



Mot de présentation

Drogues et minorités sexuelles

**Martin Blais, Ph. D., Dominic Beaulieu Prévost, Ph. D., et Joseph Josy Lévy, Ph. D.,
éditeurs invités**

Ce numéro rassemble des contributions francophones qui abordent la consommation de substances psychoactives chez des personnes qui ont des relations sexuelles avec des personnes de même sexe/genre ou qui s'identifient comme gaies, lesbiennes, bisexuelles ou non exclusivement hétérosexuelles. Issus du Québec et de la France, ces travaux permettent notamment de cerner les substances les plus consommées dans ces populations hétérogènes. L'étendue des substances discutées dans ces articles est vaste, incluant autant le tabac ou l'alcool, des médicaments pour réguler l'anxiété ou augmenter les performances sexuelles (obtenus par ordonnance ou autrement), que des substances psychoactives couramment utilisées à des fins récréatives.

Reflète de la préoccupation à l'égard des risques pour la santé sexuelle que peut représenter la consommation, notamment en matière d'infections transmissibles sexuellement, en particulier le VIH, les travaux rassemblés ici se concentrent principalement sur les hommes gais, bisexuels et ceux ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les sources auxquelles ils puisent montrent l'existence de profils distincts de consommation dans les populations étudiées ainsi que l'évolution de la consommation des substances au cours de la dernière décennie. Alors que certains profils relèvent de la consommation occasionnelle de substances d'usage répandu (tabac, alcool), d'autres présentent une consommation régulière de substances psychoactives susceptible de se révéler problématique à en croire les indices de santé sexuelle et mentale qui y sont associés. La consommation à des fins récréatives et la consommation avant ou pendant les rapports sexuels, incluant le *chemsex*, sont également des thèmes abordés.

Ce numéro permet aussi d'identifier des facteurs associés aux trajectoires de consommation, comme les enjeux relatifs à la stigmatisation et à l'acceptation de l'orientation sexuelle ou encore la fréquentation de certains lieux de socialisation gais, permettant ainsi de formuler des recommandations pour le dépistage et l'intervention. Les lecteurs trouveront également des informations sur les conséquences des différents patrons de consommation, notamment sur les comportements sexuels à risque d'infection par le VIH ou sur le bien-être personnel, relationnel et social.

Mot de présentation

Le numéro commence par l'article de Velter et ses collaboratrices. S'appuyant sur les données d'une enquête française, les auteures démontrent notamment que différentes définitions de l'orientation sexuelle, basées sur l'auto-identification ou sur le sexe ou le genre des partenaires, révèlent différents portraits de consommation et sont susceptibles de moduler la taille des effets entre la consommation et différents facteurs associés. L'article révèle une consommation plus importante de substances chez les personnes qui ont des partenaires à la fois masculins et féminins, sans que les caractéristiques sociodémographiques, des éléments du mode de vie, de la détresse psychologique ou de la discrimination vécue n'expliquent cette élévation. Il reste donc nécessaire d'approfondir notre compréhension du vécu des personnes ayant des partenaires de plusieurs genres.

Par la suite, Flores-Aranda, Bertrand et Roy illustrent comment les trajectoires addictives des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sont intimement reliées à leur vécu homosexuel. Dans les trajectoires qu'ils analysent suivant une approche qualitative, ils identifient des moments critiques durant lesquels les patrons de consommation sont particulièrement susceptibles de se transformer : lors de la découverte et de l'acceptation des désirs homoérotiques ; lors de la rencontre d'un partenaire sexuel ou affectif ou dans le cadre d'une relation de couple ; lors de l'expérimentation sexuelle ; ou lors de la socialisation dans le milieu gai, notamment dans des espaces de socialisation sexualisés. L'une des contributions originales des auteurs est de décrire la relation d'influence bidirectionnelle entre ces moments critiques du vécu homosexuel et les patrons de consommation.

Léobon, Dussault et Otis présentent, pour leur part, une analyse de données d'enquête portant sur le phénomène du *chemsex* en France et les profils de santé associés chez des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Ils décrivent trois groupes de répondants : ceux qui ont consommé au moins une substance dans les douze derniers mois, excluant les substances liées au *chemsex*, les consommateurs occasionnels des substances associées au *chemsex* et leurs consommateurs réguliers. La comparaison de ces trois groupes révèle que la consommation des substances associées au *chemsex* est associée à des indicateurs de bien-être personnel, interpersonnel et social qui suggèrent une grande vulnérabilité, incluant à l'égard des infections transmissibles sexuellement.

À partir des données colligées dans un centre communautaire de dépistage rapide du VIH à Montréal, Blais et ses collègues décrivent l'évolution, entre 2009 et 2016, de la consommation de substances en contexte sexuel chez des hommes séronégatifs pour le VIH ou de statut inconnu qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Ils montrent notamment que si la plupart des substances à l'étude ont décliné entre 2009 et 2014-2015, elles ont par la suite recommencé à augmenter légèrement. Leurs analyses montrent aussi que la consommation des substances à l'étude est associée à une probabilité plus élevée d'avoir des relations sexuelles à risque d'infection par le VIH, réaffirmant ainsi le rôle important de cette consommation dans l'épidémie du VIH au sein de ce groupe.

Finalement, Dumas et ses coauteurs abordent la formation des intervenants en santé sexuelle et en dépendance. Reposant sur un devis mixte, leur recherche vise à identifier les besoins et les attentes des utilisateurs potentiels afin d'orienter le développement d'une communauté de pratique virtuelle. Les auteurs montrent que les communautés de pratique en ligne sont jugées pertinentes, entre autres, pour parfaire la formation et le développement des compétences des intervenants impliqués, pour améliorer la qualité des services proposés et pour développer des collaborations intersectorielles et interdisciplinaires. Cet article est aussi l'occasion de présenter un outil d'évaluation des besoins de formation des intervenants en santé sexuelle et en dépendance susceptible d'inspirer les travaux futurs en la matière.

Mot de présentation

En rassemblant ces différentes contributions, ce numéro offre un aperçu de la recherche actuelle au Québec et en France sur la consommation de substances chez des personnes qui ont des relations sexuelles avec des personnes de même sexe/genre ou qui s'identifient comme gaies, lesbiennes, bisexuelles ou non exclusivement hétérosexuelles. Il met à la disposition d'un lectorat francophone des données récentes sur le sujet et présente des pistes susceptibles de guider le développement d'interventions susceptibles de soutenir ces populations hétérogènes, mais marginalisées et vulnérables.



RÉSULTATS DE RECHERCHE

Consommation de substances psychoactives et orientation sexuelle

ENQUÊTE PRESSE GAYS LESBIENNES 2011 EN FRANCE.

Annie Velter, Chargée de projets scientifiques, Doctorat en Santé Publique,
Direction de la Prévention et de la Promotion de la Santé, Santé Publique France

Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, Chargée de Recherche, épidémiologiste,
Doctorat en Sciences Sociales de la Santé, INSERM Unité 1153-Équipe EPOPé

Brigitte Lhomond, Chargée de Recherche, sociologue, CNRS Équipe Triangle Lyon

Correspondance :

Annie Velter
Chargée de projets scientifiques, Ph.D. Santé Publique
Direction de la Prévention et de Promotion de la Santé
Santé Publique France
14 rue du Val d'Osne
94415 Saint Maurice Cedex
France
Annie.velter@santepubliquefrance.fr

Remerciements

Nous remercions l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) pour son soutien scientifique et financier, et les membres du comité scientifique de l'EPGL pour l'ANRS. Nous remercions tous ceux qui ont permis la réalisation et la réussite de cette enquête : les sites Internet et le magazine mensuel qui ont publicisé l'enquête, les équipes qui ont développé l'ensemble du site dédié et tous les hommes et les femmes qui ont pris le temps de répondre à cette enquête.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Résumé

Objectif

Étudier les différences dans la fréquence de consommation d'alcool et de drogues selon l'orientation sexuelle chez les hommes et les femmes.

Méthode

L'*Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011* est une enquête transversale autoadministrée basée sur le volontariat, disponible sur des sites Internet gays et lesbiens. Les répondant(e)s âgés de 18 ans ou plus, résidant en France et ayant eu des rapports sexuels au cours de leur vie, ont été retenus pour cette analyse. La consommation d'alcool est décrite par la fréquence de consommation dans les douze derniers mois, le nombre de verres par jour et la fréquence de consommation de six verres ou plus au cours d'une même occasion. La consommation de cannabis, d'ecstasy ou de cocaïne est décrite par l'usage de ces substances une fois ou plus au cours des douze derniers mois. Les analyses ont comparé, pour chaque sexe, l'orientation sexuelle définie par l'auto-identification et le sexe des partenaires. L'auto-identification en tant que «bisexuel(le)» ou «gay/lesbienne» était disponible pour 2 675 femmes et 8 725 hommes; l'information sur le sexe des partenaires au cours de la vie pour 2 747 femmes et 9 001 hommes et celle sur le sexe des partenaires des douze derniers mois pour 2 871 femmes et 8 974 hommes.

Résultats

Alors que des variations sociodémographiques et de biographie sexuelle importantes sont observées selon l'auto-identification, la consommation de substances varie moins selon l'auto-identification que selon le sexe des partenaires, pour les femmes comme pour les hommes. Les répondant(e)s qui ont eu des partenaires des deux sexes déclaraient des consommations plus importantes d'alcool et de drogues.

Les éléments du mode de vie, de détresse psychologique ou de discrimination ne permettent pas d'expliquer ces différences de consommation selon le sexe des partenaires.

Conclusion

Comprendre ce qui sous-tend ces consommations reste un enjeu majeur de santé publique.

Mots-clés : alcool, drogues illicites, orientation sexuelle, comportement sexuel

Consumption of psychoactive products and sexual identity :

ENQUÊTE PRESSE GAYS LESBIENNES 2011 – FRANCE.

Abstract

Objective

To analyze the differences in the use of alcohol and illicit drugs according to sexual orientation among men and women.

Methods

L'Enquête Presse Gays et lesbiennes 2011 is a self-administered cross-sectional survey of volunteers responding to a questionnaire available on gay and lesbian websites. Respondents aged 18 years or over, living in France, who have had sexual intercourse in their lifetime were selected for this analysis. Alcohol consumption is measured by the frequency of use in the last twelve months, the number of drinks each day and the consumption of six or more drinks on the same occasion. Use of cannabis, ecstasy or cocaine is measured by consumption once or more in the last twelve months. Sexual orientation is measured by two indicators: self-identification and sex of partners. Self-identification as «bisexual» or «gay / lesbian» is reported by 2 675 women and 8 725 men, sex of partners during lifetime for 2 747 women and 9 001 men and sex of the partners in the last twelve months for 2 871 women and 8 974 men.

Results

While significant differences in socio-demographic and sexual history were observed for self-identification, substance use varied less by self-identification than by sex of partners, for both women and men. Respondents who had partners of both sexes reported higher levels of alcohol and drug use. Elements of lifestyle, psychological distress and discrimination did not explain observed differences in substance use by sex of partners.

Conclusion

Understanding what underlies these differences in consumption remains a major public health concern.

Keywords: alcohol use, illicit drug use, sexual orientation, sexual behavior

Consumo de sustancias psicoactivas y orientación sexual

INVESTIGACIÓN PRESSE GAYS LESBIENNES 2011 EN FRANCIA.

Resumen

Objetivo

Estudiar las diferencias en la frecuencia del consumo de alcohol y drogas según la orientación sexual entre los hombres y las mujeres.

Método

La *Enquête Presse Gays et lesbiennes 2011* (investigación de prensa gays y lesbianas 2011) es una investigación transversal autoadministrada sobre la base del voluntariado, disponible en los sitios Internet de gays y lesbianas. Se eligieron para este análisis participantes de 18 años o más, residentes en Francia y que han tenido relaciones sexuales durante su vida. El consumo de alcohol está descrito por la frecuencia de consumo en los últimos doce meses, la cantidad de vasos por día y la frecuencia de consumo de seis vasos o más en una misma ocasión. El consumo de cannabis, éxtasis o cocaína está determinado por el uso de estas sustancias una vez o más durante los últimos doce meses. Los análisis compararon, para cada sexo, la orientación sexual definida por la autoidentificación y el sexo de las parejas. La autoidentificación como "bisexual" o gay o lesbiana dio como resultado 2675 mujeres y 8725 hombres, la información sobre el sexo de las parejas de los últimos doce meses resultó en 2747 mujeres y 9001 hombres y la del sexo de las parejas de los doce últimos meses en 2871 mujeres y 8974 hombres.

Resultados

Mientras que se observan variaciones sociodemográficas y de biografía sexual importantes según la autoidentificación, el consumo de sustancias varía menos según la autoidentificación que según el sexo de las parejas, tanto para las mujeres como para los hombres. Los participantes que han tenido parejas de los dos sexos declaraban un consumo más importante de alcohol y de drogas.

Los elementos del modo de vida, desamparo psicológico o discriminación no permiten explicar estas diferencias de consumo según el sexo de las parejas.

Conclusión

Comprender las causas subyacentes del consumo continúa siendo una cuestión importante de salud pública.

Palabras clave: alcohol, drogas ilícitas, orientación sexual, comportamiento sexual

Introduction

Depuis les années 1990, plusieurs revues de littérature ont montré que les populations homosexuelles et bisexuelles présentaient des usages de produits psychoactifs plus importants et problématiques que la population hétérosexuelle (Bux, 1996; Hughes, Wilsnack et Kantor, 2016; Julien et Chartrand, 2005; Lhomond et Saurel-Cubizolles, 2009; Marshal et al., 2008).

Bien qu'un nombre non négligeable d'enquêtes ne se soient intéressées qu'aux hommes, d'autres études ont montré des usages et consommations différentiels entre les lesbiennes et les gays (Green et Feinstein, 2012; Lhomond, Saurel-Cubizolles et Michaels, 2013; McCabe, Hughes, Bostwick, West et Boyd, 2009; Roxburgh, Lea, de Wit et Degenhardt, 2016).

La majorité des enquêtes, sur échantillon représentatif ou non, montre une consommation ou un abus d'alcool et un usage de drogues plus fréquents chez les femmes homosexuelles ou bisexuelles que chez les hétérosexuelles. Ce résultat n'est généralement pas retrouvé pour les hommes en ce qui concerne l'alcool, mais l'est pour les drogues (King et al., 2008). Toutefois certains articles, utilisant des outils de mesure différents, standardisés comme l'AUDIT, le DETA-CAGE ou basés sur des questions *ad hoc*, ne décrivent aucune différence dans les consommations ou dépendance à l'alcool selon l'orientation sexuelle, pour les deux sexes (Cochran, Mays et Sullivan, 2003; Jorm, Korten, Rodgers, Jacomb et Christensen, 2002; Koh et Ross, 2006).

Par ailleurs, selon la mesure utilisée pour rendre compte des multiples dimensions de l'orientation sexuelle, les consommations d'alcool et de drogues peuvent varier sensiblement. Les indicateurs les plus fréquents sont l'attraction par le même ou l'autre sexe, l'autodéfinition en tant que homosexuel(le), bisexuel(le) ou hétérosexuel(le) et le comportement à travers le sexe des partenaires. Ces trois dimensions sont corrélées, mais aucune d'entre elles ne saisit toute la complexité de l'orientation sexuelle (Laumann, Gagnon, Michaels et Michaels, 1994; Lhomond et al., 2013; Michaels et Lhomond, 2006). Les catégories d'auto-identification masquent une diversité de comportements sexuels : parmi les personnes qui se définissent comme homosexuels, certaines ont eu des relations hétérosexuelles au cours de leur vie.

Afin de questionner la surconsommation de substances – alcool et drogues – des personnes homosexuelles, nous nous proposons de décrire la fréquence de consommation de substances, en prenant en compte la multidimensionnalité de l'orientation sexuelle à partir des données de l'Enquête Presse Gays et Lesbiennes 2011 (EPGL 2011). Deux indicateurs seront considérés dans nos analyses : le sexe des partenaires et l'autodéfinition, l'attraction sexuelle n'étant pas disponible dans notre enquête. Ainsi, nous chercherons à vérifier, pour les hommes et les femmes, si les personnes ayant eu des partenaires des deux sexes au cours de leur vie ont des pratiques de consommation d'alcool et de drogues plus importantes que les personnes ayant des trajectoires monosexuelles. Afin de comprendre les différences observées, d'autres indicateurs seront mobilisés : les biographies sexuelles, les sociabilités, la santé mentale et les violences subies au cours de la vie. L'objectif principal de l'EPGL 2011 est de décrire les comportements sexuels de prévention vis-à-vis du VIH et des infections sexuellement transmissibles. Cette étude décrit par ailleurs les modes de vie, les caractéristiques sociodémographiques, les trajectoires sexuelles et différents indicateurs de santé, dont la consommation d'alcool et de drogues. À l'instar de revues de littérature récentes (Feinstein et Dyar, 2017), nous posons l'hypothèse d'une plus grande vulnérabilité des personnes bisexuelles en terme de santé globale.

Méthodologie

Participants

L'Enquête Presse Gays est une enquête transversale autoadministrée anonyme basée sur le volontariat, dont les premières éditions de 1985 à 2004 s'adressaient exclusivement aux hommes (Pollak, 1988; Pollak et Schiltz, 1991; Velter, 2007b). En 2011, l'enquête a été renouvelée avec, pour la première fois, un volet dédié aux femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF) sous le nom Enquête Presse Gays et lesbiennes (EPGL) (Velter et al., 2015).

Des questionnaires web différents s'adressaient aux hommes et aux femmes. Ils ont été mis en ligne du 16 mai au 18 juillet 2011, accessibles à partir d'un site dédié à l'enquête. Un total de 61 sites gays ou lesbiens d'information ou de rencontres sexuelles a accepté de présenter l'enquête. Les internautes fréquentant ces sites étaient invités à y participer par le biais de bannières, de messages personnalisés ou encore de recommandations via Facebook.

Sur l'ensemble de la période, 36 465 visites du site dédié à l'enquête ont été enregistrées, dont 29 157 correspondant à des personnes ayant visité une seule fois le site. Un total de 16 815 personnes a répondu au questionnaire (4 366 femmes et 12 449 hommes). Toutes ces personnes n'ont pas finalisé leur questionnaire. Le taux d'abandon est de 17% pour les femmes et les hommes. Au final, 3 662 femmes et 10 171 hommes ont rempli le questionnaire.

Mesures

Les questionnaires recueillaient des informations similaires pour les femmes et les hommes, même si des spécificités liées au sexe des répondants étaient introduites.

Orientation sexuelle

Deux indicateurs ont été utilisés pour définir l'orientation sexuelle. L'autodéfinition a été mesurée par la question : « Actuellement, vous vous définissez comme : homosexuel, gay/homosexuelle, lesbienne ; bisexuel/bisexuelle ; hétérosexuel/hétérosexuelle ; Autre, précisez ; Vous refusez de vous définir par rapport à votre sexualité ». Très peu de répondants se sont définis comme hétérosexuels. Seuls les items « homosexuel, gay/homosexuelle, lesbienne ; bisexuel/bisexuelle » ont été conservés pour l'analyse.

Le comportement sexuel a été défini à partir des questions sur le sexe des partenaires au cours de la vie : « Au cours de votre vie, avez-vous eu des rapports sexuels avec des femmes uniquement, des hommes uniquement, des hommes et des femmes ». Le comportement sexuel est défini par « partenaires femmes/hommes seulement » et « partenaires des deux sexes ». En outre, nous avons considéré le sexe des partenaires des douze derniers mois selon quatre modalités : aucun partenaire, uniquement des partenaires de même sexe, uniquement des partenaires de l'autre sexe et des partenaires des deux sexes.

Consommation de substances psychoactives et orientation sexuelle

Consommation de substances psychoactives

Les substances psychoactives comparables pour les femmes et les hommes étaient l'alcool, le cannabis, l'ecstasy et la cocaïne. La consommation d'alcool était mesurée par la fréquence de consommation dans les douze derniers mois, le nombre de verres par jour et la consommation de six verres ou plus lors d'une même occasion dans les douze derniers mois. La consommation de cannabis, d'ecstasy et de cocaïne portait aussi sur les douze derniers mois.

Caractéristiques sociodémographiques

Le profil sociodémographique a été caractérisé par l'âge, le niveau d'études, le fait de vivre en couple ou non, d'avoir des enfants ou non, le statut d'emploi ou encore le revenu mensuel en euros.

Biographies sexuelles

L'âge au premier rapport sexuel et le nombre de partenaires, hommes et femmes, dans les douze derniers mois ont été étudiés.

Fréquentation de lieux de socialisation

La fréquentation de lieux de socialisation a été mesurée par deux questions communes aux hommes et aux femmes : la fréquentation régulière, occasionnelle ou jamais de bars ou clubs lesbiens, gays et bisexuels (LGB) et la fréquentation régulière, occasionnelle ou jamais de sites de rencontre LGB sur Internet.

Santé mentale

La santé mentale a été mesurée par deux questions : le fait d'avoir eu une dépression dans les douze derniers mois, avant ou jamais ; et le fait d'avoir fait une tentative de suicide dans les douze derniers mois, avant ou jamais.

Violences subies

Les violences subies ont été mesurées à l'aide de trois questions : le fait d'avoir été injurié du fait de son homosexualité dans les douze derniers mois, celui d'avoir été brutalisé physiquement du fait de son homosexualité dans les douze derniers mois et le fait d'avoir subi des rapports sexuels forcés au cours de la vie.

Analyse statistique

L'analyse a comparé, pour chaque sexe, les répondants qui se définissent comme lesbiennes/gays à ceux qui se définissent comme bisexuel(le)s, d'une part, et les répondants ayant des partenaires de même sexe uniquement à ceux ayant des partenaires des deux sexes, d'autre part. Pour comparer ces groupes, le test du Chi2 a été utilisé pour les variables discrètes et un test de comparaison de moyennes (tests t de Student) pour les variables continues. Le seuil de significativité retenu était supérieur à 0,05.

Consommation de substances psychoactives et orientation sexuelle

Des rapports de cote ajustés ont été calculés à l'aide de régressions logistiques afin de décrire les associations de consommations d'alcool et de drogues (cannabis, ecstasy, cocaïne) pour les deux indicateurs d'orientation sexuelle (identité et comportement sexuel) pour les femmes et les hommes. Trois modèles ont été réalisés. Le premier modèle tenait compte des facteurs sociodémographiques : l'âge, le niveau d'études, le fait de vivre en couple, le fait d'avoir des enfants, le statut d'emploi et le revenu. Le second modèle ajoutait à cela l'âge au premier rapport sexuel et le nombre de partenaires sexuels au cours des douze derniers mois. Le troisième modèle intégrait en surplus le fait d'avoir eu une dépression et d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie. Enfin, les indicateurs de consommation d'alcool et de drogues ont été analysés selon le sexe des partenaires et leur nombre dans les douze derniers mois pour les femmes et les hommes. Ces consommations étaient ajustées sur l'âge, le niveau d'études, le fait de vivre en couple, le fait d'avoir des enfants, le statut d'emploi, le revenu et l'âge au premier rapport sexuel. Les analyses ont été réalisées avec SAS V9.4.

Notre analyse inclut les femmes et les hommes qui ont répondu à l'EPGL par Internet âgés de 18 ans ou plus, résidant en France, ayant eu des rapports sexuels au cours de la vie et se définissant comme gai, homosexuel(le), lesbienne ou bisexuel(le).

Résultats

Échantillon

L'information sur l'autodéfinition en tant que « bisexuel(le) » ou « gay/lesbienne » était disponible pour 2 675 femmes et 8 725 hommes; celle sur le sexe des partenaires au cours de la vie pour 2 747 femmes et 9 001 hommes et celle sur le sexe des partenaires des douze derniers mois pour 2 871 femmes et 8 974 hommes. Les deux indicateurs – autodéfinition et sexe des partenaires – sont liés entre eux. Alors que 58% des femmes qui se définissent comme lesbiennes ont eu des partenaires des deux sexes au cours de leur vie, c'est le cas de 88% des femmes qui se définissent comme bisexuelles ($p < 0,001$). De même, si 32% des hommes homosexuels ont eu des partenaires des deux sexes au cours de leur vie, c'est le cas de 88% des hommes bisexuels ($p < 0,001$).

Consommation de substances psychoactives

Pour les femmes comme pour les hommes, la fréquence de consommation d'alcool varie assez peu selon l'autodéfinition (voir Tableau 1). En revanche, les femmes et les hommes ayant eu des partenaires des deux sexes présentent une consommation d'alcool plus importante en fréquence et en quantité que ceux qui n'ont que des partenaires de même sexe.

Les femmes qui se définissent comme bisexuelles ont consommé plus souvent du cannabis au cours des 12 derniers mois que les lesbiennes; il n'y a pas de différence pour la consommation d'ecstasy et de cocaïne. Les hommes homosexuels rapportent une consommation significativement plus fréquente des trois produits que les bisexuels. Les femmes et les hommes ayant eu des partenaires des deux sexes ont consommé plus souvent du cannabis ou de la cocaïne que les répondants n'ayant eu que des partenaires de même sexe. La consommation d'ecstasy est plus fréquente pour les femmes ayant eu des partenaires des deux sexes, tandis qu'aucune différence n'est observée pour les hommes.

Caractéristiques sociodémographiques

De nombreuses différences sociodémographiques sont observées selon l'autodéfinition de l'orientation sexuelle (Tableau 2). Les femmes bisexuelles sont, en moyenne, plus jeunes que les femmes lesbiennes, elles vivent moins souvent en couple – 16% d'entre elles vivent en couple avec une femme comparativement à 43% des lesbiennes –, et elles sont plus souvent étudiantes et ont des revenus mensuels plus faibles. La distribution du niveau d'études et le fait d'avoir des enfants ne sont pas différents entre les deux groupes. Pour les hommes, le niveau d'études est moins élevé pour les bisexuels ; ces derniers vivent moins souvent seuls, ont plus souvent des enfants et ont moins souvent un emploi.

Les différences sont plus prononcées selon le sexe des partenaires au cours de la vie. Les femmes n'ayant eu que des partenaires femmes sont plus jeunes – plus de la moitié d'entre elles ont 25 ans ou moins –, elles sont un peu plus nombreuses à présenter un niveau d'études plus faible, plus nombreuses à ne pas vivre seule ni en couple, beaucoup moins nombreuses à avoir des enfants, plus souvent étudiantes et avec des revenus plus faibles. Les hommes ayant eu exclusivement des partenaires masculins sont également plus jeunes, vivent moins souvent en couple, ont beaucoup moins souvent des enfants, sont plus souvent étudiants et déclarent des revenus plus faibles. Cependant, ils sont moins nombreux à avoir un niveau d'études inférieur au baccalauréat.

Biographie sexuelle

Globalement, 80% des répondantes ayant rapporté des partenaires hommes au cours de leur vie ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel à vie avec un homme également (voir Tableau 3). L'âge à ce premier rapport est en moyenne de 17,5 ans alors que le premier rapport avec une femme a lieu en moyenne à 20,3 ans. Pour les hommes, parmi les répondants ayant eu des partenaires féminines au cours de leur vie, 54% d'entre eux ont eu leur premier rapport sexuel avec une femme. L'âge moyen au premier rapport n'est pas différent qu'il ait eu lieu avec un homme (18,7 ans) ou une femme (18,6 ans).

Les éléments de biographie sexuelle varient fortement selon l'autodéfinition et le sexe des partenaires, pour les femmes comme pour les hommes (Tableau 3). Les femmes bisexuelles ont eu leur premier rapport plus tôt que les lesbiennes, de même que les femmes ayant eu des partenaires des deux sexes. La même tendance est observée pour les hommes.

Globalement, les hommes ont eu un nombre plus élevé de partenaires au cours des douze mois que les femmes : plus de 50% des hommes ont eu cinq partenaires ou plus, alors que moins de 10% des femmes sont dans ce cas.

Comme attendu, les femmes et les hommes bisexuel(le)s sont beaucoup plus nombreux à avoir eu des partenaires des deux sexes au cours des douze derniers mois que les homosexuel(le)s. Toutefois, alors que 22% des femmes bisexuelles disent n'avoir eu que des partenaires de l'autre sexe dans les douze mois, seulement 4% des hommes bisexuels sont dans ce cas.

Les femmes bisexuelles et les femmes ayant eu des partenaires des deux sexes ont eu de plus nombreux partenaires au cours des douze derniers mois que les lesbiennes ou les femmes n'ayant eu que des partenaires femmes. Ces mêmes différences sont observées pour les hommes.

Consommation de substances psychoactives et orientation sexuelle

Lieux de socialisation

Pour les femmes, la fréquentation régulière des bars ou des sites Internet est similaire selon l'autodéfinition et le sexe des partenaires, bien que les femmes ayant eu des partenaires des deux sexes étaient un peu plus nombreuses à fréquenter régulièrement les bars (cf. Tableau 4). Pour les hommes, les homosexuels fréquentent plus régulièrement les bars que les bisexuels, alors qu'il n'y a pas de différence de fréquentation selon le sexe des partenaires. Les hommes ayant uniquement des partenaires de même sexe fréquentent quant à eux plus souvent les sites de rencontre que ceux ayant des partenaires des deux sexes.

Santé mentale

Les indicateurs de santé mentale varient aussi selon l'autodéfinition et le sexe des partenaires (voir Tableau 4). Les femmes bisexuelles, comparativement aux femmes lesbiennes, et celles ayant eu des partenaires des deux sexes, comparativement à celles n'ayant eu que des partenaires de même sexe, rapportent plus souvent des symptômes dépressifs et des tentatives de suicide, actuelles ou antérieures. Chez les hommes, l'occurrence de la dépression est plus élevée chez les homosexuels et les hommes ayant des partenaires des deux sexes. Celle des tentatives de suicide est également plus élevée dans ces deux groupes.

Violences verbales, physiques et sexuelles

Les femmes lesbiennes, les hommes homosexuels et les répondant(e)s n'ayant eu que des partenaires de même sexe rapportent plus souvent avoir subi des injures dans les douze derniers mois (Tableau 4). Alors que la fréquence des déclarations de brutalités physiques en lien avec l'homosexualité n'apparaît pas différente entre les groupes pour les femmes, elle est plus élevée pour les hommes homosexuels que pour les bisexuels. Déclarer des rapports sexuels contraints au cours de la vie est sensiblement plus fréquent pour les femmes bisexuelles que pour les lesbiennes et, en cohérence, pour les femmes ayant eu des partenaires des deux sexes que pour les femmes n'ayant eu que des partenaires femmes. Ce constat est aussi observé chez les hommes ayant des partenaires des deux sexes.

Analyses multivariées

Les facteurs sociodémographiques, de biographie sexuelle, de santé mentale ou de violences subies sont associés à la consommation de substances psychoactives et peuvent en partie en partie expliquer les différences décrites précédemment dans les patrons de consommation.

Aussi, la première analyse décrit l'association entre les deux indicateurs d'orientation sexuelle et les consommations d'alcool et de drogues, ajustée sur les facteurs sociodémographiques ainsi que sur l'âge au premier rapport sexuel et le nombre de partenaires sexuels au cours des douze mois (voir le Tableau 5.1 pour les résultats chez les femmes et le Tableau 5.2 pour les résultats chez les hommes). Après ajustement, les différences de consommation demeurent très significatives en relation avec le sexe des partenaires : les femmes comme les hommes ayant eu des partenaires des deux sexes sont plus nombreux à consommer des boissons alcoolisées plus d'une fois par semaine, à boire trois verres ou plus par jour et à boire parfois six verres ou plus en une même

Consommation de substances psychoactives et orientation sexuelle

occasion. De même, ils sont plus nombreux à avoir consommé du cannabis ou de la cocaïne au cours des douze derniers mois, et plus nombreux à avoir consommé de l'ecstasy bien que les différences ne soient pas significatives pour ce produit. Les résultats sont inchangés si on ajuste aussi les modèles pour les indicateurs de dépression et de rapports sexuels contraints. Globalement, les associations sont plus fortes pour les femmes que pour les hommes. Les différences après ajustement sont bien moindres selon l'autodéfinition. Seules les femmes bisexuelles sont moins nombreuses que les lesbiennes à consommer de l'alcool plus d'une fois par semaine. De manière générale, les hommes bisexuels déclarent moins de consommation de drogues illicites que les homosexuels ; la consommation d'alcool ne diffère pas selon l'autodéfinition pour les hommes.

Si on met l'accent sur les partenaires des douze derniers mois (voir Tableau 6), ce qui correspond à la même temporalité que pour la consommation de substances, on observe – quel que soit l'indicateur d'alcool ou de drogues – un gradient d'une moindre consommation pour les femmes qui n'ont eu aucun partenaire à une forte consommation pour celles qui ont eu des partenaires des deux sexes. Ainsi, boire six verres ou plus lors d'une même occasion chaque semaine concerne 7% des femmes qui n'ont eu aucun partenaire et 21% de celles qui ont eu des partenaires des deux sexes. Dans le même sens, l'usage du cannabis varie de 30% à 60% et celle de la cocaïne varie de 4% à 24%. Les différences observées demeurent très significatives même après ajustement sur les facteurs sociodémographiques et l'âge au premier rapport sexuel.

Pour les hommes, après ajustement, les différences de consommation d'alcool ne sont plus significatives. La fréquence de consommation de drogues illicites ne varie pas selon le sexe des partenaires tandis que les hommes qui n'ont eu aucun partenaire dans les douze mois déclarent beaucoup moins souvent des consommations de cannabis, d'ecstasy ou de cocaïne.

Discussion

Pour la première fois, des données françaises permettent de comparer de manière détaillée, au sein des minorités sexuelles, la consommation de substances psychoactives des femmes et des hommes selon deux indicateurs d'orientation sexuelle : l'identité et les comportements sexuels.

Bien qu'on observe des variations sociodémographiques et de biographie sexuelle importantes selon l'auto-identification, cet indicateur est nettement moins associé à la consommation de substances qu'un indicateur strictement comportemental, comme le sexe des partenaires. Les femmes et les hommes qui ont eu des partenaires des deux sexes déclarent des consommations plus importantes d'alcool et de drogues.

Ces résultats portent sur un échantillon de taille importante, incluant plusieurs femmes et hommes ayant eu des partenaires des deux sexes ou seulement des partenaires de même sexe. L'échantillon est diversifié sur le plan social, avec une distribution assez large des niveaux d'études, des revenus ou des situations professionnelles. L'intérêt de cette enquête est également de disposer de deux indicateurs d'orientation sexuelle : l'autodéfinition et le comportement décrit par le sexe des partenaires. Il est rare, dans la littérature scientifique, de disposer de groupes de sujets aussi nombreux pour chacun des deux indicateurs d'orientation sexuelle pour les deux sexes. Nous avons pu montrer précédemment l'importance d'avoir plusieurs indicateurs (Lhomond et al., 2013), les résultats ci-dessus confirment ce point.

Consommation de substances psychoactives et orientation sexuelle

La principale limite de notre étude est l'utilisation d'un échantillon de convenance, constitué sur la base du volontariat, ne permettant pas, contrairement aux enquêtes aléatoires, de contrôler la représentativité (Fripiat et Marquis, 2010). En effet, le mode de recrutement des répondants est probablement à l'origine de biais dans les estimations pour au moins deux raisons. Tout d'abord, un biais de couverture est susceptible d'être à l'œuvre. En effet, bien que les questionnaires aient été largement disponibles sur les sites Internet communautaires lesbiens et gays, toutes et tous n'ont pas pu accéder aux questionnaires de l'EPGL. Ensuite, la constitution de l'échantillon de l'EPGL est probablement affectée par un biais de sélection. Comme le montre un travail récent, les individus volontaires pour répondre à des enquêtes de convenance semblaient plus à l'aise avec leur identité sexuelle et mieux intégrés dans la communauté LGB que les homosexuels interrogés en population générale (Prah et al., 2016). Dans le cadre spécifique des enquêtes sur des populations LGB, une difficulté supplémentaire réside dans le fait qu'il n'existe aucune population de référence sur laquelle s'appuyer pour éventuellement redresser ces biais. De plus il n'y a pas de groupe de comparaison qui serait composé de femmes et d'hommes hétérosexuel(le)s ou n'ayant eu que des partenaires de l'autre sexe.

Les indicateurs de consommation d'alcool ou de drogues sont succincts, du fait d'une durée de passation contrainte dans le temps, mais comparable à ceux utilisés dans des enquêtes représentatives de la population française (Beck, Richard, Guignard, Le Nézet et Spilka, 2015). Pour l'alcool, les mesures habituelles, sous forme de score telles que le DETA-CAGE ou l'Audit (Beresford, Blow, Hill, Singer et Lucey, 1990; Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn et Bradley, 1998) n'étaient pas disponibles dans cette enquête, ce qui nous a conduits à utiliser trois indicateurs isolés de fréquence et de quantité de consommation d'alcool. La mesure du *binge drinking* n'était pas disponible dans le questionnaire. Pour le cannabis, l'ecstasy ou la cocaïne, le choix de restreindre les indicateurs à une variable dichotomique se justifie par la faiblesse des effectifs, même pour le cannabis dans cette population jeune.

L'échantillon des femmes et celui des hommes présentent de réelles différences : d'une part, les femmes sont en moyenne beaucoup plus jeunes que les hommes, entre 8 et 9 ans de différence. Ce phénomène a déjà été observé pour d'autres enquêtes de convenance par Internet (Rowen et al., 2013; Shindel et al., 2012). D'autre part, comme dans d'autres enquêtes (Bajos et Bozon, 2008), les femmes déclarent un nombre de partenaires sexuels beaucoup moins important que les hommes, dans les douze mois comme dans la vie entière. Par ailleurs, il y a une part beaucoup plus importante de femmes ayant eu des partenaires des deux sexes (deux tiers des répondantes) que d'hommes (un peu plus d'un tiers). Les hommes sont beaucoup plus souvent exclusivement homosexuels. Cette spécificité masculine peut s'expliquer par la notoriété dans la communauté gay de cette enquête historique centrée sur le VIH et les comportements sexuels préventifs relayée par les médias communautaires gays.

Les répondants, hommes et femmes, qui ont eu des partenaires des deux sexes sont plus nombreux à être dans une situation sociale plus favorisée, ayant des revenus plus élevés et plus souvent actifs. Ils sont aussi plus souvent en couple et plus nombreux à avoir des enfants. Ils ont eu leur premier rapport sexuel environ deux ans plus jeunes. Ce dernier résultat se retrouvait dans l'enquête nationale sur les comportements sexuels en France (CSF) de 2006 (Bajos et al., 2008) où, parmi les personnes ayant eu des rapports homosexuels, celles ayant une identité bisexuelle avaient eu leur premier rapport plus jeune que celles qui se définissaient comme homosexuel(le)s (Lhomond et al., 2013).

Consommation de substances psychoactives et orientation sexuelle

Des différences sont également observées entre les femmes et les hommes concernant le fait d'avoir eu des partenaires des deux sexes, un âge au premier rapport plus précoce ou encore un premier partenaire sexuel de sexe opposé. Ces différences rendent compte des spécificités des parcours de vie des femmes et des hommes homosexuels mais aussi des rapports sociaux de sexe. Elles traduisent une pression à l'hétéronormalité des femmes par rapport aux hommes. À l'instar des données fournies par les enquêtes dans la population générale, les lesbiennes ont des trajectoires plus diversifiées du point de vue du sexe des partenaires que les gays (Chetcuti-Osorovitz et Girard, 2015; Velter et Chetcuti-Osorovitz, 2018). Cette pression sociale à l'hétérosexualité s'illustre par la réalisation d'un parcours plus rapidement exclusif pour les gays que pour les lesbiennes. Le phénomène d'invisibilité du lesbianisme joue un rôle majeur dans l'initiation à la sexualité (Chetcuti-Osorovitz et al., 2015).

Nos résultats montrent un état dépressif ou des tentatives de suicide plus fréquents pour les répondants – hommes et femmes – ayant eu des partenaires des deux sexes. L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France réalisée en 2000 (Jaspard et al., 2003) montrait que les femmes qui avaient eu des rapports homosexuels avaient fait une tentative de suicide au cours de la vie beaucoup plus souvent, 10% vs 4% (Lhomond et Saurel-Cubizolles, 2006). L'enquête CSF de 2006 retrouvait également un risque très augmenté d'état dépressif chronique pour les hommes et pour les femmes ayant eu des partenaires de même sexe (Lhomond et al., 2013). L'enquête Presse Gay de 2004 montrait une fréquence particulièrement élevée de tentative de suicide, 19% des hommes (Velter, 2010). Selon les études recensées par Beck et Cytrynowicz (Beck et Cytrynowicz, 2006), les hommes homo/bisexuels avaient un risque de tentative de suicide 2 à 7 fois plus grand que les hommes strictement hétérosexuels; les femmes homo/bisexuelles présentaient un risque de 1,4 à 2,5 fois supérieur à celui des hétérosexuelles.

Les femmes ayant eu des rapports homosexuels étaient plus nombreuses à avoir subi des violences au cours de leur vie, et notamment des violences physiques (Lhomond et al., 2006) ou des agressions sexuelles que les personnes n'ayant eu que des rapports hétérosexuels (Lhomond et al., 2013). Parmi les hommes participant à l'enquête Presse Gay de 2004, 8% avaient rapporté des agressions physiques au cours des douze derniers mois, cette fréquence était en augmentation régulière depuis l'enquête de 1997 (Velter, 2007a). Nos résultats montrent que le risque de rapport sexuel contraint au cours de la vie est sensiblement plus élevé pour les femmes et les hommes qui ont eu des partenaires des deux sexes comparés à ceux qui n'ont eu que des partenaires de même sexe, sachant que la fréquence est plus élevée pour les femmes que pour les hommes. L'ensemble de ces éléments – dépression, tentative de suicide, violence subie – témoigne d'une situation de stress plus prononcée dans cette population.

La fréquence de consommation de boissons alcoolisées, telle que déclarée par les femmes de cette enquête, apparaît assez voisine de celle de la population générale féminine : ainsi le Baromètre Santé, réalisé par l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé en France en 2010 (Beck et Richard, 2014), indique que 34% des femmes âgées de 15 à 75 ans ont une consommation d'alcool hebdomadaire, ce qui est le cas de 31% de nos répondantes. En revanche, la différence est très importante pour les hommes, 61% des hommes de 15 à 75 ans en population générale disent consommer de l'alcool chaque semaine alors que c'est le cas de 34% de nos répondants. Cet écart important peut s'expliquer par une sous-déclaration de consommation pour les hommes dans les enquêtes Presse Gay (Velter et Jauffret-Roustide, 2007).

Consommation de substances psychoactives et orientation sexuelle

La consommation de drogues illicites est beaucoup plus fréquemment déclarée : alors que 7% des femmes et 14% des hommes de 18 à 64 ans, interrogés par le Baromètre Santé 2010 (Beck et al., 2015), avaient consommé du cannabis au cours de l'année écoulée, c'est le cas de 37% des femmes et 26% des hommes participant à notre enquête. De même, la consommation de cocaïne dans l'année était déclarée par 0,7% des femmes et 1,5% des hommes du Baromètre Santé 2010 au lieu de respectivement 6,5% et 10,4% de nos répondants.

Nous observons dans notre enquête des consommations d'alcool assez peu différentes pour les femmes et pour les hommes, alors qu'en population générale les consommations déclarées par les femmes sont nettement inférieures. Les données sont similaires pour les drogues illicites, avec notamment une consommation de cannabis plus fréquente pour les femmes que pour les hommes. De nombreuses études soulignent la consommation d'alcool et de drogues plus fréquente des personnes ayant des rapports homosexuels, et particulièrement des personnes bisexuelles (Acier, 2013; Drabble, Trocki, Hughes, Korcha et Lown, 2013; Lhomond et al., 2006, 2013; Wilsnack et al., 2008).

Nos résultats montrent que le comportement (déterminé par le sexe des partenaires) est plus discriminant sur les consommations d'alcool et de drogues que l'autodéfinition, pour les femmes comme pour les hommes. Dans notre analyse, les éléments sociodémographiques, de biographie sexuelle, du mode de vie ou les violences subies n'expliquent pas les différences observées selon que les personnes ont eu des partenaires des deux sexes ou uniquement du même sexe. Bien que notre étude ne fournisse pas de données sur des éléments concernant le *coming out* ou l'homophobie intériorisée, on peut, cependant, émettre l'hypothèse d'une plus grande vulnérabilité du fait d'une double discrimination en s'appuyant sur des travaux similaires (Lhomond et al., 2009). Le fait d'avoir une orientation ni hétérosexuelle ni homosexuelle constitue une source importante de stress, en plus des pressions sociales liées à une orientation sexuelle minoritaire (Jorm et al., 2002). Les personnes se définissant comme bisexuelles feraient l'objet d'une double discrimination aussi bien dans les communautés homosexuelles que dans la société en général (Rothblum et Factor, 2001). Ainsi il est possible que ces personnes taisent davantage leur orientation sexuelle ; or les recherches ont montré une relation entre ne pas faire connaître ses choix sexuels et une moins bonne santé mentale (Koh et al., 2006).

Lorsqu'on considère, sur le même laps de temps des douze derniers mois, le sexe des partenaires et les consommations d'alcool et d'autres drogues, on constate que la bisexualité comportementale semble présenter plus de risques de consommation de substances psychoactives, surtout pour les femmes – les différences sont bien moindres chez les hommes – et cela en concordance avec la littérature (Corliss, Rosario, Wypij, Fisher et Austin, 2008; McCabe et al., 2009; Talley, Hughes, Aranda, Birkett et Marshal, 2014).

Qu'on considère la consommation de substances psychoactives comme un risque pour la santé, un symptôme de mal-être ou une recherche de plaisir, il est important de questionner le lien souvent affirmé d'une surconsommation des personnes non hétérosexuelles en général et d'analyser en détail les mesures d'orientation sexuelle qui permettent de mieux cerner cette surconsommation. Si notre analyse ne permet pas de montrer un lien entre ces consommations et des éléments du mode de vie, de détresse psychologique ou de discrimination, comprendre ce qui sous-tend ces consommations reste un enjeu pour la santé publique.

TABLEAU 1 – Consommation d'alcool et de drogues selon l'identification et le sexe des partenaires au cours de la vie pour les femmes et pour les hommes, de 18 ans ou plus, ayant eu des rapports sexuels et résidant en France

	FEMMES					HOMMES						
	Lesbiennes (%) (N=2 266)	Bisexuelles (%) (N=409)	p	Partenaires femmes seulement (%) (N=913)	Partenaires des deux sexes (%) (N=1 834)	p	Homosexuels (%) (N=7 793)	Bisexuels (%) (N=932)	p	Partenaires hommes seulement (%) (N=5 529)	Partenaires des deux sexes au (%) (N=3 472)	p
Fréquence de consommation alcool												
2-4 fois/mois ou moins	68,0	72,9	ns	76,4	63,8		66,0	68,3		69,0	61,6	
2-3 fois/semaine	23,7	20,4		17,8	27,0	0,001	21,1	19,2	ns	19,8	22,9	0,001
4 fois/semaine ou +	8,3	6,6		5,7	9,2		12,9	12,5		11,2	15,5	
Nombre de verres/jour au cours de la même occasion												
1-2 ou moins	52,3	47,9		56,7	48,6		52,5	55,1		54,8	49,5	
3-4	30,3	29,9	0,06	27,9	31,8	0,001	30,6	27,1	0,06	28,7	32,6	0,001
5-6 ou +	17,4	22,2		15,4	19,6		16,9	17,8		16,5	18,0	
Consommation 6 verres ou + en une même occasion												
jamais	38,9	34,2		45,2	33,0		39,5	41,5		41,4	37,0	
1 fois/mois ou moins	50,7	55,7	ns	47,2	55,0	0,001	48,2	47,9	ns	47,7	48,7	0,001
1 fois/semaine ou plus	10,4	10,1		7,6	12,0		12,3	10,6		10,9	14,3	
Au cours des 12 mois, consommation												
cannabis	35,3	44,1	0,001	30,0	41,7	0,001	26,7	22,9	0,015	24,6	29,5	0,001
ecstasy	3,8	5,0	ns	2,4	5,2	0,001	5,9	2,7	0,001	5,2	5,9	ns
cocaine	6,6	6,0	ns	3,7	8,3	0,001	11,1	4,9	0,001	9,8	11,3	0,021

TABLEAU 2 – Caractéristiques sociodémographiques selon l'identification et le sexe des partenaires au cours de la vie pour les femmes et pour les hommes, de 18 ans ou plus, ayant eu des rapports sexuels et résidant en France

	FEMMES					HOMMES						
	Lesbiennes (%) (N=2 266)	Bisexuelles (%) (N=409)	p	Partenaires femmes seulement (%) (N=917)	Partenaires des deux sexes (%) (N=1 834)	p	Homosexuels (%) (N=7 793)	Bisexuels (%) (N=932)	p	Partenaires hommes seulement (%) (N=5 529)	Partenaires des deux sexes au (%) (N=3 472)	p
Âge												
moyenne (écart-type)	29,9 (9,2)	26,7 (7,9)	0,001	27,7 (8,7)	30,2 (9,0)	0,001	36,2 (11,3)	37,3 (13,1)	0,006	34,6 (11,0)	39,0 (11,8)	0,001
18-25 ans	40,7	58,7		54,2	37,4		21,5	24,6		26,7	15,2	
26-35 ans	34,5	27,9	0,001	27,7	37,9	0,001	28,1	22,5	0,001	28,6	25,5	0,001
36 ans ou +	24,8	13,4		18,1	24,7		50,4	52,9		44,7	59,3	
Niveau d'études												
moins que bac	9,4	10,6		10,9	8,6		14,8	22,9		14,1	17,9	
baccalauréat	15,7	13,3	ns	15,1	14,7	0,04	13,2	11,5	0,001	13,8	11,8	0,001
1 ^{er} ou 2 ^e cycle univ.	52,2	49,4		52,8	51,1		44,4	42,4		44,6	43,3	
3 ^e cycle univ.	22,8	26,8		21,2	25,6		27,6	23,2		27,5	27,0	
Couple												
vit seule	31,9	34,8		28,5	34,4		47,9	40,6		49,0	44,2	
en couple	42,9	29,2	0,001	37,3	43,4	0,001	34,6	36,1	0,001	30,4	41,2	0,001
Autre*	25,2	36,0		34,2	22,3		17,5	23,3		20,6	14,6	
À des enfants												
oui	12,6	13,9	ns	4,3	16,8	0,001	7,3	34,9	0,001	1,7	24,1	0,001

* Vivre avec des amis ou colocataires, avec son père et/ou sa mère, avec un membre de sa famille

Consommation de substances psychoactives et orientation sexuelle

	FEMMES					HOMMES						
	Lesbiennes (%) (N=2 266)	Bisexuelles (%) (N=409)	p	Partenaires femmes seulement (%) (N=917)	Partenaires des deux sexes (%) (N=1 834)	p	Homosexuels (%) (N=7 793)	Bisexuels (%) (N=932)	p	Partenaires hommes seulement (%) (N=5 529)	Partenaires des deux sexes au (%) (N=3 472)	p
Statut d'emploi												
actives occupées	59,7	43,1		49,8	60,9		72,6	66,7		69,3	75,0	
étudiantes	29,7	44,8	0,001	39,5	27,8	0,001	14,7	17,9	0,001	18,7	10,2	0,001
sans emploi	10,6	12,0		10,7	11,2		12,7	15,4		12,0	14,8	
Revenus mensuels en euros												
< 600	26,2	39,5		36,6	24,2		12,4	14,7		15,3	9,0	
600-1600	42,1	40,6	0,001	39,7	42,4	0,001	33,6	33,4	ns	35,1	31,6	0,001
1600-2300	19,9	11,9		15,6	20,7		38,5	36,9		36,1	41,1	
> 2300	11,8	8,0		8,1	12,8		15,5	15,0		13,5	18,3	

TABLEAU 3 – Biographie sexuelle selon l'identification et le sexe des partenaires au cours de la vie pour les femmes et pour les hommes, de 18 ans ou plus, ayant eu des rapports sexuels et résidant en France

	FEMMES					HOMMES						
	Lesbiennes (%) (N=2 266)	Bisexuelles (%) (N=409)	p	Partenaires femmes seulement (%) (N=917)	Partenaires des deux sexes (%) (N=1 828)	p	Homosexuels (%) (N=7 793)	Bisexuels (%) (N=932)	p	Partenaires hommes seulement (%) (N=5 529)	Partenaires des deux sexes au (%) (N=3 472)	p
Âge au 1^{er} rapport sexuel												
moins de 15 ans	9,5	12,3		4,5	13,8		19,2	20,9		16,5	23,6	
15-17 ans	42,3	53,3	0,001	33,4	49,5	0,001	33,5	37,7	0,001	34,0	38,6	0,001
18-20 ans	39,1	31,0		35,4	29,2		28,8	29,3		30,1	27,2	
21 ans ou plus	16,3	3,4		26,7	7,5		18,5	12,1		22,4	10,6	
Moyenne ans (écart type)	17,9 (3,4)	16,7 (2,2)	0,001	19,1 (3,7)	16,9 (2,6)	0,001	17,7 (4,2)	17,2 (3,8)	ns	18,3 (4,5)	16,8 (3,5)	0,001
Sexe des partenaires 12 mois	(N=2 149)	(N=396)		(N=831)	(N=1 789)		(N=7 774)	(N=928)		(N=5 444)	(N=3 434)	
aucun	6,5	7,1		8,4	4,2		4,4	5,3		5,7	3,0	
seulement des femmes	86,3	37,4	0,001	91,6	72,4	0,001	0,1	4,5	0,001	0	1,6	0,001
seulement des hommes	0,3	22,2		0	6,1		92,7	40,3		94,3	76,1	
les deux sexes	6,4	33,3		0	17,3		2,8	49,9		0	19,3	

Consommation de substances psychoactives et orientation sexuelle

	FEMMES					HOMMES						
	Lesbiennes (%) (N=2 266)	Bisexuelles (%) (N=409)	p	Partenaires femmes seulement (%) (N=917)	Partenaires des deux sexes (%) (N=1 828)	p	Homosexuels (%) (N=7 793)	Bisexuels (%) (N=932)	p	Partenaires hommes seulement (%) (N=5 529)	Partenaires des deux sexes au (%) (N=3 472)	p
Nombre total de partenaires 12 mois												
aucun	6,6	7,3		8,7	4,2		4,4	5,3		5,7	3,0	
1	64,8	48,2	0,001	67,8	59,5	0,001	22,2	13,9	0,002	21,8	21,1	0,001
2-4	23,6	33,0		21,3	27,9		17,9	18,2		18,1	17,7	
5 ou +	4,9	11,5		2,2	8,4		55,6	62,6		54,4	58,2	
Nombre de partenaires femmes 12 mois												
aucune	7,4	28,7		8,6	10,1		96,8	44,8		100,0	78,9	
1	65,6	53,7	0,001	67,9	62,7	0,03	2,2	34,9	0,001	0	13,7	0,001
2 ou +	27,1	17,6		23,5	27,2		1,0	20,3		0	7,4	
Nombre de partenaires hommes 12 mois												
aucun	92,6	44,1		100,0	76,5		3,6	8,8		4,6	4,0	
1	5,4	30,8	0,001	0	14,4	0,001	22,5	17,8	0,001	22,1	22,4	0,001
2 ou +	2,0	25,1		0	9,1		73,9	73,4		73,3	73,6	

TABLEAU 4 – Comportements, éléments de santé mentale et violences subies selon l'identification et le sexe des partenaires pour les femmes et pour les hommes de 18 ans ou plus, ayant eu des rapports sexuels, résidant en France

	FEMMES					HOMMES						
	Lesbiennes (%) (N=2 266)	Bisexuelles (%) (N=409)	p	Partenaires femmes seulement au cours de la vie (%) (N=917)	Partenaires des deux sexes au cours de la vie (%) (N=1 834)	p	Homosexuels (%) (N=7 793)	Bisexuels (%) (N=932)	p	Partenaires hommes seulement au cours de la vie (%) (N=5 529)	Partenaires des deux sexes au cours de la vie (%) (N=3 472)	p
Fréquentation régulière												
des bars	17,7	15,9	ns	14,9	18,7	0,02	16,0	7,3	0,001	15,3	14,2	ns
des sites Internet	12,6	13,1	ns	13,5	11,9	ns	54,5	57,9	ns	56,0	52,5	0,001
Dépression												
oui, dans les 12 mois	17,4	24,0		18,4	18,5		17,4	15,8		17,7	16,5	
oui, avant	39,4	35,5	0,006	35,5	40,7	0,002	31,6	24,9	0,001	29,8	33,1	0,004
non	43,2	40,4		46,1	40,8		51,0	59,3		52,5	50,4	
Tentatives de suicide												
oui, dans les 12 mois	1,6	0,7		1,9	1,3		1,4	1,7		1,4	1,6	
oui, avant	15,2	19,7	ns	13,1	17,7	0,006	15,5	10,1	0,001	14,2	16,1	0,028
non	83,2	79,6		85,0	81,0		83,1	88,2		84,4	82,3	
Injures dans les 12 mois	58,0	47,4	0,001	60,6	54,4	0,002	34,8	21,3	0,001	35,5	29,8	0,001
Brutalités physiques liées à l'homosexualité dans les 12 mois	3,9	4,0	ns	4,1	3,7	ns	7,4	5,4	0,001	7,4	7,0	ns
Rapport sexuel contraint au cours de la vie	20,3	27,2	0,002	11,3	26,3	0,001	13,6	14,5	ns	12,3	16,6	0,001

TABLEAU 5.1 – Consommation d'alcool et de drogues selon l'identification et le sexe des partenaires au cours de la vie pour les femmes, de 18 ans ou plus, ayant eu des rapports sexuels et résidant en France (rapports de cote ajustés)

	FEMMES				FEMMES				FEMMES			
	Les-biennes	Bisexuelles	Partenaires femmes seulement	Partenaires des deux sexes	Les-biennes	Bisexuelles	Partenaires femmes seulement	Partenaires des deux sexes	Les-biennes	Bisexuelles	Partenaires femmes seulement	Partenaires des deux sexes
	Rapports de cote ajustés – modèle 1*											
Consommation d'alcool	Rapports de cote ajustés – modèle 2**											
	(N=2 637)	(N=2 710)	(N=2 629)	(N=2 704)	(N=2 625)	(N=2 695)	(N=2 621)	(N=2 694)	(N=2 625)	(N=2 698)	(N=2 617)	(N=2 690)
plus d'une fois/semaine	ref. [0,62-1,02]	1,79 [1,48-2,17]	0,72 [0,55-0,92]	1,60 [1,30-1,96]	ref. [0,71-1,15]	ref. [0,72-1,16]	0,92 [0,73-1,16]	ref. [1,16-1,69]	ref. [0,72-1,16]	0,71 [0,55-0,92]	ref. [1,16-1,70]	1,60 [1,30-1,97]
Nombre de verres/jour au cours de la même occasion	Rapports de cote ajustés – modèle 3***											
	(N=2 628)	(N=2 700)	(N=2 625)	(N=2 700)	(N=2 625)	(N=2 695)	(N=2 621)	(N=2 694)	(N=2 625)	(N=2 698)	(N=2 617)	(N=2 690)
3 verres ou +	ref. [0,82-1,27]	1,02 [1,44-2,04]	0,92 [0,73-1,16]	1,40 [1,16-1,69]	ref. [0,71-1,15]	ref. [0,72-1,16]	0,92 [0,73-1,16]	ref. [1,16-1,69]	ref. [0,72-1,16]	0,92 [0,73-1,16]	ref. [1,16-1,70]	1,40 [1,16-1,70]
Consommation 6 verres ou +	Rapports de cote ajustés – modèle 3***											
	(N=2 633)	(N=2 706)	(N=2 625)	(N=2 700)	(N=2 625)	(N=2 695)	(N=2 621)	(N=2 694)	(N=2 625)	(N=2 698)	(N=2 617)	(N=2 690)
parfois	ref. [0,81-1,30]	2,11 [1,76-2,52]	0,90 [0,71-1,15]	1,72 [1,42-2,09]	ref. [0,71-1,15]	ref. [0,72-1,16]	0,91 [0,72-1,16]	ref. [1,42-2,09]	ref. [0,72-1,16]	0,91 [0,72-1,16]	ref. [1,42-2,18]	1,79 [1,47-2,18]
Cannabis – 12 mois	Rapports de cote ajustés – modèle 3***											
	(N=2 628)	(N=2 699)	(N=2 620)	(N=2 693)	(N=2 620)	(N=2 693)	(N=2 616)	(N=2 688)	(N=2 620)	(N=2 693)	(N=2 616)	(N=2 688)
oui	ref. [0,96-1,51]	1,21 [1,79-2,59]	1,09 [0,86-1,37]	1,66 [1,36-2,02]	ref. [0,96-1,51]	ref. [0,88-1,36]	1,08 [0,86-1,36]	ref. [1,36-2,02]	ref. [0,86-1,36]	1,08 [0,86-1,36]	ref. [1,36-2,03]	1,66 [1,36-2,03]
Ecstasy – 12 mois	Rapports de cote ajustés – modèle 3***											
	(N=2 607)	(N=2 674)	(N=2 599)	(N=2 668)	(N=2 599)	(N=2 668)	(N=2 596)	(N=2 664)	(N=2 599)	(N=2 668)	(N=2 596)	(N=2 664)
oui	ref. [0,66-1,84]	1,11 [1,64-4,31]	0,88 [0,52-1,49]	1,53 [0,91-2,55]	ref. [0,66-1,84]	ref. [0,53-0,98]	0,86 [0,50-1,46]	ref. [0,91-2,55]	ref. [0,50-1,46]	0,86 [0,50-1,46]	ref. [0,91-2,55]	1,52 [0,91-2,55]
Cocaine – 12 mois	Rapports de cote ajustés – modèle 3***											
	(N=2 604)	(N=2 672)	(N=2 596)	(N=2 666)	(N=2 596)	(N=2 666)	(N=2 593)	(N=2 662)	(N=2 596)	(N=2 666)	(N=2 593)	(N=2 662)
oui	ref. [0,53-1,31]	2,68 [1,81-3,98]	0,68 [0,43-1,09]	1,63 [1,07-2,48]	ref. [0,53-1,31]	ref. [0,43-1,09]	0,66 [0,43-1,09]	ref. [1,07-2,48]	ref. [0,43-1,09]	0,66 [0,43-1,09]	ref. [1,03-2,41]	1,58 [1,03-2,41]

* Modèle 1 : ajustement sur l'âge, le niveau d'études, vivre en couple ou non, le fait d'avoir des enfants, le statut d'emploi et les revenus.

** Modèle 2 : ajustement sur l'âge, le niveau d'études, vivre en couple ou non, le fait d'avoir des enfants, le statut d'emploi et les revenus + l'âge au premier rapport sexuel, le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 mois.

*** Modèle 3 : ajustement sur l'âge, le niveau d'études, vivre en couple ou non, le fait d'avoir des enfants, le statut d'emploi et les revenus + l'âge au premier rapport sexuel, le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 mois + le fait d'avoir eu une dépression, le fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie.

TABLEAU 5.2 – Consommation d'alcool et de drogues selon l'identification et le sexe des partenaires au cours de la vie pour les hommes, de 18 ans ou plus, ayant eu des rapports sexuels et résidant en France (rapports de cote ajustés)

	HOMMES				HOMMES				HOMMES			
	Homo-sexuels	Bisexuels	Partenaires hommes seulement	Partenaires des deux sexes	Homo-sexuels	Bisexuels	Partenaires hommes seulement	Partenaires des deux sexes	Homo-sexuels	Bisexuels	Partenaires hommes seulement	Partenaires des deux sexes
	Rapports de cote ajustés – modèle 1*											
Consommation d'alcool	Rapports de cote ajustés – modèle 2**											
	(N=8 529)	(N=8 714)	(N=8 672)	(N=8 453)	(N=8 466)	(N=8 672)	(N=8 453)	(N=8 453)	(N=8 453)	(N=8 453)	(N=8 453)	(N=8 453)
plus d'une fois/semaine	ref. [0,76-1,04]	ref. [1,17-1,42]	ref. [0,86-1,01]	ref. [1,29-1,42]	ref. [0,76-1,01]	ref. [1,14-1,39]	ref. [0,86-1,01]	ref. [1,26-1,39]	ref. [0,75-1,03]	ref. [0,88-1,03]	ref. [1,14-1,39]	ref. [1,26-1,39]
Nombre de verres/jour au cours de la même occasion	Rapports de cote ajustés – modèle 3***											
	(N=8 453)	(N=8 632)	(N=8 590)	(N=8 453)	(N=8 390)	(N=8 590)	(N=8 453)	(N=8 453)	(N=8 377)	(N=8 575)	(N=8 453)	(N=8 453)
3 verres ou +	ref. [0,78-1,05]	ref. [1,33-1,60]	ref. [0,89-1,02]	ref. [1,46-1,60]	ref. [0,76-1,02]	ref. [1,24-1,50]	ref. [0,89-1,02]	ref. [1,36-1,50]	ref. [0,77-1,04]	ref. [0,90-1,04]	ref. [1,23-1,50]	ref. [1,36-1,50]
Consommation 6 verres ou +	Rapports de cote ajustés – modèle 3***											
	(N=8 508)	(N=8 690)	(N=8 648)	(N=8 508)	(N=8 445)	(N=8 648)	(N=8 508)	(N=8 508)	(N=8 432)	(N=8 633)	(N=8 508)	(N=8 508)
parfois	ref. [0,81-1,09]	ref. [1,31-1,60]	ref. [0,91-1,06]	ref. [1,44-1,60]	ref. [0,79-1,06]	ref. [1,21-1,49]	ref. [0,91-1,06]	ref. [1,34-1,49]	ref. [0,79-1,07]	ref. [0,92-1,07]	ref. [1,21-1,49]	ref. [1,34-1,49]
Cannabis – 12 mois	Rapports de cote ajustés – modèle 3***											
	(N=8 504)	(N=8 685)	(N=8 646)	(N=8 504)	(N=8 444)	(N=8 646)	(N=8 504)	(N=8 504)	(N=8 431)	(N=8 632)	(N=8 504)	(N=8 504)
oui	ref. [0,72-1,02]	ref. [1,44-1,77]	ref. [0,81-0,97]	ref. [1,59-1,77]	ref. [0,68-0,97]	ref. [1,28-1,60]	ref. [0,81-0,97]	ref. [1,43-1,60]	ref. [0,70-1,00]	ref. [0,84-1,00]	ref. [1,27-1,59]	ref. [1,42-1,59]
Ecstasy – 12 mois	Rapports de cote ajustés – modèle 3***											
	(N=8 432)	(N=8 611)	(N=8 571)	(N=8 432)	(N=8 371)	(N=8 571)	(N=8 432)	(N=8 432)	(N=8 359)	(N=8 558)	(N=8 432)	(N=8 432)
oui	ref. [0,26-0,65]	ref. [1,07-1,58]	ref. [0,38-0,61]	ref. [1,30-1,58]	ref. [0,24-0,61]	ref. [0,97-1,46]	ref. [0,38-0,61]	ref. [1,19-1,46]	ref. [0,24-0,62]	ref. [0,39-0,62]	ref. [0,96-1,44]	ref. [1,18-1,44]
Cocaine – 12 mois	Rapports de cote ajustés – modèle 3***											
	(N=8 446)	(N=8 624)	(N=8 585)	(N=8 446)	(N=8 386)	(N=8 585)	(N=8 446)	(N=8 446)	(N=8 373)	(N=8 571)	(N=8 446)	(N=8 446)
oui	ref. [0,33-0,63]	ref. [1,13-1,52]	ref. [0,42-0,59]	ref. [1,31-1,52]	ref. [0,30-0,59]	ref. [1,01-1,38]	ref. [0,42-0,59]	ref. [1,18-1,38]	ref. [0,31-0,60]	ref. [0,43-0,60]	ref. [1,00-1,36]	ref. [1,16-1,36]

* Modèle 1 : ajustement sur l'âge, le niveau d'études, vivre en couple ou non, le fait d'avoir des enfants, le statut d'emploi et les revenus.

** Modèle 2 : ajustement sur l'âge, le niveau d'études, vivre en couple ou non, le fait d'avoir des enfants, le statut d'emploi et les revenus + l'âge au premier rapport sexuel, le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 mois.

*** Modèle 3 : ajustement sur l'âge, le niveau d'études, vivre en couple ou non, le fait d'avoir des enfants, le statut d'emploi et les revenus + l'âge au premier rapport sexuel, le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 mois + le fait d'avoir eu une dépression, le fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie.

TABLEAU 6 – Consommation d'alcool et de drogues selon le sexe des partenaires des 12 derniers mois pour les femmes et pour les hommes, de 18 ans ou plus, ayant eu des rapports sexuels et résidant en France

Partenaires des 12 derniers mois	HOMMES						Les deux sexes (%)	
	Aucun (%) (N=183)	Femmes seulement (%) (N=2 146)	Hommes seulement (%) (N=221)	Les deux sexes (%) (N=321)	Aucun (%) (N=415)	Hommes seulement (%) (N=7 769)	Femmes seulement (%) (N=56)	Les deux (%) (N=734)
Fréquence de consommation alcool								
plus d'une fois par semaine	25,3	31,0	22,9	41,1	26,0	34,1	25,0	37,1
RCa* plus d'une fois/semaine	0,64 [0,44-0,93]	ref.	0,68 [0,48-0,96]	1,53 [1,18-1,89]	0,77 [0,61-0,97]	ref.	0,52 [0,27-1,01]	1,10 [0,93-1,03]
Nombre de verres/jour au cours de la même occasion								
3 verres ou +	35,2	47,4	54,8	64,0	38,4	41,1	47,5	50,6
RCa* 3 verres ou +	0,49 [0,35-0,68]	ref.	1,20 [0,89-1,62]	1,39 [1,07-1,80]	0,70 [0,57-0,87]	ref.	0,77 [0,44-1,35]	1,18 [0,99-1,39]
Consommation 6 verres ou +								
parfois	48,1	61,7	62,8	78,0	47,8	60,9	53,6	61,6
RCa* parfois	0,54 [0,39-0,75]	ref.	0,95 [0,70-1,03]	1,57 [1,17-2,11]	1,50 [1,21-1,84]	ref.	1,40 [0,81-2,43]	0,93 [0,78-1,10]
Au cours des 12 mois								
cannabis	30,0	34,8	40,9	59,8	15,0	26,9	25,5	28,2
RCa cannabis*	0,71 [0,50-1,02]	ref.	1,12 [0,82-1,51]	1,92 [&,48-2,48]	0,48 [0,36-0,64]	ref.	1,04 [0,55-1,99]	1,18 [0,98-1,41]
ecstasy	1,1	3,2	2,8	13,7	0,7	5,9	0,0	4,6
RCa ecstasy*	0,31 [0,08-1,31]	ref.	0,77 [0,33-1,82]	3,36 [2,18-5,16]	0,13 [0,04-0,41]	ref.	-	0,86 [0,59-1,26]
cocaine	1,7	6,0	5,7	15,0	1,5	11,0	7,3	9,8
RCa cocaïne*	0,23 [0,07-0,75]	ref.	0,95 [0,51-1,78]	2,20 [1,50-3,23]	0,14 [0,06-0,31]	ref.	0,89 [0,31-2,50]	1,01 [0,77-1,32]

* Ajustement sur l'âge, le niveau d'études, vivre en couple ou non, le fait d'avoir des enfants, le statut d'emploi, les revenus et l'âge au premier rapport sexuel.

Références

- Acier, D. (2013). La consommation de substances psychoactives chez les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles : état de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(3), 485-500.
- Bajos, N. et Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé* (N. Bajos et M. Bozon dir.). Paris, France : La Découverte.
- Beck, F. et Cytrynowicz, J. (2006). Usages de drogues illicites. Dans P. Guilbert et A. Gautier (dir.), *Baromètre santé 2005. Premiers résultats* (p. 49-58). Paris, France : INPES. (Reprinted from: In File).
- Beck, F. et Richard, J. B. (2014). La consommation d'alcool en France. *La Presse médicale*, 43(10), 1067-1079.
- Beck, F., Richard, J. B., Guignard, R., Le Nézet, O. et Spilka, S. (2015). *Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014*. Paris, France : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
- Beresford, T. P., Blow, F. C., Hill, E., Singer, K. et Lucey, M. R. (1990). Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism. *Lancet*, 336(8713), 482-485.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D. et Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Archives of Internal Medicine*, 158(16), 1789-1795.
- Bux, D. A. (1996). The epidemiology of problem drinking in gay men and lesbians: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 16(4), 277-298.
- Chetcuti-Osorovitz, N. et Girard, G. (2015). L'appropriation d'une sexualité minorisée. ¿Interrogations?, 21. Repéré à <http://www.revue-interrogations.org/L-appropriation-d-une-sexualite>
- Cochran, S. D., Mays, V. M. et Sullivan, J. G. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 53-61.
- Corliss, H. L., Rosario, M., Wypij, D., Fisher, L. B. et Austin, S. B. (2008). Sexual orientation disparities in longitudinal alcohol use patterns among adolescents: findings from the Growing Up Today Study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(11), 1071-1078. doi:10.1001/archpedi.162.11.1071
- Drabble, L., Trocki, K. F., Hughes, T. L., Korcha, R. A. et Lown, A. E. (2013). Sexual orientation differences in the relationship between victimization and hazardous drinking among women in the National Alcohol Survey. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 639-648. doi:10.1037/a0031486
- Feinstein, B. A. et Dyar, C. (2017). Bisexuality, minority stress, and health. *Current Sexual Health Report*, 9(1), 42-49. doi:10.1007/s11930-017-0096-3

Consommation de substances psychoactives et orientation sexuelle

Frippiat, D. et Marquis, N. (2010). Les enquêtes par Internet en sciences sociales : un état des lieux. *Population*, 65(2), 309-338.

Green, K. E. et Feinstein, B. A. (2012). Substance use in lesbian, gay, and bisexual populations: an update on empirical research and implications for treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 265-278. doi:10.1037/a0025424

Hughes, T. L., Wilsnack, S. C. et Kantor, L. W. (2016). The Influence of Gender and Sexual Orientation on Alcohol Use and Alcohol-Related Problems: Toward a Global Perspective. *Alcohol Research*, 38(1), 121-132.

Jaspard, M., Brown, E., Condon, S., Fougeyrollas-Schwebel, D., Houel, A., Lhomond, B., Saurel-Cubizolles, M.J. et Schiltz, M. (2003). *Les violences envers les femmes. Une enquête nationale*. Paris, France : La documentation française.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Jacomb, P.A. et Christensen, H. (2002). Sexual orientation and mental health: results from a community survey of young and middle-aged adults. *British Journal of Psychiatry*, 180, 423-427.

Julien, D. et Chartrand, É. (2005). Recension des études utilisant un échantillon probabiliste sur la santé des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 46(4), 235-250.

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. et Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8, 70. doi:10.1186/1471-244x-8-70

Koh, A. S. et Ross, L. K. (2006). Mental health issues: a comparison of lesbian, bisexual and heterosexual women. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 33-57. doi:10.1300/J082v51n01_03

Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michaels, R. T. et Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States*. Chicago, IL : University of Chicago Press.

Lhomond, B. et Saurel-Cubizolles, M. J. (2006). Violence against women and suicide risk: the neglected impact of same-sex sexual behaviour. *Social Science & Medicine*, 62(8), 2002-2013. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.026

Lhomond, B. et Saurel-Cubizolles, M. J. (2009). Orientation sexuelle et santé mentale : une revue de la littérature. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 57(6), 437-450.

Lhomond, B. et Saurel-Cubizolles, M. J. (2013). Agressions sexuelles contre les femmes et homosexualité, violences des hommes et contrôle social. *Nouvelles Questions Féministes*, 32(1), 63. doi:10.3917/nqf.321.0046

Lhomond, B., Saurel-Cubizolles, M. J. et Michaels, S. (2013). A Multidimensional Measure of Sexual Orientation, Use of Psychoactive Substances, and Depression: Results of a National Survey on Sexual Behavior in France. *Archives of Sexual Behavior*, 43(3), 607-619. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23743831>

Consommation de substances psychoactives et orientation sexuelle

- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., ... Morse, J. Q. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*, 103(4), 546-556. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02149.x
- McCabe, S. E., Hughes, T. L., Bostwick, W. B., West, B. T. et Boyd, C. J. (2009). Sexual orientation, substance use behaviors and substance dependence in the United States. *Addiction*, 104(8), 1333-1345. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02596.x
- Michaels, S. et Lhomond, B. (2006). Conceptualization and measurement of homosexuality in sex surveys: a critical review. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1365-1374. doi:/S0102-311x2006000700002
- Pollak, M. (1988). *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*. Paris, France : Métailié.
- Pollak, M. et Schiltz, M. A. (1991). Six années d'enquête sur les homo- et bisexuels masculins face au sida : Livre des données. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 31(1), 32-48. doi: 10.1177/075910639103100102
- Prah, P., Hickson, F., Bonell, C., McDaid, L. M., Johnson, A. M., Wayal, S., ... Mercer, C. H. (2016). Men who have sex with men in Great Britain: comparing methods and estimates from probability and convenience sample surveys. *Sexually Transmitted Infection*, 92(6), 455-463. doi:10.1136/sextrans-2015-052389
- Rothblum, E. D. et Factor, R. (2001). Lesbians and their sisters as a control group: demographic and mental health factors. *Psychological Science*, 12(1), 63-69. doi:10.1111/1467-9280.00311
- Rowen, T. S., Breyer, B. N., Lin, T. C., Li, C. S., Robertson, P. A. et Shindel, A. W. (2013). Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 120(1), 42-45. doi:10.1016/j.ijgo.2012.08.011
- Roxburgh, A., Lea, T., de Wit, J. et Degenhardt, L. (2016). Sexual identity and prevalence of alcohol and other drug use among Australians in the general population. *International Journal on Drug Policy*, 28, 76-82. doi:10.1016/j.drugpo.2015.11.005
- Shindel, A. W., Rowen, T. S., Lin, T. C., Li, C. S., Robertson, P. A. et Breyer, B. N. (2012). An Internet survey of demographic and health factors associated with risk of sexual dysfunction in women who have sex with women. *Journal of Sexual Medicine*, 9(5), 1261-1271. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02659.x
- Talley, A. E., Hughes, T. L., Aranda, F., Birkett, M. et Marshal, M. P. (2014). Exploring alcohol-use behaviors among heterosexual and sexual minority adolescents: intersections with sex, age, and race/ethnicity. *American Journal of Public Health*, 104(2), 295-303. doi:10.2105/ajph.2013.301627
- Velter, A. (2007a). Etat dépressif, conduite suicidaire et discriminations homophobes. Dans A. Velter (dir.), *Rapport Enquête Presse Gay 2004* (p. 57-69). Saint-Maurice, France : Institut de Veille Sanitaire.
- Velter, A. (2007b). *Rapport Enquête Presse Gay 2004 (ANRS-EN17-Presses Gay 2004)*. Saint-Maurice, France : Institut de Veille Sanitaire.

Consommation de substances psychoactives et orientation sexuelle

Velter, A. (2010). Tentatives de suicide à travers l'enquête Presse Gay ANRS : enjeu de santé publique dans une société hétéronormée. Dans O. Jablonski, J. Y. Le Talec et G. Sidéris (dir.), *Santé gaie* (p. 299). Paris, France : Pepper – L'Harmattan.

Velter, A. et Chetcuti-Osorovitz, N. (2018). Premières socialisations des jeunes lesbiennes et gays en France sous le prisme des rapports de genre. Sextant Dans D. Paternotte et V. Piette (dir.), *Striges en tous genres : parions sur l'avenir* (p. 129-147). Bruxelles, Belgique : Éditions de l'Université de Bruxelles.

Velter, A. et Jauffret-Roustide, M. (2007). Consommation de substances psychoactives. Dans A. Velter (dir.), *Rapport Enquête Presse Gay 2004* (p. 47-56). Saint-Maurice, France : Institut de Veille Sanitaire.

Velter, A., Saboni, L., Bouyssou, A., Bernillon, P., Sommen, C. et Semaille, C. (2015). Échantillons de convenance par Internet et par la presse. Enquête Presse Gays et lesbiennes 2011. *Bulletin of Sociological Methodology*, 126(1), 46-66.

Wilsnack, S. C., Hughes, T. L., Johnson, T. P., Bostwick, W. B., Szalacha, L. A., Benson, P. et Kinnison, K. E. (2008). Drinking and drinking-related problems among heterosexual and sexual minority women. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(1), 129-139.



RÉSULTATS DE RECHERCHE

Trajectoires addictives et vécu homosexuel

Jorge Flores-Aranda, Ph.D., chercheur en établissement, Institut universitaire sur les dépendances

Karine Bertrand, Ph.D., professeure titulaire, Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Programmes d'études et de recherche en toxicomanie

Élise Roy, MD, M.Sc., professeure titulaire, Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Programmes d'études et de recherche en toxicomanie

Correspondance :

Jorge Flores-Aranda, Ph.D.
Chercheur en établissement
Institut universitaire sur les dépendances
950, rue de Louvain Est
Montréal (Qc) H2M 2E8
jorge.flores-aranda.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Résumé

Problématique et objectif

Les hommes gais et bisexuels consomment davantage de drogues que leurs pairs hétérosexuels. Cependant, peu d'études ont analysé les liens entre l'ensemble des dimensions du vécu homosexuel et la consommation problématique de drogues. L'objectif de cette étude est de décrire et de comprendre les interrelations entre certaines dimensions du vécu homosexuel et les trajectoires de consommation de substances psychoactives (SPA) chez les hommes gais et bisexuels.

Méthodologie

Une étude qualitative reposant sur une perspective interactionniste symbolique a été effectuée. Des entrevues semi-dirigées ont été menées auprès de 35 hommes gais/bisexuels, ayant une consommation problématique de SPA, âgés de 18 ans et plus, nés au Canada et habitant le grand Montréal. Une analyse thématique a été effectuée.

Résultats

Les trajectoires addictives et le vécu homosexuel chez les hommes gais et bisexuels s'entrecroisent à différents moments. En effet, les difficultés relatives à l'acceptation de l'orientation sexuelle, le rejet et la stigmatisation, la rencontre des pairs, les relations affectives et sexuelles et la socialisation dans le milieu gai modulent, de façon bidirectionnelle, l'initiation à la consommation de substances ainsi que les variations de celle-ci.

Discussion

Les résultats montrent la nécessité de favoriser un environnement social favorable au développement de l'identité relative à l'orientation sexuelle. En termes de prévention de la consommation problématique de SPA et de la prise en charge des personnes vivant ces problèmes, il est nécessaire d'intégrer les différentes dimensions du vécu homosexuel.

Mots-clés : trajectoires addictives, trajectoires de vie gaie, hommes gais/bisexuels, méthodologie qualitative, sexualité, comportements sexuels à risque, VIH/ITSS

Addiction trajectories and the gay life course experience: when two trajectories intersect

Abstract

Background and objective

Gay and bisexual men use more psychoactive substances than their heterosexual peers do. However, few studies have analyzed the links between all the dimensions of the gay life-course experience and problematic substance use (SU). The objective of this study is to describe and understand the interrelations between certain dimensions of the gay life-course experience and SU trajectories of gay and bisexual men.

Methods

A qualitative study based on a symbolic interactionist perspective was conducted. Semi-structured interviews were conducted with 35 gay/bisexual men whose use of psychoactive substances was problematic, and who were 18 years of age or more, born in Canada and living in the Greater Montreal area. A thematic analysis was performed.

Results

For gay and bisexual men, SU trajectories and the gay life-course experience intersect at various points in time: when they discover and accept their homoerotic desires; when they engage in sexual experimentation; when they meet a sexual/romantic partner or are in a couple relationships; and when they socialize in the gay community, notably in sexualized social settings. According to them, SU in these settings is trivialized, or even encouraged.

Discussion

The results show the need to foster a supportive social environment for the development of sexual orientation identity. In terms of preventing problematic substance use and offering sensitive services for people living with these problems, it is necessary to integrate the different dimensions of the gay life-course experience.

Keywords: addiction trajectories, gay life-course experience, gay/bisexual men, qualitative methodology, sexuality, sexual risk behaviors, HIV/STBBI

Trajectorias adictivas y vivencia homosexual

Resumen

Problemática y objetivos

Los hombres gays y bisexuales consumen más drogas que sus pares heterosexuales. Sin embargo, pocos son los estudios que han analizado el vínculo entre el conjunto de dimensiones de la vivencia homosexual y el consumo problemático de drogas. Este estudio tiene como objetivo describir y comprender las interrelaciones entre ciertas dimensiones de la vivencia homosexual y las trayectorias de consumo de sustancias psicoactivas entre los hombres gays y bisexuales.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio cualitativo que reposa en una perspectiva interaccionista simbólica. Se realizaron entrevistas semidirigidas con 35 hombres gays y bisexuales que tenían un consumo problemático de sustancias psicoactivas, de 18 años o más, nacidos en Canadá y que viven en la región metropolitana de Montreal. Se efectuó un análisis temático.

Resultados

Las trayectorias adictivas y la vivencia homosexual entre los hombres gays y bisexuales se entrecruzan en diferentes momentos. En efecto, las dificultades relativas a la aceptación de la orientación sexual, el rechazo y la estigmatización, el encuentro entre pares, las relaciones afectivas y sexuales y la socialización en el medio gay modulan, de manera bidireccional, la iniciación al consumo de sustancias, así como las variaciones de estas.

Discusión

Los resultados muestran la necesidad de favorecer un medio ambiente social favorable al desarrollo de la identidad relativa a la orientación sexual. En cuanto a la prevención del consumo problemático de sustancias psicoactivas y a la atención de las personas que viven este problema, es necesario integrar las diferentes dimensiones de la vivencia homosexual en estos servicios.

Palabras clave: trayectorias adictivas, vivencia homosexual, hombres gay/bisexuales, métodos cualitativos, sexualidad, comportamientos de riesgo, VIH/infecciones transmisión sexual

Introduction

En Occident, les hommes gais et bisexuels consomment plus, et une plus grande variété, de substances psychoactives (SPA) que les hommes hétérosexuels (Bourne et al., 2015; Lépine, 2011; Keogh et al., 2009, Mackesy-Amiti, Fendrich et Johnson, 2009). Ces consommateurs présentent certains profils particuliers, dont la polyconsommation (Halkitis, Palamar et Murkherjee, 2007; Hickson, Bonell, Weatherburn et Reid, 2010; McCarty-Caplan, Jantz et Swartz, 2013; Myers et al., 2004; Patterson, Semple, Zians et Strahdee, 2005), la consommation associée à la sexualité (Folch, Esteve, Zaragoza, Munoz et Casabona, 2009; Myers et al., 2004; O'Byrne et Holmes, 2011) et la consommation de grandes quantités en peu de temps (*binge*) (Buffin et al., 2012; McKay, McDavitt, George et Mutchler, 2012). Bien que, comparativement aux autres consommateurs de SPA, les hommes gais et bisexuels soient davantage enclins à présenter une consommation à risque (Buffin, Roy, Willimas et Winter, 2012; Lépine, 2011), la littérature actuelle ne permet pas de conclure clairement que leur consommation est toujours plus problématique, en termes de diagnostic d'un trouble d'utilisation de substances (Lépine, 2011; Mackesy-Amiti, Fendrich et Johnson, 2008). Cela pourrait s'expliquer en raison des différences dans la façon de mesurer la consommation problématique (Lépine, 2011) ainsi que dans la manière d'évaluer les méfaits de la consommation de drogues (Keogh et al., 2009). Cependant, si on se rapporte à la littérature sur les risques de la polyconsommation (Goyette et al., 2018; McCarty-Caplan, Jantz et Swartz, 2013) et à celle sur les liens entre la consommation de SPA et les comportements sexuels impliquant des risques d'infection au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (Bonell et al., 2008; Elam et al., 2008; Kurtzs, 2005; O'Byrne et Holmes, 2011; Purcell, Moss, Remein, Woods et Parsons, 2005; Purcell, Parsons, Halkitis, Mizuno, et Woods, 2001), on constate que la consommation de SPA peut entraîner des méfaits importants chez les hommes gais et bisexuels.

Selon la littérature, certains aspects associés à ce que nous appellerons ici le vécu homosexuel influencent la consommation de SPA, notamment : l'homophobie intériorisée (culpabilité, honte, refus en lien avec sa propre orientation sexuelle) (Borillo, 2000; Hequembourg et Dearing, 2013); la stigmatisation et l'homophobie sociale (Rosario, Schrimshaw, Hunter et Gwadz, 2002; Stall et al., 2001); le processus de *coming out*; les difficultés associées à la parentalité ou au deuil de celle-ci (Rosario, Schrimshaw et Hunter, 2009; Rosario, 2008; Rosario, Schrimshaw et Hunter, 2004; Stall et al., 2001), la présence importante d'alcool et de drogues dans certains espaces de socialisation (Keogh et al., 2009; Stall et al. 2001) ainsi qu'une plus grande tolérance vis-à-vis de la consommation dans ces milieux de socialisation (Cochran, Grella et Mays, 2012).

Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux facteurs qui influencent la consommation de SPA chez les personnes de minorités sexuelles. Ces études s'intéressent pour la plupart à des sous-groupes particuliers (ex. : jeunes) (Clatts, Goldsamt et Yi, 2005) ou à quelques dimensions spécifiques du vécu homosexuel, notamment les comportements sexuels à risque chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) (Beddoes, Sheik, Pralat et Sloman, 2010; Clatts, Goldsamt et Yi, 2005; Grov, 2012; Halkitis et al., 2011; Jerome, Halkitis et Siconolfi, 2009; Mimiaga et al., 2010; Myers et al., 2004; O'Byrne et Holmes, 2011) et la consommation de certaines substances chez un groupe particulier (Colfax et al., 2005; Gorman, Nelson, Applegate et Scrol, 2004; Palamar et Halkitis, 2006), notamment la méthamphétamine chez les HARSAH (Braine, Van Sluytman, Friedman et Des Jarlais, 2011; Dew, Elifson et Sterk, 2007; Green et Halkitis 2006; Halkitis, Fischgrund

et Parsons, 2005; Kurtzs 2005; Rhodes et al., 2007). Les études s'intéressant aux trajectoires addictives et aux liens éventuels avec l'orientation sexuelle sont rares (Marshal, Friedman, Stall et Thompson, 2009; Marshal et al., 2012; Talley, Sher et Littlefield, 2010; Talley, Tomko, Littlefield, Trull et Sher, 2011) et celles ayant étudié des trajectoires d'un point de vue qualitatif le sont encore plus (Lankenau, Clatts, Welle, Goldsamt et Gwadz, 2005; LeTalec, 2013). Ainsi, les différentes dimensions du vécu homosexuel et leurs interrelations avec les différents moments de la trajectoire addictive, notamment du point de vue des acteurs eux-mêmes, demeurent très peu étudiées.

Définition des concepts utilisés

Dans cet article, le concept de vécu homosexuel s'inspire du cadre théorique sur les Trajectoires du développement de l'orientation sexuelle (*Life Course Development of Human Sexual Orientation*), (Hammack, 2005). Le but de ce cadre théorique est de conceptualiser le processus de prise de conscience et d'acceptation de l'orientation sexuelle. Ce cadre suggère que pour comprendre le développement de l'identité relative à l'orientation sexuelle, il est essentiel de comprendre les aspects tant culturels que personnels du développement de l'individu. Ainsi, nous définissons le vécu homosexuel comme une trajectoire psychosociale et comportementale dynamique pouvant mener au développement de l'identité homo/bisexuelle. Cette trajectoire est influencée par le contexte social et culturel dans lequel l'individu évolue. De façon plus opérationnelle, nous avons abordé avec les participants à l'étude différents jalons de leur vécu homosexuel, dont leur prise de conscience de leur attirance envers des personnes du même sexe, leur acceptation – ou leur non-acceptation – de leur orientation sexuelle, leur identification – ou leur non-identification – à la sous-culture gaie, leur socialisation et leur rencontre des pairs, ainsi que l'affirmation de leur orientation sexuelle et le dévoilement de celle-ci aux membres de leur entourage. Précisons que contrairement au cadre théorique proposé par Hammack (2005), pour des raisons pragmatiques, le concept de vécu homosexuel que nous proposons ne se penche pas sur les facteurs biologiques à la base du désir sexuel. Nous croyons que ce choix s'imposait, car le concept de vécu homosexuel proposé tient compte davantage de la prise de conscience et du développement identitaire. De plus, le vécu homosexuel n'est pas conceptualisé ici comme un processus linéaire, mais dynamique.

Le concept de trajectoire addictive désigne le parcours de consommation problématique de substances, qui inclut les caractéristiques de l'individu comme l'orientation sexuelle, les substances consommées et le contexte de consommation, dont l'initiation, ainsi que les périodes d'utilisation et d'abstinence (Brochu, Patenaude, Landry et Bertrand, 2014; Brochu, 2006). L'influence du réseau social et des proches constitue un enjeu majeur dans toutes les étapes de la trajectoire addictive, dont son initiation et ses variations (Brochu et al., 2014). En ce sens, pour les individus qui présentent une consommation problématique de substances, les relations significatives peuvent moduler leur trajectoire addictive en matière d'initiation à la consommation, comme sur le plan de l'augmentation ou de la diminution de la consommation (Brochu et Parent, 2005; Brunelle, Brochu et Cousineau, 2005). Les substances consommées peuvent également moduler les trajectoires addictives, notamment en ce qui a trait à l'aggravation du problème de consommation et aux résultats des thérapies (Hallstone, 2006). La notion de trajectoires addictives implique une dimension dynamique à laquelle peut s'ajouter la notion de chronicité et qui tient compte des services que les personnes reçoivent au cours de leur parcours ainsi que l'influence de ceux-ci sur sa consommation de SPA (Hser, Longshore et Anglin, 2007).

Les types de consommation de SPA

La consommation de SPA peut être classifiée en quatre types. Le premier type, la consommation expérimentale, réfère à l'utilisation d'une SPA par curiosité. Dans ce cas, la personne est susceptible, ou non, de l'utiliser de nouveau (Tremblay et Blanchette-Marin, 2009). Le deuxième type est la consommation à risque, qui apparaît lorsque la personne dépasse le seuil de consommation au-delà duquel des risques pour la santé sont connus (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009). Le troisième type est la consommation problématique, qui survient lorsque la personne présente des problèmes découlant de sa consommation (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009). Enfin, le quatrième désigne le trouble lié à l'usage de substances (American Psychiatric Association, 2013). Pour cette étude nous avons retenu uniquement des personnes ayant une consommation problématique de SPA.

Objectif

Dans l'optique de développer des interventions en toxicomanie adaptées à la réalité des hommes gais et bisexuels, il est important de comprendre comment s'articulent le vécu homosexuel et les trajectoires addictives. C'est ce que propose cette étude dont l'objectif est de décrire et de comprendre les interrelations entre diverses dimensions du vécu homosexuel et les trajectoires de consommation de SPA chez les hommes gais et bisexuels.

Méthodologie

Devis et perspective théorique

Cette étude qualitative descriptive (Cooper et Endacott, 2007 ; Sandelowski, 2000) repose sur une perspective interactionniste symbolique. Pour l'interactionnisme symbolique, les comportements humains s'inscrivent dans les interrelations entre les individus et se modulent à travers elles. Ainsi, le sens que les individus donnent à leurs actions et, par conséquent, les actions elles-mêmes sont en constante évolution (Blumer, 1969 ; Le Breton, 2008 ; Strauss, 1993). Outre la perspective interactionniste, cette étude s'appuie sur le concept de trajectoires addictives, qui se composent de moments tels que l'initiation à la consommation et les périodes de variation de celle-ci. Ces trajectoires sont dynamiques et s'inscrivent dans le contexte socioculturel et historique dans lequel l'individu évolue (Hser, Longshore et Anglin, 2007). Il est important de noter que cet article ne se penche pas sur des trajectoires de vie, mais plutôt sur les jalons du vécu homosexuel et les trajectoires addictives.

L'expérience de la consommation de SPA et le vécu homosexuel s'inscrivent dans le cadre des trajectoires modulées par diverses transitions et teintées par l'interaction entre les acteurs et leur environnement. Pour Kaufman et Johnson (2004), l'interactionnisme symbolique constitue une perspective théorique appropriée dans les études concernant les gais et lesbiennes considérant la complexité des enjeux entourant les comportements sexuels et les effets de la stigmatisation sociale sur ces groupes minoritaires. Le recours à l'interactionnisme symbolique dans le domaine de la toxicomanie s'appuie principalement sur le fait que cette approche est utile pour étudier les

comportements des groupes sociaux marginalisés et la façon dont ces comportements interagissent avec les contextes socioculturels dans lesquels les individus évoluent. La consommation de SPA pourrait être vue, dans certains cas, comme une stratégie visant à faire face aux difficultés associées à l'acceptation de l'orientation sexuelle ou à la stigmatisation sociale vécue par les membres des minorités sexuelles. Puisque nous avons recours au concept de trajectoire addictive (Hser, Longshore et Anglin, 2007), lequel s'inspire de celui de trajectoire de maladie chronique (Strauss, Fagerhaugh, Suczek et Wiener, 1985), et que ceux-ci tiennent compte des interactions entre les individus et leur environnement, dont l'organisation du système de soins, l'interactionnisme symbolique constitue une perspective pertinente pour cette étude.

Échantillonnage et recrutement

Un échantillonnage théorique a été constitué (Patton, 2002). Les variables stratégiques choisies au départ pour diversifier l'échantillon étaient d'avoir utilisé des services en toxicomanie ou d'avoir utilisé des services pour des personnes de minorités sexuelles. Compte tenu du caractère itératif de l'étude, les variables stratégiques ont varié au cours de celle-ci (Fortin, Côté et Filion, 2006 ; Strauss et Corbin, 1998). Ainsi, au fur et à mesure que la collecte de données avançait, des efforts ont été effectués afin de recruter des participants plus jeunes et ne fréquentant pas le milieu de socialisation gai. Ces variables stratégiques ont permis d'atteindre une diversification de l'échantillon sans pour autant compromettre l'atteinte de la saturation empirique, c'est-à-dire lorsque les entrevues n'apportent plus d'informations qui justifient la poursuite de la collecte des données (Pires, 1997). Quant aux critères de sélection, ils étaient de s'identifier comme gai ou bisexuel, d'avoir eu un ou des rapports sexuels avec un autre homme dans la dernière année, d'avoir une consommation problématique de SPA, d'être âgé de 18 ans et plus, de s'exprimer en français, d'être né au Canada et de résider dans le grand Montréal (Québec, Canada).

Afin de faciliter l'identification et le recrutement d'une population difficile à rejoindre, une collaboration a été établie avec deux organismes communautaires impliqués auprès de la population cible à Montréal. Le recrutement dans le cadre de cette étude s'est effectué de deux façons : 1) via les organismes communautaires collaborateurs, dont le rôle était de distribuer un dépliant explicatif de l'étude ainsi que d'en diffuser la version électronique sur leur site Internet ; 2) par l'entremise d'annonces publiées dans un magazine destiné aux personnes de minorités sexuelles, un hebdomadaire ciblant la population générale et un quotidien distribué gratuitement dans le réseau de transport public montréalais. De plus, l'intervieweur demandait à chaque participant de parler de l'étude aux personnes susceptibles de s'y intéresser.

Instruments de collecte des données

Le principal moyen de collecte des données était des entretiens semi-dirigés, lesquels duraient approximativement 1h30 et étaient enregistrés dans un format audionumérique. Le guide d'entretien était composé de questions ouvertes portant sur les trajectoires addictives et le vécu homosexuel. Concernant les trajectoires addictives, les participants devaient décrire les différents moments de leur consommation : l'initiation, le maintien et les variations de celle-ci, en tenant compte de la nature dynamique de cette trajectoire. Ils devaient rapporter autant les aspects personnels qu'interpersonnels ayant eu une influence sur leur consommation. Au sujet du vécu homosexuel, les

participants devaient aborder : leur prise de conscience de leur attirance envers des personnes du même sexe, leur acceptation – ou leur non-acceptation – de leur orientation sexuelle, leurs moyens de socialisation et de rencontre de pairs, l’affirmation de leur orientation sexuelle et le dévoilement de celle-ci aux membres de leur entourage.

Avant l’entretien, de courts questionnaires étaient remplis. Puisque la consommation problématique de SPA était un des critères de sélection, celle-ci a été évaluée au moyen des questionnaires *Détection et évaluation du besoin d’aide-Drogues* (DEBA-Drogues) et *Détection et évaluation du besoin d’aide-Alcool* (DEBA-Alcool) (Tremblay, Rouillard et Sirois, 2001). Ces questionnaires ont pour but d’évaluer la gravité de la consommation d’alcool ou de drogues et d’orienter les personnes au service adéquat en fonction de la gravité de leur consommation. Ils se composent d’échelles validées, dont la version française du *Severity of Alcohol Dependence Data* (Raistrick, Dunbar et Davidson, 1983) pour le DEBA-Alcool et de la version française du *Severity of Dependence Scale* (Gossop et al., 1995) pour le DEBA-Drogues. Les versions françaises de ces échelles ont été développées par Tremblay (1999a,b). Le DEBA-Alcool et le DEBA-Drogues étaient complétés une première fois au téléphone lors du premier contact avec les participants. Seulement trois participants ont été exclus parce que leur consommation n’était pas considérée problématique. Une vérification des DEBA (alcool et drogues) était effectuée de nouveau avant le début de l’entrevue. À ce moment, aucun participant ne fut exclu. Nous avons décidé d’effectuer une mesure objective de la consommation problématique de substances, car la littérature suggère que les HARSAH sous-évaluent la gravité de leur consommation et ne se reconnaissent pas comme des consommateurs de substances (Keogh et al., 2009). Afin de caractériser davantage les participants, un questionnaire sociodémographique a été rempli. Il comportait des questions relatives à l’âge, le statut conjugal, le niveau de scolarité, le revenu et le statut VIH auto-rapporté. Le projet a été approuvé par le Comité d’éthique de la recherche en santé chez l’humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. En outre, les prénoms associés aux extraits présentés dans cet article sont fictifs.

Stratégies d’analyse

Les entrevues ont été retranscrites intégralement et leur contenu a été soumis à une analyse thématique au fur et à mesure que la collecte des données avançait. Cette méthode d’analyse itérative a permis d’ajuster la collecte des données en fonction des observations du terrain (Miles et Huberman, 2003). Une grille de codification mixte a été utilisée, c’est-à-dire qu’une liste de codes correspondant aux thèmes d’entrevue a été créée tout en intégrant de nouveaux codes correspondant aux thèmes émergents observés (Miles et Huberman, 2003). Ces codes ont été attribués à des unités de sens qui ont été regroupées par la suite en ensembles thématiques. Pour chacun de ces ensembles thématiques, un résumé des points saillants a été rédigé et discuté entre les auteurs afin d’obtenir un consensus (Laperrière, 1997). Les jalons des trajectoires addictives et du vécu homosexuel ont servi de fil conducteur dans la rédaction des résumés des ensembles thématiques. Ceux-ci ont ensuite été analysés afin d’identifier certaines caractéristiques, dont la récurrence, la divergence, la convergence et la complémentarité (Miles et Huberman, 2003; Paillé et Mucchielli, 2008), et ce, dans le but de dégager des dimensions permettant de caractériser le lien entre le vécu homosexuel et les trajectoires addictives. Afin d’augmenter la crédibilité de l’étude, 4 des 35 entrevues choisies au hasard ont été co-codifiées (Miles et Huberman, 2003; Van der Maren, 1996). Le processus d’analyse a été effectué à l’aide du logiciel NVIVO 9.

Il est important de noter que nous avons analysé les interrelations entre les principaux jalons du vécu homosexuel et ceux des trajectoires addictives. Il ne s'agit donc pas des analyses de trajectoires de vie. De plus, nous ne rapportons dans cet article que les jalons du vécu homosexuel et des trajectoires addictives qui, selon les participants, étaient interreliés.

Résultats

Caractéristiques des participants

Les participants de cette étude étaient âgés en moyenne de 46 ans, la majorité était célibataire et plus des deux tiers avaient eu des relations sexuelles uniquement avec des hommes au cours de la dernière année. Une proportion importante (42,8%) de l'échantillon était séropositif au VIH (voir tableau 1).

TABLEAU 1 – Données sociodémographiques

Caractéristiques	Moyenne ou %
Âge moyen	46 ans (ET : 9,6 ; étendu : 28-68)
État civil (au moment de l'entrevue)	80,0% célibataire 5,7% divorcé 14,3% en union libre
Sexe du (des) partenaire(s) sexuel(s) au cours de la dernière année	Uniquement des hommes = 69% Hommes et femmes = 31%
Statut sérologique au VIH	42,8% VIH+ 51,4% VIH- 5,7% Inconnu

En ce qui a trait au profil de consommation de SPA, la majorité des participants avait une consommation problématique de drogues, alors que la consommation problématique d'alcool uniquement était moins présente dans notre échantillon. Il est important de noter que 8,6% des participants avaient à la fois une consommation problématique d'alcool et de drogues (voir tableau 2).

TABLEAU 2 – Profil de consommation problématique

Substances utilisées de manière problématique	%
Consommation problématique de drogues	77,1%
Consommation problématique d'alcool	14,3%
Consommation problématique d'alcool et de drogues	8,6%

Trajectoires addictives et vécu homosexuel

Lorsqu'il était question d'identifier la substance qui leur causait des problèmes, ou des préoccupations, ce sont la cocaïne et le cannabis qui étaient identifiés par la majorité des participants (voir tableau 3). Soulignons que 14,7% de l'échantillon rapportait avoir un problème de consommation des stimulants autres que la cocaïne. C'est dans cette catégorie de substances qu'était classée la méthamphétamine (*crystal meth*).

TABLEAU 3 – Substances consommées

Substances	%
Cocaïne	52,9%
Cannabis	17,6%
Stimulants autres que cocaïne	14,7%
Inhalants	8,8%
Opiacés	2,9%
Médicaments sédatifs	2,9%

Les liens observés entre les difficultés relatives à l'acceptation de l'orientation sexuelle et les différents jalons des trajectoires addictives

Dans cette sous-section, nous verrons que les difficultés relatives à l'acceptation de leur orientation sexuelle, par les participants eux-mêmes ou par leur entourage, modulent différents jalons des trajectoires addictives, notamment l'initiation à la consommation, l'augmentation ou la diminution des quantités consommées.

Certains participants voient des liens étroits entre leur initiation à la consommation et la découverte de leurs désirs homoérotiques et leurs difficultés à les accepter. La quasi-totalité rapporte que ces désirs ont généré chez eux des sentiments de détresse qui les ont menés à la consommation. Dans certains cas, en plus de soulager leur détresse, la consommation leur a permis de découvrir et d'explorer leur sexualité homosexuelle.

Quand j'ai eu ma première expérience avec un autre homme, je me suis jugé moi-même, j'ai vécu beaucoup d'angoisse, d'anxiété, rien que d'y penser seulement, sauf que la consommation a accéléré un peu mon expérience face à ça. (Henri, 35 ans)

Plusieurs participants, dont certains ayant une longue trajectoire de consommation, rapportent que les épisodes d'intensification de leur consommation de SPA sont associés à différents aspects de leur vécu homosexuel. Les principaux sont les difficultés personnelles liées à l'acceptation de leur orientation sexuelle, le rejet de leur propre orientation sexuelle ou celui qu'ils subissaient de la part de leur famille ou de leur entourage. Cette intensification peut se traduire par une augmentation des quantités consommées, par le recours à des substances considérées par les participants comme plus susceptibles de causer une dépendance, ainsi que par des modes de consommation présentant plus de risques pour la santé, notamment l'injection de SPA.

Trajectoires addictives et vécu homosexuel

J'ai fumé ma première cigarette dès l'âge de 12 ans pour fuir les abus sexuels que j'ai vécus et parce que j'avais honte de voir l'orientation sexuelle que j'étais en train de découvrir [...] Au début j'avais de la misère, oui j'étais attiré par les hommes, mais j'ai fumé du pot pour oublier ces choses-là un an plus tard je commençais à consommer du LSD, du PCP. (Ethan, 31 ans)

Quelques participants rapportent une diminution de leur consommation de SPA lors de l'acceptation de leur orientation sexuelle par eux-mêmes ou par leur entourage. Ces participants sont ceux qui s'étaient initiés aux SPA en raison des difficultés pour accepter leur orientation sexuelle. Cependant, l'acceptation de l'orientation sexuelle ne mène pas toujours à la diminution ou à l'arrêt de la consommation.

Je n'ai pas beaucoup de monde autour de moi, mais ils m'apprécient pour ce que je suis, ils m'acceptent comme que je suis, et puis je me rends compte que plus je les côtoie et moins je suis porté à consommer, moins le combat est présent et moi je m'accepte aussi et plus je m'accepte, moins je consomme, je suis moins porté à la consommation. (Henri, 35 ans)

La sexualité, la quête de plaisirs et de sensations et ses liens avec différents jalons des trajectoires addictives

Cette sous-section présente la façon dont la sexualité, les espaces sociosexuels de rencontres, les relations entre partenaires sexuels, la quête de plaisir et les différentes dimensions des trajectoires addictives s'articulent.

Dans plusieurs des cas, les participants souhaitaient explorer davantage leur sexualité en ayant recours au multipartenariat, à la sexualité anonyme ou encore en augmentant la durée et l'intensité de leurs rencontres sexuelles. Pour quelques-uns, le plaisir sexuel à risque était recherché dans le but d'intensifier les sensations, la consommation de SPA facilitant alors l'atteinte de l'expérience désirée par les effets de celles-ci, notamment la désinhibition, l'euphorie, l'énergie et, dans certains cas, l'augmentation de la libido.

À travers la consommation, j'ai eu des relations non protégées et c'est arrivé accidentellement avec la crise de panique en me disant : qu'est-ce que j'ai fait ? Tranquillement pour me rendre compte que c'était ce que je voulais : avoir des relations non protégées tout le temps [...] ce qui fait en sorte que rapidement j'ai embarqué dans un réseau de baise sans condom. (Arthur, 43 ans)

Certains espaces de socialisation sexualisés tels que les saunas et des événements festifs de la communauté gaie ont été décrits par comme propices à la consommation et à la découverte des nouvelles substances. Plusieurs disent s'être initiés aux SPA dans l'un de ces espaces ou encore ont découvert d'autres SPA ou nouveaux modes de consommation. Ces espaces favorisent également la rencontre d'autres consommateurs et la création de réseaux sociaux et sexuels. Ces réseaux sont constitués souvent de personnes qui consomment et qui ont des rapports sexuels ensemble. Ils favorisent également la rencontre de fournisseurs de SPA. Dans ces contextes, la consommation se fait davantage en groupe. Pour une bonne partie de ces participants, la consommation est vue comme un moyen leur permettant d'augmenter leur plaisir sexuel.

Trajectoires addictives et vécu homosexuel

C'est dans la dernière année que j'ai vraiment commencé à consommer de façon plus régulière de la drogue [...] C'était lié aux sorties dans les clubs, les sex-clubs, c'était tout le temps lié à un contexte sexuel en fait [...] Il y a tout un cercle d'amis autour de ça, de la consommation. (Damien, 28 ans)

Plusieurs participants considèrent que la consommation dans le milieu gai, notamment dans des espaces sexualisés tels que des saunas et des sites Web de rencontres, est banalisée, voire encouragée, ce qui contribue au maintien ou à l'intensification de la consommation chez certains d'entre eux. Dans le cas des saunas, une grande partie des participants rapportent avoir consommé sur place et, dans certains cas, s'y être procuré des SPA.

Dans le milieu gai, les occasions sont assez fréquentes [...] À un moment donné, c'est en gardant les contacts avec les personnes que tu sais qu'elles en ont, là tu cherches, tu vas vers ça à un moment donné. (Damien, 28 ans)

Chez les participants dont la consommation est associée à des pratiques sexuelles perçues plus intenses, plusieurs rapportent qu'alors que leur consommation s'accroît, leurs pratiques sexuelles deviennent moins fréquentes ou moins satisfaisantes. Dans quelques cas, certains s'isolent et vivent leur sexualité à travers des pratiques masturbatoires.

Maintenant c'est autre chose parce que je vois que finalement je suis pas satisfait quand je rencontre quelqu'un et qu'il est question de sexe et de drogues, c'est la drogue qui prend plus le dessus, le sexe il passe à côté quand je suis trop intoxiqué [...] la seule chose que je veux, c'est prendre une autre ligne, prendre un autre ecstasy. (Antoine, 40 ans)

Dans quelques cas, l'augmentation de la consommation est accompagnée de l'utilisation d'une nouvelle substance, notamment le *crystal meth*, ou d'un nouveau mode de consommation, particulièrement l'injection. Par ailleurs, l'utilisation d'une nouvelle substance et l'injection sont souvent associées à la fréquentation de saunas. Les participants qui rapportent une transition vers l'injection peu de temps après leur initiation à la consommation ainsi que ceux qui associent la consommation aux pratiques sexuelles rapportent que les quantités consommées ont rapidement augmenté ainsi que leur perception de perte de contrôle de leur consommation.

J'ai rencontré un gars qui lui me l'a injecté [le crystal meth], dans un sauna [...] Et moi je suis resté accroché au rush que ça a donné et là le contrôle était plus difficile [...] Comme c'était injecté, la puissance était beaucoup plus forte, j'en prenais beaucoup plus en quantité. (Jérémy, 54 ans).

Quelques-uns rapportent des habitudes de consommation avec leur partenaire en lien avec leur activité sexuelle. Parmi eux, certains rapportent des moments de diminution et d'arrêt pendant des périodes d'une durée variée, lesquels se sont soldés presque toujours par des rechutes. Les périodes de diminution de la consommation répondent généralement à un constat des problèmes que celle-ci génère et elles s'accompagnent souvent d'un éloignement du réseau de pairs, par l'arrêt de la fréquentation de lieux de socialisation sexualisés ainsi que par une période d'abstinence sexuelle. Pour ce qui est des rechutes, les participants les expliquent par la reprise de contact avec les endroits de sexualité sur place, notamment les saunas, par le désir de continuer à explorer différentes facettes de leur sexualité ainsi que par la rencontre de pairs.

C'est [lorsque je consommais du crystal meth] que j'ai eu mes plus beaux orgasmes, avec des gens complètement disjonctés, des gens qui avaient too much drogues, qui avaient le cerveau complètement à plat [...] C'est comme une espèce d'électrochoc qui m'a fait arrêter quelques mois seulement. J'ai recommencé avec des drogues comme le GHB, l'ecstasy et tranquillement pas vite, une fois de temps en temps, pour revenir à tous les week-ends puis après ça rencontrer quelqu'un qui prend du Tina [crystal meth] et rembarquer sur le Tina. (Arthur, 43 ans).

Certains participants en processus d'arrêt de leur consommation de SPA mentionnent qu'ils ne sont pas prêts à ravoir des relations sexuelles avec d'autres hommes, car ils associent ce comportement à la consommation. En outre, pour quelques-uns, la diminution de leur consommation coïncide avec la diminution de la fréquentation des saunas ou de personnes avec qui ils entretenaient des relations fondées sur la sexualité et la consommation.

Je ne la vis pas [ma sexualité] parce qu'il y a une déprogrammation à faire, depuis que je suis sorti [de thérapie], à part un gars que je fréquente, j'ai eu 2 relations sexuelles avec ce gars-là, on se connaissait déjà et il n'y avait pas la drogue incluse là-dedans, je ne suis pas encore apte à aller dans un sauna ou à aller vers des inconnus. (Jérémy, 54 ans)

Les liens entre la socialisation avec des pairs et les différents jalons des trajectoires addictives

Dans cette sous-section, nous rapportons les liens que les participants établissent entre la rencontre des pairs, les espaces de socialisation, les relations affectives et certains jalons de leur trajectoire addictive.

Plusieurs participants nés en régions semi-urbaines ou rurales rapportent avoir déménagé dans un grand centre urbain afin de vivre plus librement leur orientation sexuelle. Certains d'entre eux se sont initiés aux SPA à leur arrivée dans une grande ville, alors qu'ils faisaient aussi leurs premières expériences homosexuelles. Ils expliquent leur perte de contrôle vis-à-vis de leur consommation par des difficultés liées à l'acceptation de leur orientation sexuelle, en plus d'une mauvaise adaptation à la ville, à la liberté qu'elle leur offrait, au fait d'actualiser leurs désirs homosexuels et/ou à la fréquentation d'autres consommateurs rencontrés dans des espaces de socialisation homosexuelle.

En arrivant à la ville, j'ai essayé ça [le sexe avec des hommes] en plus, je me suis perdu là-dedans, j'étais pas sûr de quel bord j'étais, et ça été aussi quelque chose qui a fait que je fréquentais les places où il y avait beaucoup de consommation [...] C'est sûr que l'adaptation, c'est un choc [...] Mais il y a eu aussi le côté abondance ici, que tu peux faire ce que tu veux. (Éloi, 38 ans)

La socialisation dans le milieu gai peut favoriser l'intensification de la consommation chez certains participants. Dans quelques cas, ces relations influencent le changement des substances consommées et l'utilisation de nouveaux modes de consommation. Ainsi, l'exposition à de nouvelles substances ou modes de consommation entraîne parfois une intensification de la consommation lorsque les personnes adoptent ces nouvelles substances ou ces nouveaux modes de consommation.

Trajectoires addictives et vécu homosexuel

Ma consommation a toujours été reliée à mon night life, à ma vie sociale, elle a commencé en 1999-2000 où est-ce que j'ai accompagné un ami dans un rave. À ce moment-là, j'avais juste pris du GH[B] [...] puis évidemment, tranquillement pas vite, je développe une certaine habitude. (Arthur, 43 ans).

Dans quelques cas, les habitudes sexuelles que les participants entretiennent avec leur partenaire les ont menés à l'augmentation de leur consommation ou à la découverte d'autres substances, notamment dans un contexte sexuel. Dans ce cas, la consommation modulait certaines activités que les participants menaient lorsqu'ils étaient en couple. La consommation étant une activité partagée à l'intérieur du couple.

On a commencé à fréquenter les saunas et en fréquentant les saunas, j'ai retrouvé l'ecstasy et j'ai rembarqué un peu dans ce pattern-là, avec mon chum : lui buvait, moi je prenais de l'ecstasy, mais ça marchait, c'était correct... puis voilà 3 ans là, j'ai commencé à rencontrer le crystal meth dans les saunas. (Jérémy, 54 ans).

D'autres rapportent une augmentation de leur consommation à la suite de ruptures ou de déceptions amoureuses. De façon générale, ces derniers décrivaient leur consommation comme relativement modérée lorsqu'ils étaient en couple. Dans certains cas, les participants rapportaient une intensification de leur consommation afin de faire face à la solitude générée par la séparation. Dans d'autres cas, la consommation à l'intérieur du couple était régulée par les activités du quotidien. Lors de séparations, cette régulation s'effritait, comme le décrit Derek.

On arrivait de travailler, on se faisait à souper, on se faisait un Bloody Mary, un Bloody Caesar, deux, un en préparant le souper, un avant le souper, et une coupe de vin, mais c'était plutôt rare, la consommation n'était pas forte dans ce temps-là. Après, quand on s'est laissé, moi j'ai commencé à aller dans les bars [...] Quand je suis tombé tout seul, là j'ai commencé à boire un peu plus. (Derek, 55 ans)

Certains participants associent les variations dans leur consommation à leurs relations affectives et sexuelles. D'un côté, plusieurs diminuent leur consommation, ou changent des substances consommées, lorsqu'ils sont en relation avec un partenaire non consommateur ou qui souhaite diminuer/arrêter sa consommation. Ces relations augmentent parfois la détermination de participants à diminuer ou arrêter leur propre consommation.

J'ai déjà eu des chums dans le passé. Eux leur problème était l'alcool, mais ils faisaient les groupes d'entraide 1. Mais ils ne prenaient pas de drogue, moi je faisais les Groupe d'entraide 1, mais je prenais de la dope. Je buvais pas, mais je fumais. (Alex, 62 ans).

D'un autre côté, quelques participants ont vécu des épisodes de rechute lorsqu'ils étaient en relation avec un consommateur ou à la suite d'une séparation. Ceux qui étaient en couple avec un consommateur expliquent leurs épisodes de rechute par le fait qu'il était difficile de ne pas consommer alors que leur partenaire le faisait. Ceux qui ont vécu des épisodes de rechute à la suite d'une séparation sont ceux qui avaient diminué leur consommation lorsqu'ils étaient en couple. Une fois leur relation finie, ils ont connu des rechutes soit pour faire face à leur solitude, soit parce qu'ils ont renoué avec des anciennes habitudes.

J'ai recommencé à consommer, ça fait au moins 3 ans [...] J'ai rencontré quelqu'un puis après une déception amoureuse, j'ai recommencé à consommer. (Cédric, 47 ans).

La façon dont le VIH et ses conséquences sur la santé modulent les trajectoires addictives

En raison de l'importante prévalence du VIH parmi les hommes gais et bisexuels en Occident, cette infection constitue une dimension du vécu homosexuel. Pour quelques participants séropositifs, le diagnostic du VIH ou les conséquences associées à cette infection ont influencé à la hausse leur consommation. En effet, certains rapportaient que la consommation leur permettait de faire face aux difficultés relatives à l'acceptation de leur séropositivité ou à l'acceptation des conséquences de cette infection sur leur santé en général, tel que l'illustre Alexandre.

Il y a un an et demi, j'ai eu une attaque de cœur par rapport [au fait] d'avoir eu le VIH en 2006. Depuis ce temps-là, on dirait j'ai perdu le goût de... alors je consomme, je passe mon temps là-dedans. (Alexandre, 49 ans)

Le VIH peut aussi diminuer la consommation des SPA, notamment lorsque les participants observent des effets de la consommation sur leur santé ou sur leur traitement ou lorsqu'ils ont accepté leur condition de santé.

[Ma consommation était] très intense et elle l'était encore plus l'année qui a suivi [le diagnostic de VIH] et un moment donné, je suis rentré en thérapie, parce que j'étais en train de mourir, parce que je ne prenais pas soin de moi, et j'ai commencé mon travail d'acceptation. Quand je consomme, avec le VIH, ma santé décline beaucoup plus vite [...] J'ai pas les mêmes capacités, je dois prendre soin de moi. (Henri, 35 ans)

Discussion

Les entretiens réalisés suggèrent que les trajectoires de consommation de drogues et le vécu homosexuel chez les hommes gais et bisexuels s'entrecroisent à différents moments : au moment de la découverte et de l'acceptation de leurs désirs homoérotiques ; lors de la rencontre d'un partenaire sexuel/affectif ou dans le cadre d'une relation de couple ; lors de leur expérimentation sexuelle ; dans le cadre de la socialisation dans le milieu gai, notamment dans des espaces de socialisation sexualisés. Nous observons que le lien entre les trajectoires addictives et le vécu homosexuel est plutôt bidirectionnel. En effet, le vécu homosexuel influence les différents moments de la trajectoire de consommation de SPA et cette dernière influence les différents jalons du vécu homosexuel.

La consommation de SPA a permis à certains participants de découvrir la sexualité avec un partenaire du même sexe. En ce sens, la consommation était vue comme un « facilitateur » leur permettant « d'affronter » des désirs avec lesquels ils n'étaient pas à l'aise. Dans un but similaire d'acceptation, quelques participants ont eu recours à la consommation afin de gérer les émotions suscitées par un diagnostic de VIH. Nous pouvons proposer des liens entre nos résultats et le cadre d'analyse de la stigmatisation fondée sur l'orientation sexuelle proposé par Herek et al., (2007). Ces auteurs soutiennent que la conscience d'une possible stigmatisation fondée sur l'orientation sexuelle et

L'expérience de ce type de stigmatisation sont vécues différemment par les individus qui en sont victimes. Ce type de stigmatisation peut provoquer différentes réactions et mobiliser différentes stratégies d'ajustement (*coping*). Ainsi, la consommation de SPA représenterait pour certains de nos participants une stratégie d'ajustement visant à gérer le stress associé à la stigmatisation (réelle ou perçue) relative à leur orientation sexuelle ou à leur statut sérologique.

La consommation de SPA a été utilisée par certains participants pour faciliter l'exploration de leur sexualité, basée sur la quête de plaisirs, incluant le multipartenariat sexuel, le sexe anonyme et les relations sexuelles intentionnellement non protégées. Ces pratiques sexuelles sont très associées à des groupes particuliers à l'intérieur de la population des hommes gais et bisexuels, notamment des réseaux sociaux et sexuels qui partagent des normes de consommation de SPA et de pratiques sexuelles. Par ailleurs, au cours de la trajectoire addictive, il est possible d'observer que quelques participants souhaitant diminuer ou arrêter leur consommation de substances ont diminué ou arrêté leurs activités sexuelles avec des partenaires du même sexe, car ils associaient ces pratiques sexuelles à leur consommation. De plus, les participants à notre étude ont rapporté des variations dans leur sexualité, notamment concernant l'activité sexuelle et leur niveau de satisfaction vis-à-vis de leurs pratiques sexuelles, lorsque leur consommation de SPA devenait plus problématique. Alors que leur consommation visait, au départ, à stimuler leur sexualité et à prolonger leurs rencontres sexuelles, la sexualité passait au second plan dès que leur consommation prenait plus d'importance dans leur vie, générant ainsi de l'insatisfaction chez eux. Ce phénomène a aussi été observé chez des hommes hétérosexuels en traitement pour leur consommation de substances (Landry et Courtois, 2006), ainsi que parmi les personnes consommant des amphétamines de manière problématique (Skarner et Sevensson, 2013). En ce sens, la sexualité constitue un élément majeur devant être abordé dans le cadre des interventions en toxicomanie.

Les relations de couple influencent autant à la hausse qu'à la baisse la consommation de certains participants. La littérature sur l'influence des relations de couple sur la consommation s'est principalement penchée sur des couples hétérosexuels, particulièrement sur l'influence des relations conjugales sur la consommation des femmes (Bertrand et Nadeau, 2006), sur les pratiques de partage de matériel de consommation au sein de couples hétérosexuels (Harris et Rhodes, 2013), ainsi que sur les barrières à l'entrée et à la rétention en traitement de couples utilisateurs de drogues par injection (Simmons et McMahon, 2012; Simmons, 2006). Nous avons vu dans cette étude qu'à l'instar des couples hétérosexuels, les hommes gais et bisexuels sont influencés par la consommation de leur partenaire. La sexualité, dans le cadre des relations de couple, tout comme lors des relations extraconjugales, est intimement liée aux trajectoires addictives. En outre, selon le témoignage de nos participants, les relations sexuelles non protégées et la consommation de substances ont souvent fait partie de leurs pratiques sexuelles. Ces observations sont corroborées par les études de Myers et al. (2004) et de O'Byrne et Holmes (2011a). Étant donné que la consommation de SPA et les pratiques sexuelles à risque d'ITSS sont souvent concomitantes, il est important de souligner, d'un point de vue de santé publique, que les HARSAH séropositifs consomment davantage de SPA comparativement à leurs pairs séronégatifs et qu'ils présentent davantage un profil de consommation problématique (Hickson, Bonelle, Weatherburn et Reid, 2010; Keogh et al., 2009; Mackesy-Amiti, Fendrich et Johnson, 2009). Ainsi, il est pertinent de mettre en place des stratégies de prévention tenant compte de ce contexte.

Trajectoires addictives et vécu homosexuel

Les constats relevés dans la littérature concernant la consommation de substances chez les hommes séropositifs s'observent aussi dans notre étude. En effet, 42,8% de notre échantillon est formé d'hommes séropositifs. Étant donné que le recrutement s'est effectué, entre autres, par le biais d'organismes communautaires travaillant dans le domaine du VIH, il était prévisible que le nombre d'hommes vivant avec le VIH soit élevé. Cela a permis de diversifier notre échantillon concernant l'expérience du VIH et ses liens avec la consommation de SPA. En outre, la consommation de SPA étant fréquemment associée à des pratiques sexuelles impliquant le multipartenariat sexuel, le sexe intentionnellement non protégé, les rencontres sexuelles prolongées par la consommation de SPA et les risques d'infection par le VIH (Folch, Esteve, Zaragoza, Muroz et Casabona, 2009; O'Byrne et Holmes, 2011), la forte proportion d'hommes séropositifs dans notre échantillon n'est pas étonnante.

La façon dont la consommation de substances influence le vécu homosexuel des participants reflète la relation bidirectionnelle entre les trajectoires addictives et le vécu homosexuel. Ces constats constituent une contribution originale de notre projet. Non seulement la littérature actuelle a généralement étudié séparément les différentes dimensions du vécu homosexuel et les trajectoires addictives, mais elle ne s'est pas non plus penchée sur la manière dont la consommation influence le vécu homosexuel.

Nos résultats soulèvent l'importance de tenir compte des différentes dimensions du vécu homosexuel dans les stratégies de prévention de la consommation chez cette population, tel que souligné par Bonell et al., (2008). Ces dimensions devraient également être prises en compte dans les thérapies pour la toxicomanie (Bonell et al., 2008) afin d'intégrer les principaux éléments qui façonnent le parcours de vie homosexuel, notamment l'appartenance à une sous-culture de certains consommateurs (Reback, Larkins et Shoptaw, 2004; *Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2001*). Ceci pourrait, par exemple, prévenir les rechutes à la suite de traitements où l'on aborderait les liens entre la consommation et les pratiques sexuelles. De plus, les traitements de la toxicomanie pourraient aussi intégrer des stratégies visant la réduction de pratiques sexuelles à risque (Proeschold-Bell, Heine, Pence, McAdam et Quinlivan, 2010; SAMHSA, 2001). Ce besoin soulève aussi l'enjeu de la formation dans le domaine de la sexualité pour les intervenants en toxicomanie et l'éventuelle adaptation des services pour cette population. Enfin, compte tenu des liens observés entre les difficultés associées à l'acceptation de son orientation sexuelle et la consommation, des efforts en amont visant une meilleure acceptation des différentes orientations sexuelles de la part des personnes qui les vivent et de leur entourage semblent nécessaires. Ces recommandations rejoignent celles de Stall, Valdiserri et Wolitski (2008) qui considèrent que l'amélioration de la santé des personnes de minorités sexuelles passe par une meilleure compréhension des multiples facteurs personnels et environnementaux qui l'influencent et par des interventions qui tiennent compte de ces réalités.

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual disorder fifth edition: DSM-V*. Washington : American Psychiatric Association.
- Beddoes, D., Sheikh, S., Pralat, R. et Sloman, J. (2010). *The impact of drugs on different minority groups: A review of the UK literature. part 2: Lesbian, gay, bisexual et transgender (LGBT) groups*. London, United Kingdom : UK Drug Policy Commission.
- Bertrand, K. et Nadeau, L. (2006). Trajectoires de femmes toxicomanes en traitement ayant un vécu de prostitution : Étude exploratoire. *Drogues, Santé et Société*, 5(2), 79-109.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Bonell, C., Weatherburn, P, Rhodes, T., Hickson, F., Keogh, P et Elford, J. (2008). Addressing gay men's use of methamphetamine and other substances. *Addiction Research and Theory*, 16(5), 417-420.
- Borillo, D. (2000). *L'homophobie. que sais-je ?* Paris, France : PUF.
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P et Weatherburn, P (2015). "Chemsex" and harm reduction need among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*, 26(12), 1171–1176. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.07.013>
- Braine, N., Acker, C. J., Van Sluytman, L., Friedman, S. et Des Jarlais, D. C. (2011). Drug use, community action, and public health: Gay men and crystal meth in NYC. *Substance Use & Misuse*, 46(4), 368-380.
- Brochu, S. (2006). *Drogue et criminalité, une relation complexe* (2^e éd.). Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S., Patenaude, C., Landry, M. et Bertrand, K. (2014). La toxicomanie : une problématique alambiquée; un traitement complexe. Dans S. Brochu, M. Landry, K. Bertrand, N. Brunelle et C. Patenaude (dir.), *À la croisée des chemins, trajectoires addictives et trajectoires de services* (p. 9-40). Québec, Québec : Presses de l'Université Laval
- Brunelle, N., Brochu, S. et Cousineau, M. M. (2005). Le point sur les trajectoires d'usage de drogues et de délinquance juvénile : des jeunes se racontent. Dans L. Guyon, S. Brochu et M. Landry (dir.), *Les jeunes et les drogues : usages et dépendances* (p. 279-325). Québec, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Buffin, J., Roy, A., Williams, H. et Winter, A. (2012). *Part of the picture: Lesbian, gay and bisexual people's alcohol and drug use in England (2009-2011)*. Lancashire, United Kingdom : The National LGB Drug et Alcohol Database.
- Clatts, M. C., Goldsamt, L. A. et Yi, H. (2005). Drug and sexual risk in four men who have sex with men populations: Evidence for a sustained HIV epidemic in New York City. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82(1, Suppl. 1), i9-i17.

Cochran, S. D., Grella, C. E. et Mays, V. M. (2012). Do substance use norms and perceived drug availability mediate sexual orientation differences in patterns of substance use? Results from the California quality of life survey II. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(4), 675-685.

Colfax, G., Coates, T. J., Husnik, M. J., Huang, Y., Buchbinder, S., Koblin, B., ... EXPLORE Study Team. (2005). Longitudinal patterns of methamphetamine, popper (amyl nitrite), and cocaine use and high-risk sexual behavior among a cohort of San Francisco men who have sex with men. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82(1, Suppl. 1), i62-i70.

Cooper, S. et Endacott, R. (2007). Generic qualitative research: A design for qualitative research in emergency care? *Emergency Medicine Journal*, 24(12), 816-819.

Dew, B. J., Elifson, K. W. et Sterk, C. E. (2007). Difference in HIV sexual risk behaviors between heterosexual and nonheterosexual male users of methamphetamine. *Journal of Drug Issues*, 37(2), 281-298.

Elam, G., Macdonald, N., Hickson, F. C. I., Imrie, J., Power, R., McGarrigle, C. A., ... INSIGHT Collaborative Research Team. (2008). Risky sexual behaviour in context: Qualitative results from an investigation into risk factors for seroconversion among gay men who test for HIV. *Sexually Transmitted Infections*, 84(6), 473-477.

Folch, C., Esteve, A., Zaragoza, K., Munoz, R. et Casabona, J. (2009). Correlates of intensive alcohol and drug use in men who have sex with men in Catalonia, Spain. *European Journal of Public Health*, 20(2), 139-145.

Fortin, M. F., Côté, J. et Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, Québec : Chenelière Éducation.

Gorman, E. M. et Carroll, R. T. (2000). Substance abuse and HIV: Considerations with regard to methamphetamines and other recreational drugs for nursing practice and research. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 11(2), 51-62.

Gorman, E. M., Nelson, K. R., Applegate, T. et Scrol, A. (2004). Club drug and poly-substance abuse and HIV among Gay/Bisexual men: Lessons gleaned from a community study. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 16(2), 1-18.

Gossop, M., Darke, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. et Strang, J. (1995). The severity of dependence scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 9(5), 607-614.

Goyette, M., Flores-Aranda, J., Bertrand, K., Pronovost, F., Aubut, V. et Saint-Jacques, M. (2018, 24 mars). A Brief Online Intervention on Health-Risk Sexual Behaviours Related to Substance Use among MSM. Communication présentée au 2nd European Chemsex Forum, Berlin, Allemagne.

Green, A. I. et Halkitis, P. N. (2006). Crystal methamphetamine and sexual sociality in an urban gay subculture: An elective affinity. *Culture, Health et Sexuality*, 8(4), 317-333.

Grov, C. (2012). HIV risk and substance use in men who have sex with men surveyed in bathhouses, Bars/Clubs, and craigslist.org: Venue of recruitment matters. *AIDS and Behavior*, 16(4), 807-817.

Trajectoires addictives et vécu homosexuel

- Halkitis, P. N., Fischgrund, B. N. et Parsons, J. T. (2005). Explanations for methamphetamine use among gay and bisexual men in New York City. *Substance Use & Misuse*, 40(9-10), 1331-1345.
- Halkitis, P. N., Palamar, J. J. et Mukherjee, P. P. (2007). Poly-club-drug use among gay and bisexual men: A longitudinal analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 153-160.
- Halkitis, P. N., Pollock, J. A., Pappas, M. K., Dayton, A., Moeller, R. W., Siconolfi, D. et Solomon, T. (2011). Substance use in the MSM population of New York City during the era of HIV/AIDS. *Substance Use & Misuse*, 46(2-3), 264-273.
- Hallstone, M. (2006). An exploratory investigation of marijuana and other drugs careers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38(1), 65-75.
- Hammack, P. L. (2005). The life course development of human sexual orientation: An integrative paradigm. *Human Development*, 48, 267-290.
- Harawa, N. T., Williams, J. K., Ramanurthi, H. C., Manago, C., Avina, S. et Jones, M. (2008). Sexual behavior, sexual identity, and substance abuse among low-income bisexual and non-gay-identifying African American men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 37(5), 748-762.
- Harris, M. et Rhodes, T. (2013). Injecting practices in sexual partnerships: Hepatitis C transmission potentials in a 'risk equivalence' framework. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(3), 617-623.
- Hequembourg, A. L. et Dearing, R. L. (2013). Exploring shame, guilt, and risky substance use among sexual minority men and women. *Journal of Homosexuality*, 60(4), 615-638.
- Herek, G.M., Chopp, R. et Strohl, D. (2007). Sexual stigma: Putting sexual minority health issues in context. Dans I. Meyer et M. Northridge (dir.), *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual, and transgender populations*. New York, NY : Springer.
- Hickson, F., Bonell, C., Weatherburn, P. et Reid, D. (2010). Illicit drug use among men who have sex with men in England and Wales. *Addiction Research and Theory*, 18(1), 14-22.
- Hser, Y. I., Longshore, D. et Anglin, M. D. (2007). The life course perspective on drug use: A conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Evaluation Review A Journal of Applied Social Research*, 31(6), 515-547.
- Irwin, T. W. et Morgenstern, J. (2005). Drug-use patterns among men who have sex with men presenting for alcohol treatment: Differences in ethnic and sexual identity. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82(Suppl. 1), i127-i133.
- Jerome, R. C., Halkitis, P. N. et Siconolfi, D. E. (2009). Club drug use, sexual behavior, and HIV seroconversion: A qualitative study of motivations. *Substance Use & Misuse*, 44(3), 431-447.
- Kaufman, J. M. et Johnson, C. (2004). Stigmatized individuals and the process of identity. *The Sociological Quarterly*, 45(4), 807-833
- Keogh, P., Reid, D., Bourne, A., Weatherburn, P., Hickson, F., Jessup, K. et Hammond, G. (2009). *Wasted opportunities: Problematic alcohol and drug use among gay and bisexual men*. London, United Kingdom : Sigma Research.

Trajectoires addictives et vécu homosexuel

- Kurtz, S. P. (2005). Post-circuit blues: Motivations and consequences of crystal meth use among gay men in Miami. *AIDS and Behavior*, 9(1), 63-72.
- Landry, E. et Courtois, F. (2006). L'impact de la consommation de substances psychoactives sur la sexualité d'hommes toxicomanes. *Drogues, Santé et Société*, 5(2), 135-160.
- Lankenau, S. E., Clatts, M. C., Welle, D., Goldsamt, L. A. et Gwadz, M. V. (2005). Street careers: Homelessness, drug use, and sex work among young men who have sex with men (YMSM). *International Journal of Drug Policy*, 16(1), 10-18.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, L. Mayer et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 365-389). Montréal, Québec : Gaëtan Morin
- Le Breton, D. (2008). *L'interactionnisme symbolique* (2^e éd.). Paris, France : PUF.
- Le Talec, J. Y. (2013). When "raw sex" turns to a "raw deal"...taking the opportunity to think about sex? Interviews with HIV-positive gay men diagnosed with acute hepatitis C. *Culture, Health & Sexuality*, 15(10), 1133-1147.
- Lépine, P. (2011). *Synthèse des connaissances scientifiques et cliniques sur la prise en charge des personnes membres de minorités sexuelles ayant un problème de dépendance à l'alcool ou aux drogues*. Montréal, Québec : Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur la dépendance.
- Mackesy-Amiti, M. E., Fendrich, M. et Johnson, T. P. (2008). Prevalence of recent illicit substance use and reporting bias among MSM and other urban males. *Addiction Behavior*, 33(8), 1055-1060.
- Mackesy-Amiti, M. E., Fendrich, M. et Johnson, T. P. (2009). Substance-related problems and treatment among men who have sex with men in comparison with other men in Chicago. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 227-233.
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., King, K. M., Miles, J., Gold, M. A., ... Morse, J. (2012). Sexual orientation and adolescent substance use: A meta-analysis and methodological review. *Addiction*, 103(4), 546-556.
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R. et Thompson, A. L. (2009). Individual trajectories of substance use in lesbian, gay and bisexual youth and heterosexual youth. *Addiction*, 104(6), 974-981.
- McCarty-Caplan, D., Jantz, I. et Swartz, J. (2013). MSM and drug use: A latent class analysis of drug use and related sexual risk behaviors. *AIDS and Behavior*, 18(7), 1339-1351.
- McKay, T. A., McDavitt, B., George, S. et Mutchler, M. G. (2012). Their type of drugs: Perceptions of substance use, sex and social boundaries among young African American and Latino gay and bisexual men. *Culture, Health & Sexuality*, 14(10), 1183-1196.
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (M. H. Rispal Trans.). Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Trajectoires addictives et vécu homosexuel

Mimiaga, M. J., Reisner, S. L., Fontaine, Y. M., Bland, S., Driscoll, M. A., Isenberg, D., ... Mayer, K.H. (2010). Walking the line: Stimulant use during sex and HIV risk behavior among black urban MSM. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(0), 30-37.

Myers, T., Aguinaldo, J. P., Dakers, D., Fischer, B., Bullock, S., Millson, P. et Calzavara, L. (2004). How drug using men who have sex with men account for substance use during sexual behaviours: Questioning assumptions of HIV prevention and research. *Addiction Research and Theory*, 12(3), 213-229.

O'Byrne, P. et Holmes, D. (2011). Desire, drug use and unsafe sex: A qualitative examination of gay men who attend gay circuit parties. *Culture, Health & Sexuality*, 13(1), 1-13.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2^e éd.). Paris, France : Armand Colin.

Palamar, J. J. et Halkitis, P. N. (2006). A qualitative analysis of GHB use among gay men: Reasons for use despite potential adverse outcomes. *International Journal of Drug Policy*, 17(1), 23-28.

Patterson, T. L., Semple, S. J., Zians, J. K. et Strathdee, S. A. (2005). Methamphetamine-using HIV-positive men who have sex with men: Correlates of polydrug use. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82(1, Suppl. 1), i120-i126.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : Essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, L. Mayer et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative. enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-167). Montréal, Québec : Édition Gaëtan Morin.

Proeschold-Bell, R. J., Heine, A., Pence, B. W., McAdam, K. et Quinlivan, E. B. (2010). A cross-site, comparative effectiveness study of an integrated HIV and substance use treatment program. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(10), 651-658.

Purcell, D. W., Moss, S., Remien, R. H., Woods, W. J. et Parsons, J. T. (2005). Illicit substance use, sexual risk, and HIV-positive gay and bisexual men: Differences by serostatus of casual partners. *Aids*, 19(Suppl. 1), S37-S47.

Purcell, D. W., Parsons, J. T., Halkitis, P. N., Mizuno, Y. et Woods, W. J. (2001). Substance use and sexual transmission risk behavior of HIV-positive men who have sex with men. *Journal of Substance Abuse*, 13(1-2), 185-200.

Raistrick, D., Dunbar, G. et Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 78(1), 89-95.

Reback, C. J., Larkins, S. et Shoptaw, S. (2004). Changes in the meaning of sexual risk behaviors among gay and bisexual male methamphetamine abusers before and after drug treatment. *AIDS and Behavior*, 8(1), 87-98.

Rhodes, S. D., Hergenrather, K. C., Yee, L. J., Knipper, E., Wilkin, A. M. et Omli, M. R. (2007). Characteristics of a sample of men who have sex with men, recruited from gay bars and internet chat rooms, who report methamphetamine use. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(8), 575-583.

Rosario, M. (2008). Elevated substance use among lesbian and bisexual women: Possible explanations and intervention implications for an urgent public health concern. *Substance Use & Misuse*, 43(8-9), 1268-1270.

Rosario, M., Schrimshaw, E. W. et Hunter, J. (2004). Predictors of substance use over the time among gay, lesbian, and bisexual youths: An examination of three hypotheses. *Addiction*, 29(8), 1623-1631.

Rosario, M., Shrimshaw, E. W. et Hunter, J. (2009). Disclosure of sexual orientation and subsequent substance use and abuse among lesbian, gay and bisexual youths: Critical role of disclosure reactions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(1), 175-184.

Rosario, M., Schrimshaw, E. W., Hunter, J. et Gwadz, M. (2002). Gay-related stress and emotional distress among gay, lesbian, and bisexual youths: A longitudinal examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 967-975.

Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods: Whatever happened to qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340.

Schilder, A. J., Lampinen, T. M., Miller, M. L. et Hogg, R. S. (2005). Crystal methamphetamine and ecstasy differ in relation to unsafe sex among young gay men. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 96(5), 340-343.

Simmons, J. (2006). The interplay between interpersonal dynamics, treatment barriers, and larger social forces: An exploratory study of drug-using couples in Hartford, CT. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1(1), 12. doi : 10.1186/1747-597X-1-12.

Simmons, J. et McMahon, J. M. (2012). Barriers to Drug Treatment for IDU Couples: The Need for Couple-based Approaches. *Journal of Addictive Diseases*, 31(3), 242-257.

Skarner, A. et Svensson, B. (2013). Amphetamine use and sexual practices. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30(5), 403-423.

Stall, R., Paul, J., Greenwood, G., Pollack, L. M., Bein, E., Crosby, G. M., ... Catania, A. (2001). Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: The urban men's health study. *Addiction*, 96(11), 1589-1601.

Stall, R. et Purcell, D. W. (2000). Intertwining epidemics: A review of research on substance use among men who have sex with men and its connection to the AIDS epidemic. *AIDS and Behavior*, 4(2), 181-192.

Stall, R., Valdiserri, R.O. et Wolitski, R.J. (2008). Moving the Field Forward: A Strategic Framework to Develop Health Research among MSM Communities. Dans R. J. Wolitski, R. Stall et R. O. Valdiserri (dir.), *Unequal Opportunity. Health Disparities Affecting Gay and Bisexual Men in the United States* (p. 379-388). New York, NY : Oxford University Press.

Trajectoires addictives et vécu homosexuel

- Strauss, A. (1993). *Continual permutations of action*. New York, NY : Aldine de Gruyter.
- Strauss, A. L. et Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research* (2^e éd). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Strauss A. S., Fagerhaugh, B., Suczec, F. B. et Wiener, C. (1985). *Social organization of medical work*. Chicago, IL : University of Chicago Press.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2001). *A provider's introduction to substance abuse treatment for lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals*. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services.
- Talley, A. E., Sher, K. J. et Littlefield, A. K. (2010). Sexual orientation and substance use trajectories in emerging adulthood. *Addiction*, 105(7), 1235-1245.
- Talley, A. E., Tomko, R. L., Littlefield, A. K., Trull, T. J. et Sher, K. J. (2011). The influence of general identity disturbance on reports of lifetime substance use disorders and related outcomes among sexual minority adults with a history of substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(3), 530-541.
- Tremblay, J. (1999a). *Échelle de sévérité de la dépendance (ÉSD). Traduction du Severity of Dependence Scale (SDS) de Gossop, M.; Darke, S.; Griffiths; P.; Hando, J.; Powis, B.; Hall, W. et Strang, J. (1995)*. Québec, Québec : Service de recherche CRUV/CRAT-CA.
- Tremblay, J. (1999b). *Questionnaire bref sur la dépendance à l'alcool (QBDA). Traduction du Severity of Alcohol Dependence Date (SADD) de Raistrick, D.; Dunbar, G. et Davidson, D. G. (1983)*. Québec, Québec : Service de recherche CRUV/CRAT-CA.
- Tremblay, J. et Blanchette-Martin, N. (2009). *Manuel d'utilisation du DEBA Alcool/Drogues/Jeu, Version adaptée pour la formation de la première ligne en dépendance, Version 1.08*. Québec, Québec : Service de recherche CRUV/CRAT-CA en collaboration avec le Centre Dollard-Cormier – Institut Universitaire sur les dépendances.
- Tremblay, J., Rouillard, P. et Sirois, M. (2001). *Dépistage/évaluation du besoin d'aide – alcool*. Québec, Québec : Service de recherche CRUV/CRAT-CA.
- Van der Maren, J. M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2^e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Velter, A., Barin, F., Bouyssou, A., Le Vu, S., Guinard, J., Pillonel, J. et Semaille, C. (2010). Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, prevagay 2009. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. Institut De Veille Sanitaire*, 45-46, 464-467.



RÉSULTATS DE RECHERCHE

« Chemsex » chez des hommes français ayant des relations sexuelles avec des hommes

Alain Léobon, Chargé de Recherche au Centre National de la Recherche Scientifique, unité mixte de recherche N° 6590 – ESO (Espaces et SOciétés)

Éliane Dussault, Candidate au doctorat en sexologie, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Joanne Otis, Professeure, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Correspondance

Alain Léobon

Secrétariat de l'unité de recherche ESO (Nicole Piton nicole.piton@univ-rennes2.fr)

Université Rennes 2

Maison de la Recherche en Sciences Sociales

Place du Recteur Henri Le Moal

35043 RENNES CEDEX

Tél. : +33 2 99 14 17 86

Fax : +33 299 14 17 86

Courriel : alain.leobon@univ-rennes2.fr

Résumé

Le « chemsex » est un phénomène préoccupant relativement à la santé sexuelle des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH). Cet article décrit le profil des consommateurs de substances habituellement liées au « chemsex » dans un échantillon formé des 11 841 répondants de la 4^e édition du Net Gay Baromètre français (2013) ayant consommé au moins une substance au cours des 12 derniers mois.

Trois groupes de répondants ont été constitués : groupe 1, ceux qui ont consommé au moins une substance dans les douze derniers mois, excluant les substances liées au « chemsex » (81,3%); groupe 2, les consommateurs occasionnels (1 à 9 fois) de ces substances (14,2%); groupe 3, les consommateurs réguliers (10 fois ou plus) (4,5%). Les groupes 2 et 3 ont été contrastés au groupe 1 par l'analyse de régression logistique polynomiale.

Les répondants des groupes 2 et 3 se distinguent de ceux du groupe 1 par une prise de risques sexuels plus grande avec les partenaires occasionnels et par des indices de santé plus problématiques. Le groupe 3 affiche, sur toutes ces caractéristiques, un profil de vulnérabilité plus alarmant. Les résultats soulignent l'hétérogénéité des patrons de consommation et des risques pour la santé parmi les consommateurs de substances psychoactives habituellement associées au « chemsex » et l'importance de déployer des interventions qui tiennent compte de ces besoins et vulnérabilités distinctes.

Mots-clés : HRSH, Chemsex, barebacking, slam, VHC, VIH

“Chemsex” in French men having sex with men

Abstract

“Chemsex” is a preoccupying phenomenon regarding men who have sex with men's (MSM) sexual health. This article's purpose is to present variables associated with the consumption of a category of substances often associated with “chemsex” among these men.

The sample consists of 11 841 respondents of the 4th edition of the French Net Gay Baromètre (2013) who used at least one substance in the past 12 months.

Three groups of respondents were formed: group 1 is constituted of respondents who used of at least one substance in the past 12 months, excluding category C substances (81,3%); group 2 is constituted of occasional (1-9 times) consumers of category C substances (14.2%); group 3 is constituted of regular consumers (10 + times) of category C substances associated (4.5%).

Groups 2 and 3 were contrasted to group 1 with a polynomial logistic regression. Respondents of groups 2 and 3 differ from respondents of group 1 by a greater risk taking with occasional partners as well as problematic health indices. Group 3 reveals a more vulnerable profile regarding all these characteristics. Results indicate the heterogeneity of consumption patterns and of health-related risk taking among “chemsex” associated substances consumers, and the importance of providing interventions that take these distinct needs and vulnerabilities into account.

Keywords: MSM, Chemsex, barebacking, slam, HVC, HIVH

“Chemsex” entre los hombres franceses que tienen relaciones sexuales con hombres

Resumen

El “Chemsex” es un fenómeno que podría afectar principalmente la salud sexual de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HRSH). Este artículo describe el perfil de los consumidores de sustancias habitualmente relacionadas con el “chemsex” en una muestra formada por 11 841 personas que respondieron a la 4ª edición del *Net Gay Baromètre français* (2013) (Barómetro francés de la red gay) que habían consumido por lo menos una sustancia en los doce últimos meses.

Se formaron tres grupos de participantes: grupo 1, los que consumieron por lo menos una sustancia en los últimos doce meses, excluyendo las sustancias relacionadas al “chemsex” (81,3%), grupo 2, los consumidores ocasionales (1 a 9 veces) de estas sustancias (14,2%), grupo 3, los consumidores regulares (10 veces o más) (4,5%). Los grupos 2 y 3 se contrastaron con el grupo 1 por el análisis de la regresión logística polinomial.

Las personas de los grupos 2 y 3 se distinguen de las del grupo 1 porque toman riesgos sexuales mayores con las parejas ocasionales y por índices de salud más problemáticos. El grupo 3 presenta, sobre todas estas características, un perfil de vulnerabilidad más alarmante. Los resultados subrayan la heterogeneidad de los patrones de consumo y los riesgos para la salud entre los consumidores de sustancias psicoactivas habitualmente asociadas con el “chemsex” y la importancia de hacer intervenciones que tengan en cuenta estas necesidades y vulnerabilidades específicas.

Palabras clave: HRSH, chemsex, barebacking, slam, VHC, VIH

Introduction

Depuis plus d'une décennie, plusieurs études signalent la consommation plus fréquente de substances psychoactives chez les personnes issues des minorités sexuelles, et en particulier chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HRSH), comparée à celle de la population générale (Cochran, Ackerman, Mays et Ross, 2004 ; McCabe, Hughes, Bostwick, West et Boyd, 2009 ; Talley, Tomko, Littlefield, Trull et Sher, 2011). Les données européennes disponibles montrent que la consommation régulière de produits psychoactifs autres que l'alcool et le cannabis semble concerner moins de 5% d'HRSH (The EMIS Network, 2013) et être plus souvent rapportée par les HRSH séropositifs et les adeptes de la culture de sexe « bareback » (UNAIDS, 2014 ; Weatherburn et al., 2013 ; Wei, Guadamuz, Lim, Huang et Koe, 2012). Précisons que cette culture se caractérise par la pratique de pénétrations anales volontairement non protégées par le condom (Milhet et Néfau, 2017).

Un lien explicite aurait été établi entre la sexualité en groupe, la pratique du « bareback » et la consommation de certaines substances psychoactives (Klein, 2011). D'autres études ont démontré une association entre la consommation de substances illicites et les pénétrations anales non protégées (PANP) par le condom chez les HRSH (Carey et al., 2009 ; McCarty-Caplan, Jantz, et Swartz, 2014 ; Santos et al., 2013 ; Vosburgh, Mansergh, Sullivan et Purcell, 2012). Les substances liées à la pratique de la PANP sont les *poppers*, la méthamphétamine, le Viagra (ou autre produit similaire), la kétamine et le GHB (Carey et al., 2009). Ces substances étant associées à la pratique de la PANP réceptive (Vosburgh et al., 2012), qui accentuerait à son tour le risque de propagation du VIH (Berg, 2008 ; Davis, Hart, Bolding, Sherr et Elford, 2006 ; Grov, 2012). Une association est aussi rapportée entre la consommation de substances et d'autres comportements sexuels à risque, tels le fait de ne pas s'informer du statut sérologique des partenaires avec qui il y a pénétration anale, de pratiquer la pénétration anale avec des partenaires sérodiscordants ou d'avoir de multiples partenaires occasionnels (Vosburgh et al., 2012).

Sur un autre plan, la consommation de substances psychoactives serait plus élevée lorsque le sentiment d'appartenance et l'affiliation au milieu gai sont plus forts et les discriminations vécues à l'égard de l'orientation sexuelle plus nombreuses. Les HRSH ayant dévoilé leur orientation sexuelle ou leur statut sérologique au VIH auraient une consommation de substances plus importante (Green et Feinstein, 2012).

Depuis une dizaine d'années, le « chemsex », associé à la culture de sexe « bareback », est un phénomène médiatisé et grandissant qui touche la plupart des pays industrialisés où les HRSH ont accès à divers moyens favorisant les rencontres sexuelles (Milhet et al., 2017). Le « chemsex » se définit comme la pratique intentionnelle de relations sexuelles sous l'influence de drogues (Milhet et al., 2017). Ces drogues sont, entre autres, consommées dans l'intention de faire durer les relations sexuelles sur une période allant de plusieurs heures à plusieurs jours, et ce, avec de multiples partenaires sexuels (McCall, Adams et Willis, 2015).

Selon les territoires, on notera des nuances dans la désignation et dans la pratique du « chemsex », signe d'une appropriation culturelle distincte. En Amérique du Nord, en Nouvelle-Zélande et en Australie, le phénomène est nommé « PNP » ou « Party and Play ». Il s'agit essentiellement de la même pratique, avec quelques différences dans les substances consommées (Bourne, Reid, Hickson, Torres-Rueda et Weatherburn, 2014 ; Frederick et Perrone, 2014 ; Grov, 2012). Dans la plupart des pays d'Europe et au Royaume-Uni, le terme « chemsex » est employé ; pour parler de la consommation de méphédronne, de GHB/GLB ou de méthamphétamine en contexte sexuel (Bourne

Le « Chemsex » selon le Net Gay Baromètre français 2013

et al., 2015 ; Bourne et al., 2014). Dans une étude australienne, les HRSH rapportant de l'injection de substances (5,6%) utilisaient principalement de la méthamphétamine (Lea et al., 2013).

En France, les HRSH consommant des drogues se segmentent en deux groupes, les « clubbers » et les « sexers » (Madesclaire, 2015). Selon Madesclaire (2015), les premiers fréquentent les clubs pour des raisons conviviales alors que les « sexers » (en quête de partenaires sexuels) visent les sites de rencontres et les applications mobiles à la recherche de « plans chems » (relations sexuelles dans le cadre du « chemsex »). Ainsi, contrairement aux sites segmentés par clientèle (ex. : sites de rencontre généraliste, BDSM ou bareback) et dont les contenus sont contrôlés, le succès et la souplesse liée à l'usage des applications de rencontres mobiles géolocalisantes ont pu conduire au rapprochement entre « sexers » et « clubbers ». Ces deux groupes ne consomment pourtant pas les mêmes substances, ni n'en usent aux mêmes fins. C'est d'ailleurs parmi les « sexers » que l'on retrouve les adeptes du « slam » (Leobon, Otis, Brathwaite et McFayden, 2013 ; Madesclaire, 2015), défini en France comme l'injection par voie intraveineuse de cathinones de synthèses (méphédron, NRG3, 4 – MEC, etc.) dans un contexte sexuel (Foureur et AIDES, 2013). Le risque de dépendance et d'infections (VIH, VHB, VHC, etc.) lors de consommation de substances dans ce contexte est particulièrement élevé (Batisse, Grégoire, Marillier, Fortias et Djeddar, 2016). Dans le cadre d'une étude menée par L'Yavanc, Missonier, Hamidi, Velasquez et Pialoux (2014), les « slammeurs » séropositifs étaient une population marginale parmi les HRSH, âgée en moyenne de 42 ans et dont près de la moitié présentait l'hépatite C ou la syphilis. Les cathinones, la cocaïne et le GHB représentaient les substances les plus consommées par ces hommes.

Dans l'échantillon 2013 du Net Gay Baromètre, parmi les « barebackers », ceux qui déclaraient avoir participé à des « sexe-parties où le slam se pratique » rapportaient une pratique plus régulière du « bareback » que ceux qui n'y avaient pas participé (Léobon et al., 2013). Au niveau de leur consommation de substances, ils consommaient davantage de drogues dures ou destinées à améliorer leurs performances sexuelles, partageaient plus souvent des seringues, s'injectaient plus souvent dans le cadre de sexe-parties, consommaient plus souvent plusieurs substances simultanément, et le faisaient plus souvent avec un sentiment de dépendance (Léobon et al., 2013). Dans l'étude australienne de Lea et al. (2013), les HRSH rapportant de l'injection de substances (5,6%) dans le contexte sexuel étaient plus susceptibles de rapporter être infectés au VIH et à l'hépatite C, ainsi que d'avoir eu plus de 10 partenaires sexuels au cours des six derniers mois.

Ainsi, la consommation de substances psychoactives est un phénomène complexe qui n'est pas rapporté de manière uniforme par les HRSH et varie selon les territoires, en se trouvant souvent associé à des PANP régulières, la recherche de sensations fortes, un nombre élevé de partenaires sexuels et les relations sexuelles dans le cadre du travail du sexe (Léobon, Velter, Engler, Drouin et Otis, 2011).

À la lumière des résultats rapportés dans la littérature actuelle, les données françaises concernant la consommation de substances associées au « chemsex » semblent éparpillées. Cette étude tente de combler cette lacune et visant 1) à décrire la fréquence des substances psychoactives consommées par les consommateurs de l'échantillon ; 2) à identifier les patrons de consommation de substances psychoactives pour dégager un groupe de substances possiblement associées au « chemsex » ; et 3) à comparer les consommateurs occasionnels et réguliers de substances psychoactives associées au « chemsex » aux consommateurs de substances autres que celles associées au « chemsex » sur diverses variables sociodémographiques, sociosexuelles, comportementales et psychosociales.

Méthode

Procédure

Le Net Gay Baromètre^[1] est la plus large étude concernant les HRSH français utilisant Internet à des fins sociales ou sexuelles, publiée en France tous les trois ans. La promotion du sondage s'est déroulée du 1^{er} décembre 2012 au début de l'année 2014. Les sites de recrutement ont été diversifiés pour tenter de rejoindre la diversité des populations HRSH en fonction de leurs cultures : sites de rencontres généralistes^[2], sites de rencontres spécialisés^[3], publicité achetée sur les sociaux (Facebook, Skyrock) et sur Google Adsword. Sur près de 38 000 questionnaires entamés, 17 385 questionnaires ont été remplis adéquatement.

Mesures

Les variables analysées sont les caractéristiques sociodémographiques (ex. : site de provenance, revenu, origine ethnique) et sociosexuelles (ex. : orientation sexuelle, dépistage du VIH, charge virale chez les répondants séropositifs), la sexualité avec des partenaires occasionnels^[4] (ex. : nombre, types et contextes de pratiques), la consommation de substances (ex. : types de substances et contextes) ainsi que les variables liées à la santé psychologique, interpersonnelle et sociale (ex. : objets de discrimination, recherche de sensations fortes, préoccupations).

Description de l'échantillon

L'échantillon comporte au total 11 842 participants ayant consommé au moins une substance au cours des 12 derniers mois parmi les 17 385 ayant rempli le questionnaire (68,1%). Leur âge moyen est de 36,92 ans (ET = 13,11). Ils ont été recrutés sur les réseaux sociaux ou par des annonces publiées sur des sites d'informations (42,0%), sur des sites de rencontres gais généralistes (35,2%) ou sur des sites de rencontres spécialisés (BDSM ou « bareback » : 22,8%). Dans cet échantillon, 78,5% des répondants se disent d'orientation homosexuelle et 7,5% déclarent être nés à l'étranger. Les répondants résident le plus souvent dans un centre urbain (68,1%), le tiers en banlieue (21,3%) et une minorité en milieu rural (6,9%) ou isolé (3,6%). Environ la moitié de l'échantillon rapporte un revenu mensuel de 1600 euros ou plus (50,9%), tandis que plus de la moitié a complété des études universitaires (59,7%).

Analyses

Pour décrire l'échantillon et la fréquence des substances psychoactives consommées (objectif 1), des analyses descriptives (fréquences, moyennes) et des analyses bivariées (chi-carré de Pearson, ANOVA) ont été réalisées. Pour identifier les patrons de consommation (objectif 2), une analyse factorielle a été conduite sur le sous-échantillon de répondants ayant consommé au moins une substance (incluant l'alcool). Nous avons procédé à une extraction en composantes principales

¹ URL : <http://www.netgaybarometre.net>

² [Citegay.fr](#), [Gayvox.fr](#), [Gboy.com](#), [Gayromeo.com](#), [Gaybak.fr](#), [Mes-Dialogues.net](#), et [meegay.fr](#)

³ [Bearwww.com](#), [Smbay.fr](#), [Gayriier.com](#), [Bbackzone.com](#)

⁴ Dans le cadre de cette étude, un partenaire occasionnel fait référence à un partenaire que le répondant n'a pas fréquenté de façon stable ou pour lequel il n'a pas ressenti de sentiments amoureux/romantiques

Le « Chemsex » selon le Net Gay Baromètre français 2013

avec une rotation Varimax. Pour comparer les consommateurs occasionnels et réguliers (objectif 3) compte tenu des patrons de consommation dégagés par l'analyse factorielle, la régression logistique polynomiale (univariée et multivariée) a été utilisée. Trois groupes ont été comparés : 1) le groupe de référence est composé des répondants ayant consommé au moins une substance au cours des 12 derniers mois, mais n'ayant jamais consommé une substance associée au « chemsex » ; 2) les répondants ayant consommé au moins une drogue associée au « chemsex » d'une à neuf reprises ; et 3) ceux ayant consommé un tel type de substances à 10 reprises ou plus. Les variables de contrôle pour les analyses de régression sont l'âge, le site de recrutement (site de rencontre « bareback » ou BDSM, site de rencontre gai généraliste ou réseaux sociaux/sites d'information), le lieu de naissance, les types de lieux de résidence (centre urbain, banlieue, rural, éloigné), le revenu mensuel, la scolarité et l'orientation sexuelle.

Certaines variables trop fortement associées au « chemsex » et à la participation à des relations sexuelles dans le cadre de « slam-party » ont été exclues du modèle multivarié. Ces variables sont : avoir consommé des substances dans le cadre d'un « slam-party » et avoir « pratiqué le bareback dans le cadre d'un slam-party ». Les variables « s'être injecté une substance au moins une fois », « partage de matériel pour injection » et « charge virale des répondants séropositifs » ont également été retirées du modèle, car elles comportaient trop de données manquantes⁵.

Les modèles de régression multivariés ont été effectués par blocs de variables. Le premier bloc comporte les variables sociodémographiques. Au deuxième bloc, s'ajoutent les variables de pratiques et comportements sexuels avec les partenaires occasionnels masculins, alors qu'au troisième bloc, s'additionnent les variables de consommation de substances. Le quatrième bloc inclut les variables de santé psychologique, interpersonnelle et sociale.

Résultats

Les substances consommées chez les consommateurs

Parmi les répondants ayant consommé au moins une substance au cours des 12 derniers mois, la consommation de cinq verres d'alcool et plus lors d'une même occasion est rapportée par plus des quatre cinquièmes des répondants (26,5% moins d'une fois par mois ; 25,8% ; une fois par mois : 20,8% ; une fois par semaine, 9,9% plusieurs fois par semaine et 1,8% à tous les jours ou presque). Tel que présenté au tableau 1, les *poppers* ont été consommés au moins une fois au cours des 12 derniers mois par 38,4% des répondants, tandis que 26,4% des répondants ont consommé du cannabis. Le Viagra et le Cialis l'ont été dans 11,9% des cas et la cocaïne, par 8,4% des répondants. La MDMA (Méthylènedioxyamphétamine), les produits pharmacologiques et l'ecstasy ont été consommés par moins du vingtième de l'échantillon, tandis que les autres substances (amphétamines, kétamine, *crystal meth*, cathinones, crack et héroïne) ont été consommées de façon plus marginale (moins de 4% pour chacune des substances).

⁵ Le questionnaire a été construit en 2012, alors que les premières approches qualitatives sur le phénomène du SLAM n'étaient pas encore parues, certaines questions ont donc été introduites mi 2013 alors que la diffusion publicitaire de l'étude était en cours.

TABLEAU 1 – Fréquence de consommation de substances au cours des 12 derniers mois parmi les hommes ayant consommé au moins une substance (n = 11 842)

	Jamais	Au moins 1 fois
<i>Poppers</i>	61,6%	38,4%
Cannabis	73,6%	26,4%
Viagra/Cialis	88,1%	11,9%
Cocaïne	91,7%	8,4%
MDMA	94,0%	6,0%
GHB/GBL	94,6%	5,5%
Produits pharmacologiques	95,5%	4,5%
Ecstasy	95,6%	4,4%
Amphétamines	96,5%	3,5%
Kétamine	97,5%	2,5%
Crystal Meth	98,0%	2,0%
Cathinones	98,1%	1,9%
Crack	99,1%	0,9%
Héroïne	99,2%	0,8%

Les patrons de consommation

Le tableau 2 suggère quatre regroupements de substances. Le modèle explique 59,29% de variance après rotation. La catégorie A est composée de l'alcool et du cannabis. La catégorie B est constituée par le Viagra/Cialis ou les *poppers*. La catégorie C regroupe la cocaïne, la MDMA, le GHB, l'ecstasy, les amphétamines, la kétamine, le *crystal meth* ainsi que les cathinones. La catégorie D est composée du crack, de l'héroïne et des produits pharmacologiques. Les substances le plus fréquemment associées au « chemsex » sont ainsi regroupées dans la catégorie C. Parmi les répondants, 88,9% ont consommé au moins une fois des substances du groupe A dans les 12 derniers mois; 58,1%, des substances du groupe B; 18,7%, des substances du groupe C et 7,3%, des substances du groupe D.

TABLEAU 2 – Patrons de consommation dégagés par l'analyse en composantes principales parmi les hommes ayant consommé au moins une substance au cours des 12 derniers mois

Matrice des composantes après rotation*				
	Composantes			
	A	B	C	D
Consommation d'alcool	,696	-,343	,030	,016
Consommation de cannabis	,682	,266	,119	,055
Consommation de <i>poppers</i>	,203	,720	,110	-,034
Consommation d'ecstasy	,293	,157	,628	,356
Consommation de cocaïne	,440	,252	,560	,186
Consommation de crack	-,001	-,025	,333	,789
Consommation d'amphétamines	,215	,074	,592	,461
Consommation de MDMA	,397	,161	,677	,204
Consommation de crystal meth	-,025	,168	,519	,503
Consommation de GHB	,076	,398	,622	,198
Consommation de kétamine	,113	,121	,647	,430
Consommation d'héroïne	-,012	-,047	,282	,768
Consommation de Viagra ou Cialis	-,189	,623	,197	,175
Consommation de produits pharmacologiques	,157	,218	-,111	,632
Consommation Cathinones	-,196	-,021	,652	-,098

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.

La rotation a convergé en 10 itérations.

Comparaison entre les consommateurs occasionnels et réguliers de substances associées au « chemsex » et les autres consommateurs

Pour comparer les consommateurs occasionnels et réguliers de substances associées au « chemsex » aux consommateurs de substances « autres », trois groupes ont été créés^[6], soit le groupe 1, composé des répondants qui ont consommé des substances des catégories A, B et D, mais aucune substance de la catégorie C (81,3%, n=9629); le groupe 2, des répondants qui ont consommé au moins une substance de la catégorie C, et ce, moins de 10 fois dans les douze derniers mois (14,2%, n=1685) et le groupe 3, des répondants qui ont consommé au moins une substance de la catégorie C 10 fois et plus dans les douze derniers mois (4,5%, n=528).

Les tableaux suivants présentent les principales caractéristiques des groupes 2 et 3, lorsque comparés avec leurs pairs du groupe 1. Selon ces résultats, les groupes 2 et 3 se distinguent du groupe 1 sur un grand nombre de variables, ce qui laisse entendre qu'ils partagent des caractéristiques communes, le groupe 3 rapportant toutefois généralement des fréquences et ratios de cotes plus élevés.

Caractéristiques sociodémographiques et sociosexuelles

Le tableau 3 présente les caractéristiques sociodémographiques et sociosexuelles. Comparés au groupe 1, les répondants des groupes 2 et 3 sont proportionnellement plus nombreux à avoir été recrutés sur les sites de rencontres aux cultures de sexe minoritaires (BDSM ou « bareback ») (respectivement RCA = 2,57 [2,24-2,95] et RCA = 4,12 [3,23-5,27]). Ils sont proportionnellement plus nombreux à être nés à l'étranger (RCA = 1,53 [1,24-1,88] et RCA = 1,65 [1,17-2,31]), à être identifiés par les autres comme appartenant à une minorité visible^[7] (RCA = 1,45 [1,21-1,73] et RCA = 2,08 [1,59-2,73]) et à demeurer en région parisienne (RCA = 1,52 [1,35-1,71] et RCA = 2,13 [1,75-2,60]).

Si les répondants du groupe 3 sont proportionnellement plus nombreux à rapporter un revenu mensuel d'au moins 1600 euros (RCA = 1,33 [1,07-1,66]), ils sont moins nombreux à avoir complété des études universitaires (RCA = 0,76 [0,62-0,93]) alors que les répondants du groupe 2 sont proportionnellement plus nombreux que ceux du groupe 1 à avoir atteint cette scolarité (RCA = 1,22 [1,08-1,38]).

Les répondants des groupes 2 et 3 sont proportionnellement plus nombreux à se déclarer homosexuels (respectivement, RCA = 1,63 [1,40-1,89] et RCA = 1,55 [1,20-2,00]). Dans les douze derniers mois, ils furent proportionnellement plus nombreux à être dépistés pour le VIH (RCA = 1,54 [1,38-1,73] et RCA = 1,25 [1,04-1,51]) et à rapporter avoir eu une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) (RCA = 2,22 [1,96-2,51] et RCA = 3,23 [2,65-3,93]). Les répondants des groupes 2 et 3 sont aussi proportionnellement plus nombreux à être porteurs du VIH (RCA = 4,12 [3,58-3,42] et RCA = 6,59 [5,29-8,22]) et de l'hépatite C (RCA = 2,71 [2,14-3,42] et RCA = 3,43 [2,46-4,77]). Parmi les répondants séropositifs au VIH, une plus forte proportion des hommes des groupes 2 et 3 rapporte une charge virale détectable (RCA = 3,06 [2,14-4,38] et RCA = 5,89 [3,83-9,06]).

⁶ Ces trois groupes ont été classés en fonction de leur régularité de consommation, 10 fois et plus étant considéré comme une consommation régulière au cours d'une année (environ une fois par mois ou plus) (groupe 3), tandis qu'une à neuf fois est considéré comme une consommation irrégulière (groupe 2), et que le groupe de référence pour les analyses subséquentes n'a jamais consommé une substance de la catégorie C (groupe 1). La division selon ces groupes n'est pas appuyée par la littérature. Nous avons procédé ainsi, car « 10 fois ou plus » était la valeur maximale que nous mesurions en termes de fréquence de consommation pour chacune des substances de la catégorie C.

⁷ Les groupes ethnoculturels auxquels il est fait référence ici sont : Maghrébin, Noir, Métis, Asiatique, Hispanique ou Moyen-Oriental.

TABLEAU 3 – Portrait sociodémographique et sociosexuel des consommateurs de substances

	Total	Groupe 1 C absent %	Groupe 2 C moins de 10 fois % RC (IC 95 %)	Groupe 3 C 10 fois et + % RC (IC 95 %)	Sig.
Nombre de répondants	11 842	9 629	1 685	528	n/a
Âge moyen (C)	36,92	37,18* 1,00	35,65 0,98 (0,98-0,99)	36,16 0,99 (0,98-0,99)	< 0,001
Type de site de recrutement (C)					
Site de rencontres BDSM ou « bareback »	22,5%	19,9%a 1,00	31,9%b 2,57 (2,24-2,95)	38,5%c 4,12 (3,23-5,27)	< 0,001
Site de rencontres gai généraliste	35,2%	37,6%a 1,00	26,8%b 0,39 (0,34-0,45)	19,9%c 0,24 (0,19-0,31)	< 0,001
Réseaux sociaux et sites d'informations	42,0%	42,2% 1,00	40,9% 1,30 (1,14-1,48)	40,8% 1,74 (1,37-2,22)	0,922
Minorité visible ⁽⁸⁾	9,2%	8,2%a 1,00	12,9%b 1,45 (1,21-1,73)	16,1%b 2,08 (1,59-2,73)	< 0,001
Né à l'étranger (C)	7,5%	6,9%a 1,00	9,8%b 1,53 (1,24-1,88)	10,8%b 1,65 (1,17-2,31)	< 0,001
Habite en région parisienne	28,5%	26,4%a 1,00	36,1%b 1,52 (1,35-1,71)	41,9%c 2,13 (1,75-2,60)	< 0,001
Type de milieu de résidence (C)					
Centre urbain	61,8%	60,1%a 1,00	69,3%b 1,32 (1,08-1,61)	69,8%b 1,24 (0,90-1,70)	< 0,001
Banlieue	19,4%	20,3%a 1,00	15,3%b 0,91 (0,73-1,15)	16,3%b 0,88 (0,61-1,27)	< 0,001

⁸ Dans le questionnaire, la question était : « À quel groupe ethnique ou culturel êtes-vous le plus souvent identifié par les autres (une ou plusieurs réponses) ? ».

Le « Chemsex » selon le Net Gay Baromètre français 2013

	Total	Groupe 1 C absent %	Groupe 2 C moins de 10 fois % RC (IC 95 %)	Groupe 3 C 10 fois et + % RC (IC 95 %)	Sig.
Rural	6,3%	6,8% ^a 1,00	4,6% ^b 0,88 (0,65-1,20)	2,1% ^c 0,32 (0,16-0,63)	< 0,001
Isolé	3,3%	3,5% 1,00	2,4% 0,87 (0,59-1,27)	2,1% 0,61 (0,30-1,24)	0,014
Revenu mensuel d'au moins 1 600 euros (C)	50,9%	50,4% 1,00	52,4% 1,10 (0,97-1,26)	54,1% 1,33 (1,07-1,66)	0,104
Études universitaires (C)	59,7%	58,8% ^a 1,00	65,5% ^b 1,22 (1,08-1,38)	57,9% ^a 0,76 (0,62-0,93)	< 0,001
Orientation homosexuelle (C)	78,5%	77,1% ^a 1,00	85,0% ^b 1,63 (1,40-1,89)	84,6% ^b 1,55 (1,20-2,00)	< 0,001
Dépistage du VIH dans les 12 derniers mois	52,5%	50,4% ^a 1,00	62,8% ^b 1,54 (1,38-1,73)	58,6% ^b 1,25 (1,04-1,51)	< 0,001
Statut au VIH					
Séronégatif (et pense encore l'être)	63,3%	65,8% ^a 1,00	55,4% ^b 0,65 (0,58-0,72)	43,2% ^c 0,41 (0,34-0,49)	< 0,001
Séroinconnu	23,8%	25,0% ^a 1,00	18,4% ^b 0,64 (0,56-0,73)	20,5% ^b 0,72 (0,58-0,91)	< 0,001
Séropositif	12,9%	9,2% ^a 1,00	26,2% ^b 4,12 (3,58-4,75)	36,3% ^c 6,59 (5,29-8,22)	< 0,001
Séropositif à charge virale détectable	1,5%	0,9% ^a 1,00	3,3% ^b 3,06 (2,14-4,38)	6,3% ^c 5,89 (3,83-9,06)	< 0,001
Séropositif à l'hépatite C	3,8%	2,9% ^a 1,00	7,1% ^b 2,71 (2,14-3,42)	9,9% ^b 3,43 (2,46-4,77)	< 0,001
Au moins une ITS au cours des 12 derniers mois	20,8%	17,3% ^a 1,00	33,3% ^b 2,22 (1,96-2,51)	44,6% ^c 3,23 (2,65-3,93)	< 0,001

Lieux de rencontres et sexualité avec les partenaires occasionnels masculins

Tel qu'illustré au tableau 4, les analyses révèlent des différences significatives entre les groupes 2 et 3 comparés au groupe 1 en ce qui a trait à presque toutes les variables testées, les répondants du groupe 3 étant plus fortement enclins à avoir les caractéristiques étudiées. Les participants appartenant aux groupes 2 et 3 sont proportionnellement plus nombreux à avoir fréquenté des lieux de rencontres « liés à la culture de sexe »^[9] au cours des douze derniers mois (respectivement, RCA = 2,04 [1,79-2,33] et RCA = 2,79 [2,18-3,59], à avoir rencontré au moins 10 partenaires occasionnels masculins ou plus (RCA = 2,60 [2,32-2,92] et RCA = 3,96 [3,23-4,85]), mais aussi au moins 10 partenaires dans le cadre du travail du sexe, particulièrement ceux du groupe 3 (RCA = 3,03 [2,29-4,02] et RCA = 10,67 [7,93-14,36]). Ils sont également plus nombreux à adopter des pratiques sexuelles alternatives^[10] avec leurs partenaires occasionnels (RCA = 2,56 [2,25-2,91] et RCA = 3,05 [2,42-3,85]) et proportionnellement plus nombreux à rapporter des PANP avec des partenaires occasionnels de statut sérodivergent (RCA = 3,42 [2,83-4,13] et RCA = 4,92 [3,76-6,45]). Rapportant plus souvent adhérer à la culture de sexe bareback, les répondants des groupes 2 et particulièrement ceux du groupe 3, sont proportionnellement plus nombreux à l'avoir pratiqué dans le cadre de « gang-bang^o » où le répondant était passif (RCA = 3,28 [2,78-3,88] et RCA = 5,77 [4,58-7,28]), en association avec la consommation de substances (RCA = 7,13 [6,24-8,16] et RCA = 14,81 [12,05-18,20]) ou dans le cadre d'un « slam-party » (RCA = 7,99 [5,64-11,32] et RCA = 25,20 [17,42-36,46]).

TABLEAU 4 – Lieux de rencontres et sexualité avec les partenaires occasionnels masculins

	Total	Groupe 1 C absent %	Groupe 2 C moins de 10 fois % RC (IC 95 %)	Groupe 3 C 10 fois et + % RC (IC 95 %)	Sig.
Fréquentation de lieux de rencontres « de sexe » au moins 1 fois ^[11]	66,4%	63,7% ^a 1,00	76,5% ^b 2,04 (1,79-2,33)	83,7% ^c 2,79 (2,18-3,59)	< 0,001
Au moins 10 partenaires occasionnels masculins	35,8%	30,8% ^a 1,00	54,9% ^b 2,60 (2,32-2,92)	66,4% ^c 3,96 (3,23-4,85)	< 0,001
Au moins 10 partenaires de relations sexuelles dans le cadre du travail du sexe	2,9%	1,7% ^a 1,00	5,3% ^b 3,03 (2,29-4,02)	17,8% ^c 10,67 (7,93-14,36)	< 0,001

⁹ Ces lieux de rencontres incluent les sexe-clubs, les saunas ainsi que les lieux extérieurs (toilettes publiques, parcs, plages nudistes).

¹⁰ Ces pratiques incluent le gang-bang, l'urophilie, la scatophilie, le fist-fucking ainsi que les pratiques BDSM (bondage, domination/soumission, sadomasochisme).

¹¹ Ces lieux de rencontres incluent les sexe-clubs, les saunas ainsi que les lieux extérieurs (toilettes publiques, parcs, plages nudistes).

Le « Chemsex » selon le Net Gay Baromètre français 2013

	Total	Groupe 1 C absent %	Groupe 2 C moins de 10 fois % RC (IC 95 %)	Groupe 3 C 10 fois et + % RC (IC 95 %)	Sig.
Pratiques sexuelles alternatives avec partenaires occasionnels au moins 1 fois ^[12]	54,6%	50,5% 1,00	70,3% 2,56 (2,25-2,91)	76,0% 3,05 (2,42-3,85)	< 0,001
Pénétration anale non protégée avec partenaires occasionnels sérodivergents	6,2%	4,0% 1,00	14,0% 3,42 (2,83-4,13)	20,7% 4,92 (3,76-6,45)	< 0,001
Contexte du « barebacking » au moins une fois avec occasionnel					
En association avec la consommation de substances	15,0%	8,2% 1,00	39,5% 7,13 (6,24-8,16)	59,2% 14,81 (12,05-18,20)	< 0,001
Dans le cadre d'un « slam-party »	2,5%	0,6% 1,00	7,3% 7,99 (5,64-11,32)	22,0% 25,20 (17,42-36,46)	< 0,001
Dans le cadre d'une tournante où le répondant était le passif (Q91CR)	8,8%	6,1% 1,00	17,7% 3,28 (2,78-3,88)	29,0% 5,77 (4,58-7,28)	< 0,001

Contextes de consommation de substances

Les analyses (tableau 5) montrent que les répondants des groupes 2 et 3 sont proportionnellement plus nombreux à consommer pour augmenter leurs performances ou sensations sexuelles (RCA = 4,05 [3,58-4,58] et RCA = 7,03 [5,77-8,57]) et à le faire lors de relations sexuelles dans le cadre du travail du sexe (RCA = 3,71 [2,79-4,93] et RCA = 9,77 [7,08-13,48]). Ils se démarquent aussi, surtout le groupe 3, par une plus forte proportion ayant consommé des substances par voie injectable (RCA = 7,96 [4,10-15,45] et RCA = 22,61 [11,33-45,15]) et à avoir partagé du matériel d'injection (RCA = 2,66 [1,58-4,48] et RCA = 12,76 [7,94-20,50]).

¹² Ces pratiques incluent le gang-bang, l'urophilie, la scatophilie, le fist-fucking ainsi que les pratiques BDSM (bondage, domination/soumission, sado-masochisme).

TABLEAU 5 – Contexte de consommation de substances

	Total	Groupe 1 C absent %	Groupe 2 C moins de 10 fois % RC (IC 95 %)	Groupe 3 C 10 fois et + % RC (IC 95 %)	Sig.
Consommation de substances					
Pour améliorer les performances ou sensations sexuelles	20,1%	14,3% ^a 1,00	41,4% ^b 4,05 (3,58-4,58)	55,8% ^c 7,03 (5,77-8,57)	< 0,001
Lors de relations dans le cadre du travail du sexe	2,7%	1,5% ^a 1,00	5,5% ^b 3,71 (2,79-4,93)	15,2% ^c 9,77 (7,08-13,48)	< 0,001

Santé psychologique, interpersonnelle et sociale

Le tableau 6 montre que les répondants des groupes 2 et 3 présentent également des différences significatives sur le plan de leur santé psychologique, interpersonnelle et sociale. Quoique proportionnellement plus nombreux à rapporter être satisfaits de leur apparence physique (RCA = 1,41 [1,25-1,59] et RCA = 1,59 [1,28-31,97]) comme à rechercher des sensations fortes (RCA = 1,92 [1,72-2,15] et RCA = 2,89 [2,35-3,54]), les répondants des groupes 2 et 3 sont aussi proportionnellement plus nombreux à rapporter avoir eu des idées ou des tentatives suicidaires (RCA = 1,28 [1,10-1,49] et RCA = 1,71 [1,35-2,16]) et avoir été agressés en raison de leur orientation sexuelle (RCA = 1,76 [1,35-2,29] et RCA = 3,16 [2,23-4,48]).

Au niveau des préoccupations rapportées, ils sont proportionnellement plus nombreux à avoir été préoccupés dans les douze derniers mois par leur consommation de drogues (RCA = 5,28 [4,54-6,14] et RCA = 16,62 [13,49-20,47]), par la sexualité compulsive (RCA = 1,46 [1,31-1,64] et RCA = 1,57 [1,29-1,90]), par l'acceptation du travail du sexe (RCA = 2,04 [1,55-2,67] et RCA = 2,84 [1,93-4,16]), par les comportements sexuels à risque (RCA = 1,58 [1,41-1,77] et RCA = 1,87 [1,55-2,27]), l'infection au VIH (RCA = 2,09 [1,82-2,41] et RCA = 3,09 [2,49-3,82]) et l'infection au VHC (RCA = 2,40 [1,96-2,93] et RCA = 3,56 [2,67-4,73]).

Au niveau des variables de santé interpersonnelle et sociale, ils sont proportionnellement plus nombreux à avoir ressenti des discriminations, que ce soit à l'égard de leur groupe culturel d'appartenance (RCA = 1,61 [1,28-2,02] et RCA = 1,77 [1,23-2,55]), de leur séropositivité (RCA = 3,18 [2,63-3,84] et RCA = 4,07 [3,10-5,35]), de leur activité de travail du sexe (RCA = 2,59 [1,92-3,50] et RCA = 6,73 [4,77-9,50]) ou de leur identité de genre (RCA = 1,75 [1,25-2,45] et RCA = 2,80 [1,77-4,41]). Face à cet ensemble de caractéristiques communes, il est à noter que les ratios de cotes des répondants du groupe 3 sont systématiquement plus élevés et ébauchent un portrait plus préoccupant sur le plan de la santé psychologique, interpersonnelle et sociale.

TABLEAU 6 – Santé psychologique, interpersonnelle et sociale des consommateurs de substances

	Total	Groupe 1 C absent % RC (cat. de réf.)	Groupe 2 C moins de 10 fois % RC (IC 95 %)	Groupe 3 C 10 fois et + % RC (IC 95 %)	Sig.
Satisfaction face à son apparence physique	67,3 %	65,7% ^a 1,00	73,5% ^b 1,41 (1,25-1,59)	75,7% ^b 1,59 (1,28-1,97)	< 0,001
Recherche de sensations fortes	47,3 %	44,1% ^a 1,00	59,1% ^b 1,92 (1,72-2,15)	68,5% ^c 2,89 (2,35-3,54)	< 0,001
Prendre des risques dans la vie	37,0 %	34,8% ^a 1,00	44,7% ^b 1,52 (1,24-1,89)	53,1% ^c 2,12 (1,75-2,56)	< 0,001
Avoir eu des idées ou tentatives suicidaires	13,7 %	12,9% ^a 1,00	16,2% ^b 1,28 (1,10-1,49)	21,3% ^c 1,71 (1,35-2,16)	< 0,001
Avoir été agressé en raison de l'orientation sexuelle	3,7 %	3,1% ^a 1,00	5,5% ^b 1,76 (1,35-2,29)	9,5% ^c 3,16 (2,23-4,48)	< 0,001
Préoccupé par la consommation de drogues	10,8 %	5,9% ^a 1,00	25,6% ^b 5,28 (4,54-6,14)	52,4% ^c 16,62 (13,49-20,47)	< 0,001
Préoccupé par la sexualité compulsive	34,3 %	32,2% ^a 1,00	43,3% ^b 1,46 (1,31-1,64)	44,9% ^b 1,57 (1,29-1,90)	< 0,001
Préoccupé par l'acceptation de l'activité du travail du sexe	3,3 %	2,7% ^a 1,00	5,3% ^b 2,04 (1,55-2,67)	7,7% ^b 2,84 (1,93-4,16)	< 0,001
Préoccupé par les comportements sexuels à risque	35,4 %	32,9% ^a 1,00	45,9% ^b 1,58 (1,41-1,77)	48,5% ^b 1,87 (1,55-2,27)	< 0,001
Préoccupé par l'infection au VIH	14,1 %	11,5% ^a 1,00	23,9% ^b 2,09 (1,82-2,41)	30,4% ^c 3,09 (2,49-3,82)	< 0,001
Préoccupé par l'infection à l'hépatite C	5,6 %	4,3% ^a 1,00	10,4% ^b 2,40 (1,96-2,93)	14,0% ^b 3,56 (2,67-4,73)	< 0,001
Avoir été discriminé en raison de l'ethnie ou groupe culturel	4,9 %	4,2% ^a 1,00	7,7% ^b 1,61 (1,28-2,02)	8,5% ^b 1,77 (1,23-2,55)	< 0,001

Le « Chemsex » selon le Net Gay Baromètre français 2013

	Total	Groupe 1 C absent % RC (cat. de réf.)	Groupe 2 C moins de 10 fois % RC (IC 95 %)	Groupe 3 C 10 fois et + % RC (IC 95 %)	Sig.
Avoir été discriminé en raison du VIH	6,2 %	4,2% ^a 1,00	13,4% ^b 3,18 (2,63-3,84)	18,0% ^c 4,07 (3,10-5,35)	< 0,001
Avoir été discriminé en raison du travail du sexe	2,6 %	1,7% ^a 1,00	4,8% ^b 2,59 (1,92-3,50)	4,8% ^b 2,59 (1,92-3,50)	< 0,001
Avoir été discriminé en raison de l'identité de genre	2,3 %	1,9% ^a 1,00	3,5% ^b 1,75 (1,25-2,45)	5,3% ^b 2,80 (1,77-4,41)	< 0,001

Variables associées à la consommation occasionnelle ou plus régulière de substances de Catégorie C

Les variables distinguant les groupes 2 et 3 du groupe 1 en analyses univariées ont été incluses dans une analyse de régression multivariée. Compte tenu des variables de contrôle incluses dans le modèle (âge, type de sites de recrutement, type de lieux de résidence, revenu, scolarité, orientation sexuelle) et après inclusion des quatre blocs de variables indépendantes considérées, un modèle final de régression statistiquement significatif ($p < 0,001$) a été obtenu. Il permet d'expliquer 36 % de la variance associée au fait d'avoir consommé au moins une drogue de catégorie C au cours des 12 derniers mois, que ce soit de façon occasionnelle (moins de 10 fois, groupe 2) ou plus régulière (10 fois ou plus, groupe 3) comparativement au fait de ne pas avoir consommé ce type de substances (groupe 1).

D'emblée, les répondants ayant été recrutés dans les sites BDSM ou « bareback » (RCA = 1,39 [1,20-1,62] et RCA = 1,64 [1,21-2,23]) ou sur les réseaux sociaux ou sites d'information (RCA = 1,31 [1,10-1,55] et RCA = 1,96 [1,47-2,61]) sont davantage enclins à consommer des substances de catégorie C occasionnellement (groupe 2) ou régulièrement (groupe 3) alors que les répondants habitant en banlieue sont moins enclins à avoir ce type de comportements (RCA = 0,75 [0,57-0,98] et RCA = 0,59 [0,37-0,93]). Les répondants résidant en milieu rural sont moins enclins à consommer des substances de catégorie C de façon plus régulière (RCA = 0,37 [0,17-0,81]).

Sur les plans sociodémographique et sociosexuel, une plus forte probabilité de consommer des substances de catégorie C, que ce soit sur une base occasionnelle ou plus régulière est observée chez ceux qui s'identifient comme minorité visible (RCA = 1,34 [1,09-1,65] et RCA = 1,60 [1,15-2,24]), demeurent en région parisienne (RCA = 1,40 [1,22-1,62] et RCA = 1,88 [1,47-2,40]), sont porteurs du VIH (RCA = 1,57 [1,22-2,02] et RCA = 1,53 [1,02-2,30]) et ont contracté une ITSS dans les 12 derniers mois (RCA = 1,33 [1,16-1,54] et RCA = 1,79 [1,41-2,27]). Avoir été dépisté pour le VIH au cours des 12 derniers mois est aussi associé à une probabilité plus forte de consommer des substances de catégorie C de façon occasionnelle (RCA = 1,29 [1,12-1,48]) de même qu'avoir appris être porteur du VHC (RCA = 1,77 [1,18-2,64]).

Le « Chemsex » selon le Net Gay Baromètre français 2013

Plusieurs variables concernant la sexualité avec les partenaires occasionnels ressortent comme associées à la consommation de substances de type C que ce soit de façon occasionnelle ou plus régulière : avoir eu au moins 10 partenaires occasionnels masculins (RCA = 1,49 [1,30-1,71] et RCA = 1,98 [1,54-2,54]), avoir pratiqué la pénétration anale avec un partenaire sérodivergent (RCA = 1,29 [1,02-1,62] et RCA = 1,46 [1,05-2,03]) et avoir pratiqué le « bareback » en association avec la consommation de substances (RCA = 3,57 [3,03-4,20] et RCA = 5,26 [4,04-6,86]). Avoir eu des pratiques sexuelles alternatives avec ces partenaires est associé à une consommation occasionnelle de substances de catégorie C (RCA = 1,40 [1,21-1,63]).

Au niveau des contextes de consommation, les variables suivantes sont associées à une plus forte probabilité de consommer ces substances de type C occasionnellement ou plus régulièrement : avoir consommé pour améliorer les performances et sensations sexuelles (RCA = 2,09 [1,82-2,41] et RCA = 2,51 [1,98-3,19]). Les répondants rapportant avoir consommé dans le cadre de relations sexuelles tarifées (travail du sexe) sont plus enclins à consommer ces substances de catégorie C de façon plus régulière (RCA = 1,87 [1,21-2,91]).

Au regard de la santé psychologique, les caractéristiques suivantes sont associées avec une probabilité plus forte de consommer des substances de catégorie C : la recherche de sensations fortes (RCA = 1,45 [1,26-1,67] et RCA = 1,69 [1,30-2,18]), la satisfaction à l'égard de son apparence physique (RCA = 1,20 [1,05-1,38] et RCA = 1,36 [1,06-1,75]), ainsi qu'avoir été préoccupés par sa consommation de drogues dans les douze derniers mois (RCA = 4,08 [3,44-4,85] et RCA = 14,08 [10,95-18,11]).

Du point de vue de leur santé interpersonnelle et sociale, les consommateurs de substances de catégorie C ont davantage été agressés en raison de leur orientation sexuelle (RCA = 1,39 [1,04-1,88]; RCA = 1,83 [1,18-2,85]). Rapporter avoir été discriminés en raison du fait d'être porteur du VIH caractérise aussi davantage les consommateurs occasionnels (groupe 2), alors que la discrimination en raison d'une activité de travail du sexe caractérise davantage les consommateurs réguliers (RCA = 2,98 [1,72-5,18]).

Discussion

Dans un premier temps, 68,1% (11 842/17 385) déclarent avoir consommé au moins une substance dans les 12 derniers mois, démontrant un usage plus élevé que dans la population générale (Cochran et al., 2004; McCabe et al., 2009). Dans l'enquête sur l'usage des drogues et pratiques addictives en France publiée en 2014 (Beck, Guignard et Richard, 2014), les prévalences de la consommation de la cocaïne, du MDMA/ecstasy et des amphétamines étaient respectivement de 1,5%, 1,2% et 0,4% chez les hommes de 18 à 64 ans, alors qu'elles sont de 5,7% pour la cocaïne dans l'échantillon total du NGB (994/17 385 participants), 4,1% pour le MDMA (710/17 385), 3,0% pour l'ecstasy (521/17 385) et 2,4% (414/17 385) pour les amphétamines.

En regard des résultats obtenus sur les patrons de consommation, nous constatons qu'une diversité de substances sont consommées, se déclinant selon quatre patrons allant des substances courantes (A), comprenant l'alcool et le cannabis, à 2 catégories de substances plus sexuelles, l'une aux effets physiologiques (B), comprenant le Viagra ou autres substances similaires ainsi que les *poppers*, et l'autre aux effets psychotropes (C). Cette dernière catégorie de substances associées au « chemsex » comprend la cocaïne, la MDMA, les amphétamines (speed), le GHB, l'ecstasy, la kétamine, les cathinones et la méthamphétamine. La quatrième catégorie regroupe quant à elle

Le « Chemsex » selon le Net Gay Baromètre français 2013

les drogues dures (D), comprenant le crack, l'héroïne ainsi que les produits pharmacologiques dérivés de leur usage sous ordonnance, rarement rapportées. Ces résultats diffèrent quelque peu de ceux rapportés dans le cadre d'autres études, puisque certains auteurs énoncent que les substances liées à la pratique de PANP (résultats qui relient pratiques sexuelles et consommation de substances, s'apparentant donc au « chemsex ») sont les *poppers*, la méthamphétamine, le Viagra (ou autre produit similaire), la kétamine et le GHB (Carey et al., 2009). De plus, dans le cadre d'une étude portant sur les « slammers », les cathinones, la cocaïne et le GHB représentaient les substances les plus consommées (L'Yavanc et al., 2014). C'est donc dire que les résultats de notre analyse factorielle associent un plus grand nombre de substances au « chemsex ». Celle-ci, mise en relief avec les résultats de Madesclaire (2015), renforce l'hypothèse que les deux cultures de consommation que représentent les « sexers » en quête de partenaires sexuels, et les « clubbers » consommant à des fins récréatives dans les clubs, se sont rapprochées, possiblement via les applications de rencontres mobiles utilisant la géolocalisation.

En ce qui concerne les résultats comparant les consommateurs des drogues de catégorie C aux autres, plusieurs faits saillants semblent à considérer. Dans un premier temps, rappelons que ces substances, par leurs effets psychostimulants et désinhibiteurs, contribuent à modifier la perception de l'autre et de l'environnement comme à améliorer les performances sexuelles. Ces hommes sont plus homocentrés et urbains ; ils partagent davantage une culture de sexe marginale (pratiques sexuelles alternatives, pratiques sexuelles à risque) ; ils sont plus souvent identifiés à des personnes des minorités visibles et plus nombreux à habiter en région parisienne. Plusieurs de ces caractéristiques s'apparentent à celles dégagées par Green et Feinstein (2012) rapportant que la consommation de substances psychoactives serait influencée par le sentiment d'appartenance et l'affiliation au milieu gai.

Les variables associées à la consommation de substances montrent les liens entre consommation, comportements sexuels à risque, exposition au VIH et au VHC : nombre élevé de partenaires, PANP en contexte de sérodivergence, pratique du « bareback » et d'autres sexualités alternatives, recherche de sensations fortes et d'amélioration de leurs performances sexuelles. Ces données semblent renforcer l'idée qu'il y aurait une association entre la consommation de substances et les comportements sexuels à risque (Vosburgh et al., 2012), tels que les PANP (Carey et al., 2009 ; McCarty-Caplan et al., 2014 ; Santos et al., 2013 ; Vosburgh et al., 2012), la sexualité en groupe ou la pratique du « bareback » (Klein, 2011).

Sur le plan de leur santé, on note que les répondants des groupes 2 et 3 sont davantage préoccupés par le fait d'être porteurs du VIH et d'avoir contracté une ITSS. Le fait que ces répondants semblent plus préoccupés par leur santé sexuelle semble concorder avec leurs pratiques sexuelles plus risquées. Il semble d'ailleurs important de considérer que parmi les adeptes du « bareback », l'usage du condom semble délaissé lorsqu'un partenaire désire une relation non protégée, indépendamment de son statut sérologique (Adam, Husband, Murray et Maxwell, 2008). Le fait de ne pas négocier le port du condom au sein de la culture « bareback » pourrait être l'un des facteurs de risque à la transmission du VIH chez nos répondants, de même qu'une source de préoccupation pour ces derniers comme l'indiquent nos résultats. Il semble donc que les répondants de cet échantillon soient conscients des risques qu'ils encourent dans le cadre de leurs pratiques sexuelles, et que ces risques pourraient être attribuables à des règles bien établies au sein de la culture « bareback » (Adam et al., 2008).

Soulignons les vulnérabilités des répondants du groupe 3, qui sont moins scolarisés, moins soucieux de leur santé sexuelle (se faisant dépister moins souvent tout en ayant plus souvent déclaré

des ITSS) et proportionnellement plus nombreux à avoir été discriminés à l'égard du travail du sexe, dans le cadre duquel la consommation de substances serait plus souvent pratiquée (Léobon et al., 2011). Les répondants du groupe 2 présentent quant à eux quelques facteurs de protection, dont le fait d'avoir été proportionnellement plus nombreux à avoir complété des études universitaires et à s'être fait dépister pour le VIH et du VHC. Si l'intensité, les formes et les contextes de leur consommation varient selon les territoires, les sous-cultures (Frederick et al., 2014) et certains facteurs individuels (Berg, 2008; Green et al., 2006; Grov, 2010), les résultats présentés ici révèlent les liens entre la consommation de substances, les cultures de sexe dites « à risque » et l'exposition au VIH. Ils rejoignent donc la pratique du « chemsex » en soulignant des problématiques de santé spécifiques.

Face à ces résultats, plusieurs actions de prévention ou de réduction des risques devraient être envisagées à l'égard des consommateurs de substances liées au « chemsex ». La consommation d'alcool et de drogues, surtout lorsqu'elle combine plusieurs substances à la fois, affecte la prise de risques sexuels et la séroconversion dans le temps (Mimiaga et al., 2015). Dans une optique de prévention du VIH, les interventions relatives à la consommation de substances devraient donc être prioritaires. De même, il importe de considérer des variables liées à la santé des HRSH comme facteurs associés à la prise de risques sexuels et à l'infection subséquente par le VIH (Mimiaga et al., 2015; Stall et al., 2003). Dans cette optique, la prévention devrait concerner prioritairement le groupe 3, qui affiche un profil de vulnérabilité plus alarmant. Soulignons l'hétérogénéité des patrons de consommation et du rapport aux risques et à la santé parmi ces consommateurs de substances psychoactives possiblement associées au « chemsex ». En conclusion, des interventions qui tiennent compte de ces besoins et de vulnérabilités distinctes doivent être déployées.

Limites et pistes de recherches futures

La présente étude comporte plusieurs limites sur le plan méthodologique. Dans un premier temps, les analyses effectuées ont porté sur les consommateurs de drogues de catégorie C, quels qu'en soient les contextes et non uniquement sur les hommes consommant des substances pour pratiquer le « chemsex ». Il est donc possible que les « clubbers », étant les hommes consommant des drogues de la catégorie C à des fins récréatives uniquement, puissent teinter les résultats présentés. Cependant, ce choix permettait de rejoindre les données qualitatives du rapport de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) qui montrent la porosité de ces deux groupes d'hommes (Madesclaire, 2015), aussi présents dans le présent échantillon. Dans cette optique, il serait intéressant de répliquer les analyses auprès des hommes qui rapportent avoir consommé des substances « afin d'augmenter leurs sensations ou performances sexuelles ».

Par ailleurs, nous avons catégorisé les groupes d'hommes en fonction de leur consommation occasionnelle (1 à 9 fois au cours des 12 derniers mois) ou plus régulière (10 fois ou plus) d'après les valeurs recueillies dans la présente enquête. Cette régularité de consommation n'a donc pas été appuyée par la littérature. Précisons que dans le cadre de l'édition 2017 de l'enquête NGB, l'échelle de mesure de la fréquence de consommation a changé et va maintenant de « jamais » à « tous les jours ou presque ». Ainsi, dans l'éventualité où des analyses seront reproduites avec les données de la plus récente édition de l'étude, nous serons en mesure d'établir d'autres catégories de consommation « occasionnelle » et « régulière », qui seront cette fois appuyées par la littérature. En terminant, nous avons également utilisé un devis corrélationnel, ce qui ne permet pas d'établir un lien de causalité au niveau des variables analysées.

Bibliographie

Adam, B. D., Husbands, W., Murray, J. et Maxwell, J. (2008). Silence, assent and HIV risk. *Culture, Health & Sexuality*, 10(8), 759-772.

Batisse, A., Grégoire, M., Marillier, M., Fortias, M. et Djezzar, S. (2016). Usage de cathinones à Paris. *L'Encéphale*, 42(4), 354-360.

Beck, F., Guignard, R. et Richard, J.-B. (2014). *Usages de drogues et pratiques addictives en France. Analyses du Baromètre santé Inpes*. Paris, France : La documentation française.

Berg, R. C. (2008). Barebacking among MSM Internet users. *AIDS and Behavior*, 12(5), 822-833.

Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P. et Weatherburn, P. (2015). "Chemsex" and harm reduction need among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*, 26(12), 1171-1176.

Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres Rueda, S. et Weatherburn, P. (2014). *The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham. Technical Report*. London, United Kingdom : Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Carey, J. W., Mejia, R., Bingham, T., Ciesielski, C., Gelaude, D., Herbst, J. H., ... et Stall, R. (2009). Drug use, high-risk sex behaviors, and increased risk for recent HIV infection among men who have sex with men in Chicago and Los Angeles. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1084.

Cochran, S. D., Ackerman, D., Mays, V. M. et Ross, M. W. (2004). Prevalence of non medical drug use and dependence among homosexually active men and women in the US population. *Addiction*, 99(8), 989-998.

Davis, M., Hart, G., Bolding, G., Sherr, L. et Elford, J. (2006). E dating, identity and HIV prevention: theorising sexualities, risk and network society. *Sociology of Health & Illness*, 28(4), 457-478.

Foureur, N. et AIDES. (2013). *Slam : première enquête qualitative en France*. Paris, France : AIDES.

Frederick, B. J., et Perrone, D. (2014). "Party N Play" on the Internet: subcultural formation, craigslist, and escaping from stigma. *Deviant Behavior*, 35(11), 859-884.

Green, K. E. et Feinstein, B. A. (2012). Substance use in lesbian, gay, and bisexual populations: An update on empirical research and implications for treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 265.

Green, A. I. et Halkitis, P. N. (2006). Crystal methamphetamine and sexual sociality in an urban gay subculture: An elective affinity. *Culture, Health & Sexuality*, 8(4), 317-333.

Grov, C. (2010). Risky sex-and drug-seeking in a probability sample of men-for-men online bulletin board postings. *AIDS and Behavior*, 14(6), 1387-1392.

Grov, C. (2012). HIV risk and substance use in men who have sex with men surveyed in bathhouses, bars/clubs, and on Craigslist. org: venue of recruitment matters. *AIDS and Behavior*, 16(4), 807-817.

Klein, H. (2011). Substance use and abuse among men using the Internet specifically to find partners for unprotected sex. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(2), 89-98.

Le « Chemsex » selon le Net Gay Baromètre français 2013

Lea, T., Mao, L., Bath, N., Prestage, G., Zablotska, I., de Wit, J. et Holt, M. (2013). Injecting drug use among gay and bisexual men in Sydney: prevalence and associations with sexual risk practices and HIV and hepatitis C infection. *AIDS and Behavior*, 17(4), 1344-1351.

Léobon, A., Otis, J., Brathwaite, Y. C. et McFayden, A. (2013). Ways of participating in sex parties where Slam is practiced, among barebacker Men who have Sex with Men (MSM), according to Net Gay Baromètre (NGB) 2013. In 11^e AIDS Impact Conference. Barcelona, Barcelona.

Léobon A., Velter A., Engler K., Drouin M.C. et Otis J. (2011). A relative profile of HIV-negative users of French websites for men seeking men and predictors of their regular risk taking: a comparison with HIV-positive users, AIDS Care Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV. *AIDS Care*, 23(1), 25-34.

L'Yavanc, T., Missonier, R., Hamidi, M., Velasquez, N. et Pialoux, G. (2014). R-07 : Pratique du « Slam » chez les HSH séropositifs pour le VIH. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 44(6), 91-92.

Madesclaire T. (2015). *Les consommations de substances illicites en contextes gays parisiens (2009-2015). Notes ethnographiques du site TREND Paris* [non publié]. Saint-Denis, France : OFDT.

McCabe, S. E., Hughes, T. L., Bostwick, W. B., West, B. T. et Boyd, C. J. (2009). Sexual orientation, substance use behaviors and substance dependence in the United States. *Addiction*, 104(8), 1333-1345.

McCall, H., Adams, N., Mason, D. et Willis, J. (2015). What is chemsex and why does it matter? *British Medical Journal*, 351.

McCarty-Caplan, D., Jantz, I. et Swartz, J. (2014). MSM and drug use: A latent class analysis of drug use and related sexual risk behaviors. *AIDS and Behavior*, 18(7), 1339-1351.

Milhet, M., Néfau, T., Bordeaux, L. et Marseille, P. (2017). *Chemsex, slam. Renouveau des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH*. Saint-Denis, France : OFDT, coll. Théma TREND.

Mimiaga, M. J., O'Cleirigh, C., Biello, K. B., Robertson, A. M., Safren, S. A., Coates, T. J., ... et Mayer, K. H. (2015). The effect of psychosocial syndemic production on 4-year HIV incidence and risk behavior in a large cohort of sexually active men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 68(3), 329.

Santos, G. M., Coffin, P. O., Das, M., Matheson, T., DeMicco, E., Raiford, J. L., ... et Herbst, J. H. (2013). Dose-response associations between number and frequency of substance use and high-risk sexual behaviors among HIV-negative substance-using men who have sex with men (SUMSM) in San Francisco. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 63(4), 540.

Stall, R., Mills, T. C., Williamson, J., Hart, T., Greenwood, G., Paul, J., ... et Catania, J. A. (2003). Association of co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men. *American journal of public health*, 93(6), 939-942.

Talley, A. E., Tomko, R. L., Littlefield, A. K., Trull, T. J. et Sher, K. J. (2011). The influence of general identity disturbance on reports of lifetime substance use disorders and related outcomes among sexual minority adults with a history of substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(3), 530-568.

UNAIDS (2014) CARIMIS: The Caribbean men's internet survey. Suisse, Genève : UNAIDS.

Le « Chemsex » selon le Net Gay Baromètre français 2013

Vosburgh, H. W., Mansergh, G., Sullivan, P. S. et Purcell, D. W. (2012). A review of the literature on event-level substance use and sexual risk behavior among men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 16(6), 1394-1410.

Weatherburn, P., Schmidt, A. J., Hickson, F., Reid, D., Berg, R. C., Hospers, H. J. et Marcus, U. (2013). The European Men-who-have-sex-with-men internet survey (EMIS): design and methods. *Sexuality Research and Social Policy*, 10(4), 243-257.

Wei, C., Guadamuz, T. E., Lim, S. H., Huang, Y. et Koe, S. (2012). Patterns and levels of illicit drug use among men who have sex with men in Asia. *Drug and Alcohol Dependence*, 120(1), 246-249.



RÉSULTATS DE RECHERCHE

Consommation de substances en contexte sexuel chez des hommes gbHSH de Montréal : 2009-2016

Martin Blais, Ph. D. (sociologie), sexologue, professeur, département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Joanne Otis, Ph. D. (santé publique), professeure, département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Gilles Lambert, MD, Direction régionale de santé publique, CIUSS du Centre sud de Montréal

Joseph Cox, MD, Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University, Montréal et Direction régionale de santé publique, CIUSS du Centre sud de Montréal

Thomas Haig, Ph. D., Département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

Groupe de recherche Spot

Coordonnées

Martin Blais
Professeur titulaire, Département de sexologie
Université du Québec à Montréal
C.P. 8888, Succursale Centre-ville
Montréal, H3C 3P8
514-987-3000, poste 4031
blais.martin@uqam.ca

Cette recherche a été rendue possible grâce au financement des agences suivantes : Canadian Institutes of Health Research (CIHR) (MOP-123471); Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Direction de la santé publique; Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); CIHR Canadian HIV Trials Network (CTNPT 002; CTN 276); Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), Réseau sida et maladies infectieuses (SIDA-MI).

Résumé

La consommation de substances chez les hommes gais, bisexuels ou ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (gbHSH) constitue un des déterminants des relations sexuelles à risque d'infections transmissibles sexuellement, incluant le VIH. Cet article vise (1) à documenter la prévalence et les tendances temporelles de la consommation d'alcool et de drogues lors des rapports sexuels entre 2009 et 2016 chez des gbHSH montréalais séronégatifs pour le VIH ou de statut inconnu, et (2) à estimer l'association entre la consommation de ces substances et les relations anales à risque d'infection par le VIH (RAR-VIH). L'échantillon est composé de 2 149 gbHSH âgés de 18 à 74 ans qui ont demandé un dépistage du VIH entre 2009 et 2016. La prévalence de consommation lors d'au moins un rapport sexuel sur une période de 3 mois entre 2009 et 2016 était de 55% pour l'alcool, environ 20% pour le cannabis et les *poppers*, 6 à 8% pour l'ecstasy/MDMA, les médicaments contre la dysfonction érectile et la cocaïne, environ 5% pour le GHB et le *speed* et inférieure à 2% pour la kétamine, le crack, le LSD et l'héroïne. La consommation de la plupart de ces substances (alcool, cannabis, *poppers*, cocaïne, ecstasy/MDMA, GHB, *speed*) a décliné entre 2009 et 2014-2015 et a ensuite augmenté légèrement. La consommation de *crystal meth* a diminué entre 2009 et 2012-2013 et était revenue, en 2016, à son niveau de 2010, alors que celle de la kétamine et des médicaments contre la dysfonction érectile a diminué de 2009 à 2016. Les modèles logistiques montrent que les RAR-VIH étaient significativement associées à la consommation de substances lors des relations sexuelles, avec des ratios de cote variant de 2,13 (pour l'alcool) à 10,49 (pour le *crystal meth*). Des recommandations visant la prise en compte des enjeux mis en lumière par ces résultats sont proposées.

Mots-clés : hommes, gbHSH, consommation de substances, VIH, Montréal

Substance use in a sexual context among men gbHSH of montreal: 2009-2016

Abstract

Gay, bisexual and other men having sex with men (gbMSM) are disproportionately affected by substance use, which is a determinant of sexually transmitted infection epidemics, including HIV. This paper aims at (1) estimating prevalence and temporal trends in alcohol and drugs use before and during sex from 2009 to 2016 among gbMSM of negative or unknown HIV status, and (2) to estimate the statistical relationship between substance use and condomless anal sex at risk for HIV transmission (CAS-HIV). Data from 2,149 gbMSM aged 18 to 74 seeking HIV testing were collected from 2009 and 2016 in Montreal. Rates of substance use during sex over 3 months were 55% for alcohol, about 20% for cannabis and *poppers*, 6 to 8% for GHB and *speed*, and less than 2% for ketamine, crack, LSD and heroin. Compared to the 2009 baseline, we observed a decline in alcohol, cannabis, *poppers*, cocaine, ecstasy/MDMA, GHB and *speed* use up to 2014–2015, followed by a slight but significant increase. Crystal meth use decreased from 2009 to 2013, but returned, in 2016, to its 2010 level. Ketamine and erectile dysfunction use declined from 2009 to 2016.

Logistic regressions revealed that substance use was significantly associated with CAS-HIV, with odds ratio ranging from 2.13 (for alcohol) to 10.49 (for crystal meth). Recommendations to address the issues highlighted by these results are proposed.

Keywords: gbMSM, substance use, HIV, temporal trends, Montreal

Consumo de sustancias en contexto sexual entre los hombres gbHSH de Montreal: 2009-2016

Resumen

El consumo de sustancias entre los hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (gbHSH) constituye uno de los determinantes de las relaciones sexuales a riesgo de infecciones transmisibles sexualmente, incluyendo el VIH. Este artículo tiene como objetivo lo siguiente: 1) documentar la prevalencia y las tendencias temporales del consumo de alcohol y de drogas durante las relaciones sexuales entre 2009 y 2016 entre los hombres gbHSH monrealeses seronegativos para el VIH o de condición desconocida y 2) estimar la relación entre el consumo de estas sustancias y las relaciones anales con riesgo de infección por el VIH (RAR-VIH). La muestra está compuesta por 2149 gbHSH de 18 a 74 años que solicitaron un despistaje de VIH entre los años 2009 y 2016. La prevalencia de consumo durante por lo menos una relación sexual durante un período de 3 meses entre el 2009 y el 2016 era de 55% para el alcohol, alrededor del 20% para el cannabis y los *poppers*, 6 a 8% para el éxtasis/MDMA, los medicamentos para la disfunción eréctil y la cocaína, alrededor del 5% para el GHB y el speed e inferior al 2% para la ketamina, el crack, el LSD y la heroína. El consumo de la mayor parte de estas sustancias (alcohol, cannabis, *poppers*, cocaína, éxtasis/MDMA, GHB, speed) disminuyó entre 2009 y 2012-2013 y luego aumentó ligeramente. El consumo de cristal met disminuyó entre 2009 y 2012-2013 y volvió a su nivel de 2010 en 2016, mientras que entre 2009 y 2016 disminuyó el uso de la ketamina y los medicamentos contra la disfunción eréctil. Los modelos logísticos indican que los RAR-VIH estaban significativamente vinculados con el consumo de sustancias durante las relaciones sexuales, con porcentajes de cota que varían entre 2,13 (para el alcohol) y 10,49 (para el cristal met). Se proponen recomendaciones dirigidas a tener en cuenta las implicaciones puestas en evidencia por estos resultados.

Palabras clave: hombres, gbHSH, consumo de sustancias, VIH, Montreal

Consommation de substances en contexte sexuel chez les gbHSH de Montréal : 2009-2016

La consommation de substances chez les hommes gais, bisexuels ou ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (gbHSH) s'observe dans des proportions élevées (Wirtz et al., 2016; Yadav et al., 2014) et constituerait tout autant une des conséquences qu'un des déterminants d'autres épidémies parallèles, notamment celles des infections transmissibles sexuellement (ITS), incluant le VIH (Baliunas, Rehm, Irving et Shuper, 2010; Stall, Friedman et Catania, 2007). Elle pourrait faire partie intégrante d'une culture de la sexualité chez certains hommes gbHSH (Hegazi et al., 2017; Sewell et al., 2017). Elle est présente dans les lieux de socialisation comme les bars, où des proportions importantes d'hommes gbHSH rencontrent leurs partenaires sexuels (59,5% en 2005, 42,1% en 2008-2009; Lambert et al., 2006, 2011). Elle multiplierait la probabilité d'avoir des relations sexuelles le jour même de la consommation jusqu'à trois fois, dans le cas de l'alcool et du cannabis, et jusqu'à 10 fois dans le cas des substances utilisées à des fins récréatives (Rendina, Moody, Ventuneac, Grov et Parsons, 2015). La consommation de substances est aussi associée à différents facteurs de risque d'ITS, tels qu'un nombre plus élevé de partenaires sexuels (Li et McDaid, 2014; Wirtz et al., 2016) et un usage non systématique du condom lors des relations anales (Rendina et al., 2015; Wirtz et al., 2016), incluant avec des partenaires (potentiellement) sérodiscordants (Li et McDaid, 2014; Otis et al., 2006; Woolf-King et al., 2013).

Peu d'études ont décrit la consommation de substances chez les hommes gbHSH montréalais ou québécois. La Cohorte Oméga a fourni des données longitudinales sur l'usage de substances chez les gbHSH montréalais séronégatifs pour le VIH ou de statut inconnu, sans égard au contexte sexuel (Otis et al., 2006). Entre avril 1997 et juillet 2003, l'enquête a documenté une augmentation de la prévalence de la consommation au moins une fois dans les six mois précédant la collecte de données pour la cocaïne (celle-ci passant de 9,7 à 15,4%), l'ecstasy (7,5 à 11,8%), les hallucinogènes (2,8 à 7,4%), le *speed* (1,4 à 8,8%) et le GHB (0,0 à 3,7%), sans changement significatif dans la consommation de cannabis, de *poppers* et d'héroïne. Au total, 70% des hommes gbHSH suivis dans la cohorte ont rapporté avoir consommé au moins une fois l'une de ces substances durant la période 1997-2003. Aucune information n'était rapportée concernant l'usage d'alcool dans Otis et al. (2006).

L'enquête ARGUS a colligé des données chez les hommes gbHSH montréalais au cours de deux cycles transversaux : en 2005 auprès de 1 957 répondants et en 2008-2009 auprès de 1 873 répondants. En 2005, 73% des participants ont rapporté avoir consommé de l'alcool au moins une fois avant ou pendant des rapports sexuels dans les six mois précédant l'enquête et 28%, lors d'au moins la moitié de ces rapports; 38%, du cannabis lors d'au moins un rapport sexuel et 15%, au moins la moitié des fois; 30%, des *poppers* lors d'au moins un rapport sexuel et 10%, au moins la moitié des fois; 21%, de la cocaïne lors d'au moins un rapport sexuel et 7%, au moins la moitié des fois; 16% des médicaments contre la dysfonction érectile (pour augmenter les performances sexuelles) au moins une fois lors des rapports sexuels et 5%, au moins la moitié des fois; 15% du *speed* au moins une fois et 3%, au moins la moitié des fois; 16% de l'ecstasy au moins une fois et 3%, au moins la moitié des fois; 11%, du GHB au moins une fois et 2%, au moins la moitié des fois; 9% de la kétamine au moins une fois et 1%, au moins la moitié des fois; avec des taux plus faibles pour le *crystal meth* (2,6%), l'héroïne (2,4%) et le LSD (1,8%) et en deçà de 1% pour au

Consommation en contexte sexuel chez des gbHSH montréalais

moins la moitié des fois (Lambert et al., 2006 ; Tremblay et al., 2007). Quelle que soit la substance considérée, la prévalence de consommation s'est révélée plus faible ou similaire en 2008-2009 comparativement à 2005, sans que l'on puisse affirmer si ces différences résultaient d'une diminution des taux de consommation chez les hommes gbHSH ou de différences dans la composition sociodémographique des échantillons (Lambert, Cox, Miangotar, et al., 2011).

Les données du sondage *Sexe au présent* réalisé auprès d'environ 8 000 hommes gbHSH à travers le Canada pour les années 2014-2015 (Trussler et Ham, 2016) révèlent que la substance la plus consommée par les répondants avant leur dernier rapport sexuel était les médicaments contre la dysfonction érectile (15%), le cannabis (12%), l'alcool (11%) et les *poppers* (10%). Le *crystal meth* (2%), la cocaïne (1,5%) et le GHB (1,6%) étaient consommés par 1,5 à 2% des répondants, suivis de l'ecstasy/MDMA (1%), de la kétamine (0,3%) et de la méphédrone (0,1%).

En ce qui concerne la relation entre la consommation de substances et les relations anales sans condom à risque de transmission du VIH et d'autres ITS, l'enquête Oméga révélait que les hommes gbHSH qui rapportaient avoir consommé du cannabis, des *poppers*, de la cocaïne, de l'ecstasy, des hallucinogènes, du *speed* ou du GHB étaient aussi plus susceptibles d'avoir eu de telles relations durant la même période calendrier (Otis et al., 2006). Les données ARGUS ont aussi révélé que les participants ayant consommé de la drogue (sauf de la cocaïne), de la cocaïne (avec ou sans une autre drogue) ou au moins cinq consommations d'alcool lors de leur dernière relation sexuelle étaient plus susceptibles d'avoir eu une relation anale à risque lors de cette relation que ceux qui n'avaient pas consommé ces substances (Lambert, Cox, Hottes, et al., 2011). De tels résultats sont concordants avec la littérature internationale (Baliunas et al., 2010 ; Laceyfield, Charles, Schrader, Ronald et Kuhlman, 2015).

Ces divers travaux québécois et canadiens (Oméga, ARGUS et *Sexe au présent*) apportent chacun un éclairage sur le phénomène à l'étude, mais ils ne permettent pas d'établir des tendances temporelles de consommation, puisqu'ils diffèrent eu égard à la population étudiée, aux modalités de recrutement et aux indicateurs de consommation (au cours des 6 derniers mois sans égard au contexte sexuel, lors des relations sexuelles au cours des six derniers mois, lors de la dernière relation sexuelle exclusivement). La présente étude vise à pallier en partie ces limites en décrivant (1) la prévalence et les tendances de la consommation de substances (alcool, drogues, médicaments contre la dysfonction érectile) lors des rapports sexuels entre 2009 et 2016 chez les hommes gbHSH séronégatifs ou de statut sérologique inconnu qui ont fréquenté un centre de dépistage rapide du VIH en milieu communautaire à Montréal ; et (2) les coefficients d'association entre la consommation de ces substances avec les relations anales avec des partenaires de statut sérologique inconnu ou séropositif avec charge virale inconnue ou détectable, qualifiées de relations anales à risque de transmission du VIH (RAR-VIH) qui constituent le principal mode de transmission du VIH dans ce groupe (Baggaley, White et Boily, 2010).

MÉTHODE

Procédure

L'échantillon est composé de 2 149 gbHSH qui ont été rencontrés à Montréal dans le cadre du projet Spot. Spot est un projet de recherche interventionnelle ayant implanté une approche de dépistage rapide du VIH, réalisé par un infirmier, et de *counseling* préventif intensif offert par un intervenant communautaire formé. Pour être éligibles, les répondants devaient s'auto-identifier comme homme, avoir au moins 18 ans, parler l'anglais ou le français, résider dans la province de Québec, avoir eu au moins un partenaire sexuel masculin au cours des 12 mois précédant leur rendez-vous et présenter un statut sérologique au VIH négatif ou inconnu. La collecte de données s'est déroulée de juillet 2009 à mai 2016 et 2 879 participants y ont pris part. Des activités de recrutement ont été déployées dans la communauté gaie montréalaise ainsi qu'en ligne. Les participants ont indiqué avoir été informés du projet via leurs amis, du matériel promotionnel imprimé, des articles ou des publicités imprimées dans les magazines destinés à la communauté gaie montréalaise, les moteurs de recherche sur le Web ou les bannières publicitaires sur des sites Internet.

En raison de son financement et de l'évolution de ses objectifs, le projet s'est échelonné sur trois phases de collecte de données entre 2009 et 2016. Chaque phase prévoyait trois collectes de données par questionnaire auprès des participants : à la visite initiale, ainsi que trois et six mois plus tard. À la visite initiale, le questionnaire était administré en entrevue en face à face avec un intervenant; les données de suivi étaient colligées en ligne ou au site communautaire, selon les préférences des répondants. Durant la première phase, aucune compensation n'était offerte aux participants. Durant les phases deux et trois, des modalités de compensation différentes ont été mises en place pour augmenter le taux de participation aux suivis. Lors de la seconde phase, les participants qui remplissaient les questionnaires de suivi dans les locaux du projet recevaient 20\$ à titre de compensation pour leurs frais de déplacement. Ceux qui transmettaient plutôt les questionnaires de suivi par la poste étaient inscrits à un tirage de 50\$. Durant la phase trois, les participants recevaient une compensation de 30\$ au premier suivi et de 50\$ au second suivi. Aucune compensation n'était offerte à la visite initiale.

En raison d'une interruption du financement, aucune donnée n'est disponible pour le second semestre de 2012 et le premier semestre de 2013. Les données utilisées dans cet article sont tirées des réponses de 2 149 répondants qui ont rapporté avoir eu des relations sexuelles anales et pour lesquels les données sur la consommation de substance et le profil sociodémographique, utilisées comme variables d'ajustement, étaient disponibles (âge, lieu de naissance, niveau de scolarité, revenu, orientation sexuelle et antécédents de dépistage). Des données trimestrielles sont disponibles de 2009 à 2016 et elles ont été agrégées par semestre pour simplifier leur présentation. Des données sont disponibles pour 12 semestres, chacun comptant 270 à 510 observations (sauf pour le second semestre de 2013 pour lequel seules 63 observations étaient disponibles), pour un total de 3 416 observations.

Le projet a fait l'objet d'une évaluation sur le plan éthique et a été approuvé par les comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal et du CSSS Jeanne-Mance. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement leur présentant en

Consommation en contexte sexuel chez des gbHSH montréalais

détail les risques et les bénéfices possibles associés à leur participation, la procédure de collecte de données à mesures répétées ainsi que les modalités prises pour garantir la confidentialité des informations colligées.

Mesures

Consommation de substances. La consommation de substances a été mesurée par la question suivante : «Au cours des trois derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été sous l'effet de l'une ou l'autre des substances suivantes lors de vos relations sexuelles (orales ou anales) avec vos partenaires masculins?». Les substances évaluées étaient : alcool, cannabis, GHB, cocaïne, héroïne, LSD, *crystal meth*, kétamine/spécial K, *crack*, ecstasy/MDMA, *speed*, médicaments contre la dysfonction érectile, et *poppers*. L'échelle de réponses proposait trois options : *Jamais*, *Moins de la moitié des fois*, et *La moitié des fois ou plus*. Deux indicateurs dichotomiques ont été créés pour chacune des substances : *Jamais* (0) vs *Au moins une fois* (1), et *Jamais ou moins de la moitié des fois* (0) vs *La moitié des fois ou plus* (1).

Relations anales à risque. Les variations dans la consommation de substances ont été examinées en fonction de l'occurrence de relations anales considérées à risque de transmission du VIH (RAR-VIH). Les RAR-VIH ont été opérationnalisées ainsi : une relation anale, insertive ou réceptive, sans condom avec un partenaire de statut sérologique inconnu ou séropositif avec charge virale inconnu ou détectable, au cours des trois derniers mois.

Variables d'ajustement. Comme cette étude reposait sur un recrutement continu qui est propice à des variations dans la composition de l'échantillon d'une période à l'autre, les variables d'ajustement suivantes ont été prises en compte dans les modèles multivariés : l'orientation sexuelle (gai/homosexuel/bisexuel vs autre), les antécédents de dépistage (au cours de la dernière année vs plus d'une année vs jamais dépisté), l'âge à la visite initiale (en année), le nombre de visites, le lieu de naissance (Canada vs hors Canada), le niveau de scolarité (au moins un diplôme d'études secondaires [DES] vs plus d'un DES) et le revenu annuel (moins de 30 000 \$ vs 30 000 \$ ou plus).

Analyses statistiques

Dans un premier temps, nous avons estimé la prévalence (incluant l'intervalle de confiance à 95%) de consommation «lors d'au moins une relation sexuelle» et «lors de la moitié des relations sexuelles ou plus» au cours des trois derniers mois pour chacune des substances considérées et pour l'ensemble de la période (2009-2016). Dans un second temps, nous avons analysé l'évolution de ces prévalences de 2009 à 2016, par semestre. Pour déterminer l'existence de tendances temporelles dans la consommation de ces substances, l'association entre la prévalence de chacune des substances et le temps calendrier, chronologique et au carré (pour tenir compte des tendances non linéaires), a été testée. Comme les mesures répétées chez un même répondant ne sont pas indépendantes les unes des autres et que les postulats d'une approche à effets fixes n'étaient pas respectés, nous avons adopté une approche à effets aléatoires robuste à l'hétéroscédasticité, qui permet aussi de contrôler l'autocorrélation des mesures répétées auprès d'un même répondant. Les coefficients d'association entre le temps calendrier et les prévalences ont été ajustés pour le

Consommation en contexte sexuel chez des gbHSH montréalais

nombre de visites, l'orientation sexuelle, les antécédents de dépistage, l'âge à la visite initiale, le lieu de naissance, le niveau de scolarité et le revenu annuel.

Enfin, nous avons testé l'association de la consommation de chacune des substances lors des relations sexuelles avec l'occurrence de RAR-VIH au cours de la même période. Pour ce faire, nous avons réalisé des analyses de données de panel pour chacune des substances (modèles logistiques à effets aléatoires). Pour chaque substance, une première analyse portait sur l'ensemble des données disponibles (premières visites et suivis) et une seconde, sur les données de suivi exclusivement, pour soustraire l'effet du besoin de dépistage inhérent à la visite initiale qui n'est potentiellement pas indépendant des RAR-VIH et de la consommation de substances. Ce second modèle constitue un test de robustesse permettant d'estimer des tendances possiblement moins biaisées par les facteurs qui ont conduit au besoin initial d'un test de dépistage. Ces modèles permettent donc d'estimer l'association de la consommation de substances lors des relations sexuelles (*au moins une fois au cours des trois derniers mois vs jamais*) avec les RAR-VIH (*au moins une RAR-VIH au cours des trois derniers mois vs aucune*) pour chaque répondant et à chaque période pour lequel des données étaient disponibles. Tous les résultats rapportés ont été produits en contrôlant pour les variables d'ajustement.

Les données manquantes ont été traitées avec la méthode des cas complets, de sorte que les répondants qui présentaient des données manquantes sur l'ensemble des mesures de consommation en contexte sexuel et sur au moins l'une des variables d'ajustement ont été exclus des analyses. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata et le module *xt* pour l'analyse de données de panel (StataCorp, 2015).

Résultats

Caractéristiques des participants

Les participants étaient âgés en moyenne de 32,3 ans (étendue = 18-74; É-T = 10,9) et près de 96% s'identifiaient comme gais, homosexuels ou bisexuels. Plus de 80% avaient au moins un diplôme d'études collégiales et 63,4% avaient un revenu annuel égal ou supérieur à 30 000 dollars canadiens. Respectivement 87% et 38,1% des participants avaient déjà eu un test de dépistage du VIH au cours de leur vie et au cours de la dernière année. Au total, 38,2% des répondants n'ont effectué qu'une seule visite à Spot, 24,8% ont effectué deux visites, et 37% ont effectué trois visites.

TABLEAU 1 – Caractéristiques des répondants (n = 2149)

	M	(É-T)
Âge (année)	32,3	(10,9)
	N	(%)
Orientation sexuelle (gaie, homosexuelle ou bisexuelle)	2057	(95,7)
Scolarité (≥ Diplôme d'études collégiales)	1764	(82,1)
Revenu annuel (≥ 30 000 \$)	1362	(63,4)
Lieu de naissance (hors Canada)	853	(39,7)
Antécédents de test de dépistage du VIH		
Jamais	286	(13,3)
Dans la dernière année	818	(38,1)
Avant la dernière année	1045	(48,6)
Nombre de visites		
Une seule visite	1305	(38,2)
Deux visites	845	(24,8)
Trois visites	1263	(37,0)

Prévalence de la consommation de substances lors des relations sexuelles avec des partenaires masculins sur une période de trois mois

Plus de la moitié des répondants (55,9%) ont indiqué avoir déjà consommé de l'alcool lors de leurs relations sexuelles avec des partenaires masculins (Tableau 2). La consommation de cannabis et de *poppers* au moins une fois lors des relations sexuelles était rapportée par 19 à 22% des répondants. Entre 4 et 7% des répondants ont rapporté avoir eu des rapports sexuels alors qu'ils avaient consommé de l'ecstasy/MDMA, des médicaments contre la dysfonction érectile, de la cocaïne, du GHB ou du *speed*. Un à 2% ont rapporté avoir consommé de la kétamine ou du *crystal meth* au moment d'au moins une relation sexuelle et moins de 1%, du crack, du LSD ou de l'héroïne. Les proportions de participants ayant vécu la moitié ou plus de leurs relations sexuelles alors qu'ils avaient consommé étaient de 13,4% pour l'alcool, 5,0% et 4,7% pour le cannabis et les *poppers* respectivement, de 2,4% pour les médicaments contre la dysfonction érectile et de 1% ou moins pour les autres substances.

TABLEAU 2 – Prévalence de la consommation de substance lors des relations sexuelles avec des partenaires masculins au cours des trois derniers mois, 2009-2016 (n=2149)

	Au moins une fois (%)	Au moins la moitié des fois (%)
Alcool	55,9	13,4
Cannabis	21,7	5,0
<i>Poppers</i>	18,7	4,7
Ecstasy/MDMA	8,1	1,0
Médicaments contre la dysfonction érectile	7,0	2,4
Cocaïne	5,5	1,1
GHB	5,1	0,7
<i>Speed</i>	4,0	0,4
Kétamine/spécial K	2,0	0,1
<i>Crystal meth</i>	1,2	0,2
LSD	0,3	0,0
<i>Crack</i>	0,2	0,1
Héroïne	0,1	0,0

Tendances longitudinales de la consommation de substances lors d’au moins un rapport sexuel avec des partenaires masculins, 2009-2016

Le tableau 3 présente les prévalences de la consommation de substances par semestre. Les tests de tendances linéaires et curvilinéaires ajustés pour les variables de contrôle et le nombre de visites étaient tous significativement différents de 0 ($p < 0,001$). Pour toutes les substances, on observe un déclin graduel dès 2010. Pour la majorité des substances, ce déclin a été observé jusqu’en 2014 ou 2015, moment à partir duquel leur consommation a recommencé à augmenter légèrement jusqu’en 2016 (alcool, cannabis, *poppers*, cocaïne, ecstasy/MDMA, GHB, *speed*), atteignant des taux tout de même inférieurs à ceux observés en 2009. Pour le *crystal meth*, la prévalence a atteint son plus bas en 2012-2013, pour augmenter graduellement jusqu’à revenir à un taux similaire à celui de 2010. La kétamine et les médicaments contre la dysfonction érectile ont diminué graduellement pour atteindre leur plus bas niveau en 2015 et 2016.

TABLEAU 3 – Tendances longitudinales de la consommation de substances lors d'au moins un rapport sexuel avec des partenaires masculins, chez les hommes gbHSH, 2009-2016, par semestre

Année	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		Valeur p de la tendance linéaire	Valeur p de la tendance curvilinéaire
	Semestre	N obs.	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
Alcool	2	270	59,7	57,8	56,1	54,6	53,6	52,9	51,1	51,8	52,6	53,5	54,7	< 0,001	< 0,001			
Cannabis	2	270	24,2	22,8	21,5	20,3	19,5	18,8	17,5	17,6	17,7	18,0	18,5	< 0,001	< 0,001			
Poppers	2	270	9,8	7,9	6,2	4,8	3,6	2,7	1,6	1,5	1,6	2,0	2,6	< 0,001	< 0,001			
Cocaine	2	270	7,1	6,2	5,5	5,0	4,6	4,4	4,3	4,5	4,8	5,3	5,9	< 0,001	< 0,001			
Ecstasy/MDMA	2	270	11,2	9,8	8,5	7,3	6,4	5,8	4,9	4,8	4,8	5,1	5,6	< 0,001	< 0,001			
GHB	2	270	8,7	7,4	6,2	5,1	4,2	3,6	2,6	2,5	2,5	2,8	3,2	< 0,001	< 0,001			
Speed	2	270	6,9	5,5	4,3	3,3	2,5	1,9	1,3	1,2	1,2	1,5	1,9	< 0,001	< 0,001			
Crystal meth	2	270	1,7	1,3	1,1	0,9	0,8	0,8	0,9	1,0	1,2	1,4	1,8	< 0,001	< 0,001			
Médicaments contre la dysfonction érectile	2	270	12,0	10,3	8,8	7,3	6,1	5,0	3,2	2,5	2,0	1,6	1,4	< 0,001	< 0,001			
Kétamine	2	270	3,4	2,9	2,4	2,0	1,6	1,3	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	< 0,001	< 0,001			

Notes. Estimations ajustées pour le nombre de visites, l'orientation sexuelle, les antécédents de dépistage, l'âge à la visite initiale, le lieu de naissance, le niveau de scolarité et le revenu annuel.

Association entre les RAR-VIH et la consommation de substances

Le tableau 4 présente les coefficients d'association entre les RAR-VIH et la consommation de substances lors d'au moins une relation sexuelle avec des partenaires masculins au cours des trois derniers mois. La consommation d'alcool, de cannabis et de *poppers* a été rapportée par un nombre suffisant de répondants pour estimer également leur prévalence lors de la moitié des relations sexuelles ou plus. Les résultats des modèles de régression montrent que la consommation de substances est associée à une occurrence accrue de RAR-VIH, avec des ratios de cote variant de 2,13 (pour l'alcool) à 10,49 (pour le *crystal meth*) lorsque les données de la visite initiale étaient considérées. L'exclusion de ces dernières montrait une association significative des RAR-VIH, bien que de moindre ampleur, avec l'occurrence d'au moins la moitié des relations sexuelles lorsqu'avaient été consommés durant la même période de l'alcool et du cannabis, ainsi qu'avec l'occurrence d'au moins une relation sexuelle concomitante avec la consommation de *poppers*, d'ecstasy/MDMA, de médicaments contre la dysfonction érectile, de cocaïne, de *speed* ou de kétamine.

TABLEAU 4 – Association des RAR-VIH avec la consommation de substances lors des rapports sexuels avec des partenaires masculins

	RAR-VIH			
	avec visite initiale (n=2149)		sans visite initiale (n=843)	
	RC	IC95%	RC	IC95%
Alcool, une fois ou plus	2,13***	1.58-2,87	1,74	0.99-3,05
La moitié des fois ou plus	2,46***	1.69-3,58	3,14**	1.36-7,24
Cannabis, une fois ou plus	2,38***	1.63-3,48	2,19	0.99-4,86
La moitié des fois ou plus	4,16***	2.33-7,41	10,73***	3.25-35.41
<i>Poppers</i> , une fois ou plus	4,68***	3.02-7,25	4,69***	2.18-10.09
La moitié des fois ou plus	3,91***	2.10-7,26	2,79	0.81-9,58
Ecstasy/MDMA, une fois ou plus	3,19***	1.94-5,23	2,75*	1.07-7,07
Médicaments contre la dysfonction érectile, une fois ou plus	4,56***	2.58-8,07	7,79*	1.34-45.42
Cocaïne, une fois ou plus	4,45***	2.56-7,74	7,77***	2.51-24.06
GHB, une fois ou plus	6,88***	3.54-13.38	†	†
<i>Speed</i> , une fois ou plus	2,74**	1.51-4,99	3,62*	1.01-12.97
Kétamine, une fois ou plus	5,42***	2.30-12.74	4,26**	1.52-11.90
<i>Crystal meth</i> , une fois ou plus	10,49***	2.87-38.33	†	†

Notes. Modèles logistiques à effets aléatoires ajustés pour le temps calendrier, l'orientation sexuelle, les antécédents de dépistage, l'âge, le lieu de naissance, le niveau de scolarité et le revenu. Les modèles pour le LSD, le *crack* et l'héroïne ne peuvent être estimés ou produisent des résultats non fiables en raison de leur trop faible prévalence.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, † Estimations non fiables en raison de la trop faible prévalence de consommation de ces substances.

Discussion

Cette analyse secondaire de données visait à décrire la consommation de substances chez les hommes gbHSH de Montréal ayant fréquenté un service de dépistage rapide du VIH en milieu communautaire entre 2009 et 2016 et à documenter son association avec les RAR-VIH. Dans l'ensemble, un peu plus de la moitié des participants ont rapporté avoir eu au moins un rapport sexuel alors qu'ils avaient consommé de l'alcool, sans égard à la période calendrier considérée. Environ le cinquième des répondants a rapporté avoir eu au moins un rapports sexuel alors qu'ils avaient consommé du cannabis ou des *poppers*; entre 4 et 8%, alors qu'ils avaient consommé de l'ecstasy/MDMA, du *speed*, des médicaments contre la dysfonction érectile, de la cocaïne, du GHB ou des amphétamines; 1 à 2% alors qu'ils avaient consommé de la kétamine ou du *crystal meth*; et moins de 1%, du *crack*, du LSD ou de l'héroïne.

En ce qui concerne les tendances temporelles, il est notable que pour presque toutes les substances étudiées, le premier point d'observation (semestre 2 de l'année 2009) est le plus élevé. Il est possible qu'à son ouverture, Spot ait attiré, en raison notamment de son caractère communautaire, des répondants différents de ceux qui allaient se joindre ultérieurement à l'étude. Il est aussi possible que la prévalence de ces substances ait été effectivement plus élevée à cette période. Les données des enquêtes ARGUS précédentes (2005 et 2008-2009) montraient des prévalences plus élevées que celles observées dans la présente enquête (voir Tableau 5), ce qui peut refléter en partie une composition sociodémographique différente entre les enquêtes ou encore suggérer un véritable déclin dans la consommation de plusieurs substances au cours de cette période. Un tel déclin a aussi été observé chez les gbHSH d'autres pays, notamment en Australie entre 2005 et 2014 (Lea et al., 2016), mais nous ne disposons d'aucune information qui permettrait d'identifier des mécanismes communs à ces différents contextes sociojuridiques.

TABLEAU 5 – Prévalences comparées de la consommation de substances chez les gbHSH lors d'au moins un rapport sexuel au cours des six derniers mois, dans les enquêtes ARGUS 2005 et 2008-2009, et Spot 2009-2016

	ARGUS 2005 ¹	ARGUS 2008-2009 ²	Spot 2009-2016
Alcool	73,3	63,1	55,9
Marijuana	38,4	29,8	21,7
<i>Poppers</i>	29,6	29,1	18,7
Cocaïne	20,8	15,5	5,5
Ecstasy/MDMA	15,8	15,7	8,1
Médicaments contre la dysfonction érectile	15,7	15,2	7,0
<i>Speed</i>	15,2	8,9	4,0

Consommation en contexte sexuel chez des gbHSH montréalais

	ARGUS 2005 ¹	ARGUS 2008-2009 ²	Spot 2009-2016
GHB	10,8	12,3	5,1
Kétamine	9,1	16,5	2,0
<i>Crystal meth</i>	3,6	2,8	1,2
Héroïne	2,4	1,0	0,1
LSD	1,8	0,6	0,3

Notes. ¹ Données sur les gbHSH de Montréal (Tremblay et al., 2007); ² Données sur les gbHSH de la province de Québec (Lambert, Cox, Miangotar, et al., 2011).

Au-delà de cette diminution graduelle, il est intéressant de noter une légère tendance à l'augmentation dans la consommation de plusieurs substances depuis 2012 dans le cas du *crystal meth* et de 2014-2015 dans les autres substances, sauf pour les médicaments contre la dysfonction érectile et la kétamine. Elle pourrait suggérer une popularité grandissante du *chemsex* repérée chez les gbHSH dans d'autres pays (Bourne et al., 2015; Dolengevich-Segal, Rodriguez-salgado, Bellesteros-Lopez et Molina-Prado, 2017; McCall, Adams, Mason et Willis, 2015), mais des données de suivi sont nécessaires pour établir cette possible recrudescence chez les gbHSH montréalais.

Association de la consommation de substances avec les RAR-VIH

Les résultats confirment la cooccurrence des RAR-VIH et de la consommation pour l'ensemble des substances étudiées, en particulier la cocaïne, le GHB, la kétamine et le *crystal meth*, ainsi que les médicaments contre la dysfonction érectile et les *poppers*. Utilisées lors des relations sexuelles pour accroître les sensations ou les performances sexuelles, ces substances étaient associées à une occurrence de 2 à 10 fois plus élevée de RAR-VIH dans le présent échantillon. Ces ratios de cote sont plus élevés que ceux rapportés par Otis et al. (2006) chez les gbHSH montréalais pour la période 1997-2003. L'hypothèse la plus plausible pour expliquer cette différence est que la mesure utilisée dans la présente étude portait précisément sur la consommation en contexte de relations sexuelles, alors que la mesure utilisée par Otis et al. (2006) portait sur la consommation de substances en général, sans égard au contexte sexuel. Cette dernière approche a donc pu sous-estimer la relation entre consommation et RAR-VIH. Il reste que la mesure utilisée dans la présente étude ne peut désintriquer la consommation lors des activités sexuelles en général de celle survenant spécifiquement lors des relations anales, ce qui pourrait aussi avoir biaisé l'association observée entre RAR-VIH et consommation. Néanmoins, la consommation de substances chez les hommes gbHSH qui ont des relations anales demeure un bon indicateur de leur propension à s'engager dans des RAR-VIH et, par conséquent, de leur risque d'infection par le VIH, en particulier pour le *crystal meth*, la kétamine, le GHB, la cocaïne, les *poppers* et les médicaments contre la dysfonction érectile.

Limites

Ces résultats doivent être interprétés dans le contexte de certaines limites. D'abord, cette étude repose sur un échantillon de convenance avec un fort biais d'autosélection, de sorte qu'il ne peut pas être considéré comme représentatif des hommes gbHSH montréalais. En effet, le recrutement des hommes gbHSH dans un centre de dépistage pourrait biaiser la composition de l'échantillon en faveur d'hommes qui ont pu prendre des risques peu de temps avant leur consultation à Spot, mais qui en avaient une certaine conscience et dont la persistance de l'engagement dans l'étude au-delà de leur visite initiale peut témoigner d'un souci distinctif pour leur santé sexuelle. Ce biais d'autosélection implique aussi que la composition de l'échantillon aux différents temps de mesure peut s'être modifiée entre 2009 et 2016 et avoir contribué aux variations dans les prévalences observées. Pour minimiser ce biais, nous avons inclus des variables d'ajustement dans les analyses multivariées, mais l'ensemble des comparaisons, tant entre les périodes calendrier au sein de Spot qu'entre les études ARGUS et Spot sont susceptibles de souffrir de ce biais.

L'engagement dans une routine régulière de dépistage du VIH accompagnée d'un *counseling* intensif sur les stratégies de réduction des risques d'infection par le VIH peut avoir participé à une diminution de la consommation de substances des répondants. Dans ce contexte, il est possible que la consommation de substances soit plus élevée chez les hommes gbHSH qui ne sont pas engagés dans une routine de dépistage et que les tendances décrites ici ne s'appliquent pas à eux. L'étude ne permet pas non plus de décrire les patrons de consommation dans le temps des hommes qui ont été perdus de vue aux temps de mesure subséquents.

Par leur caractère autorapporté, les données recueillies sont aussi sujettes à des biais de mémoire dans le rapport des comportements sexuels, potentiellement plus importants chez les répondants qui consomment des substances considérant leurs effets sur la conscience et la mémoire. De ce fait, les données sur les conduites sexuelles concomitantes à la consommation de substances tout comme les comportements de consommation eux-mêmes sont potentiellement biaisées. Néanmoins, pour minimiser les erreurs d'interprétation des questions et les données manquantes, tous les questionnaires de la visite initiale et la majorité des questionnaires de suivi ont été remplis dans le cadre d'une entrevue en face à face avec un travailleur communautaire. Il est aussi possible que les répondants aient volontairement modifié certaines réponses par désirabilité sociale sans que nous puissions en évaluer ici l'impact. Enfin, les questions sur la fréquence de consommation en contexte sexuel ne référant pas strictement aux RAR-VIH, il n'est pas possible d'établir avec certitude une relation temporelle entre les deux phénomènes et la relation statistique observée, de nature corrélationnelle, ne peut être interprétée comme une relation de cause à effet entre la consommation de substance et les RAR-VIH.

Implications pour la recherche et l'intervention

Les données colligées ont permis de documenter la consommation de substances des hommes gbHSH en contexte sexuel et ont révélé de légères variations dans les patrons de consommation entre 2009 et 2016. Toutefois, elles ne permettaient pas d'explorer en détail le profil de consommation des répondants ou d'étudier les liens possibles entre la consommation en contexte sexuel, la toxicomanie ou d'autres problèmes psychosociaux ou de santé. Ces connaissances permettraient

Consommation en contexte sexuel chez des gbHSH montréalais

d'identifier les hommes gbHSH les plus susceptibles de bénéficier des efforts de prévention et d'intervention. L'exploration des tendances temporelles au sein de divers sous-groupes (d'âge, d'ethnicité ou de trajectoire migratoire, par exemple) pourrait aussi faire émerger des trajectoires distinctives permettant de mieux cibler les groupes à risque et les interventions qui leur sont destinées.

Cette étude réitère aussi la forte association entre la consommation de substances en contexte sexuel et les RAR-VIH, qui restent l'un des facteurs de risque les plus importants de transmission du VIH chez les hommes gbHSH. Ainsi, la prévention du VIH peut prendre appui en partie sur une meilleure gestion de la consommation de substances chez les hommes gbHSH qui permettrait de limiter le relâchement de l'usage du condom lors des rapports sexuels. Toutefois, le contrôle de la consommation de substances chez les hommes gbHSH se heurte à des défis importants. Par exemple, cette consommation est en partie inscrite dans une culture de la socialisation et elle est souvent concomitante à leur fréquentation ou la précède de peu, en particulier dans les lieux qui favorisent la rencontre de partenaires sexuels (bars, saunas, *after hours*, etc.). Elle peut aussi s'inscrire, pour certains hommes gbHSH, dans une culture de la sexualité et une quête hédonique (Hegazi et al., 2017 ; Sewell et al., 2017) qui accordent une place importante à la recherche de sensations et à l'amplification des performances sexuelles. Elle peut aussi constituer une stratégie d'ajustement face aux difficultés que peuvent rencontrer les hommes gbHSH, en particulier la discrimination basée sur l'orientation sexuelle et diverses difficultés psychosociales ou de santé qui y sont corrélatives (Kerridge et al., 2017). Il est probable que ces différents motifs agissent en synergie et appellent des stratégies de prévention et d'intervention globales et complexes, ciblant non seulement les hommes gbHSH qui consomment ces substances, mais aussi les normes privilégiées au sein des lieux et contextes de socialisation qui soutiennent cette consommation.

Chez les hommes gbHSH qui consomment des substances avant ou pendant leurs rapports sexuels, le recours à la prophylaxie préexposition, une stratégie biomédicale démontrée efficace consistant pour les personnes séronégatives à prendre des antirétroviraux de façon à prévenir l'infection par le VIH (McCormack et al., 2016), pourrait aussi constituer une voie particulièrement prometteuse de prévention du VIH. Pour les hommes dont la consommation est susceptible d'interférer avec la prise adéquate de cette prophylaxie, un *counseling* soutenu pourrait être souhaitable pour assurer son efficacité et soutenir les efforts de prévention du VIH. Sans nécessairement réduire leur consommation de substances, cette approche pourrait en réduire les conséquences sur leurs risques d'infection par le VIH.

Références

- Baggaley, R. F., White, R. G. et Boily, M. C. (2010). HIV transmission risk through anal intercourse: Systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *International Journal of Epidemiology*, 39(4), 1048–1063.
- Baliunas, D., Rehm, J., Irving, H. et Shuper, P. (2010). Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: A meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 55(3), 159–166.
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P. et Weatherburn, P. (2015). “Chemsex” and harm reduction need among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*, 26(12), 1171–1176.
- Dolengevich-Segal, H., Rodriguez-salgado, B., Bellesteros-Lopez, J. et Molina-Prado, R. (2017). Chemsex. An emergent phenomenon. *Adicciones*, 29(3), 2007-209.
- Hegazi, A., Lee, M., Whittaker, W., Green, S., Simms, R., Cutts, R., ... Pakianathan, M. (2017). Chemsex and the city: sexualised substance use in gay bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *International Journal of STD & AIDS*, 28(4), 362–366.
- Kerridge, B. T., Pickering, R. P., Saha, T. D., Ruan, W. J., Chou, S. P., Zhang, H., ... Hasin, D. S. (2017). Prevalence, sociodemographic correlates and DSM-5 substance use disorders and other psychiatric disorders among sexual minorities in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 170, 82–92.
- Lacefield, K., Charles, N., Schrader, Ronald, M. et Kuhlman, C. (2015). Comparing psychosocial correlates of condomless anal sex in HIV-diagnosed and HIV-nondiagnosed men who have sex with men: A series of meta-analyses of studies from 1993–2013. *LGBT Health*, 2(3), 200-220.
- Lambert, G., Cox, J., Hottes, T. S., Tremblay, C., Frigault, L. R., Alary, M., ... Remis, R. R. (2011). Correlates of unprotected anal sex at last sexual episode: analysis from a surveillance study of men who have sex with men in Montreal. *AIDS and Behavior*, 15(3), 584-95.
- Lambert, G., Cox, J., Miangotar, Y., Tremblay, C., Alary, M., Otis, J., Remis, R., ...Équipe M-Track. (2011). *ARGUS 2008-2009. Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes au Québec*. Montréal, Québec : Direction de santé publique Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence canadienne de santé publique.
- Lambert, G., Cox, J., Tremblay, F., Gadoury, M.-A., Frigault, L., Tremblay, C., ... Équipe M-Track. (2006). *ARGUS 2005. Sommaire de l'enquête sur l'infection au VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH)*. Montréal, Québec : Direction de santé publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence canadienne de santé publique.

Consommation en contexte sexuel chez des gbHSH montréalais

Lea, T., Mao, L., Hopwood, M., Prestage, G., Zablotska, I., de Wit, J. et Holt, M. (2016). Methamphetamine use among gay and bisexual men in Australia: Trends in recent and regular use from the Gay Community Periodic Surveys. *International Journal of Drug Policy*, 29, 66-72.

Li, J. et McDaid, L. M. (2014). Alcohol and drug use during unprotected anal intercourse among gay and bisexual men in Scotland: what are the implications for HIV prevention? *Sexually Transmitted Infections*, 90(2), 125-132.

McCall, H., Adams, N., Mason, D. et Willis, J. (2015). What is chemsex and why does it matter? *BMJ*, 351, h5790.

McCormack, S., Dunn, D. T., Desai, M., Dolling, D. I., Gafos, M., Gilson, R., ... Gill, O. N. (2016). Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): Effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*, 387(10013), 53-60.

Otis, J., Girard, M.-È., Alary, M., Remis, R. R., Lavoie, R., LeClerc, R., ... Masse, B. (2006). Drogues, sexe et risques dans la communauté gaie montréalaise : 1997-2003. *Drogues, Santé et Société*, 5(2), 161-194.

Rendina, H. J., Moody, R. L., Ventuneac, A., Grov, C. et Parsons, J. T. (2015). Aggregate and event-level associations between substance use and sexual behavior among gay and bisexual men: Comparing retrospective and prospective data. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 199-207.

Sewell, J., Miltz, A., Lampe, F. C., Cambiano, V., Speakman, A., Phillips, A. N., ... Attitudes to and Understanding of Risk of Acquisition of HIV (AURAH) Study Group. (2017). Poly drug use, chemsex drug use, and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinics. *International Journal of Drug Policy*, 43, 33-43.

Stall, R. D., Friedman, M. et Catania, J. A. (2007). Interacting Epidemics and Gay Men's Health: A theory of Syndemic Production among Urban Gay Men. Dans R. J. Wolitski, R. Stall, et R. O. Valdiserri (dir.), *Unequal Opportunity: Health Disparities Affecting Gay and Bisexual Men in the United States* (p. 251–274). Oxford, United Kingdom : Oxford University Press.

Tremblay, F., Lambert, G., Cox, J., Otis, J., Tremblay, C., Blais, M., ... M-Track Study Researchers. (2007). Different patterns of substance use means different HIV risk behaviours : Using latent class analysis (LCA) to understand substance use and sexual risk behaviours among men who have sex with men (MSM) in Montreal. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*, 18(B), 41B.

Trussler, T. et Ham, D. (2016). *Génération gaies : Parcours de vie et santé des hommes gais. Résultats du questionnaire national Sexe au présent*. Vancouver, BC : Community-based Research Center for Gay Men's Health, Vancouver Foundation, Health Initiative for Men.

Wirtz, A. L., Zelaya, C. E., Latkin, C., Stall, R., Peryshkina, A., Galai, N., ... Beyrer, C. (2016). Alcohol Use and Associated Sexual and Substance Use Behaviors Among Men Who Have Sex with Men in Moscow, Russia. *AIDS and Behavior*, 20(3), 523–536.

Consommation en contexte sexuel chez des gbHSH montréalais

Woolf-King, S. E., Rice, T. M., Truong, H.-H. M., Woods, W. J., Jerome, R. C. et Carrico, A. W. (2013). Substance use and HIV risk behavior among men who have sex with men: the role of sexual compulsivity. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 90(5), 948–952.

Yadav, D., Chakrapani, V., Goswami, P., Ramanathan, S., Ramakrishnan, L., George, B., ... Paranjape, R. S. (2014). Association between alcohol use and HIV-related sexual risk behaviors among men who have sex with men (MSM): Findings from a multi-site bio-behavioral survey in India. *AIDS and Behavior*, 18(7), 1330–1338.



Communauté de pratique virtuelle sur la consommation de substances et la sexualité : étude de besoins

Jean Dumas, Ph.D., stagiaire postdoctoral, Programme d'études et de recherche en toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Mathieu Goyette, Ph.D., professeur agrégé, Programme d'études et de recherche en toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Jorge Flores-Aranda, Ph.D., Chercheur d'établissement, Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Marianne Saint-Jacques, Ph.D., professeure agrégée, Programme d'études et de recherche en toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Karine Bertrand, Ph.D., professeure titulaire, Programme d'études et de recherche en toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Correspondance :

Mathieu Goyette
150, Place Charles-Le Moyne, bureau 200
Longueuil (Québec)
J4K 0A8
(450) 463-1835, poste 61479
mathieu.goyette@usherbrooke.ca

Note des auteurs

Cet article s'inscrit dans un projet de stage postdoctoral qui a été rendu possible grâce au soutien financier conjoint de MAC AIDS FUND (N-P-15-20716), de l'équipe Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ) et de l'Institut universitaire sur les dépendances.

Résumé

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) peuvent vivre des situations de vulnérabilité au regard de la consommation de substances psychoactives (SPA) et de la santé sexuelle. Ils font face également à des barrières concernant l'accessibilité à des services adaptés, dues à des lacunes en matière de formation des intervenants et au manque d'intégration des services. Les communautés de pratique virtuelles (CPV) représentent une avenue prometteuse pour pallier ces lacunes.

Cette étude repose sur un devis mixte et vise à identifier les besoins et les attentes des utilisateurs potentiels afin d'orienter le développement d'une CPV (*InterseXion*). Afin de répondre à cet objectif, 49 intervenants québécois en santé sexuelle ou en dépendance ont rempli un questionnaire en ligne portant sur leurs compétences perçues en santé sexuelle et en dépendance, leur intérêt au sujet de la CPV ainsi que les contenus jugés les plus utiles. De ce nombre, sept intervenants ont pris part à une entrevue individuelle visant à approfondir la compréhension de leurs besoins.

Les résultats mettent en évidence que l'intervention intégrée, sur les plans de la sexualité et de la dépendance, constitue un besoin de formation prioritaire pour l'ensemble des intervenants. La CPV est considérée comme une stratégie pertinente afin de répondre à des besoins de développement des compétences et de collaboration. Les entrevues mettent en relief le potentiel de la plateforme pour favoriser la collaboration intersectorielle et l'interdisciplinarité, développer des attitudes adéquates pour mieux intervenir, connaître et développer les meilleures pratiques. Des outils pour mieux intervenir ainsi que des exemples de meilleures pratiques sont proposés afin de favoriser l'atteinte de ces objectifs. Les résultats sont mis en perspective quant à leur contribution au développement de la CPV. Cette démarche souligne la pertinence de mener des études de besoins similaires pour le développement d'autres CPV en dépendance.

Mots-clés : communauté de pratique, consommation de substances psychoactives, santé sexuelle, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, développement des compétences, collaboration intersectorielle

Virtual Community of Practice on Substance Use and Sexuality: A Needs Study

Abstract

Men who have sex with men (MSM) may encounter situations which make them vulnerable regarding substances use (SU) and sexual health. Inadequate training of health professionals and lack of integrated health services result in access barriers for MSM. Virtual communities of practice (VCoP) may be a promising avenue to counteract these specific service barriers.

This mixed methods study aims to identify the needs and expectations of potential users of a VCoP (*InterseXion*). Forty-nine health professionals from the province of Quebec working in addiction and sexual health services completed an online survey about their perceived skills regarding SU and

sexual health interventions, their interest about the VCoP and the content they would consider most useful. To get a better understanding the needs of the health professionals, seven health professionals from the sample participated in individual interviews.

The results show that integrated interventions in addiction and sexual health are a prominent training need for health professionals. The VCoP is considered a relevant strategy to attend to knowledge and skill development and collaboration needs. Participants interviewed highlighted the VCoP's potential in facilitating intersectoral and interdisciplinary collaboration, developing adequate attitudes to improve interventions, and learning about best practices. Participants suggest intervention tools and examples of best practices to reach these objectives. The results are presented in light of their contribution to the subsequent development of the VCoP *InterseXion*. Conducting similar needs assessment for the development of other VCoP in the field of addiction is recommended.

Keywords: community of practice, substance use, sexual health, men who have sex with men, competency development, intersectoral collaboration

Comunidad de práctica virtual sobre el consumo de sustancias y la sexualidad: estudio de necesidades

Resumen

Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres pueden vivir situaciones de vulnerabilidad con respecto al consumo de sustancias psicoactivas y a la salud sexual. Enfrentan también barreras en cuanto al acceso a servicios adaptados, debido a las lagunas que existen en materia de capacitación profesionales clínicos y de la falta de integración de los servicios. Las comunidades de práctica virtuales son una solución prometedora para paliar esas lagunas.

Este estudio reposa sobre una metodología mixta y tiene como objetivo identificar las necesidades y las expectativas de los usuarios potenciales para orientar el desarrollo de una comunidad de práctica virtual (*InterseXion*). Para responder a este objetivo, 49 profesionales quebequenses en salud sexual o en dependencia respondieron a un cuestionario en línea sobre la percepción que tenían de sus competencias en salud sexual y dependencia, su interés por la comunidad de práctica virtual y los contenidos que juzgaban más útiles. De los 49 participantes del cuestionario en línea, siete participaron en una entrevista individual destinada a profundizar la comprensión sus necesidades.

Los resultados ponen en evidencia que la intervención integrada en los planos de la sexualidad y la dependencia constituye una necesidad de capacitación prioritaria para el conjunto de los profesionales de la salud sexual y la dependencia. La comunidad de práctica virtual es considerada como una estrategia pertinente para responder a las necesidades de desarrollo de competencias y de colaboración. Las entrevistas ponen de relieve el potencial de la plataforma para favorecer la colaboración intersectorial y la interdisciplinariedad, desarrollar aptitudes adecuadas para intervenir mejor, conocer y desarrollar mejores prácticas. Se proponen herramientas para intervenir mejor y

CPV *InterseXion* : Étude de besoins

ejemplos de mejores prácticas para favorecer la consecución de estos objetivos. Los resultados se ponen en perspectiva en cuanto a su contribución al desarrollo de la comunidad de práctica virtual. Este enfoque subraya la pertinencia de llevar a cabo estudios de necesidades similares para el desarrollo de otras comunidades de práctica virtual en dependencia.

Palabras clave: comunidad de práctica, consumo de sustancias psicoactivas, salud sexual, hombres que tienen relaciones con otros hombres, desarrollo de competencias, colaboración intersectorial

Introduction

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) sont considérés comme une population à risque sur le plan de la consommation de substances psychoactives (SPA) et sur le plan du VIH (Agence de la santé publique du Canada, 2015 ; Lépine, 2011). Les HARSAH sont plus nombreux à consommer une plus grande variété de SPA que les hommes de la population générale, et ce, de manière plus fréquente et en plus grande quantité (Abdulrahim, Whiteley, Moncrieff et Bowden-Jones, 2016 ; Goyette et Flores-Aranda, 2015). La consommation de méthamphétamines et les épisodes de consommation excessive d'alcool chez les HARSAH sont étroitement liés à des conduites sexuelles à risque sur le plan de la transmission du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS) (Vosburgh, Mansergh, Sullivan et Purcell, 2012).

Il s'avère nécessaire d'intervenir auprès d'eux en tenant compte de leurs besoins au regard de leur consommation de SPA et de leur sexualité (Abdulrahim et al. 2016 ; Public Health England, 2015). Toutefois, les services en dépendance et en santé sexuelle sont largement déployés en silos et plusieurs déplorent des attitudes stigmatisantes relativement à l'homosexualité chez certains intervenants (Dumas, 2013 ; Institute of Medicine, 2011 ; McKirnan, Du Bois, Alvy et Jones, 2013). Des lacunes en matière de formation des intervenants provenant de divers milieux cliniques sont aussi constatées tant sur les plans de la dépendance que de la sexualité (Bourne et Weatherburn, 2017 ; Center for Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012). L'amélioration des compétences des professionnels à intervenir au regard de la consommation de SPA et de la santé sexuelle auprès de cette population est par conséquent recommandée (Lovett et al., 2015).

Par ailleurs, plusieurs travaux menés au Québec et ailleurs soulignent que la collaboration intersectorielle demeure difficile à opérationnaliser pour les acteurs œuvrant en dépendance ou en santé sexuelle (Boyer, Morin, Lorti et Roy, 2015 ; Imbleau, 2016 ; Knudsen et Oser, 2009). Des stratégies doivent donc être mises en place pour améliorer la collaboration entre les professionnels provenant de divers secteurs (communautaires, réadaptation en dépendance, santé publique et services de santé de première ligne).

Les communautés de pratique (CP) représentent une avenue prometteuse pour améliorer la collaboration entre les services destinés aux HARSAH. Les CP peuvent se définir comme des espaces dans lesquels interagissent un groupe de personnes avec des intérêts, des préoccupations et des défis similaires (Wenger, McDermott et Snyder, 2002). Les interactions entre les membres favorisent la consolidation de leurs expertises ainsi qu'un sentiment d'appartenance à un groupe (Wenger et al., 2002) alors qu'ils œuvrent dans des milieux distants les uns des autres. Des études évaluatives documentent des bénéfices de la participation à une CP, principalement dans le secteur de la santé : amélioration de la collaboration ; intégration de connaissances scientifiques à la pratique ; échanges et transfert de connaissances ; amélioration des pratiques ; accroissement de la formation continue et accentuation de la perspective critique sur leur pratique (Meagher-Stewart et al., 2012 ; Ranmuthugala et al., 2011). Quant aux CP dites « virtuelles » (CPV), celles-ci impliquent le recours à des dispositifs de communication en ligne auxquels peuvent s'ajouter ou non des rencontres face à face. Certains avantages y sont associés comme des contenus accessibles en tout temps, l'élimination des contraintes géographiques et la facilitation des échanges entre les utilisateurs grâce à une variété d'outils synchrones et asynchrones (Lewis, Koston, Quartley et Adsit, 2011 ; Michaud, Briand, Thibault et Charbonneau, 2015 ; Saint-Charles, 2012).

Pour guider le développement d'une CP, plusieurs auteurs soulignent l'importance de réaliser une étude de besoins auprès des utilisateurs potentiels et déplorent que cette étape importante ne soit généralement pas réalisée (CEFRIO, 2005; Hanlis et Habbas, 2008; Sullivan, Harlan, Pakenham-Walsh et Ouma, 2012). À notre connaissance, il n'existe pas d'étude sur ce sujet, bien que les compétences perçues des intervenants en santé mentale et dépendance aient fait l'objet de quelques travaux (Cusak, Killoury et Nugent, 2017; L'Espérance, Bertrand et Perreault, 2016). Ainsi, afin de guider le développement de la CPV *InterseXion* sur l'intervention auprès des HARSAH en matière de consommation de SPA et de santé sexuelle, une étude de besoins a été menée auprès d'utilisateurs potentiels de cette plateforme, soit auprès d'intervenants et de gestionnaires. Cette étude avait comme objectifs spécifiques 1) de décrire les besoins perçus des utilisateurs potentiels de la CPV quant aux compétences requises et à développer pour intervenir auprès des HARSAH en dépendance et santé sexuelle et de 2) documenter leur perception au sujet de la pertinence d'*InterseXion* ainsi que leurs attentes au regard des contenus et fonctionnalités souhaités.

Méthodologie

L'étude de besoins, basée sur un devis mixte, a été réalisée d'avril à novembre 2016. Les volets qualitatif et quantitatif ont été menés de façon parallèle et l'intégration des données a été réalisée à l'étape de l'interprétation des résultats, alors que les résultats des deux volets ont été comparés et contrastés. Il s'agit donc d'un devis mixte basé sur la triangulation des méthodes de collecte de données (Denzin, 1988). Le projet a reçu une approbation du comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne.

Volet quantitatif

Participants et stratégie de recrutement

Pour réaliser le volet quantitatif de l'étude, 97 intervenants et gestionnaires du Québec œuvrant dans les domaines de la prévention et de l'intervention en dépendance ou en santé sexuelle ont été recrutés lors des périodes précédant le développement ou concomitantes au déploiement de la CPV. De ce nombre, 49 (50,1%) ont rempli le questionnaire en entier. Les stratégies de recrutement utilisées ont reposé sur l'envoi de courriels aux participants potentiels par neuf organismes partenaires (par exemple, COCQ-SIDA, CACTUS Montréal),

Instruments et déroulement

Un questionnaire en ligne a été élaboré afin de colliger plusieurs indicateurs quant 1) aux caractéristiques personnelles et aux profils de formation et d'expérience des participants, 2) à leurs besoins sur le plan du développement de compétences afin d'intervenir sur les plans de la consommation de SPA et de la santé sexuelle auprès des HARSAH, et 3) à la pertinence de la CPV comme moyen pour combler leurs besoins et les contenus possibles. Les indicateurs associés à la pertinence de la CPV sont issus d'études entourant le recours aux technologies de l'information et des communications auprès d'intervenants en santé (Mairs, McNeil, McLeod, Prorok et Stolee, 2013).

Étant donné qu'aucun instrument n'existait à cet égard, une section du questionnaire en ligne intitulée *Bilan des compétences perçues en intervention sur les plans de la consommation de SPA et de santé sexuelle* (BCSS) a été développée à partir de la conceptualisation retenue par Perreault (2013) selon laquelle les compétences reposent sur un ensemble de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être. Les indicateurs ont été dégagés de guides sur les compétences d'intervention nécessaires pour œuvrer dans les domaines de l'intervention en dépendance (Perreault, 2013) et en santé sexuelle (Goyette et Flores-Aranda, 2015; Organisation mondiale de la Santé, 2012). Les 33 compétences retenues ont été regroupées selon quatre dimensions à partir d'échanges entre quatre des coauteurs de l'article : 1) l'intervention en santé sexuelle auprès des HARSAH, 2) l'intervention sur le plan de la consommation de SPA auprès des HARSAH, 3) l'intervention intégrée sur les plans de la consommation et de la santé sexuelle auprès des HARSAH, ainsi que 4) la capacité sur le plan organisationnel à identifier des besoins sur le plan des pratiques, de l'offre de services et de la collaboration. Le format du questionnaire développé repose sur une transposition d'un questionnaire entourant l'intégration des services en dépendance et santé mentale utilisé dans le cadre d'une recherche menée dans le domaine des formations croisées (Bertrand, Ménard, Picher, Fines et Richer, 2008). Pour chacune des compétences identifiées, les niveaux d'importance et de compétence perçues ont été mesurés à l'aide d'une échelle de type Lykert allant de 1 (« pas du tout important/aucune compétence ») à 4 « très important/excellente compétence »).

Analyses

Les données quantitatives recueillies auprès des 49 participants ayant complété ce volet ont fait l'objet d'analyses descriptives de fréquence et de tendance centrales ainsi que d'analyses comparatives univariées quant au niveau de compétences perçues selon que les participants soient issus des domaines de l'intervention en dépendance, en santé sexuelle ou des deux domaines (trois groupes). Une décomposition des effets simples par l'utilisation de tests de Bonferroni a été réalisée pour chacune des compétences dont les différences s'avéraient significatives (analyses post-hoc).

Volet qualitatif

Participants et échantillonnage

Un sous-échantillon de convenance de sept participants a été constitué à partir de l'échantillon recruté dans le cadre du volet quantitatif. Les critères d'inclusion étaient d'avoir complété le questionnaire en ligne et d'avoir consenti à être contacté pour participer au volet qualitatif de l'étude.

Outil de collecte de données

Sept entrevues individuelles téléphoniques semi-dirigées ont été menées par une agente de recherche non impliquée dans le développement de la CPV à l'étude (CPV *InterseXion*). Un guide d'entrevue a été élaboré à partir des questions de recherche et de la revue de la documentation menée sur les CPV dans le domaine de la santé. Les thèmes suivants ont été abordés : 1) pratique clinique et les populations rejointes dont les HARSAH ; 2) expérience avec les CP et CPV ; 3) stratégies utilisées actuellement pour développer leurs compétences auprès de la clientèle HARSAH au sujet de la consommation de SPA et de la santé sexuelle ; 4) besoins en termes d'échanges

et de collaboration dans ces domaines; 5) intérêt et pertinence au sujet de la CPV InterseXion; 6) contenus et fonctionnalités souhaitées; 7) utilisation anticipée de la plateforme et; 8) conditions de succès et les barrières au développement de la CPV. Les entrevues ont duré en moyenne 25 minutes (19 à 35 minutes). Celles-ci ont été enregistrées et transcrites intégralement.

Analyses

Les transcriptions des entretiens individuels ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique (Paillé et Mucchielli, 2012) à l'aide du logiciel NVivo 9 par l'auteur principal. Une grille de codification mixte a été élaborée à partir des questions de recherche et des thèmes émergeant en cours d'analyse. Une codification de trois des sept entrevues a également été réalisée par un deuxième codeur pour assurer la crédibilité des analyses (Miles, Huberman et Saldaña, 2014). Le taux d'accord inter-juge était élevé (moyenne de 93,8% pour tous les thèmes) et les différences de codification ont été examinées pour s'assurer de la précision et la clarté des thèmes. L'ensemble des entrevues a été lu également par un deuxième cochercheur et les résultats des analyses qualitatives ont été discutés par les chercheurs de l'équipe à plusieurs reprises au cours du processus de recherche.

Résultats / Volet quantitatif / Portrait des participants

Caractéristiques personnelles et professionnelles

L'échantillon est constitué de participants qui résident principalement dans la région de Montréal (61,2%). Il compte une proportion plus importante de femmes (63,3%) que d'hommes et deux participants s'identifient comme des personnes trans (4,1%). Sur le plan de l'orientation sexuelle, l'échantillon compte une majorité de personnes s'identifiant comme étant d'orientation hétérosexuelle (55,1%), environ un tiers d'orientation homosexuelle (34,7%) et un dixième d'orientation bisexuelle (10,2%).

Les participants proviennent de différents secteurs d'activités professionnelles, soit des milieux communautaires (59,2%), publics (34,7%) et privés (10,2%). Ils occupent un poste à titre d'intervenants psychosociaux (49,0%), de gestionnaires ou de coordonnateurs (22,4%), de professionnels de la santé (20,4%) ou d'agents de recherche (6,1%). Ils mentionnent œuvrer principalement dans les domaines de la dépendance (44,9%), de la sexualité (32,7%), les deux domaines conjointement (20,4%) ou de la santé mentale (2,0%).

Profils de formation et d'expérience

La majorité des participants indiquent avoir suivi des formations en dépendance (85,7%) et en santé sexuelle (73,5%) dans le cadre d'un programme collégial ou universitaire, lors d'activités de formation continue ou de supervision clinique. Parmi les participants ayant reçu des formations en dépendance, près de la moitié des participants (47,6%) indiquent que la thématique de la santé sexuelle a été abordée pendant leur formation en dépendance et un peu plus d'un tiers (35,7%) indiquent que les dimensions pouvant être spécifiques à la consommation de SPA des HARSAH ont été abordées. Parmi les participants ayant reçu des formations en santé sexuelle, un peu plus de la moitié des participants (54,1%) indiquent que la thématique de la dépendance a été abordée.

CPV *InterseXion* : Étude de besoins

pendant leur formation en santé sexuelle et sept participants sur dix (69,4%) indiquent que les dimensions pouvant être spécifiques à la santé sexuelle des HARSAH ont été abordées.

Près de huit participants sur dix (79,6%) mentionnent avoir de l'expérience dans le domaine des interventions en dépendance toutes populations confondues, soit en moyenne 7,0 années d'expérience ($\acute{E}T = 6,2$). Un peu moins de trois participants sur dix (28,2%) ont de l'expérience auprès des HARSAH, soit en moyenne 5,5 années ($\acute{E}T = 8,9$). Près de sept participants sur dix (69,4%) indiquent avoir de l'expérience dans le domaine des interventions en santé sexuelle toutes populations confondues, soit en moyenne 6,7 années d'expérience ($\acute{E}T = 5,2$). Près des deux tiers (67,6%) ont de l'expérience auprès des HARSAH, soit en moyenne 6,7 années ($\acute{E}T = 8,9$).

Besoins sur le plan du développement de compétences

Les tableaux 1 à 4 présentent les moyennes entourant l'importance perçue et le niveau de compétence perçue pour chacune des compétences par les participants.

TABLEAU 1– Moyennes des niveaux d'importance et de compétence en intervention en santé sexuelle selon le domaine d'activité

	Importance et compétence ^a				Compétence par domaine ^b			
	Importance M (ÉT)	Compétence M (ÉT)	Écart	Dépendance M (ÉT)	Sexualité M (ÉT)	À part égale M (ÉT)	ANOVA	
Attitudes								
Démontrer une attitude d'ouverture, de non-jugement et d'empathie au sujet de la sexualité	4,00 (0,00)	3,48 (0,62)	0,52	3,18 (0,66)	3,87 (0,35)	3,50 (0,53)	F(2,44) = 6,84**; $\eta^2 = 0,24$	
Démontrer de l'aisance à discuter de la sexualité dont l'orientation sexuelle	3,92 (0,28)	3,38 (0,76)	0,54	2,95 (0,84)	3,87 (0,35)	3,50 (0,53)	F(2,44) = 8,79**; $\eta^2 = 0,29$	
Connaissances								
Connaître le processus d'acceptation personnelle de l'orientation sexuelle dont la période du coming out	3,71 (0,50)	2,88 (0,79)	0,83	2,41 (0,59)	3,60 (0,63)	2,80 (0,63)	F(2,44) = 16,94**; $\eta^2 = 0,44$	
Connaître l'homophobie et l'hétérosexisme et leur intériorisation	3,80 (0,41)	2,92 (0,82)	0,88	2,55 (0,74)	3,53 (0,64)	2,70 (0,68)	F(2,44) = 9,49; **; $\eta^2 = 0,30$	
Connaître les troubles du fonctionnement sexuel (ex. dysfonctionnement érectile, éjaculation précoce)	3,20 (0,65)	2,38 (0,73)	0,82	2,05 (0,65)	2,73 (0,70)	2,50 (0,71)	F(2,44) = 4,82*; $\eta^2 = 0,18$	
Connaître les facteurs biologiques et psychosociaux liés à la satisfaction et au plaisir sexuel	3,53 (0,54)	2,63 (0,89)	0,90	2,18 (0,66)	3,20 (0,78)	2,70 (1,06)	F(2,44) = 7,39**; $\eta^2 = 0,25$	
Connaître les ITSS : agents pathogènes, symptômes et traitements	3,76 (0,48)	3,17 (0,72)	0,59	2,77 (0,75)	3,53 (0,52)	3,50 (0,53)	F(2,44) = 7,95**; $\eta^2 = 0,27$	
Connaître les niveaux de risque de transmission des ITSS associés aux pratiques sexuelles	3,94 (0,24)	3,38 (0,70)	0,56	3,05 (0,79)	3,67 (0,49)	3,60 (0,52)	F(2,44) = 4,90*; $\eta^2 = 0,18$	

	Importance et compétence ^a			Compétence par domaine ^b			
	Importance M (ÉT)	Compétence M (ÉT)	Écart	Dépendance M (ÉT)	Sexualité M (ÉT)	À part égale M (ÉT)	ANOVA
Connaître les facteurs psychosociaux liés à la prise de risques sexuels	3,90 (0,31)	3,25 (0,76)	0,65	2,95 (0,79)	3,53 (0,64)	3,40 (0,70)	F(2,44) = 3,18; p = 0,05; η ² = 0,13
Connaître les méthodes de prévention des ITSS	3,94 (0,24)	3,54 (0,65)	0,40	3,23 (0,75)	3,80 (0,41)	3,80 (0,42)	F(2,44) = 5,32**; η ² = 0,20
Habiletés et capacités							
Capacité à identifier des besoins et à détecter des problèmes de santé sexuelle	3,71 (0,46)	2,81 (0,80)	0,90	2,32 (0,65)	3,33 (0,62)	3,10 (0,74)	F(2,44) = 11,88**; η ² = 0,35
Capacité d'élaborer un plan d'intervention en regard de la santé sexuelle et à le mettre en œuvre	3,53 (0,62)	2,66 (0,79)	0,87	2,23 (0,69)	3,13 (0,74)	2,90 (0,57)	F(2,44) = 8,65**; η ² = 0,28
Connaître l'offre de services en santé sexuelle	3,82 (0,39)	2,81 (0,82)	1,01	2,23 (0,61)	3,33 (0,62)	3,30 (0,68)	F(2,44) = 17,78**; η ² = 0,45
Capacité à orienter une personne vers des services en fonction des besoins identifiés en santé sexuelle	3,85 (0,36)	2,83 (0,81)	1,02	2,27 (0,63)	3,33 (0,62)	3,30 (0,68)	F(2,44) = 15,87**; η ² = 0,42
Capacité à collaborer avec des professionnels en santé sexuelle	3,92 (0,28)	2,88 (0,76)	1,04	2,41 (0,50)	3,40 (0,83)	3,10 (0,57)	F(2,44) = 11,63**; η ² = 0,35

Note. ^a N = 48 à 49. ^b N = 47. *p < .05. **p < .01.

TABLEAU 2– Moyennes des niveaux d'importance et de compétence en intervention en dépendance selon le domaine d'activité

	Importance et compétence ^a				Compétence par domaine ^b			
	Importance M (ÉT)	Compétence M (ÉT)	Écart	Dépendance M (ÉT)	Sexualité M (ÉT)	À part égale M (ÉT)	ANOVA	
Attitudes								
Démontrer une attitude d'ouverture, de non-jugement et d'empathie au sujet de la consommation	3,98 (0,14)	3,71 (0,54)	0,27	3,73 (0,56)	3,53 (0,64)	3,90 (0,32)	F(2,44) = 1,41; p = 0,26; η ² = 0,06	
Démontrer de l'aisance à discuter de la consommation	3,94 (0,25)	3,69 (0,55)	0,25	3,82 (0,50)	3,47 (0,64)	3,70 (0,48)	F(2,44) = 1,86; p = 0,17; η ² = 0,08	
Connaissances								
Connaître les effets des différentes substances psychoactives	3,71 (0,50)	3,33 (0,78)	0,38	3,59 (0,59)	2,87 (0,99)	3,40 (0,52)	F(2,44) = 4,47*; η ² = 0,17	
Connaître l'ampleur et les particularités du phénomène de la consommation dans cette population	3,57 (0,61)	2,90 (0,83)	0,67	2,95 (0,96)	2,73 (0,79)	2,90 (0,74)	F(2,44) = 0,32; p = 0,73; η ² = 0,01	
Connaître et distinguer les manifestations des différents niveaux de consommation à risque et problématique	3,78 (0,42)	3,17 (0,75)	0,61	3,50 (0,60)	2,73 (0,80)	3,00 (0,67)	F(2,44) = 5,95**; η ² = 0,21	
Connaître les différentes étapes du processus de changement quant à la consommation	3,73 (0,49)	3,33 (0,88)	0,40	3,64 (0,66)	2,93 (1,03)	3,20 (0,92)	F(2,44) = 3,19; p = 0,05; η ² = 0,13	
Connaître l'offre de services en dépendance	3,84 (0,43)	3,40 (0,79)	0,44	3,73 (0,55)	3,00 (0,85)	3,20 (0,92)	F(2,44) = 4,72*; η ² = 0,18	

	Importance et compétence ^a			Compétence par domaine ^b			
	Importance M (ÉT)	Compétence M (ÉT)	Écart	Dépendance M (ÉT)	Sexualité M (ÉT)	À part égale M (ÉT)	ANOVA
Habilités et capacités							
Capacité de détecter une problématique de consommation et à réaliser une réaction	3,73 (0,49)	3,27 (0,79)	0,46	3,55 (0,67)	2,87 (0,92)	3,20 (0,63)	F(2,44) = 3,68*; η ² = 0,14
Capacité d'élaborer un plan d'intervention en regard de la consommation et à le mettre en œuvre	3,65 (0,668)	3,09 (0,747)	0,56	3,32 (0,646)	2,64 (0,745)	3,10 (0,738)	F(2,43) = 4,03*; η ² = 0,16
Capacité à orienter une personne vers des services en fonction des besoins identifiés en matière de consommation	3,88 (0,39)	3,42 (0,74)	0,46	3,64 (0,58)	3,07 (0,88)	3,40 (0,70)	F(2,44) = 2,84; p = 0,07; η ² = 0,11
Capacité à collaborer avec des professionnels provenant du secteur de la dépendance	3,88 (0,39)	3,48 (0,77)	0,40	3,64 (0,58)	3,20 (1,01)	3,50 (0,71)	F(2,44) = 1,44; p = 0,25; η ² = 0,06

Note. a N = 47 à 49. ^b N = 46 à 47. *p < .05. **p < .01.

TABLEAU 3 – Moyennes des niveaux d'importance et de compétence en intervention en dépendance et en santé sexuelle selon le domaine d'activité

	Importance et compétence ^a			Compétence par domaine ^b			
	Importance M (ÉT)	Compétence M (ÉT)	Écart	Dépendance M (ÉT)	Sexualité M (ÉT)	À part égale M (ÉT)	ANOVA
Habilités et capacités							
Évaluer l'influence d'une problématique de consommation sur la santé sexuelle et vice versa	3,80 (0,41)	2,89 (0,73)	0,91	2,82 (0,73)	2,87 (0,74)	3,11 (0,78)	F(2,43) = 0,51; p = 0,61; η ² = 0,02
Élaborer un plan d'intervention tenant compte à la fois de la consommation et de la santé sexuelle et le mettre en œuvre	3,73 (0,49)	2,60 (0,75)	1,13	2,50 (0,74)	2,71 (0,73)	2,67 (0,87)	F(2,42) = 0,38; p = 0,69; η ² = 0,02
Collaborer avec des professionnels provenant du secteur partenaire	3,86 (0,35)	3,04 (0,82)	0,82	3,00 (0,82)	3,13 (0,83)	3,00 (0,87)	F(2,43) = 0,13; p = 0,89; η ² = 0,01

Note. a N = 45 à 49. b N = 45 à 46. *p < .05. **p < .01.

TABLEAU 4 – Moyennes des niveaux d'importance et de compétence en gestion dans les organisations

	Importance et compétence ^a			Compétence par domaine ^b				ANOVA
	Importance M (ÉT)	Compétence M (ÉT)	Écart	Dépendance M (ÉT)	Sexualité M (ÉT)	À part égale M (ÉT)		
Habilités et capacités								
Identifier les besoins sur le plan de la sexualité et de la consommation de SPA de la clientèle HARSAAH au sein de mon organisme	3,67 (0,60)	2,63 (0,85)	1,04	2,35 (0,81)	2,80 (0,94)	2,90 (0,74)	F(2,42) = 1,92; p = 0,16; η ² = 0,08	
Soutenir les capacités de mon équipe pour intervenir auprès des HARSAAH sur le plan de la sexualité et de la consommation de SPA	3,76 (0,484)	2,60 (0,963)	1,16	2,25 (0,85)	2,79 (0,89)	3,00 (1,16)	F(2,41) = 2,57; p = 0,89; η ² = 0,11	
Identifier et développer des programmes de services au sein de mon organisme pour répondre aux besoins des HARSAAH sur le plan de la sexualité et de la consommation de SPA	3,62 (0,61)	2,39 (0,95)	1,23	1,95 (0,83)	2,71 (0,91)	2,80 (0,92)	F(2,41) = 1,92*; η ² = 0,18	
Identifier et développer des programmes de services auprès d'autres organismes pour répondre aux besoins des HARSAAH sur le plan de la sexualité et de la consommation de SPA	3,56 (0,66)	2,36 (1,01)	1,20	2,00 (0,85)	2,71 (0,91)	2,60 (1,27)	F(2,41) = 2,57; p = 0,89; η ² = 0,11	

 Note. ^a N = 44 à 46. ^b N = 44 à 45. *p < .05. **p < .01.

Niveaux perçus d'importance et de compétence

Pour l'ensemble des quatre dimensions, toutes les moyennes entourant l'importance perçue se situent au-delà de 3 (« plutôt important »). En ce qui a trait au niveau de compétence perçue, bien que plusieurs compétences possèdent une moyenne au-delà de 3 (« plutôt bonne compétence »), les moyennes de certaines compétences n'atteignent pas ce seuil.

La dimension qui compte proportionnellement le moins de compétences avec des scores moyens inférieurs à 3 est l'intervention sur le plan de la consommation de SPA auprès des HARSAH (une compétence sur 11, soit 9,1%), suivi de celle entourant l'intervention en santé sexuelle auprès HARSAH (neuf compétences sur 15, soit 60,0%). Les deux dimensions qui comptent le plus de compétences avec des scores moyens inférieurs à 3 sont la gestion dans les organisations en ce qui concerne l'identification des besoins, l'offre de services et la collaboration (quatre compétences sur quatre, soit 100%), suivi de l'intervention tenant compte à la fois de la santé sexuelle et de la consommation (deux compétences sur trois, soit 66,7%). Ce sont d'ailleurs pour ces deux dimensions que les moyennes des niveaux compétences perçues sont les plus basses.

Besoins : un écart entre les niveaux d'importance et de sentiment de compétence

Les écarts entre les moyennes entourant l'importance perçue et les moyennes concernant les compétences perçues ont été calculés afin d'identifier les besoins prioritaires de formation auxquels la CPV pourrait répondre. Il est considéré ainsi que les intervenants qui manifestent un faible sentiment de compétence pour un élément qu'ils considèrent important identifient ainsi un besoin de formation prioritaire. Les deux dimensions qui comptent les moyennes d'écarts les plus élevées sont la gestion dans les organisations en ce qui concerne l'identification des besoins, l'offre de services et la collaboration ($M = 1,16$) et l'intervention tenant compte à la fois de la santé sexuelle et de la consommation ($M = 0,95$).

Niveau de compétences selon les domaines d'intervention

Les moyennes des niveaux de compétence diffèrent de façon générale selon le domaine principal d'intervention (sexualité, dépendance ou les deux domaines à parts égales) auquel les participants affirment appartenir.

La presque totalité des moyennes quant aux niveaux de compétences perçues en intervention en santé sexuelle (voir Tableau 1) diffère significativement selon les principaux domaines d'appartenance des intervenants. Excepté la connaissance des facteurs psychosociaux liés à la prise de risques sexuels, les intervenants en santé sexuelle perçoivent détenir un niveau de compétences supérieur en intervention en santé sexuelle que les intervenants en dépendance. Une décomposition des effets simples a été réalisée pour chacune des compétences dont les différences s'avéraient significatives. Les intervenants œuvrant dans les deux domaines à parts égales perçoivent détenir des niveaux de compétences significativement inférieurs à ceux des intervenants en santé sexuelle quant à leurs connaissances du processus d'acceptation personnelle de l'orientation sexuelle ($p < 0,01$) ainsi que de leurs connaissances de l'homophobie et de l'hétérosexisme et leur intériorisation ($p = 0,02$). Ces mêmes intervenants perçoivent avoir des niveaux de compétences significativement supérieurs à ceux des intervenants en dépendance quant à leurs

connaissances des ITSS ($p = 0,01$), leurs connaissances des méthodes de prévention des ITSS ($p = 0,02$), leur capacité à détecter des problèmes et à identifier des besoins en santé sexuelle ($p = 0,01$), leur capacité à élaborer un plan d'intervention en regard de la sexualité et à le mettre en œuvre ($p = 0,04$), leurs connaissances de l'offre de service en santé sexuelle des HARSAH ($p < 0,01$), leur capacité à orienter une personne vers des services en santé sexuelle ($p < 0,01$) ainsi que leur capacité à collaborer avec des professionnels en santé sexuelle ($p = 0,02$).

Plusieurs des moyennes des niveaux de compétences en dépendance (voir Tableau 2) diffèrent aussi significativement selon les principaux domaines d'appartenance des intervenants. Les intervenants en dépendance perçoivent détenir des niveaux de compétences supérieurs aux intervenants en santé sexuelle en ce qui a trait à cinq des onze compétences de cette dimension. Une décomposition des effets simples a été réalisée pour chacune des compétences dont les différences s'avéraient significatives. Les intervenants s'identifiant comme œuvrant dans les deux domaines d'appartenance à parts égales ne se distinguent pas significativement ni des intervenants en dépendance, ni de ceux en santé sexuelle quant à leur perception de leurs niveaux de compétence en intervention en dépendance.

Parmi les moyennes des niveaux de compétences perçues en intervention intégrée sur le plan de la dépendance et de la sexualité (voir Tableau 3), aucune compétence ne diffère significativement selon les principaux domaines d'appartenance des intervenants. Les résultats sont similaires en ce qui concerne les compétences organisationnelles à identifier des besoins sur le plan des pratiques, de l'offre de services et de la collaboration où une seule compétence diffère significativement selon les principaux domaines d'appartenance des intervenants. Cependant, les intervenants œuvrant dans les deux domaines d'appartenance à parts égales perçoivent détenir un niveau de compétence supérieur à celui des intervenants en dépendance en ce qui a trait à leur capacité à identifier et à développer des programmes et des services au sein de leur organisme pour répondre aux besoins des HARSAH sur le plan de la sexualité et de la consommation de SPA. Concernant cette dernière compétence, une décomposition des effets simples démontre que les intervenants s'identifiant comme œuvrant principalement en sexualité perçoivent détenir des niveaux de compétences significativement supérieures à ceux des intervenants œuvrant principalement en dépendance ($p < 0,01$).

Intérêt, pertinence et contenu d'InterseXion

Accès et utilisation d'Internet à des fins d'amélioration des compétences

Tous les participants disposent d'un accès à Internet dans leur lieu de travail et plus de huit participants sur dix (85,7%) ont du temps prévu et autorisé pour l'utilisation d'Internet afin d'améliorer leurs compétences. Concernant l'utilisation d'Internet pour des fins de formation, la majorité des participants indique détenir un niveau d'habileté intermédiaire (44,2%) ou avancé (41,9%). Une forte majorité de répondants considère qu'Internet est une source d'information plutôt (41,9%) ou très utile (55,8%) dans le cadre de leur travail.

Près de trois participants sur dix (28,6%) sont membres d'une CP. Parmi eux, près des deux tiers (64,2%) sont membre d'une seule CP et un peu plus du tiers (35,7%) sont membres de deux ou trois CP. La CP la plus utilisée par les participants est de type présentiel (42,8%), virtuel (35,7%), ou les deux types combinés (21,4%).

Utilité perçue de la CPV pour répondre à leur besoin sur le plan des compétences

La grande majorité des participants évaluaient qu'InterseXion leur permettrait d'améliorer leurs compétences dans le cadre de leur travail au sujet de la consommation de SPA et de la santé sexuelle des HARSAH (91,9%) ainsi que leurs collaborations avec des intervenants du secteur de la dépendance ou de la santé sexuelle (79,2%). De façon plus générale, ils étaient d'avis qu'InterseXion a le potentiel de contribuer à l'amélioration des services en dépendance et en santé sexuelle pour les HARSAH au Québec (85,4%). Enfin, plus de huit participants sur dix (83%) étaient intéressés à devenir membres d'InterseXion une fois le lancement de la communauté de pratique annoncé afin de l'utiliser sur une base hebdomadaire ou mensuelle.

Thèmes souhaités dans la CPV InterseXion

À partir d'une question ouverte, les participants étaient invités à indiquer des thèmes qu'ils souhaitent leur être proposés sur InterseXion. Les suggestions de thèmes (en ordre décroissant de la fréquence des mentions) portent sur la nature et l'ampleur de la consommation de SPA en lien avec la sexualité parmi les HARSAH, les approches d'intervention auprès de cette population incluant les nouvelles pratiques de même que les interventions adaptées à certains sous-groupes (par exemple, personnes vivant avec le VIH, aînés, travailleurs du sexe, diversité culturelle), la consommation en lien avec la sexualité en général, les impacts de la consommation, des informations sur les SPA (notamment la méthamphétamine) et les réalités régionales. Au sujet de la collaboration entre les services offerts aux HARSAH, les thèmes suggérés portent sur les ressources disponibles pour orienter les utilisateurs de services et les partenariats actuels ou à développer pour mieux répondre aux besoins de cette population. Les participants ont également indiqué un ensemble de contenus ou de fonctionnalités qu'ils souhaitaient retrouver dans la CPV (voir Tableau 5)

TABLEAU 5 – Fréquences des contenus et fonctionnalités souhaités

Contenus et fonctionnalités	Niveau d'intérêt (%) ^a			
	Très intéressé	Assez intéressé	Peu intéressé	Pas du tout intéressé
Guides d'interventions en santé sexuelle et en dépendance	83,0	17,0	0,0	0,0
Outils de détection de la consommation problématique de substances	46,8	29,8	21,3	2,1
Outils de détection d'un trouble de santé sexuelle	53,2	42,6	2,1	2,1
Outils pouvant servir à effectuer un bilan personnel en matière de santé sexuelle ou lors d'une intervention	67,4	23,9	8,7	0,0
Blogue de nouvelles d'actualités pertinentes pour les membres de la communauté	68,1	25,5	2,1	4,3
Espace d'échanges pour les intervenants avec des propositions de questions à débattre	36,2	40,4	17,0	6,4
Vignettes de cas cliniques	51,1	40,4	8,5	0,0
Vignettes de pratiques d'interventions	59,6	34,0	6,4	0,0

Note. ^a N = 47.

Volet qualitatif / Portrait des participants aux entrevues

Parmi les sept participants, quatre sont des femmes et trois des hommes. Quatre œuvrent dans le réseau communautaire et trois dans le réseau public de la santé et des services sociaux. Cinq travaillent dans la région de Montréal et deux ailleurs au Québec. Les participants sont issus du secteur de la dépendance (n=3), de la santé sexuelle (n = 2) ou des deux domaines à parts égales (n = 2). Tous les participants sont amenés à intervenir auprès des HARSAH.

Les besoins identifiés et stratégies utilisées

Les besoins en termes de formation.

Quelques intervenants en dépendance, et travaillant autant dans le secteur public que communautaire, rapportent ne pas se sentir outillés pour intervenir adéquatement auprès des HARSAH en matière de santé sexuelle, ni pour collaborer avec d'autres professionnels ou organismes du secteur de la santé sexuelle. Ils souhaiteraient pouvoir mieux aider les HARSAH qui s'exposent de façon importante à des risques de transmission d'ITSS lors d'épisodes de consommation de SPA.

[...] Souvent, moi je vais évaluer des hommes qui vont dire « moi je vais dans les saunas puis je consomme beaucoup, beaucoup, puis je ne me protège pas toujours... » [...] Alors, dans mon rôle d'évaluateur, j'ai l'impression que je pourrais faire un petit peu d'intervention là-dessus ne serait-ce que pour semer la réflexion chez la personne sur c'est quoi ses options, c'est quoi ses possibilités pour prendre soin d'elle, mais je ne sais pas comment faire (intervenant en dépendance, secteur public).

Pour un intervenant en dépendance, une meilleure connaissance des profils de consommation des HARSAH ainsi que de leurs particularités et contextes de vie favoriserait le développement du lien de confiance avec eux et la qualité de leurs interventions.

C'est sûr que de connaître la réalité de ces personnes, c'est quelque chose qui peut être très intéressant dans notre pratique, dans notre façon d'intervenir, pour ne pas parler à travers notre chapeau quand on parle avec le client [rires], qu'il sente un peu qu'on s'est informé puis qu'on sait un petit peu dans quoi il vit, qu'il n'a pas besoin de se faire poser 72 questions pour qu'on puisse faire une intervention qui se tient (intervenant en dépendance, secteur public).

L'amélioration des compétences à intervenir de manière intégrée dans les deux domaines est aussi souhaitée par un intervenant communautaire en santé sexuelle. Celui-ci suggère que le confort de l'intervenant à explorer la consommation de SPA chez leur clientèle pourrait favoriser l'exploration de ce thème.

Je pense qu'on [dans mon milieu de travail] ne s'est pas beaucoup penché sur cet aspect-là spécifiquement [la consommation], mais ça vaudrait la peine parce que je pense que ça peut être plus présent qu'on pense. Peut-être qu'ils sont moins à l'aise d'en parler, mais peut-être qu'on pourrait essayer de développer des moyens pour justement qu'ils soient plus ouverts (intervenant communautaire en santé sexuelle).

Le manque d'aisance et de compétences de certains professionnels pour aborder adéquatement la sexualité sont aussi déplorés par d'autres participants, autant des secteurs publics que communautaire. Encore une fois, ce manque de confort des professionnels peut aussi engendrer une barrière auprès des HARSAH à même de limiter les échanges.

Souvent, ce que j'ai vu avec les autres professionnels, ils ont de la misère des fois à aborder la sexualité, de parler de façon ouverte, sans honte, sans jugement, puis c'est ça qui des fois bloque l'utilisateur de vraiment exprimer puis avancer plus naturellement parce que ça fait partie de leur vie puis ça s'entrecroise très franchement avec leur problème de dépendance (intervenant communautaire en santé sexuelle).

Les besoins de développement d'interventions intégrées

La nécessité de développer et de mettre en place des interventions intégrées en dépendance et en santé sexuelle est également soulignée par les participants. Un intervenant rapporte que les HARSAH eux-mêmes manifestent ce besoin. Or, dans les services en dépendance, si la personne exprime un besoin d'obtenir des services en sexologie, elle doit faire la démarche par elle-même pour y avoir accès.

[...] la clientèle le demande, j'ai déjà eu des HARSAH dans mon bureau qui m'ont dit « Moi j'aimerais ça voir un sexologue parce que je le sais qu'il y a des choses dans ma sexualité qui sont problématiques puis c'est toujours associé à la consommation puis faut que je règle ça... ». Donc moi je pense que ça doit être pris ensemble, quand les deux [dimensions] sont présentes puis que la personne est partante pour travailler les deux de concert, je pense que c'est la meilleure approche (intervenant en dépendance, secteur public).

Quelques participants soulèvent que le développement d'interventions intégrées nécessite que les intervenants soient formés pour qu'ils se sentent confortables à intégrer ces nouvelles pratiques.

[...] souvent les gens apprécient de recevoir la formation. De dire, ok! Je pourrais faire ça, mais là je suis tu formé moi là, là? Je peux-tu faire cela, est-ce que je m'en sens capable? [...] peut-être que des petites formations justement via *InterseXion* ou des rencontres avec d'autres intervenants pour coacher les gens, ça pourrait être intéressant (intervenant en dépendance, secteur public).

Les besoins de collaboration intersectorielle

La prise en charge des HARSAH qui consomment des SPA nécessite souvent une collaboration entre des professionnels provenant de différents secteurs et ayant des expertises complémentaires. La collaboration intersectorielle entre le secteur public en dépendance et les organismes communautaires en santé sexuelle est un enjeu soulevé principalement par les participants provenant du secteur de la dépendance. Ainsi, un participant déplore la difficulté d'orienter des HARSAH en réadaptation en dépendance vers des services en santé sexuelle qui peuvent répondre à leurs besoins, en raison de la méconnaissance des ressources existantes. Aussi, un intervenant du secteur de la dépendance souligne l'importance d'être appuyé par des professionnels ayant une expertise non seulement en sexologie en général, mais aussi sur le plan des besoins particuliers des HARSAH.

Deux participants expriment par ailleurs un besoin de se mettre en lien avec d'autres professionnels pour mieux comprendre les approches d'intervention dans les milieux respectifs, développer une vision commune et échanger sur les expertises pour mieux travailler ensemble.

J'aimerais [...] avoir les informations sur qu'est-ce que les autres intervenants ont fait dans une situation, c'est de vraiment avoir accès à des expériences puis la perception des autres collègues, puis de pouvoir échanger là-dessus. C'est très difficile de rentrer en contact avec des personnes des autres organismes même s'ils sont juste l'autre côté de la rue (intervenant communautaire en santé sexuelle)

La collaboration intersectorielle est également souhaitable pour développer de nouveaux projets par le biais de la mutualisation de savoirs et d'expertises.

Cela peut être quand des gens décident de monter un projet [...] je peux être sollicité pour ça, sinon c'est peut-être plus en lien avec notre expertise au niveau de la consommation, les gens peuvent avoir des questions, des fois ça peut être pour faire un état de la situation : « Aille nous dans notre région, c'est ça qui se passe, vous dans [nom du quartier], est-ce que c'est cela qui se passe? ». Puis on compare puis on voit c'est quoi le pouls de la consommation en ce moment (intervenant communautaire en dépendance).

Stratégies pour développer les compétences

Plusieurs participants mentionnent l'utilisation d'Internet pour trouver des informations pertinentes sur la consommation de SPA et la santé sexuelle des HARSAH (informations générales, guides de pratiques, articles scientifiques). Quelques participants suivent aussi des formations offertes à l'externe de leur organisme, alors que d'autres se tournent vers des personnes ressources détenant une expertise informelle au sein de leur organisme. Par ailleurs, deux participants expriment des réserves au sujet de formations en santé sexuelle reçues, celles-ci étant peu adaptées aux réalités spécifiques vécues par les HARSAH.

Seul un participant avait de l'expérience avec les CP, son appréciation de cette stratégie pour développer ses compétences étant très positive.

il y a une certaine convivialité par rapport à ça, puis c'est l'un d'avoir un grand bassin de praticiens du même milieu et de milieux différents en fait qui sont capables de nous donner un peu d'*input* sur certaines questions qui nous travaillent et d'avoir un peu en temps réel des réponses-là, parfois on est... avoir une réponse d'un expert parfois on a des délais, alors virtuellement il y a une certaine rapidité par rapport à cela que je trouve bien agréable [...] Parfois juste aller voir les questions des autres ça suscite des questions dans notre propre pratique puis on se remet un peu en question sur ce qu'on fait, juste comme participant, oui en posant des questions en allant observer un peu qu'est-ce qui se pose comme questions sur ce forum-là peut être aidant (médecin).

Pertinence et intérêt pour la CPV *InterseXion*

Au sujet de la pertinence et de l'intérêt pour le projet *InterseXion* pour eux-mêmes et leurs collègues, tous les participants considèrent que la CPV pourrait répondre à des besoins de formation et de collaboration au sujet de la consommation de SPA en lien avec la santé sexuelle parmi les HARSAH.

Favoriser la collaboration intersectorielle et l'interdisciplinarité

Plusieurs participants sont d'avis qu'*InterseXion* pourrait contribuer à décroiser les services tout en favorisant une meilleure compréhension des approches selon les professions.

Ce serait vraiment pertinent! Je pense que ça pourrait aider à éviter de travailler en silos, ce qu'on fait peut-être beaucoup dans le milieu soit communautaire, soit services sociaux CLSC, mais oui si on travaille tous ensemble ça éviterait que les gens se retrouvent dans le néant, les clients dans le fond [...] (intervenant communautaire en santé sexuelle).

Développer des attitudes adéquates pour mieux intervenir

Un intervenant du secteur public des services en dépendance estime que la CPV pourrait permettre d'outiller les intervenants et de démystifier les réalités propres à cette clientèle.

[...] ça peut être pertinent parce qu'on n'a vraiment pas d'outils par rapport à cette communauté-là. [...] mes collègues qui font le même travail que moi qui parfois vont peut-être se retrouver un peu démunis, ne sachant pas trop quoi faire quand la personne fait l'étalage

CPV *InterseXion* : Étude de besoins

de ses conduites sexuelles. Ce qui peut être pertinent, c'est beaucoup d'informations, de discussion, de démystification de cette portion de la clientèle (Intervenant en dépendance, secteur public).

Connaître et développer les meilleures pratiques

Un participant qui a également un rôle de planification en santé publique explique comment *InterseXion* pourrait permettre de mieux connaître et développer les meilleures pratiques d'un domaine en émergence.

Ça peut être pertinent pour me donner une idée de ce que les autres font avec ces patients-là, je pense que c'est comme tout une autre [clientèle] ces patients-là ou ces populations-là, on peut prendre les deux côtés, c'est tout un domaine en émergence dans le fond puis je pense que les meilleures pratiques il faut les bâtir au fur et à mesure puis avoir été en contact avec d'autres personnes qui rencontrent des problématiques similaires, cela serait très riche pour nourrir notre pratique, par exemple, des outils qui sont utilisés par d'autres, les approches qui fonctionnent bien avec tel profil de clientèle (participant en santé publique).

Ce même intervenant partage son opinion selon laquelle *InterseXion* pourrait favoriser le développement de services et la collaboration intersectorielle en matière de réduction des méfaits.

Il n'y a pas énormément non plus de services de réduction des méfaits à l'intention des HARSAH qui consomment des drogues dans le contexte de relations sexuelles. On a, nous, un petit volume, par exemple de distribution de pipes à crystal meth qui ne sont pas dans notre système de distribution usuel qu'on finance, mais qui sont vendues au prix coûtant mais c'est très, très marginal en ce moment ce qu'on fait en termes de réduction des méfaits pour ces personnes-là, donc ça aussi ce serait des collaborations probablement qu'il faudrait développer (participant en santé publique).

Par ailleurs, un participant explique que la CPV pourrait permettre de mieux connaître les réalités locales quant à la consommation en lien avec la sexualité parmi les HARSAH.

[...] puis échanger, dans le fond, sur les réalités locales effectivement, je dis que je pense que le gros de cette consommation [le crystal meth] serait à Montréal, mais c'est peut-être aussi dans d'autres centres urbains où ça se trouve aussi, mais probablement qu'il doit y avoir des petites « poches », des petites « grappes » de ce genre de petits réseaux là sociosexuels qui peuvent avoir lieu partout en réalité, c'est ça la réalité [...] (participant en santé publique).

Contribuer au développement de formations et de nouveaux projets

Un participant considère que la CPV pourrait favoriser la formation continue et contribuer à identifier des besoins en matière de compétences à développer pour les inclure dans l'offre de formation à l'échelle provinciale. Selon un participant, la CPV serait aussi utile pour le développement de projets, la formation des employés et les discussions dans les équipes.

Contenus et fonctionnalités souhaités dans la CPV

Les contenus et des fonctionnalités rapportés par les participants convergeaient avec ceux identifiés dans le volet quantitatif. Cependant, les formats souhaités pour les contenus sont précisés. Par exemple, une préférence est exprimée pour de courts vidéos qui présentent comment les professionnels interviennent (par exemple, entretien motivationnel) ou des témoignages d'HARSAH. Certains participants souhaitent des textes vulgarisés ou des contenus cliniques appliqués (par exemple, meilleures pratiques, données probantes, lignes directrices) plutôt que des articles scientifiques.

Concernant les fonctionnalités, plusieurs participants souhaitent pouvoir interagir via un forum de discussion. Ils souhaitent également pouvoir choisir de s'abonner librement à un fil de discussion du forum plutôt que de recevoir systématiquement des courriels sur les échanges entre les membres. Une bibliothèque virtuelle est également suggérée.

Conditions de succès et barrières au développement d'InterseXion

Au sujet des facteurs qui pourraient potentiellement contribuer au succès d'InterseXion, on peut résumer ainsi les propos des participants : 1) une plateforme vivante avec un animateur qui encourage la participation ; 2) des contenus qui répondent aux besoins des membres ; 3) des membres informés régulièrement sur les contenus disponibles ; 4) des contenus qui tiennent compte des réalités régionales ; 5) des questions posées sur le forum qui obtiennent une réponse assez rapidement. Les participants identifient également des barrières potentielles qui pourraient nuire au succès de la plateforme InterseXion : 1) le manque d'assiduité dans la participation au forum et la tendance à oublier son existence ; 2) le manque de convivialité (par exemple, pour la recherche d'information) ; 3) le temps limité pour l'utilisation de la plateforme et 4) les confrontations de cultures professionnelles qui peuvent survenir.

Discussion

L'objectif principal de cette étude était de décrire les besoins et les attentes des utilisateurs potentiels d'InterseXion en vue d'en guider son développement. D'emblée, il faut souligner que les volets quantitatif et qualitatif de l'étude appuient la pertinence du développement d'une CPV comme InterseXion.

Les résultats permettent d'identifier des besoins de formation auxquels la CPV pourrait répondre. Ainsi, les compétences intégrées sur le plan de la consommation de SPA et de la santé sexuelle tant sur les plans interventionnels que de la gestion sont celles jugées comme étant prioritaires à développer. De plus, certains besoins se distinguent selon le domaine des intervenants. Les intervenants en santé sexuelle perçoivent détenir un niveau de compétences significativement supérieur pour les interventions en santé sexuelle que les intervenants en dépendance et vice versa pour les interventions en dépendance. Cependant, l'intervention intégrée, sur les plans de la sexualité et de la dépendance, constitue un besoin important de formation pour l'ensemble des intervenants nonobstant leur domaine (voir Tableau 6). De fait, la nécessité d'intervenir de manière intégrée auprès des HARSAH, en tenant compte de leurs besoins au regard de leur consommation de SPA et de leur sexualité est soulignée par plusieurs auteurs (Anderson, 2009; Goyette & Flores-Aranda, 2015; Lovett et al., 2015; Stuart, 2013). En parallèle, les participants ont également partagé

l'importance de développer de l'aisance à aborder la santé sexuelle et l'orientation sexuelle auprès d'HARSAH, des éléments essentiels d'une formation adéquate largement discutés dans la documentation scientifique, notamment dans les guides d'interventions (Barbara, Doctor & Chaim 2007 ; Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions, 2016).

TABLEAU 6 – Sommaire des besoins et des niveaux de compétences selon le domaine d'activité

Besoins prioritaires identifiés
Évaluation, planification et intervention intégrée sur le plan de la consommation et de la santé sexuelle
Soutien à l'équipe sur le plan de l'intervention
Collaboration intersectorielle
Identification et développement de programmes intégrés au sein de l'organisme ou dans la communauté
Constats généraux entourant les compétences selon le domaine
Les intervenants œuvrant en santé sexuelle et dans les deux domaines rapportent détenir dans l'ensemble un niveau supérieur de compétence en intervention en santé sexuelle
Les intervenants œuvrant en dépendance rapportent détenir un niveau supérieur de compétence en intervention en dépendance quant à certaines composantes précises (connaissance des effets des substances psychoactives, des niveaux de risque et de l'offre de service en dépendance ; capacité à détecter une problématique de consommation, à réaliser une rétroaction ainsi qu'à élaborer et à mettre en œuvre un plan d'intervention)
Le niveau de compétence perçu en intervention intégrée n'est pas influencé par le domaine d'intervention des participants
Le niveau de compétence perçu sur le plan organisationnel est peu influencé par le domaine d'intervention des participants. Cependant, les intervenants œuvrant en santé sexuelle et dans les deux domaines rapportent détenir un niveau supérieur de compétence en ce qui a trait à l'identification et développement de programmes au sein de l'organisme ou dans la communauté
Orientations du développement de la CPV
Les besoins identifiés entourant l'intervention intégrée, la collaboration et les compétences organisationnelles devraient être priorités
Certaines compétences spécifiques en santé sexuelle et en dépendance pourraient être ciblées selon le domaine d'intervention et selon les besoins particuliers identifiés par les intervenants participants à une CPV

Or, les CPV visent justement à développer des expertises pour faciliter des interventions intégrées ainsi que le travail en collaboration entre professionnels de diverses organisations et de différents secteurs d'activités (Meagher-Stewart et al., 2012; Ranmuthugala et al. 2011). Les besoins de formation identifiés comme prioritaires par cette étude correspondent donc aux effets attendus que pourraient avoir *InterseXion* et cette CPV est jugée par les participants comme un moyen pertinent pour répondre à leurs besoins. Plus spécifiquement, l'analyse des entrevues met en relief le potentiel de la plateforme pour favoriser la collaboration intersectorielle et l'interdisciplinarité, développer des attitudes adéquates pour mieux intervenir, connaître et développer les meilleures pratiques et contribuer au développement de formations et de nouveaux projets.

Sur le plan des contenus et des fonctionnalités souhaités dans la CPV, les résultats des deux volets mettent en relief certains constats. Au sujet des contenus, des outils pour mieux intervenir (ex. guides de pratique, questionnaires d'évaluation des besoins) ainsi que des exemples d'interventions pour mieux comprendre comment d'autres intervenants travaillent ainsi que de découvrir les meilleures pratiques souhaitées.

Sur le plan organisationnel, les constats issus de cette étude mettent en lumière d'autres éléments qui permettent de mieux comprendre le contexte dans lequel s'inscrivent les besoins des intervenants, étant donné le cloisonnement actuel des services en dépendance et en santé sexuelle au Québec. Par exemple, les propos des intervenants soulèvent des difficultés à orienter les HARSAH ayant recours à des services en dépendance vers des services en santé sexuelle en raison de la méconnaissance des ressources, l'importance d'être appuyé par des professionnels (par exemple, sexologue) avec une expertise HARSAH, le besoin de se mettre en lien afin de mieux comprendre les approches utilisées et les meilleures pratiques selon les secteurs, la nécessité de développer une vision commune et de mutualiser les savoirs et les expertises. Ces constats soulignent l'importance de mettre en place des réseaux de services intégrés adaptés en améliorant la collaboration intersectorielle et interprofessionnelle auprès de populations vulnérables (Boyer et al., 2015 ; Imbleau, 2016 ; Public Health England, 2015).

Contribution de l'étude au développement d'InterseXion

Les constats de cette étude ont permis de mettre en évidence des besoins de collaboration et de formation continue au sujet des HARSAH et de la consommation de SPA en lien avec la sexualité. Le développement de la CPV a mis l'accent sur ces thèmes dans les contenus proposés sur la plateforme, et ce, dès son lancement. Les contenus souhaités ont été regroupés sous des rubriques dans la section blogue de la plateforme dont voici quelques exemples : 1) nature et ampleur de la consommation de SPA parmi les HARSAH ; 2) actualité en dépendance ; 3) adéquation des services sociaux et de santé (par exemple, rapports de recherche, recommandations) ; et 4) formation continue (par exemple, ateliers, webinaires, journées de formation). Un forum et une bibliothèque de documents regroupés par thèmes ont été également mis à la disposition des membres sous différents formats (matériel de présentation de conférences, vidéos sur des techniques d'intervention [par exemple, entretien motivationnel] et témoignages d'intervenants ou d'HARSAH utilisateurs de services).

Les membres inscrits reçoivent sur une base bimensuelle des courriels sur ces contenus. Les courriels invitent toujours par ailleurs les membres à commenter les contenus sur le blogue et à interagir sur le forum. Cette stratégie représente un facteur de succès à la mise en œuvre d'une CPV. De fait, autant les propos recueillis dans les entrevues que la documentation scientifique (CEFRIQ, 2005 ; Wenger et al., 2002) documentent l'importance d'une animation régulière qui consiste notamment à faire connaître aux membres les nouveaux contenus disponibles.

Forces et limites de l'étude

Les résultats de cette étude doivent être interprétés dans le contexte de certaines limites. La petite taille de l'échantillon dans le volet qualitatif de l'étude (sept entrevues) n'a pas permis d'atteindre

une saturation empirique dans l'analyse de contenu thématique réalisée. Ainsi, il n'a pas été possible d'établir certaines nuances, notamment quant aux stratégies spécifiques qui permettraient à une CPV de mieux répondre aux besoins d'intervenants selon leur profession particulière. Malgré la petite taille de l'échantillon de répondants au questionnaire et le fait qu'il s'agisse d'un échantillon de convenance comprenant un biais d'autosélection, les profils des participants sont diversifiés et ceux-ci correspondent de fait aux publics ciblés par la CPV *InterseXion*. En effet, les répondants proviennent de diverses régions du Québec et l'échantillon permet une diversité en ce qui a trait au sexe, à l'orientation sexuelle ainsi qu'aux différents secteurs d'activités (communautaire, services publics ou privés) et domaines d'intervention visés (santé sexuelle ou dépendance ou les deux domaines). Bien que chaque domaine d'intervention comprenait des participants issus de minorités sexuelles, les niveaux de certaines compétences à intervenir auprès des HARSAH pourraient être influencés par l'orientation sexuelle des participants plutôt que par le domaine d'intervention (Jones, Botsko et Gorman, 2003; Liddle, 1996).

Conclusion

Outre le fait d'appuyer le développement d'*InterseXion*, cette étude comporte certaines retombées sur le plan des pratiques et de la recherche. Considérant qu'*InterseXion* représente la première CPV dans le domaine des dépendances à intégrer deux domaines d'expertises et le recours de plus en plus fréquent aux nouvelles technologies en dépendance (Flores-Aranda, Larose-Ostherrath et Goyette, 2017), la démarche décrite entourant cette étude pourrait servir de pierre d'assise au développement d'autres CPV alliant différentes problématiques (par exemple, les troubles concomitants, la consommation et la délinquance, la consommation et le milieu du travail).

Qui plus est, dans le contexte du consensus existant quant à l'importance d'améliorer les compétences des professionnels à intervenir au regard de la consommation de SPA et de la santé sexuelle auprès des HARSAH, cette étude représente à notre connaissance le premier portrait comparatif des besoins de formation des intervenants du Québec selon leur domaine. Cette retombée est associée à la création du questionnaire *Bilan des compétences perçues en intervention sur les plans de la consommation de SPA et de la santé sexuelle*. Cet outil pourrait être utilisé soit par les intervenants, soit par les organisations en dépendance ou en santé sexuelle, afin de leur permettre d'identifier plus adéquatement leurs besoins de formation. Outre la CPV *InterseXion*, d'autres stratégies pour l'amélioration des compétences et des collaborations sont souhaitables. À ce sujet, le modèle des formations croisées en santé mentale et en dépendance qui existe depuis une quinzaine d'années au Québec (L'Espérance et al., 2016) pourrait également constituer une stratégie de formation prometteuse à développer pour les interventions intégrées en dépendance et en santé sexuelle auprès de cette population.

Références

- Abdulrahim, D., Whiteley, C., Moncrieff, M. et Bowden-Jones, O. (2016). *Club drug use among lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people*. London, United Kingdom : Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE).
- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014*. Ottawa, Ontario : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Anderson, S. C. (2009). *Substance use disorders in lesbian, gay, bisexual, and transgender clients: Assessment and treatment*. New York, NY : Columbia University Press.
- Barbara, A. M., Doctor, F. et Chaim, G. (2007). *Poser les bonnes questions 2 : Parler avec les clients de leur orientation et de leur identité sexuelle dans les établissements de santé mentale, de traitement de la toxicomanie et les cabinets de counseling*. Toronto, Ontario : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Bertrand, K., Ménard, J.-M., Picher, F., Fines, L. et Richer, I. (2008). *Toxicomanie et troubles mentaux sévères : projet de formation croisée par rotation positionnelle. Vers une amélioration du dépistage, de l'évaluation et du traitement intégré des troubles concomitants*. [Rapport inédit présenté à Santé Canada].
- Bourne, A. et Weatherburn, P. (2017). Substance use among men who have sex with men: patterns, motivations, impacts and intervention development need. *Sexually Transmitted Infections*. Prépublication. doi : 10.1136/sextrans-2016-052674
- Boyer, G., Morin, M., Lortie, P. B. et Roy, M. A. (2015). *Oser faire autrement : Rapport de l'étude des besoins au regard des ITSS et du travail en RLS*. Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Center for Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *A provider's introduction to substance abuse treatment for lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals*. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services.
- Centre facilitant la recherche et l'innovation dans les organisations, à l'aide des technologies de l'information et de la communication (CEFRIO). (2005). *Guide de mise en place et d'animation de communautés de pratique intentionnelles : travailler, apprendre et collaborer en réseau*. Repéré à http://www.cefrio.qc.ca/media/uploader/2_travailler_apprendre_collaborer.pdf
- Cusack, E., Killoury, F. et Nugent, L. E. (2017). The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery-oriented policy in practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2-3), 93-104.
- Denzin, N. K. (1988). Qualitative analysis for social scientists. *Contemporary Sociology*, 17(3), 430-432.
- Dumas, J. (2013). L'évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles par le CSSS Jeanne-Mance. *Service Social*, 59(1), 63-80.

Flores-Aranda, J., Larose-Osterrath, C. et Goyette, M. (2017, 8 juin). *L'intervention brève en ligne auprès de populations moins bien desservies : un avenir dans le champ de la dépendance?* Communication présentée à la Journée des partenaires du RISQ, Trois-Rivières, Québec.

Goyette, M. et Flores-Aranda, J. (2015). Consommation de substances psychoactives et sexualité chez les jeunes : une vision globale de la sexualité. *Drogues, Santé et Société*, 14(1), 172-195.

Hanlis, E. et Abbas, P. (2008, 30 juin). *Assessing needs and providing recommendations for the design of a virtual community of practice for HIV/AIDS healthcare professionals*. Communication présentée au World Conference on Educational Multimedia, Hypermedia and Telecommunications 2008. Vienne, Autriche.

Imbleau, M. (2016). *Deux cas traceurs pour évaluer la mise en oeuvre du Programme national de santé publique du Québec : la prévention de l'obésité et des infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC : National Academies Press.

Jones, M. A., Botsko, M. et Gorman, B. S. (2003). Predictors of psychotherapeutic benefit of lesbian, gay, and bisexual clients: The effects of sexual orientation matching and other factors. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(4), 289-301.

Knudsen, H. K. et Oser, C. B. (2009). Availability of HIV-related health services in adolescent substance abuse treatment programs. *AIDS Care*, 21(10), 1238-1246.

Lépine, P. (2011). *Synthèse des connaissances scientifiques et cliniques sur la prise en charge des personnes membres de minorités sexuelles ayant un problème de dépendance à l'alcool ou aux drogues*. Montréal, Québec : Centre Dollard-Cormier.

L'Espérance, N., Bertrand, K. et Perreault, M. (2016). Cross-training to work better together with women who use substances: Care providers' perceptions. *Health & Social Care in the Community*, (25)2, 505-513.

Lewis, L. A., Koston, Z., Quartley, M. et Adsit, J. (2011). Virtual communities of practice: Bridging research and practice using Web 2.0. *Journal of Educational Technology Systems*, 39(2), 155-161.

Liddle, B. J. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings on helpfulness by gay and lesbian clients. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 394-401.

Lovett, C., Yamamoto, T., Hunter, L., White, J., Dargan, P. I. et Wood, D. M. (2015). Problematic recreational drug use: Is there a role for outpatient sexual health clinics in identifying those not already engaged with treatment services? *Sexual Health*, 12(6), 501-505.

Mairs, K., McNeil, H., McLeod, J., Prorok, J. C. et Stolee, P. (2013). Online strategies to facilitate health-related knowledge transfer: A systematic search and review. *Health Info Library Journal*, 30(4), 261-277.

- McKirnan, D. J., Du Bois, S. N., Alvy, L. M. et Jones, K. (2013). Health care access and health behaviors among men who have sex with men. The cost of health disparities. *Health Education & Behavior*, 40(1), 32-41.
- Meagher-Stewart, D., Solberg, S. M., Warner, G., MacDonald, J., McPherson, C. et Seaman, P. (2012). Understanding the role of communities of practice in evidence-informed decision making in public health. *Qualitative Health Research*, 22(6), 723-739.
- Michaud, D., Briand, C., Thibault, V. et Charbonneau, K. (2015). Le Web 2.0 pour soutenir le réseautage en santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 227-249.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3^e éd.). Los Angeles, CA : Sage.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires*. Genève, Suisse : OMS.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Perreault, N. (2013). *Guide des compétences pour œuvrer en centre de réadaptation en dépendance*. Montréal, Québec : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.
- Public Health England. (2015). *Substance misuse services for men who have sex with men involved in chemsex*. London, United Kingdom : Health & Wellbeing Directorate.
- Ranmuthugala, G., Plumb, J. J., Cunningham, F. C., Georgiou, A., Westbrook, J. I. et Braithwaite, J. (2011). How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11(1), 273-273.
- Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions. (2016). *Chemsex : livret d'information pour les professionnel(le)s et les intervenant(e)s de santé*. Paris, France : RESPAD.
- Saint-Charles, J. (2012). Les communautés de pratique virtuelles en santé. Dans C. Thoër et J. J. Lévy (dir.), *Internet et santé : acteurs, usages et appropriations* (p. 113-126). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Stuart, D. (2013). Sexualized drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nursing Journal*, 13(1), 6-10.
- Sullivan, T. M., Harlan, S. V., Pakenham-Walsh, N. et Ouma, S. (2012). Working together to meet the information needs of health care providers, program managers, and policy makers in low- and middle-income countries. *Journal of Health Communication*, 17(2), 5-8.
- Vosburgh, H. W., Mansergh, G., Sullivan, P. S. et Purcell, D. W. (2012). A review of the literature on event-level substance use and sexual risk behavior among men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 16(6), 1394-1410.
- Wenger, E., McDermott, R. et Snyder, W. M. (2002). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Boston, MA : Harvard Business School Press.