous porte. À Mamie pour les souvenirs et les moments passés à la maison avec Papi.

À l'ensemble de ma famille : vous avez tous·tes participé, à faire de moi celui que je suis.

À Arthur, pour permettre à l'intime de s'exprimer et pour être quelqu'un sur qui je peux toujours compter. À Louis pour les souvenirs, les voyages et les galères. À Quentin pour nos échanges et débats sans fin. À tous les trois pour ces années partagées.

À Claire, pour notre morceau de vie en commun. Je crois pouvoir dire qu'il nous reste l'essentiel.

À Cécile, Juliette, Coralie, Anne-Ma, Margaux, Mathieu, Célia et toute cette petite troupe avec qui j'aime passer du temps. Et à toutes celles et ceux rencontrées sur les bancs de l'université, dans les couloirs de l'hôpital et les salles de consultations.

À Agatxe, Gogo et Marion pour m'avoir accueilli à la maison. La vie est douce à vos côtés.

À mes amant·es, passé·es et à venir.

À Christophe dont le chemin trop court a tracé le mien vers ce sujet.

Aux camarades et militant·es de AIDES, des luttes communautaires, queers et féministes. À celles et ceux qui luttent, partout, contre le patriarcat, la colonisation et le capitalisme.

Enfin, à tous les enfants queers et à celles et ceux qui ont vécus des violences, vous n'êtes pas seul·es.

SOMMAIRE

Remerciements	7
Sommaire	9
Abréviations	11
Introduction.....	13
1. Le chemsex.....	13
2. Les enjeux épidémiologiques.....	15
3. Les structures porteuses.....	16
4. Le projet d’accompagnement autour du chemsex.....	19
5. La démarche communautaire.....	20
6. La capitalisation d’expériences.....	21
7. Les objectifs	22
Méthodes	23
1. Les conditions de capitalisation.....	23
2. La source principale : le focus groupe	24
3. Les sources secondaires : les entretiens auprès des contributeur·rices associé·es.....	24
4. Les sources secondaires : les documents de travail	25
5. Les sources tertiaires : l’observation participante	26
6. Evaluation de l’activité.....	26
7. Etapes de la capitalisation	27
8. Ethique.....	28
Résultats.....	29
I. Contexte de l’action.....	29
1. Problématiques de l’action	29
2. Point de départ et émergence de l’action	31
II. L’action.....	34
1. Le projet et sa chronologie	34
2. Les structures partenaires	37
3. Elaboration du projet.....	38
4. Stratégies développées.....	42
III. Outils d’évaluation, difficultés et reproductibilité	51

1. Outils d'évaluation	51
2. Difficultés et limites	54
3. Reproductibilité et transfert	59
IV. Evaluation de l'activité	62
1. Activités des permanences	62
2. Parcours et flux des usager·es	62
3. La formation des professionnel·les	64
4. La réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP)	65
5. Une diversification des offres de soins et d'accompagnements	66
6. Groupe d'usager·es	67
Discussion	68
1. Les limites de la capitalisation	68
2. Les enjeux liés au repérage et au recrutement des usager·es	69
3. Le rôle et la place du CeGIDD	70
4. La santé communautaire	72
5. La consolidation du dispositif	73
6. L'offre de soins addictologiques	74
7. Le chemsex, un enjeu politique et de santé publique	76
Bibliographie	79
Annexes	86
Annexe 1 : grille d'entretien	86
Annexe 2 : cadre de confiance et de bienveillance de AIDES.....	88
Annexe 3 : fiche de suivi appelé « guide d'entretien »	90
Annexe 4 : convention partenariale	92
Annexe 5 : blason utilisé dans le groupe de parole du 16 octobre 2024	95
Annexe 6 : affiche de la permanence	96

ABREVIATIONS

CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usager·es de drogues

CAPS : capitalisation d'expériences en promotion de la santé

CeGIDD : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites et des IST

CoReSS : comité de coordination régionale de santé sexuelle

CoReVIH : comité de coordination régionale de lutte contre le VIH et les IST

CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

FPS : Fédération promotion santé

GBL : gamma-butyrolactone

GHB : acide gamma-hydroxybutyrique

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

IDE : infirmier·e diplômé·e d'état

INED : institut national d'études démographiques

IPDE-5 : inhibiteurs sélectifs de la phosphodiesterase de type 5

IST : infections sexuellement transmissibles

LM : lieu de mobilisation

PrEP : prophylaxie préexposition contre le VIH

RdR : réduction des risques

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

SFSP : société française de santé publique

SPA : substances psychoactives

SSRA : soins de suite et réadaptation en addictologie

USS : usages sexualisés de substances

INTRODUCTION

1. Le chemsex

Les usages sexualisés de substances psychoactives (USS) occupent depuis longtemps une place importante dans les pratiques sexuelles(1). Intriqués dans l'histoire des sexualités, ces usages sont multiples : recherche de désinhibition avec l'alcool lors de rencontres romantiques ou sexuelles(2), sexualité anale et nitrites d'alkyles(3), amélioration des performances avec la cocaïne(4) ou encore consommations festives de dérivés amphétaminiques(5). Ces usages sont fréquents et ne se limitent ni à un type de sexualité ni à une identité de genre(6). Une méta-analyse de 2025 estime leur prévalence en population générale à 19,92 %(7).

Les consommations de produits s'inscrivent dans des contextes culturels(8) : la consommation d'alcool ou de médicaments psychotropes ne peuvent être pensées indépendamment de leur banalisation dans les sociétés occidentales(9,10). Certains usages relèvent également de dynamiques communautaires, à l'image des consommations de protoxyde d'azote en milieu étudiant(11), du tabagisme en milieu carcéral(11) ou dans les milieux précaires(12) ou encore des usages d'ecstasy ou de MDMA dans des contextes festifs ou de rave(13).

Les USS doivent être envisagés dans leur contexte social. Concernant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)(14), dès les années 1980, des consommations de cocaïne et de MDMA sont rapportées dans les milieux festifs gays(15). Bien que festives, elles répondaient aussi à des finalités explicitement sexuelles(16).

Le GHB est connu pour ses usages détournés depuis plusieurs décennies et a, entre autres, été utilisé comme anabolisant dans des pratiques sportives(17). Bien que la littérature scientifique reste lacunaire, ses usages récréatifs, en particulier parmi les HSH, sont documentés depuis les années 1990(18). L'association régulière entre GHB et soumission chimique – malgré des utilisations très marginales(19) – tend à invisibiliser ses consommations consenties en contexte sexuel(1) ainsi que celles de son précurseur le GBL, utilisé depuis la fin des années 1990(19).

Le *cruising* a occupé, et occupe encore, une place importante dans les sexualités gays(20). Cette recherche de partenaires anonymes dans des espaces publics ou semi-publics a permis à de nombreux

HSH de vivre leur sexualité malgré une répression sociale et légale(21). Ces pratiques ont préparé le terrain à l'essor, dès les années 2010, des applications de rencontres géolocalisées, telles que *Grindr*(22), qui ont redéfini les socialisations gays. En parallèle, de nouveaux produits de synthèse (NPS) tels que les cathinones(23), se sont diffusés. Substances psychostimulantes empathogènes, entactogènes, bon marché et souvent non réglementées, elles ont trouvé leur place dans ces nouveaux espaces.

C'est dans ce contexte d'émergence de nouveaux espaces de sociabilité et de nouveaux produits qu'apparaît une pratique communautaire de consommation en contexte sexuel. Le mot « chemsex », utilisé de façon informelle au cours des années 2000, est introduit en 2013 dans des écrits académiques, par David Stuart(24). Initialement défini comme l'usage sexualisé de GHB, d'amphétamines et de kétamine associé à des médicaments contre la dysfonction érectile chez les HSH, le concept s'est élargi : il inclut désormais les cathinones (3-MMC, 3-CMC...) et le GBL, et ne concerne plus seulement les hommes gays et bisexuels mais aussi les personnes queer, notamment trans et non-binaires(25).

Les modes de consommation sont variés : voie intra-nasale (« *sniff* »), voie rectale (« *plug* »), voie orale (« *parachute* ») ou voie intraveineuse (« *slam* »). Le *slam* a progressivement émergé comme modalité spécifique(26). L'injection de cathinones, associée à des sexualités entre hommes, a favorisé une lecture du chemsex centrée sur le risque, notamment de transmission du VIH. La majorité des travaux publiés ces quinze dernières années l'ont abordé sous un prisme pathologisant, considérant les sexualités gay comme compulsives ou dangereuses et niant l'agentivité des personnes(25). En réaction, les *critical chemsex studies* ont émergé(27). Ces approches s'ancrent dans une vision positive des sexualités et envisagent le chemsex comme une pratique dissidente de l'ordre sexuel normatif(28), permettant à des personnes queer d'explorer et d'affirmer leur sexualité. Ces tensions analytiques se retrouvent dans d'autres pratiques liées aux sexualités gay, comme le *bareback*, défini par des rapports sexuels non protégés au début des années 1990(29,30).

Comme toute consommation et la plupart des pratiques sexuelles, le chemsex n'est pas problématique en soi. L'enjeu n'est pas d'en restreindre la pratique mais d'en limiter les risques, les conséquences et les dommages. Certain·es usager·es sont confronté·es à des enjeux spécifiques psychiques, physiques ou sexuels : violences sexuelles(31,32), problèmes de santé mentale(33), troubles liés à l'usage(34),

troubles des sexualités(35,36), complications liées aux modes de consommation(37) ou infections sexuellement transmissibles (IST)(38,39).

D'un point de vue de santé publique, le chemsex soulève un triple enjeu : prévenir les risques et garantir un accompagnement addictologique adapté le cas échéant(40) ; déconstruire les représentations moralisantes des usages de substances psychoactives (SPA), qui freinent l'accès aux soins et aux droits(41,42) et lutter contre les représentations cishétéronormatives, qui entravent l'accès aux soins des personnes queers(43,44).

En se situant à l'intersection de deux pratiques socialement réprimées — sexualités queers et usages de SPA — le chemsex se confronte à un double tabou. Celui-ci se manifeste dans les lieux de soins, lorsque les professionnel·les de l'addictologie n'abordent pas les questions de sexualité(45) et, en miroir, lorsque les acteur·rices de la santé sexuelle peinent à évoquer les consommations de substances(46,47).

2. Les enjeux épidémiologiques

Très peu d'études ont été publiées sur la prise en soins autour du chemsex. En France, on peut citer les expériences du Check Point(48) à Paris et du Griffon(49) à Lyon. Les travaux académiques restent centrés sur l'état des lieux et la compréhension des pratiques. De nombreuses études ont cherché à estimer sa prévalence, mais les résultats varient selon les définitions et les modes de recrutement.

Les enquêtes transversales, réalisées entre 2017 et 2020, auprès d'HSH donnent les estimations les plus basses : une étude au Royaume-Uni et en Irlande du Nord diffusée via les réseaux sociaux, rapporte 18 % d'expérimentation au cours de la vie(50), tandis qu'une étude américaine évalue la prévalence annuelle à 10,3 %(51). Les enquêtes menées sur les applications de rencontre gay rapportent des taux plus élevés : une étude néerlandaise menée sur *Grindr* et *GayRomeo* évalue à 30,6 % les pratiques dans les six derniers mois(32). Ces résultats, évalués avant ou pendant la pandémie de COVID-19, doivent être interprétés avec prudence : une méta-analyse de 2023 montre en effet la persistance, voire l'augmentation, de ces pratiques après les confinements(52).

D'autres études ont ciblé des sous-populations de HSH pour réduire les biais. En 2018 aux Pays-Bas, une enquête dans neuf centres de santé sexuelle rapporte 41 % de pratiques dans les six derniers

mois(53). En 2020 au Royaume-Uni, une étude sur des files actives de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) estime la prévalence à 29,5 %(54). À l'échelle européenne, une enquête auprès d'HSH vivant avec le VIH, publiée en 2021, l'évalue à 24 %(55), contre 14 % dans une étude menée au CHRU de Nantes en 2025(56). Plus localement, une analyse au CeGIDD de Tours de 2021, estime à 12,9 % la proportion d'usager·es de PrEP concerné·es(57).

L'association entre chemsex et VIH est confortée par une étude hollandaise montrant que le chemsex est le facteur de risque d'infection le plus important identifié chez les HSH(58). Plusieurs méta-analyses publiées entre 2022 et 2025 ont agrégé ces résultats. L'une estime la prévalence chez les HSH au cours de la vie à 22 % (19;25)(59) à l'échelle mondiale. Une autre situe la prévalence à 16 % (11;21)(60) en Europe, taux similaire à celui observé en Asie(61) et dans les pays à revenu faible ou intermédiaire(62). Ces données convergent vers une estimation d'un HSH sur 5 ou 6 concerné·e. En France, une étude de l'INED publiée en mars 2025, souligne que 15 % des personnes de 18 à 29 ans se déclarent non hétérosexuel·les(63), dans ce contexte, le chemsex ne peut être considéré comme marginal.

Ces études soulignent également caractère globalisé du chemsex, qui ne se limite pas aux pays à hauts revenus, mais s'est diffusée à l'échelle mondiale. Cette diffusion tient à l'homogénéisation des modes de socialisation gays et bisexuels, notamment numériques. *Grindr*, sans être le seul dispositif, occupe une place centrale par son poids économique et son nombre d'utilisateur·rices. Plusieurs études ont montré que ces applications contribuent à la diffusion des pratiques(31). Au deuxième trimestre 2025, *Grindr* était présent dans 190 pays et revendiquait près de 15 millions d'utilisateur·rices mensuel·les¹ soit environ une personne sur 400 parmi la population mondiale ayant accès à l'application.

3. Les structures porteuses

1.1. Le CeGIDD 37

Le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic du VIH, des hépatites virales et des IST d'Indre-et-Loire (nommé ci-après CeGIDD 37) est issu de la fusion, en 2016, du Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et du Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des IST (CIDDIST). Cette réorganisation coïncide avec l'autorisation de mise sur le marché de l'association

¹ Grindr Inc., rapport aux investisseurs du second trimestre 2025, disponible en ligne, consulté le 4 septembre 2025 : <https://investors.grindr.com/news/news-details/2025/Grindr-Inc--Reports-Second-Quarter-2025-Revenue-Growth-of-27/>

Emtricitabine/Ténofovir disoproxyl fumarate en prophylaxie préexposition (PrEP) contre le VIH. Il est rattaché au pôle de santé publique du centre régional hospitalo-universitaire (CHRU) de Tours.

Le centre collabore avec plusieurs services hospitaliers et partage ses locaux avec un centre de santé sexuelle. L'équipe réunit des salarié·es du CHRU, partiellement affecté·es au centre de vaccination publique et de salarié·es du conseil départemental. L'équipe infirmière, formée au protocole de coopération en santé sexuelle(64), peut assurer le suivi et le renouvellement de la PrEP, les dépistages et la majorité des actes du centre.

L'introduction de la PrEP a transformé l'activité du CeGIDD 37 en élargissant la prise en soin au-delà des IST : cinq ans après son introduction elle représentait plus d'un tiers des consultations(57). Les équipes ont été davantage confrontées au chemsex, cependant les professionnel·les restent globalement peu formé·es à l'addictologie, ce qui limite l'accompagnement des personnes concernées.

1.2. Le CSAPA Tours centre

Le centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Tours Centre, rattachée au pôle de psychiatrie et d'addictologie du CHRU de Tours, est issu de la fusion du centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) et d'un centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Des liens étroits ont existé entre ces structures et les services de maladies infectieuses, notamment autour de la prise en soins du VIH et des hépatites virales, mais ces collaborations sont aujourd'hui rares.

Le service comprend une équipe dédiée à la consultation jeunes consommateur·rices, une équipe d'*aller-vers* et une unité spécialisée dans les addictions sans substance, confrontée rapidement à des situations d'addictions sexuelles². Le CSAPA Tours centre se distingue également par la dispensation de traitements, en premier lieu de substitution des opiacés. Cette activité associée à sa localisation favorise le suivi d'usager·es en situation de grande précarité et entraîne une forte mixité parmi les personnes suivies.

Les USS constituent des situations fréquentes, mais apparaissent souvent comme secondaires aux consommations plus que comme pratique spécifique. Les professionnel·les de l'addictologie restent

² Le terme « *addiction sexuelle* » est sujet à controverse. Il est utilisé dans les services spécialisés dans les addictions comportementales, mais n'a aujourd'hui pas de définition consensuelle.

globalement peu à l'aise pour aborder les questions liées aux sexualités comme le souligne la stratégie nationale de santé sexuelle(65). L'émergence du chemsex a ainsi pu les mettre en difficulté, suscitant la création informelle au sein du CSAPA d'un groupe de personnes sensibles à ces enjeux.

1.3. AIDES 37

L'association AIDES, membre de la fédération internationale Coalition PLUS, est une organisation nationale de lutte contre le VIH et les hépatites virales. Présente sur tout le territoire français à travers ses lieux de mobilisation (LM), elle se définit comme une association communautaire agissant auprès et avec les populations les plus vulnérables au VIH et aux hépatites virales pour réduire les nouvelles contaminations et accompagner les personnes concernées vers le soin et la défense de leurs droits. Elle joue un rôle majeur dans l'amélioration de la prise en compte des malades dans le système de santé, l'évolution des droits et la lutte contre les discriminations.

Le LM d'Indre-et-Loire (37) réunit six salarié·es : quatre au centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usager·es de drogues (CAARUD) et deux à la réduction des risques (RdR) sexuels. L'équipe est accompagnée par sept volontaires, bénévoles formé·es ainsi que par d'autres bénévoles, désigné·es comme acteur·rices, qui interviennent avec les volontaires ou les salarié·es.

Du fait de son approche communautaire et de sa mission de lutte contre le VIH, AIDES s'est très tôt saisie des enjeux liés au chemsex. Dès 2016, un groupe *Facebook* d'auto-support a été créé, suivi en 2018 par la production de supports d'information³, le développement de permanences virtuelles et la création de groupes *Telegram* d'auto-support⁴. Dans plusieurs grandes villes (Lille, Lyon, Marseille, Montpellier et Paris⁵) des dispositifs d'accompagnement spécifiques ont vu le jour.

À Tours, les militant·es sont régulièrement confronté·es au chemsex. Toutefois, en l'absence de dispositifs dédiés, les réponses se limitent à un accompagnement en santé sexuelle et à la réduction des risques liés à l'usage de SPA. Les liens entre AIDES et le CeGIDD 37 sont historiquement forts, particulièrement depuis 2016. Les relations avec le CSAPA sont plus distantes, bien qu'une circulation de certain·es usager·es entre le CAARUD et le CSAPA favorise une connaissance mutuelle.

³ Groupe Facebook Info Chemsex (by AIDES) ; disponible en ligne, consulté le 2 mai 2025 : <https://www.facebook.com/groups/364799467186268>

⁴ Groupe Telegram Autosupport chemsex par AIDES ; disponible en ligne, consulté le 2 mai 2025 : https://t.me/AIDESChemsex?fbclid=IwY2xjawKBfRNleHRuA2FibQIxMABicmlkETB5eExlYXJFR2lINTVzTFhmAR5Apiiw7U6gvxaPqHyGSwwW_dAd0Y5vCOd3bEpSn5Y_lT_OUI1XWdPfyjHfzw_aem_OvBa654oZvbIL5bheYBs5g

⁵ Les ressources chemsex par AIDES ; disponible en ligne, consulté le 2 mai 2025 : <http://www.aides.org/chemsex>

4. Le projet d'accompagnement autour du chemsex

En 2021, face à l'absence d'offre adaptée, des professionnel·les du CeGIDD 37, du CSAPA Tours centre et des militant·es d'AIDES échangent sur ce sujet. En quatre ans, une offre dédiée s'est développée. Depuis octobre 2022, des permanences communes sont proposées au CeGIDD. Parallèlement, le comité de coordination régionale de lutte contre le VIH (CoReVIH) Centre-Val de Loire organise des formations à destination de professionnel·les et d'acteur·rices communautaires. En janvier 2024, une réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) élargit le réseau. Le besoin d'espaces communautaires conduit, à partir de septembre 2024 à la création de groupes de parole et à l'organisation de sorties culturelles.

Au-delà des trois structures porteuses, ce projet a noué des partenariats avec des structures de soins locales et régionales. D'une part, des liens se sont créés avec les acteur·rices confronté·es en premier recours au chemsex : équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) du CHRU de Tours, les services d'infectiologie et les CeGIDD de la région et les médecins de premiers recours. D'autre part des liens se sont créés avec les acteur·rices spécialisés tels que les sexologues ou les services de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA) et enfin avec des soutiens logistiques ou matériels tels que le CoReVIH ou l'association Cultures du Cœur (Figure 1).

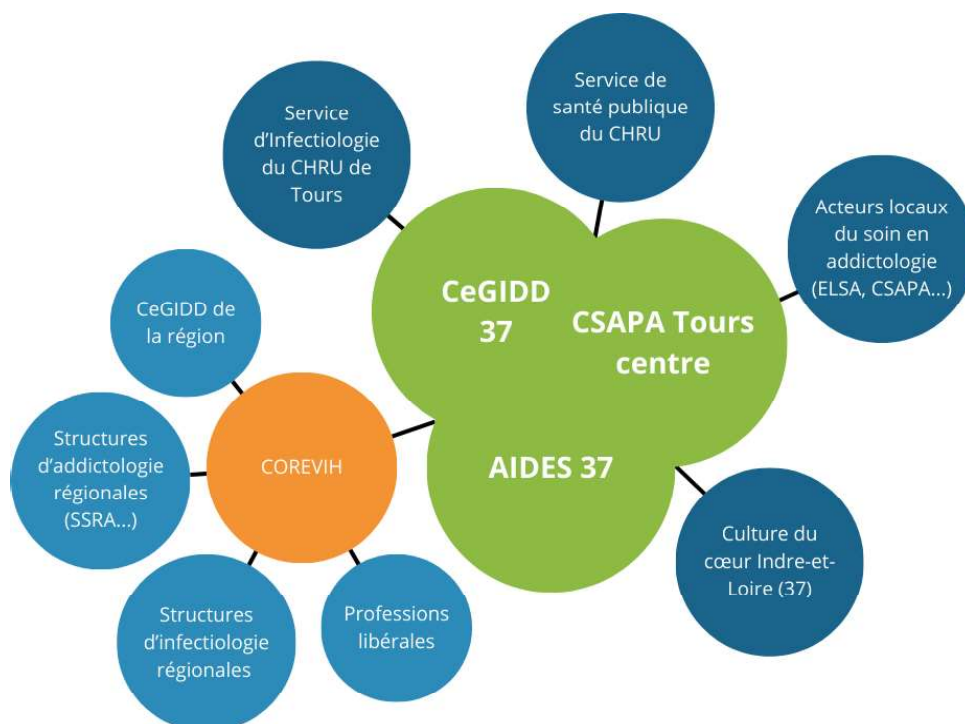


Figure 1 : réseau des structures partenaires du projet d'accompagnement autour du chemsex (en vert les structures porteuses, en bleu les structures partenaires, en orange le CoReVIH pour le soutien logistique)

Ce projet forme un ensemble cohérent et indivisible. Fondé sur les principes éthiques de AIDES – respect, confidentialité et non-jugement – il s’inscrit en rupture avec les approches moralisantes ou criminalisantes des usages de SPA.

5. La démarche communautaire

Ce projet s’inscrit dans une démarche de santé communautaire, qui émerge « *quand les membres d’une collectivité géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l’évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités* »(66). Elle vise à renforcer le pouvoir d’agir des personnes concernées, en s’appuyant sur leurs ressources, leurs expériences et les dynamiques collectives. Le concept de communauté se définit à partir d’une expérience commune, qu’elle soit liée à un territoire, à une structure de soin ou à une problématique partagée. Cette approche correspond à une vision globale de la santé, telle que promue par la Charte d’Ottawa(67), en valorisant les déterminants sociaux et les leviers contextuels.

Cette démarche suppose une approche de santé participative. Cependant, la « *participation* » relève de différents niveaux : consultation, collaboration, co-construction ou co-décision. La démarche communautaire s’inscrit dans une logique de participation étroite, voire d’autogestion, où les personnes concernées ne sont pas seulement associées mais deviennent les actrices principales. Elle implique un transfert de pouvoir, une redistribution des rôles et une légitimation des savoirs profanes comme complémentaire et aussi légitime que les savoirs experts.

La démarche de santé communautaire constitue un fondement de l’action de AIDES. Le développement de ce projet s’est inscrit dans cette logique. L’efficacité de ces démarches en promotion de la santé est largement démontrée, notamment en matière de prévention, de réduction des risques (RdR) et de lutte contre les inégalités sociales de santé(68–70).

6. La capitalisation d'expériences

Les savoirs expérientiels en santé publique sont traditionnellement associés à l'expérience vécue des personnes concernées. Issus de l'expérience individuelle, ils deviennent savoirs lorsqu'ils sont partagés et reconnus comme pertinents. Ils sont mobilisés, entre autre, dans l'éducation thérapeutique des patient·es(71,72) et plus largement en promotion de la santé. Ils trouvent une pertinence particulière dans les démarches de santé communautaire.

Cependant, l'expérience des professionnel·les peut elle aussi produire des savoirs, particulièrement lorsqu'elle concerne la conception, la mise en œuvre ou l'accompagnement de projets en promotion de la santé. Reconnaisant cette richesse, la fédération promotion de la santé (FPS) et la société française de santé publique (SFSP) ont développé le projet capitalisation d'expériences en promotion de la santé (CAPS)⁶. Ce dispositif vise à transformer les expériences en connaissances partageables, utiles à d'autres acteur·rices(73). Il s'appuie sur des guides méthodologiques, des formations et une plateforme de mise à disposition des fiches de capitalisation.

La capitalisation d'expérience n'est pas une évaluation : elle ne juge pas de la pertinence ou de l'efficacité d'une intervention, mais analyse les conditions de sa mise en œuvre. Elle cherche à comprendre comment le projet a été construit, quels leviers ont permis sa réalisation, quelles difficultés ont été rencontrées et comment elles ont été surmontées. L'objectif est de rendre compte du *comment* d'une action, afin d'en tirer des enseignements transférables.

Cette démarche repose sur l'idée que l'action produit du savoir. Une fois explicité, analysé et mis en récit, ce savoir nourrit l'intelligence collective. La capitalisation constitue ainsi un processus réflexif qui valorise l'expérience de terrain, en enrichissant la pratique, la formation et l'amélioration des interventions. Elle implique un·e médiateur·rice chargé·e de faciliter l'explicitation des pratiques, à partir de référentiels inspirés de la pédagogie expérientielle. Le recueil s'appuie principalement sur des entretiens, individuels ou collectifs, centrés sur l'expérience, en évitant les généralisations théoriques ou les récits trop personnels. Ces échanges favorisent l'émergence des éléments structurants d'une action (moments pivots, contraintes, ressources, apprentissages) utiles à la fois pour les porteur·euses du projet et pour l'ensemble du champ de la promotion de la santé.

⁶ Portail CAPS ; disponible en ligne, consulté le 5 septembre 2025 : <https://www.capitalisationsante.fr/>

7. Les objectifs

Ce travail de capitalisation vise à répondre à la question suivante : comment la collaboration entre acteur·rices communautaire et du soin s'est constituée et déployée dans le cadre de ce projet ?

L'objectif principal est d'identifier les conditions de reproductibilité du projet. Les objectifs secondaires sont d'identifier le processus d'élaboration, les stratégies déployées, les outils d'évaluation, ses difficultés et limites. Enfin, un objectif complémentaire est de faire un état des lieux de l'activité des différents dispositifs.

METHODES

1. Les conditions de capitalisation

Ce travail s'appuie les guides méthodologiques élaborés par la FPS et la SFSP(74,75). Le projet remplit l'ensemble des conditions de capitalisation : la complexité, la durée, l'intérêt de l'expérience, l'éthique et la disponibilité des contributeur·rices.

La complexité du projet, liée à la diversité des dispositifs et des acteur·rices justifie une capitalisation d'intensité forte. Celle-ci s'est appuyée sur un historique stabilisé : premières réunions en 2021, création des permanences en 2022, lancement du groupe de parole en septembre 2024. Le processus collaboratif entre structures communautaires et de soins en fait un projet innovant justifiant la démarche. Par ailleurs la capitalisation de dispositifs de santé communautaires revêt un rôle essentiel : elle documente ces expériences, légitime des pratiques encore trop souvent marginalisées et favorise leur développement et leur reproductibilité. Le projet correspond aux recommandations issues de la littérature scientifique en promotion de la santé, reposant sur une logique de réduction des risques et un accompagnement global visant l'atteinte d'un équilibre défini par les personnes elles-mêmes(76–78).

La démarche repose sur la diffusion et la production de livrables qui sont mis à disposition sur la plateforme CAPS⁷. Ce travail aboutit donc à la rédaction d'une fiche de capitalisation, constituant une version synthétisée des savoirs dans la perspective d'un partage avec d'autres acteur·rices.

Ce travail s'inscrit également dans la dynamique interne de capitalisation de AIDES. Un groupe de travail dédié a été constitué en 2022 afin de structurer cette démarche au sein de l'association(79). En complément des conditions de capitalisation, AIDES accorde une attention particulière aux projets favorisant l'implication de professionnel·les de santé dans les LM. Le projet répond à cette orientation, en facilitant la présence de soignant·es dans le LM de Tours, notamment dans le cadre des groupes de parole.

⁷ Portail CAPS ; disponible en ligne, consulté le 5 septembre 2025 : <https://www.capitalisationsante.fr/>

2. La source principale : le focus groupe

Un focus groupe est réalisé avec les trois porteur·euses du projet, représentant chacun·e le CeGIDD 37, le CSAPA Tours centre et AIDES 37. Ce format a été choisi car ces personnes, instigatrices principales du projet depuis sa genèse, ont joué un rôle déterminant dans sa mise en œuvre et constituent des témoins privilégié·es.

Ce focus groupe est conçu comme l'entretien principal de capitalisation. L'échange s'est déroulé en présence de l'investigateur principal ayant participé à la création du projet et d'un intervenant extérieur, garant du cadre réflexif et facilitateur de l'explicitation des pratiques.

L'entretien s'appuie sur un guide d'entretien semi-directif adapté de celui proposé par le projet CAPS(80) (*Annexe 1*). Cette grille structure le récit de l'expérience, tout en laissant de la place à l'expression libre. L'entretien s'est déroulé le 7 janvier 2024, dans le LM de AIDES à Tours et a duré 2h27. La parole a été globalement bien répartie entre les participant·es.

Un cadre de confiance et de bienveillance, adapté de celui de AIDES (*Annexe 2*), est posé pour la réalisation de cet entretien. Ce cadre s'applique à l'ensemble des participant·es et garantit un climat propice à la parole libre.

L'entretien été intégralement enregistré et a fait l'objet d'une retranscription intégrale, qui constitue la base de l'analyse qualitative, mené selon une approche thématique. Le codage a été réalisé à partir des grilles d'analyse proposées dans les référentiels méthodologiques du projet CAPS(74,75,80).

3. Les sources secondaires : les entretiens auprès des contributeur·rices associé·es

En complément, des entretiens individuels ont été réalisés auprès de personnes ayant participé à la création ou au déploiement du projet. Ils constituent les sources secondaires de la capitalisation. L'identification de ces personnes a été effectuée à partir des éléments évoqués lors du focus groupe, afin d'enrichir la compréhension du processus.

Au total, sept entretiens secondaires ont été menés : un avec un·e représentant·e du CoReVIH, un avec un·e membre du pôle de santé publique et de prévention du CHRU de Tours, deux avec des

professionnel·les du CSAPA Tours centre, deux avec des professionnel·les du CeGIDD 37 et un avec un·e usager·e bénéficiaire. L'ensemble des caractéristiques de ces entretiens est présenté dans le *tableau 1*. A l'exception d'un entretien réalisé en visioconférence, les autres ont eu lieu en présentiel, dans les structures impliquées.

	Durée (min)	Date de réalisation
Entretien de capitalisation (EC)	157	7 janvier 2025
Entretien 1 (E1)	24	31 janvier 2025
Entretien 2 (E2)	90	31 janvier 2025
Entretien 3 (E3)	68	4 février 2025
Entretien 4 (E4)	43	22 mai 2025
Entretien 5 (E5)	48	28 mai 2025
Entretien 6 (E6)	62	30 juin 2025
Entretien 7 (E7)	47	21 juillet 2025

Tableau 1 : caractéristiques des entretiens réalisés

Le guide d'entretien utilisé reprenait les mêmes éléments que ceux mobilisés lors de l'entretien principal, avec des adaptations mineures selon le profil des personnes interrogées. L'analyse des données a été conduite selon la même démarche que celle appliquée au focus groupe.

4. Les sources secondaires : les documents de travail

Une base documentaire a été constitué comprenant les comptes-rendus du groupe de travail, les documents de suivi de l'activité des permanences, les documents préparatoires relatifs aux groupes de parole, les échanges de courriels et les discussions sur les groupes *WhatsApp* entre les différents intervenant·es impliqués.

L'analyse de ces documents a permis de retracer la genèse du projet, de renforcer l'objectivation des éléments évoqués lors des entretiens, de consolider la compréhension des dynamiques partenariales et d'estimer la participation aux différents dispositifs. Ils ont également apporté une structuration temporelle des trois années de collaboration entre les partenaires, en documentant les étapes du processus.

5. Les sources tertiaires : l'observation participante

L'investigateur principal de ce travail est impliqué dans la mise en œuvre du projet depuis 2022. Cette position d'acteur-participant soulève des enjeux méthodologiques. Elle limite sa posture de tiers extérieur, traditionnellement attendue dans la capitalisation justifiant de la présence d'un second investigateur lors de la réalisation de l'entretien principal. Les entretiens secondaires ont, quant à eux, été menés exclusivement par l'investigateur principal.

Cette implication constitue également un atout méthodologique permettant d'intégrer de l'observation participante. L'investigateur a suivi l'évolution du projet sur trois ans, ce qui lui confère une vision transversale. Cette posture est enrichie du fait qu'il est interne de santé publique, inscrit en formation spécialisée transversale d'addictologie et qu'il a effectué des stages au sein des deux structures sanitaires impliquées : le CSAPA et le CeGIDD. Par ailleurs, il est volontaire au sein de l'association AIDES depuis décembre 2024. Cette multiplicité d'expériences favorise une compréhension fine et contextualisée des dynamiques partenariales et des enjeux spécifiques liés à l'articulation entre approche communautaire et sanitaire.

6. Evaluation de l'activité

En complément de la capitalisation, une évaluation de l'activité a été réalisée. Cette évaluation porte sur plusieurs composantes du projet : la formation des professionnel·les, la participation à la RCP, l'activité des permanences et les flux d'utilisateur·es entre structures.

Portées par le CoReVIH Centre-Val de Loire, les formations et la RCP font l'objet d'une évaluation quantitative intégrée dans les rapports d'activité annuels. L'évaluation de la formation et de la RCP a consisté à quantifier le nombre de participant·es et les profils des personnes. Les données des RCP sont issues des feuilles d'émargement. La RCP du 12 avril 2024, n'a pas fait l'objet d'un émargement, ce sont donc uniquement les 6 RCP pour lesquels les données sont disponibles entre janvier 2024 et juillet 2025 qui ont été prises en compte.

Les permanences n'ont pas fait l'objet d'une collecte de données systématique. Les données présentées sont issues d'une estimation à partir du croisement de l'ensemble des sources disponibles dans la base de documentaire. Le remplissage d'une fiche d'évaluation anonyme (appelée « *guide*

d'entretien ») (Annexe 3) par les intervenant·es lors des permanences a également permis d'alimenter et de consolider cette estimation, malgré un remplissage non systématique.

Les files actives sont mesurées à partir d'extractions de données agrégées sur les logiciels métiers des structures. Les données de repérage concernant les PVVIH sont issues des rapports annuels du CoReVIH basées sur les données des cohortes régionales⁸. Les données de sollicitations de Cultures du cœur sont issues des données du logiciel de suivi de l'activité de l'association.

Concernant les trajectoires et les flux d'utilisateur·es, les données croisent la base documentaire et les logiciels métier. Les résultats sont présentés en nombre moyen de personnes par mois, accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % calculé selon un modèle de Poisson. Cette présentation permet de rendre comparable des files actives et les nombres d'utilisateur·es bénéficiant d'un dispositif sur des durées différentes. L'activité est mesurée jusqu'à juin 2025 compris, à l'exception des données concernant les PVVIH qui ne sont disponibles que jusqu'en décembre 2024. Les dates de départ dépendent de la disponibilité des données ou de la mise en place du dispositif. Ainsi la période d'analyse pour la permanence commence en septembre 2022, quand les données concernant AIDES démarrent en janvier 2023.

L'analyse de l'activité se base sur une mise en relation de données agrégées des différentes structures et d'estimations réalisées à partir des bases documentaires. Elle ne relève pas de la création ou de l'analyse d'une base de données dédiée.

7. Etapes de la capitalisation

La démarche s'est déployée sur 12 mois (*Figure 2*). À l'automne 2024, un travail de définition a permis d'évaluer la pertinence, les conditions et le niveau de capitalisation. L'entretien principal a eu lieu en janvier 2025. Une première vague d'entretiens secondaires a été réalisée entre janvier et février 2025, complétée au printemps par l'analyse des propos recueillis et la constitution du corpus documentaire. Après une première période d'analyse, une seconde série d'entretiens a eu lieu de mai à juillet 2025. Les personnes interrogées lors de cette seconde vague ont été identifiées à partir de l'entretien de

⁸ Présentation du projet DOMEVIH ; disponible en ligne, consulté le 5 septembre 2025 : <https://anrs-co4.fhdh.fr/presentation-du-projet-domevih/>

capitalisation et des entretiens secondaires déjà réalisés. Enfin, l'analyse croisée de l'ensemble du corpus et la rédaction se sont déroulées entre juin et août 2025.

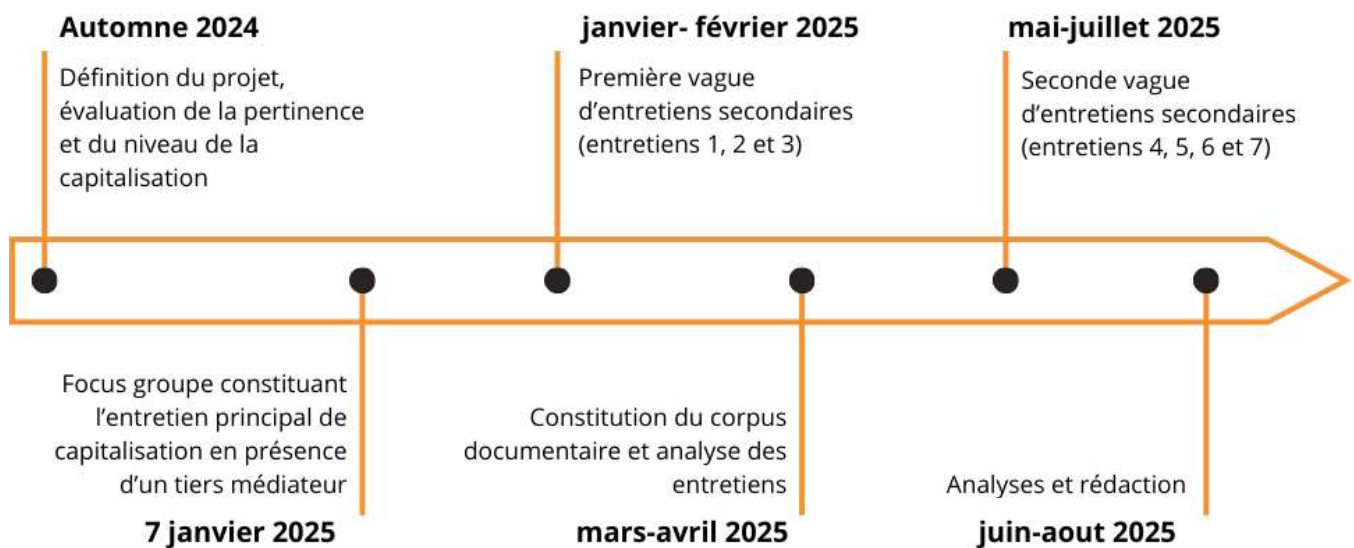


Figure 2 : chronologie de la capitalisation

8. Ethique

Du fait du format de ce projet, de son objectif et de la législation en vigueur, il n'a fait l'objet d'aucune déclaration au registre interne des traitements du CHRU de Tours.

Toutes les personnes interrogées ont donné leur consentement libre, éclairé et explicite à participer à cette recherche. L'ensemble des entretiens a été retranscrit de manière anonyme. Les enregistrements audios ont été supprimés après transcription, conformément aux principes de respect de la vie privée et de confidentialité des données personnelles.

RESULTATS

I. Contexte de l'action

1. Problématiques de l'action

1.1. L'intersection du soin, du politique et du personnel

Les professionnel·les du CeGIDD sont confronté·es « à de plus en plus de consultations [...] liées au chemsex » (E1). Cette augmentation est visible à partir de 2021, « Il y a eu un avant et un après COVID. [...] Il y a vraiment un changement en termes d'échelle et de nombre d'usager·es » (E2). Cette augmentation n'est pas seulement liée à une augmentation des pratiques. La PrEP au sein des CeGIDD modifie l'activité et rend le chemsex visible : « En 2016, la PrEP arrive et on commence à être spectateur des choses et à se rendre compte de consommations... [...] Il y avait des usager·es qui avaient des répercussions extrêmement négatives » (E2). Le chemsex entretient des liens étroits avec le VIH participant à le rendre visible chez les acteur·rices de la lutte contre l'épidémie : « On s'est rendu compte qu'il y avait une contamination importante des PVVIH chemsexuels et inversement » (EC).

A cela s'ajoutent des dynamiques nationales. Comme le souligne un·e professionnelle, « il y a eu un focus » (E3), lié à un alignement de « plusieurs affaires qu'on a pu voir » (E3). En région Centre-Val de Loire, la composition du CoReVIH participe à l'émergence du sujet : « c'est sûr qu'avoir une co-présidence, AIDES et CeGIDD, forcément c'est important. » (E1).

Cette question ne se limite pas au champ professionnel. Le chemsex touche certain·es acteur·rices de manière plus personnelle : « J'ai pas mal d'entourage qui pourrait être potentiellement concernés en ce moment ou plus tard par des problématiques autour du chemsex » (E5). D'autres témoignent de liens plus directs : « J'ai un copain qui m'a dit « Alors vous voyez des mecs pour le chems ? ». Je lui ai dit « Bah non » et il m'a dit « Bah vous faites de la merde les gars, parce que si vous ne les voyez pas, c'est que vous les repérez mal. » » (EC).

1.2. L'absence de réponses aux besoins des usager·es

L'un des points de départ de ce projet est l'absence de réponses aux besoins des usager·es. Ni les structures d'addictologie, ni celles de santé sexuelle, ni les associations communautaires ne proposent d'accompagnement spécifique. Les professionnel·les n'ont pas de repères cliniques et ne comprennent pas le phénomène : « *J'avais une connaissance relativement floue du chemsex* » (EC). Cette idée revient fréquemment dans les entretiens : « *Moi au début je ne comprends rien. Je ne comprends pas les déterminants, je ne comprends pas ce qu'on doit faire et ce qu'on ne doit pas faire. Et je me rends compte que tout le monde est un peu démuni* » (E2).

Cette situation s'accompagne d'un sentiment d'impuissance : « *la demande du CeGIDD [...] c'était : « On est un peu paumé·e par rapport à ces patients-là qui présentent tout un tas de problématiques addictologiques inconnues, ou en tout cas qui effraient. » Et ça mettait très en difficulté les [professionnel·les]* » (EC). Du côté du CSAPA, les constats sont similaires. Si la volonté d'accueil existe pour certain·es, « *il n'y avait pas de vrai parcours. [...] Les choses créaient de l'échec, au-delà de dire « on accueille des gens », si on n'a rien à proposer, si les professionnel·les ne sont pas formé·es et qu'il n'y a pas de parcours de soins un peu réfléchis, [...] ça ne marche pas* » (EC). L'absence de réponse aux demandes alimente la volonté de création de dispositifs d'accueil.

1.3. Des représentations négatives entre structures et des cultures d'action différentes

Les représentations initiales que les acteur·rices portent les un·es sur les autres, notamment entre sanitaire et communautaire, alimentent des appréhensions réciproques quant aux postures et aux rôles de chacun·e. Dès le départ, ces questions existent : « *Je sais pas comment on va pouvoir bosser ensemble si on a des représentations sur les uns et les autres. C'est à ce moment qu'on a commencé à travailler la communication entre structures* » (EC). Ces perceptions négatives sont entretenues par des usager·es et « *aussi [par] des professionnel·les* » (EC).

Même lorsque les structures se connaissent, certains doutes existent. Ces craintes reposent sur l'idée que « *l'autre fait mal* » (E2) ou différemment. En plus des représentations négatives, « *c'est des cultures un peu différentes...* » (EC). Cette diversité s'incarne dans les cadres d'action, les temporalités d'intervention, les manières de communiquer, les références implicites et la place donnée aux usager·es. Ces différences se manifestent particulièrement entre les soignant·es et AIDES : « *Ça a été*

relativement compliqué avec AIDES. J'ai bien cru que le projet allait périliter. [...] Entre le CHU et AIDES, il y a vraiment une différence de vision de l'accompagnement des personnes. De par notre vocabulaire, notre jargon... » (EC).

Ces différences touchent des aspects importants de la posture professionnelle et de la manière de penser l'accompagnement. Elles ont parfois abouti à des échanges tendus : *« On sentait un écart assez grand et puis il y a eu beaucoup de tensions. [...] Il y a eu des moments, je pense, où on n'était pas loin que ça s'arrête » (EC).*

Le besoin de s'acculturer mutuellement et de faire coexister des visions différentes de l'accompagnement deviennent prioritaires : *« J'avais vraiment l'impression, quand j'écoutais les uns et les autres, que le point de vue addicto, le point de vue sexo, le point de vue infectiologique ne faisaient qu'une partie de la vision du chemsex et qu'en me disant « mieux on va comprendre, mieux on va peut-être adapter notre stratégie. » » (E2).* Le chemsex, *« appelle à une pluridisciplinarité » (E5).*

2. Point de départ et émergence de l'action

2.1. Des relations interpersonnelles et des échanges informels

Dès ses débuts, le projet s'appuie sur des liens interpersonnels préexistants. Certaines relations se sont construites dans des cadres militants ou associatifs antérieurs : *« On se connaît d'avant. On a été au planning familial. Assez vite, de manière très dépendante de notre vie perso et des relations en dehors du pro, on s'est fait confiance » (EC).* Des affinités et des *« liens informels » (E3)* permettent à certain·es de s'impliquer : *« Quand [une collègue] a commencé ses réflexions autour des permanences, je me suis dit « Tiens, pourquoi pas essayer de participer à ce travail ? » » (E3).*

En complément, les acteur·rices partagent des valeurs communes : la lutte contre les discriminations, la reconnaissance des expériences minoritaires et le refus des discours moralisateurs sur les usages de SPA : *« On est un peu portés [...] par des convictions communes, parce qu'on touche à l'intime, mais aussi à des choses qui peuvent diviser la société [...] [On a] tous en commun une manière de considérer ces sujets-là [...], et qui fait qu'on s'entend bien, qu'on peut avancer » (E5).* Ces premiers liens et engagements constituent un socle indispensable. Avant même qu'un cadre n'existe, ils ont posé les bases de la collaboration.

2.2. Des collaborations antérieures : les liens entre AIDES et le CeGIDD

Une coopération entre AIDES et le CeGIDD existe depuis 2016 : des entretiens autour de la PrEP se font les jeudis soir par des militant·es de AIDES dans les locaux du centre. Ce dispositif a permis de faire entrer le communautaire dans le CeGIDD. Cependant, la « *place* » de ces acteur·rices et leur légitimité sont souvent questionnées : « *voir du communautaire dans des centres de soins, c'est pas évident* » (EC). Le dispositif ePREV⁹, porté par AIDES renforce la collaboration entre les deux structures. Ce dispositif expérimente des entretiens communautaires à distance, avec la possibilité d'orienter les usager·es vers des téléconsultations avec des médecins, notamment du CeGIDD 37 (EC).

Les échanges réguliers entre le CeGIDD et AIDES nourrissent le travail sur le chemsex et permettent de créer des liens de confiance. Pour certain·es, intégrer AIDES est une évidence : « *Je trouvais que AIDES, de par sa culture, de par ses approches, [...] ça pouvait être intéressant* » (E2). Pour d'autres, une collaboration paraît plus complexe : « *Déjà, c'était compliqué de faire des entretiens PrEP au CeGIDD, alors développer un truc pour les chemsexuels... C'est encore un step supplémentaire* » (EC). C'est en s'appuyant sur ces coopérations que les permanences voient le jour.

2.3. Des usager·es commun·es

Les premiers liens émergent à partir du terrain : celui de personnes suivies de manière parallèle ou successive par les trois structures. Au départ, il s'agit de suivis individuels et isolés :

« J'étais amené·e assez tôt à prendre en charge des patients qui avaient des addictions sexuelles et [...] de manière assez rare, de recevoir des demandes de patients qui pratiquaient le chemsex. Donc je les prenais en charge au début de manière relativement isolée, dans le sens où déjà il y avait assez peu de patients et puis je n'avais pas trop de collègues qui s'intéressaient à ces problématiques-là [...]. Je recevais ces patients, mais j'éprouvais pas mal de difficultés. » (E5)

Un·e usager·e, suivi au CeGIDD et au CSAPA permet les premiers échanges : « *Il y a un·e patient·e qui est arrivé à ma consultation en me disant : « J'ai déjà un rendez-vous avec [le] CSAPA. » Et donc je lui ai expliqué [...] qu'on pouvait faire cet entretien, puis qu'elle verrait ensuite... »* (EC). Les liens émergent avec « *le début des patients communs* » (EC) :

⁹ ePREV Centre Val de Loire ; disponible en ligne, consulté le 4 septembre 2025 : <https://eprev.aides.org/>

« [Un·e professionnel·le du CeGIDD] m’a envoyé un mail en me disant voilà, je reçois un·e patient·e qui pratique le chemsex, est-ce que vous recevez ces patients au CSAPA, en me disant qu’elle était un peu en difficulté. Donc je me suis dit [...] je suis pas la seule à être en difficulté et j’ai probablement trouvé quelqu’un avec qui j’allais pouvoir échanger, surtout sur le côté santé sexuelle qui me manquait beaucoup à l’époque. [...] Suite à cet échange de mails on s’est dit, si on se rencontrait pour parler de ça, pour échanger un peu autour de nos pratiques et voir comment on peut collaborer » (E5).

Ainsi, le CeGIDD joue un rôle pivot : il participe aux premiers échanges avec le CSAPA et par ses liens privilégiés avec AIDES, permet de construire la relation à trois.

2.4. Les consultations avancées

L’équipe d’aller-vers du CSAPA Tours centre développe, courant 2022, des consultations avancées au CeGIDD. Ces interventions ponctuelles, initiées à la demande, permettent de s’adapter aux besoins des personnes : *« J’étais avec un chemsexeur et je t’ai appelé pour fixer un rendez-vous et tu m’as dit : « Bah vas-y, je passe ce soir au CeGIDD. » C’était pour moi le début des consultations avancées, où [le CSAPA] est arrivé au CeGIDD pour une demande individuelle » (EC).*

Ces consultations offrent un premier lien avec l’addictologie à des personnes qui n’auraient pas franchi la porte du CSAPA. Elles permettent également de créer des liens entre les intervenant·es : *« Une fois je suis venu·e avec un·e patient·e qu’on a vu ensemble. [...] J’ai trouvé ça hyper fort aussi d’arriver à amener quelqu’un du CSAPA [chez AIDES] et de dire : « Je vais te présenter [quelqu’un]. » C’est des ponts réels » (EC).*

II. L'action

1. Le projet et sa chronologie

Le projet s'articule autour de trois axes complémentaires (Figure 3). Le premier repose sur un partenariat entre le CeGIDD, AIDES et le CSAPA, matérialisé par des permanences d'accueil et un groupe de travail commun. Ce socle, encadré par une convention partenariale et des formations communes, constitue le cœur du dispositif : il vise à proposer un espace d'accueil, d'évaluation et d'orientation pour les usager-es.

Le deuxième axe concerne l'élargissement de l'offre de soins. Impulsé par les réflexions du groupe de travail, ce volet est composé de formations, d'une RCP et d'une journée régionale. Ces actions constituent des outils de montée en compétences collectives et de mise en réseau.

Enfin, le troisième axe porte sur le développement d'une offre d'accompagnement communautaire, principalement animée par AIDES en lien avec le CSAPA. Il s'est initialement construit autour de groupes de parole, avant de s'élargir à des sorties culturelles et à des temps de convivialité.

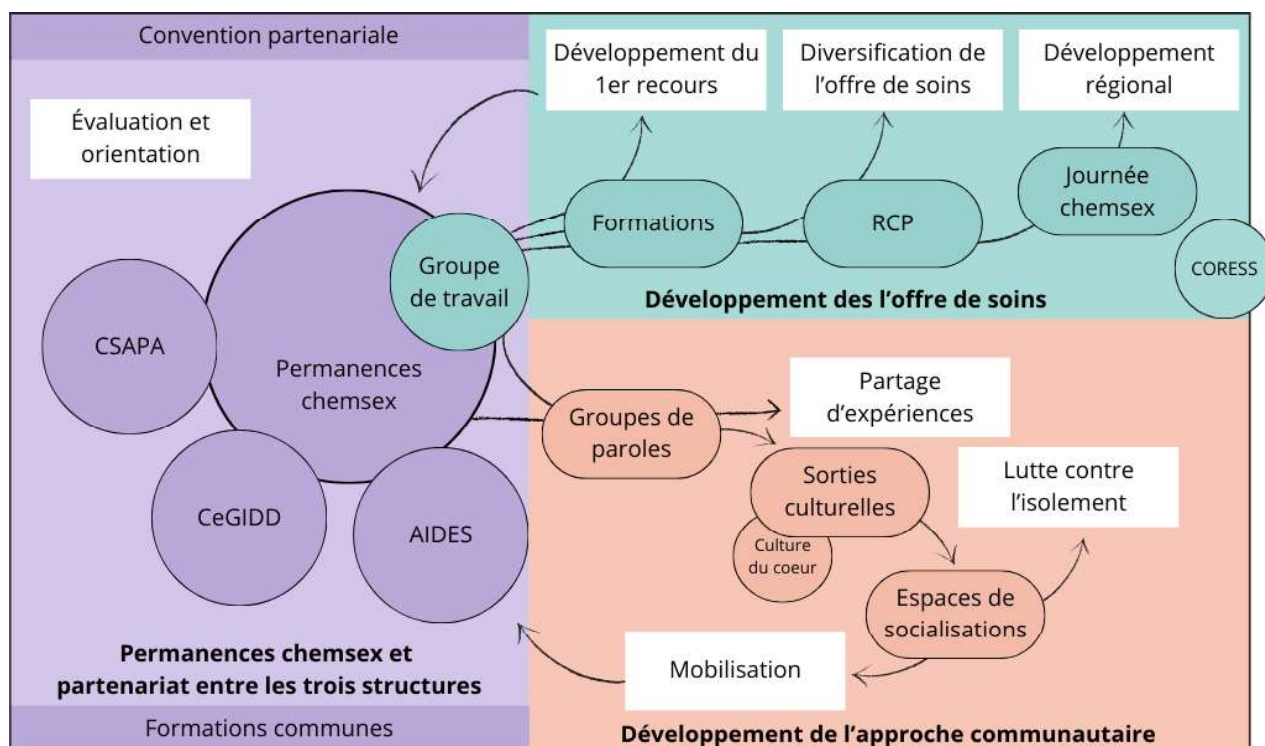


Figure 3 : structuration du projet d'accompagnement autour du chemsex

En 2022 émergent les consultations avancées assurées par le CSAPA au sein du CeGIDD, préfigurant la création de la permanence dès octobre de la même année. Cette dynamique se consolide en janvier

2023 avec la création du groupe de travail. Entre 2022 et 2024, plusieurs sessions de formation s'organisent dans différentes villes de la région, à destination des professionnel·les de santé, du champ médico-social et d'acteur·rices communautaires. La RCP est initiée en janvier 2024 afin d'échanger autour des situations complexes. À partir de septembre de la même année, les actions communautaires se mettent en place. En septembre 2025 se tient une journée régionale autour du chemsex. L'ensemble de cette chronologie est synthétisé dans la *Figure 4*.

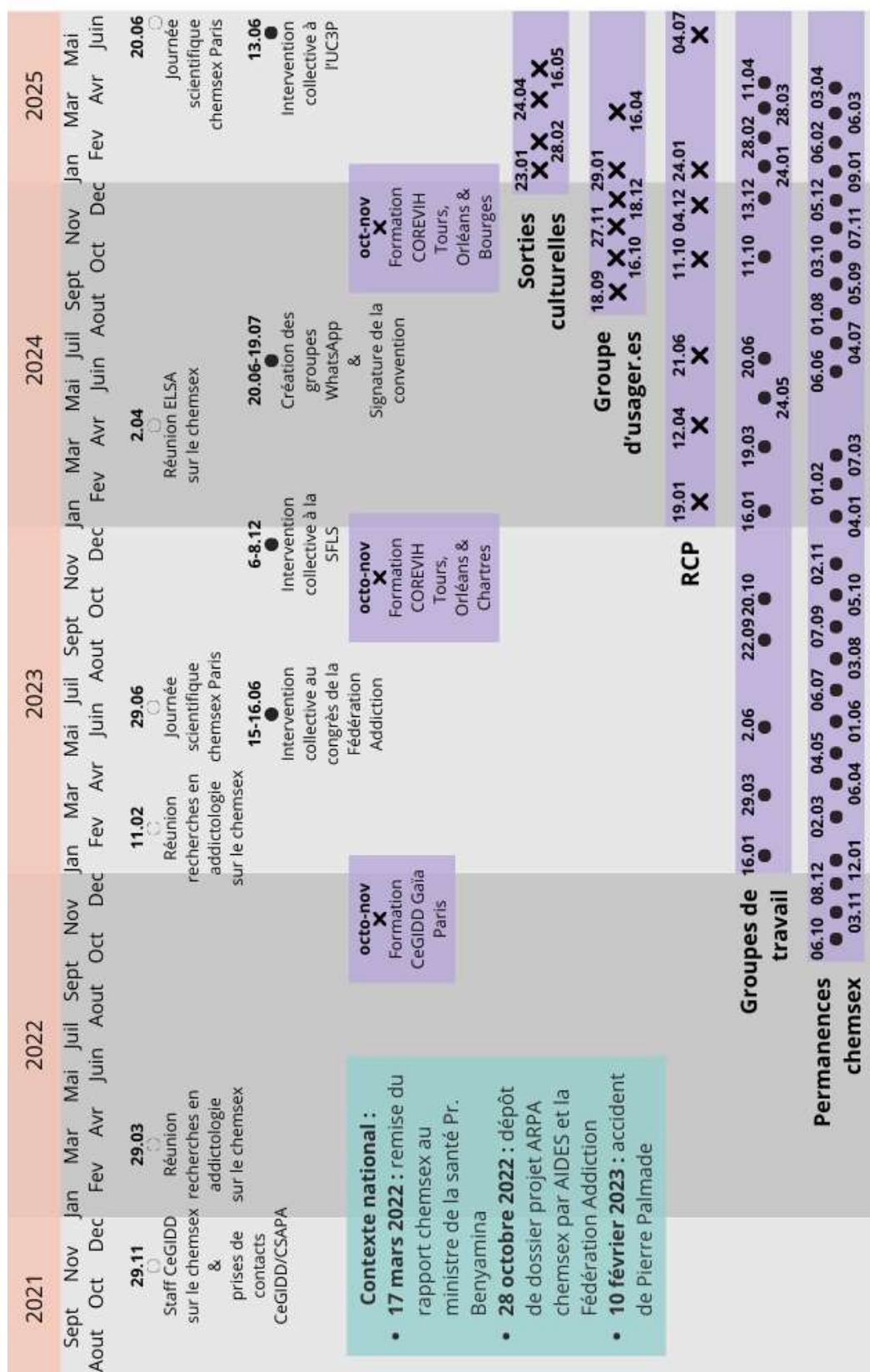


Figure 4 : chronologie du projet d'accompagnement autour du chemsex

2. Les structures partenaires

1.1. Le CoReSS (ex-CoReVIH)

Le comité de coordination régionale de santé sexuelle (CoReSS) joue un rôle structurant dans le développement de l'offre de soins et d'accompagnement à l'échelle régionale. Il assure l'organisation et le financement des formations, de la RCP et de la journée régionale. En tant qu'instance de coordination, le CoReSS facilite l'intégration de structures sanitaires ou de professionnel·les pertinent·es en les impliquant dans les formations et dans les espaces d'échanges.

1.2. Le pôle de Santé Publique du CHRU de Tours

Le pôle de santé publique du CHRU de Tours est associé aux premières étapes du projet, notamment par l'intermédiaire du CeGIDD et du CoReSS qui y sont rattachés. Le pôle participe à l'analyse des données issues de l'activité du CeGIDD et du recueil épidémiologique régional (logiciel DOMEVIH), contribuant à évaluer les besoins et à suivre les pratiques. Par ailleurs, plusieurs professionnel·les participent au développement d'outils de communication et à la mise en place d'outils d'évaluation et de suivi du projet.

1.3. RCP VIH et service d'infectiologie du CHRU de Tours

La RCP VIH ainsi que le service d'infectiologie du CHRU de Tours, sont des partenaires importants dans le développement du projet. Ce service est directement confronté au chemsex via l'accompagnement des PVVIH et joue un rôle important dans le repérage précoce. D'autre part, sa participation à la RCP a permis de diversifier les professionnel·les présent·es.

1.4. L'équipe de liaison et de soins addictologiques (ELSA)

L'ELSA assure quelques suivis ambulatoires de patient·es ne souhaitant pas être suivi au CSAPA. Elle est aussi une structure de premier recours essentielle, particulièrement dans les services d'urgences. Plusieurs temps d'échanges ont été organisés et une médecin a intégré le groupe de travail.

1.5. Cultures du Cœur

Cultures du cœur est une association agissant pour l'inclusion sociale des personnes démunies en favorisant l'accès aux pratiques culturelles, sportives et de loisirs. Elle met à disposition de structures médico-sociales des places dédiées pour des événements sportifs ou culturels. AIDES et le CSAPA sont adhérents de longue date de ce dispositif. Dans le cadre de ce projet, elle intervient dans la mise à disposition de places et l'appui logistique pour les sorties culturelles organisées par AIDES et le CSAPA.

1.6. Les SSRA

Deux SSRA ont participé aux sessions de formation régionales. Ces formations ont favorisé les liens entre les équipes et contribuent à une meilleure préparation à l'accueil des usager·es. Les SSRA répondent à une demande récurrente des usager·es, en quête d'endroits de mise à distance avec les consommations.

1.7. Les professions libérales

Les médecins généralistes, les psychologues ainsi que les sexologues représentent un point central de la chaîne de soins. Bien que leur mobilisation reste limitée, des temps de formation, de sensibilisation et de diffusion d'informations ont été organisés afin d'améliorer le repérage, l'orientation et la prise en soins ambulatoires. Ces liens renforcent le maillage territorial notamment pour des usager·es ne fréquentant pas les structures spécialisées et urbaines.

3. Elaboration du projet

3.1. S'entendre sur le périmètre et le cadre

Le projet a nécessité de s'entendre sur le périmètre d'action et sur une définition du chemsex. Ce point a fait l'objet de nombreux échanges. Pour certain·es, il s'agit de toute usage de substance en contexte sexuel, pour d'autres d'un phénomène plus spécifique lié aux socialisations gays et queer. Des questions de définition émergent : « *En 2016, on notait que toutes celles et ceux qui consommaient du poppers de manière régulière étaient des chemsexuels, et ça, ça a été jusqu'à fin 2021* » (EC). Il a fallu travailler à une compréhension commune des pratiques, afin de penser l'ensemble des dispositifs et la communication. Ce processus a permis une prise en compte des spécificités du chemsex : « *[Une limite, c'est] de ne pas considérer cette question comme étant spécifique, c'est-à-dire de dire que c'est une addiction comme les autres, qu'on doit traiter comme les autres, alors qu'il y a des spécificités* » (E3).

Le chemsex interroge les cadres habituels de l'addictologie. Il engage des enjeux d'identité, de communauté et de sexualité. Adapter les pratiques implique d'adopter une lecture située prenant en compte les vécus minoritaires : « *Sur ces patients, c'est vrai que le discours [addictologique] en général je trouve qu'il est un peu à côté* » (E3). S'entendre sur ce périmètre, reconnaître le chemsex comme pratique sociale, c'est reconnaître les limites des dispositifs existants :

« C'est des patients qui souffrent de problématiques addictives mais qui ne [vont] pas [au CSAPA]. Il y a des raisons qu'on n'identifie pas et des raisons qu'on a pu identifier. Déjà le fait de ne pas avoir envie de s'identifier comme une personne addictive, le fait de ne pas se reconnaître dans la population du CSAPA [...] et le fait que certains patients soient passés par ici et n'aient pas reçu l'accueil qu'ils auraient [...] mérité. » (E5)

Ce travail progressif de cadrage a été indispensable, retenant l'idée d'une pratique ancrée dans des socialisations minoritaires. Il a permis de sortir d'une approche trop universaliste pour développer une réponse ancrée dans les réalités du chemsex.

3.2. La démarche communautaire

Reconnaître les spécificités du chemsex rend centrale la question de la démarche de santé communautaire. Celle-ci n'a pas été pensée comme une alternative aux approches médicales, mais comme un complément nécessaire. Le chemsex en tant que pratique sociale, appelle des formes d'accompagnement ancrées dans les expériences minoritaires. Rapidement, les porteur·euses se nourrissent de projets comparables :

« J'ai participé à une conférence [...] où les Bordelais avaient présenté. Ils avaient fait un truc porté par AIDES, il n'y avait pas le CSAPA dans leur truc, mais ils avaient présenté le début d'ébauche de leurs groupes. [...] Un groupe un peu pour les gens qui souhaitaient arrêter et un autre un peu plus réduction des risques. » (EC)

Ce travail se prolonge par des recherches et des échanges avec d'autres équipes : *« On a fait pas mal de recherches, chacun de notre côté. [...] On a beaucoup lu, on s'est beaucoup renseigné. On a appelé les contacts qu'on avait aussi. Et après, on a confronté avec l'expérience des patients » (EC)*. La culture communautaire apparaît à de nombreuses reprises, à l'image du terme « *permanence* », qui affirme une posture d'accueil inconditionnelle, sans jugement, en rupture avec certaines logiques habituelles de consultation d'évaluation. Cette démarche s'incarne aussi par les profils des personnes impliquées, pour beaucoup proches ou directement concernées par les vécus queer : *« J'étais le seul HSH de AIDES dans la région, plutôt jeune, et donc plus à même d'accompagner sur la question du chemsex. Les autres collègues, à l'époque, étaient soit migrant·es, soit lesbiennes, et donc c'était plus compliqué [...] de construire un projet » (EC)*.

Cet ancrage communautaire permet de légitimer les savoirs expérientiels : *« Moi c'est les patients qui m'ont formé [...], en disant c'est vous qui êtes l'expert de votre problématique. Moi je ne suis pas un homme qui a des rapports sexuels avec des hommes, je ne pratique pas le chemsex... »* (E5). La démarche de santé communautaire n'est pas seulement un volet à part avec les groupes de parole et les sorties culturelles, c'est une façon d'appréhender le soin et l'accompagnement qui infuse dans tous les dispositifs.

3.3. Evaluation des besoins des usager-es

Les premières permanences visent à comprendre le chemsex : *« Au début, on avait vraiment besoin de comprendre la pratique et de recueillir les besoins des usagers »* (E5). La permanence est d'abord un lieu de *« témoignage »*¹⁰. Les intervenant-es y mènent une enquête informelle en demandant aux usager-es : Que proposer ? Quels formats ? Quels sujets aborder ? L'ensemble des entretiens souligne la volonté d'évaluer, sans projeter, laissant de côté la posture d'expertise : *« On s'est mis dans une position assez basse par rapport aux patients, en disant : on a besoin que vous nous restituiez votre expérience »* (E5). L'écoute des récits individuels, l'analyse des parcours et la diversité des situations permettent de dessiner des tendances : *« On a tous les profils, ça fait un panel de réponses sur plein de questions différentes [...] Ça finit toujours par définir des courants, en tout cas des attentes communes »* (EC).

Certains besoins se manifestent rapidement : le besoin d'un cadre sécurisant, le refus d'un regard médical intrusif ou la crainte de croiser d'anciens partenaires. D'autres émergent plus tard, car peu conscients ou liés à des expériences intimes. C'est notamment le cas de l'homophobie intériorisée ou des violences vécues qui nécessitent du temps, des liens de confiance et un travail sur soi pour être partagées. Les acteur-ices identifient des enjeux récurrents, tels que le sentiment d'isolement (E5) ou les vécus d'homophobie intériorisée.

Les réponses élaborées cherchent toujours à s'adapter aux besoins : *« Je me souviens d'une réunion [...], où on rappelait systématiquement : mais c'est quoi les besoins des personnes ? Pourquoi on fait ça ? Est-ce que c'est vraiment un besoin ? »* (EC). Avant d'être mis en place les dispositifs sont soumis aux retours directs et informels des usager-es, comme en 2022 lors des premières projections de groupe de parole : *« On a ressenti beaucoup de réticence [...] on a un peu rétro-pédalé sur les groupes et on a*

¹⁰ Compte-rendu de la réunion du groupe de travail du 3 mars 2023

pris du temps pour se demander ce qu'on pouvait proposer » (E5). Les usager·es, bien que non intégr·es aux groupes de travail, nourrissent l'ensemble des décisions. L'évaluation des besoins constitue ainsi une méthode à part entière.

3.4. Une démarche de recherche-action

Le projet s'est construit sans plan d'action prédéfini ni cahier des charges dans une logique de recherche-action : faire, observer, ajuster, refaire. À chaque étape, les dispositifs s'appuient sur les expériences de terrain, sur les retours des usager·es et sur les échanges collectifs. Certain·es usager·es deviennent des interlocuteur·rices régulier·es, certain·es suivent le projet sans participer aux dispositifs. Ils questionnent les professionnel·les pour savoir si les groupes de parole « *marchent* » ou s'ils « *ont pris* » (EC). « *Il y a des patients pour qui ça va faire trois ans que je les vois, [...] J'ai informé des projets. [...] Je leur dis tout le temps « Là on essaye ça, on fait ça » » (EC). Cette implication favorise une circulation horizontale d'informations et renforce la légitimité des dispositifs testés : « Partager ça, ça m'aide à ne pas penser pour les patients des espaces de soins qui les concernent. C'est hyper important de les concerter tout le temps sur ce qu'on fait » (EC).*

Le cadre souple est perçu comme un levier. Là où d'autres projets débutent par des protocoles définis, ici c'est le « *chemin inverse* » (EC) qui a été fait : « *protocoliser sans moyens, avec des trucs au fur et à mesure* » (EC). Les groupes de parole illustrent cette démarche en tant qu'espace d'expérimentations avec les personnes. Cette démarche se retrouve aussi dans les suivis individuels : « *on n'a pas vraiment construit de parcours type, [...] il y a tellement d'individualité dans les profils que mettre un parcours type ce serait enfermant* » (E5). L'absence de parcours validé concernant le chemsex favorise l'émergence d'un accompagnement fondé sur l'adaptation permanente.

3.5. Garantir un équilibre entre les structures

Une attention particulière est portée à l'équilibre entre les structures. Le projet ne doit appartenir ni au CeGIDD, ni au CSAPA, ni à AIDES : il est porté collectivement. Cette exigence garantit un partenariat pérenne, fondé sur la reconnaissance de la légitimité de chacun·e. L'inquiétude d'une récupération par une seule institution apparaît rapidement : « *Moi j'avais peur que le CHU récupère ça sur un appel à projet ou se le réapproprie. [...] Du coup, assez vite, on a dit : il faut qu'on demande des thunes, et*

qu'on les demande ensemble. Quand on rédige le projet, on le rédige ensemble, et on ne cède pas » (EC).

Cet équilibre s'exprime par des gestes symboliques : interventions à trois voix lors de congrès, outils de communications systématiquement co-signés. Ce partenariat ouvre un espace de collaboration inédit : *« Symboliquement, c'est assez fort. C'est acter la volonté de travailler ensemble entre trois institutions que ne s'étaient jamais rencontrées avant. » (E5).* Ce souci d'égalité ne relève pas d'un enjeu institutionnel, mais d'une conviction : la diversité permet de répondre à la complexité du chemsex. Aucune structure n'a, à elle seule, les moyens ou les capacités de le faire.

4. Stratégies développées

4.1. Créer la permanence chemsex

La permanence est l'une des premières concrétisations du partenariat. *« C'est en discutant qu'on s'est dit que ça pourrait être pas mal de faire une permanence et vient qui veut » (E2).* Cependant, l'idée d'un lieu ouvert est rejetée par les usager-es : *« Très vite, les gens ont dit : « Faut arrêter ça ! On ne veut pas croiser notre dealer, on ne veut pas croiser notre plan... » » (EC).* La « permanence » devient alors un lieu d'entretiens individuels animés en binôme suite à une prise de rendez-vous.

Chaque entretien associe deux intervenant-es de structures différentes, permettant de répondre aux demandes. Le CSAPA est mobilisé pour les enjeux addictologiques ou les demandes de suivis, AIDES pour la RdR ou les usages d'applis. Il n'y a jamais de présence médicale. *« Pendant ces entretiens-là, il [y a un-e professionnel-le connu-e de l'utilisateur], qui connaît l'histoire, peut aussi la rappeler et se présente comme ça » (EC).* Les professionnel·les veillent à « lâcher » (E3) leurs casquettes professionnelles et à se présenter comme : *« CeGIDD, CSAPA ou AIDES et pas forcément comme éduc, psychologue ou animateur » (E3).*

Organisées le jeudi soir, ces permanences coïncident avec la présence des militant-es de AIDES pour les entretiens PrEP et avec le rythme des consommations : *« Le jeudi soir, ils sont en train de commencer à penser à leur week-end, mais ils ne sont pas encore dedans » (EC).* Les professionnel·les participant-es se sentent de plus en plus légitimes. Progressivement la permanence devient un espace d'évaluation et d'orientation :

« Pour moi, l'objectif est [de] permettre un recul [sur les pratiques], [...] de permettre d'acquérir des stratégies [...] de réduction des risques [...]. Plus les patients viennent tôt, meilleure est l'issue. [...] Un des objectifs au niveau addicto, c'est que les gens [puissent franchir la porte du CSAPA si besoin]. » (E5)

Ces espaces constituent aussi un endroit de montée en compétences : *« [Les permanences] sont utiles pour nous. On s'appuie sur leur témoignage, on essaye de comprendre un peu cette clinique en fait. [...] C'est presque du donnant-donnant » (E3)*. Les permanences permettent des négociations des postures, des manières de faire et de dire et de construction d'une culture commune. Le travail en binôme permet de sortir des automatismes et de valoriser la diversité des approches : *« [Les entretiens en binôme] m'aident [...] [Mais] ça m'a désarçonné » (EC)*.

Construit progressivement, ce dispositif est devenu un outil *« pertinent » (E5)*. Sa place centrale apparaît dans les comptes-rendus de réunions et dans les témoignages, où la première permanence est souvent évoquée comme le moment où *« le projet se lance vraiment. [...] On est face au public et on se confronte à nos idées, toutes nos théories, à la réalité » (EC)*.

4.2. Créer un groupe de travail

Les échanges informels ne suffisent pas : *« juste communiquer entre structures, ça ne marchait pas [...] les gens n'arrivaient pas au bout du chemin » (EC)*. *« Des réunions de travail mensuelles » (EC)* sont instaurées pour organiser les permanences. Elles réunissent les trois structures porteuses, avec, initialement une éducatrice spécialisée et une psychologue du CSAPA, une psychologue et un médecin du CeGIDD, et deux militant-es de AIDES. D'autres partenaires s'y joignent ponctuellement, comme le pôle de santé publique ou l'ELSA. D'abord logistiques, elles servent en réalité à consolider la cohésion du collectif et la collaboration.

Elles se tiennent alternativement dans chacune des trois structures, permettant à chaque acteur·rices de *« se présenter » (EC)*, de présenter ses locaux, ses contraintes matérielles et de renforcer la compréhension de chacun·e. La formalisation reste limitée, *« souvent, il n'y avait pas de compte rendu » (EC)*. Ces réunions sont perçues comme le socle du partenariat. Comme la permanence, elles créent un espace collectif qui donne vie au dispositif. Le groupe de travail *« tourne encore » (EC)* plus de 3 ans après sa création, illustrant sa pertinence.

4.3. Créer une convention partenariale

La rédaction d'une convention partenariale est amorcée dès 2022 et signée début 2023 (*Annexe 4*). Juridiquement peu contraignante, elle formalise le travail et répond à une double nécessité : sécuriser l'engagement des structures et inscrire le projet dans un cadre officiel.

La convention fixe des principes partagés, notamment la disponibilité des intervenant·es et le co-portage. « *Cette convention, elle engage les structures* » (EC). Elle agit comme un outil de régulation des rapports de pouvoir et prévient les risques de récupération : « *Un peu cette histoire de [...] qui a la plus grande ? [...] On n'a pas besoin de ça* » (EC). Un des objectifs est qu'en cas d'appel à projet, les financements bénéficient à tous·tes. Elle constitue un garde-fou, évitant un arrêt brutal du partenariat « *sur la décision d'un individu* » (EC) et permet de « *sécuriser les liens* » (EC). Au-delà de son rôle opérationnel, sa valeur symbolique est souvent mise en avant : elle place « *les trois [structures] à peu près au même niveau* » (EC), mobilise les responsables et légitime le projet dans les rapports d'activité.

4.4. Former les acteurs et les actrices

La formation occupe une place « *centrale* » (EC) dans le projet. Elle légitime le dispositif auprès des institutions – « *les formations, ça génère un effet de sérieux [...] donc ça passe mieux* » (E5) – et, surtout crée du commun entre acteur·rices.

Les besoins émergent dès 2022. Deux professionnel·les participent à une session animée par Gaïa à Paris, marquant une vague de demandes : « *Après Gaïa, bah du coup ça s'est emballé. Il y a eu les CSAPA, les CAARUD même les AIDES locaux qui ont commencé à avoir des besoins de formation* » (E1). Entre 2023 et 2025, cinq sessions sont organisées dans la région, dont deux à Tours. À l'exception d'une animée par Gaïa, elles sont portées par le pôle formation externe de AIDES¹¹, valorisant l'expertise des personnes concernées et la santé communautaire.

Leur contenu associe apports théoriques, échanges de pratiques et réflexions collectives. Elles sont l'occasion de « *débriefter des situations* » (EC). Elles interrogent les représentations liées aux sexualités, aux usages de produits et aux normes implicites du soin : « *En termes de représentation de la sexualité. [...] Il y avait un travail à faire* » (EC). La montée en compétences des professionnel·les leur a aussi permis de devenir intervenant·e à leur tour, comme lors d'une journée régionale d'addictologie le 13

¹¹ Conseil et formation externe de AIDES ; disponible en ligne, consulté le 4 septembre 2025 : <http://www.aides.org/formations>

juin 2025 ou au sein de services comme l'unité de consultation psychiatrique post pénale. Ce renforcement se concrétise avec l'organisation de la journée régionale du 25 septembre 2025, organisée par le CoReSS Centre-Val de Loire. Réunissant plus d'une centaine de participant-es, elle permet de partager les expériences et de valoriser le travail accompli : « *Notre journée chemsex, c'était l'idée de pouvoir inviter tout le monde* » (EC) en s'adressant prioritairement aux personnes déjà sensibilisé-es ou formé-es.

Au-delà de la montée en compétences, la formation diversifie l'offre de soin. En réunissant des professionnel·les varié-es, elle « *créer un réseau* » (E1) et facilite les relais sur le territoire. L'organisation est pensée pour favoriser la diversité des participant-es : « *Il faut aller faire la formation pas trop loin d'où sont les gens pour qu'ils puissent venir en masse* » (E1).

La quasi-intégralité du groupe de travail a suivi une session commune : « *On avait fait en sorte que tout le monde soit là et qu'on ait les mêmes bases de formation, qu'on vive les mêmes moments. [...] Je suis content qu'on [l'] ait fait ensemble, parce que pour moi c'était un moment de partage* » (EC). L'importance de ce moment est soulignée par professionnel·les n'y ayant pas assisté-es : « *Je fais partie des personnes qui ont été formé [mais] j'ai pas suivi la formation [commune]* » (E3).

4.5. Renforcer la confiance entre les acteurs et les actrices

Si le groupe de travail et la convention offrent un cadre, c'est la confiance qui fait vivre le projet. « *Il y a un outil qui est précieux et qui n'est pas quantifiable, c'est la bonne entente entre les différentes personnes impliquées. Je pense que quand on s'apprécie et qu'on a du plaisir à travailler ensemble, on avance plus vite* » (E5). Cette confiance se construit progressivement : « *maintenant on se pratique un peu plus. On se connaît mieux* » (EC). Les désaccords ou les tensions n'ont pas entraîné de rupture, mais au contraire, ont renforcé la cohésion.

Ce lien demande une attention constante, c'est un « *exercice un peu technique* » (EC). Certaines personnes ont parfois eu le sentiment d'être mises à l'écart, en particulier les infirmier·es diplômé·es d'état (IDE) du CeGIDD (E7). Pris-es dans des impératifs matériels, des plannings contraints et des enjeux logistiques, les IDE n'ont parfois pas reçu l'ensemble des informations concernant les réunions ou les avancées (E7). Le développement d'outils de communication a contribué à réduire ces écarts,

notamment « *avec le groupe WhatsApp* » (E3) créé à l'été 2024, et dans une moindre mesure la mailing list.

Au-delà d'un projet, les acteur·rices partagent un langage, une démarche et progressivement une culture commune : « *quand on fait un entretien commun avec une personne de AIDES, on ne parle pas tout à fait le même langage, mais on parle de la même chose* » (E5).

La cohésion s'est aussi renforcée par des temps informels, des repas, des sorties et des moments conviviaux qui ont favorisé des liens d'amitié. Ces liens sont à risques d'induire de l'exclusion en isolant un noyau autonome au sein du collectif. Maintenir un équilibre entre amitiés et inclusion de tous·tes reste un enjeu quotidien.

4.6. Créer des espaces de confiance et de bienveillance pour les usager·es

Créer des espaces d'accueil sécurisants pour les personnes concernées s'impose au regard des violences médicales rapportées par les usager·es. Les permanences s'appuient sur le cadre porté par AIDES (Annexe 2) en mettant l'accent sur la confidentialité et le non-jugement. Comme le rappelle un·e interrogé·e : « *Cette approche de la personne avec une écoute bienveillante [dans] un espace sécurisé. [...] On accueille cette parole-là sans jugement. Et ça demande quand même une posture, ça demande un engagement, ça demande une ouverture d'esprit* » (E3).

Ces principes font de la permanence « *un espace où la personne peut pousser la porte en sécurité et venir parler de son expérience* » (E3). Cette approche contraste avec d'autres contextes de soin : « *Je suis allé au CSAPA, un an avant, où ça s'est mal passé. [...] J'ai rencontré [quelqu'un] qui m'a semblé... [...] déshumanisant en fait. [...] La deuxième fois j'ai rencontré [quelqu'un d'autre] on était au CeGIDD et l'approche était différente* » (E4).

Les espaces collectifs – temps conviviaux, groupes de parole et sorties culturelles – reprennent l'intégralité du cadre de AIDES qui est systématiquement rappelé, adapté et posé (Annexe 2). Plusieurs situations illustrent sa pertinence : une personne qui ose montrer ses bras malgré ses cicatrices ; un·e autre qui évoque des violences sexuelles ou des idées suicidaires ; ou encore l'absence de pressions liées aux consommations après ces temps collectifs. Ces éléments, parfois discrets, témoignent d'un climat de confiance essentiel, permettant à ces temps collectifs d'être des leviers d'émancipation et de

reconstruction. Ils permettent à chacun·e d'exister sans se cacher, sans être jugé·e et sans être assigné·e à un rôle prédéfini, notamment de patient, de toxico ou de victime.

4.7. Sortir du soin conventionnel

L'un des fils rouges est l'invention de nouveaux modes d'accompagnement, faisant coexister accompagnement sanitaire et communautaire. Au CSAPA, les entretiens ont parfois lieu hors les murs, à domicile ou dans des cafés. Les professionnel·les soulignent toutefois la difficulté de sortir des formats classiques du soin hospitalier : entretiens individuels, postures hiérarchisées, recours au bureau ou à la blouse blanche comme cadres symboliques du soin. *« A l'hôpital, on n'a pas du tout l'habitude de travailler en binôme. On fait les entretiens seuls. C'est une pratique à laquelle on n'est pas formé »* (EC).

Le 18 septembre 2024, un repas au restaurant avec quelques usager·es marque le lancement des réflexions autour des groupes de parole. Pour les trois acteur·rices présent·es, cet évènement est fondateur, symbole du début de l'accompagnement communautaire : *« Le resto [...], c'est un événement [...] qui marque le fait que la démarche communautaire, c'est ça. On construit ensemble avec des personnes concernées et on va expérimenter avec les mêmes personnes derrière »* (EC). Le choix d'un repas avec des plats partagés, illustre cette volonté de créer un cadre propice au lien et à la discussion et en dehors des structures de soins : *« Le libanais, on partage un plat, c'est nouveau, on découvre, ça crée de la discussion, ça fait sortir les gens. [...] Forcément, ça crée des souvenirs »* (EC).

Le projet s'est ainsi démarqué par une mise à distance volontaire des codes soignants : tutoiement, usages des prénoms, bises, contacts via les applications ou encore accueil dans le LM de AIDES. Ces choix favorisent *« une approche qui n'est pas si médicalisée que ça en première intention »* (EC), permettant de toucher de nouvelles personnes et de *« dépathologiser »* (EC) le chemsex. L'idée est d'adapter les espaces aux personnes plutôt que l'inverse : *« [habituellement], on propose des espaces, les gens viennent et s'y conforment »* (EC).

Le tutoiement en permanence devient un enjeu : *« le sujet du tutoiement, ce truc-là, on y a passé des heures et des heures de discussion, et c'est encore un sujet. »* (EC). Pour certain·es, il relève d'une posture communautaire, pour d'autres, il interroge la bonne distance dans le soin. Cependant les choses ont évolué et plusieurs professionnel·les l'ont adoptés dans ce dispositif : *« Moi j'ai l'habitude*

de vouvoyer mes patient-es, et [un acteur communautaire], quand il recevait les usager-es, il les tutoyait. Alors je me suis calé là-dessus. Par contre j'ai posé le truc au début : « Est-ce que c'est ok si on se tutoie ? » » (E5).

4.8. Créer des réponses et des orientations

Les permanences sont devenues un temps d'évaluation et d'orientation. Cependant, pour jouer ce rôle, il faut disposer de structures d'aval et de professionnel·les formé·es et capables d'accueillir. La formation des SSRA a ainsi permis de nouvelles orientations : *« C'est le CeGIDD qui a été au Courbat une journée et le CSAPA y était pour présenter le chemsex, les besoins et voir s'il y avait des liens possibles avec la SSR en termes de prise en soin d'orientation » (E1).*

Cette capacité à créer des « ponts » (EC) entre structures renforce l'offre de soins et limite les ruptures de parcours : *« Certains reviennent [en permanences]. Souvent j'ai des patients qui rediscutent de leur suivi addicto avec les infirmiers du CeGIDD dès qu'ils repassent. [...] Ça crée un circuit, on perd moins de gens » (EC).* Il ne s'agit pas ici d'un parcours standardisé, mais d'un réseau, construit au fil des rencontres, des échanges et des formations.

4.9. Créer une RCP

Certaines situations dépassent les capacités des professionnel·les ou des structures et nécessitent un regard croisé : *« Devant le constat de ce réseau qui se créait et du fait qu'il y a des situations complexes pour lesquelles les acteurs n'avaient pas forcément de réponse en local et où ils avaient besoin de partager, bon donc c'était vraiment une RCP la solution » (E1).*

Cette RCP a lieu dans les locaux du CoReSS au CHRU de Tours et a une visée régionale. Elle s'adresse à toutes les personnes impliquées dans le suivi des personnes concernées. Elle permet à la fois de confronter les points de vue et de renforcer les compétences collectives grâce à des interventions thématiques. Celle du 4 juillet 2025, par exemple, a porté sur les prescriptions fréquemment demandées par les usager·es, comme les stimulants érectiles et les benzodiazépines.

Les militant·es de AIDES y sont intégrés. Cette intégration, dans un lieu historiquement réservé aux professionnel·les de santé, a soulevé des débats sur le statut de la réunion et, plus largement, sur la place des usager·es dans les dispositifs institutionnels. Cependant, le choix s'est vite imposé : *« Après il*

y a eu un tout petit peu de temps de « Est-ce que c'est une RCP ou est-ce que c'est pas une RCP ? » à cause du fait qu'il y avait des gens qui n'étaient pas des soignants » (E1).

4.10. Créer un groupe d'usager·es

Un groupe d'usager·es est secondairement mis en place. Il est conçu comme un espace hybride, à mi-chemin entre groupe de parole thérapeutique, auto-support et espace communautaire. Le premier temps fort est un repas au restaurant « *c'était le premier espace où vraiment on mettait des gens autour de la table et on leur disait : « On est chauds, dites-nous ce que vous voulez, allez, on y va ? » »* » (EC).

Dans son prolongement, le groupe se constitue. Son format échappe aux catégories habituelles, mêlant paroles libres, transmission d'expériences et réflexions collectives : « *J'aime bien cette proposition de groupe parce que je repense aux gars, [...] qui ont dit « c'est un truc un peu hybride » »* » (EC). Ces temps ont lieu au LM de AIDES dans un cadre convivial. Trois animateur·rices les portent : une éducatrice spécialisée du CSAPA et deux militant·es de AIDES, dont un·e professionnel·le de santé. Chaque séance est préparée à l'avance, avec des outils d'animation (Annexe 5) pour faciliter les paroles, bien que la parole libre reste le cœur des séances. Les échanges portent sur des thématiques variées : premières consommations, relations amoureuses, place des applis, solitude ou liens familiaux.

En parallèle, des sorties culturelles sont organisées avec Cultures du Cœur¹². Elles offrent plus de souplesse pour intégrer de nouvelles personnes, tout en évitant que certain·es se retrouvent dans un espace fermé avec des personnes qu'elles ne souhaitent pas voir : « *Je voyais beaucoup de retours de groupes collectifs qui ne marchaient pas parce que les usager·es disaient « c'est une petite ville, j'ai pas forcément envie de me retrouver avec mes plans » »* » (E2). Ces sorties permettent surtout de lutter contre l'isolement et de créer des liens en dehors du soin ou des USS.

4.11. Lutter contre la stigmatisation et les discriminations dans le soin

La lutte contre les discriminations dans le soin constitue est centrale. Dès le départ, la nécessité d'actions de sensibilisation et de formation dans les services de soins est identifiée : « *Comment mieux*

¹² Cultures du Cœur ; disponible en ligne, consulté le 4 septembre 2025 : https://www.culturesducoeur.org/CULTURES_DU_COEUR_37

les accueillir dans les services d'urgences, comment former ou parler aux professionnel·les, aux médecins qui les accueillent dans ces services-là ? » (E3). Certain·es usager·es expriment un sentiment d'illégitimité dans le soin, renforcée par l'attitude de professionnel·les et les regards d'autres patient·es : « [Un usager] m'a dit, je me suis senti très stigmatisé, très regardé, très interrogé sur ces questions-là » (EC). Ce vécu d'exclusion est entretenu par des mécanismes d'homophobie intériorisée, peu identifiées mais centrale dans les parcours.

Le projet vise à faire exister le chemsex comme enjeu de santé publique, face à une tendance à la banalisation et la marginalisation du phénomène : « *On a entendu dès le début : « le chemsex, c'est une niche. » [...] ça touche des [...] homosexuels, ça touche à la sexualité... et parler de sexualité, c'est hyper compliqué » (E5). Certain·es professionnel·les se montrent peu investi·es, voire sceptiques, face à la thématique.*

Cette « *double peine* » (E5) – être à la fois queer et consommateur·rices de SPA – freine l'accès aux soins et alimente la crainte d'être jugé·e. Elle est pleinement intégrée dans les discours des porteur·euses du projet. Celui-ci propose une réponse autant politique que médicale en luttant contre la stigmatisation et les discriminations.

III. Outils d'évaluation, difficultés et reproductibilité

1. Outils d'évaluation

1.1. Ressentis et réflexivité des personnes impliquées

L'évaluation repose sur des éléments parfois difficiles à objectiver. Les dynamiques collectives ont renforcé les liens : « *Je ne connaissais pas les gens, maintenant je connais les gars [de AIDES] et je vois qui sont les infirmières de maladies infectieuses* » (E3). Le projet favorise le partage des « *connaissances des partenaires* » (E3), la facilitation des échanges entre personnes et l'acquisition d'une légitimité. Cette dernière s'appuie sur des changements de posture et des réflexions critiques sur les pratiques. Toutes les personnes interrogées décrivent des changements de pratiques : « *[Ce projet] a profondément changé la manière dont j'aborde la sexualité en consultation [...] y compris en dehors du chemsex.* » (E5).

Alors que les différences de cultures professionnelles étaient initialement source de tensions, elles sont désormais perçues comme bénéfiques : « *On a des [...] divergences qui sont je trouve assez complémentaires et enrichissantes. Ça remet en mouvement* » (E5). Les effets visibles concernent en premier lieu les professionnel·les et, indirectement « *les parcours des personnes concernées* » (E2).

La réflexivité occupe une place essentielle pour ajuster les dispositifs, pour discuter des postures et des adaptations¹³ : « *Je trouve qu'on est en question, qu'on réfléchit [...] à nos dysfonctionnements... Nos difficultés, c'est souvent des sujets... Enfin je veux dire qu'on essaye de trouver des solutions. Ces questions-là, ça occupe quand même sérieusement nos groupes de travail* » (E3). Ces temps d'échanges sont des outils d'auto-évaluation, permettant d'améliorer les dispositifs en continu. Ils sont aussi un moyen de prendre soin du collectif, de maintenir la motivation et de consolider les liens, soulignant l'importance du ressenti des acteur·rices dans l'évaluation.

1.2. Évaluation des permanences : le recueil de données

Un questionnaire d'évaluation a d'abord été mis en place pour recueillir l'avis des personnes à l'issue de leur passage en permanence (Figure 5-1). Élaboré par une médecin de santé publique, il visait à « *évaluer la pertinence* » (E6) notamment en mesurant la satisfaction : « *Il y a un gros travail qui a été*

¹³ A l'image de la réunion du 25 janvier 2025 réunissant les animateur·rices des groupes de parole pour discuter des postures et des adaptations, en présence d'un tiers extérieur

fait là-dessus, qui nous a pris pas mal de temps » (E6). Diffusé par un QRcode, il devait garantir l'anonymat, mais la faible fréquentation a rendu caduque cet outil. Ses objectifs restaient flous : « *caractériser les personnes qui se présentent* », leur situation clinique, évaluer la fréquentation et les réponses aux besoins (E6). Au final, il n'y a eu que « *trois participations* » (E6), soit 10,3 % des usager·es. Cela a conduit à « *réfléchir autrement* » (E6).

A partir de juin 2024, une nouvelle méthode est adoptée : une fiche anonyme remplie par les intervenant·es à la fin des entretiens intitulée « *guide d'entretien* » (Annexe 3 & Figure 5-2). Parallèlement, la prise de rendez-vous et le suivi de la fréquentation sont intégrés au logiciel clinique du CeGIDD (Figure 5-3). La fiche permet de documenter trois indicateurs jugés les plus pertinents : les modes de recrutement, les profils des usager·es et les orientations à l'issue de la permanence.

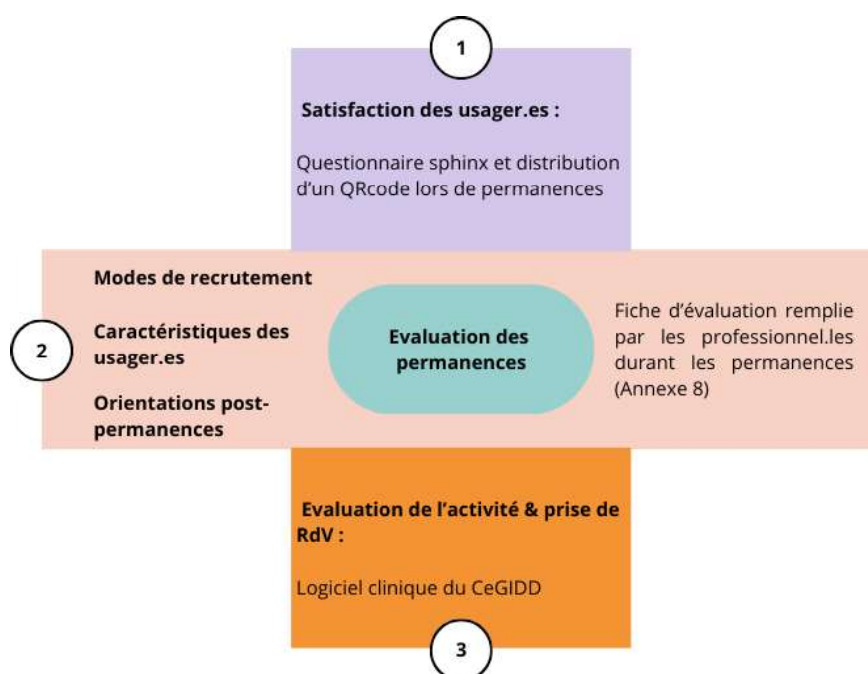


Figure 5 : structuration du recueil de données autour des permanences chemsex

Les modes de recrutement reflètent la capacité de la permanence à être identifiée au-delà des trois structures et à s'adresser à une diversité de personnes. La fréquentation, autre indicateur pertinent, reste irrégulière, parfois source de frustration : « *se déplacer à une permanence et que finalement aucune personne vienne nous voir* » (E6). Enfin, l'augmentation globale des files actives est perçue comme un signe indirect de pertinence : « *Aujourd'hui on capte [...] davantage de personnes qui sont prises en charge ou qui circulent entre les 3 structures* » (E3). La continuité même du dispositif est perçue comme un indicateur de réussite : « *ça existe encore et personne ne s'est cassé de manière dramatique... [...] Ça aurait pu lâcher à plein d'endroits* » (E6).

1.3. Repérage des pratiques

Les difficultés de repérage des pratiques révèlent les manques de formation ou de sensibilisation des professionnel·les. Le suivi des PVVIH ou des usager·es de PrEP devrait ainsi s'accompagner d'un repérage systématique, compte tenu de la prévalence. Or, les écarts entre les files actives déclarées et les chiffres de détection du chemsex suggèrent une sous-identification : « *Pendant les plénières du CoReVIH, on dit [au CeGIDD] « attention vos chiffres de détection, ici. Ce que vous déclarez comme chemsexuels avec vos files actives de prepeurs, ça ne colle pas ». Les infectiologues, je ne suis pas sûr·e qu'ils aient encore entendu ça... »* (E1).

Le suivi des pratiques des soignant·es permet ainsi d'identifier des points de vigilance : « *Il faut continuer à sensibiliser les infectiologues sur le fait qu'il y a une prévalence importante de chemsexuels chez les PVVIH et qu'[il] faut que ce soit des questions qui puissent être posées* » (E1). L'absence de repérage peut refléter une difficulté à poser les questions, accueillir les récits ou identifier certains signes cliniques, en particulier lorsque les personnes ne correspondent pas aux représentations des professionnel·les sur les consommateur·rices de SPA.

Dans ce cadre, les données de repérage constituent des indicateurs d'efficacité des actions de formation. Elles rappellent l'importance de former régulièrement pour améliorer les pratiques et proposer un suivi adapté.

1.4. Mobilisation des usager·es

Dans une démarche communautaire, la mobilisation est un bon indicateur de pertinence. Ce processus est un levier de transformation sociale et un critère d'évaluation : plus l'implication est durable, plus s'exprime un sentiment d'adhésion, de sécurité et d'utilité. Certain·es usager·es ont proposé de co-animer des espaces de discussion, d'autres ont participé à des événements militants et l'un·e d'elle·eux est devenu·e militant·e chez AIDES. Ces initiatives traduisent une appropriation du projet et un passage du statut d'usager·e à celui d'acteur·rices.

La mobilisation doit être envisagée de manière large : les formes d'implication peuvent rester ponctuelles et informelles, comme la promotion du dispositif par le bouche-à-oreille : « *Pour faire du bouche-à-oreille, faut aussi avoir des trucs à dire de positif ou de confiance. Ils ont expérimenté suffisamment longtemps pour pouvoir le promouvoir auprès des autres personnes* » (EC).

1.5. Persistance dans le soin et l'accompagnement

Dans un contexte où les ruptures de suivi sont fréquentes, notamment pour les personnes concernées par les problématiques addictives, le maintien dans le dispositif est un indicateur pertinent : *« S'ils viennent et s'ils restent, pour moi c'est que l'objectif est rempli. Quand le soin n'est pas adapté, les gens ne restent pas »* (E5).

Cette continuité ne signifie pas nécessairement une prise en charge continue ou intensive, mais une stabilité du lien : les usager·es savent qu'ils peuvent revenir après une interruption sans jugement ou exclusion. *« Il y a des patients qui restent longtemps [...] ça veut dire que les gens n'ont pas lâché pour des questions institutionnelles leur parcours de soins. C'est plutôt positif »* (EC). Certain·es professionnel·les révèlent que cette fidélité contraste avec les premiers suivis : *« Au début, ils ne restaient pas... Ils avaient l'impression de ne pas être compris. [...] Il est possible qu'on fasse passer des représentations des choses qu'on ne connaît pas qui font que la personne n'accroche pas »* (E3).

La continuité concerne aussi les équipes : *« [Il y a] le degré d'investissement des soignant·es, quand on sent que ça a du sens et que ça marche, on s'investit. On va avoir facilement envie de se désinvestir de quelque-chose qui nous paraît dénué de sens ou vain »* (E5).

2. Difficultés et limites

2.1. L'absence de temps, de financements et de coordination

L'un des freins structurels tient à l'absence de temps, de financements et de coordination. Aucun·e des professionnel·les de santé impliqué·es ne dispose d'un temps dédié en dehors des suivis cliniques. Les permanences, groupe de travail, RCP et espaces collectifs repose sur un engagement volontaire : *« Aujourd'hui nous sommes à zéro temps... Zéro temps »* (EC). Cette situation met en péril le projet sur la durée : *« Dans ce projet ce sont des personnes engagées qui militent sur la question, [...] on a 3 personnes avec 3 casquettes différentes mais qui sont animées par cette question. Et je pense que c'est une force, mais à l'avenir ? »* (E3).

Seul·es les animateur·rices de AIDES disposent de temps identifié, mais limité aux actions communautaires. Le CoReSS apporte un soutien à l'échelle régionale, mais le reste repose sur du volontariat où il n'y a *« aucun temps de travail reconnu, [et où] toutes les heures données sont des*

heures perdues » (EC). Le temps consacré n'est pas négligeable : « Je pense que par mois, si je compte mon temps, ce que ça implique [...] Non mais un temps de malade en fait » (EC).

Cette absence de cadre entraîne surcharge, fatigue, désorganisation et impossibilité d'anticiper ou de déléguer. Elle peut générer des tensions autour d'attentes implicites : *« C'est dur quand on s'investit beaucoup et que les autres ne s'investissent pas pareil. C'est dur d'être vu comme le référent et donc celui qui doit tout retransmettre » (EC). Il n'existe ni secrétariat, ni appui logistique, ce qui rend la gestion quotidienne fragile : « Il nous faudrait de la coordination, de la gestion de projet, renvoyer des rappels sur les dates, sur les lieux des rencontres. C'est toujours un peu au dernier moment qu'on [s'organise] » (E6). La réussite du projet repose sur des volontés individuelles, souvent au prix de sacrifices personnels : « Si tu veux t'investir sur le projet, faut être plus flexible que n'importe qui... Et du coup ça m'a un peu gavé » (EC).*

Cette fragilité freine également l'évaluation, l'implication des directions et l'inscription du projet dans la durée : *« Si c'était à refaire j'inclurais beaucoup plus de points d'étapes, d'évaluations. J'essayerai plus encore d'impliquer les responsables de chaque structure » (E2). Les statuts professionnels accentuent les écarts d'engagement : les personnes bénéficiant de reconnaissance institutionnelle ou de flexibilité s'impliquent plus aisément, alors que les IDE du CeGIDD, soumis-es à des contraintes organisationnelles fortes, peinent à participer pleinement (E5).*

Cette dynamique illustre une tension centrale : sans cadre formel, le projet reste tributaire de volontés individuelles. Comme le résume un·e participant·e : *« Si on ne se bouge pas un peu le cul, il ne se passe rien » (EC). Au fond une des questions est : « ce projet il fait partie de quoi ? » (EC). L'avenir du dispositif dépendra de sa capacité à s'institutionnaliser sans perdre ses principes d'actions et l'engagement qui l'ont fait naître.*

2.2. Les ralentissements et les rigidités institutionnelles

Le projet est freiné par des lenteurs administratives et une gouvernance partagée entre trois structures. Chaque étape nécessite de multiples validations : *« Faut batailler sur une convention qui met un an à être signée, un logo sur une affiche qui est 3 cm décalé... enfin tout ça quoi. Ça me rend fou » (EC). Cette inertie nourrit un sentiment d'illégitimité, le chemsex étant encore relégué au second*

plan : « *Ce truc, c'est du temps perdu pour une poignée de patients. [...] C'est un petit sujet dans les grands sujets, un petit sujet dans la santé sexuelle, dans l'addicto...* » (EC).

Le manque de soutien de certaines directions accentue ces freins : « *Le fait pour les équipes de se sentir soutenues par les coordonnateurs, [...] c'est très important, mais la façon dont le projet est mis en place ne permet pas toujours d'avoir ces coordonnateurs-là* » (E6). Les procédures internes, particulièrement du CHRU, ralentissent même les démarches simples : la création d'une affiche (Annexe 6) a nécessité plusieurs mois de va-et-vient révélant l'écart entre la souplesse requise et la rigidité des cadres existants.

Des cloisonnements internes persistent également : manque de communication, absence de relais ou sentiment d'isolement. L'organisation de certains services participe à des phénomènes de mise à l'écart : « *Je n'ai même pas de lien avec mes propres collègues, j'ai l'impression que j'ai accès à rien* » (EC). Ces rigidités concernent aussi les horaires souvent inadaptés aux rythmes de vie des personnes : « *Nous c'est 9h–17h et on n'a plus de place...* » (EC).

2.3. Les difficultés internes aux structures

Des limites apparaissent au sein des structures, en particulier au CSAPA. Si le dispositif repose officiellement sur un partenariat tripartite, son portage au CSAPA reste inégal et dépend de « *quelques personnes* » (E3), sans réelle inscription dans le projet de service. Le dispositif est parfois perçu comme une initiative marginale. Lors de réunions de service, sa présentation a même suscité de l'étonnement : « *Il y a eu une surprise de l'équipe : « Wouah, c'est vachement bien ce que vous faites ! » Comme s'il y avait une petite bulle qui bougeait de manière indépendante dans l'équipe* » (E3).

Ce manque d'intégration se traduit aussi par des orientations concentrées vers les rares personnes motivées, « *alors [que] tous [sont] censés pouvoir accompagner* » (E3). La RCP et l'implication du CoReSS « *[ont] beaucoup aidé* » (E5), sans toutefois lever ces difficultés.

Certains fonctionnements soulignent aussi ces résistances. L'exemple des consultations imposées aux IDE du CeGIDD dans les locaux du CSAPA, en contrepartie de la participation de ce dernier aux permanences, illustre une logique de rapport de force peu favorable au partenariat : « *Le discours a été « Ok pour détacher des gens du CSAPA au CeGIDD, mais il nous faut une contrepartie. » »* (E5). Dans

les faits, peu de dépistages d'IST ont été réalisés et les IDE se sont surtout consacré·es à des bilans biologiques sans lien avec la santé sexuelle : « *Le CeGIDD venait [au CSAPA] pour faire des prises de sang* » (E3).

Ces résistances internes ne sont pas propres au CSAPA mais y sont particulièrement visibles, en raison de sa taille et de la diversité des professionnel·les impliqués·es. Comme l'a résumé un·e participant·e : « *le CSAPA c'est toujours une impasse* » (EC).

2.4. Le recrutement et la mobilisation des usager·es

Si la mobilisation des personnes concernées a été pensée dès l'origine comme un levier, elle s'est heurtée à plusieurs obstacles. Le premier aux particularités des personnes rencontrées, souvent en grande précarité psychique ou sociale, leurs besoins immédiats relèvent en apparence davantage d'une prise en soins individuelle que d'une mobilisation communautaire. « *J'aurais envie que les gens aient plus de place, [...] mais [...] au début on a rencontré des gens tellement en difficulté que c'était vraiment pas la priorité* » (EC).

L'ouverture d'espaces de parole a permis à certain·es de s'exprimer, parfois pour la première fois. Ces endroits sont devenus des lieux où les personnes « *se sont autorisées à aller vraiment très très mal* » (EC), mettant en difficulté certain·es professionnel·les : « *A un moment donné je me suis dit merde, ça se trouve on fait de la merde ! Les gens vont mega mal et plus on les voit et plus ils vont mal* » (EC).

Dans les faits, la permanence ne s'adresse qu'à une minorité de personnes déjà insérées dans les réseaux de soins. La majorité des usager·es « *sont déjà patients du CeGIDD* » (EC) ce qui limite l'ouverture à d'autres publics et produit une relative homogénéité des profils : « *On a une patientèle très ciblée : on ne voit pas les gens en dessous de 25 ans [...] on a peu de précaires...* » (EC). Les usager·es « *connaissent très bien les infirmières [du CeGIDD], c'est elles qui les orientent [...] Il y a très peu de présentation spontanée* » (EC).

Le manque de diversité s'explique aussi par une communication touchant difficilement les lieux fréquentés par les personnes concernées. L'absence de lien avec d'autres espaces associatifs est marquante : « *On aurait un intérêt à communiquer avec le centre LGBT [...] ça fait partie des personnes qui n'existent pas dans la boucle* » (EC). La diversification progressive des orientations (AIDES,

infectiologues, médecine générale) et le bouche-à-oreille ont néanmoins permis d'« *avoir des profils un peu différents de ceux du début* » (EC). En s'inscrivant dans un cadre sanitaire, la permanence laisse insuffisamment de place à la mobilisation communautaire, qui reste marginale. Ces constats soulignent l'importance de développer de nouvelles stratégies d'aller-vers, de renforcer les liens avec les acteur·rices communautaires, d'investir des lieux de socialisation queer et de s'affranchir des formats classiques du soin.

2.5. Le développement d'offres de soins et d'accompagnements

Malgré des efforts pour augmenter et diversifier l'offre de soins et d'accompagnements, les professionnel·les impliqué·es demeurent peu nombreux·euses et le réseau reste insuffisamment formé et identifié. L'augmentation des sollicitations met en tension les capacités existantes : les demandes augmentent sans relais supplémentaires.

Le manque de sexologues accessibles est fréquemment évoqué : « *C'est le gros point noir actuellement* » (EC). La mobilisation des médecins généralistes reste également anecdotique. Peu sont identifié·es comme partenaires fiables, renforçant l'isolement des acteur·rices du projet. Les structures spécialisées – notamment les SSRA – sont parfois sollicitées, mais l'absence d'offre spécifique et le manque de connaissances dans les liens entre sexualités et consommations limitent leur pertinence en faisant « *comme si les gens consommaient de l'alcool et du tabac* » (EC). Les retours sont souvent critiques : « *Ils ne proposent rien de spécifique et du coup les derniers patients m'ont dit : « Oui, c'est bien, mais c'est pas ouf, parce que personne ne parle de sexualité » »* » (EC).

La situation est d'autant plus préoccupante que les ressources internes arrivent elles aussi à saturation. L'absence de relais extérieurs rend les parcours fragiles : « *je vais bientôt ne plus savoir sur qui orienter les gens. Quand la seule collègue psy ne pourra plus les recevoir, je ne sais pas ce qu'on fera* » (EC).

Certain·es usager·es expriment le besoin d'un lieu de répit, permettant de se mettre temporairement à distance des consommations. Cette demande, sans réponse, illustre le décalage entre les formats existants et les attentes : « *Plein de patients me disent : je me sens fatigué, j'ai envie d'aller m'allonger là deux-trois semaines quelque part, entouré de gens sympas, et je sais pas où aller* » (EC).

2.6. Intégrer de nouvelles offres et de nouveaux acteurs et actrices

La dynamique collective repose sur un noyau restreint de personnes très impliquées. « *C'est pas facile d'intégrer de nouvelles personnes* » (EC), Cette difficulté est liée à la crainte de fragiliser un équilibre encore précaire et de perdre « *le contrôle sur ces espaces-là...* » (EC). Intégrer de nouveaux·elles acteur·rices suppose du temps et une acculturation, notamment pour garantir la cohérence des pratiques et des messages transmis. L'arrivée de professionnel·les moins aligné·es avec la santé communautaire pourrait générer de la confusion : « *Est-ce que du coup les patient·es vont pas avoir l'impression qu'il y a 15 000 propositions et des propositions qui sont inégales ?* » (EC).

Cette tension se retrouve dans le développement de nouvelles offres de soins. Ainsi, les IDE du CeGIDD développent des consultations dédiées sur le modèle d'Iris Bichard au Spot Beaumarchais, à Paris, basées sur des approches cognitivo-comportementales. Ces initiatives suscitent parfois des réticences chez certain·es, par crainte de diluer le projet ou d'en altérer les principes d'actions. Cette ambivalence entre ouverture nécessaire et préservation d'un cadre commun est un frein majeur pour les porteur·euses.

3. Reproductibilité et transfert

Le projet d'accompagnement autour du chemsex mené en Indre-et-Loire (37) par le CeGIDD, le CSAPA et AIDES répond à une pluralité de besoins, identifiés à la fois par les personnes concernées et par les acteur·rices impliqué·es.

Une première série de besoins relève du champ addictologique classique : repérage précoce, réduction des risques, évaluation clinique et prise en soin. Dans le cadre du chemsex, ces dimensions s'entrecroisent avec la sexualité : repérer des usages suppose d'aborder la sexualité, réduire les risques implique de considérer à la fois les consommations et les pratiques sexuelles, et l'évaluation interroge les dysfonctions sexuelles et les rapports au corps et à la sexualité.

A cela s'ajoute la nécessité de prendre en compte les spécificités du chemsex en tant que pratique sociale. Il ne s'agit pas d'une consommation de SPA comme les autres, mais d'une pratique inscrite dans des codes, des apprentissages et des vécus minoritaires. Trois besoins se dégagent : lutter contre la stigmatisation et les discriminations, rompre l'isolement social et permettre l'expression sur les pratiques.

Enfin, la mise en œuvre du projet repose sur la construction d'un travail commun entre trois structures aux cultures différentes. Le partenariat entre AIDES, le CeGIDD et le CSAPA a nécessité une convergence importante : réunions en alternance dans les trois structures, formations communes, interventions croisées et outils de coordination. Cette articulation entre santé sexuelle, santé communautaire et addictologie constitue une condition clé de reproductibilité.

Ces besoins se traduisent en stratégies concrètes regroupées en cinq catégories (*Figure 6*). Le groupe de travail et la permanence sont les deux dispositifs centraux. Initialement conçue comme espace de montée en compétences, cette dernière est progressivement devenue un temps d'évaluation et d'orientation, rendue possible par la diversification progressive de l'offre sur le territoire et la formation des acteur·rices.

Cette diversification a été largement portée par le CoReSS avec le déploiement de formations et l'organisation de la RCP. Ces outils ont favorisé le repérage, permis au professionnel·les de parler du chemsex et d'identifier des relais pour la prise en soins.

Le projet s'appuie sur le développement d'un accompagnement communautaire, indispensable pour répondre aux dimensions sociales des pratiques. Groupes de parole, repas partagés et sorties culturelles créent des temps conviviaux, sécurisés et de politisations des expériences. Ces espaces renforcent la lutte contre l'isolement et les discriminations tout en permettant de penser et d'identifier les spécificités du chemsex. Un projet sur ce thème, ne peut pas faire l'impasse sur ses dimensions sociales et minoritaires.

Ainsi pour assurer sa pérennité et sa reproductibilité, plusieurs conditions apparaissent essentielles :

- **Un collectif pluridisciplinaire engagé**, associant santé sexuelle, santé communautaire et addictologie, travaillant de manière horizontale et non hiérarchisée et développant une culture et une appréhension commune des pratiques ;
- **Une offre de formation structurée**, à la fois pour sensibiliser les professionnel·les de premier recours au repérage précoce et pour diversifier l'offre de soins sur le territoire. Le soutien du CoReSS semble indispensable pour donner l'ampleur nécessaire à cette dynamique ;

- **Une dynamique communautaire**, portée par une association en mesure de proposer des espaces d'accueil, de lien social et d'accompagnement. Sans elle, les spécificités du chemsex risquent d'être ignorées ;
- **Un appui institutionnel**, des responsables des structures impliquées, comme des financeurs, afin de garantir des temps de coordination, de formalisation des partenariats et d'évaluation ;
- **Un dispositif d'évaluation et d'orientation**, qui peut prendre d'autres formes qu'une permanence, mais doit intégrer des regards croisés et constituer un lieu de montée en compétence collective.

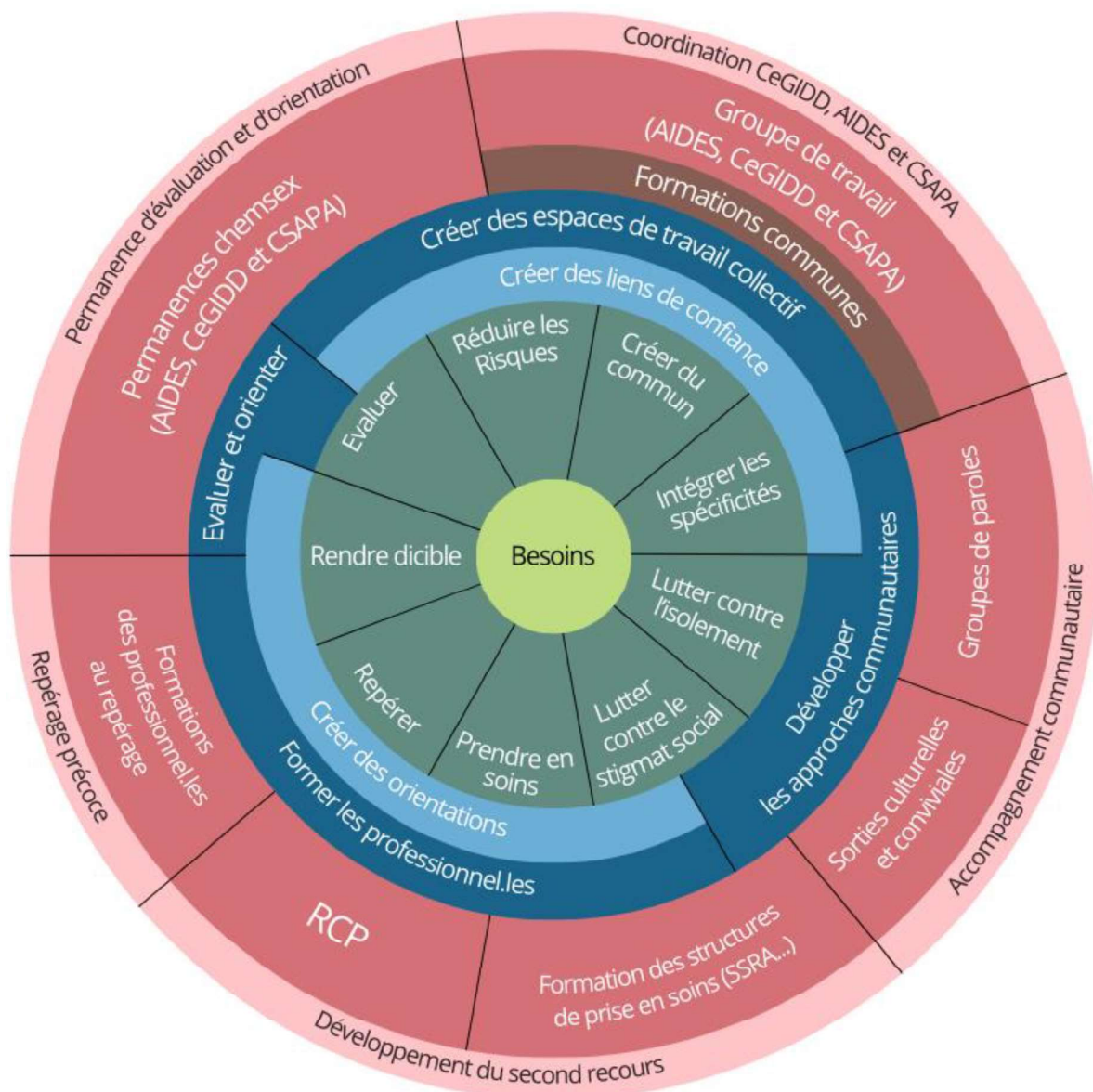


Figure 6 : modèle explicatif structuré autour des besoins eux-mêmes déclinés en stratégies puis dispositifs mis en place

IV. Evaluation de l'activité

1. Activités des permanences

D'après l'ensemble des données disponibles, 29 personnes ont bénéficié de la permanence entre septembre 2022 et juin 2025, pour un total de 29 permanences. Sur 33 mois d'existence, elle a accueilli en moyenne 0,88 (0,59 ; 1,26) usager-es par mois. Cela souligne une sollicitation bien en deçà de ses capacités d'accueil.

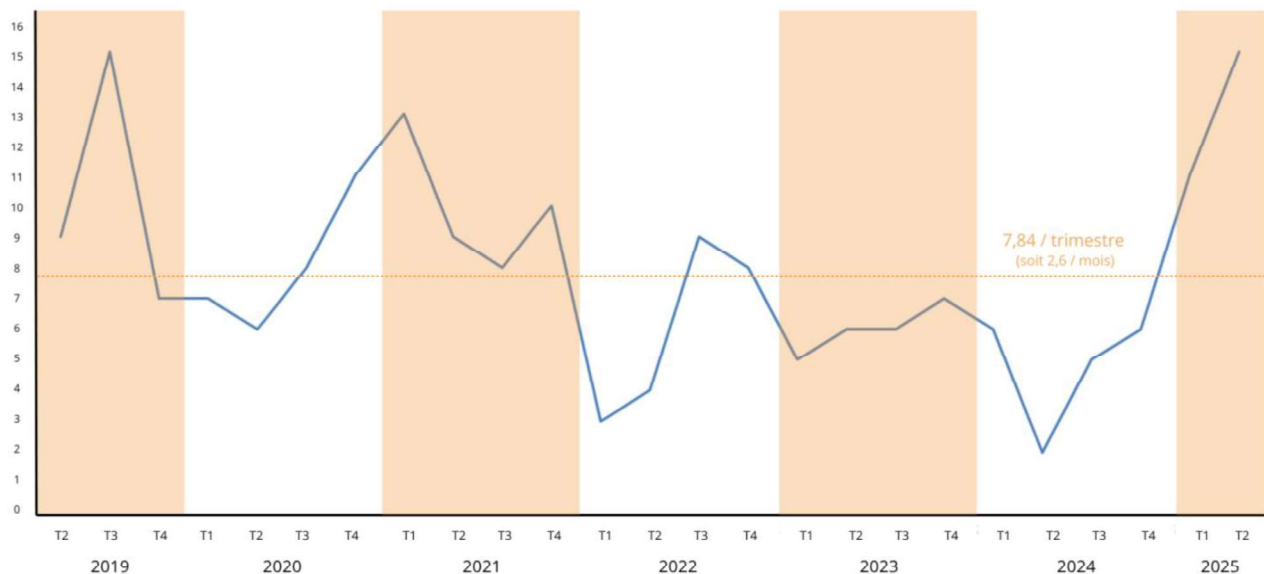
Toutes les personnes identifiées sont des hommes cisgenres. Deux ont été adressées par AIDES, tandis que le reste l'a été par le CeGIDD dont trois grâce à l'intervention de leurs proches ou partenaires, soulignant l'importance des réseaux personnels dans l'accès au dispositif. Bien que les orientations ne soient pas toujours documentées, la plupart semblent avoir été dirigées vers le CSAPA. Les orientations vers AIDES et le CAARUD ne sont pas évaluables à partir des données disponibles. Les venues récurrentes restent rares, deux situations ont été identifiées.

2. Parcours et flux des usager-es

A partir des données d'activités du CeGIDD, il est possible d'évaluer à 196 la file active d'usager-es de chemsex entre janvier 2019 et juin 2025. Cette file active est définie par le remplissage du questionnaire sur les pratiques de chemsex dans le logiciel métier du CeGIDD. Compte tenu de son manque d'exhaustivité, ce chiffre est probablement sous-estimé. Ces données correspondent à 2,55 (2,20 ; 2,93) nouveaux repérages par mois. Des fluctuations apparaissent au cours du temps mais sont difficiles à systématiser, notamment en raison des effectifs limités (*Graphique 1*). Sur ces personnes repérées, 148 ont bénéficié d'au moins une consultation de PrEP, soit 75,5 % (69,5 ; 81,5). Au total, 1 081 personnes, hors femmes cis, ont été suivies au CeGIDD pour de la PrEP sur la même période, ce qui permet d'estimer une prévalence du chemsex chez les usager-es de PrEP à 13,7 % (11,6 ; 15,8).

Les analyses issues du DOMEVIH nous apportent quelques éléments. Parmi la file active des PVVIH d'Indre-et-Loire (37), 30 sont déclarés usager-es. Les données sur le chemsex dans le DOMEVIH sont disponibles entre janvier 2023 et décembre 2024, permettant d'estimer 1,25 (0,84 ; 1,78) nouveau repérage par mois. La file active de PVVIH dont le mode de contamination est HSH ou inconnu est de

525, ce qui fait une prévalence de 5,7 % (3,7 ; 9,9). Aucun·e de ces patient·es n’a été accueilli·e au sein de la permanence.



Graphique 1 : Evolution au cours du temps du nombre de nouveau repérage de pratiques de chemsex par trimestre au CeGIDD 37

Au CSAPA, la file active est estimée à 37 personnes entre juillet 2022 et juin 2025, soit 1,03 (0,72 ; 1,42) nouvelle personne par mois. Parmi elles, 15 ont un suivi au CSAPA après un passage en permanence tandis que 22 suivis CSAPA ont lieu indépendamment des permanences. Il n’existe aucun moyen de connaître le parcours de ces personnes, mais des orientations par le service de maladie infectieuses sont probables pour une part d’entre elles.

Chez AIDES, la file active de personnes concernées ayant bénéficié d’entretiens individuels est estimée à 29 entre janvier 2024 et juin 2025, soit 1,61 (1,08 ; 2,31) par mois. Les trajectoires entre AIDES et la permanence restent difficilement évaluables, tout comme l’identification des usager·es commun·es. En revanche si l’on croise les données du CSAPA avec la participation aux groupes de parole et aux sorties culturelles, on observe que 38 % des personnes suivies ont bénéficié d’au moins un temps collectif.

L’ensemble de ces données est synthétisé dans la *Figure 7*, qui représente les flux d’usager·es entre les structures. Cette lecture en termes de trajectoire met en évidence un point clef : environ un repérage sur trois au CeGIDD conduit à un passage en permanence, et un passage sur deux en permanence débouche sur une prise en soin addictologique. Dit autrement, un repérage sur six au CeGIDD aboutit à un suivi addictologique.

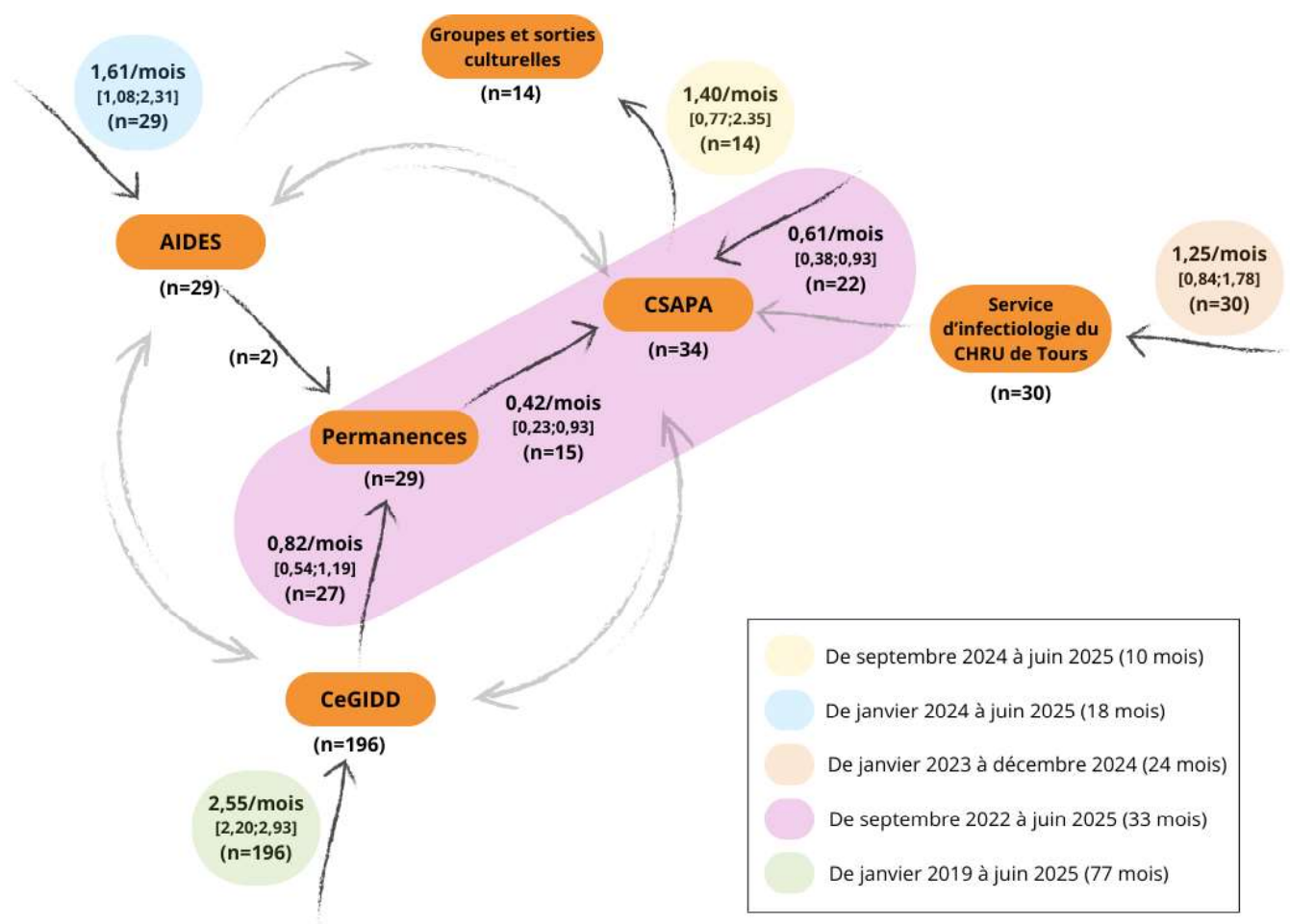
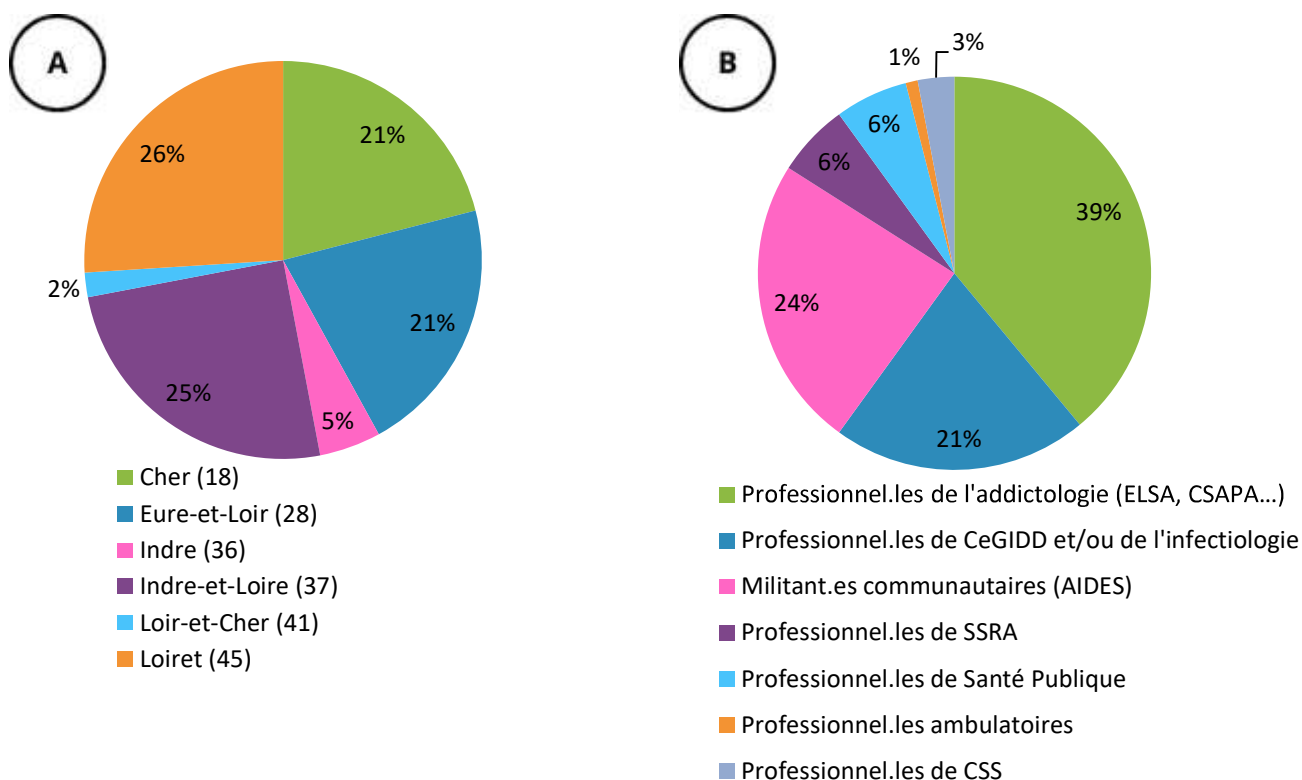


Figure 7 : parcours et flux des usager·es entre janvier 2019 et juin 2025 (flèches grisées : données indisponibles)

3. La formation des professionnel·les

Au total, cinq sessions de formation ont été organisées en 2023 et 2024 par le CoReVIH Centre-Val de Loire, réunissant 81 participant·es. La répartition territoriale des personnes formées reflète les localisations des sessions. Les départements du Cher (18), de l'Eure-et-Loir (28), de l'Indre-et-Loire (37) et du Loiret (45) concentrent chacun entre 21 % et 26 % des participant·es (*Graphique 2-A*), tandis que l'Indre (36) et le Loir-et-Cher (41) représentent à eux deux 7 % des personnes formées.

Les profils des participant·es sont variés : 24 % relèvent du champ communautaire et militant (dont AIDES), 21 % exercent en CeGIDD ou en service d'infectiologie, et 39 % au sein de CSAPA (*Graphique 2-B*). On note également la participation d'un·e médecin libéral·e ainsi que de cinq professionnel·les de SSRA, témoignant d'élargissement progressif autour de ces questions.



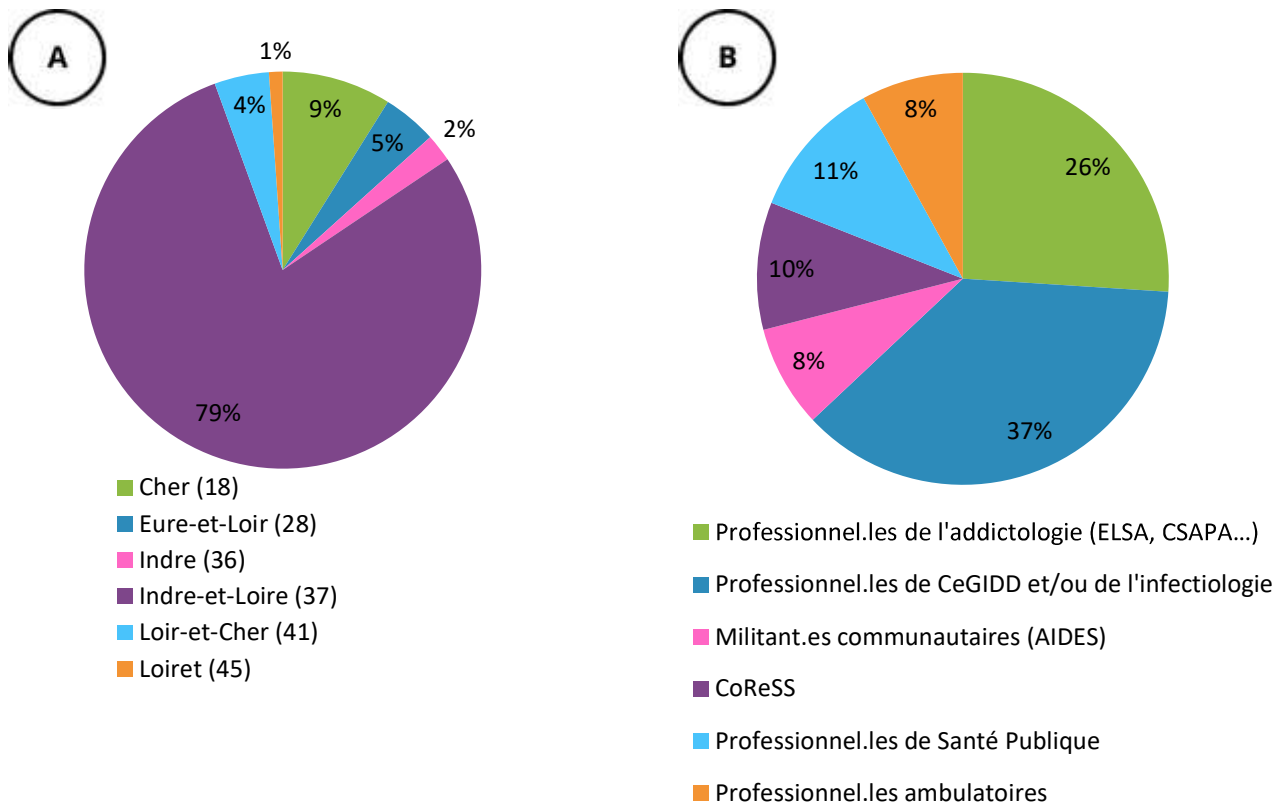
Graphique 2 : répartition des professionnel·les ayant participé aux formations du CoReVIH CVL en fonction de leur département d'exercice (A) et de leur profil (B)

4. La réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP)

Entre le 19 janvier 2024 et le 4 juillet 2025, sept RCP ont été organisées, réunissant entre 11 et 20 participant·es, avec une moyenne de 16 personnes par session. Portée par le CoReSS, elles sont régionales, mais rassemblent une majorité de personnes exerçant en Indre-et-Loire (37) représentant en moyenne 79 % des participant·es (*Graphique 3-A*). Une exception notable est la RCP du décembre 2024, où 45 % des participant·es venaient du Cher (18), marquant une ouverture géographique ponctuelle.

Elles rassemblent une diversité de professionnel·les, majoritairement issu·es des CeGIDD ou service d'infectiologie et du champ addictologique, qui représentent en moyenne 53 % des participant·es (*Graphique 3-B*). On relève la présence quasi systématique des militant·es de AIDES et une participation croissante du secteur ambulatoire, témoignant d'un élargissement timide du réseau.

En tant que dispositif institutionnel, la RCP doit répondre aux normes attendues, comme le souligne une personne interviewée : « [L'évaluation] c'est une norme quand t'es une RCP. [...] L'ARS a dit que ça doit être évalué, [...] elle dit expressément suivi d'indicateurs, résultats d'évaluation de la RCP, fiche d'évaluation d'actions, d'améliorations, nouvelles procédures de prises en charge, etc » (E1). Ce travail reste à engager dans les mois à venir et limite l'évaluation de ce dispositif.



Graphique 3 : répartition des professionnel·les ayant participé aux 6 dernières RCP (dont les données sont disponibles) en fonction de leur département d'exercice (A) et de leur profil (B)

5. Une diversification des offres de soins et d'accompagnements

L'un des résultats du projet est l'augmentation de l'offre de soins à l'échelle régionale. Le dispositif initialement centré sur la permanence, a progressivement ouvert de nouvelles orientations, élargissant le champ des possibles pour les personnes concernées.

Parmi les évolutions notables, le recours aux SSRA est devenu une option. Entre trois et cinq personnes ont pu en bénéficier. Leur intégration constitue une avancée, bien qu'aucune offre spécifique au chemsex n'y soit proposée : « ils disent on accueille [...] mais en fait ils connaissent très peu les produits, très peu les pratiques » (EC).

En parallèle, le projet a suscité un intérêt croissant au-delà de son périmètre initial. Des sollicitations pour développer des dispositifs similaires émergent dans d'autres départements, à l'image du Loir-et-Cher (41) et de l'Eure-et-Loir (28). Enfin, de nouvelles-eaux acteur·rices intègrent la dynamique : une sexologue et un médecin généraliste libéral participent régulièrement aux RCP. Ces évolutions, encore fragiles, montrent que, même sans déploiement institutionnel, il est possible de structurer un réseau et de diversifier l'offre de soins.

6. Groupe d'usager·es

Bien que la création d'un groupe de parole ait été envisagée dès 2022, sa mise en œuvre concrète n'a réellement débuté qu'en septembre 2024. Cinq rencontres ont eu lieu les 16 octobre, 27 novembre, 18 décembre 2024, puis les 29 janvier et 16 avril 2025 (*Figure 3*). Conçus comme des espaces fermés pour favoriser la confiance et l'intimité, ces groupes ont réuni entre trois et cinq participant·es lors de sessions de deux heures. L'équilibre du groupe a toutefois été fragilisé par plusieurs événements, notamment l'incarcération de l'un de ses membres.

En parallèle, des sorties culturelles ont été organisées, comme une sortie au cinéma lors d'un festival queer et trois représentations théâtrales dans des lieux différents de la métropole de Tours. La fréquence volontairement espacée, la diversité des lieux et des contenus ont permis de s'ouvrir à de nouvelles personnes, tout en maintenant un sentiment de collectif pour les membres du groupe de parole. Entre janvier et mai 2025, les quatre sorties ont rassemblé quatorze personnes, dont six présentes à au moins deux rendez-vous. Certain·es ont saisi l'occasion pour inviter des proches ou un·e partenaire, renforçant ainsi les liens sociaux et la lutte contre l'isolement. Le développement d'un partenariat avec Cultures du cœur, a permis de rendre cette offre plus systématique dans l'activité courante du CSAPA. Ainsi, après une période de stabilité, avec entre 98 et 103 sollicitations par 6 mois entre janvier 2023 et juin 2024, on note une augmentation de 25,5% (n=128) des sollicitations entre juillet et décembre 2024, puis par rapport à cette période une augmentation de 30,5 % (n=167) dans les 6 mois suivants.

DISCUSSION

1. Les limites de la capitalisation

Cette capitalisation d'expérience présente plusieurs limites. D'abord, la démarche s'applique à un dispositif en constante évolution depuis plus de trois ans, aux contours difficiles à circonscrire. Le projet réunit des actions variées portées par des structures différentes : le CoReVIH pour les formations et les RCP, AIDES pour les initiatives et le groupe de travail collectif entre les trois structures porteuses. Ces éléments contribuent à rendre la capitalisation complexe et le projet difficile à saisir comme un dispositif unique.

Il est aussi marqué par l'absence de cadre formalisé dès le départ : aucun objectif prédéfini, protocole de suivi ou méthode d'évaluation. Il reste donc peu lisible au regard des grilles classiques d'une démarche projet.

La position de l'investigateur principal constitue à la fois une ressource et une limite. Volontaire chez AIDES depuis 2024, interne au CeGIDD entre 2020 et 2021 puis en 2025 et au CSAPA en 2023, il participe directement au projet. Cette proximité favorise une compréhension transversale et facilite l'accès aux acteur·rices, mais interroge la mise à distance attendue pour une capitalisation. L'intervention d'un tiers extérieur lors de l'entretien principal constitue un atout, mais, pour des raisons logistiques, n'a pas pu être reproduite pour l'ensemble des entretiens.

Une deuxième vague d'entretien (mai-juillet 2025) a permis de combler certaines lacunes, en explorant l'implication d'un·e professionnel·le actif·ve avant la permanence, le rôle des IDE du CeGIDD et l'expérience d'un·e des premier·es usager·es. Le choix d'intégrer un entretien avec un·e usager·e se justifie par la place centrale des personnes concernées. Le fait qu'un·e seul·e usager·e ait été interrogé·e reste toutefois une limite. Les participant·es aux groupes de parole et aux sorties culturelles auraient pu enrichir la démarche, mais n'ont pas été sollicité·es, à la fois pour des raisons logistiques et parce que d'autres paroles communautaires avaient déjà été mobilisées.

Un autre manque tient à l'absence de certains partenaires. Le recueil se concentre sur les personnes impliquées au plus près de la permanence, laissant de côté les acteur·rices plus périphériques, notamment ceux·lles présent·es aux formations ou aux RCP sans engagement direct dans le groupe de

travail. Le service des maladies infectieuses n'a pas été sollicité, choix qui reflète à la fois un biais de proximité avec le CeGIDD et un partenariat limité, marqué par un faible repérage, une non-sollicitation pour participer aux groupes de travail et une absence d'orientation efficace vers la permanence. L'ELSA, bien que membre ponctuel du groupe de travail, n'a pas non plus été sollicitée.

Il existe peu de capitalisations sur des projets d'accompagnement autour du chemsex. Cependant, les trois existantes décrivent toutes la mise en place de permanences. Les conditions de reproductibilité ainsi que les savoirs issus des expériences sont cohérents avec des dispositifs comparables de santé communautaire(81–83).

Ce travail permet de reconstituer les grandes étapes du projet et d'en comprendre les dynamiques, mais il met aussi en lumière ses fragilités. L'analyse des conditions de mise en œuvre éclaire ce que ce projet produit, mais également ce qu'il ne permet pas. Ces éléments invitent à dépasser une lecture descriptive, pour interroger la pertinence de l'action et envisager ses évolutions.

2. Les enjeux liés au repérage et au recrutement des usager-es

Le repérage constitue un enjeu central du projet. L'ensemble du dispositif repose sur la capacité à identifier précocement les pratiques. L'analyse de l'activité confirme le rôle central du CeGIDD, qui assure un repérage régulier depuis 2019, avec en moyenne 2,55 nouvelles personnes par mois. Au total, 196 usager-es ont été repérées, dont 76 % utilisent PrEP. La temporalité joue ici un rôle clé : avec six ans de recul, le CeGIDD apparaît en première ligne sur la question du repérage. Le prévalence chez les usager-es de PrEP est estimée à 13,7 % (11,6 ; 15,8), contre 12,9 % dans une étude de 2021(57). Ce résultat suggère une augmentation ou une amélioration du repérage. Ces chiffres restent toutefois inférieurs aux données de la littérature, qui peuvent atteindre 24 % à Montréal(84) et jusqu'à 89% dans certains centres de Barcelone(85), différences à interpréter au regard de la taille des métropoles et des biais de sélection.

Les données du DOMEVIH n'intègrent le chemsex que depuis janvier 2023. Trente personnes ont été repérées, soit une prévalence de 5,7 % (3,7 ; 9,9) chez les PVVIH HSH. L'écart avec le CeGIDD s'explique probablement par un déficit de repérage. Cette donnée est très inférieure à la littérature. En 2025, une étude chez les PVVIH suivi au CHRU de Nantes évalue la prévalence à 14 %(56), chiffre plus cohérent avec la prévalence au CeGIDD 37.

Les taux de repérage sont ainsi deux fois plus élevés au CeGIDD, et ce depuis plus de cinq ans, alors que le repérage plafonne à 1,5 usager·e par mois en maladies infectieuses depuis deux ans et demi. Ce décalage est d'autant plus frappant que les files actives sont comparables : 643 suivis de PrEP en 2024 contre 525 PVVIH dont le mode de contamination est lié à une sexualité entre hommes ou inconnu.

Ces disparités montrent que les PVVIH sont largement sous-représentées, notamment dans la permanence, aucune orientation n'ayant été identifiée. Cependant, ils représentent une part importante des participant·es aux groupes de parole et sorties culturelles, probablement grâce au portage par AIDES. Le recrutement pour ces activités se fait majoritairement via le CSAPA, et une partie des personnes suivies sans être passées par la permanence correspondent sans doute à des orientations issues du service de maladies infectieuses.

Le renforcement de la collaboration avec les infectiologues apparaît indispensable pour améliorer le repérage et diversifier le recrutement. L'ELSA, notamment par l'intermédiaire de la RCP VIH, peut jouer un rôle central pour acculturer un service hospitalier encore éloigné des enjeux du chemsex. Le CoReSS peut également participer à la sensibilisation et la formation des professionnel·les. Les liens avec AIDES sont un moyen de replacer les enjeux communautaires au cœur du suivi des PVVIH.

Au-delà de l'infectiologie, il est nécessaire de développer le repérage en soins primaires, particulièrement chez les médecins généralistes suivant des PVVIH ou des usager·es de PrEP. En dehors du soin, la communication reste un levier majeur. Collaborer avec d'autres relais – espaces communautaires, lieux et soirées queers – pourrait favoriser l'appropriation du dispositif par les personnes concernées. Une campagne spécifique, à destination des acteur·rices du soin comme des espaces communautaires, permettrait d'élargir le recrutement. Elle suppose toutefois de clarifier les modalités de participation aux permanences, groupes de parole et sorties culturelles en identifiant des référent·es, ayant du temps dédié, pour chaque dispositif afin de garantir lisibilité et accessibilité.

3. Le rôle et la place du CeGIDD

La permanence au CeGIDD, répond aux attentes des professionnel·les en permettant d'avoir une première proposition d'aval après un repérage, en facilitant l'orientation vers le CSAPA ou AIDES et en contribuant à consolider les liens. Son fonctionnement unidirectionnel, d'un repérage au CeGIDD vers un suivi au CSAPA limite sa portée : le CeGIDD n'affirme pas pleinement son rôle d'acteur de soin sur le

chemsex. Sa légitimité s'en retrouve fragilisée : si le dispositif se limite à orienter en dehors du CeGIDD, sa présence en permanence est questionnable.

Le développement de consultations dédiées au sein du CeGIDD devient important. Le développement de suivis infirmiers spécifiques, inspirés des thérapies cognitivo-comportementales et des parcours portés par Iris Bichard en région parisienne(48), peut répondre aux besoins des personnes ne relevant pas du CSAPA, tout en offrant un accompagnement identifié et accessible.

L'intégration de consultations d'addictologie au CeGIDD offrirait une alternative au CSAPA, souvent perçu négativement par les usager-es. Elle renforcerait aussi la place des approches de RdR, notamment concernant les IPDE-5 ou les benzodiazépines. Ces demandes mettent les équipes en difficulté et sont souvent gérées de manière informelle et sans évaluation globale. Les inscrire dans une prise en soin addictologique cohérente est une condition essentielle pour assurer leur pertinence et leur sécurité.

Pour les intervenant-es, la permanence a surtout été un espace de montée en compétences et d'acculturation mutuelle. Pour les usager-es, son impact est plus incertain : beaucoup ne se saisissent pas du dispositif. Avec un-e usager-e par mois en moyenne, elle fonctionne à moins d'un quart de ses capacités d'accueil. Au CeGIDD, les consultations infirmières dédiées au chemsex ont par ailleurs été initiés en dehors de ce cadre. Deux options se dessinent alors : réinvestir la permanence en élargissant son recrutement et son rôle d'évaluation et d'orientation, ou concevoir un nouveau dispositif à partir des acquis et des liens consolidés entre le CeGIDD, le CSAPA et AIDES.

Dans cette perspective, il semble pertinent de positionner le CeGIDD comme structure de premier recours avec une orientation vers le CSAPA le cas échéant. La permanence a créé un espace collectif inédit entre approche communautaire et sanitaire. L'enjeu est désormais de préserver cette articulation dans le développement de nouvelles offres, particulièrement autour des consultations infirmières.

4. La santé communautaire

La santé communautaire fait débat, notamment autour de sa définition. Une première approche la pense comme populationnelle à l'image de l'académie de médecine : « *discipline qui se consacre à la protection de la santé d'une collectivité et des individus qui en sont membres* »(86). Dans cette logique, il s'agit de toucher l'ensemble de la population concernée par le chemsex et, par extension, par le VIH. Sur ce point, le projet échoue, en étant centré sur les usager-es de PrEP et peu tourné vers les PVVIH. Les réflexions ayant conduit à la création de centres de santé sexuelle pour les personnes séro-concernées, comme le 190 à Paris¹⁴, doivent nourrir l'action pour éviter de reproduire des exclusions.

Cependant, restreindre la santé communautaire à une approche populationnelle, passe à côté de la nature même de la démarche. Elle se définit aussi comme un processus d'appropriation : « *quand les membres d'une collectivité géographique ou sociale, conscient de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités* »(66). L'OMS rappelle que les actions communautaires en santé sont des « *efforts collectifs déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi cette dernière* »(87).

Pour permettre cette autonomisation, il est nécessaire de créer des espaces dépassant le soin conventionnel. Le projet y parvient partiellement, grâce aux sorties culturelles, groupes de parole et temps conviviaux initiés par AIDES. Ces espaces favorisent l'encapacitation et l'autodétermination, mais restent fragiles, irréguliers et peu structurés. Les retours positifs encouragent à les maintenir, tout en trouvant un équilibre entre sécurité et ouverture à un public élargi.

A ce jour, en plus d'un militant, une éducatrice spécialisée du CSAPA et un professionnel de santé également militant chez AIDES animent les espaces collectifs. Bien que queer, elles ne sont pas consommateur·rices. Leur présence dans un cadre d'auto-support interroge la nature de ces espaces et l'équilibre entre soignant-es et communautaire. Elle soulève également la question de la mixité choisie entre hommes gays.

La santé communautaire ne se limite toutefois pas aux dispositifs : elle questionne les rapports de pouvoir entre usager-es et expert-es. Ce projet bouscule les normes : les deux personnes

¹⁴ Centre de santé Le 190, notre philosophie ; disponible en ligne, consulté le 4 septembre 2025 : <https://www.le190.fr/philosophie>

principalement porteuses sont une éducatrice spécialisée et un animateur communautaire. Aucun médecin ne participe à la permanence et les formations sont majoritairement assurées par des acteur·rices communautaires. L'intégration de AIDES à la RCP symbolise la légitimation des savoirs expérientiels. Le positionnement des intervenant·es vis-à-vis des usager·es — posture basse, tutoiement, valorisation de leurs expertises — contribue aussi à redistribuer les rapports de pouvoir. Ces choix font du projet un dispositif à part. Son soutien progressif par le CoReSS, le CSAPA et le CeGIDD n'a cependant pas suffi à lui donner la même reconnaissance institutionnelle qu'un dispositif qui serait porté uniquement par des soignant·es.

Une limite persiste : les personnes concernées sont régulièrement sollicitées et intégrées dans les discussions, mais n'ont pas de réelle place dans la gouvernance. Mieux équilibrer les rapports de pouvoir impliquerait l'intégration d'usager·es dans les espaces de prises de décisions et notamment le groupe de travail.

Enfin, un point essentiel est la conscientisation : Manciaux et Deschamps rappellent la nécessité, pour les membres de la collectivité, d'être « *conscients de leur appartenance à un même groupe* »(66). Le chemsex est indissociable des vécus minoritaires et impose un travail sur les mécanismes sociaux qui participent à son émergence : homophobie et transphobie, notamment intériorisées, socialisations gays, impératifs à la sexualité et à la performance, représentation du corps et normes de désirabilité. Il ne relève pas seulement d'un parcours individuel mais d'un processus social. L'accompagnement doit intégrer cette dimension pour permettre de politiser les expériences.

5. La consolidation du dispositif

Au terme de cette capitalisation, plusieurs limites sont identifiées. L'absence de cadre formel, de financement dédié et de cahier des charges implique un fonctionnement reposant entièrement sur l'engagement individuel. Ce caractère informel entrave l'organisation et l'évaluation. Malgré tout, ce contexte a favorisé une démarche de recherche-action qui a permis l'émergence de dispositifs vivants, s'adaptant aux situations individuelles et aux besoins de usager·es.

La coordination entre les trois structures repose principalement sur des liens interpersonnels et amicaux. Si cette dynamique a permis de réelles avancées, l'absence de temps dédié rend difficile l'organisation collective. Une piste d'amélioration consisterait à créer du temps de coordination ou, a

minima, d'administration au sein de l'une des structures. Déléguer la gestion des groupes de travail et des permanences permettrait de soulager les personnes impliquées, mais pose la question de l'ancrage institutionnel.

En plus du temps passé pour animer les espaces collectifs, leur organisation et les sollicitations des usager·es pour y participer mobilisent fortement les professionnel·les. Ces temps ne sont pas prévus dans leurs activités habituelles. Le recrutement dans ces dispositifs reste largement géré par le CSAPA. Certains projets similaires s'appuient sur la communication via les réseaux sociaux(81). Leur utilisation est aujourd'hui restreinte à AIDES. Pourtant un appui du CHRU pourrait permettre d'en élargir la diffusion. Bien qu'exigeante, cette communication améliorerait la lisibilité du dispositif et diversifierait le recrutement. D'autres outils, comme un groupe *WhatsApp* ou *Signal* d'usager·es, ont été écartés pour des raisons de confidentialité et de pression à la consommation, mais pourraient être repensés.

La diversification de l'offre de soins reste nécessaire. La formation a permis des avancées importantes, avec une centaine de acteur·rices formé·es dans la région. L'organisation de la journée régionale du 25 septembre 2025 constitue une étape clé, marquant un tournant vers l'autonomisation régionale sur le sujet. Poursuivre le développement de formations internes au CoReSS, portées par des acteur·rices locaux, faciliterait un déploiement plus large et régulier.

6. L'offre de soins addictologiques

Le projet participe à développer une culture addictologique chez les professionnel·les de santé sexuelle, à faciliter l'orientation vers le CSAPA et à ouvrir l'accès aux SSRA. Cependant, de nombreux besoins de soins restent non couverts. Une revue systématique publiée en 2024(88) identifie 6 études évaluant l'efficacité d'interventions dans le cadre d'un accompagnement autour du chemsex. Toutes sont publiées entre 2022 et 2024, marquant l'apparition récente de ces recherches. Les interventions numériques y occupent une place importante : une étude évalue un dispositif d'inspiration cognitivo-comportementale et de pleine conscience(89) ; une autre, des interventions basées sur les théories du comportement planifié et l'amélioration des connaissances sur le chemsex et ses risques(90). Ces dispositifs renforcent le sentiment d'auto-efficacité et peuvent inspirer les suivis cliniques. Les interventions de pair-aidance ont également montré leur efficacité sur le maintien de l'abstinence, la motivation et le bien-être(91). Enfin les interventions de formation aux gestes de premiers secours

réduisent les consommations et les comportements sexuels à risques(92). Cette dernière approche pourrait inspirer de nouveaux dispositifs de montée en compétence des usager-es, à l'image de la diffusion de la Naloxone chez les consommateur·rices d'opiacés. Ces éléments rappellent que si le chemsex a des spécificités, les interventions probantes ont de nombreuses similarités avec les approches classiques d'addictologie.

En France, des dispositifs ambulatoires émergent à l'image du parcours d'accompagnement renforcé communautaire du Spot Beaumarchais à Paris. Il propose un suivi pendant trois mois, renouvelable une fois, comprenant des rendez-vous hebdomadaires, des groupes de parole, des ateliers corporels, d'écriture ou de théâtre. Ce dispositif est en cours d'évaluation dans le protocole e-PARC(93). Ce type d'offre doit co-exister avec des unités d'addictologie capables d'organiser des temps de mises à distance, comme les hospitalisations de répits mises en place à l'hôpital Marmottan (Paris).

Des outils de mise à distance au quotidien peuvent aussi être utiles. À défaut d'essais spécifiques sur l'auto-exclusion des applis de rencontre, l'expérience des jeux de hasard et d'argent apporte des pistes de réflexion. Une revue de littérature souligne une efficacité partielle des programmes d'auto-exclusion, malgré un manque d'accompagnement et de connaissance de ces outils(94). Des dispositifs similaires existent sur *Grindr* ou *Scruff* pour lesquels des usages problématiques sont rapportés par les personnes concernées, mais leur place dans le parcours reste à définir.

Comme dans toute prise en charge addictologique, le suivi des usager-es de chemsex nécessite de dépister et traiter les co-morbidités psychiatriques et les co-addictions avec ou sans substance. Les pathologies duelles sont centrales en addictologie. Une étude française menée à l'hôpital Saint-Antoine montre que 82 % des usager-es de chemsex présentent au moins un trouble de la santé mentale, 31 % rapportent des violences sexuelles dans l'enfance et 24 % ont déjà fait une tentative de suicide(33). Les troubles de l'attention sont également fréquemment associés aux troubles liés à l'usage, particulièrement aux psychostimulants. Une méta-analyse estime leur prévalence à 23,1 % (19,4 ; 27,2)(95). Ces données appellent à renforcer la formation des professionnel·les de santé sexuelle au repérage des troubles mentaux.

Enfin, le chemsex confronte les équipes à des demandes de traitements associés aux pratiques, à l'image des IPDE-5. Leur association au chemsex est décrite depuis les années 2010. En dehors des cadres médicaux, les usager-es se fournissent en ligne, or 44 à 90 % de ces produits sont contrefaits, avec des doses incohérentes, la présence de toxiques, d'associations de molécules inadaptées et des

produits présentés comme « *naturels* » mais contenant en réalité des IPDE-5(96). Aux risques propres de ces molécules — interactions médicamenteuses avec les antirétroviraux, complications cardiovasculaires — s'ajoutent ceux des produits contrefaits. Ces éléments plaident pour de nouvelles approches de réduction des risques.

7. Le chemsex, un enjeu politique et de santé publique

À l'issue de ce travail, une question demeure : pourquoi s'investir sur le chemsex, alors que certain·es professionnel·les le considèrent comme une pratique marginale ?

Le chemsex est à l'origine de décès. Le réseau d'addictovigilance a produit un rapport sur les complications liées au chemsex dès 2014, identifiant 51 cas dont 3 décès(97). Leur nombre, sous-estimé, augmente dans les années suivantes pour atteindre 235 cas, dont 24 décès en 2021(98). L'utilisation fréquente de GHB et de GBL et leur marge récréative très étroite en font des molécules exposant à des risques élevés de mortalité. L'enquête DRAMES en 2022, confirme ces risques, tout en suggérant que les décès en lien avec le GHB diminuent, peut-être grâce à l'appropriation des mesures de réduction des risques par les personnes concernées. Cette étude met également en évidence une stabilité des décès directement liés aux consommations de cathinones(99).

Cependant l'imputabilité des décès au chemsex est complexe. AIDES et le CoReVIH Lyon Vallée du Rhône alerte sur 10 à 20 décès entre septembre 2017 et juillet 2018. A la suite de cette alerte, le centre d'addictovigilance de Lyon est mobilisé. Douze décès ont été suspectés d'être en lien avec des pratiques. Après analyse de ces situations, uniquement 3 décès ont une imputabilité douteuse, probable ou très probable(100). Cependant, les conséquences du chemsex ne se limitent pas à la mortalité : troubles liés à l'usage et complications psychiatriques, somatiques et sexuelles.

Au-delà des risques médicaux, le chemsex est une pratique en pleine expansion. Une majoration des pratiques a eu lieu à la sortie du COVID et son augmentation peut être pensée comme une conséquence des confinements et de l'isolement lié à l'épidémie. Il s'est diffusé dans les espaces gays multipartenaires, amplifié par les applications de rencontre géolocalisées. Une étude de l'Institut Fédératif des Addictions Comportementales du CHRU de Nantes estime sa prévalence à plus de 15 % chez les usager·es de *Grindr*(100). Former les professionnel·les de santé sexuelle à ces enjeux est donc indispensable, car on ne peut plus penser les santés gay et trans sans évoquer le chemsex, au même

titre que le VIH. Il ne s'agit pas d'essentialiser ces pratiques, mais de reconnaître qu'elles marquent socialement les sexualités queer.

Le chemsex n'est pas seulement un enjeu de santé publique par l'augmentation mécanique de ses complications, mais aussi parce qu'il touche des personnes déjà vulnérabilisées : isolement, homophobie, transphobie, précarité et discriminations. En apportant une réponse à ces vulnérabilités, il agit comme révélateur des rapports de domination.

Pour conclure, le chemsex doit être compris comme une transgression de l'ordre sexuel normatif(28) (*Figure 8*). Alors que nous assistons à une diversification des identités sexuelles et de genre(63), il doit être envisagé comme une pratique de transgression parmi d'autres (travail du sexe, sexualités numériques, collectives, BDSM). Ces pratiques sont des moyens d'épanouissement et d'exploration des sexualités. Leur augmentation progressive chez les personnes queer s'inscrit dans ces transformations sociales et identitaires, dont le chemsex n'est qu'un révélateur, et impose une vision globale de santé sexuelle.

L'ORDRE SEXUEL NORMATIF

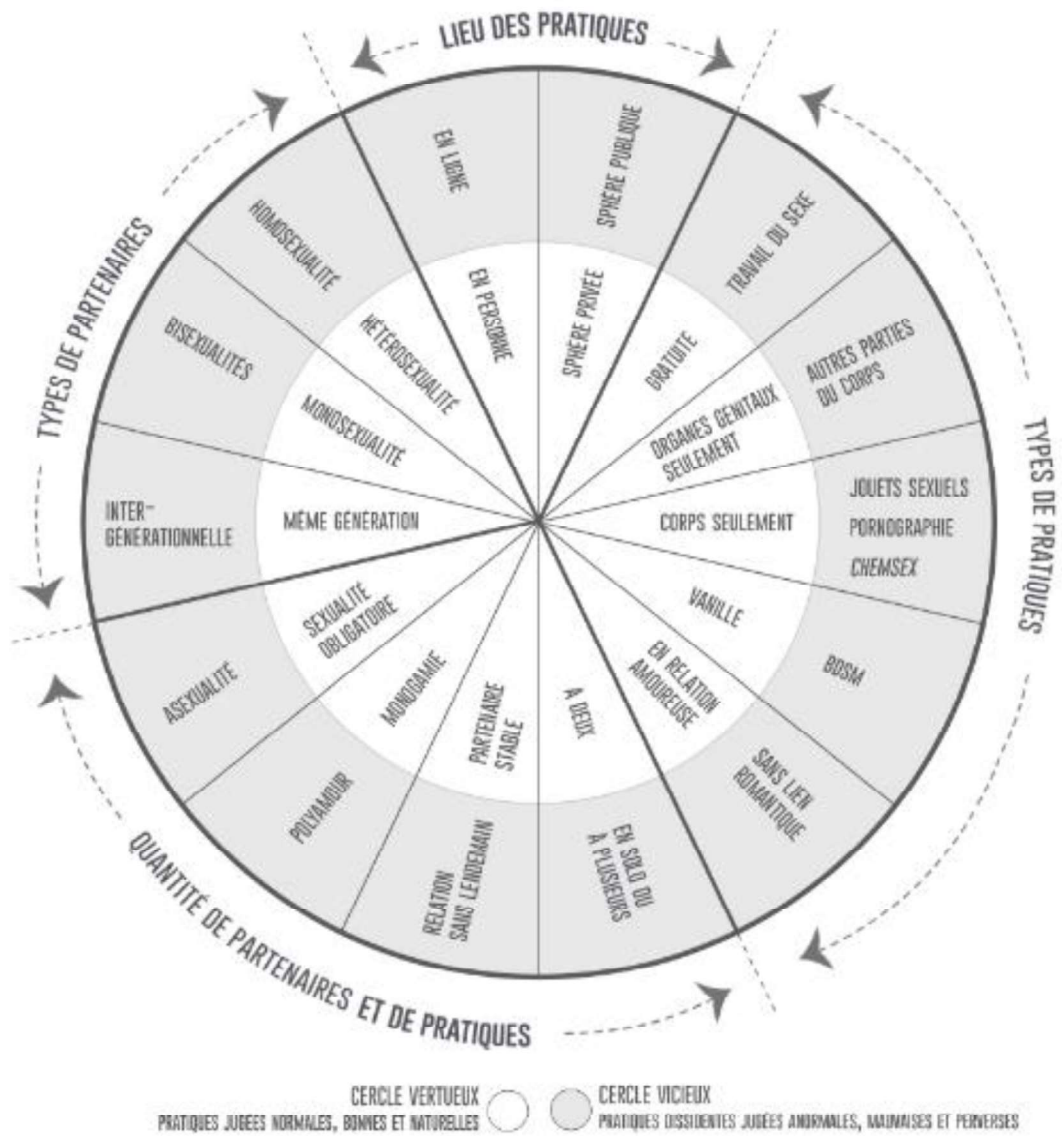


Figure 8 : ordre sexuel normatif, issu de sexualités et dissidences queer, coordonné par Chacha Enriquez, 2024, les éditions du remue ménages, p. 23

BIBLIOGRAPHIE

1. Marchant A. Drogue et sexe dans l'histoire contemporaine : entre réalités et fantasmes. *SWAPS*. 21 déc 2019;(92-93):42-6.
2. Cooper ML, O'Hara RE, Martins J. Does drinking improve the quality of sexual experience? Sex-specific alcohol expectancies and subjective experience on drinking versus sober sexual occasions. *AIDS Behav*. janv 2016;20 Suppl 1:S40-51.
3. French RS, and Power R. Self-reported effects of alkyl nitrite use: a qualitative study amongst targeted groups. *Addict Res*. 1 janv 1997;5(6):519-48.
4. Kopetz CE, Reynolds EK, Hart CL, Kruglanski AW, Lejuez CW. Social context and perceived effects of drugs on sexual behavior among individuals who use both heroin and cocaine. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2010;18(3):214-20.
5. Zemishlany Z, Aizenberg D, Weizman A. Subjective effects of MDMA (« Ecstasy ») on human sexual function. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. mars 2001;16(2):127-30.
6. Gómez-Núñez MI, Molla-Esparza C, Gandia Carbonell N, Badenes Ribera L. Prevalence of intoxicating substance use before or during sex among young adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Sex Behav*. août 2023;52(6):2503-26.
7. Ramazanov M, Turdaliyeva B, Igissenova AI, Zhakupova M, Izbassarova AS, Seifuldinova M, et al. Prevalence of sexualized substance use and chemsex in the general population and among women: a systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. *Healthcare*. 14 avr 2025;13(8):899.
8. Escohotado A. Histoire générale des drogues. Vol. 1. L'Esprit Frappeur; 2004. 482 p.
9. Legrain M, Lecomte T. La consommation des psychotropes en France et dans quelques pays européens. *Bull Acad Natl Med [Internet]*. 1 juin 1997 [cité 7 sept 2025]; Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/La-consommation-des-psychotropes-en-France-et-dans-Legrain-Lecomte/56f128d719e1272eb1b97c87b2df7939aca32a95>
10. Association pour la Santé Publique du Québec. Etat des lieux sur la banalisation de l'alcool au Québec. Québec: Association pour la Santé Publique du Québec; 2025 févr p. 16.
11. Spilka S, Morel d'arieux J, Simioni M. Les consommations de drogues en prison : résultats de l'enquête ESSPRI 2023. OFDT; 2024 mai p. 6. Report No.: 163.
12. Peretti-Watel Pa. La cigarette du pauvre : enquête auprès des fumeurs en situation précaire. Presses de l'EHESP. 2012. 139 p. (Recherche santé sociale).
13. Mollet E. Réflexion sur le milieu festif et clandestin des « raves-parties », au travers de deux populations caractéristiques en France et à Détroit, aux États-Unis. *Psychotropes*. 2003;9(3):135-51.
14. Halkitis PN, Palamar JJ. Multivariate modeling of club drug use initiation among gay and bisexual men. *Subst Use Misuse*. 2008;43(7):871-9.

15. García-Montes JM, Pérez-Álvarez M, Sánchez-Moya MÁ, Torres JAC, Carreno DF, Garcelán SP, et al. Ecstasy (MDMA): a rebellion coherent with the system. *Nord Alkohol- Nark NAT*. févr 2021;38(1):89-102.
16. Lewis LA, Ross MW. *A select body: the gay dance party subculture and the HIV-AIDS pandemic*. London: UNKNO; 1996. 320 p.
17. Giorgetti A, Busardò FP, Giorgetti R. Toxicological characterization of GHB as a performance-enhancing drug. *Front Psychiatry*. 2022;13:846983.
18. Halkitis PN, Palamar JJ. GHB use among gay and bisexual men. *Addict Behav*. nov 2006;31(11):2135-9.
19. Centre d'addictovigilance de Bordeaux. GHB, GBL, 1,4-BD : on vous dit tout. Bulletin de l'association des centres d'addictovigilance [Internet]. mars 2025;(24). Disponible sur: <https://www.chu-montpellier.fr/fileadmin/medias/Services/Pharmacie/ceip/2025---bulletin-association-centres-d-addictovigilance---GHB.pdf>
20. Enriquez C. Le cruising gai et la spatialité des sexualités. In: *Sexualités et dissidences queer*. Les éditions du remue-ménage. Québec; 2024. p. 455.
21. Redoutey E. Drague et cruising. *EchoGéo* [Internet]. 29 mai 2008 [cité 2 mai 2025];(5). Disponible sur: https://journals.openedition.org/echogeo/3663?utm_source=chatgpt.com
22. Lambert T. *Ce que Grindr a fait de nous : amours et sexualité à l'ère des applications de rencontre*. Paris: JC Lattès; 2025. 272 p.
23. Milhet M, Néfau T, Lazès-Charmetant A, Tissot N, Zurbach E, Pfau G, et al. Chemsex, slam : renouvellement des usages de drogues en contexte sexuels parmi les HSH. *OFDT*; 2017 juill p. 32.
24. Stuart D. Sexualised drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nurs*. spring 2013;6.
25. Enriquez C. Consommations et sexualités : réflexions sur le chemsex. In: *Sexualités et dissidences queers*. Editions du Remue-Ménage; 2024.
26. Race K, Murphy D, Pienaar K, Lea T. Injecting as a sexual practice: cultural formations of « slamsex ». *Sexualities*. 2021;26(5-6):620.
27. Critical chemsex studies: Interrogating cultures of sexualized drug use beyond the risk paradigm. *ResearchGate* [Internet]. 9 déc 2024 [cité 2 mai 2025]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/352566742_Critical_chemsex_studies_Interrogating_cultures_of_sexualized_drug_use_beyond_the_risk_paradigm
28. Enriquez C. L'ordre sexuel normatif. In: *Sexualités et dissidences queer*. Les éditions du remue-ménage. Québec; 2024. p. 455.
29. Barebacking and the 'Cult of Violence': Queering the Criminal Law. *ResearchGate* [Internet]. 14 mars 2025 [cité 2 mai 2025]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/228127938_Barebacking_and_the_'Cult_of_Violence'_Queering_the_Criminal_Law
30. RACE K. Engaging in a culture of barebacking: Gay men and the risk of HIV prevention. In: *Gendered Risks*. Routledge-Cavendish; 2007.

31. Race K. « Party and Play »: Online hook-up devices and the emergence of PNP practices among gay men. *Sexualities*. 1 mars 2015;18(3):253-75.
32. Drückler S, Speulman J, van Rooijen M, De Vries HJC. Sexual consent and chemsex: a quantitative study on sexualised drug use and non-consensual sex among men who have sex with men in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Infect*. juin 2021;97(4):268-75.
33. Blanc JV, Burdairon JD, Malandain L, Ferreri F, Mouchabac S, Adrien V. Attachment and mental health of men having sex with men engaging in chemsex: Is substance abuse only the tip of the iceberg ? *J Homosex*. 14 oct 2024;71(12):2875-94.
34. Bohn A, Sander D, Köhler T, Hees N, Oswald F, Scherbaum N, et al. Chemsex and mental health of men who have sex with men in Germany. *Front Psychiatry*. 4 nov 2020;11:542301.
35. Kowalczyk RM, Stola A. Sexual dysfunction in chemsex users : research report. *Eur Psychiatry*. 19 juill 2023;66(Suppl 1):S1099.
36. Pessina R, Pavanello Decaro S, Torri C, Prunas A. Chemsex and psychosexual health in a large italian sample of men who have sex with men (MSM). *Sex Cult* [Internet]. 10 mars 2025 [cité 2 mai 2025]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s12119-025-10339-y>
37. Donnadiou-Rigole H, Peyrière H, Benyamina A, Karila L. Complications related to sexualized drug use: what can we learn from literature? *Front Neurosci* [Internet]. 27 nov 2020 [cité 2 mai 2025];14. Disponible sur: <https://www.frontiersin.orghttps://www.frontiersin.org/journals/neuroscience/articles/10.3389/fnins.2020.548704/full>
38. Flores Anato JL, Panagiotoglou D, Greenwald ZR, Blanchette M, Trottier C, Vaziri M, et al. Chemsex and incidence of sexually transmitted infections among Canadian pre-exposure prophylaxis (PrEP) users in the l'Actuel PrEP Cohort (2013-2020). *Sex Transm Infect*. déc 2022;98(8):549-56.
39. González-Baeza A, Dolengevich-Segal H, Pérez-Valero I, Cabello A, Téllez MJ, Sanz J, et al. Sexualized drug use (chemsex) is associated with high-risk sexual behaviors and sexually transmitted infections in HIV-positive men who have sex with men: data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *AIDS Patient Care STDs*. mars 2018;32(3):112-8.
40. Pozo-Herce PD, Martínez-Sabater A, Sanchez-Palomares P, Garcia-Boaventura PC, Chover-Sierra E, Martínez-Pascual R, et al. Effectiveness of harm reduction interventions in chemsex: a systematic review. *Healthc Basel Switz*. 15 juill 2024;12(14):1411.
41. Lunchenkov N, Rinne-Wolf ,Susanna, Hughes ,Tom, and Dwyer B. The experience of chemsex and accessing medical care for gay, bisexual and other MSM in Russia: an interpretive phenomenological analysis. *J Sex Res*. 24 mars 2025;62(3):360-6.
42. 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. *Emerg Trends Drugs Addict Health*. 1 janv 2022;2:100043.
43. Joloy D. The « good gay » versus chemsex: the articulation of a homonormative response. *Sexualities*. 1 févr 2025;28(1-2):5-23.
44. Di Felicianantonio C, Brown G. Chemsex at home: homonormative aspirations and the blurring of the private/public space divide. *Geoforum*. 1 déc 2023;147:103879.

45. Boumaarafi L. Attentes concernant l'instauration d'ateliers sur la sexualité en addictologie. *Sexologies*. 1 déc 2022;31(4):336-46.
46. Bonnet N, Hochet M. Repérage précoce et intervention brève en santé sexuelle en contexte addictologique. *RESPADD*; 2023 juin p. 42.
47. Bonnet N, Hochet M. Ma santé sexuelle, ma priorité : m'informer, me protéger. *RESPADD*; 2022 déc p. 28.
48. Bichard I, Odoul M, Derche N. Le parcours de soins chemsex au Checkpoint Paris, centre de santé sexuelle d'approche communautaire: *Psychotropes*. 24 juin 2025;Vol. 31(2-3):119-25.
49. Lack P. Qu'est-ce que le chemsex et quelles possibilités de prise en charge ? *Toxicol Anal Clin*. 1 oct 2023;35(3, Supplement):S73-4.
50. Frankis J, Flowers P, McDaid L, Bourne A. Low levels of chemsex among men who have sex with men, but high levels of risk among men who engage in chemsex: analysis of a cross-sectional online survey across four countries. *Sex Health*. avr 2018;15(2):144-50.
51. 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). *Subst Use Misuse*. 2023;58(5):728-34.
52. Connolly DJ, Eraslan E, Gilchrist G. Coronavirus (COVID-19) and sexualised drug use among men who have sex with men: a systematic review. *Sex Health*. 18 juill 2023;20(5):375-84.
53. Evers YJ, Hoebe CJP, Dukers-Muijters NHTM, Kampman CJG, Kuizenga-Wessel S, Shilue D, et al. Sexual, addiction and mental health care needs among men who have sex with men practicing chemsex - a cross-sectional study in the Netherlands. *Prev Med Rep*. juin 2020;18:101074.
54. Pufall EL, Kall M, Shahmanesh M, Nardone A, Gilson R, Delpech V, et al. Sexualized drug use (« chemsex ») and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV Med*. avr 2018;19(4):261-70.
55. Whitlock GG, Protopapas K, Bernardino JI, Imaz A, Curran A, Stingone C, et al. Chems4EU: chemsex use and its impacts across four European countries in HIV-positive men who have sex with men attending HIV services. *HIV Med*. nov 2021;22(10):944-57.
56. Bonnet B, Schreck B, Soria A, Cavellec M, Paredes E, Bouchez S, et al. CHEMVIH : étude sur la pratique du chemsex chez les patients vivant avec le VIH suivis dans un service des maladies infectieuses et tropicales. *Médecine Mal Infect Form*. 1 juin 2025;4(2, Supplement):S10.
57. Le Roux C, Tassi MF, Faussat C, Aumond C, Gras G, Stefic K, et al. Factors associated with PrEP persistence and loss of follow-up: a 5-year historic cohort. *Arch Sex Behav*. juill 2024;53(7):2445-52.
58. Court F de la, Boyd A, Davidovich U, Hoornenborg E, Loeff MFSVD, Vries HJCD, et al. Eligibility criteria vs. need for pre-exposure prophylaxis: a reappraisal among men who have sex with men in Amsterdam, the Netherlands. *Epidemiol Infect*. janv 2022;150:e190.
59. Georgiadis N, Katsimpris A, Vatmanidou MA, Vassilakou T, Beloukas A, Sergeantanis TN. Prevalence of chemsex and sexualized drug use among men who have sex with men: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 26 juill 2025;275:112800.

60. Coronado-Muñoz M, García-Cabrera E, Quintero-Flórez A, Román E, Vilches-Arenas Á. Sexualized drug use and chemsex among men who have sex with men in Europe: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med*. 21 mars 2024;13(6):1812.
61. Wang H, Jonas KJ, Guadamuz TE. Chemsex and chemsex associated substance use among men who have sex with men in Asia: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 1 févr 2023;243:109741.
62. Eustaquio PC, Smyth J, Salisi JA. The risks for HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men who engage in chemsex in low- and middle-income countries: a mixed methods systematic review and meta-Analysis. *AIDS Behav*. sept 2024;28(9):3060-79.
63. Lejbowicz T, Rault W. Minorités sexuelles : un élargissement des possibles sexuels. In: *La sexualité qui vient sous la direction de Marie Bergström*. La Découverte. Paris; 2025. p. 57.
64. Julienne K, Von Lennep. Arrêté du 29 octobre 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Consultation de santé sexuelle par l'infirmier ou l'infirmière en centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et centre de santé sexuelle, en lieu et place du médecin » - Légifrance [Internet]. JORF n° 0260 nov 7, 2021. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044294447>
65. DAC des ministères sociaux. Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2020. Paris: DAC des ministères sociaux; 2017 p. 75.
66. Manciaux M, Deschamps JP. La santé de la mère et de l'enfant. Flammarion. 1978. 31 p. (Médecine Sciences).
67. L'Europe O mondiale de la SB régional de. Promotion de la santé : charte d'Ottawa. 1986 [cité 2 mai 2025]; Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/349653>
68. Richard C, Drul L. La santé communautaire : une autre politique du soin. Illustrated édition. Cognac: 369 éditions; 2023. 81 p.
69. Desgroseillers V, Vonarx N, Guichard A, Roy B, Fassin D. La santé communautaire en 4 actes : repères, acteurs, démarches et défis. Québec (Canada) Lyon: Coédition PUL / Chronique sociale; 2017. 343 p.
70. Renaudot IT. Pratiquer la santé communautaire : De l'intention à l'action. Chronique sociale; 2001. 137 p.
71. Cartron E, Lefebvre S, Jovic L. Le savoir expérientiel : exploration épistémologique d'une expression répandue dans le domaine de la santé. *Rech Soins Infirm*. 7 mai 2021;144(1):76-86.
72. Expérience patient, savoirs expérientiels : quelles articulations avec l'engagement des usagers ? Note de cadrage [Internet]. HAS; 2023 nov [cité 2 mai 2025] p. 12. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3471886/fr/experience-patient-savoirs-experientiels-queelles-articulations-avec-l-engagement-des-usagers-note-de-cadrage
73. Laurent A, Ferron C, Lombrail P. Promotion de la santé fondée sur les preuves : place de la capitalisation des expériences et des connaissances expérientielles. *Santé Publique*. 18 sept 2024;36(4):61-77.
74. Laurent A, Ferron C, Georgelin B, Lombrail P, Soudier B, Bouhier F, et al. Capitalisation d'expériences en promotion de la santé - cahier pratique. Paris: Société Française de Santé Publique; 2022 p. 32.

75. Laurent A, Ferron C, Georgelin B, Lombrail P, Soudier B. Capitalisation d'expériences en promotion de la santé - Histoire et fondement du projet CAPS. Paris: Société Française de Santé Publique; 2022 p. 32.
76. Bratberg JP, Simmons A, Arya V, Bhatia A, Vakharia SP. Support, don't punish: drug decriminalization is harm reduction. *J Am Pharm Assoc JAPhA*. 2023;63(1):224-9.
77. Hawk M, Coulter RWS, Egan JE, Fisk S, Reuel Friedman M, Tula M, et al. Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduct J*. 24 oct 2017;14(1):70.
78. Douglass AR, Maister A, Moeller KE, Salwan A, Vallabh A, Waters K, et al. Exploring the harm reduction paradigm: the role of board-certified psychiatric pharmacists. *Ment Health Clin*. 2 août 2024;14(4):253-66.
79. Groupe de travail capitalisation. Note de cadrage capitalisation. Paris: AIDES; 2022 sept p. 3.
80. Laurent A, Ferron C, Georgelin B, Lombrail P, Soudier B, Bouhier F, et al. Capitalisation d'expériences en promotion de la santé - guide d'entretien. Paris: Société Française de Santé Publique; 2022 p. 32.
81. Frigot F, Campaignolle O. Queer Sex and Prods : permanence communautaire LGBTQI+. *Capital Exp En Promot Santé*. 2024;20.
82. Coulmain S, Lapize de Salée J. Permanence d'accueil en réduction des risques liés à la consommation de produits psychoactifs et à la santé sexuelle dans un Caarud. *Capital Exp En Promot Santé*. 2024;11.
83. Duperret V, Lapize de Salée J. Permanence de réduction des risques liés à la consommation de produits intégrant une offre médicale de proximité. *Capital Exp En Promot Santé*. 2024;11.
84. Flores Anato JL, Panagiotoglou D, Greenwald ZR, Trottier C, Vaziri M, Thomas R, et al. Chemsex practices and pre-exposure prophylaxis (PrEP) trajectories among individuals consulting for PrEP at a large sexual health clinic in Montréal, Canada (2013-2020). *Drug Alcohol Depend*. 1 sept 2021;226:108875.
85. De Juan Viladegut O, Andreu Gracia H, Bueno Sanya L, Olivier Mayorga L, Cesari E, Mena JI, et al. Relationship between the practice of chemsex and taking PrEP. *Eur Psychiatry*. 27 août 2024;67(Suppl 1):S353.
86. Comité de rédaction du dictionnaire. Dictionnaire de l'académie de médecine [Internet]. Paris; 2021. Disponible sur: <http://91.209.229.113/>
87. Nutbeam D. Glossaire de la promotion de la santé [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1999 p. 36. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?
88. Pozo-Herce PD, Martínez-Sabater A, Sanchez-Palomares P, Garcia-Boaventura PC, Chover-Sierra E, Martínez-Pascual R, et al. Effectiveness of harm reduction interventions in chemsex: a systematic review. *Healthcare*. 15 juill 2024;12(14):1411.
89. Banbury S, Lusher J, Chandler C, Zervoulis K. A pilot RCT of an online mindfulness-based cognitive intervention for chemsex. *Couns Psychother Res*. 2024;24(3):994-1005.
90. Choi EPH, Choi KKY, Wu C, Chau PH, Kwok JYY, Wong WCW, et al. Web-Based Harm Reduction Intervention for Chemsex in Men Who Have Sex With Men: Randomized Controlled Trial. *JMIR Public Health Surveill*. 5 janv 2023;9(1):e42902.

91. Thain BK, Lu R, Fitzpatrick C, Richardson D. Beyond-66: a pilot evaluation of a novel, peer-led harm reduction intervention for chemsex dependant men who have sex with men in Kuala Lumpur (Malaysia). *Int J STD AIDS*. 1 mars 2024;35(3):164-8.
92. Zucker R, Mor Z, Abudin A, Davis G, Arroyo H, Wagner Kolasko G, et al. Party keepers: a significant community-based intervention for harm reduction. *Isr J Health Policy Res*. 3 juin 2022;11(1):26.
93. Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. Faisability and efficacy of the reinforced communautary support program (PARC) on the complications of chemsex [Internet]. *clinicaltrials.gov*; 2024 sept [cité 5 sept 2025]. Report No.: NCT06610916. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT06610916>
94. Gainsbury SM. Review of self-exclusion from gambling venues as an intervention for problem gambling. *J Gambl Stud*. 1 juin 2014;30(2):229-51.
95. van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend*. 1 avr 2012;122(1):11-9.
96. Jackson G, Arver S, Banks I, Stecher VJ. Counterfeit phosphodiesterase type 5 inhibitors pose significant safety risks. *Int J Clin Pract*. 2010;64(4):497-504.
97. Batisse A, Peyrière H, Eiden C, Courné MA, Djeddar S, Réseau français des centres d'addictovigilance. Use of psychostimulants in a sexual context: Analysis of cases reported to the French network of Addictovigilance Centers. *Thérapie*. oct 2016;71(5):447-55.
98. CEIP-Addictovigilance Grenoble. Décès en relation avec l'abs médicamenteux et de substances principaux résultats de l'enquête DRAMS 2022 [Internet]. Plaquette DRAMES 2022 présenté à; 2023; CHU de Grenoble. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2024/05/29/20240529-plaquette-drames-2022.pdf>
99. Boucher A, Cartiser N, Bévalot F, Zagagnoni C, Chatenay C, Fanton L. Décès toxiques suspectés d'être en lien avec le *chemsex* : adaptation de la méthode d'imputabilité de toxicovigilance. *Toxicol Anal Clin*. 1 oct 2023;35(3, Supplement):S95-6.
100. Jennings TL, Gleason N, Nieblas F, Borgogna NC, Kraus SW. Chemsex and compulsive sexual behavior among sexual minority men. *J Sex Med*. 1 avr 2025;22(4):658-62.

ANNEXES

Annexe 1 : grille d'entretien

Cadre de confiance et de bienveillance :

- La **confidentialité** des échanges, y compris vis-à-vis des collègues ou responsables hiérarchiques des structures impliquées ;
- Le **non-jugement**, entendu comme une posture visant à suspendre ses préjugés plutôt qu'une neutralité absolue ;
- L'usage du « **je** », favorisant l'expression individuelle et limitant les généralisations sur le vécu du groupe ;
- Le principe de l'« **ici et maintenant** », reconnaissant que les propos tenus n'engagent que leur auteur·rice dans le contexte de l'entretien ;
- Le respect de l'**écoute active** et du **temps de parole** de chacun·e ;
- La **reconnaissance de la pluralité des expériences**, considérant que chaque participant·e a pu vivre différemment le projet et que cette diversité constitue une richesse pour la capitalisation.

Catégories descriptives	Questions	Questions de relance possible
Contexte de l'action et porteurs et porteuses du projet	Pouvez-vous vous présenter chacun et chacune à votre tour ? Pouvez-vous nous expliquer quelle a été votre place dans la création du projet d'accompagnement des usager·es de chemsex ? Pourquoi vous avez décidé de mener ce projet ?	Quels ont été les rôles de chacun et chacune dans la création du projet ? Quels ont été vos motivations individuelles et/ou professionnelles ? Quelles ont été les places de vos différentes structures dans la création du projet ?
Point de départ de l'action	Pouvez-vous me raconter l'histoire et le contexte dans lequel le projet d'accompagnement des usager·es de chemsex s'est créé ?	Quels ont été les opportunités ? A l'échelle locale, régionale ou nationale ? En quoi le contexte a été favorable lors de l'initiation de cette action ? Quels ont été les freins ou les résistances de l'environnement ?
Positionnement de l'action dans les structures	Comment cette action s'est intégrée dans chacune de vos trois structures ? Quel est le rapport de vos structures à ce projet ?	S'inscrit-elle dans un projet plus global ? Dans le prolongement d'une autre action ? De manière très indépendante ?
Collaboration/coopération	Comment la collaboration entre vos trois structures s'est mise structurée ?	Quels ont été les points forts ? Les points faibles ? Les outils mis en place ? Quels lieux/espaces de coopération ?
	Quelles stratégies avez-vous mis en place pour favoriser la coopération entre vos structures ?	Comment la coopération s'est mise en place dans les différentes phases de création de l'action ? Lors des permanences ? Des formations ? Dans les RCP ? Dans les groupes de parole ?
Partenariats	Parmi vos trois structures quels ont été les compétences/apports de chacune ?	Quel a été le rôle de chaque structure ?
	Quelles autres structures ont été	Pourquoi ? Quelles étaient les

	inclues dans ce projet ?	compétences spécifiques de chacune ?
	Quelles compétences vous ont manqué durant le déroulement du projet ?	Aujourd'hui, si vous deviez reproduire ce projet, quelles compétences mobiliseriez-vous ?
	Comment qualifieriez-vous les différents partenariats ?	Quels ont été les obstacles au bon fonctionnement des partenariats ? Comment avez-vous contourné les obstacles ? Quels ont été les leviers au bon fonctionnement ?
Les stratégies développées	Quelles stratégies avez-vous utilisées pour mobiliser les publics concernés ?	Quels relais ? Quels supports ? Quelle communication ?
	Comment qualifieriez-vous la participation du public à cette action ?	Comment les usager-es ont été inclus dans les différentes phases de création de l'action ? Lors des permanences ? Des formations ? Dans les RCP ? Dans les groupes de parole ?
	Quelles stratégies de participation avez-vous mis en œuvre ?	Pourquoi avoir fait ces choix ? Pouvez-vous décrire les stratégies, les modalités de mise en œuvre et les outils de participation ?
Perception de l'action	Je vous propose d'identifier trois moments clefs de l'action : moments où vous avez eu le sentiment que qqch s'est passé soit pour favoriser la dynamique, soit pour la freiner (positifs ou négatifs)	Pourquoi ? Qu'est-ce qui a fait de ces moments ont été clefs ? Comment avez-vous fait pour sortir de ce moment que vous décrivez comme difficile ?
	Je vous propose d'identifier trois éléments que vous identifiez comme une réussite	Pourquoi ?
	Qu'avez-vous appris de cette action dans votre pratique professionnelle ?	Si vous deviez la reproduire qu'est-ce que vous changeriez ?
Méthodes d'évaluation	Comment avez-vous évalué votre action ?	Quelles méthodes et quels indicateurs d'évaluation avez-vous choisi ? Avez-vous produit et/ou diffusé un document d'évaluation ? Pourquoi ?
Résultats	Quels sont pour vous les différents résultats de l'action ?	Quels changements cette action a produits ? Quels changements concernant le public concerné ? Vos pratiques professionnelles ? La coopération entre les structures ? La coopération avec les partenaires ?
Reproductibilité et transfert	A quelle conditions cette action vous semble reproductible ailleurs ?	Si vous deviez conseiller un porteur ou une porteuse de projet, quels conseils lui donneriez-vous pour mettre en place une action similaire ? Quels sont les éléments nécessaires à un résultat comparable ?

Annexe 2 : cadre de confiance et de bienveillance de AIDES

	CADRE DE CONFIANCE ET DE BIENVEILLANCE	ICI ET MAINTENANT Ce que j'exprime et ressens s'inscrit dans le temps présent et pourrait changer et évoluer à un autre moment ou dans un autre cadre. Mon avis n'est pas immuable. <i>Cela me permet de me (re)positionner individuellement à l'aide d'apports extérieurs, en temps réel ou en différé.</i>
CONFIDENTIALITÉ Les informations personnelles ou intimes échangées au cours de la rencontre ne doivent pas être communiquées et dévoilées à l'extérieur du groupe. Des éléments de la rencontre peuvent être évoqués en dehors du groupe à condition que l'anonymat des personnes soit respecté. <i>La confidentialité doit être garantie pendant et après la rencontre pour que chacun-e puisse s'exprimer en toute sécurité.</i>	RESPECT DES PERSONNES Accueillir et considérer les identités, modes de vie, opinions, pratiques des personnes avec ouverture d'esprit et respect. SOLIDARITÉ Porter une attention aux autres membres du groupe et faire preuve de solidarité dans les moments qui le nécessitent ou en cas de difficulté.	RESPECT DES PERSONNES Accueillir et considérer les identités, modes de vie, opinions, pratiques des personnes avec ouverture d'esprit et respect. SOLIDARITÉ Porter une attention aux autres membres du groupe et faire preuve de solidarité dans les moments qui le nécessitent ou en cas de difficulté.
NON - JUGEMENT Accepter la pluralité et la diversité des expériences, des choix et des représentations. Pas d'expression jugeante verbale ou non verbale. <i>Permet une expression libre et sans tabou du vécu des personnes, d'accords ou de désaccords, dans le respect et sans jugement de valeur sur les personnes.</i>	AUCUNE VIOLENCE AUCUNE PRESSION Engagement individuel et mutuel des militants-es à proscrire toute forme de violence ou de pression, de quelque nature que ce soit. Comme par exemple : • S'engager à n'avoir aucun geste, comportement ou propos à caractère sexiste. • S'engager à n'exercer aucune pression sur autrui dans le but d'obtenir une faveur/relation sexuelle. • S'assurer du consentement de la personne en cas de consommation de produits psychoactifs. • Se sentir légitime pour dire non et refuser ce que je ne désire pas. • Ne pas culpabiliser une personne qui refuse une proposition (sexuelle, ou de consommation de produits).	AUCUNE VIOLENCE AUCUNE PRESSION Engagement individuel et mutuel des militants-es à proscrire toute forme de violence ou de pression, de quelque nature que ce soit. Comme par exemple : • S'engager à n'avoir aucun geste, comportement ou propos à caractère sexiste. • S'engager à n'exercer aucune pression sur autrui dans le but d'obtenir une faveur/relation sexuelle. • S'assurer du consentement de la personne en cas de consommation de produits psychoactifs. • Se sentir légitime pour dire non et refuser ce que je ne désire pas. • Ne pas culpabiliser une personne qui refuse une proposition (sexuelle, ou de consommation de produits).
RESPECT DE LA PAROLE Écouter les autres, ne pas se couper la parole et s'autoriser à exprimer son désaccord. <i>Facilite la clarté des échanges et le respect du temps d'expression de chacun-e.</i>	<i>Chaque militant-e doit prendre en compte et intégrer la prévention des discriminations, des violences sexistes et sexuelles, dans ses rapports aux autres, dans ses relations interpersonnelles, a minima dans son investissement dans AIDES.</i>	<i>Chaque militant-e doit prendre en compte et intégrer la prévention des discriminations, des violences sexistes et sexuelles, dans ses rapports aux autres, dans ses relations interpersonnelles, a minima dans son investissement dans AIDES.</i>
JE Je parle en mon nom. J'exprime mon point de vue personnel basé sur mes propres expériences et connaissances. J'évite de parler au nom des autres et de généraliser ma pensée individuelle. <i>Permet une expression individuelle authentique.</i>	Ce cadre s'applique dans tous les temps de vie associative de AIDES : - temps d'actions, d'échanges, de réunion, d'ateliers... - temps de convivialité - temps d'hébergement	Ce cadre s'applique dans tous les temps de vie associative de AIDES : - temps d'actions, d'échanges, de réunion, d'ateliers... - temps de convivialité - temps d'hébergement
Tous les moments où les militants-es de AIDES se retrouvent ensemble pour AIDES.	Tous les moments où les militants-es de AIDES se retrouvent ensemble pour AIDES.	Tous les moments où les militants-es de AIDES se retrouvent ensemble pour AIDES.



Membre de la Coalition
Internationale Sida



Confidentialité

Non-Jugement

Je, ici et maintenant

**Aucune violence,
aucune pression
(sexe et drogues)**

Écoute

Respect de la parole

Bienveillance

Annexe 3 : fiche de suivi appelé « guide d'entretien »

Permanence CeGIDD-CSAPA-AIDES

Guide d'entretien avec les usagers

Date :

Prénom/N°Anonymat :

Orientation vers la permanence par :

- Données administratives -

Age : ans	Genre : ☐ Homme cis ☐ Homme trans ☐ Femme cis ☐ Femme trans ☐ Non binaire	Niveau d'études : ☐ Avant BAC (baccalauréat) ☐ BAC ☐ Post BAC
Catégorie socioprofessionnelle : ☐ Agriculteurs exploitants ☐ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise ☐ Cadre, professions intellectuelles ☐ Professions intermédiaires ☐ Employés ☐ Ouvriers ☐ Retraités ☐ Sans activité professionnelle	Ressources financières : ☐ Emploi ☐ Chômage ☐ Revenu d'un tiers ☐ Revenus sociaux ☐ Autre :	Commentaires :

- Données de Santé -

Traitements médicaux en cours pour des maladies chroniques (incluant les maladies psychiques) ? ☐ Oui ☐ Non <i>Préciser les traitements :</i>	Si oui, pour quels types de pathologies : ☐ Maladies de l'appareil cardiovasculaire (Hypertension,...) ☐ Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (Diabète,...) ☐ Maladies de l'appareil respiratoires (BPCO, Asthme, ...) ☐ Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané ☐ Maladies de l'appareil digestif ☐ Maladies de l'appareil génito-urinaire ☐ Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif ☐ Maladies du système nerveux ☐ Maladies infectieuses ☐ Troubles psychiatriques ou du comportement ☐ Autre :	Existe-t-il un suivi avec un ou des professionnels soignants ? ☐ Oui ☐ Non	Si oui, avec quels professionnels : ☐ Médecin traitant ☐ Infectiologue ☐ Addictologue ☐ Psychologue ☐ Psychiatre ☐ Autre :	Le cas échéant, lesquels sont au courant de votre consommation chemsex ? ☐ Médecin traitant ☐ Infectiologue ☐ Addictologue ☐ Psychologue ☐ Psychiatre ☐ Autre :
---	--	---	---	--

Commentaires :

- Evaluation de votre consommation -

Depuis combien d'année(s) pratiquez-vous le chemsex ?

- ☐ moins de 6 mois
- ☐ entre 6 mois et 1 an
- ☐ entre 1 et 3 ans
- ☐ entre 3 et 5 ans
- ☐ entre 5 et 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

Quelles substances psychoactives consommez-vous durant vos pratiques sexuelles ?

- ☐ Cathinones (3MMC, 4MEC etc.)
- ☐ Cocaïne
- ☐ Ecstasy / MDMA
- ☐ GHB / GBL
- ☐ Métamphétamine
- ☐ Kétamine
- ☐ Autre :

Vous arrive-t-il de consommer ces mêmes produits en dehors des pratiques sexuelles ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Comment qualifiez-vous votre pratique du chemsex ?

- ☐ Récréative
- ☐ Nécessaire
- ☐ Problématique
- ☐ Autre

Votre pratique du chemsex a-t-elle déjà eu des répercussions négatives sur les aspects suivants de votre vie ?

- ☐ Santé psychique
- ☐ Santé physique
- ☐ Sexualité
- ☐ Relation sociales / affectives
- ☐ Travail
- ☐ Autre :

Quelles sont vos attentes en venant aux permanences ?

- ☐ Partager votre expérience
- ☐ Disposer d'un temps d'écoute
- ☐ Faire le point sur vos pratiques et/ou sur vos consommations
- ☐ Obtenir des conseils de réduction des risques et des dommages (RdRD) au sujet des drogues
- ☐ Obtenir des conseils en santé sexuelle
- ☐ Bénéficier d'une aide à l'orientation vers des services adaptés à votre situation
- ☐ Autre :

A quelle fréquence pratiquez-vous le chemsex ?

- ☐ Occasionnellement (moins d'une fois par mois)
- ☐ 1 à 3 fois par mois (moins d'une fois par semaine)
- ☐ 1 fois par semaine
- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Quotidiennement

Quels sont vos modes de consommation privilégiés ?

- ☐ Inhalé
- ☐ Injecté
- ☐ Fumé
- ☐ Ingéré
- ☐ Plug
- ☐ Autre :

Si oui, à quelle fréquence ?

- ☐ Occasionnellement (moins d'une fois par mois)
- ☐ 1 à 3 fois par mois (moins d'une fois par semaine)
- ☐ 1 fois par semaine
- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Quotidiennement

Pratiquez-vous le chemsex :

- ☐ Seul
- ☐ A deux
- ☐ En groupe

Commentaires :

Annexe 4 : convention partenariale



Entre les soussignés :

AIDES, dont le siège social est situé 14 rue Scandicci, 93508 PANTIN CEDEX
Représentée par Camille Spire, Présidente Nationale
AIDES [Centre-Val de Loire / Orléans / Tours / Chartres],
166 rue de la Barrière Saint Marc 45000 Orléans.
Représentée par Catherine AUMOND, Présidente de AIDES Centre-Val de Loire

Et :

Le Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie d'Indre-et-Loire (CSAPA 37), 26 Rue de Richelieu, Tours.

Du CHRU de Tours

Représenté par le Docteur Damien MAUGE, Médecin coordinateur et chef de service

Et :

Le Centre Gratuit d'Information, de Diagnostic et de Dépistage (CeGIDD 37)

Du CHRU de Tours, 5 Rue Jehan Fouquet, Tours.

Représenté par le Docteur Guillaume GRAS, Médecin coordinateur

Ce qui suit :

Article 1 : Cadrage de la permanence à destination des personnes pratiquant le chemsex :

Afin d'identifier et de répondre aux besoins de la communauté des chemsexuels en Indre-et-Loire, les acteurs de cette convention s'engagent à mener et coordonner une permanence mensuelle. Les personnes pourront prendre rendez-vous en contactant le secrétariat du CeGIDD qui centralise les demandes. Les personnes auront ensuite accès à un entretien gratuit, confidentiel et anonyme (sur demande) avec un binôme pluridisciplinaire.

Nous définissons une personne qui pratique le chemsex par des pratiques sexuelles entre hommes sous l'influence d'un produit psychoactif.

Article 2 : L'association AIDES s'engage à :

- Mettre à disposition des permanences en fonction des disponibilités un intervenant (accompagnateur communautaire en santé) en fonction des besoins des usagers.
- Promouvoir les valeurs de l'association AIDES.
- Mettre à disposition du matériel de prévention et d'information concernant la réduction des risques lors de ses actions.
- Proposer aux intervenants des sessions de sensibilisation à la réduction des risques en fonction des besoins.

Article 3 : Le CSAPA 37 s'engage à :

- Mettre à disposition des permanences en fonction des disponibilités un intervenant (éducateur spécialisé, psychologue, infirmier ou médecin) en fonction des besoins des usagers.
- Permettre de proposer une entrée dans la prise en charge en addictologie.

Article 4 : Le CeGIDD 37 s'engage à :

- À faciliter l'accès des structures accueillies au lieu d'intervention.
- Mettre à disposition des permanences en fonction des disponibilités un intervenant (psychologue, infirmier ou médecin) en fonction des besoins des usagers.
- Permettre de proposer du dépistage VIH et IST dans ses locaux.
- Permettre de proposer un accompagnement vers l'accès à la PrEP, au TPE ou autre dispositif de santé sexuelle en cas de besoin.

Article 5 : Le CeGIDD 37, le CSAPA 37 et l'association AIDES s'engagent à :

- À respecter le lieu d'intervention, les règles de fonctionnement de la structure d'accueil et à ne pas interférer dans son activité habituelle.
- Proposer le premier jeudi du mois, sauf impossibilité, de 18h à 21h au CeGIDD 37 une permanence à destination des personnes pratiquant le chemsex.
- Informer leurs usagers des permanences à destination des personnes pratiquant le chemsex.
- Orienter ses usagers vers les partenaires pour la complémentarité de la prise en charge en fonction de leurs besoins.
- Échanger toute information utile à l'amélioration de la réduction des risques et la prise en charge des personnes tout en préservant les souhaits de confidentialité des personnes fréquentant les deux structures.
- Recenser les données statistiques liées à l'activité des permanences Chemsex.
- Effectuer un bilan annuel de la convention au travers d'une réunion d'échange d'information.
- S'informer mutuellement en cas de retard, d'annulation ou de report d'une intervention.
- Proposer des temps d'échanges, des temps de sensibilisation et de formation à d'autres professionnels.

Article 6 : Durée de la convention

- Cette convention est signée pour une année, elle sera reconduite chaque année par tacite reconduction.
- Si l'une ou l'autre des parties souhaite mettre fin à la présente convention, elle devra le signaler par courrier recommandé avec un préavis d'un mois.

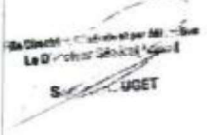
Article 7 : Assurance

- L'association AIDES déclare être titulaire d'une police d'assurance responsabilité civile, la garantissant contre les dommages corporels, matériels et immatériels qu'elle pourrait causer à lors de ses actions et/ou aux tiers dans le cadre de la présente convention. AIDES conserve à sa charge les risques pouvant subvenir aux biens mobiliers qu'elle pourrait mettre à

disposition dans le cadre de la présente et renonce à tous recours à l'égard de la structure partenaire et de son assureur.

- Le CHRU de Tours (CSAPA et CeGIDD) déclare être titulaire d'une police d'assurance responsabilité civile, la garantissant contre les dommages corporels, matériels et immatériels qu'elle pourrait causer à l'association AIDES et/ou aux tiers dans le cadre de la présente convention.

Fait à Tours en double exemplaire, le 10/07/2024

Pour AIDES	Pour le CHRU de Tours	Pour le CSAPA 37	Pour le CeGIDD 37
Catherine AUMOND	Floriane RIVIERE	Dr Damien MAUGE	Dr Guillaume GRAS
Présidente de AIDES Centre-Val de Loire	Directrice Générale du CHRU de Tours	Chef de service	Coordinateur
	 Stylized signature with text: "Stylisé - Clémentine par M. - Sous Le Directeur Général" and "S. MAUGE" below it.	 Docteur D. Mauge Psychiatre - Adolopologue Praticien Hospitalier C.H.R.U de Tours Chef de service du CSAPA 37 RPPS: 16002059101 26 rue Richelieu 37000 Tours tel: 02 18 37 05 67 mail: csapa37.coordination@chu-tours.fr	

Annexe 5 : blason utilisé dans le groupe de parole du 16 octobre 2024

Les plans chemsex : Ce que j'y trouve	Ce que je n'y trouve pas/plus	Ce que j'y trouve	Les plans chemsex : Ce que je n'y trouve pas/plus
Pour moi, le chems c'est	Pour moi, le chems ce n'est pas	Pour moi, le chems c'est	Pour moi, le chems ce n'est pas

Annexe 6 : affiche de la permanence



**NON-JUGEMENT
CONFIDENTIALITÉ**

 **CHEMS?** 

**Temps d'échanges, d'écoute
et d'informations**

**De 18h à 20h sur rendez-vous
Chaque premier jeudi du mois**

CEGIDD - 5 RUE JEHAN FOUQUET 37000 TOURS
06 73 38 91 56 - 02 47 47 38 91 - CEGIDD@CHU-TOURS.FR

Scannez : 



LE ROUX Clément

106 pages

Résumé :

Introduction : Le chemsex est une pratique communautaire associant consommation de substances psychoactives et sexualité. Il se situe à l'intersection des enjeux d'addictologie, de santé sexuelle et d'expériences minoritaires. En région Centre-Val de Loire, un projet d'accompagnement a été construit à partir de 2022 par le CeGIDD 37, le CSAPA Tours Centre et l'association AIDES. Cette capitalisation vise à comprendre les dynamiques ayant permis l'émergence, le déploiement et la structuration de ce projet.

Méthodes : Ce travail repose sur une capitalisation d'expériences en promotion de la santé, d'intensité forte, selon la méthodologie de la SFSP. Il s'appuie sur un focus groupe avec les porteur·ses du projet, des entretiens individuels avec des acteur·rices impliqué·es, une analyse documentaire et une observation participante. L'approche qualitative, fondée sur une analyse thématique, a permis d'identifier les leviers, les freins et les dynamiques ayant structuré le projet.

Résultats : Le projet s'est structuré autour de permanences d'accueil, d'orientation et d'évaluation, ainsi que d'un groupe de travail inter-structure. Il comprend un axe de diversification de l'offre de soins à l'échelle territoriale (formations, réunions de concertation pluri-professionnelles) et un axe d'accompagnement communautaire (groupes de parole, sorties culturelles et espaces de convivialité). L'ensemble repose sur un fort engagement individuel, en l'absence de reconnaissance institutionnelle et de financements dédiés.

Discussions : Cette capitalisation souligne la nécessité d'une approche collective et communautaire pour répondre aux enjeux spécifiques du chemsex. Le modèle mis en place, bien qu'imparfait, apparaît reproductible sous certaines conditions. La démarche a permis d'identifier plusieurs perspectives d'amélioration. La documentation du processus de création favorise aujourd'hui son appropriation et sa diffusion sur d'autres territoires.

Mots clés : chemsex, troubles liés à l'usage de substances, comportement sexuel, homosexualité masculine, queer, services de santé communautaire, promotion de la santé, recherche qualitative, coopération interinstitutionnelle, santé publique

Jury :

Présidente du Jury : Professeure Leslie GRAMMATICO-GUILLON, Santé Publique et épidémiologie, UFR de Médecine de Tours

Directeur de thèse : Docteur Yoann CONAN, Infectiologie, CCA, CHRU de Tours

Membres du Jury : Professeur Paul BRUNAULT, Psychiatrie Addictologie, UFR de Médecine de Tours

Docteure Mélanie BOISSINOT, Médecine générale, PH, CHRU de Tours

Membre invitée : Catherine AUMOND, présidente de AIDES, région Centre-Ouest, Chartres

Date de soutenance : 3 octobre 2025