

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

MOTIVATIONS ET FACTEURS PSYCHOSEXUELS ASSOCIÉS À LA CONSOMMATION  
DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN CONTEXTE SEXUEL : ANALYSES  
FACTORIELLES ET ACHEMINATOIRES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR

TANIA DESHAIES

MAI 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à remercier ma direction de recherche, David Lafortune et Marie-Aude Boislard, sans qui ce projet n'aurait pu être réalisé. Merci pour votre support indispensable, vos précieux conseils, votre rigueur et votre soutien constant. Un immense merci pour les opportunités offertes. Grâce à vous deux, j'ai eu l'occasion de développer mes compétences professionnelles et personnelles au cours de mon parcours académique. Merci d'avoir été les piliers de cette extraordinaire aventure que fut la maîtrise en sexologie.

J'aimerais également souligner l'aide indispensable de Cloé Canivet qui m'a permis d'avancer dans mon projet et de parfaire mes connaissances. Un immense merci pour l'aide plus qu'essentielle de Jill Vandermeerschen, sans qui le modèle d'analyse statistique n'aurait pu être possible. Merci pour ton accompagnement et ton écoute. Ton aide a été rassurante et m'a permis d'accroître mes connaissances. Merci à Natacha Godbout et Jorge Flores-Aranda pour leurs conseils.

Un merci tout spécial à Aïda et Frédérique. Merci pour les merveilleux moments passés ensemble depuis le commencement de cette aventure que fut la maîtrise. Merci pour les fous rires partagés, l'entraide et les conversations enrichissantes!

Merci à ma famille de m'avoir accompagné et soutenu tout au long de ce projet. Merci pour vos encouragements et votre douceur à mon égard lors des moments les plus difficiles. Je tiens également à remercier chaleureusement Sei qui, malgré la distance, a su se montrer disponible et attentionné. Merci de m'avoir encouragé et soutenu durant mon parcours en m'offrant ton écoute attentive et ta présence rassurante. Merci de croire en moi! Ta présence fut précieuse.

Merci à mes amies, Gabrielle et Audrey, mes meilleures amies. Votre amitié et votre générosité inconditionnelle m'ont permis d'avancer dans mon cheminement personnel et de surmonter les obstacles. Merci de m'avoir soutenu, de m'avoir épaulé et de m'avoir fait sourire tout au long de mon parcours.

Les mots me manquent pour vous exprimer à toutes ma gratitude. Merci infiniment pour tout!

## **AVANT-PROPOS**

Afin de témoigner d'un souci d'inclusivité, le présent document fut rédigé en tenant compte des standards en matière d'écriture inclusive épiciène.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ii
AVANT-PROPOS .....	iii
LISTE DES FIGURES .....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	viii
RÉSUMÉ .....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 ÉTAT DES CONNAISSANCES ET CADRE CONCEPTUEL.....	5
1.1 Consommation de substances psychoactives en contexte sexuel et motivations.....	5
1.2 Indicateurs psychosexuels individuels associés à la consommation de substances .....	9
1.2.1 Satisfaction sexuelle .....	9
1.2.2 Anxiété de performance sexuelle .....	10
1.2.3 Honte corporelle .....	11
1.2.4 Inconfort face à la communication sexuelle .....	12
1.2.5 Compulsion sexuelle.....	13
1.2.6 Historique d’agression sexuelle en enfance.....	14
1.3 Modèles conceptuels .....	15
1.3.1 Modèle des stratégies d’adaptation Lazarus et Folkman (1984) .....	16
1.3.2 Modèle motivationnel de la consommation de substances de Cooper (1995) .....	17
1.3.3 Études critique sur le <i>chemsex</i> .....	18
1.4 Objectifs de l’étude et hypothèses.....	19
1.5 Pertinence de l’étude .....	20
CHAPITRE 2 ARTICLE .....	21
2.1 Abstract .....	23
2.2 Introduction .....	24
2.2.1 The Present Study .....	26
2.3 Method .....	27
2.3.1 Sampling.....	27
2.3.2 Measures.....	28
2.3.3 Data Analysis Strategy .....	30
2.4 Results .....	30
2.4.1 Objective 1: Examining the main domains of motivation related to SDU.....	31

2.4.2 Objective 2: Exploring the relationships between psychosexual variables and SDU motivation factors.....	33
2.5 Discussion .....	35
2.5.1 Limitations and Future Research.....	37
2.6 Conclusion.....	38
CHAPITRE 3 DISCUSSION .....	40
3.1 Rappel des objectifs de l'étude.....	40
3.2 Principaux constats.....	40
3.3 Limites et forces de l'étude .....	48
3.4 Recherches futures et contributions cliniques.....	49
CONCLUSION.....	51
ANNEXE A CERTIFICAT ÉTHIQUE.....	52
ANNEXE B AVIS FINAL DE CONFORMITÉ .....	53
ANNEXE C FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	54
ANNEXE D RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIE .....	60
ANNEXE E QUESTIONNAIRE CONSOMMATION DE SUBSTANCES .....	65
ANNEXE F MESURE DE LA SATISFACTION SEXUELLE .....	67
ANNEXE G MESURE DE L'ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE SEXUELLE .....	68
ANNEXE H QUESTIONNAIRE HONTE CORPORELLE.....	70
ANNEXE I MESURE DE L'ANXIÉTÉ SEXUELLE.....	71
ANNEXE J QUESTIONNAIRE DE LA COMPULSION SEXUELLE .....	73
ANNEXE K MESURE DE L'AGRESSION SEXUELLE .....	74
BIBLIOGRAPHIE.....	76

## LISTE DES FIGURES

Figure 2.1. Path analysis model of psychosexual variables associated with motivations to engage in SDU.....	34
---	----

## LISTE DES TABLEAUX

Table 2.1. Factor loadings per item following oblimin rotation and the correlation matrix of the four factors.....	32
--	----

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

SPA : Substances psychoactives

CSSP : Consommation sexualisée de substances psychoactives

gbHARSAH : hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

ASE : Agression sexuelle en enfance

## RÉSUMÉ

**Contexte** : La documentation scientifique suggère un lien entre l'utilisation de substances psychoactives avant et pendant les activités sexuelles (CSSP) et l'adoption de comportements sexuels à risque susceptibles de compromettre l'intégrité physique et psychologique des individus. Cependant, peu d'études se sont intéressées aux motivations sous-jacentes à la CSSP ainsi qu'à leurs associations avec les caractéristiques psychosexuelles des individus rapportant leur usage. **Objectifs** : Dans cette perspective, les objectifs de l'étude étaient (1) d'identifier les facteurs motivationnels liés à la CSSP et (2) d'explorer les liens entre ces facteurs et différentes caractéristiques psychosexuelles : la satisfaction sexuelle, l'anxiété de performance sexuelle, la honte corporelle, l'inconfort face à la communication sexuelle, la compulsion sexuelle et une expérience d'agression sexuelle en enfance. **Méthode** : Des analyses factorielles exploratoires et un modèle d'analyses acheminatoires par modélisation d'équation structurelle ont été réalisés sur un échantillon non probabiliste de 1196 Québécois issus de la communauté ayant répondu à un sondage en ligne sur le bien-être sexuel entre juin et septembre 2021. **Résultats** : L'analyse factorielle révèle quatre facteurs distincts liés aux motivations à la CSSP : (1) augmenter la satisfaction et les sensations physiques, (2) augmenter l'estime de soi sexuelle, (3) atténuer la souffrance et (4) améliorer la réponse et la fonction sexuelle. Ces quatre facteurs expliquent 51,67 % de la variance totale. Le modèle d'analyses acheminatoires révèle de bons indices d'ajustement ( $\chi^2 (10) = 7.85, p = .64$ ; RMSEA = .00, 90% CI (.00 to .02); CFI = 1.00). Le Facteur 1 est associé à des scores plus élevés de compulsion, de satisfaction et d'anxiété de performance sexuelle. Le Facteur 2 est associé à une plus forte propension à la compulsion et l'anxiété de performance sexuelle, ainsi qu'à un niveau de honte corporelle plus élevé. Le Facteur 3 est associé à des difficultés plus importantes liées à la communication, la compulsion, à l'anxiété de performance sexuelles et à la honte corporelle. Enfin, le Facteur 4 est associé à des antécédents d'agressions sexuelles à l'enfance, à des scores plus élevés de compulsion et d'anxiété de performance sexuelle, ainsi qu'à une plus faible honte corporelle. **Discussion** : Les résultats permettent de saisir l'hétérogénéité des motivations envers la CSSP et de mieux comprendre les liens multiples entre les motivations envers la CSSP et de nombreux indicateurs de bien-être psychosexuel. Nos résultats mettent ainsi en lumière tant des cibles d'intervention potentielle que des bénéfices associés à la CSSP, invitant à repenser les approches et les services thérapeutiques pour répondre spécifiquement aux besoins des personnes faisant état d'un usage problématique de CSSP.

**Mots clés** : Consommation sexualisée de substances, Motivations, Bien-être psychosexuel, Stratégie d'adaptation, Analyses factorielles, Analyses acheminatoires, Réduction des méfaits

## ABSTRACT

**Context:** Existing scientific literature suggests a relationship between sexualized drug use (SDU) and the adoption of risky behaviors that can compromise one's physical and psychological wellbeing. However, there is a lack of comprehensive models exploring the links between motivations for SDU and psychosexual wellbeing. **Objective:** This study aimed to (1) examine the main motivations related to SDU, and (2) explore the connections between motivations for SDU and various psychosexual factors, that is sexual communication, sexual compulsivity, sexual satisfaction, performance anxiety, body shame, and history of childhood sexual abuse. **Method:** The study utilized exploratory factor analyses (EFA) and a path analysis model on a non-probabilistic community sample of 1,196 participants from Quebec, Canada. The participants completed a survey on SDU and related motivations as part of a larger study on sexual wellbeing from June to September 2021. **Results:** EFA revealed four distinct motivations for SDU: *Increasing satisfaction and sensations* (Factor 1), *Increasing sexual self-esteem* (Factor 2), *Mitigating distress* (Factor 3), and *Increasing sexual responsiveness and functioning* (Factor 4), which accounted for 51.67% of the total variance. The path analysis model yields satisfactory fit indices ( $\chi^2(10) = 7.85, p = .64$ ; RMSEA = .00, 90% CI (.00 to .02); CFI = 1.00). Higher levels of performance anxiety and sexual compulsivity were associated with higher scores on all four factors. Greater body shame was positively linked to Factors 2 and 3 but negatively to Factor 4. Additionally, three psychosexual variables were positively associated with only one factor: sexual satisfaction with Factor 1, discomfort with sexual communication with Factor 3, and childhood sexual abuse with Factor 4. **Discussion:** These findings allow for a better understanding of the heterogeneity of motivations toward SDU and provide further insight into the relationship between these motivations and various psychosexual wellbeing indicators. Moreover, our results highlight both potential intervention targets and benefits associated with SDU, inviting us to rethink approaches and therapeutic services to meet the specific needs of people reporting problematic use of SDU.

**Keywords:** Sexualized drug use, Motivation, Psychosexual wellbeing, Coping strategies, Path analysis, Harm reduction

## INTRODUCTION

La consommation sexualisée de substances psychoactives (CSSP) réfère à la consommation intentionnelle de substances psychoactives (SPA ; p. ex., alcool, cannabis, amphétamines) avant et pendant les rapports sexuels dans l'objectif de maintenir, prolonger, améliorer, désinhiber ou faciliter l'expérience ou la performance sexuelle (Bourne et al., 2015 ; Edmundson et al., 2018). La CSSP est associée à l'adoption de comportements sexuels à risque, tels que la pratique d'activités sexuelles associées à une potentielle transmission d'ITSS (p. ex., relations sexuelles non protégées ; Boislard et al., 2009 ; Lafortune et al., 2021 ; Melendez-Torres et Bourne, 2016 ; Tomkins et al., 2018). Elle est également associée à des taux d'infection au VIH, à l'Hépatite C, à la syphilis, à la gonorrhée et à la chlamydie plus élevés (Drückler et al., 2018 ; Lafortune et al., 2021 ; Pufall et al., 2018 ; Tomkins et al., 2018). Par exemple, Mimiaga et ses collaborateurs (2008) révèlent que les personnes indiquant pratiquer la CSSP rapportent des taux d'infection plus élevés au VIH et la présence d'un historique d'une ou de plusieurs ITSS (p. ex., chlamydia, gonorrhée), comparativement aux personnes ne rapportant pas s'engager dans la pratique de la CSSP. La CSSP est également associée à des niveaux de bien-être psychologique plus faibles (pour une recension, voir Lafortune et al., 2021). À cet effet, la CSSP serait notamment associée à des taux plus élevés d'anxiété, de dépression et de symptômes psychotiques (Eaton et al., 2015 ; Pufall et al., 2018 ; Tomkins et al., 2018).

La prévalence de la consommation d'alcool avant les rapports sexuels concernerait plus de 4,3 millions d'Américains annuellement (Eaton et al., 2015). Outre la consommation d'alcool, l'imposante étude internationale de Lawn et al. (2019) effectuée auprès d'un échantillon de 22 289 répondant.e.s, suggère que près de 31,2% des hommes et près de 22,9% des femmes consomment des SPA (p. ex., GHB, MDMA, cannabis) avant et pendant les rapports sexuels dans l'objectif d'améliorer certains aspects de leurs relations sexuelles (p. ex., maintenir une érection, avoir plusieurs orgasmes, augmenter le désir sexuel). Les résultats de l'étude de Lawn et al. (2019) suggèrent qu'après l'alcool, le cannabis et la MDMA seraient les deux substances les plus employées en contexte sexuel (37,0 % des hommes et 26,3 % des femmes; 15,5 % des hommes et 15,5 % des femmes, respectivement). Certains travaux suggèrent que les personnes s'engageant dans la pratique de la CSSP rapporteraient également davantage de difficultés relatives à l'usage de SPA, telles qu'une consommation excessive d'alcool précédant les relations sexuelles (Engstrom et al., 2019; Levine et al., 2018) ou encore l'usage concomitant

de plusieurs SPA avant ou pendant les rapports sexuels (Mimiaga et al., 2008; Rosinska et al., 2018; Sewell et al., 2017). Ces données révèlent combien la CSSP représente un enjeu de santé publique (Boislard et al., 2023; Rodriguez-Seijas et al., 2017). Bien qu'une proportion importante des écrits scientifiques portant sur la CSSP adopte un angle biomédical orienté sur les risques associés à la pratique de la CSSP, il est essentiel de souligner que la CSSP n'est pas nécessairement une pratique sexuelle problématique (Flores-Aranda et Motta-Ocha, 2024). Une compréhension de la CSSP orientée uniquement sur les risques est stigmatisante et favorise la pathologisation de ce phénomène (Flores-Aranda et Motta-Ochoa, 2024). À cet égard, certain.e.s auteur.trice.s invitent à considérer l'apport du plaisir et des bénéfices perçus associés à la pratique de la CSSP (Flores-Aranda et al., 2019; Flores-Aranda et Motta-Ocha, 2024).

Bien que l'on observe un intérêt grandissant à l'égard du phénomène de la CSSP, la documentation scientifique à ce sujet reste lacunaire (Nimbi et al., 2021). La majorité des études portant sur la CSSP s'est intéressée aux liens entre cette pratique et l'adoption de comportements sexuels à risque (Boislard et al., 2009), ainsi qu'aux impacts de cette pratique sur la santé sexuelle des individus (Boislard et al., 2023 ; Bourne et Weatherburn, 2017). Par ailleurs, peu d'études se sont intéressées aux motivations sous-jacentes à la CSSP (Bird et al., 2018; Bourne et Weatherburn, 2017; This et al., 2023). Les études portant explicitement sur les motivations à l'égard de la CSSP révèlent une importante hétérogénéité dans ces motivations (Bourne et Weatherburn, 2017; Lafortune et al., 2021). La revue systématique de la littérature de Lafortune et ses collègues (2021) révèle que la CSSP peut être motivée par un besoin de gérer des émotions négatives (p. ex., solitude, anxiété, honte corporelle) et des événements stressants (p. ex., rupture amoureuse), de réduire les inhibitions de nature sociale (p. ex., favoriser les rencontres et la communication) et les craintes associées aux rapports sexuels (p. ex., anxiété de performance sexuelle). La CSSP pourrait aussi servir à favoriser l'intimité et la connexion au.x partenaire.s (p. ex., émotionnelle et sexuelle) ou encore à améliorer la performance et le fonctionnement sexuel (p. ex., plaisir et satisfaction sexuels; Lafortune et al., 2021).

Le modèle motivationnel de la consommation de substance de Cooper et ses collaborateurs (1995) identifie d'ailleurs certaines motivations liées à la CSSP, telles que la volonté de réduire des états internes négatifs, d'améliorer l'expérience sexuelle ou de faciliter les interactions sociales. D'autres travaux abordent en ce sens, suggérant que la CSSP serait une stratégie d'adaptation visant l'évitement d'états internes aversifs, comme la reviviscence d'émotions et

de souvenirs associés à une expérience d'agression sexuelle (Chartier et al., 2009; Grayson et Nolen-Hoeksema, 2005; Walsh et al., 2013), des difficultés plus importantes à communiquer en contexte sexuel (Swahn et al., 2022), ainsi que des niveaux plus élevés d'anxiété de performance sexuelle (Weatherburn et al., 2016), de compulsion sexuelle (McKeague 2014; Shorey et al., 2016) et de honte corporelle (Arends et al., 2020; Weatherburn et al., 2016). Certains auteurs soulignent également le lien entre la CSSP et le désir d'améliorer la fonction et la satisfaction sexuelle (Kahler et al., 2015).

Or, ces motivations à l'égard de la consommation de SPA pourraient être associées à davantage de difficultés à long terme (Kahler et al., 2015). En effet, l'usage de substances servant l'évitement d'émotions, pensées ou situations anxiogènes est associé à davantage de détresse psychologique et de difficultés d'adaptation sur le long terme (Briere, 2002; Walsh et al., 2009). À cet effet, l'étude de Kahler et ses collaborateurs (2015) souligne que les individus présentant des difficultés relatives à un usage excessif d'alcool et qui, de surcroît, pratiquent la CSSP dans l'objectif d'améliorer l'expérience sexuelle sont moins susceptibles d'envisager d'arrêter leur consommation d'alcool. À cet égard, certaines études qualitatives révèlent qu'il serait difficile pour certaines personnes s'engageant dans la pratique de la CSSP d'envisager entretenir une sexualité sans recourir à l'usage de SPA, particulièrement pour les personnes utilisatrices de méthamphétamine (Graf et al., 2018; Nimbi et al., 2021). La CSSP, en plus d'être associée à des difficultés relatives à la consommation de substances (Eaton et al., 2015; Engstrom et al., 2019; Levine et al., 2018; Mimiaga et al., 2008; Rosinska et al., 2018; Sewell et al., 2017), des problèmes de santé (Mimiaga et al., 2008) et de la détresse psychologique (Eaton et al., 2015), serait également associée à un risque de victimisation sexuelle accru dans la mesure où certaines substances influencent la capacité d'un individu à octroyer son consentement (p. ex., alcool et GHB; Drückler et al., 2021; Walsh et al., 2013). La majorité des travaux portant sur les motivations envers la CSSP se sont concentrés sur les répercussions de ces motivations sur le bien-être individuel. Or, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée aux corrélats et aux prédicteurs associés à ces motivations à l'égard de la pratique de la CSSP. Puisque les motivations à l'égard de la CSSP sont liées à des conséquences multiples sur le bien-être des individus, il est essentiel de cerner les dimensions psychosexuelles associées aux motivations à l'égard de la CSSP.

En proposant une analyse secondaire des données provenant d'une plus vaste étude portant sur le bien-être sexorelationnel, ce mémoire vise à documenter les motivations à l'égard de la CSSP

et les facteurs psychosexuels associés à ces motivations. Spécifiquement, les objectifs sont (1) d'identifier les facteurs motivationnels liés à la CSSP, et (2) d'explorer les liens entre ces motivations et divers indicateurs de bien-être psychosexuels individuels : la satisfaction sexuelle, l'anxiété de performance sexuelle, la honte corporelle, l'inconfort face à la communication sexuelle, la compulsion sexuelle et l'expérience d'agression sexuelle en enfance. Pour ce faire, des analyses factorielles exploratoires ont d'abord été réalisées sur les données collectées pour cerner les principaux types de motivations relatives à la CSSP. Finalement, des analyses acheminatoires réalisées par modélisation d'équation structurelle intégrative ont été testées afin d'identifier les variables psychosexuelles associées aux facteurs motivationnels.

# CHAPITRE 1

## ÉTAT DES CONNAISSANCES ET CADRE CONCEPTUEL

Dans un premier temps, ce chapitre brosse un portrait des connaissances portant sur les motivations à l'égard de la CSSP et leurs liens avec les caractéristiques psychosexuelles individuelles. Dans un second temps, ce chapitre décrira trois modèles permettant de conceptualiser les motivations liées à la CSSP ainsi que les mécanismes sous-jacents à ces motivations : le modèle des stratégies d'adaptation (Lazarus et Folkman, 1984), le modèle motivationnel de la consommation de substances (Cooper et al., 1995) et les études critiques sur le *chemsex*.

### 1.1 Consommation de substances psychoactives en contexte sexuel et motivations

Certains travaux vont privilégier les termes « *chemsex* » ou « *party and play* » pour référer à la consommation intentionnelle de drogues récréatives lors des activités sexuelles dans l'objectif de maintenir ou d'améliorer l'expérience ou la performance sexuelle (Bourne et al., 2015 ; Edmundson et al., 2018). Ces appellations sont principalement utilisées pour référer à la CSSP chez les hommes gais, bisexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (gbHARSAH ; Platteau et al., 2022 ; Weatherburn et al., 2016), tandis que les expressions « *pharmacosex* » ou « consommation sexualisée » sont privilégiées pour désigner cette pratique chez des populations n'appartenant pas à ces communautés (Moyle et al., 2021 ; Platteau et al., 2022). La pratique du *chemsex* ou du *party and play* constitue un phénomène de sous-culture associé aux communautés *queers*, en particulier aux gbHARSAHs (Florêncio, 2021). Cette pratique est associée à des substances (p. ex., méthamphétamine, GHB; Bourne et al., 2014) et des contextes particuliers (p. ex., saunas, rapports sexuels prolongés, partenaires multiples; Platteau et al., 2019) qui sont distinctivement différents d'autres pratiques impliquant la CSSP (Poulios et al., 2023). Afin de reconnaître l'origine du terme *chemsex* et son appartenance aux communautés LGBTQ, le présent mémoire réfèrera au concept de consommation sexualisée de substances psychoactives (CSSP; Moyle et al., 2021; Stuart, 2019).

La pratique de la CSSP est associée à l'adoption de comportements sexuels à risque, dont une plus grande susceptibilité à la transmission du VIH et d'ITSS (Íncera-Fernández et al., 2022; Mimiaga et al., 2008). Il appert que l'usage de SPA réduit la perception du risque en contexte sexuel (Deimel et al., 2016) et altère le processus de prise de décision (p. ex., consentement,

usage du condom; Bellis et al., 2008), augmentant ainsi les risques de s'engager dans des pratiques sexuelles susceptibles de contribuer à la transmission d'ITSS. À cet effet, l'étude qualitative de Deimel et al. (2016), portant sur un échantillon clinique d'hommes gbHARSAHs pratiquant la CSSP, souligne que la quasi-totalité de leur échantillon (85%) rapportait avoir eu des relations sexuelles à risque au cours de l'année précédente, ainsi qu'un statut positif au VIH au moment des entrevues, et qu'un peu plus du tiers de leurs participants rapportait une infection à l'hépatite C. La CSSP serait également associée à diverses difficultés de santé mentale (Eaton et al., 2015; Pufall et al., 2018). À cet égard, une récente recension systématique portant sur la CSSP chez les gbHARSAHs (Íncera-Fernández et al., 2021) suggère que les individus s'engageant dans la pratique de la CSSP avaient davantage tendance à rapporter souffrir de symptômes anxieux, dépressifs et psychotiques, ainsi qu'à rapporter des idéations suicidaires, et un trouble de l'usage de substances. Une étude ultérieure portant sur la CSSP chez les hommes et les femmes s'identifiant comme hétérosexuel.le.s (Íncera-Fernández et al., 2022) a trouvé que les personnes pratiquant la CSSP étaient plus à risque de rapporter des symptômes dépressifs que les personnes non-utilisatrices, sans toutefois révéler de différences significatives pour les symptômes anxieux. De surcroît, la CSSP serait associée à des taux plus élevés de consommation excessive de SPA, d'usage concomitant de plusieurs SPA ou encore au développement d'un trouble lié à l'usage de substances (Brennan et al., 2007; Engstrom et al., 2019). À titre d'exemple, l'étude d'Eaton et ses collaborateurs (2015) soulignent que les personnes consommant de l'alcool avant les rapports sexuels sont plus susceptibles de rapporter un trouble de l'usage de substance à l'égard d'autres SPA (p. ex., nicotine, cannabis) comparativement aux personnes qui ne consomment pas d'alcool lors des rapports sexuels.

Les études portant sur la CSSP révèlent une grande hétérogénéité quant aux motivations individuelles sous-tendant cette pratique. Certains auteurs suggèrent que l'usage de substances serait une forme de stratégie d'adaptation permettant de composer avec des états internes aversifs et des événements de vie stressants (Bourne et Weatherburn, 2017; Walsh et al., 2013). À cet égard, la documentation scientifique souligne que la CSSP pourrait servir à réguler et atténuer des émotions telles que la solitude, l'ennui et la peur du rejet, ainsi qu'à composer avec la présence de symptômes de détresse psychologique comme l'anxiété ou la dépression (Lafortune et al., 2021). Les travaux de Pollard et ses collaborateurs (2018) suggèrent que la CSSP serait associée à une volonté d'oublier les tracas du quotidien comme les pressions professionnelles et familiales. Par ailleurs, des expériences douloureuses, voire traumatiques, seraient également des facteurs associés à la CSSP (p. ex., agression sexuelle, rupture

amoureuse, décès d'un proche; Chartier et al., 2009; Grayson et Nolen-Hoeksema, 2005; Pollard et al., 2018). Certains travaux ont d'ailleurs relevé des liens entre une expérience d'agression sexuelle et la CSSP (Gilmore et al., 2014; Walsh et al., 2013). Briere (2002) suggère à cet égard que la consommation de SPA agirait comme un inhibiteur des symptômes d'état de stress post-traumatiques liés aux traumatismes sexuels, qui sont plus à risque d'être réactivés durant les rapports sexuels.

La CSSP pourrait également servir à atténuer l'expérience de honte corporelle lors des interactions avec des partenaires sexuels (Arends et al., 2020; Weatherburn et al., 2016), en permettant aux individus de se sentir plus désirables (Weatherburn et al., 2016). L'étude qualitative de Weatherburn et ses collaborateurs (2016) révèle d'ailleurs que certains hommes des communautés gbHARSAH pratiquent la CSSP afin de se sentir plus confiants de leur performance sexuelle et de leur capacité à satisfaire un partenaire. Ces résultats ont par la suite été répliqués par Hunter et al. (2012), dont les résultats suggèrent que la consommation de méthamphétamine lors des rapports sexuels était motivée par un besoin de se sentir plus confiant envers ses performances sexuelles. L'étude de Hirshfield et al. (2010) abonde en ce sens en stipulant que l'anxiété de performance sexuelle était positivement associée avec la consommation de médicaments, avec ou sans ordonnance, facilitant l'érection.

De surcroît, la CSSP pourrait être un moyen de composer avec la présence de symptômes de difficultés sexuelles, tels qu'un faible désir sexuel, la présence de douleurs et des difficultés érectiles (Lafortune et al., 2021). À cet effet, l'usage de SPA augmenterait le désir sexuel (Nimbi et al., 2021), l'excitation sexuelle (Nimbi et al., 2021; Parent et al., 2020) et le plaisir sexuel (Chartier et al., 2009), favorisant l'intensité de l'orgasme (Parent et al., 2020; Weatherburn et al., 2017). L'amélioration de l'endurance, de la fréquence ou de la longévité des rapports sexuels fut également rapportée comme étant l'une des motivations envers la CSSP (Parent et al., 2020; Weatherburn et al., 2016), de sorte que certaines substances seraient utilisées afin de prolonger l'expérience sexuelle en retardant l'éjaculation (Nimbi et al., 2021). La CSSP serait également une façon d'éviter ou de réduire certaines sensations sexuelles pénibles, comme des douleurs pouvant survenir lors des relations sexuelles (Hirshfeld et al., 2010; Parent et al., 2020). Néanmoins, certains travaux ont documenté des conséquences négatives associées à la CSSP, tels que des répercussions sur la performance et la fonction sexuelle, en évoquant notamment la présence de difficultés érectiles (Nimbi et al., 2021) et l'impossibilité d'éjaculer (Milhet et al., 2019) chez certaines personnes pratiquant la CSSP.

Outre les motivations à diminuer ou éviter un état aversif, certaines motivations relevées dans la littérature suggèrent un intérêt envers l'amélioration de la qualité ou de l'intensité des rapports sexuels (Milhet et al., 2019). Des textes récents abordant la pratique de la CSSP intègrent davantage la quête de plaisir associé à cette pratique sexuelle et s'éloignent des discours réduisant la CSSP à un facteur de risque associé à des motivations visant uniquement la gestion d'états internes négatifs (Blanchette, 2023; Flores-Aranda et al., 2019). Cette quête de plaisir pourrait agir comme une motivation importante à pratiquer la CSSP en favorisant et en améliorant divers aspects de la vie sexuelle des personnes usagères de SPA en contexte sexuel (Flores-Aranda et al., 2019; Milhet et al., 2019; Nimbi et al., 2021). L'étude qualitative de Milhet et ses collaborateurs (2019) portant sur les gbHARSAH qui pratiquent le *chemsex* rapporte une vaste diversité de motivations associées à une volonté d'améliorer l'expérience sexuelle. Parmi les motivations documentées, notons le besoin de se sentir plus connecté au partenaire et d'améliorer l'intimité (Milhet et al., 2019; Nimbi et al., 2021; Parent et al., 2020; Weatherburn et al., 2016). Certaines études qualitatives suggèrent que plusieurs hommes pratiquant la CSSP sont motivés par le désir de favoriser l'intimité sexuelle et émotionnelle avec leur partenaire (Chartier et al., 2009; Milhet et al., 2019). Néanmoins, bien que plusieurs témoignages relatent les effets bénéfiques de la CSSP sur le plaisir sexuel et la connexion au partenaire, les participants d'autres études évoquent les effets délétères des SPA sur leurs expériences sexuelles (Milhet et al., 2019; Nimbi et al., 2021). Milhet et ses collaborateurs (2019) rapportent, par exemple, que la CSSP peut également provoquer l'isolement de certains participants et inciter au consumérisme plutôt que favoriser la connexion au partenaire.

Les résultats de l'étude qualitative de Weatherburn et al. (2016) suggèrent que la quasi-totalité de leur échantillon de convenance composé de 30 gbHARSAH s'adonne à la CSSP, car celle-ci intensifie les sensations physiques ressenties lors des rapports sexuels. Leur étude suggère que l'augmentation des sensations physiques renforce l'intérêt des usagers envers la CSSP, les rendant ainsi plus susceptibles de combiner SPA et sexe. D'autres études ont aussi trouvé que la CSSP permettrait d'accroître les sensations physiques et favoriserait l'exploration corporelle (Milhet et al., 2019; Parent et al., 2020). La CSSP favoriserait également l'exploration de divers fantasmes et pratiques sexuelles (p. ex., sexualité en groupe, utilisation de jouets sexuels, BDSM) qui n'auraient pas nécessairement été explorés en l'absence de consommation en raison de certaines inhibitions personnelles (Deimel et al., 2016; Pollard et al., 2017; Weatherburn et al., 2016). Les participants de l'étude de Weatherburn et ses collègues (2016) soulignent que la CSSP favoriserait l'exploration de pratiques et de scénarios sexuels dont ils s'abstiendraient de

pratiquer en l'absence de SPA, puisque la CSSP leur permettait de se soustraire à leurs inhibitions et d'explorer de nouveaux scénarios sexuels. La CSSP permet ainsi d'atteindre une sexualité désirée et de découvrir ses préférences en matière de pratiques sexuelles en favorisant l'exploration de sa sexualité (Pollard et al., 2017; Weatherburn et al., 2016).

Ce faisant, les études suggèrent que de multiples motivations peuvent amener un individu à pratiquer régulièrement la CSSP—qu'il s'agisse de réduire ou d'éviter certaines pensées, émotions et sensations inconfortables ou encore pour améliorer la fonction et l'expérience sexuelle, la diversité des pratiques, ainsi que la connexion au.x partenaire.s.—, soulignant l'importance d'explorer ces motivations sous un angle multidimensionnel.

## 1.2 Indicateurs psychosexuels individuels associés à la consommation de substances

La documentation scientifique portant sur la CSSP et les motivations à consommer suggèrent que ces motivations sont liées à différents facteurs psychosexuels individuels, tels qu'une faible satisfaction sexuelle, la présence d'anxiété de performance sexuelle, la honte corporelle, un inconfort face à la communication sexuelle, la compulsion sexuelle et un historique d'agression sexuelle à l'enfance.

### 1.2.1 Satisfaction sexuelle

La satisfaction sexuelle se définit comme étant la réponse émotionnelle subjective découlant de l'évaluation des dimensions associées à la relation sexuelle (Lawrence et Byers, 1995). L'étude qualitative de Weatherburn et ses collaborateurs (2016) suggère que l'effet désinhibiteur de la CSSP favoriserait la satisfaction sexuelle, en offrant aux consommateurs la possibilité d'atteindre une sexualité désirée, notamment en augmentant le répertoire de pratiques sexuelles, les sensations ressenties et la connexion avec un partenaire. Une recension systématique révèle que les hommes qui pratiquent la CSSP consommant dans l'objectif d'augmenter les sensations physiques, l'excitation sexuelle, ainsi que l'intensité et le nombre d'orgasmes, rapporteraient une plus grande satisfaction sexuelle (Lafortune et al., 2021). Selon les résultats de Weatherburn et al. (2016), la perception que les rapports sexuels sont plus satisfaisants sous l'influence des SPA motive la pratique répétée de la CSSP. À notre connaissance, la majorité des études abordant le lien entre la satisfaction sexuelle et la CSSP reposaient sur des devis qualitatifs. Les études quantitatives examinant les liens entre la CSSP et la satisfaction sexuelle sont peu nombreuses (p. ex., Hibbert et al., 2019). Davantage de données empiriques permettraient de fournir des indicateurs de forces de la relation entre la satisfaction sexuelle et la CSSP.

### 1.2.2 Anxiété de performance sexuelle

L'anxiété de performance sexuelle réfère à un ensemble de comportements, d'attitudes et de pensées associées à la pression de performance lors des rapports sexuels et désigne la peur de ne pas répondre à certaines attentes réelles ou anticipées des partenaires sexuel.le.s, notamment en ce qui a trait à la réponse sexuelle (p. ex., être suffisamment en érection, avoir le contrôle de son orgasme), l'image corporelle (p. ex., aspect et taille des organes génitaux), les attitudes durant les rapports sexuels (p. ex., liées aux stéréotypes sexuels associés à la masculinité; Andreasson et Henning, 2022; Melendez-Torres et Bonell, 2016). Les résultats d'un rapport publié en 2014 (Bourne et al., 2014) portant sur la CSSP des gbHARSAH suggèrent que la consommation de drogues serait employée afin de diminuer l'anxiété de performance sexuelle et permettrait plus de comportements performatifs (p. ex., durée de relation sexuelle plus longue, une plus grande diversité de partenaire sexuelle, une plus grande diversité d'actes sexuels). Parmi les participants de l'étude qualitative de Weatherburn et ses collègues (2016), plusieurs ont indiqué entretenir un sentiment d'incompétence à l'égard de leurs performances sexuelles, ainsi qu'une faible estime de soi sexuelle, de sorte que la CSSP leur procurait la sensation d'être performants sur le plan sexuel. Abordant dans ce sens, les résultats de Bourne et ses collègues (2014) suggèrent que les inquiétudes à l'égard de sa capacité à satisfaire un partenaire sont associées à la consommation de drogues en contexte sexuel, afin de permettre à l'individu d'atténuer ses craintes et de profiter davantage de l'expérience sexuelle. Les études qualitatives menées par Hawkins et al (2019) et Hunter et al. (2012) portant sur des échantillons de gbHARSAH ont également révélé que la consommation de méthamphétamine et d'ecstasy lors des activités sexuelles permettait d'accroître la performance sexuelle, notamment en prolongeant les rapports sexuels. Les entretiens menés par Nimbi et ses collaborateurs (2021) évoquent un besoin, chez leurs participants, de recourir à la CSSP pour surmonter des difficultés dans leur fonctionnement sexuel et pour faire face à la pression de la performance en contexte sexuel. De leur côté, Hirshfield et al. (2010) révèlent que, la consommation de médicaments pour la fonction érectile (p. ex., Viagra, Cialis) serait employée afin de diminuer l'anxiété de performance sexuelle. Néanmoins, on constate que peu d'études quantitatives questionnent le rôle de l'anxiété de performance sexuelle dans la compréhension des motivations envers la CSSP.

### 1.2.3 Honte corporelle

L'image corporelle réfère aux représentations, aux perceptions et comportements à l'égard du corps (Gillen et al., 2006). La honte corporelle, quant à elle, désigne plus précisément l'évaluation négative d'un individu quant à son corps et son apparence physique (Weingarden et Renshaw, 2015). L'évaluation négative de son corps et de son apparence physique serait associée avec de faibles indicateurs de bien-être psychosexuels (Morozov et Boislard, 2022; Sanchez et Kiefer, 2007). Certains travaux, dont l'étude de Morozov et Boislard (2022), suggèrent qu'une faible satisfaction corporelle serait associée à des niveaux de dépression sexuelle plus élevés, cette dernière se caractérise par un sentiment dépressif à l'égard de sa sexualité (Snell et Papini, 1989). La honte corporelle serait également associée avec une diminution du plaisir sexuel et de l'excitation sexuelle (Sanchez et Kiefer, 2007). Les activités sexuelles exposent les corps rendant ainsi les individus vulnérables à de potentiels jugements de la part d'un.e partenaire (p. ex., anticipés, réels ou imaginaires; Gillen et al., 2006). Une insatisfaction à l'égard de l'image corporelle pourrait ainsi potentiellement influencer non seulement l'attitude envers la sexualité, mais également les comportements sexuels (Gillen et Markey, 2014). Une insatisfaction à l'égard de l'image corporelle risquerait d'amener les individus à adopter des comportements sexuels à risque, tels que la CSSP, afin de pallier cette perception défavorable envers le corps (Gillen et al., 2006; Littleton et al., 2005). Une image corporelle négative pourrait expliquer le besoin de consommer pour se détacher des préoccupations liées aux corps et à la perception de l'image corporelle (Chartier et al., 2009; Holmes et al., 2021; Hunter et al., 2012; Weatherburn et al., 2016). Par exemple, l'étude de Weatherburn et ses collègues (2016) souligne que la CSSP, de par son effet désinhibiteur, permet aux consommateurs d'entretenir une image plus positive de leur corps et de leur apparence physique, augmentant ainsi temporairement la confiance en soi et la perception d'être plus désirable aux yeux d'un.e partenaire. Dans une étude quantitative portant sur la satisfaction corporelle, Gillen et ses collaborateurs (2006) ont relevé une association positive entre la CSSP et une insatisfaction à l'égard de l'image corporelle chez les femmes, mais pas chez les hommes. Les travaux de Littleton et ses collaborateurs (2005) suggèrent également la présence d'un lien significatif entre l'insatisfaction corporelle et la CSSP. L'étude transversale d'O'Meara (2023) menée au sein d'un échantillon de personnes trans a permis de déceler une association positive entre les préoccupations à l'égard du corps, les attentes à l'égard aux effets des SPA (p. ex., réduction de l'anxiété, diminuer les inhibitions) et la CSSP. Ici aussi, nos connaissances sur les liens entre la honte corporelle et la CSSP demeurent lacunaires.

#### 1.2.4 Inconfort face à la communication sexuelle

La communication sexuelle réfère à la capacité d'un individu à communiquer avec un partenaire sexuel son consentement, ses préférences sexuelles et ses fantasmes (Montessi et al., 2012). L'inconfort face à la communication sexuelle réfère plus spécifiquement à un faible degré de confort et à la détresse perçus d'une personne lors des discussions entourant la sexualité, notamment en ce qui concerne les préférences sexuelles, ainsi qu'aux comportements d'évitement mobilisés pour éviter de telles conversations (Fisher et al., 1988; Fallis et al., 2011). Certaines études rapportent une association entre l'usage de substance et des difficultés de communication sexuelle (Swahn et al., 2022 ; Walsh et al., 2013). À cet effet, la consommation de SPA serait associée à des difficultés à aborder le port du condom ou le consentement en regard à certaines pratiques sexuelles (Swahn et al., 2022). Par ailleurs, Ménard et Offman (2009) soulignent que la majorité des études portant sur la communication sexuelle se concentrent sur la promotion de pratiques sexuelles plus sécuritaires, comme l'usage du condom et un historique d'ITSS. Dans un autre ordre d'idées, certains travaux ont révélé la présence de certaines barrières à la communication sexuelle (Montesi et al., 2012; Rehman et al., 2018), comme la crainte que partager ses préférences et fantasmes sexuels puisse engendrer des conséquences négatives : être perçu comme inadéquat.e sexuellement ou se sentir embarrassé.e. Les résultats des travaux de Theiss et Estlein (2013), quant à eux, suggèrent que les personnes qui perçoivent la communication sexuelle comme anxiogène tendent davantage à éviter les conversations entourant la sexualité. Abordant en ce sens, Montesi et al. (2012) suggèrent que les personnes rapportant un niveau d'anxiété sociale élevé rapporteraient également une plus faible satisfaction à l'égard de la communication sexuelle. De surcroît, certaines études suggèrent que des difficultés à l'égard de la communication sexuelle, comme des difficultés à discuter de ses préférences sexuelles, étaient associées à une faible satisfaction sexuelle (Ménard et Offman, 2009; Montesi et al., 2012; Theiss et Estlein, 2013). Wechsberg et al. (2008) suggèrent que la consommation de substances avant les rapports sexuels chez les femmes pourrait procurer un sentiment de confiance en soi qui pourrait faciliter les échanges concernant la sexualité (p. ex., historique d'ITSS, nombre de partenaires sexuels). Un inconfort à communiquer ses préférences en contexte sexuel pourrait amener certains individus à consommer lors des rapports sexuels dans une tentative de se désinhiber et de reprendre le contrôle sur leur sexualité (Walsh et al., 2013). Ainsi, il est probable qu'un inconfort envers la communication sexuelle engendre un besoin de consommer pour se sentir plus à l'aise d'exprimer ses préférences sexuelles et son consentement. À notre connaissance, aucune étude

n'a examiné le lien entre un inconfort à communiquer ses préférences sexuelles et le besoin de pratiquer la CSSP, la majorité des études portant sur les difficultés communicationnelles se concentrent davantage sur la question du consentement et de l'interaction avec un.e partenaire potentiel.le.

### 1.2.5 Compulsion sexuelle

La compulsion sexuelle se caractérise par des pensées intrusives et persistantes, ainsi que par des comportements excessifs et répétés touchant à la sexualité pouvant se manifester par de la compulsion à l'égard de la masturbation, une recherche accrue de multiples partenaires sexuels, l'usage excessif de pornographie et un temps disproportionné investi à penser à la sexualité pouvant occasionner de la détresse (Black, 2000; Kalichman, 2020; Muench et Parsons, 2004; Parsons et al., 2008; Parsons et al., 2013). L'étude de Stavro et al. (2013) portant sur des clients participant à une thérapie sur les troubles de l'usage de SPA rapporte que le quart de leur échantillon présentait les caractéristiques de la compulsion sexuelle, ces résultats excèdent largement ceux présents au sein de la population générale en termes de prévalence (3-6%). Kalichman et Cain (2004) révèlent également une association positive entre la compulsion sexuelle et l'usage de SPA. En lien avec la CSSP, les travaux de Parsons et al. (2007) révèlent que la consommation de SPA (p. ex., alcool, cocaïne, méthamphétamine) serait un déclencheur des comportements de compulsion sexuelle en augmentant la libido et l'envie d'entretenir des rapports sexuels chez les usagers et usagères de SPA. À cet effet, l'usage de certaines substances, telles que la méthamphétamine, augmenterait les comportements de compulsion sexuelle et serait, par ailleurs, utilisé lors de « marathons sexuels » (Bourne et al., 2014). Parmi les témoignages récoltés par Parsons et al. (2007), les SPA seraient employées pour augmenter le nombre de rapports sexuels et de partenaires sexuels; ainsi les SPA pourraient être consommées dans l'objectif de satisfaire les besoins liés à la compulsion sexuelle. Les résultats de l'étude de Benotsch et al. (1999), quant à eux, suggèrent qu'au sein de leur échantillon, les hommes ayant obtenu un score élevé en matière de compulsion sexuelle rapportent plus de comportements sexuels à risque, tels que des relations sexuelles non protégées, un plus grand nombre de partenaires, ainsi qu'une plus grande consommation de cocaïne en conjonction avec les activités sexuelles. Benotsch et al. (1999) ajoutent également que les hommes composant leur échantillon perçoivent les actes sexuels à haut risque comme étant plus agréables et rapportent une plus faible estime d'eux-mêmes. Parsons et ses collègues (2007) suggèrent que la désinhibition et le plaisir occasionnés par l'usage de SPA encourageraient les comportements de compulsion sexuelle. Par ailleurs, la compulsion sexuelle agirait, au même titre que l'usage

de SPA, comme une stratégie d'adaptation permettant d'éviter la manifestation d'affects négatifs, tel un sentiment de solitude ou de faible estime personnelle (Cartner, 2022; Coleman, 1987). Ainsi, la compulsion sexuelle et la consommation de SPA agiraient comme stratégie d'évitement expérientiel (Brem et al., 2017; Cartner, 2022). L'étude de Cartner (2022) suggère que la compulsion et la CSSP seraient des stratégies de régulations des émotions. Certaines théories suggèrent même que l'usage de substances permettrait aux individus de faire face aux émotions négatives (p. ex., la honte, la culpabilité) qu'ils peuvent éprouver en raison de leur orientation sexuelle ou de certains comportements sexuels spécifiques (McKeague 2014; Shorey et al., 2016). Bien que plusieurs recherches suggèrent la présence de comorbidité entre la compulsion sexuelle et l'usage de SPA, la relation entre la compulsion sexuelle et les motivations envers la CSSP demeure encore trop peu explorée dans la littérature empirique (Malandain et al., 2020).

#### 1.2.6 Historique d'agression sexuelle en enfance

L'agression sexuelle à l'enfance (ASE) se définit par tout geste à caractère sexuel, avec ou sans contacts physiques, commis à l'encontre d'une personne mineure sans son consentement ou par l'usage de chantage ou de manipulation affective (Gouvernement du Québec, 2001). Un historique d'ASE a été associé à diverses conséquences sur le bien-être pouvant perdurer à l'âge adulte (Baril et Laforest, 2018). Parmi les conséquences de l'ASE sur le fonctionnement et le bien-être à l'âge adulte, certaines études ont révélé une association avec la CSSP (Arreola et al., 2009 ; Bird et al., 2018 ; Brennan et al., 2007 ; Engstrom et al., 2019 ; Jinich et al., 1998 ; Paul et al., 2001 ; Schraufnagel et al., 2010 ; Walsh et al., 2013 ; Welles et al., 2009). Une récente recension systématique des écrits réalisée par Ménard et MacIntosh (2021) révèle une association positive entre un historique d'ASE et la CSSP au sein de diverses populations et échantillons, comme chez les femmes et les hommes hétérosexuels, ainsi que chez les gbHARSAH. Brennan et ses collègues (2007) suggèrent d'ailleurs que les hommes victimes d'ASE seraient jusqu'à 6,4 fois plus susceptibles de consommer des drogues telles que de la cocaïne, des poppers (amyle nitrate), de la méthamphétamine, de l'ecstasy ou encore de la kétamine lors des rapports sexuels comparativement à leurs pairs non victimisés. L'étude d'Engstrom et al. (2019) abonde en ce sens en stipulant que les femmes qui rapportaient un historique d'ASE présentaient un risque deux fois plus élevé de consommer quatre verres et plus d'alcool avant un rapport sexuel. Conjointement à la consommation excessive d'alcool, les auteurs précisent que les victimes d'ASE étaient plus susceptibles de consommer des drogues récréatives avant les activités sexuelles, telles que de la marijuana ou de la cocaïne (Engstrom

et al., 2019). La sévérité de l'ASE influencerait également la CSSP, selon l'étude de Bird et ses collaborateurs (2018).

Certaines études ont tenté d'expliquer les liens entre un historique d'ASE et la CSSP (Bird et al., 2018; Walsh et al., 2013). À cet effet, les travaux de Bird et ses collaborateurs (2018) suggèrent que la relation entre une ASE et la CSSP s'expliquerait par une plus faible disposition aux stratégies de régulation émotionnelle. Ainsi, la consommation de substance des femmes victimes d'ASE pourrait être mobilisée comme stratégie d'adaptation permettant de gérer la détresse ressentie lors des relations sexuelles en palliant une capacité de régulation émotionnelle déficitaire (Bird et al., 2018). Dans une étude portant sur la consommation d'alcool avant les relations sexuelles chez les victimes d'ASE, Walsh et al. (2013) argumentent que la consommation d'alcool serait une stratégie employée pour diminuer certains sentiments aversifs découlant de l'expérience traumatique, tels qu'un sentiment d'impuissance et de perte de contrôle sur sa sexualité. La consommation serait alors, pour certaines victimes, une façon de reprendre du pouvoir sur sa sexualité en diminuant l'inconfort et l'anxiété sexuelle ressentie lors des relations sexuelles (Walsh et al., 2013). Les auteur.e.s précisent que, par conséquent, l'alcool servirait à désinhiber les comportements sexuels et améliorer l'expérience sexuelle (Walsh et al., 2013). Une expérience d'ASE pourrait rendre les rapports sexuels inconfortables et anxieux, incitant ainsi les victimes à pratiquer la CSSP (Bird et al., 2022; Miranda et al., 2002; Walsh et al., 2013). La recension des écrits réalisée par Burns Loeb et al. (2002) rapporte que les victimes d'ASE sont plus susceptibles de rapporter des difficultés et des insatisfactions relatives à leur fonction sexuelle, comme une baisse du désir, une diminution de la satisfaction sexuelle, des difficultés à maintenir une érection ou une lubrification lors des rapports sexuels, ainsi que des difficultés à atteindre l'orgasme. Considérant la prévalence élevée de dysfonctions sexuelles (Burns Loeb et al., 2002) et une grande propension à la CSSP chez les victimes d'ASE (Brennan et al.; 2007), il est possible que la présence de dysfonctions sexuelles représente un facteur prédisposant la CSSP.

### 1.3 Modèles conceptuels

Les résultats de la présente étude seront interprétés à la lumière des connaissances offertes par les modèles conceptuels et théoriques portant sur la motivation en psychologie. Le modèle théorique de Lazarus et Folkman (1984) et le modèle motivationnel de l'usage de substances de Cooper et ses collègues (1995) seront mobilisés pour comprendre les motivations à l'égard de l'usage de SPA et les facteurs sous-jacents à celles-ci. Les études critiques portant sur la

pratique du *chemsex* seront également mobilisées comme cadre de référence pour offrir une vision multidimensionnelle de la CSSP (Flores-Aranda et Motta-Ochoa, 2024; Møller et Hakim, 2021).

### 1.3.1 Modèle des stratégies d'adaptation Lazarus et Folkman (1984)

Le présent mémoire s'appuie sur la conceptualisation des stratégies d'adaptation proposée par Lazarus et Folkman (1984). Les stratégies d'adaptation réfèrent à une diversité de mécanismes cognitifs et comportementaux déployée consciemment et inconsciemment par l'individu pour réguler les exigences internes et externes face à une situation stressante (Lazarus et Folkman, 1984). Walsh et ses collaborateurs (2009) proposent de distinguer les stratégies d'adaptation cognitives et comportementales. La première catégorie désigne les stratégies visant un changement de perception ou de croyances, tandis que les stratégies comportementales réfèrent aux actions mises en œuvre par un individu pour faire face à une situation stressante (p. ex., se distancer physiquement d'une source de stress, l'évitement, la consommation de substances; Walsh et al., 2009). Pour leur part, Lazarus et Folkman (1984) suggèrent de plutôt distinguer les stratégies d'approche et les stratégies d'évitement. Les stratégies d'approche réfèrent aux actions mises en place par un individu pour affronter un événement stressant (p. ex., exprimer sa déception ou sa frustration, formuler une demande; Lazarus, 1993), tandis que les stratégies d'évitement réfèrent aux conduites visant à se soustraire à un événement stressant (p. ex., en se distanciant de ses émotions ou en évitant les contextes propices à l'émergence d'une situation stressante; Lazarus, 1993). Parmi les stratégies d'évitement, nous retrouvons la dissociation, mais également la consommation de SPA (Walsh et al., 2009), qui pourrait avoir la fonction d'un évitement expérientiel d'émotions, cognitions et sensations désagréables associées à une situation menaçante ou stressante. Les travaux de Walsh et al. (2013) révèlent notamment que les activités sexuelles peuvent être perçues comme une situation menaçante pour les victimes d'ASE, l'expérience d'ASE engendrant des craintes envers la sexualité et à un faible sentiment de contrôle sur sa sexualité, rendant ainsi les victimes d'ASE plus susceptibles de consommer des SPA pour éviter ces émotions négatives. La CSSP permettrait d'éviter la honte, les craintes et les inhibitions relatives à certaines pratiques sexuelles (Amaro, 2016), la perception de ne pas être suffisamment performant sexuellement (Weatherburn et al., 2016), les difficultés à négocier les rapports sexuels (Swahn et al., 2022; Walsh et al., 2013) et la perception d'une image corporelle négative (Arends et al., 2020; Weatherburn et al., 2016).

### 1.3.2 Modèle motivationnel de la consommation de substances de Cooper (1995)

Les modèles motivationnels de la consommation de SPA, dont celui de Cooper et ses collègues (1995), permettent de conceptualiser la consommation de SPA comme une stratégie motivée par un besoin de réguler les affects. Les modèles motivationnels de la consommation de substances s'apparentent à plusieurs égards au modèle des stratégies d'adaptation de Lazarus et Folkman (1984). Selon ce modèle, les motifs de consommation de SPA se déclinent en trois catégories : (1) réduire ou éviter les émotions et les pensées douloureuses ou à l'inverse (2) améliorer un état émotionnel ou sensoriel ou (3) faciliter les interactions sociales.

Ainsi, la consommation de SPA pourrait être motivée par un besoin d'évitement expérientiel servant à diminuer les émotions, les pensées et les sensations désagréables associées à une expérience sexuelle (Cooper et al., 1995 ; Grayson et Nolen-Hoeksema, 2005). Cette perspective fait écho au modèle de réduction de la tension qui suggère que l'usage de l'alcool, un dépresseur du système nerveux central, aurait pour visée de réduire l'anxiété (Young, Oei et Knight, 1990). L'une des prémisses du modèle motivationnel est que l'usage de SPA serait mobilisé pour réguler les affects en l'absence d'autres stratégies d'adaptation, ainsi la consommation de SPA devient un mécanisme d'évitement des symptômes intériorisés (Cooper et al., 1988, 2015). D'un autre côté, ce modèle suggère également que la consommation de SPA pourrait être motivée, pour certaines personnes, par un besoin d'améliorer un état émotionnel, tel que des états de bien-être et d'euphorie, ou alors d'obtenir plus de gratification ou augmenter l'intensité de sensations agréables (Cooper et al., 1995). Les modèles motivationnels de la consommation de substances suggèrent que certaines personnes entretiennent des attentes quant aux conséquences anticipées d'une substance. Ces attentes consistent en un système de croyances qui sous-tendent les motivations à consommer (Cooper et al., 1995; George et Gilmore, 2013). Des exemples de ces croyances incluent notamment la perception que la prise de SPA puisse rendre l'expérience sexuelle plus agréable ou encore qu'elle permette d'oublier l'inconfort ressenti durant les rapports sexuels. À cet effet, l'étude de Kalichman et al. (1998) examinant l'influence des caractéristiques liées à la recherche de sensations sur la CSSP chez les hommes homosexuels et bisexuels suggère que cette relation serait partiellement médiée par les attentes selon lesquelles la consommation de drogues et d'alcool améliore l'expérience sexuelle, soulignant ainsi l'importance des attentes à l'égard de la consommation.

Les modèles conceptuels abordés ici suggèrent que la présence d'émotions ou de pensées négatives (p. ex., la honte corporelle, l'anxiété), les difficultés à gérer les affects et les

cognitions, ainsi que les attentes envers les effets d'une SPA joueraient un rôle déterminant dans la motivation à la CSSP.

### 1.3.3 Études critique sur le *chemsex*

En réaction au paradigme du risque qui renvoie à la stigmatisation et à la pathologisation de la pratique de la CSSP, certains chercheurs adoptent une approche critique de l'étude de la CSSP et revendiquent la notion de plaisir associée à la combinaison de la sexualité et de l'usage de SPA (Flores-Aranda et Motta-Ochoa, 2024; Møller et Hakim, 2021). Ces recherches s'inscrivent dans le paradigme des *critical chemsex studies*. Ce paradigme s'éloigne de la stigmatisation et de la pathologisation associées à une vision du risque en adoptant une vision positive de la sexualité (Flores-Aranda et Motta-Ochoa, 2024). Cette manière de conceptualiser la CSSP vient d'un mécontentement face à l'omniprésence du discours sur les risques associés à la CSSP et, plus spécifiquement, en lien avec la pratique du *chemsex* (Flores-Aranda et Motta-Ochoa, 2024; Møller et Hakim, 2021). Les études adoptant le paradigme du risque s'intéressent principalement aux risques sexuels et psychologiques associés à la pratique du *chemsex* sur la santé globale des individus, notamment en ce qui a trait à la transmission d'ITSS et à la détresse psychologique (Flores-Aranda et Motta-Ochoa, 2024; Møller et Hakim, 2021). Certaines théories s'apparentant au paradigme du risque, telles que la théorie de l'automédication par l'usage de SPA (Miranda et al., 2002) et la théorie *Cognitive Escape* (McKirnan, 1996 ; Card et al., 2019) laissent entendre que les motivations associées à la CSSP sont associées à une volonté de se soustraire à des états internes aversifs et à de hauts standards en matière de normes sociales. Ce faisant, ces théories, ainsi que les écrits scientifiques qui les mobilisent, omettent de considérer les potentiels bienfaits et le plaisir associés à la pratique de la CSSP rapportés par les personnes pratiquant la CSSP (Flores-Aranda et Motta-Ochoa, 2024). Ainsi, en s'éloignant d'une vision purement orientée sur les risques, la conception de la pratique de la CSSP proposée par les études critiques sur le *chemsex* permet de mieux arrimer les motivations sous-jacentes à la CSSP en considérant la place du plaisir (Flores-Aranda et Motta-Ochoa, 2024). Ce faisant, *les critical chemsex studies* offrent une approche globale et multidimensionnelle des motivations envers la CSSP en considérant que toute pratique associée à la CSSP n'est pas forcément problématique (Flores-Aranda et Motta-Ochoa, 2024; Møller et Hakim, 2021). Les études portant sur le plaisir associé à la pratique de la CSSP révèlent que le plaisir revêt un caractère multidimensionnel (Milhet et al., 2019). Le plaisir associé à la CSSP s'inscrit non seulement dans une quête de sensations physiques, mais aussi dans une recherche de connexion avec des partenaires et la possibilité d'explorer sa sexualité sans l'interférence d'inhibitions

(Flores-Aranda et Motta-Ochoa, 2024; Milhet et al., 2019). Une approche orientée sur la place du plaisir dans la pratique de la CSSP pourrait nous informer sur les motivations envers cette pratique sexuelle et expliquer les liens entre les motivations et les indicateurs de bien-être psychosexuels en offrant un cadre de référence holistique, tout en réduisant les angles morts du paradigme du risque qui conçoit les motivations davantage sous l'angle des stratégies d'adaptation et de réduction de la tension. Ainsi, les études critiques sur le *chemsex* offrent une meilleure compréhension du phénomène de la CSSP.

#### 1.4 Objectifs de l'étude et hypothèses

Le présent mémoire comprend deux principaux objectifs. En se basant sur une échelle maison inspirée de travaux antérieurs portant sur les motivations à l'égard de la CSSP, l'étude vise, dans un premier temps, à documenter les principales catégories de motivations à l'égard de la CSSP au sein d'un échantillon issu de la population québécoise. Dans un second temps, cette étude cherche à identifier les corrélats psychosexuels associés aux catégories de motivations à la CSSP, à savoir la satisfaction sexuelle, l'anxiété de performance sexuelle, la honte corporelle, l'inconfort face à la communication sexuelle, la compulsion sexuelle et l'expérience d'ASE. L'état des connaissances et les modèles conceptuels mobilisés nous amènent à formuler les hypothèses suivantes :

- 1) Les principales catégories de motivations à la CSSP toucheront à l'amélioration de l'expérience sexuelle, de la connexion aux partenaires et de l'intimité sexuelle, de la fonction sexuelle et de l'estime de soi, ainsi que par une volonté de diminuer les états internes douloureux;
- 2) Un niveau faible de satisfaction sexuelle sera lié à des motivations à l'égard de l'amélioration de l'expérience sexuelle;
- 3) Des niveaux élevés d'anxiété de performance sexuelle, d'inconfort face à la communication sexuelle et de compulsion sexuelle seront liés à des motivations visant l'amélioration de l'expérience sexuelle et la diminution des états internes négatifs pouvant survenir lors des activités sexuelles;
- 4) Un historique d'ASE et un niveau élevé de honte corporelle seront associés avec des motivations visant une diminution des états internes négatifs.

## 1.5 Pertinence de l'étude

De nombreuses études se sont intéressées à la consommation de substances et à ses liens avec l'adoption de comportements sexuels à risque, tels que l'absence du port du condom (Boislard et al., 2009) pour la transmission d'ITSS (Edmundson et al., 2018; Sewell et al., 2019). Néanmoins, peu d'études se sont penchées sur les motivations liées à la CSSP et aux facteurs psychosexuels associés à ces motivations. La pertinence scientifique de l'étude est de pallier partiellement les limites soulevées dans la documentation scientifique actuelle, d'identifier les motivations envers la CSSP et de documenter les relations entre les diverses motivations à l'égard de la CSSP et divers indicateurs de bien-être psychosexuels (p. ex., ASE, compulsion sexuelle, anxiété de performance sexuelle). L'utilisation d'analyses factorielles exploratoires permettra de dégager les principales catégories de motivations envers la pratique de la CSSP en regroupant des items présentant des similarités. Ce faisant, ces analyses permettent de réduire la quantité d'items à appliquer aux analyses subséquentes du modèle d'analyses acheminatoires pour répondre à notre second objectif. L'utilisation d'un modèle intégrateur comprenant divers indicateurs de bien-être psychosexuel favorisera une compréhension multidimensionnelle de la pratique de la CSSP. D'un point de vue théorique, cette étude permet d'identifier divers indicateurs de bien-être psychosexuels liés à la pratique de la CSSP, documentant ainsi certains prédicteurs potentiels aux motivations à la CSSP. Ce faisant, cette étude contribue aux connaissances scientifiques actuelles qui, à ce jour, se sont davantage orientées sur les conséquences subséquentes de la pratique de la CSSP. De surcroît, une meilleure compréhension des motivations et des facteurs psychosexuels sous-tendant cette pratique permettrait d'identifier des interventions visant la réduction des risques de la CSSP pour la santé et le bien-être. En examinant les indicateurs de bien-être psychosexuel associés aux motivations à s'engager dans la CSSP, cette étude offre de nouvelles cibles d'intervention potentielles pour réduire les risques de consommer des substances psychoactives comme stratégie d'adaptation. Ainsi, cette étude fournit des connaissances pertinentes qui peuvent bénéficier à de nombreux prestataires de soins de santé (p. ex., sexologue et psychothérapeute) intervenant auprès d'individus rapportant une détresse face à leur CSSP.

## CHAPITRE 2

### ARTICLE

Le présent chapitre comprend un article empirique répondant aux objectifs de recherche. Le présent mémoire repose sur les données collectées dans le cadre d'une étude dirigée par le Pr David Lafortune s'intéressant au bien-être sexuel dans la population québécoise Québec. Un échantillon de 2 154 adultes québécois fut recruté par l'entremise des réseaux sociaux (Facebook et Instagram). Les participants étaient invités à répondre à un sondage en ligne portant sur leur bien-être sexuel et relationnel, comprenant notamment une section comprenant 19 questions portant sur la nature de la consommation et sur les motivations à l'égard de la pratique de la CSSP. Quatre facteurs liés aux motivations à la CSSP ont été identifiés, soit : (1) augmenter la satisfaction et les sensations physiques, (2) augmenter l'estime de soi sexuelle, (3) atténuer la souffrance et (4) améliorer la fonction et la réponse sexuelle. Ces quatre facteurs étaient significativement associés aux différents corrélats psychosexuels examinés : la satisfaction sexuelle, l'anxiété de performance sexuelle, la honte corporelle, l'inconfort face à la communication sexuelle, la compulsion sexuelle, ainsi qu'un historique d'agression sexuelle à l'enfance. La discussion de l'article met en lumière la contribution de ces résultats à la littérature scientifique sur la CSSP et permet d'entrevoir des pistes pour les recherches futures et l'intervention (prévention, évaluation et traitement).

Title: Exploring the Links between Motivations to Engage in Sexualized Drug Use and Psychosexual Wellbeing: A Cross-Sectional Study

Authors: Tania Deshaies, David Lafortune & Marie-Aude Boislard

Université du Québec à Montréal

## 2.1 Abstract

### Exploring the Links between Motivations to Engage in Sexualized Drug Use and Psychosexual Wellbeing: A Cross-Sectional Study

**Context:** Sexualized drug use (SDU) has been linked to the adoption of risky behaviors that can compromise one's physical and psychological wellbeing. However, there is a lack of comprehensive models exploring the links between motivations for SDU and psychosexual wellbeing. **Objective:** This study examined motivations related to SDU and their associations with psychosexual distress indicators (e.g., sexual satisfaction, body shame). **Method:** A community sample of 1,196 adults from Quebec completed an online survey on sexual health, including a questionnaire on SDU and related motivations and validated questionnaires on sexual satisfaction, sexual performance anxiety, body shame, discomfort with sexual communication, sexual compulsivity, and a history of childhood sexual abuse (CSA). Exploratory factor analyses (EFA) were performed on the SDU motivations questionnaire and a path analysis model to test for psychosexual correlates of domains of motivations. **Results:** EFA revealed four SDU motivation factors: *Increasing satisfaction and sensations* (Factor 1), *Increasing sexual self-esteem* (Factor 2), *Mitigating distress* (Factor 3), and *Increasing sexual responsiveness and functioning* (Factor 4). Higher performance anxiety and sexual compulsivity were significantly associated with higher scores on all four motivation factors. Greater body shame was positively linked to Factors 2 and 3 and negatively to Factor 4. Sexual satisfaction, discomfort with sexual communication, and CSA were, respectively, uniquely associated with Factors 1, 3, and 4. **Discussion:** These findings provide further insight into the relationship between motivations for SDU and psychosexual distress indicators, highlighting the importance of further research and tailored treatment to address the specific needs of individuals reporting distressing SDU.

Keywords: Sexualized drug use, Motivation, Psychosexual wellbeing, Coping strategies, Path analysis, Harm reduction

## 2.2 Introduction

Sexualized drug use (SDU) refers to the intentional use of alcohol or other psychoactive drugs before or during sexual activities to improve sexual experience or performance (Giorgetti et al., 2017). In the United States, approximately 4.3 million adults report taking alcohol before sexual encounters annually (Eaton et al., 2015). In a large cross-national study ( $n = 22,289$ ), 31.2% of men and 22.9% of women reported having used psychoactive substances (e.g., alcohol, cannabis, and MDMA) before and during sex to improve some domains of their sexuality (e.g., maintaining an erection, having multiple orgasms, reducing the feeling of shame, confidence in trying new things, overall sexual performance; Lawn et al., 2019). However, although we observe SDU practice among women who have sex with women (1.6%; Lawn et al., 2019), as well as among heterosexuals (Women: 11.7%, Men: 13.9%; Íncera-Fernández et al., 2022), most studies of SDU practice focus on gay and bisexual men who have sex with men (gbMSM) samples (Hibbert et al., 2021) and suggest prevalences of this practice ranging from 17% to 31% (Edmundson et al., 2018).

SDU was found associated with engagement in risky sexual behaviors, such as unprotected sex (Ivey et al., 2023; Melendez-Torres et Bourne, 2016), and higher rates of sexually transmitted infections (e.g., HIV, Hepatitis C, Chlamydia, syphilis, and gonorrhea; Drückler et al., 2018; Eaton et al., 2015; Poulos et al., 2022; Pufall et al., 2018; Tomkins et al., 2018). These associations are explained by a reduced perception of the risks of STI transmission (Deimel et al., 2016) and alterations in the decision-making process (Bellis et al., 2008) during engagement in SDU. The practice of SDU is also linked to lower psychological wellbeing (for a review, see Lafortune et al., 2021), such as higher rates of anxiety, depression, suicidal ideations, and psychotic symptoms (Eaton et al., 2015; Íncera-Fernández et al., 2021; Pufall et al., 2018; Tomkins et al., 2018). Moreover, reports of SDU are associated with substance use disorder and related issues, such as heavy drinking (Engstrom et al., 2019; Levine et al., 2017), polysubstance use (Mimiaga et al., 2008; Rosinska et al., 2018; Sewell et al., 2017), or overdose (Bourne et al., 2014). Previous studies suggest that many individuals who engage in SDU find it difficult to imagine having sex without using drugs and report being less motivated to change their consumption habits or to engage in sober sex (Graf et al., 2018; Khaler et al., 2015; Nimbi et al., 2021). Consequently, SDU is a widespread phenomenon representing a public health concern (Lawn et al., 2019; Rodriguez-Seijas et al., 2017). While most studies on SDU primarily focused on the adoption of risky sexual behaviors and their relationship with sexual and mental health outcomes, motivations and individuals' characteristics that might explain

these links are underexplored areas of research (Bourne et Weatherburn, 2017; Lafortune et al., 2021).

Prior data suggest considerable diversity regarding the motivations to engage in SDU (Lafortune et al., 2021; Lawn et al., 2019; Oliveira et al., 2023). Cooper et al.'s (1995) motivational models of substance use, suggest that motivations for substance use are coping with negative emotions, enhancement motives (enhancing pleasure and mood), and facilitating social interactions. In line with this model, some studies have found that SDU represents a means of coping with negative emotions and adverse events (Bourne et Weatherburn, 2017; Cooper et al., 1995; Walsh et al., 2013), such as loneliness (Chartier et al., 2009), shame (McKeague, 2014; Shorey et al., 2016), anxiety (Chartier et al., 2009; Eaton et al., 2015), and depression (Chartier et al., 2009). Other research has found that engaging in SDU was a way to cope with the feeling of guilt and shame experienced because of certain sexual behaviors, such as sexual compulsivity (McKeague, 2014; Shorey et al., 2016). SDU also seems to serve as a way to decrease a sense of inadequacy and low self-esteem (Arends et al., 2020; Weatherburn et al., 2016) when SDU improves perceived sexual attractiveness and confidence about sexual performance (Weatherburn et al., 2016). For instance, qualitative studies revealed that many gbMSM practice SDU to mitigate doubts and anxiety about their ability to satisfy their sexual partners (Bourne et al., 2014; Hunter et al., 2012; Weatherburn et al., 2016). Other research has found that SDU was a way to cope with adverse events such as romantic breakups (Ahmed et al., 2016; Pollard et al., 2018), grief (Chartier et al., 2009), and daily life stressors like family and professional pressure (Pollard et al., 2018). Engaging in SDU was also found associated with past sexual victimization, such as childhood sexual abuse (CSA; Chartier et al., 2009; Gilmore et al., 2014; Grayson et Nolen-Hoeksema, 2005; Walsh et al., 2013), domestic violence (Miltz et al., 2019), and having experienced non-consensual sexual contact (Hibbert et al., 2019).

SDU can also serve as a way to facilitate social interaction (e.g., creating a sense of community; Chartier et al., 2009; Deimel et al., 2016; Weatherburn et al., 2016), to enhance emotional connection with sexual partners (Lawn et al., 2019; Weatherburn et al., 2016), or to reduce sexual inhibitions (e.g., facilitate sexual encounters, sexual communication, explore new sexual practices; Bourne et al., 2015; Cooper et al., 1995; Lawn et al., 2019; Weatherburn et al., 2016). Moreover, engaging in SDU was found associated with a desire to lower sexual performance anxiety or, inversely, to improve sexual performance by increasing the number of sexual

partners and sexual activities (Cohen et al., 2009; Tross et al., 2009), as well as improving sexual sensation intensity, satisfaction, and functioning (e.g., alleviate sexual desire/interest difficulties, lower sex-related pain, increase orgasm intensity and frequency; Lawn et al., 2019, Weatherburn et al., 2016). These findings suggest that motivations for engaging in SDU may be multidimensional and associated with indicators of psychosexual and relational wellbeing.

The heterogeneity of these motivations, their links with psychosexual distress, and the mainly qualitative, exploratory nature of studies on SDU (e.g., Bourne et Weatherburn, 2017; Lafortune et al, 2021; Nimbi et al., 2021; Weatherburn et al., 2016) emphasize the need to test a comprehensive statistical model including main documented SDU motivations and associated psychosexual characteristics, including sexual satisfaction, sexual performance anxiety, body shame, comfort with sexual communication, sexual compulsivity and an experience of CSA. Moreover, the literature on SDU mainly focused on gbMSM (Elliot et al., 2020; Melendez-Torres et Bourne, 2016; Sewell et al., 2017), instead of assessing motivation to engage in SDU in a sample with diverse sexual orientations. Such investigation is instrumental to further understand the functional role of SDU and how psychosexual wellbeing indicators are associated with these motivations, to develop tailored treatment options to address the specific needs of individuals reporting distressing SDU.

### 2.2.1 The Present Study

This study's aims were twofold. First, we examined the main domains of motivations related to SDU using exploratory factor analyses on a SDU motivations inventory completed by a large community-based sample of adults from Quebec (Canada). As such, exploratory factor analyses were used to identify main motivations for practising SDU by grouping together different motivations that share similarities. This helped reducing the number of variables in the following path analysis models. Second, we tested the relative contribution of several psychosexual factors (i.e., sexual satisfaction, sexual performance anxiety, body shame, discomfort with sexual communication, sexual compulsivity, and history of CSA) in the relationship with these domains of motivations, using structural equation modeling to conduct a path analysis. It was hypothesized that reporting SDU motivations pertaining to improving sexual, mental, and relational wellbeing would be related to higher sexual satisfaction, sexual performance anxiety, body shame, discomfort with sexual communication, sexual compulsivity, and a history of CSA. The use of such an integrative model including various

indicators of psychosexual wellbeing will enable a multidimensional understanding of the practice of CSSP by looking at both motivations and their psychosexual correlates.

## 2.3 Method

### 2.3.1 Sampling

A non-probabilistic community sample of 2,154 adults from Quebec (Canada) completed an anonymous online questionnaire on sexual health and wellbeing (hosted on *Qualtrics*) between June to September 2021. Participants were recruited through social media (e.g., *Facebook* and *Instagram*). Due to their large database and the ability to target hidden and stigmatized subgroups, social media have proven to be a major asset in recruiting participants with substance-related difficulties (King et al., 2014; Ramo et Prochaska, 2012; Sanchez et al., 2020). The community-based survey comprised ten sections, notably exploring SDU and psychosexual correlates (e.g., body shame, sexual anxiety, performance anxiety, and sexual victimization; see Measures section). By clicking on the study link, participants were led to a consent form detailing the study's nature and objectives, which they needed to review and sign electronically. The completion of the survey took 30 to 40 minutes. For this study, inclusion criteria were: (a) to be 18 years of age or older, (b) to have sufficient knowledge of English or French to complete the online questionnaire, and (c) to complete at least 70% of the measures of interest. Of the 2,154 participants who consented to participate, 55.5% ( $n = 1,196$ ) met the inclusion criteria. Participants were eligible to enter a draw to win one of 30 gift cards with a value ranging from \$25 to \$200 CAD.

Our sample consisted of participants aged between 18 to 79 years ( $M_{age} = 40.90$ ,  $SD = 12.49$ ) and were mostly Caucasian (94.7%). Over half of the participants identified as cisgender women (53.5%), while 42.2% identified as cisgender men, and 7.3%, as trans or nonbinary. More than two-thirds self-identified as heterosexual (74.9%), while 14.0% identified as bisexual or pansexual, 5.6% as homosexual, and 5.9% as other (e.g., asexual, questioning their sexuality). Most participants reported being currently in a relationship (67.9%). A majority of participants are workers (e.g., employed or self-employed; 70.1%) or students (10%), as for the other occupational status, 6.9% are unemployed or taking leave of absence (e.g., medical leave), 6.5% are retired and 6.1% mentioned other occupational status (e.g., volunteer, caregiver). Finally, most of the sample (80.1%) had completed a postsecondary education (i.e., university, college, or vocational degree), while 18.2% and 1.7% of the sample had completed a high

school or an elementary school degree respectively. 31.3% of participants reported an annual income under \$60,000.

### 2.3.2 Measures

***Sociodemographics.*** Socio-demographic information were collected on age, gender, sexual orientation, relationship status, occupational status, education level, and annual income.

***Sexualized substance use.*** A homemade 19-item SDU scale was developed to assess substances used in a sexual context in the past 6 months (i.e., Alcohol, Cannabis, Cocaine, Stimulants, GHB, Poppers, Ecstasy/MDMA, Crystal meth, Opiate and Hallucinogens) and related motivations. Questions pertaining to SDU motivations (18 items) were developed based on previous questionnaires assessing SDU behaviors (e.g., Goyette et al., 2018; Braun-Harvey, 2011) and SDU documented motivations (Lafortune et al., 2021). Examples of items included “I have used psychoactive substance to increase my sexual excitement” and “I have used psychoactive substance to feel connected to my partner”. Participants could select all the motivations for which they had consumed in a sexual context in a yes or no format.

***Sexual satisfaction.*** The 5-item *Global Measure of Sexual Satisfaction* (Lawrance et Byers, 1992, 1995;  $\alpha=0.96$ ) was used to measure satisfaction towards sexual relationships. Participants rated their sexual satisfaction on five 7-point bipolar scales ranging from: Bad-Good, Unpleasant-Pleasant, Negative-Positive, Unsatisfying-Satisfying, and Worthless-Valuable. Lower scores suggest decreased sexual satisfaction. The *Global Measure of Sexual Satisfaction* presented excellent internal consistency in the current study ( $\alpha = 0.91$ ).

***Sexual Performance Anxiety.*** Sexual performance anxiety was assessed using the 14-item performance anxiety subscale of the *Sexual Function Questionnaire* (Symonds et al., 2012;  $\alpha = 0.90$ ) that assesses attitudes, cognitions, and behaviors related to performance anxiety during sexual activity. Example of items included “Do you ever monitor your level of sexual arousal?” and “During sexual activity, are you worried about reaching orgasm or ejaculating too quickly?”, with participants rating their level of agreement using a 5- point Likert scale ranging from 1 (never) to 5 (always). Higher scores reflect an increased propensity to experience sexual performance anxiety. In the current study, internal consistency of the scale was good ( $\alpha = 0.83$ ).

**Body shame.** The 4-item bodily shame subscale from *The Experience of Shame Scale* (Andrews et al., 2002;  $\alpha = 0.86$ ) measures emotional, cognitive, and behavioral components of one's body shame. This scale comprises items such as "Have you ever felt ashamed of your body or any part of it?" or "Have you ever wanted to dissimulate or hide your body or a part of it?" and asks participants to rate how they have felt in the past 6 months on a 4-point Likert scale ranging from 1 (not at all) to 4 (very much). Higher scores indicate greater body shame. The subscale presented good internal consistency in the current study ( $\alpha = 0.89$ ).

**Discomfort with sexual communication.** The 4-item sexual communication subscale of the *Sexual Anxiety Scale – Brief Form* (Lafortune et al., 2021;  $\alpha = 0.90$ ) was used to measure one's comfort in communicating about sexual interests and fantasies with their sexual partner(s). The subscale includes items such as "Talking with my partner about our respective sexual fantasies" or "Telling my partner what pleases me and what does not please me sexually". Participants rated their degree of anxiety using an 11-point Likert scale ranging from 0 (no anxiety at all) to 100 (extremely anxious). Higher scores reflect greater discomfort and anxiety with sexual communication. In the current study, this subscale demonstrated good internal consistency ( $\alpha = 0.87$ ).

**Sexual Compulsivity.** *The Hypersexual Disorder Screening Inventory* (Parsons et al., 2013  $\alpha = 0.88$ ) was used to assess recurrent and intense sexual fantasies, urges, and behaviors, as well as distress related to these manifestations. Items examples include "I have spent a great amount of time consumed by sexual fantasies and urges as well as planning for and engaging in sexual behavior" or "I tried to keep my sexual behavior a secret". Participants rated each item on a 4-point Likert scale ranging from 1 (never true) to 4 (always true). Higher scores suggest an increased propensity to hypersexuality. In the current study, this scale demonstrated good internal consistency ( $\alpha = 0.81$ ).

**Child Sexual Abuse.** The experience of childhood sexual abuse was assessed using a measure inspired by the Canadian Criminal Code that has proven valid for assessing the experience of sexual victimization in past studies ( $\alpha = 0.91$ , Bremner et al., 2007). Following a definition of sexual behavior ["A sexual act consists of any act, with or without contact, that seems sexual to you, such as caressing, kissing, sexual touching, oral, vaginal or anal sex, verbal sexual advances, or exposure to sexual content"], participants stated whether they had ever

experienced child sexual abuse using a Yes or No format (e.g., “Have you experienced any sexual act without your consent before the age of 18?”).

### 2.3.3 Data Analysis Strategy

Descriptive analysis were conducted on SPSS (v. 27) sociodemographic variables, as well as exploratory factor analysis (EFA) using a principal axis factor analysis with an oblimin rotation on the 18-item SDU scale to identify the main SDU motivations. The Kaiser-Meyer-Oblimin (KMO) revealed the factorability of the scale and sampling adequacy of the data (0.745) and Bartlett's test of sphericity ( $\chi^2 = 2503.5$ ,  $df = 91$ ,  $p < 0.001$ ) indicated that the data were shown to be suitable for structure detection through factor analysis. Items with factor loadings below 0.32 were removed from the analysis, as well as items with cross-factor saturation loading greater than 0.32 (Tabachnick et Fiddel, 2013).

Then, a path analysis model using structural equation modeling was conducted on *R* software (v. 4.2.2) to examine the relationship between psychosexual variables (i.e., sexual satisfaction, sexual performance anxiety, body shame, discomfort with sexual communication, sexual compulsivity, and child sexual abuse) and each motivational factors in a single, multivariate model. In order to create our dichotomous motivation variables, we recoded all our items as follows: 1 if the person selected at least one motivation in a specific domain and 0 if the motivation was not selected. We used a robust weighted least squares (WLS) approach in structural equation modeling to account for dichotomous outcomes (motivational factor; Holtmann et al., 2016; Newsome, 2018). Model fit was examined by considering together the comparative fit index (CFI;  $\geq 0.90$ ), the root mean square error of approximation (RMSEA;  $< 0.60$ ), and the chi-square statistic (Kline, 2010; McDonald et Ho, 2002; Ullman, 2001). Missing data were accounted for using listwise deletion in EFA and path analysis model.

## 2.4 Results

Among this sample, 19.2% (263) reported experience of SDU during the past 6 months. Alcohol was the most used substance (87.8%), followed by cannabis (40%), cocaine (6.1%), stimulants (6.1%), poppers (5.3%), hallucinogens (3%), ecstasy (2%), and GHB (2%). Opiate and crystal meth were reported by less than 1% of the sample.

#### 2.4.1 Objective 1: Examining the main domains of motivation related to SDU

The EFA suggested a four-factor solution comprising 14 items, which explained 51.7% of the total variance (see Table 2.1). The four factors were labeled as follows: “Increasing satisfaction and sensation” (Factor 1; 4 items), “Increasing sexual self-esteem” (Factor 2; 3 items), “Mitigating distress” (Factor 3; 3 items), and “Increasing sexual responsiveness and functioning” (Factor 4; 4 items). Four items were removed in the final solution since they saturated at more than one factor (i.e.,  $>0.32$ ): “To detach yourself from daily concerns in order to live in the moment”, “To extend sexual experiences”, “To diversify sexual activities” and “Make you sufficiently aroused to wish to have sexual intercourse”.

[Insert Table 2.1 near here]

Table 2.1. Factor loadings per item following oblimin rotation and the correlation matrix of the four factors

	<b>Factor 1</b> Increasing satisfaction and sensations	<b>Factor 2</b> Increasing sexual self- esteem	<b>Factor 3</b> Mitigating distress	<b>Factor 4</b> Increasing sexual responsiveness and functioning
Total variance	21.56	12.57	9.79	7.75
Items	Factor loadings			
Increase the intensity of physical sensations	<b>.813</b>	-.099	-.046	.022
Increase your sexual excitement	<b>.706</b>	-.035	.102	.115
Improve your sexual satisfaction	<b>.685</b>	-.059	-.052	.151
Feel connected to your partner	<b>.608</b>	.297	-.018	-.168
Feeling more desirable	.104	<b>.727</b>	.097	-.045
Facilitate meetings and interactions with a partner	-.088	<b>.712</b>	-.114	.142
Accepting your physic or body image	.016	<b>.634</b>	.234	.014
Reduce the unpleasant emotions associated with certain sexual activities	.005	.120	<b>.727</b>	-.066
Reduce pain associated with certain sexual activities	-.058	-.175	<b>.691</b>	.192
Coping with a history of past sexual trauma	-.071	.122	<b>.639</b>	-.075
Increase your sexual performance	.015	.037	.032	<b>.823</b>
Get or stay hard/lubricated	.051	-.091	.111	<b>.718</b>
Increase the number of sexual activities in a limited time	.059	.177	-.090	<b>.536</b>
Being able to ejaculate/have an orgasm	.213	-.054	.205	<b>.376</b>
	Correlation coefficient ( <i>r</i> )			
Factor 1	–	0.266**	0.301***	0.267**
Factor 2		–	0.249**	0.096**
Factor 3			–	0.197**
Factor 4				–

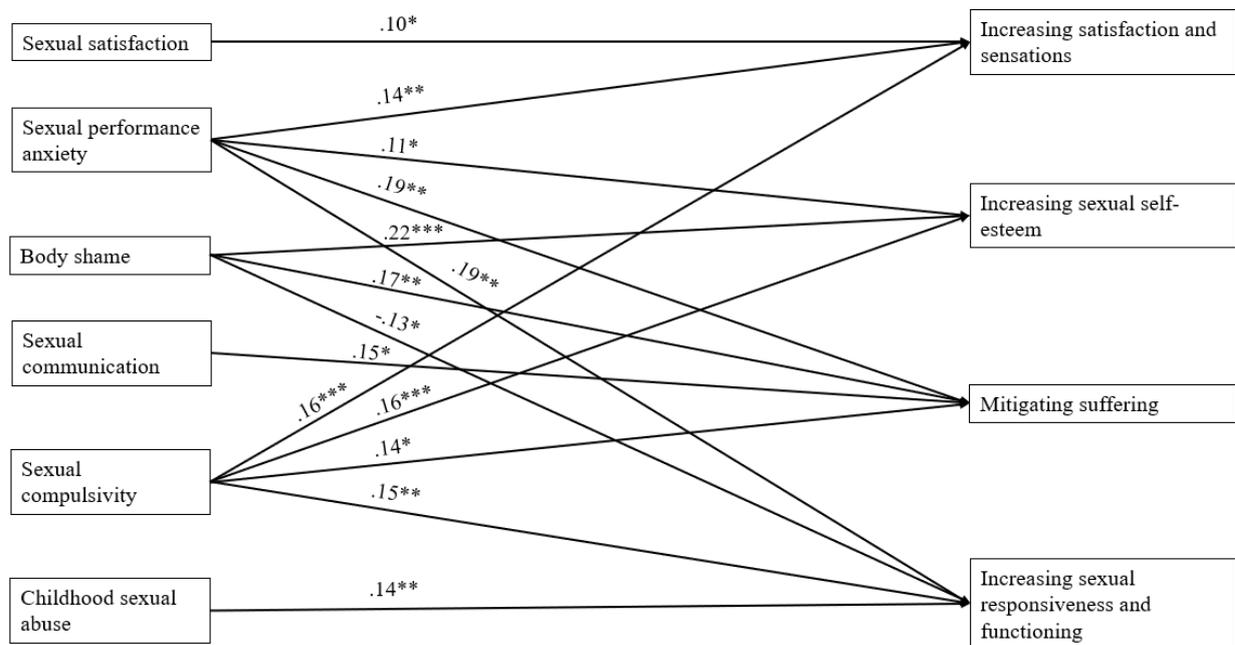
Note. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ . Loadings on primary factor are indicated in bold.

#### 2.4.2 Objective 2: Exploring the relationships between psychosexual variables and SDU motivation factors

The path analysis model revealed that all psychosexual variables were significantly associated with at least one of the four motivational factors (see Figure 2.1 for standardized regression coefficient) and the model showed satisfactory fit to the data:  $\chi^2(10) = 7.85, p = 0.64$ ; RMSEA = .00, 90% CI (.00 to .02); CFI = 1.00. Precisely, the tendency to practice SDU to increase satisfaction and sensation (Factor 1) was related to increase sexual satisfaction ( $\beta = .10, p = 0.022$ ), sexual compulsivity ( $\beta = .16, p < 0.001$ ), and sexual performance anxiety ( $\beta = .14, p = 0.002$ ). As for Factor 2, the tendency to engage in SDU to increase sexual self-esteem was associated with increased sexual compulsivity ( $\beta = .16, p < 0.001$ ), sexual performance anxiety ( $\beta = .11, p = 0.012$ ), and body shame ( $\beta = .22, p < 0.001$ ). The propensity to practice SDU to mitigate suffering (Factor 3) was associated with higher discomfort with sexual communication ( $\beta = .15, p = 0.025$ ), sexual compulsivity ( $\beta = .14, p = 0.010$ ), sexual performance anxiety ( $\beta = .19, p = 0.006$ ), and body shame ( $\beta = .17, p = 0.005$ ). Finally, the tendency to engage in SDU to increase sexual responsiveness and functioning (Factor 4) was positively linked to a history of CSA ( $\beta = .14, p = 0.007$ ), as well with increased sexual compulsivity ( $\beta = .14, p = 0.008$ ), sexual performance anxiety ( $\beta = .19, p = 0.004$ ), and with lower body shame ( $\beta = -.13, p = 0.046$ ). No other significant relationship was found.

[Figure 2.1 near here]

Fig.2.1. Path analysis using structural equation modeling of psychosexual variables associated with motivations to engage in SDU.



Note: Only significant associations are reported (standardized beta), \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p \leq .001$ .

## 2.5 Discussion

This study examined several motivations related to SDU as well as individual psychosexual characteristics linked to such motivations (i.e., sexual satisfaction, sexual performance anxiety, body shame, sexual communication, sexual compulsivity, and history of childhood sexual abuse). Four domains of motivations related to SDU were identified, namely the use of SDU as a way to increase sexual satisfaction and sensations (Factor 1), to increase sexual self-esteem (Factor 2), to mitigate suffering (Factor 3), and to increase sexual responsiveness and functioning (Factor 4).

In line with previous studies, our results suggest that engagement in SDU might be a means to cope with negative internal states and enhance sexual experience, such as coping with distress that occurs during sex and enhancing pleasure (Bird et al., 2018; Cooper et al., 1995). In accordance with Cooper et al's (1995) motivational model of substance use, the motivations identified suggest that participants in our study use SDU to cope with negative internal states (*Increase sexual self-esteem* and *Mitigate suffering*) or enhance sexual experience (*Increase satisfaction and sensations* and *Increase sexual responsiveness and functioning*). Contrary to the findings of previous qualitative studies (Deimel et al., 2016; Weatherburn et al., 2016), none of our factors specifically reflects a commitment to SDU to facilitate encounters and interactions with sexual partners.

Moreover, this study provides additional insights regarding motivation to engage in SDU in the general population by identifying associations between these four factors and indicators of psychosexual wellbeing. Our findings mainly support our hypotheses. Sexual performance anxiety, sexual compulsion, and body shame were associated with different domains of motivation to engage in SDU. Higher levels of performance anxiety and sexual compulsivity were significantly associated with self-report of all four domains of SDU motivations, suggesting that these two indicators of psychosexual wellbeing might be associated with both a desire to cope with a negative internal state and a desire to improve sexual experience. As such sexual performance anxiety and sexual compulsion appear to be key psychosexual factors motivating SDU. These results corroborate those of the study by Hirshfield et al (2010), which suggested that sexual performance anxiety is significantly associated with SDU. Through its associations with all the motivations identified in the present study, our results suggest that people experiencing sexual performance anxiety might have various needs underlying SDU, namely a need to control negative internal state that can occur during sexual activities while

feeling confident about their sexual performance and experiencing pleasure during sex. This finding corroborates those of previous qualitative studies (e.g., Nimbi et al., 2021), whose results suggested that SDU helped overcome blockages and difficulties related to sexual function by reducing the pressure associated with sexual performance. Thus, for some individuals, SDU can promote disinhibition and reduce anxiety-related preoccupations. This result is consistent with the nature of the substances used in our sample, which were mainly sedative substances such as alcohol and cannabis.

As for sexual compulsion, our findings are in line with those of Parsons et al. (2007), suggesting that engaging in SDU might satisfy compulsive sexual tendencies. Moreover, our results suggest that sexual compulsivity is associated with a higher risk of engaging in SDU as a way of managing negative emotional states, such as lower sexual self-esteem and distress, which corroborates the results of previous studies (McKeague 2014; Shorey et al., 2016). Our results also suggest that sexual compulsion would be associated with motivations to enhance sexual experience, notably by improving sexual response and function, as well as increasing satisfaction and sensation. These results corroborate the findings of Parsons and colleagues (2007), who found that engaging in SDU practice could respond to the satisfaction of compulsive sexual needs, by prolonging sexual activities and intensifying physical sensations (Bourne et al., 2014; Parsons et al., 2007).

Our results also suggest that higher body shame was positively linked to Factor 2 (*Increase Sexual Self-Esteem*) and Factor 3 (*Mitigating suffering*), but negatively to Factor 4 (*Increasing sexual responsiveness and functioning*). Body shame could explain the need to engage in SDU to detach from preoccupations with bodies and body image perception (Chartier et al., 2009; Hunter et al., 2012; Weatherburn et al., 2016). Substance use is said to have a disinhibiting effect, enabling substance users to maintain a more positive image of their body and physical appearance, temporarily increasing self-confidence and the perception of being more desirable in the eyes of a partner during sexual activities (Weatherburn et al., 2016). As for the negative association with Factor 4 (*Increasing sexual responsiveness and functioning*), individuals reporting higher levels of body shame might be less inclined to engage in SDU to enhance aspects related to their sexual responsiveness and functioning.

Additionally, our findings suggest that three psychosexual variables were positively associated with only one factor: sexual satisfaction with Factor 1 (*Increasing satisfaction and sensations*),

discomfort with sexual communication with Factor 3 (*Mitigating suffering*), and childhood sexual abuse with Factor 4 (*Increasing sexual responsiveness and functioning*). In the present sample, we have found that higher sexual satisfaction scores were positively associated with Factor 1 (*Increasing satisfaction and sensations*). Our finding corroborates the results of previous work (For a review, see Lafortune et al., 2021). Weatherburn et al.'s (2016) qualitative study suggests that the disinhibitory effect of psychoactive substances would promote sexual satisfaction by offering the opportunity to achieve a more desirable sexuality by increasing the repertoire of sexual practices, sensations felt, and connection with a partner. Difficulties with sexual communication were positively associated with Factor 3 (*Mitigating suffering*), which is in line with Wechsberg et al.'s work (2008) which suggested that women's use of substances before sexual intercourse could provide a sense of self-confidence that could facilitate discussions about sexuality (e.g., history of STIs, number of sexual partners). Unexpectedly, our results indicate that CSA is only associated with Factor 4 (*Increasing sexual responsiveness and functioning*) suggesting that CSA victims are engaging in SDU to improve aspects of sexual responsiveness and functioning. CSA has multiple long-term effects (for a review, see Colangelo et Keefe-Cooperman, 2012), such as difficulties related to sexual functioning (Colangelo et Keefe-Cooperman, 2012; Pulverman et al., 2018; Schraufnagel et al., 2010; Vaillancourt-Morel et al., 2015). Thus, it is likely that the practice of SDU following a history of CSA is associated with a desire to enhance diverse aspects of sexual functioning. Contrary to some research findings (e.g., Bird et al., 2018), CSA does not seem to be associated with motivation to cope, suggesting that motives for engaging in SDU are more complex and that potentially other variables could be involved in the relationship between motivations to use psychoactive substance and sexual abuse.

### 2.5.1 Limitations and Future Research

This study has limitations. First, this study's cross-sectional design precludes the drawing of any conclusions regarding the causality and directionality of the relationships between the examined variables. Second, our results were obtained using self-reported questionnaires which are subjected to social desirability and recall biases. Third, the generalizability of the results is limited by characteristics of the sample, overrepresenting Caucasian adults, cisgender, and heterosexual individuals, people in a relationship, as well as alcohol and/or cannabis use over other substances also associated with SDU (e.g., GHB, cocaine). Fourth, the motivations explored were limited to 18 in the original questionnaire, limiting the scope of our findings. As such, some motivations that were found in the literature were not addressed in our study, such

as recent adverse events like the loss of someone or an episode of adult victimization, peer pressure, or the use of SDU to manage one's sexual orientation or identity (Lafortune et al., 2021). Finally, the specific context of the COVID-19 pandemic, during which recruitment occurred, prevents the results from being generalized to other contexts. Indeed, the COVID-19 pandemic had an impact on people's sexual and relational lives (Bhambhani et al., 2021). Further studies on SDU are needed to fully understand the extent of this practice and its underlying factors. Longitudinal studies would be necessary to document the causality and directionality of the associations between motivation to engage in SDU and the wellbeing indicators mobilized in the present study. Alternatively, studies employing mediation and moderation analyses could also identify the influence of psychosexual indicators on SDU, allowing for a better understanding of wellbeing factors on SDU. Moreover, latent class analyses could be used to identify profiles of individuals engaging in the practice of SDU based on their individual characteristics relating to their SDU, thus making it possible to pinpoint more specific needs for intervention among SDU users. As our sample was relatively homogeneous, additional studies are needed to assess sex-related motivations to engage in SDU among a more diverse sample. In this way, it might be possible to compare motivations for engaging in SDU between groups (e.g., gender, sexual orientation).

## 2.6 Conclusion

This study examined the main motivations related to SDU and their associations with psychosexual distress indicators (e.g., sexual performance anxiety, body shame) and revealed several links between the aforementioned wellbeing indicators and SDU motivations. Our results suggest considerable heterogeneity in terms of motivation to engage in SDU and its correlates, emphasizing that SDU practice is a multifactorial phenomenon. Thus, our results suggest that motivations towards SDU are varied and that it is essential to consider these factors separately, as SDU does not seem to meet the same needs for every individual. By examining psychosexual wellbeing indicators associated with motivations to engage in SDU, this study offers new insights and a first step into the development of interventions targeting motivations to engage in that practice. Further studies employing quantitative and, more specifically, longitudinal designs are necessary to understand this sexual practice and its related motivations.

## Acknowledgments

The authors would like to thank all the participants involved in this study for the time they took to answer our survey. The authors wish to thank Jill Vandermeerschen and Cloé Canivet for their time and support during the data analysis.

## CHAPITRE 3

### DISCUSSION

Les principaux constats de ce mémoire seront discutés ici à la lumière des résultats d'études antérieures. Puis, les forces et les limites de ce projet de mémoire seront abordées. Ce chapitre abordera également plusieurs pistes de recherches et d'intervention à la lumière des principaux résultats et des limites de cette étude.

#### 3.1 Rappel des objectifs de l'étude

Ce mémoire avait pour objectif de répondre à deux principaux objectifs de recherche. Dans un premier temps, le présent projet visait à identifier les principaux types de motivations liés à la CSSP. Dans un second temps, il visait à explorer les liens entre ces motivations et divers facteurs psychosexuels individuels : la satisfaction sexuelle, l'anxiété de performance sexuelle, la honte corporelle, un inconfort face à la communication sexuelle, la compulsion sexuelle, et un historique d'ASE.

#### 3.2 Principaux constats

Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire ont permis de dégager quatre facteurs distincts liés aux motivations envers la CSSP, soit : *Augmenter la satisfaction et les sensations* (Facteur 1), *Augmenter l'estime de soi sexuelle* (Facteur 2), *Atténuer la souffrance* (Facteur 3) et *Améliorer la réponse et la fonction sexuelle* (Facteur 4). Ces facteurs motivationnels corroborent les résultats d'études antérieures portant sur les motivations à la CSSP (Cheng et al., 2010, Halikas et al., 1984; Lafortune et al., 2021; Weatherburn et al., 2016). Conformément au modèle motivationnel de la consommation de substance de Cooper et al. (1995), les motivations identifiées suggèrent que les participant.es à notre étude consomment pour composer avec des états internes négatifs (*Augmenter l'estime de soi sexuelle* et *Atténuer la détresse*) ou dans l'optique d'améliorer l'expérience sexuelle (*Augmenter la satisfaction et les sensations* et *Améliorer la réponse et la fonction sexuelle*). Cependant, contrairement au modèle de Cooper et al. (1995), nos résultats ne suggèrent pas de motivations spécifiques visant à faciliter les rencontres et les interactions avec des partenaires sexuel.les potentiel.les. L'absence de ce facteur motivationnel pourrait s'expliquer par le fait que notre échelle originale est relativement courte, soit seulement 18 items dont un seul item portait directement sur la CSSP dans le but de faciliter les rencontres. Un questionnaire offrant davantage d'items portant sur la

CSSP dans le but de faciliter les rencontres aurait potentiellement permis de dégager un facteur similaire à celui de l'étude de Cooper et ses collègues (1995).

Le facteur 1, *Augmenter la satisfaction et les sensations*, présente des similitudes avec les travaux de Štulhofer et al. (2009), qui ont mis en évidence les caractéristiques de la satisfaction sexuelle, telles que la recherche de sensations physiques et d'un lien émotionnel avec un partenaire sexuel. Ces constats corroborent ceux d'études qualitatives menées antérieurement auprès de personnes gbHARSAH (Currin et al., 2019; Deimel et al., 2016; Mihlet et al., 2019; Nimbi et al., 2021; Weatherburn et al., 2016), dont les résultats suggéraient que la pratique de la CSSP était motivée par une recherche de plaisir, d'une exacerbation des sensations physiques ressenties lors des activités sexuelles et d'une plus grande satisfaction sexuelle. La CSSP favoriserait l'exploration de nouvelles sensations physiques intenses qui sont parfois difficiles à décrire par les usagers (Mihlet et al., 2019) et qui sont qualitativement distinctes de celles ressenties lors des rapports sexuels n'impliquant pas de SPA (Weatherburn et al., 2016). Dans leurs travaux, Currin et ses collègues (2019) ont noté que l'usage de cannabis lors des rapports sexuels permettait aux personnes consommatrices de se concentrer davantage sur l'expérience sexuelle et sur les sensations physiques perçues, améliorant ainsi l'expérience sexuelle dans son ensemble. La pratique de la CSSP favoriserait ainsi l'atteinte d'une sexualité désirée qui est considérée comme étant difficilement atteignable lors des rapports sexuels sans SPA (Weatherburn et al., 2016). En ce sens, l'étude menée par Lynn et ses collègues (2019) auprès d'un échantillon de femmes adultes ( $n = 373$ ) révèle que les participantes qui consomment du cannabis avant d'avoir des rapports sexuels rapportent une plus grande satisfaction sexuelle que celles qui n'en consomment pas. L'étude d'Halikas et al. (1982), menée auprès d'un échantillon majoritairement composé d'hommes et de femmes hétérosexuelles ( $n = 147$ ), suggère que près de 81% des personnes consommatrices de cannabis rapportaient une amélioration de leur satisfaction sexuelle. L'usage de certaines SPA induirait une amélioration de la satisfaction sexuelle, du plaisir sexuel et des sensations corporelles (Halikas et al., 1982; Lawn et al., 2019). Ainsi, ces résultats suggèrent que la pratique de CSSP serait associée à une quête de plaisir et de sensations qui est facilitée par l'usage de SPA (Currin et al., 2019; Deimel et al., 2016; Mihlet et al., 2019; Nimbi et al., 2021; Weatherburn et al., 2016).

Le facteur 2, *Augmenter l'estime de soi sexuelle*, fait référence à la motivation d'une personne à s'engager dans la pratique de la CSSP en réponse à son évaluation subjective de certains aspects d'elle-même, tels que la perception d'être attirant ou non, ainsi qu'au sentiment de

compétence dans la gestion des rencontres et des interactions avec un partenaire sexuel potentiel. Ce facteur présente des similitudes avec des études menées antérieurement qui suggéraient que plusieurs individus s'engageaient dans la CSSP pour composer avec des difficultés liées à l'estime personnelle et à l'image corporelle, ainsi que pour faciliter les rencontres avec des partenaires (Lafortune et al., 2021). Réalisée auprès d'un échantillon de personnes s'identifiant hétérosexuelles ( $n = 451$ ), l'étude de Cheng et al. (2010) suggère également que l'usage de méthamphétamine et la consommation excessive d'alcool seraient associés avec la motivation à rencontrer des partenaires sexuel.le.s. Ces résultats suggèrent que la pratique de la CSSP favoriserait la désinhibition et l'augmentation de l'estime personnelle en contexte sexuel au sein de diverses populations.

Quant au facteur 3, *Atténuer la souffrance*, ce dernier reflète la motivation à s'engager dans la pratique de la CSSP pour éviter des émotions, des souvenirs, des pensées, des douleurs et/ou des situations aversives, comme une expérience antérieure d'agression sexuelle. Ce résultat est cohérent avec ceux d'études antérieures (p. ex., Cooper et al., 1995) qui suggéraient que certains individus s'engageaient dans la pratique de la CSSP pour composer avec des états internes aversifs (p. ex., expériences traumatiques, symptômes dépressifs; Nimbi et al., 2021), ainsi que des événements de vie douloureux (p. ex., ruptures amoureuses, deuil; Chartier et al., 2009; Grayson et Nolen-Hoeksema, 2005; Pollard et al., 2018). Cette motivation est également rapportée dans une étude menée auprès d'adultes hétérosexuel.le.s ( $n = 68$ ; Íncera-Fernández et al., 2022). Près de la moitié de l'échantillon de l'étude d'Íncera-Fernández et al. (46,6% ; 2022) pratique la CSSP dans l'objectif de se désinhiber et de ressentir moins de honte.

En ce qui concerne le facteur 4, *Améliorer la réponse et la fonction sexuelle*, ce dernier reflète un désir de consommer des substances psychoactives pour améliorer des aspects liés à la performance et la fonction sexuelles. Cela concorde avec les résultats de l'étude qualitative menée par Bourne et al. (2014), qui mettait en évidence l'aspect multidimensionnel de la performance sexuelle : les participants à l'étude déclaraient pratiquer la CSSP pour augmenter le nombre de rapports sexuels, maintenir une érection et avoir confiance en leurs performances sexuelles. Ce facteur motivationnel est cohérent avec les résultats obtenus dans l'étude de Íncera-Fernández et al. (2022) qui suggéraient que près de 18,5% de leur échantillon d'hommes et de femmes hétérosexuel.le.s pratiquant la CSSP ( $n = 27$ ) endossaient la motivation d'améliorer leur performance sexuelle pour expliquer leur pratique de la CSSP.

En regard à la théorie de Lazarus et Folkman (1993), les motivations à pratiquer la CSSP soulevées dans la présente étude suggèrent la présence de stratégies d'évitement d'états émotionnels, de cognitions ou de sensations désagréables associées à une situation menaçante ou stressante (Walsh et al., 2009). Notamment, nos résultats suggèrent que la CSSP serait un moyen de composer avec une faible estime de soi sexuelle et de diminuer la détresse ressentie en lien avec les relations sexuelles.

En lien avec le deuxième objectif de recherche, les analyses acheminatoires par modélisation d'équations structurelles ont révélé plusieurs liens significatifs entre les facteurs motivationnels identifiés par les analyses factorielles et les variables psychosexuelles examinées. Le facteur 1, *Augmenter la satisfaction et les sensations*, est associé de manière significative à des scores plus élevés de compulsion, de satisfaction et d'anxiété de performance sexuelle. Le facteur 2, *Augmenter l'estime de soi sexuelle*, est associé de manière significative à une plus forte propension à la compulsion et l'anxiété de performance sexuelle, ainsi qu'à une plus grande propension à ressentir de la honte corporelle. Le facteur 3, *Atténuer la souffrance*, est significativement et positivement associé aux difficultés liées à la communication, la compulsion, l'anxiété de performance sexuelle et la honte corporelle. Enfin, le facteur 4, *Améliorer la réponse et la fonction sexuelle*, est significativement associé à des antécédents d'agressions sexuelles à l'enfance, à des scores plus élevés de compulsion et d'anxiété de performance sexuelle, ainsi qu'à une plus faible honte corporelle. Parmi les facteurs psychosexuels à l'étude, trois indicateurs de bien-être psychosexuel (voir Figure 1) se distinguent par les nombreuses associations qu'ils entretiennent avec les motivations envers la CSSP, soit l'anxiété de performance sexuelle, la compulsion sexuelle et la honte corporelle. Bien que ces associations enrichissent la documentation scientifique portant sur la CSSP, il est important de souligner que la magnitude des associations est modeste ( $\beta \leq .22$ ). Les associations entre les motivations envers la CSSP et les indicateurs de bien-être psychosexuels sont faibles à modérées.

L'anxiété de performance sexuelle serait une variable psychosexuelle associée aux quatre motivations à l'égard de la CSSP. Nos résultats corroborent nos hypothèses en soulignant que l'anxiété de performance sexuelle est associée avec des motivations visant la diminution des états aversifs et l'amélioration de l'expérience sexuelle. Ces résultats enrichissent la documentation scientifique portant sur l'association entre l'anxiété de performance sexuelle et la pratique de la CSSP, et corroborent ceux de l'étude menée par Hirshfield et al. (2010) qui

suggéraient que l'anxiété de performance sexuelle est significativement associée à la CSSP. Puisque l'anxiété de performance sexuelle se caractérise par une crainte excessive à l'égard de ses performances sexuelles—qui s'accompagne d'un surinvestissement des pensées liées à la performance et peut parfois interférer avec la réponse sexuelle (Master et Johnson, 1970; Rowland et Van Lankveld, 2019)—il est possible que la CSSP s'inscrive dans un besoin d'inhiber l'anxiété et de favoriser l'estime de soi sexuelle. Ce résultat corrobore ceux d'études qualitatives menées antérieurement (p. ex., Nimbi et al., 2021) dont les résultats suggéraient que la CSSP permettait de dépasser des blocages et des difficultés en lien avec la fonction sexuelle en réduisant la pression associée à la performance sexuelle. La CSSP serait ainsi une pratique sexuelle favorisant la désinhibition et permettant de réduire les préoccupations en lien avec l'anxiété. Ce résultat est d'ailleurs cohérent avec la nature des substances consommées dans notre échantillon, soit principalement des substances sédatives comme l'alcool et le cannabis. L'association entre l'anxiété de performance sexuelle et la motivation à l'égard d'*Augmenter la satisfaction et les sensations* fait écho aux travaux de Rowland et van Lankveld (2019). Ces derniers ont suggéré que l'anxiété de performance sexuelle contribuerait à détourner l'attention des stimuli érotiques pouvant contribuer au plaisir sexuel. Ainsi, il est possible que la CSSP s'inscrive dans le besoin de certains individus de se reconnecter aux sensations physiques et d'améliorer la satisfaction sexuelle, par la diminution souhaitée de leur anxiété de performance (Rowland et van Lankveld, 2019). En ce qui concerne la motivation, *Améliorer la réponse et la fonction sexuelle*, il est possible que ces résultats s'expliquent par un besoin d'améliorer divers aspects liés à la performativité sexuelle, soit en augmentant le plaisir et la fonction sexuelle (p. ex., désir sexuel, orgasmes; Lafortune et al., 2021). Ainsi, il est possible de penser que la CSSP favoriserait l'atteinte de hauts standards en termes de performance sexuelle en améliorant la fonction sexuelle.

De surcroît, nos résultats suggèrent que la compulsion sexuelle est positivement associée aux quatre motivations à s'engager dans la pratique de la CSSP. Ce résultat corrobore nos hypothèses de départ qui prédisaient qu'un niveau élevé de compulsion sexuelle serait associé avec des motivations visant la diminution d'états aversifs et l'amélioration de l'expérience sexuelle. Certaines études menées antérieurement suggéraient que la compulsion sexuelle serait associée à la CSSP, car cette dernière permettrait de composer avec des états internes négatifs en offrant une forme d'évitement expérientiel (McKeague 2014 ; Shorey et al., 2016). Nos résultats suggèrent également que la compulsion sexuelle serait associée à des motivations à l'égard de l'amélioration de l'expérience sexuelle, notamment de l'amélioration de la réponse

et de la fonction sexuelle, ainsi qu'en augmentant la satisfaction et les sensations. Ces résultats corroborent l'étude de Parsons et ses collègues (2007) qui suggéraient que l'engagement dans la pratique de la CSSP répondrait donc à la satisfaction de besoins sexuels compulsifs. Notamment en prolongeant les activités sexuelles et en intensifiant les sensations physiques (Bourne et al., 2014; Parsons et al., 2007).

Un niveau de honte corporelle élevé est associé avec une plus forte propension à consommer afin d'*Augmenter de l'estime de soi sexuelle* et d'*Atténuer la détresse*. Ces résultats font écho à ceux de Weatherburn et al. (2016), qui suggéraient que la CSSP témoigne d'un besoin d'augmenter l'estime personnelle et de diminuer la conscience de soi et les doutes chez les personnes gbHARSAH. Le facteur 3, *Augmenter de l'estime de soi sexuelle*, reflète également que la CSSP serait un moyen de se sentir confiant auprès de partenaires sexuel.le.s potentiel.le.s. Weatherburn et al. (2016) ont d'ailleurs rapporté que leurs participants consommaient pour faciliter les rencontres avec des partenaires et se sentir davantage en confiance pour les aborder. Ces résultats suggèrent que la consommation de substance chez les gbHARSAH serait instrumentalisée dans l'objectif de diminuer les états internes aversifs associés à la honte corporelle et pour favoriser l'estime de soi lors des rapports sexuels. Cependant, les résultats indiquent également que les individus rapportant un niveau élevé de honte corporelle étaient moins susceptibles de rapporter s'engager dans la pratique du CSSP dans l'objectif d'*Améliorer la réponse et la fonction sexuelle*. De surcroît, nous ne trouvons aucune association significative entre la honte corporelle et *l'Augmentation de la satisfaction et des sensations*, ce qui suggère que l'expérience de honte corporelle sous-tendrait davantage des motivations visant à pallier un état interne aversif plutôt que d'améliorer l'expérience sexuelle. Ainsi, nos résultats corroborent nos hypothèses de départ qui prévoyaient qu'un niveau élevé de honte corporelle serait associé avec des motivations visant la diminution d'états aversifs, sans toutefois être associé à un désir d'améliorer l'expérience sexuelle. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la performance sexuelle sous-tend des aspects performatifs de la fonction sexuelle et des organes génitaux, alors que l'échelle de honte corporelle employée dans la présente étude mesurait des aspects plus généraux (ex. satisfaction à l'égard de l'apparence corporelle). Il est donc possible que des résultats différents illustrant une association positive entre la honte corporelle et l'amélioration de la réponse et de la fonction sexuelle aient été obtenus si nous avions employé une échelle mesurant la satisfaction à l'égard des organes génitaux plus spécifiquement.

Les résultats suggèrent en outre que trois variables psychosexuelles sont positivement associées à un seul facteur, soit la satisfaction sexuelle avec le Facteur 1 (*Augmenter la satisfaction et les sensations*), les difficultés à l'égard de la communication sexuelle avec le Facteur 3 (*Atténuer la souffrance*), et les agressions sexuelles survenues à l'enfance avec le Facteur 4 (*Améliorer la réponse et la fonction sexuelle*).

Inversement à nos hypothèses de départ qui prévoyait qu'un faible niveau de satisfaction sexuelle serait associé à des motivations à s'engager dans la CSSP pour améliorer l'expérience sexuelle, c'est plutôt un niveau élevé de satisfaction sexuelle qui s'est avérée être positivement associée à une motivation visant l'amélioration de l'expérience sexuelle. En effet, dans le présent échantillon, un score élevé de satisfaction sexuelle était positivement associé au Facteur 1 (*Augmenter la satisfaction et les sensations*), ce qui corrobore les résultats de travaux antérieurs (Lafortune et al., 2021). L'étude qualitative de Weatherburn et al. (2016) suggère que l'effet désinhibiteur des substances psychoactives favoriserait la satisfaction sexuelle en offrant la possibilité d'atteindre une sexualité plus désirable, en augmentant le répertoire des pratiques sexuelles, des sensations ressenties et de la connexion avec un partenaire. Ainsi, il est possible que la CSSP soit, chez les individus rapportant un haut niveau de satisfaction sexuelle, une pratique sexuelle permettant l'atteinte d'une sexualité plus satisfaisante et favoriserait le plaisir sexuel (Weatherburn et al., 2016). Ce résultat fait écho aux écrits portant sur les études critiques sur le *chemsex*, en soulignant le rôle du plaisir et de la satisfaction sexuelle associés à la pratique de la CSSP (Flores-Aranda et al., 2019; Milhet et al., 2019). Or, la nature de nos analyses ne permet pas de statuer de la directionnalité des résultats, il est donc probable que la perception des participant.e.s quant à leur niveau de satisfaction sexuelle soit biaisée par leurs expériences passées de consommation sous influence de SPA.

Un inconfort à l'égard de la communication sexuelle serait positivement associé au facteur 3 (*Atténuer la souffrance*), ce qui suggère que la CSSP pourrait être une stratégie d'évitement pour minimiser le malaise associé à une conversation avec un partenaire sexuel au sujet de ses préférences sexuelles. Ces résultats sont conformes à ceux de Wechsberg et al. (2008) qui révèlent que la consommation de substances avant les rapports sexuels procurait un sentiment de confiance en soi susceptible de faciliter les discussions en lien avec la sexualité (p. ex., les antécédents d'ITSS, le nombre de partenaires sexuels). Cette association entre les difficultés à l'égard de la communication sexuelle et les motivations envers la pratique de la CSSP corrobore partiellement nos hypothèses de départ. Conformément à la documentation scientifique

existante au sujet de la relation entre la communication sexuelle et la CSSP, il était attendu qu'un inconfort à l'égard de la communication sexuelle soit également associé à des motivations visant l'amélioration de l'expérience sexuelle. Or, cette association ne s'est pas révélée statistiquement significative dans nos analyses. Ce résultat est néanmoins intéressant, car à notre connaissance, il s'agit de la première étude à suggérer que la CSSP puisse être expliquée par l'anxiété liée à l'égard de la communication sexuelle. La plupart des études portant sur le lien entre la consommation de SPA et la communication suggéraient plutôt que l'usage de SPA atténuait les habiletés communicationnelles, sans mentionner les motivations sous-jacentes à l'égard de la consommation de substances.

Enfin, nos résultats suggèrent qu'un historique d'ASE serait significativement associé au facteur 4, soit la motivation à *Améliorer la réponse et la fonction sexuelle*, ce qui suggère que les victimes d'ASE s'engagent dans la pratique de la CSSP pour améliorer certains aspects liés à la réponse sexuelle et la fonction sexuelle. Ce résultat va à l'encontre de notre hypothèse de départ qui stipulait qu'un historique d'ASE serait associé à des motivations à l'égard de la CSSP visant une diminution des états internes aversifs. Ce résultat inattendu pourrait s'expliquer par la possibilité que les participant.es à notre étude ne rapportent pas de difficultés liées à l'usage de substance. De plus, il est possible que depuis la survenue de l'ASE, les participant.es aient développé un éventail plus diversifié de stratégies d'adaptation pour faire face à l'événement traumatique et que, par conséquent, la CSSP ne soit pas la stratégie d'adaptation principale mobilisée pour composer avec un passé traumatique. Ainsi, il est possible qu'en présence d'autres stratégies d'adaptation, la CSSP devienne une stratégie permettant de composer avec un historique d'ASE en visant l'amélioration de l'expérience sexuelle et ainsi permette d'atteindre une sexualité désirée.

Dans l'ensemble, nos résultats suggèrent que les motivations à s'engager dans la pratique de la CSSP sont diverses et peuvent sous-tendre des variables psychosexuelles multiples et variées, soulignant l'aspect multidimensionnel de la pratique de la CSSP. Les corrélats significatifs associés aux facteurs motivationnels à l'égard de la CSSP ne sont pas identiques pour chaque facteur, suggérant ainsi que les motivations envers la CSSP sont variées et qu'il est primordial de considérer ces facteurs séparément, car l'usage de SPA ne semble pas répondre aux mêmes besoins pour chaque individu.

### 3.3 Limites et forces de l'étude

Cette étude présente des limites qu'il convient de reconnaître. Tout d'abord, la conception transversale de l'étude ne permet pas de tirer des conclusions quant à la causalité et à la directionnalité des relations entre les variables examinées. En outre, nos résultats ont été obtenus à l'aide de questionnaires auto-rapportés qui sont sujets à des biais de désirabilité sociale et de mémorisation. De surcroît, la généralisation des résultats est limitée par certaines caractéristiques inhérentes à l'échantillon. En effet, le présent échantillon surreprésente les adultes caucasiens, les individus cisgenres et hétérosexuels, les personnes en couple, ainsi que la consommation d'alcool et/ou de cannabis par rapport à d'autres substances également associées à la CSSP (p. ex., le GHB, la cocaïne). À cet égard, il est possible que nos résultats diffèrent de ceux d'études menées antérieurement dû à la nature des consommations rapportées. En effet, nos participant.e.s rapportent consommer majoritairement de l'alcool ou du cannabis lors de leur CSSP, or des études antérieures portaient davantage sur l'usage de SPA associées au *chemsex* (p. ex., méthamphétamine et GHB; Amundsen et al., 2023; Ivey et al., 2023). Puis, les motivations explorées étaient limitées à 18 dans le questionnaire original, ce qui restreint la portée des résultats de l'analyse factorielle. Ainsi, notre questionnaire maison portant sur les motivations à l'égard de la pratique de la CSSP négligeait de questionner certaines motivations identifiées dans la documentation scientifique existante, comme la présence d'événements traumatiques survenus à l'âge adulte (p. ex., agression sexuelle, décès d'un proche) ou encore la CSSP pour naviguer son orientation sexuelle et/ou son identité de genre. Il est donc nécessaire de réaliser des études quantitatives prenant en compte un plus grand nombre de motivations pour s'engager dans la pratique de la CSSP, et le développement d'outils validés empiriquement est essentiel pour aborder cette question (Lafortune et al., 2021). De surcroît, la présente étude n'a pas examiné les différences de patrons de motivations entre les genres et les orientations sexuelles, or Lawn et ses collègues (2019) notent que la pratique de la CSSP diffère en fonction du genre et de l'orientation sexuelle, ainsi il serait pertinent que des études futures considèrent ces différences dans leurs analyses des motivations envers la CSSP. Enfin, le contexte particulier de la pandémie de COVID-19, au cours duquel le recrutement a eu lieu, ne permet pas de généraliser les résultats à d'autres contextes. En effet, la pandémie de COVID-19 a eu un impact sur la vie sexuelle et relationnelle des individus qui doit être considéré (Bhambhani et al., 2021).

Quant à ses forces, la présente étude se distingue quant à certains choix méthodologiques et ses contributions, tant pour le milieu de la recherche que clinique. En effet, nombre d'études portant

sur la CSSP, et plus spécifiquement sur les motivations envers la CSSP, se sont concentrées sur certaines populations (p. ex., communautés gbHARSAH) ou des contextes de consommations ou substances spécifiques (p. ex., *chemsex*). Or, afin d'être inclusive et de broser un portrait représentatif des motivations envers la CSSP au sein d'un contexte plus large que le *chemsex*, la présente étude porte sur un échantillon issu de la population générale du Québec composé de personnes dont l'identité de genre et l'orientation sexuelle sont diversifiées. Cette étude a permis d'identifier divers indicateurs de bien-être psychosexuels liés aux motivations envers la pratique de la CSSP. Les études menées antérieurement portant sur les motivations à l'égard de la pratique de la CSSP reposaient essentiellement sur des devis qualitatifs et de petits échantillons ( $n < 50$ ). Ces études qualitatives ont cependant été précieuses pour l'élaboration de l'inventaire de motivations utilisé dans la présente étude. L'identification des indicateurs de bien-être psychosexuel associés aux motivations à s'engager dans la CSSP offre de nouvelles perspectives concernant des cibles d'intervention potentielles pour les personnes cliniciennes.

### 3.4 Recherches futures et contributions cliniques

D'autres études sur la CSSP sont nécessaires pour pleinement comprendre l'étendue de cette pratique et ses facteurs sous-jacents. Des études longitudinales permettraient de documenter les liens causaux entre les motivations à s'engager dans la pratique de la CSSP et les indicateurs de bien-être mobilisés dans la présente étude (p. ex., agression sexuelle à l'enfance, anxiété de performance sexuelle). Notamment, des études utilisant des analyses de médiation pourraient également permettre d'identifier l'influence des patrons de motivations envers la CSSP sur les liens unissant les indicateurs psychosexuels à la nature des substances utilisées lors des rapports sexuels. En outre, des analyses de classes latentes permettraient d'identifier des profils d'individus s'engageant dans la pratique de la CSSP sur la base de leurs caractéristiques individuelles relatives à leur CSSP et les substances privilégiées, permettant ainsi d'identifier des pistes d'intervention plus spécifiques basées sur le profil, les comportements et les besoins des personnes ayant une CSSP problématique. Notre échantillon étant relativement homogène, d'autres études sont nécessaires pour évaluer les motivations liées à la CSSP au sein d'échantillons plus diversifiés au plan des caractéristiques individuelles (p. ex., ethnicité, identité de genre). Nos résultats d'analyses descriptives révèlent que les deux substances les plus utilisées lors de la CSSP sont l'alcool et le cannabis. Or, il serait pertinent d'examiner les motivations à l'égard de la CSSP et les corrélats psychosexuels auprès d'échantillons plus variés sur le plan des substances consommées. De cette manière, il pourrait être possible de comparer les motivations à s'engager dans la pratique de la CSSP entre différents sous-groupes

(p. ex., le genre, l'orientation sexuelle). Étant donné que notre questionnaire était relativement restreint et ne couvrait pas certaines motivations à s'engager dans la CSSP (p. ex., s'engager dans la CSSP pour naviguer son identité de genre ou son orientation sexuelle), il est nécessaire de mener de plus amples recherches utilisant des mesures plus exhaustives des motivations à la CSSP. De surcroît, puisque la CSSP représente un important facteur de risque associé à la transmission d'ITSS (Boislard et al., 2009), les recherches futures gagneraient à vérifier si certaines motivations sont davantage susceptibles de mener à des comportements sexuels à risque et à leurs conséquences, comme la transmission d'ITSS. Ainsi, de nouvelles connaissances pourraient éventuellement permettre le développement d'interventions sur mesure ciblant des variables psychosexuelles spécifiques et des caractéristiques individuelles motivant la CSSP.

Dans la mesure où les motivations à pratiquer la CSSP sont associées à une plus grande propension à s'engager dans cette pratique sur une base régulière (Currin et al., 2017), certains individus pratiquant la CSSP rapportent avoir de la difficulté à imaginer avoir des rapports sexuels sans utiliser de SPA (Graf et al., 2018; Khaler et al., 2015; Nimbi et al., 2021). En examinant les indicateurs de bien-être psychosexuel associés aux motivations à s'engager dans la CSSP, cette étude offre de nouvelles perspectives concernant les cibles d'intervention potentielles pour les clinicien.ne.s (p. ex., sexologue et psychothérapeute). Ces cibles d'intervention permettent d'entrevoir, pour les personnes aidées, des stratégies plus fonctionnelles de régulation émotionnelle que l'usage systématique de la CSSP pour composer avec leurs difficultés (inter)personnelles (p. ex., inconfort à communiquer sur le plan sexuel, anxiété de performance sexuelle).

## CONCLUSION

L'objectif général du présent projet de mémoire visait à identifier les principales motivations liées à la pratique de la CSSP, ainsi qu'à explorer les liens entre ces facteurs et différentes caractéristiques psychosexuelles individuelles. Les résultats ont permis de dégager quatre catégories de motivations à l'égard de la CSSP, soit *Augmenter les sensations et la satisfaction*, *Augmenter l'estime de soi sexuelle*, *Atténuer la détresse*, et *Améliorer la réponse et la fonction sexuelle*. Les analyses acheminatoires ont révélé les associations significatives de ces quatre motivations avec les variables psychosexuelles à l'étude. Ces derniers constats permettent d'enrichir les connaissances portant sur les motivations liées à la CSSP. Les résultats suggèrent que l'anxiété de performance sexuelle et la compulsion sexuelle seraient des variables psychosexuelles associées au plus grand nombre de motivations à l'égard de la CSSP, servant notamment à la fois à la diminution des états internes aversifs et l'amélioration de l'expérience sexuelle. La honte corporelle semble également être une variable psychosexuelle déterminante sous-tendant des motivations envers la CSSP liées à la régulation des états internes aversifs. Certains indicateurs de bien-être relationnel étaient uniquement associés à une motivation, soit la communication sexuelle, la satisfaction sexuelle et l'ASE. Nos résultats soulignent le caractère multidimensionnel de la pratique de la CSSP.

Les constats relevés dans le présent projet permettent d'améliorer les connaissances portant sur la CSSP et de démontrer la pertinence de conceptualiser des modèles empiriques afin d'étudier ce phénomène. Les connaissances découlant de cette étude pourraient bénéficier aux prestataires de soins de santé, tels que les sexologues et psychologues, qui accompagnent les individus rapportant une CSSP problématique, en indiquant des cibles d'intervention tout en considérant le plaisir associé à la pratique de la CSSP.

# ANNEXE A

## CERTIFICAT ÉTHIQUE

UQAM

**CIEREH**

Comité institutionnel d'éthique de la  
recherche avec des êtres humains

### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2021-3671  
Date : 05 mars 2023

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a examiné le rapport annuel pour le projet mentionné ci-dessous et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (janvier 2020) de l'UQAM.

#### Protocole de recherche

**Chercheur principal** : David Lafortune-Sgambato  
**Unité de rattachement** : Département de sexologie  
**Titre du protocole de recherche** : Prévalence et corrélats sociodémographiques des dysfonctions sexuelles dans la population adulte québécoise  
**Source de financement (le cas échéant)** : PAFARC  
**Date d'approbation initiale du projet** : 2021-03-08

#### Équipe de recherche

**Cochercheurs UQAM** : Natacha Godbout; Marie-Aude Boislard-Pépin  
**Auxiliaires de recherche**: Cloe Canivet  
**Étudiants réalisant un projet de mémoire** : Tania Deshaies

#### Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées rapidement au comité.

Tout évènement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiquée au comité. Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide jusqu'au **01 mars 2024**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.

Gabrielle Lebeau  
Coordonnatrice du CIEREH

**Pour Yanick Farmer, Ph.D.**  
Professeur  
Président

Signé le 2023-03-05 à 21:50

**NAGANO**

www.nagano.ca

Approbation du renouvellement par le comité d'éthique

1 / 1

Émis le 2024-01-16 10:55 par Canivet, Cloe — CODE DE VALIDATION NAGANO: uqam-4580370-9948-427e-8c5c-40427a4db794 <https://open.library.queensu.ca/verifuser/verify/4580370-9948-427e-8c5c-40427a4db794>

**ANNEXE B**  
**AVIS FINAL DE CONFORMITÉ**



**AVIS FINAL DE CONFORMITÉ**

No. de certificat : 2021-3671  
Date : 23 mai 2024

**Nom de l'étudiant.e** : Tania Deshaies (DEST22629308)

**Titre du projet** : Motivations et facteurs psychosexuels associés à la consommation de substances psychoactives en contexte sexuel : analyses factorielles et modélisations structurelles

**Programme d'étude** : Maîtrise en sexologie (2218)

**Unité de rattachement** : Faculté des sciences humaines

**Direction de recherche** : David Lafortune-Sgambato et Marie-Aude Boislard

**OBJET** : Avis final de conformité - Maîtrise

Selon les informations qui nous ont été fournies par la direction de recherche, le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) confirme que **Tania Deshaies** a réalisé son mémoire de maîtrise sous la direction de **David Lafortune-Sgambato** et **Marie-Aude Boislard** conformément aux normes et politiques éthiques en vigueur, en tant que membre de l'équipe de recherche pour le projet couvert par le certificat d'éthique no. 2021-3671.

Merci de bien vouloir inclure le présent document et du certificat d'éthique susmentionné en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CIEREH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.

Gabrielle Lebeau  
Coordonnatrice du CIEREH

**Pour Yanick Farmer, Ph.D.**  
Professeur  
Président

Signé le 2024-05-23 à 09:52

ANNEXE C  
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



### Introduction

Merci de votre intérêt pour l'Enquête sur la santé sexuelle des Québécois.e.s !

Votre participation consiste à répondre à un questionnaire en ligne (30-40 minutes). Ce questionnaire comprend des questions portant sur des données sociodémographiques (p.ex., âge, occupation), le bien-être psycho-sexuel (p.ex., satisfaction sexuelle, détresse psychologique), ainsi que sur la santé sexuelle (p.ex., expérience de difficultés sexuelles).

En complétant ce questionnaire, vous courrez la chance de gagner au tirage une des 30 cartes-cadeaux d'une valeur de 25\$ à 200\$. De plus, vos chances de gagner augmenteront plus vous progresserez dans le questionnaire :

- ◆ Compléter 70% de l'enquête vous vaudra 1 chance de gagner; Compléter 85% de l'enquête et vous obtiendrez 2 chances de gagner;
- ◆ Compléter 100% de l'enquête et vous obtiendrez 4 chances de gagner au tirage.

Si vous avez des questions, vous pouvez nous

écrire : [canivet.cloe@courrier.uqam.ca](mailto:canivet.cloe@courrier.uqam.ca) ou [lafortune-sgambato.david@uqam.ca](mailto:lafortune-sgambato.david@uqam.ca)

Ce projet est financé par la Faculté des Sciences Humaines de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et a été approuvé par le Comité Institutionnel d'Éthique de la Recherche avec des Êtres Humains (CIEREH) de l'UQAM.

Si vous préférez compléter le questionnaire en anglais, cliquez sur le lien suivant : To complete the English version of the survey, click on the link bellow :

[English survey](#)

Résidez-vous au Québec depuis au moins les 12 derniers mois?

Oui  Non

### Formulaire de consentement

<b>Titre du projet de recherche</b>	Prévalence et corrélats sociodémographiques des difficultés sexuelles dans la population adulte québécoise
<b>Chercheur responsable</b>	David Lafortune, Ph.D., Université du Québec à Montréal
<b>Co-chercheur.e.s:</b>	Natacha Godbout, Ph.D., Université du Québec à Montréal Mathieu Philibert, Ph.D., Université du Québec à Montréal Marie-Aude Boislard, Ph.D., Université du Québec à Montréal Mathieu Goyette, Ph.D., Université du Québec à Montréal
<b>Coordonnatrices de recherche:</b>	Cloé Canivet, M.A., canivet.cloe@uqam.ca Jeanne This, M.A.(c), this.jeanne@courrier.uqam.ca
<b>Organisme de financement :</b>	Université du Québec à Montréal, Faculté des sciences humaines

### Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche.

Avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire, il est important de prendre le temps de lire et de bien comprendre les renseignements ci-dessous. S'il y a des mots ou des sections que vous ne comprenez pas ou qui ne vous semblent pas clairs, n'hésitez pas à communiquer avec le responsable du projet ou les coordonnatrices de recherche.

### Objectifs du projet

Les difficultés sexuelles sont fréquentes au sein de la population et sont souvent associées à une détresse psychologique, relationnelle et sexuelle significative. Le présent projet vise à documenter la présence des difficultés sexuelles au sein de la population adulte du Québec, ainsi qu'à examiner les facteurs sociodémographiques et psychologiques qui y sont associés. Ce projet permettrait d'améliorer nos connaissances sur la prévalence des difficultés sexuelles au Québec, de même qu'à identifier des populations plus vulnérables dans une perspective de dépistage et d'interventions ciblées.

### **Nature de la participation**

Votre participation consiste à répondre à un questionnaire en ligne qui nécessitera approximativement 30-40 minutes de votre temps. L'enquête comporte des questions portant sur des données sociodémographiques (p.ex., âge, occupation), sur la santé sexuelle (p.ex., dysfonctions sexuelles) et le bien-être psycho-sexuel (p.ex., satisfaction sexuelle, détresse psychologique, expériences de traumatismes).

### **Avantages**

Il pourrait vous être bénéfique de réfléchir à ce que vous avez vécu ou vivez actuellement en répondant à ce questionnaire. Votre participation contribuera également à estimer la présence des difficultés sexuelles dans la population générale québécoise, ainsi que les facteurs sociodémographiques et psycho-sexuels associés à ces conditions. L'étude nous permettra de recueillir de l'information pertinente qui pourrait permettre d'améliorer la qualité des interventions et de la formation en sexologie, ainsi que les facteurs sociodémographiques et psycho-sexuels associés à ces conditions. L'étude nous permettra de recueillir de l'information pertinente qui pourrait permettre d'améliorer la qualité des interventions et de la formation en sexologie.

### **Risques et inconvénients**

Il est possible que vous viviez des désagréments en raison du temps qui est requis pour votre participation. Certaines questions pourraient aussi raviver des émotions désagréables liées à vos expériences de vie. Le cas échéant, vous pouvez consulter la liste de références annexée à la fin du questionnaire où se trouvent différentes ressources d'aide accessibles et adaptées.

### **Compensation**

En participant à cette enquête vous courrez la chance de gagner au tirage de 30 cartes-cadeaux allant d'une valeur de 25\$ à 200\$. Compléter 70% de l'enquête vous vaudra 1 chance de gagner, compléter 85% de l'enquête et vous doublerez vos chances de gagner, compléter 100% de l'enquête et vous obtiendrez 4 chances de gagner au tirage. Chances de gagner minimum: 1 sur 75. Si vous remportez un des prix, vous pourrez choisir parmi les commerçants suivants: Amazon, Tim-Hortons, Best Buy, Jean-Coutu ou St-Hubert.

### **Confidentialité**

Il est entendu que tous les renseignements recueillis sont confidentiels et seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Vos données de recherche ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément au laboratoire du responsable du projet pour la durée totale de l'étude. Afin de protéger votre identité et la confidentialité de vos données, vous serez toujours identifié.e par un code alphanumérique. Aucune publication ou communication sur la recherche ne contiendra de renseignements permettant de vous identifier. Les données seront conservées jusqu'à cinq ans suivant la dernière publication des résultats, puis seront effacées.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Cela signifie également que vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche, sans préjudice de quelque nature que ce soit, et sans avoir à vous justifier. Finalement, les questionnaires complétés à moins de 70% ne seront pas intégrés à la base de données en vue des analyses.

Avez-vous **18 ans et plus** ?

- Oui  
 Non

### **Participation au tirage**

Afin de participer au tirage des prix, nous vous invitons à ajouter votre courriel ou votre numéro de téléphone, cela afin que notre équipe puisse vous contacter dans le cas où vous seriez un.e des gagnant.e.s.

Adresse courriel :

Numéro de téléphone (optionnel) :

Acceptez-vous que la responsable du projet ou sa déléguée vous sollicite ultérieurement dans le cadre d'autres projets de recherche? Vous êtes libre de refuser d'être sollicité.e à l'avenir pour d'autres projets.

- Oui  
 Non

### **Responsabilité**

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheur.e.s, le.s commanditaire.s ou l'institution impliquée de leurs obligations civiles et professionnelles.

### **Personnes-ressources :**

Vous pouvez contacter le responsable du projet au numéro (514) 987-3000 poste 7637 ou par courriel ([lafortune-sgambato.david@uqam.ca](mailto:lafortune-sgambato.david@uqam.ca)), pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez discuter avec lui, ou contacter par courriel notre coordonnatrice pour des questions additionnelles sur le projet ([this.jeanne@courrier.uqam.ca](mailto:this.jeanne@courrier.uqam.ca)).

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a approuvé ce projet et en assure le suivi. Pour toute information vous pouvez communiquer avec le coordonnateur du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753 ou par courriel à l'adresse : [cierreh@uqam.ca](mailto:cierreh@uqam.ca).

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec le bureau de la protectrice universitaire de l'UQAM (Courriel: [protectriceuniversitaire@uqam.ca](mailto:protectriceuniversitaire@uqam.ca); Téléphone: (514) 987-3151).

**Remerciements :** Votre collaboration est importante à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

**Consentement du.de la participant.e** : Par la présente, je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement. Je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique. Je confirme avoir disposé du temps nécessaire pour réfléchir à ma décision de participer. Je reconnais avoir eu la possibilité de contacter le responsable du projet (ou sa déléguée) afin de poser toutes les questions concernant ma participation et que l'on m'a répondu de manière satisfaisante. Je comprends que je peux me retirer du projet en tout temps, sans pénalité d'aucune forme ni justification à donner.

**En cochant la case suivante :**

- J'accepte** de participer au questionnaire de cette étude
- Je refuse** de participer au questionnaire de cette étude

**ANNEXE D**  
**RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIE**

<b>SECTION 1. RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES</b>
--

1. Quel est votre mois de naissance?
2. Quelle est votre année de naissance? (chiffres seulement)
3. Je m'identifie comme...
  - a. Femme
  - b. Homme
  - c. Trans
  - d. Non binaire
  - e. Fluide
  - f. Queer
  - g. Intersexe
  - h. Bispirituel(le) (two-spirit)
  - i. Non conforme dans le genre
  - j. En questionnement
  - k. Je préfère ne pas répondre
  - l. Autre (précisez) :
  
4. Lieu de naissance :
  - a. Canada
  - b. Autre, précisez :  
\_\_\_\_\_
  
5. Quel sont les 3 premiers caractères de votre code postal? \_\_\_\_\_  
Si vous ne souhaitez pas indiquer votre code postal, dans quelle municipalité résidez-vous? \_\_\_\_\_
  
6. Quelle est votre ou vos langue(s) maternelle(s)?
  - a. Français
  - b. Anglais
  - c. Espagnol
  - d. Autre, précisez :  
\_\_\_\_\_
  
7. À quel groupe de population vous identifiez-vous ?
  - a. Arabe
  - b. Asiatique du Sud-Est (p.ex., Vietnamiens ; Cambodgiens ; Laotiens ; Thaïlandais ; etc.)
  - c. Asiatique occidentale (Iranien ; Afghans ; etc.)
  - d. Blancs

- e. Chinois.e
  - f. Coréen.ne
  - g. Japonais.e
  - h. Latino-Américain.e
  - i. Noir.e
  - j. Philippin.e
  - k. Sud-Asiatique (Indien.ne ; Pakistanais.e ; Sri Lankais.e ; etc.)
  - l. Autre groupe de population, précisez
8. À quel.s groupe.s vous identifiez-vous parmi les suivants?
- a. Première Nations
  - b. Inuit
  - c. Métis
  - d. Ne s'applique pas
  - e. Ne souhaitez pas répondre
9. Adhérez-vous à une ou des pratique.s religieuse.s ?
- a. Oui
  - b. Non, aucune
10. Dans votre vie, la religion est :
- a. Très importante
  - b. Importante
  - c. Pas très importante
  - d. Pas importante du tout
  - e. Je ne sais pas
11. Quel est le niveau de scolarité que vous avez complété?
- a. Études primaires
  - b. Études secondaires
  - c. Études collégiales ou professionnelles
  - d. Études universitaires de 1<sup>er</sup> cycle (Baccalauréat ou certificat)
  - e. Études universitaires de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle (Maîtrise ou doctorat)
12. Quelle est actuellement votre occupation principale ? Vous...
- a. Travaillez à un emploi rémunéré ou à votre compte
  - b. Cherchez un emploi rémunéré
  - c. Êtes aux études
  - d. Vous occupez des enfants
  - e. Êtes à la retraite
  - f. Êtes en congé de maternité ou de paternité
  - g. Êtes en maladie de longue durée
  - h. Faites du bénévolat
  - i. Donnez des soins à des personnes autres que des enfants
  - j. Autre, précisez : \_\_\_\_\_

13. Au meilleur de votre connaissance, à combien estimez-vous votre revenu total, provenant de toutes les sources, avant impôts et autres déductions, au cours de l'année dernière
- Inférieur à 50 000
  - Égal ou supérieur à 50 000 \$

Était-il...

Inférieur à 5000 \$

De 5 000 \$ à moins de 10 000 \$

De 10 000 \$ à moins de 15 000 \$

De 15 000 \$ à moins de 20 000 \$

De 20 000 \$ à moins de 30 000 \$

De 30 000 \$ à moins de 40 000 \$

De 40 000 \$ à moins de 50 000 \$ Ne savez pas

Était-il ...

De 50 000 \$ à moins de 60 000 \$

De 60 000 \$ à moins de 70 000 \$

De 70 000 \$ à moins de 80 000 \$

De 80 000 \$ à moins de 90 000 \$

De 90 000 \$ à moins de 100 000 \$

De 100 000 \$ à moins de 150 000 \$

De 150 000 \$ ou plus

Ne savez pas

14. Au meilleur de votre connaissance, à **combien estimez-vous le revenu total de tous les membres de votre ménage**, provenant de toutes les sources, avant impôts et autres déductions, au cours de l'année dernière
- Inférieur à 50 000 \$
  - Égal ou supérieur à 50 000 \$
  - Ne s'applique pas

Était-il...

Inférieur à 5000 \$

De 5 000 \$ à moins de 10 000 \$

- De 10 000 \$ à moins de 15 000 \$
- De 15 000 \$ à moins de 20 000 \$
- De 20 000 \$ à moins de 30 000 \$
- De 30 000 \$ à moins de 40 000 \$
- De 40 000 \$ à moins de 50 000 \$ Ne savez pas

Était-il ...

- De 50 000 \$ à moins de 60 000 \$
- De 60 000 \$ à moins de 70 000 \$
- De 70 000 \$ à moins de 80 000 \$
- De 80 000 \$ à moins de 90 000 \$
- De 90 000 \$ à moins de 100 000 \$
- De 100 000 \$ à moins de 150 000 \$
- De 150 000 \$ ou plus
- Ne savez pas

15. Lequel des points suivants décrit le mieux votre **situation relationnelle**?

- a. Célibataire et n'ayant jamais eu de partenaire
- b. Célibataire, mais ayant eu au moins un.e partenaire auparavant
- c. Célibataire avec un.e partenaire occasionnel.le
- d. En couple et nous vivons ensemble
- e. En couple et nous ne vivons PAS ensemble
- f. Légalement marié.e et vivant ensemble
- g. Légalement marié.e et ne vivant PAS ensemble
- h. Légalement marié.e mais séparé.e
- i. Veuf.ve
- j. Divorcé.e
- k. Autre, précisez : \_\_\_\_\_

16. Quel énoncé décrit le mieux votre parcours amoureux?

- a. Je n'ai jamais eu de relation amoureuse significative
- b. J'ai déjà eu des fréquentations, mais jamais de relation amoureuse significative
- c. J'ai déjà été en relation amoureuse significative
- d. Je n'ai jamais ressenti ni l'envie ni le besoin d'avoir des relations amoureuses ou romantiques

17. Combien d'enfants avez-vous?
18. Comment définissez-vous votre orientation sexuelle?
  - a. Hétérosexuel.le
  - b. Homosexuel.le (p.ex., lesbienne, gai)
  - c. Bisexuel.le
  - d. Asexuel.le
  - e. Pansexuel.le
  - f. Incertain.e ou vous ne le savez pas encore
  - g. Autre, précisez :
19. Êtes-vous vierge, ou considérez-vous être vierge?
  - a. Non
  - b. Oui
20. À quel âge avez-vous eu votre première relation sexuelle consentante (masturbation avec partenaire, orale, vaginale ou anale) ?
21. Au cours de votre vie, combien de partenaires sexuel.le.s différent.e.s avez-vous eu?
22. Au cours de votre vie, qui ont été vos partenaires sexuels ?
  - a. Des hommes seulement
  - b. Des femmes seulement
  - c. Des hommes et des femmes
  - d. Des personnes non-binaires ou genderqueer
  - e. Autre, précisez

**ANNEXE E**  
**QUESTIONNAIRE CONSOMMATION DE SUBSTANCES**

<b>SECTION 14. CONSOMMATION</b>
---------------------------------

1. Dans les derniers 6 mois, avez-vous consommé l'une des substances suivantes?

- a. Alcool
- b. Cannabis
- c. Cocaïne (coke, crack)
- d. Stimulants de type amphétamine (speed, etc.)
- e. GHB
- f. Poppers
- g. Ecstasy/MDMA
- h. Crystal meth
- i. Opiacés (héroïne, morphine, méthadone, codéine)
- j. Hallucinogènes (LSD, champignons)
- k. Autre, précisez

l. Aucune – ***Rediriger les participant.e.s vers la fin du questionnaire***

2. Dans les six derniers mois, avez-vous consommé l'une de ces substances avant ou pendant des relations sexuelles afin de faciliter ou d'améliorer votre expérience sexuelle?

a. Oui

Laquelle/lesquelles : \_\_\_\_\_

b. Non (*fin de la section sociodémographique*)

3. Parmi les raisons suivantes, quelles sont celles qui vous ont amené à consommer ces substances avant ou pendant les relations sexuelles dans les derniers 6 mois ?

- a. Augmenter votre excitation sexuelle
- b. Augmenter votre performance sexuelle
- c. Augmenter l'intensité de vos sensations physiques
- d. Vous exciter suffisamment pour souhaiter avoir des relations sexuelles
- e. Être ou rester bandé/lubrifiée
- f. Être capable d'éjaculer/d'avoir un orgasme
- g. Prolonger vos expériences sexuelles
- h. Diminuer la douleur associée à certaines activités sexuelles
- i. Vous sentir connecté.e avec votre partenaire (intimité)
- j. Diminuer les émotions désagréables associées à certaines activités sexuelles
- k. Vous détacher des préoccupations quotidiennes afin de vivre le moment présent
- l. Mieux vous sentir concernant votre identité de genre
- m. Mieux vous sentir concernant votre orientation sexuelle
- o. Accepter votre corps ou votre image corporelle

- p. Composer avec le fait d'avoir vécu des expériences sexuelles non désirées dans le passé (agression sexuelle, abus sexuels durant l'enfance, etc.)
- q. Augmenter mon excitation sexuelle
- r. Améliorer votre satisfaction sexuelle
- s. Diversifier vos activités sexuelles
- t. Augmenter le nombre d'activités sexuelles dans un temps limité (p.ex., un weekend de party, au sauna)
- u. Vous sentir plus beau, belle, sexy ou désirable
- v. Faciliter les rencontres et les interactions (p.ex., flirter, entamer une discussion sur une application de rencontre ou dans un bar)
- w. Autre, précisez :
- x. Aucune raison particulière

**ANNEXE F**  
**MESURE DE LA SATISFACTION SEXUELLE**

<b>SECTION 9. MESURE GLOBALE DE SATISFACTION SEXUELLE</b>
---

Les questions suivantes représentent des continuums caractérisant la sexualité.  
**Pour chaque continuum**, encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre sexualité.

**Ma sexualité est :**

1.	Très mauvaise	1	2	3	4	5	6	7	Très Bonne
<hr/>									
2.	Très désagréable	1	2	3	4	5	6	7	Très agréable
<hr/>									
3.	Très négative	1	2	3	4	5	6	7	Très positive
<hr/>									
4.	Très insatisfaisante	1	2	3	4	5	6	7	Très satisfaisante
<hr/>									
5.	Sans aucune valeur	1	2	3	4	5	6	7	Très précieuse
<hr/>									

**ANNEXE G**  
**MESURE DE L'ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE SEXUELLE**

<b>SECTION 9. ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE SEXUELLE</b>
---

Pour les prochaines questions il est important que vous donniez la réponse qui représente le mieux votre expérience sexuelle, et non ce que vous pensez que votre réponse devrait être.

	Jamais	Occasionnellement	Fréquemment	Presque toujours	Toujours
1. Combien de fois avez-vous des relations sexuelles juste parce que vous saviez que votre partenaire le voulait ?					
2. Pendant l'activité sexuelle, est-ce que le fait de savoir que votre partenaire est impatient.e d'avoir des relations sexuelles vous met de la pression ?					
3. Vous arrive-t-il de surveiller votre niveau d'excitation durant les relations sexuelles ?					
4. Pendant les relations sexuelles, êtes-vous préoccupé.e par l'idée d'atteindre l'orgasme ou d'éjaculer trop vite ?					
5. Pendant les relations sexuelles, êtes-vous préoccupé.e à l'idée de ne pas atteindre l'orgasme ou de ne pas éjaculer ?					
6. Êtes-vous irrité.e ou agacé.e par le fait d'être trop lent.e à être excité.e sexuellement ?					
7. Pendant les relations sexuelles, êtes-vous particulièrement distrait.e par votre niveau de lubrification / érection ?					
8. Lorsque vous acceptez et répondez aux caresses sexuelles de votre					

---

partenaire, vous sentez-vous obligé.e d'avoir une relation sexuelle complète ?

---

9. Lorsque vous vous sentez sexuellement excité.e, êtes-vous parfois inquièt.e de perdre votre excitation avant d'atteindre l'orgasme ?

---

10. À quelle fréquence avez-vous des relations sexuelles alors que vous ne vous sentiez pas prêt.e ?

---

11. Pendant les relations sexuelles, vous arrive-t-il de « retenir » votre orgasme/éjaculation afin de ne pas l'atteindre avant votre partenaire ?

---

12. Avez-vous des pensées distrayantes pendant que vous avez des relations sexuelles qui vous empêchent de vous concentrer sur votre propre plaisir ?

---

13. Avez-vous déjà fait semblant d'avoir un orgasme/d'éjaculer ?

---

14. Combien de fois avez-vous l'impression d'être un échec en tant que partenaire sexuel.le ?

---

**ANNEXE H**  
**QUESTIONNAIRE HONTE CORPORELLE**

<b>SECTION 12. HONTE CORPORELLE</b>
-------------------------------------

Tout le monde peut parfois se sentir embarrassé, gêné ou honteux. Les questions suivantes portent sur l'expérience de tels sentiments **au cours de la dernière année**. Veuillez indiquer votre réponse sur l'échelle ci-dessous.

**Au cours de la dernière année...**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>
1. Avez-vous eu honte de votre corps ou d'une partie de celui-ci ?	1	2	3	4
2. Vous êtes-vous inquiété.e de ce que les autres pouvaient penser de votre apparence ?	1	2	3	4
3. Avez-vous évité de vous regarder dans le miroir ?	1	2	3	4
4. Avez-vous voulu cacher ou dissimuler votre corps ou une partie de celui-ci ?	1	2	3	4

**ANNEXE I**  
**MESURE DE L'ANXIÉTÉ SEXUELLE**

**SECTION 4. ANXIÉTÉ SEXUELLE**

Pour chaque item présenté ci-dessous, merci d'évaluer le niveau d'inconfort que vous ressentiriez dans cette situation :

Quel est le degré d'inconfort que vous ressentiriez dans chacune des situations suivantes ?  
(Inscrivez le pourcentage dans la colonne " *I* ")

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	
					100					
Extrêmement Plaisant			Neutre				Extrêmement Inconfortable			

***I***

1. Être exposée à de l'information sur les moyens de contraception et leur utilisation.	
2. Accepter d'essayer des pratiques sexuelles ou des positions que je trouve inhabituelles mais que mon.ma partenaire suggère.	
3. Discuter avec mon.ma partenaire de nos fantasmes sexuels avec mon.ma partenaire.	
4. Suggérer de nouvelles pratiques sexuelles ou positions à mon.ma partenaire	
5. Dire à mon.ma partenaire ce qui me plaît et me déplaît sexuellement.	
6. Voir deux personnes en train de s'embrasser ou de se caresser érotiquement.	
7. Regarder une scène d'un film de box-office où les acteurs sont nus.	
8. Naviguer sur des sites Internet ou regarder des magazines qui présentent des photos ou des vidéos montrant explicitement des organes génitaux et de la pénétration (pornographie).	
9. Visiter des sites Internet ou regarder des magazines qui montrent des photos ou des vidéos érotiques (p.ex., nudité).	
10. Me masturber.	

- |  |  |
|--|--|
| 11. Utiliser des jouets sexuels, par exemple un vibreur, quand je suis seule ou avec mon.ma partenaire.  |  |
| 12. Explorer les zones érogènes ou sexuellement excitables de mon corps lorsque je suis seule.   |  |
| 13. Fantasmer sur des pensées sexuelles excitantes lorsque je me masturbe pour ressentir plus d'excitation sexuelle.                                 |  |
| 14. Être exposé·e à de l'information sur les infections transmises sexuellement.   |  |
| 15. Discuter avec mes amis de questions générales de nature sexuelle, comme les menstruations, la grossesse ou l'accouchement.                       |  |
| 16. Entendre parler de maladies qui affectent les organes génitaux, tel que le cancer du col de l'utérus, des testicules, de la prostate ou du sein. |  |

**ANNEXE J**  
**QUESTIONNAIRE DE LA COMPULSION SEXUELLE**

**SECTION 5. HYPERSEXUALITÉ**

Veillez noter à quelle fréquence chaque élément est vrai ou avec quelle précision il décrit votre comportement sexuel **au cours des 6 derniers mois**.

1	2	3	4		
Jamais vrai			Toujours vrai		
1.	J'ai passé beaucoup de temps à me concentrer sur mes fantasmes et mes pulsions sexuelles, ainsi que sur la planification et la réalisation de mes comportements sexuels.	1	2	3	4
2.	J'ai utilisé des fantasmes sexuels et des comportements sexuels pour faire face à des sentiments difficiles (par exemple, inquiétude, tristesse, ennui, frustration, culpabilité ou honte)	1	2	3	4
3.	J'ai utilisé des fantasmes sexuels et des comportements sexuels pour éviter, retarder ou faire face au stress et à d'autres problèmes ou responsabilités difficiles dans ma vie	1	2	3	4
4.	J'ai essayé de réduire ou de contrôler la fréquence de mes fantasmes, pulsions et comportements sexuels mais je n'ai pas eu beaucoup de succès	1	2	3	4
5.	J'ai continué à avoir des comportements sexuels à risque qui pourraient ou ont causé des blessures, des maladies ou des dommages émotionnels à moi-même, à mes partenaires sexuels ou à une relation importante	1	2	3	4
6.	Des fantasmes, des pulsions et des comportements sexuels fréquents et intenses m'ont fait me sentir très contrarié ou mal dans ma peau (par exemple, sentiments de honte, de culpabilité, de tristesse, d'inquiétude ou de dégoût) ou j'ai essayé de garder mon comportement sexuel secret	1	2	3	4
7.	Les fantasmes, les pulsions et les comportements sexuels fréquents et intenses m'ont causé des problèmes importants dans les domaines personnel, social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de ma vie	1	2	3	4

**ANNEXE K**  
**MESURE DE L'AGRESSION SEXUELLE**

**SECTION 10. INVENTAIRE DES ÉVÉNEMENTS STRESSANTS**

AVANT L'ÂGE DE 18 ANS

**Expériences sexuelles précoces**

Un acte à caractère sexuel consiste en n'importe quel geste, avec ou sans contact, qui semble sexuel pour vous : caresse ou baiser de nature sexuelle, jeux sexuels, attouchements sexuels, pénétrations orales, vaginales ou anales, proposition verbale à caractère sexuel, exposition à des scènes sexuelles, etc. En vous rapportant à cette définition d'un acte à caractère sexuel, veuillez répondre aux questions suivantes.

**Partie 1.**

1. A) Avant l'âge de 18 ans (17 ans et moins), avez-vous eu un acte à caractère sexuel avec l'une des personnes suivantes (encerclez tout ce qui s'applique) :
  - a. Père biologique ou figure paternelle (p. ex., beau-père)
  - b. Mère biologique ou figure maternelle (p. ex., belle-mère)
  - c. Membre(s) de la fratrie (frère/sœur, demi-frère/sœur) ayant au moins 5 ans de plus que vous
  - d. Membre(s) de la famille élargie (oncle/tante, cousin(e), grand-père/mère, etc.) ayant au moins 5 ans de plus que vous
  - e. Personne(s) connue(s) (ami(e), ami(e) de la famille, voisin(e), etc.) ayant au moins 5 ans de plus que vous
  - f. Personne(s) inconnue(s), étranger(s) ayant au moins 5 ans de plus que vous
  - g. Personne(s) en position d'autorité (enseignant(e), gardien(ne), entraîneur(e), etc.)
  - h. Non, je n'ai pas eu aucun acte à caractère sexuel avec l'une des personnes précédentes
  
- B) Avant l'âge de 18 ans (17 ans et moins), avez-vous eu un acte à caractère sexuel **non-désiré** avec l'une des personnes suivantes (encerclez tout ce qui s'applique) :
  - a. Partenaire(s) amoureux/se(s)
  - b. Membre(s) de la fratrie (frère/sœur, demi-frère/sœur)
  - c. Cousin(e) ou autre(s) membre(s) de la famille élargie
  - d. Ami(e), voisin(e) ou autre(s) personne(s) connue(s)
  - e. Personne(s) inconnue(s), étranger(s)
  - f. Non, je n'ai pas eu aucun acte à caractère sexuel **non-désiré** avant l'âge de 18 ans. **\*Si vous avez répondu NON aux deux sous-questions (A et B) veuillez passer directement à la Partie 3 : APRÈS l'âge de 18 ans, page 30.**
  
2. Environ, combien de fois est-ce arrivé?
  - a. 1 fois
  - d. 10 à 20 fois

- b. 2 à 5 fois
- c. 5 à 10 fois

- e. 20 à 50 fois
- f. Tellement de fois que je ne peux plus les compter

## BIBLIOGRAPHIE

- Ahmed, A., Weatherburn, P., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S., Steinberg, P. et Bourne, A. (2016). Social norms related to combining drugs and sex (“chemsex”) among gay men in South London. *International Journal of Drug Policy*, 38, 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.007>
- Alvarez, C., Bauermeister, J. A. et Villarruel, A. M. (2014). Sexual communication and sexual behavior among young adult heterosexual Latinos. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 25(6), 577-588. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.06.005>
- Amaro, Z. (2016). Taking chances for love? Reflections on love, risk, and harm reduction in a gay slamming subculture. *Contemporary Drug Problems*, 43(3), 216–227. <https://doi.org/10.1177/0091450916658295>.
- Amundsen, E., Muller, A. E., Reiherth, E., Skogen, V. et Berg, R. C. (2023). Chemsex among men who have sex with men: A systematic scoping review of research methods. *Journal of Homosexuality*, 71(6), 1392–1418. <https://doi.org/10.1080/00918369.2023.2170757>
- Andreasson, J. et Henning, A. (2022). “Falling down the rabbit fuck hole”. *Journal of Bodies, Sexualities, and Masculinities*, 3(2), 76-97. <https://doi.org/10.3167/jbsm.2022.030205>
- Andrews, B., Qian, M. et Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29-42.
- Arends, R. M., Van Den Heuvel, T. J., Foeken-Verwoert, E. G. J., Grintjes, K. J. T., Keizer, H. A., Schene, A. H., Van Der Ven, A. J. A. M. et Schellekens, A. F. A. (2020). Sex, drugs, and impulse regulation: A perspective on reducing transmission risk behavior and improving mental health among MSM living with HIV. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01005>
- Arreola S.G, Neilands T.B et Díaz R. (2009) Childhood sexual abuse and the sociocultural context of sexual risk among adult Latino gay and bisexual men. *Journal Public Health*, 99(2), S432-S438. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.138925>.
- Baril, K. et Laforest, J.(2018). Les agressions sexuelles.Dans J.Laforest, P. Maurice et L. M. Bouchard (dir.). *Rapport québécois sur la violence et la santé* (p. 55-96) [Rapport de recherche]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., Ramon-Aribau, A., Rodríguez, J. a. I., Mendes, F., Schnitzer, S. et Phillips-Howard, P. A. (2008). Sexual uses of alcohol and drugs and the associated health risks: A cross sectional study of young people in nine European cities. *BMC Public Health*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-155>
- Benotsch, E. G., Kalichman, S. C. et Kelly, J. A. (1999). Sexual compulsivity and substance use in HIV-seropositive men who have sex with men. *Addictive Behaviors*, 24(6), 857-868. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(99\)00056-8](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(99)00056-8)

- Bhambhani, H. P., Chen, T., Kasman, A. M., Wilson-King, G., Enemchukwu, E. et Eisenberg, M. L. (2021). Female sexual function during the COVID-19 pandemic in the United States. *Sexual Medicine*, 9(4), 100355. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100355>
- Bird, E. R., Stappenbeck, C. A., Neilson, E. C., Gulati, N. K., George, W. H., Cooper, M. L. et Davis, K. C. (2018). Sexual victimization and sex-related drinking motives: How protective is emotion regulation? *The Journal of Sex Research*, 56(2), 1–10. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1517206>
- Bird, E.R., Stappenbeck, C.A., Blayney, J., Debra Kaysen, D. et George, W.H. (2022) Examination of sex-related distress and self-medication drinking model in U.S. college women. *The Journal of Sex Research*, 59(9), 1192-1200. <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2044444>
- Black, D. W. (2000). The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior. *CNS Spectrums*, 5(1), 26–35,72. <https://doi.org/10.1017/s1092852900012645>
- Blanchette, M. (2023). *Mieux comprendre les perspectives des gais, bisexuels et autres hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (gbHARSAH) concernant leur consommation sexualisée de substances psychoactives et leurs besoins en intervention*. [thèse de doctorat, Université de Sherbrooke]. Savoirs UdeS. <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/20483>
- Boislard, M., Petit, M., Boisvert, I., Fallu, J., Paquette, L. et Otis, J. (2023). Profiles of risk-taking sexual and substance use behaviors in French-Canadian emerging adults: A latent class analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01015-z>
- Boislard, M.A., Poulin, F., Kiesner, J. et Dishion, T. J. (2009). A longitudinal examination of risky sexual behaviors among Canadian and Italian adolescents: Considering individual, parental, and friend characteristics. *International Journal of Behavioral Development*, 33(3), 265–276. <https://doi.org/10.1177/0165025408098036>
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres Rueda, S. et Weatherburn, P. (2014). *The chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham*. Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. [www.sigmaresearch.org.uk/chemsex](http://www.sigmaresearch.org.uk/chemsex)
- 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>
- 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*, 93(5), 342–346. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052674>
- Braun-Harvey D. (2011) *Sexual health in recovery: A professional counselor's manual*. Springer Publishing Company.

- Brem, M. J., Shorey, R. C., Anderson, S. L. et Stuart, G. L. (2017). Experiential avoidance as a mediator of the relationship between dispositional mindfulness and compulsive sexual behaviors among men in residential substance use treatment. *Sexual Addiction and Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 24(4), 257-269. <https://doi.org/10.1080/10720162.2017.1365315>
- Bremner, J. D., Bolus, R. et Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory–self report. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 211-218.
- Brennan, D.J., Hellerstedt, W.L., Ross, M.W. et Welles, S.L. (2007). History of childhood sexual abuse and HIV risk behaviors in homosexual and bisexual men. *American Journal of Public Health*, 97(6), 1107–1112. <https://doi.org/10.2105/ajph.2005.071423>
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. Dans J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, T. Reid et C. Jenny (dir.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2<sup>e</sup> éd., p. 140–157). Sage Publications Inc.
- Burns Loeb, T., Rivkin, I., Williams, J.K., Wyatt, G.E., Vargas Carmona, J. et Chin, D. (2002). Child sexual abuse: Associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annual Review of Sex Research*, 13 (1), 307-345. <https://doi.org/10.1080/10532528.2002.10559808>
- Card, K. G., Armstrong, H. L., Wang, L., Bacani, N., Moore, D. M., Roth, E. A., Hogg, R. S. et Lachowsky, N. J. (2019). Escape expectancies and sexualized substance use among gay, bisexual, and other men who have sex with men. *AIDS Care*, 32(12), 1489-1497. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1705961>
- Cartner, C. (2022). The role of attachment in sexualised polydrug use among LGBT+ male chemsex users and the impact on neuropsychology: Clinical implications for the use of mentalisation based therapy (MBT). *Journal of Sexual Health Psychology*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.52547/jshp.1.1.1>
- Chartier, M., Araneta, A., Duca, L., McGlynn, L. M., Gore-Felton, C., Goldblum, P. et Koopman, C. (2009). Personal values and meaning in the use of methamphetamine among HIV-positive men who have sex with men. *Qualitative Health Research*, 19(4), 504–518. <https://doi.org/10.1177/1049732309333018>
- Cheng, W. S., Garfein, R. S., Semple, S. J., Strathdee, S. A., Zians, J. K. et Patterson, T. L. (2009). Binge use and sex and drug use behaviors among HIV(–), heterosexual methamphetamine users in San Diego. *Substance Use & Misuse*, 45(1-2), 116-133. <https://doi.org/10.3109/10826080902869620>
- Cohen, L. R., Tross, S., Pavlicova, M., Hu, M., Campbell, A. et Nunes, E. V. (2009). Substance use, childhood sexual abuse, and sexual risk behavior among women in methadone treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(5), 305-310. <https://doi.org/10.1080/00952990903060127>
- Coleman, E. (1987). Sexual compulsivity. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 1(1), 189-204. [https://doi.org/10.1300/j034v01n01\\_11](https://doi.org/10.1300/j034v01n01_11)

- Cooper, M. L., Russell, M. et George, W. H. (1988). Coping, expectancies, and alcohol abuse: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 218–230. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.2.218>
- Cooper, M.L., Frone, M.R., Russell, M. et Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 990–1005. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.990>
- Currin, J. M., Croff, J. M. et Hubach, R. D. (2017). Baked sex: the exploration of sex-related drug expectancies of marijuana users. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(3), 378–386. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0281-1>
- Deimel, D., Stöver, H., Höbelbarth, S., Dichtl, A., Graf, N. et Gebhardt, V. (2016). Drug use and health behaviour among German men who have sex with men: Results of a qualitative, multi-centre study. *Harm Reduction Journal*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0125-y>
- Drückler, S., van Rooijen, M. S. et de Vries, H. J. C. (2018). Chemsex among men who have sex with Men : A sexualized drug use survey among clients of the Sexually Transmitted Infection Outpatient Clinic and users of a gay dating app in Amsterdam, the Netherlands. *Sexually Transmitted Diseases*, 45(5), 325-331. <https://doi.org/10.1097/olq.0000000000000753>
- Eaton, N. R., Thompson, R. G., Hu, M., Goldstein, R. B., Saha, T. D. et Hasin, D. S. (2015). Regularly drinking alcohol before sexual activity in a nationally representative sample: prevalence, sociodemographics, and associations with psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Public Health*, 105(7), 1387–1393. <https://doi.org/10.2105/ajph.2015.302556>
- Edmundson, C., Heinsbroek, E., Glass, R., Hope, V., Mohammed, H., White, M. et Desai, M. (2018). Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 55, 131–148. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.02.002>
- Elliott, J. C., Greene, A. L., Thompson, R. G., Eaton, N. R. et Hasin, D. S. (2020). Substance use in a sexual context: the association of sex-related substance use motives with substance choice and use behaviors. *Journal of Substance Use*, 26(2), 212–217. <https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1807633>
- Engstrom, M., Winham, K. et Gilbert, L. (2019). Types and characteristics of childhood sexual abuse: How do they matter in HIV sexual risk behaviors among women in methadone treatment in New York City? *Substance Use Misuse*, 51(3), 277–294. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1058823>
- Fallis, E., Gordon, C. et Purdon, C. (2011). Sexual Anxiety Scale. Dans T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber et S. L. Davis (dir.). *Handbook of sexuality-related measures* (3<sup>rd</sup> éd., p. 228-231). Routledge.
- Fisher, W. A., White, L. A., Byrne, D. et Kelley, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *The Journal Of Sex Research*, 25(1), 123-151. <https://doi.org/10.1080/00224498809551448>

- Florêncio, J. (2021). Chemsex cultures: Subcultural reproduction and queer survival. *Sexualities*, 26(5-6), 556-573. <https://doi.org/10.1177/1363460720986922>
- Flores-Aranda, J., Goyette, M., Aubut, V., Blanchette, M. et Pronovost, F. (2019). Let's talk about chemsex and pleasure: The missing link in chemsex services. *Drugs And Alcohol Today*, 19(3), 189-196. <https://doi.org/10.1108/dat-10-2018-0045>
- Flores-Aranda, J. et Motta-Ochoa, R. (2024). Consommation et sexualité : réflexion sur le chemsex. Dans C. Enriquez (dir.), *Sexualités et dissidences queers* (1<sup>ère</sup> éd., p. 269-282). Remue-ménage.
- George, W. H., et Gilmore, A. K. (2013). Alcohol's effects on sexual arousal and sexual functioning. Dans P. M. Miller, A. W. Blume, D. J. Kavanagh, K. M. Kampman, M. E. Bates, M. E. Larimer, N. M. Petry, P. De Witte et S. A. Ball (dir.), *Principles of Addiction: Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders* (vol. 1, p. 339–347). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-398336-7.00035-8>
- Gillen, M. M., Lefkowitz, E. S. et Shearer, C. L. (2006). Does body image play a role in risky sexual behavior and attitudes? *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 230–242. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9005-6>
- Gillen, M. M. et Markey, C. N. (2014). Body image and HIV risk among college students. *American Journal of Health Behavior*, 38(6), 816–822. <https://doi.org/10.5993/ajhb.38.6.3>
- Gilmore, A.K., Schacht, R.L., George, W.H., Davis, K.C., Norris, J. et Heiman, J.R. (2014). Verbal sexual coercion experiences, sexual risk, and substance use in women. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 23(7), 725-739. <https://doi.org/10.1080/10926771.2014.933462>.
- Giorgetti, R., Tagliabracci, A., Schifano, F., Zaami, S., Marinelli, E. et Busardò, F. P. (2017). When “chems” meet sex: A rising phenomenon called “chemsex”. *Current Neuropharmacology*, 15(5), 762–770. <https://doi.org/10.2174/1570159X15666161117151148>.
- Goyette, M., Flores-Aranda, J., Bertrand, K., Pronovost, F., Aubut, V., Ortiz, R. et Saint-Jacques, M. (2018). Links SU-Sex: development of a screening tool for health-risk sexual behaviours related to substance use among men who have sex with men. *Sexual Health*, 15(2), 160. <https://doi.org/10.1071/sh17134>
- Gouvernement du Québec (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-807-1.pdf>
- Graf, N., Dichtl, A., Deimel, D., Sander, D. et Stöver, H. (2018). Chemsex among men who have sex with men in Germany: motives, consequences and the response of the support system. *Sexual Health*, 15(2), 151. <https://doi.org/10.1071/sh17142>
- Grayson, C.E. et Nolen-Hoeksema, S. (2005). Motives to drink as mediators between childhood sexual assault and alcohol problems in adult women. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (2), 137–145. <https://doi.org/10.1002/jts.20021>

- Halikas, J., Weller, R. et Morse, C. (1982). Effects of regular marijuana use on sexual performance. *Journal Of Psychoactive Drugs*, 14(1-2), 59-70.  
<https://doi.org/10.1080/02791072.1982.10471911>
- Hawkins, B., Armstrong, H., Kesselring, S., Rich, A. J., Cui, Z., Sereda, P., Howard, T. L., Forrest, J. I., Moore, D., Lachowsky, N. J., Hogg, R. S. et Roth, E. A. (2019). Substance use as a mechanism for social inclusion among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Vancouver, Canada. *Substance Use & Misuse*, 54(12), 1945-1955. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1621901>
- Hibbert, M. P., Hillis, A., Brett, C., Porcellato, L. et Hope, V. (2021). A narrative systematic review of sexualised drug use and sexual health outcomes among LGBT people. *International Journal of Drug Policy*, 93, 103187.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103187>
- Hibbert, M. P., Brett, C. E., Porcellato, L. A. et Hope, V. D. (2019). Psychosocial and sexual characteristics associated with sexualised drug use and chemsex among men who have sex with men (MSM) in the UK. *Sexually Transmitted Infections*, 95(5), 342–350.  
<https://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053933>.
- Hirshfield, S., Chiasson, M. A., Wagmiller, R. L., Remien, R. H., Humberstone, M., Scheinmann, R. et Grov, C. (2010). Sexual dysfunction in an internet sample of U.S. men who have sex with men. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(9), 3104-3114.  
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01636.x>
- Holmes, D., Numer, M., Hammond, C., Joy, P. et Sinno, J. (2021). Assembling bodies and technologies : A poststructural ethnography of sexualized drug use among gay, bisexual, and other men who have sex with men. *Gender, Technology and Development*, 25(2), 193-216. <https://doi.org/10.1080/09718524.2021.1940437>
- Holtmann, J., Koch, T., Lochner, K. et Eid, M. (2016). A comparison of ML, WLSMV, and Bayesian methods for multilevel structural equation models in small samples: A simulation study. *Multivariate Behavioral Research*, 51(5), 661–680.  
<https://doi.org/10.1080/00273171.2016.1208074>
- Hunter, C., Strike, C., Barnaby, L., Busch, A., Marshall, C., Shepherd, S. et Hopkins, S. (2012). Reducing widespread pipe sharing and risky sex among crystal methamphetamine smokers in Toronto: do safer smoking kits have a potential role to play? *Harm Reduction Journal*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1477-7517-9-9>
- Íncera-Fernández, D., Gámez-Guadix, M. et Moreno-Guillén, S. (2021). Mental health symptoms associated with sexualized drug use (chemsex) among men who have sex with men: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13299. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413299>
- Íncera-Fernández, D., Román, F. J. et Gámez-Guadix, M. (2022). Risky sexual practices, sexually transmitted infections, motivations, and mental health among heterosexual women and men who practice sexualized drug use in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6387.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph19116387>

- Ivey, K., Bernstein, K. T., Kirkcaldy, R. D., Kissinger, P., Edwards, O. W., Sanchez, T. et Abara, W. E. (2023). Chemsex drug use among a national sample of sexually active men who have sex with men, – American Men’s Internet Survey, 2017–2020. *Substance Use & Misuse*, 58(5), 728–734. <https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2184207>
- Jinich, S., Paul, J.P., Stall, R., Acree, M., Hoff, C. et Coates, T.S. (1998). Childhood sexual abuse and HIV risk-taking behavior among gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, 2, 41–51. <https://doi.org/10.1023/A:1022307323744>
- Kahler, C. W., Wray, T. B., Pantalone, D. W., Mastroleo, N. R., Kruis, R., Mayer, K. H. et Monti, P. M. (2015). Assessing sexual motives for drinking alcohol among HIV-positive men who have sex with men. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(1), 247-253. <https://doi.org/10.1037/adb0000006>
- Kalichman, S. C. et Cain, D. (2004). The relationship between indicators of sexual compulsivity and high risk sexual practices among men and women receiving services from a sexually transmitted infection clinic. *Journal of Sex Research*, 41(3), 235–241. <https://doi.org/10.1080/00224490409552231>
- Kalichman, S. C., Tannenbaum, L. et Nachimson, D. (1998). Personality and cognitive factors influencing substance use and sexual risk for HIV infection among gay and bisexual men. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12(4), 262–271. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.12.4.262>
- Kalichman, S. C. (2020). Sexual Compulsivity Scale. Dans T.D. Fisher, C.M. Davis, W.L. Yarber et S.L. Davis (dir.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (3<sup>e</sup> éd., p. 146-148). Routledge.
- King, D. B., O’Rourke, N. et DeLongis, A. (2014). Social media recruitment and online data collection: A beginner’s guide and best practices for accessing low-prevalence and hard-to-reach populations. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(4), 240–249. <https://doi.org/10.1037/a0038087>
- Kline, R.B. (2010). Principles and practice of structural equation modeling (3<sup>rd</sup> éd.). Gilford Press.
- Lafortune, D., Blais, M., Miller, G., Bose, P., Lalonde, F. et Dargis, L. (2021). Psychological and interpersonal factors associated with sexualized drug use among men who have sex with men: A mixed-methods systematic review. *Archives of Sexual Behavior*, 50(2), 427-460. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01741-8>
- Lafortune, D., Canivet, C., Boislard, M. A. et Godbout, N. (2021). Validation of a brief French version of the sexual anxiety scale. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 30(1), 94-105.
- Lawn, W., Aldridge, A., Xia, R. et Winstock, A. (2019). Substance-linked sex in heterosexual, homosexual, and bisexual men and women : An online, cross-sectional “Global Drug Survey” report. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(5), 721-732. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.02.018>

- Lawrance, K. et Byers, E. S. (1992, mai). *Sexual Satisfaction: A Social Exchange Perspective*. Communication présentée au congrès annuel de la Société Canadienne de Psychologie/Canadian Psychological Association, Québec, Canada.
- Lawrance, K. G. et Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships : The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267-285. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x>
- Lazarus, R. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234–247. <https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00002>
- Levine, E. C., Martínez, O., Mattera, B., Wu, E., Arreola, S., Rutledge, S. E., Newman, B. S., Icard, L. D., Muñoz-Laboy, M., Hausmann-Stabile, C., Welles, S. L., Rhodes, S. D., Dodge, B., Alfonso, S. V., Fernández, M. I. et Carballo-Diéguez, A. (2017). Child sexual abuse and adult mental health, sexual risk behaviors, and drinking patterns among Latino men who have sex with men. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(3), 237–253. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1343885>
- Littleton, H., Breitkopf, C.R. et Berenson, A. (2005). Body image and risky sexual behaviors: An investigation in a tri-ethnic sample. *Body Image*, 2 (2),193-198. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.02.003>
- Lynn, B. K., López, J. D., Miller, C., Thompson, J. et Campian, E. C. (2019). The relationship between marijuana use prior to sex and sexual function in women. *Sexual Medicine*, 7(2), 192-197. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.01.003>
- Malandain, L., Blanc, J., Ferreri, F. et Thibaut, F. (2020). Pharmacotherapy of sexual addiction. *Current Psychiatry Reports*, 22(6). <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01153-4>
- Masters, W. H. et Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy* (1<sup>ère</sup> éd.). Little, Brown and Company.
- McDonald, R. P. et Ho, M.-H. R. (2002). Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychological Methods*, 7(1), 64–82. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.1.64>
- McKeague, E. L. (2014). Differentiating the female sex addict: A literature review focused on themes of gender difference used to inform recommendations for treating women with sex addiction. *Sexual Addiction and Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 21(3), 203-224. <https://doi.org/10.1080/10720162.2014.931266>
- McKirnan, D. J., Ostrow, D. G. et Hope, B. (1996). Sex, drugs and escape: a psychological model of HIV-risk sexual behaviours. *AIDS care*, 8(6), 655-670.
- Melendez-Torres, G. J. et Bonell, C. (2016). Littoral spaces of performance: Findings from a systematic review and re-analysis of qualitative studies on men who have sex with men, substance use and social venues. *Sexuality Research and Social Policy*, 14(3), 259–269. <https://doi.org/10.1007/s13178-016-0247-8>

- Melendez-Torres, G. J. et Bourne, A. (2016). Illicit drug use and its association with sexual risk behaviour among MSM. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 29(1), 58-63. <https://doi.org/10.1097/qco.0000000000000234>
- Ménard, A. D. et MacIntosh, H. B. (2021). Childhood sexual abuse and adult sexual risk behavior : A review and critique. *Journal of Child Sexual Abuse*, 30(3), 298-331. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1869878>
- Ménard, A. D. et Offman, A. (2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 18(1-2), 35–45.
- Milhet, M., Shah, J., Madesclaire, T. et Gaissad, L. (2019). Chemsex experiences : Narratives of pleasure. *Drugs And Alcohol Today*, 19(1), 11-22. <https://doi.org/10.1108/dat-09-2018-0043>
- Miltz, A., Lampe, F., Bacchus, L. J., McCormack, S., Dunn, D., White, E., Rodger, A., Phillips, A., Sherr, L., Clarke, A., McOwan, A., Sullivan, A. et Gafos, M. (2019). Intimate partner violence, depression, and sexual behaviour among gay, bisexual and other men who have sex with men in the PROUD trial. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6757-6>
- Mimiaga, M. J., Reisner, S. L., Vanderwarker, R., Gaucher, M. J., O'Connor, C. A., Medeiros, M. S. et Safren, S. A. (2008). Polysubstance use and HIV/STD risk behavior among Massachusetts men who have sex with men accessing Department of Public Health mobile van services: Implications for intervention development. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(9), 745–751. <https://doi.org/10.1089/apc.2007.0243>
- Miranda, R., Meyerson, L. A., Long, P. J., Marx, B. P. et Simpson, S. M. (2002). Sexual assault and alcohol use: Exploring the self-medication hypothesis. *Violence and Victims*, 17(2), 205–217. <https://doi.org/10.1891/vivi.17.2.205.33650>
- Møller, K. et Hakim, J. (2021). Critical chemsex studies: Interrogating cultures of sexualized drug use beyond the risk paradigm. *Sexualities*, 26(5-6), 547-555. <https://doi.org/10.1177/13634607211026223>
- Montesi, J. L., Conner, B. T., Gordon, E. A., Fauber, R. L., Kim, K. H. et Heimberg, R. G. (2012). On the relationship among social anxiety, intimacy, sexual communication, and sexual satisfaction in young couples. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 81–91. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9929-3>
- Morozov, M. et Boislard, M. (2022). Is bullying by peers in youth related to sexual depression in adulthood? A mediation model of shame, social anxiety, and body satisfaction. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 31(2), 217–230. <https://doi.org/10.3138/cjhs.2022-0022>
- Moyle, L., Dymock, A., Aldridge, A. et Mechen, B. (2021). Reprint of: pharmacosex: Reimagining sex, drugs and enhancement. *International Journal of Drug Policy*, 95, 103282. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103282>
- Muench, F. et Parsons, J. T. (2004). Sexual compulsivity and HIV: Identification and treatment. *Focus*, 19(6), 1-5.

- Newsome, J.T. (2018, spring). Practical approaches to dealing with nonnormal and categorical variables [notes de cours]. Département de psychologie, Portland State University.
- Nimbi, F. M., Rosati, F., Esposito, R., Stuart, D., Simonelli, C. et Tambelli, R. (2021). Sex in chemsex : sexual response, motivations, and sober sex in a group of Italian men who have sex with men with sexualized drug use. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(12), 1955-1969. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.09.013>
- Oliveira, P., Reis, C. S. et Vieira-Coelho, M. A. (2023). Getting inside the mind of gay and bisexual men who have sex with men with sexualized drug use – A systematic review. *International Journal of Sexual Health*, 1–23. <https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2260372>
- O'Meara, M. (2023). *Minding the body: Association between sexual body image worries, substance use expectencies, and sexualized substance use among transgender people*. [thèse de doctorat, Widener University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Parent, N., Ferlatte, O., Milloy, M.-J., Fast, D. et Knight, R. (2020). The sexualised use of cannabis among young sexual minority men: “I’m actually enjoying this for the first time.” *Culture, Health & Sexuality*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1736634>
- Parsons, J. T., Kelly, B., Bimbi, D. S., DiMaria, L., Wainberg, M. L. et Morgenstern, J. (2008). Explanations for the origins of sexual compulsivity among gay and bisexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 37(5), 817-826. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9218-8>
- Parsons, J. T., Kelly, B. C., Bimbi, D. S., Muench, F. et Morgenstern, J. (2007). Accounting for the social triggers of sexual compulsivity. *Journal of Addictive Diseases*, 26(3), 5-16. [https://doi.org/10.1300/j069v26n03\\_02](https://doi.org/10.1300/j069v26n03_02)
- Parsons, J. T., Rendina, H. J., Ventuneac, A., Cook, K. F., Grov, C. et Mustanski, B. (2013). A psychometric investigation of the Hypersexual Disorder Screening Inventory among highly sexually active gay and bisexual men: An item response theory analysis. *The journal of sexual medicine*, 10(12), 3088-3101
- Paul, J. P., Catania, J., Pollack, L. et Stall, R. (2001). Understanding childhood sexual abuse as a predictor of sexual risk-taking among men who have sex with men: The urban men’s health study. *Child Abuse and Neglect*, 25, 557–558.
- Platteau T., Florence E. et de Wit, J.B.F. (2022). Self-control as conceptual framework to understand and support people who use drugs during sex. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.894415>
- Platteau, T., Pebody, R., Dunbar, N., Lebacqz, T. et Collins, B. (2019). The problematic chemsex journey : a resource for prevention and harm reduction. *Drugs And Alcohol Today*, 19(1), 49-54. <https://doi.org/10.1108/dat-11-2018-0066>
- Pollard, A., Nadarzynski, T. et Llewellyn, C. (2018). Syndemics of stigma, minority-stress, maladaptive coping, risk environments and littoral spaces among men who have sex

- with men using chemsex. *Culture, Health & Sexuality*, 20(4), 411–427.  
<https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1350751>.
- Poulios, A., Apostolidou, A., Triantafyllidou, S., Protopapas, K., Tapeinos, A., Papadopetrakis, G., Papadopoulou, M., Antoniadou, A., Psychogiou, M. et Canellopoulos, L. (2022). Sexualized drug use and chemsex: Their association with sexual health among men who have sex with men living in Greece. *International Journal of Sexual Health*, 34(3), 450–461.  
<https://doi.org/10.1080/19317611.2022.2045417>
- Poulios, A., Apostolidou, A., Triantafyllidou, S., Krasidis, C., Petrou, I. V. P., Kakota, Z., Papadopetrakis, G., Kyprianou, E., Yiasemi, I., Georgiou, C., Nikolopoulos, G. K. et Minas, C. (2023). The distinction between chemsex and sexualized drug use among men who have sex with men. *Sexuality & Culture*. <https://doi.org/10.1007/s12119-023-10179-8>
- Pufall, E. L., Kall, M., Shahmanesh, M., Nardone, A., Gilson, R., Delpech et Ward, H. (2018). Sexualized drug use ('chemsex') and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men. *HIV Medicine*, 19(4), 261–270.  
<https://doi.org/10.1111/hiv.12574>
- Pulverman, C.S., Kilimnik, C.D. et Meston, C.M. (2018). The impact of childhood sexual abuse on women's sexual health: A comprehensive review. *Sexual Medicine Reviews*, 6 (2), 188–200. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.002>
- Ramo, D. E. et Prochaska, J. J. (2012). Broad reach and targeted recruitment using Facebook for an online survey of young adult substance use. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1), e28. <https://doi.org/10.2196/jmir.1878>
- Rehman, U. S., Balan, D., Sutherland, S. et McNeil, J. (2018). Understanding barriers to sexual communication. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(9), 2605-2623. <https://doi.org/10.1177/0265407518794900>
- Rodriguez-Seijas, C., Arfer, K. B., Thompson, R. G., Hasin, D. S. et Eaton, N. R. (2017). Sex-related substance use and the externalizing spectrum. *Drug and Alcohol Dependence*, 174, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01>
- Rosińska, M., Gios, L., Nöstlinger, C., Vanden Berghe, W., Marcus, U., Schink, S., Sherriff, N., Jones, A. M., Folch, C., Dias, S., Veličko, I. et Mirandola, M. (2018). Prevalence of drug use during sex amongst MSM in Europe: Results from a multi-site bio-behavioural survey. *International Journal of Drug Policy*, 55, 231–241.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.01.002>
- Rowland, D. L. et Van Lankveld, J. (2019). Anxiety and performance in sex, sport, and stage : Identifying common ground. *Frontiers in Psychology*, 10.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01615>
- Sanchez, C., Grzenda, A., Varias, A., Widge, A. S., Carpenter, L. L., McDonald, W. M., Nemeroff, C. B., Kalin, N. H., Martin, G., Tohen, M., Filippou-Frye, M., Ramsey, D., Linos, E., Mangurian, C. et Rodriguez, C. I. (2020). Social media recruitment for mental health research : A systematic review. *Comprehensive Psychiatry*, 103, 152197. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152197>

- Sanchez, D. T. et Kiefer, A. K. (2007). Body concerns in and out of the bedroom: implications for sexual pleasure and problems. *Archives of Sexual Behavior*, 36(6), 808–820. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9205-0>
- Schraufnagel, T. J., Davis, K. C., George, W. H. et Norris, J. (2010). Childhood sexual abuse in males and subsequent risky sexual behavior: A potential alcohol-use pathway. *Child Abuse & Neglect*, 34(5), 369–378. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.08.013>
- Sewell, J., Miltz, A., Lampe, F., Cambiano, V., Speakman, A., Phillips, A., Stuart, D., Gilson, R., Asboe, D., Nwokolo, N., Clarke, A., Collins, S., Hart, G., Elford, J. et Rodger, A. (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. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.01.001>
- Shorey, R. C., Elmquist, J., Gawrysiak, M. J., Anderson, S. L. et Stuart, G. L. (2016). The relationship between mindfulness and compulsive sexual behavior in a sample of men in treatment for substance use disorders. *Mindfulness*, 7(4), 866-873. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0525-9>
- Snell, W. E. et Papini, D. R. (1989). The sexuality scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*, 26(2), 256-263. <https://doi.org/10.1080/00224498909551510>
- Stavro, K., Rizkallah, E., Dinh-Williams, L., Chiasson, J. et Potvin, S. (2013). Hypersexuality among a substance use disorder population. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(3), 210-216. <https://doi.org/10.1080/10720162.2013.787379>
- Stuart, D. (2019). Chemsex : Origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture. *Drugs And Alcohol Today*, 19(1), 3-10. <https://doi.org/10.1108/dat-10-2018-0058>
- Štulhofer, A., Buško, V. et Brouillard, P. (2009). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *The Journal of Sex Research*, 47(4), 257-268. <https://doi.org/10.1080/00224490903100561>
- Swahn, M. H., Culbreth, R., Gilmore, A. K., Parrott, D. J., Daigle, L. E., Kasirye, R. et Bukuluki, P. (2022). Sexual victimization, self-efficacy to refuse sex while drinking, and regretting alcohol-involved sex among underserved youth in Kampala, Uganda. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 1915. <https://doi.org/10.3390/ijerph19041915>
- Symonds, T., Abraham, L., Bushmakin, A. G., Williams, K., Martin, M. et Cappelleri, J. C. (2012). Sexual function questionnaire: Further refinement and validation. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2609-2616.
- Tabachnick, B. G. et Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6<sup>e</sup> éd.). Pearson .
- Theiss, J. A. et Estlein, R. (2013). Antecedents and consequences of the perceived threat of sexual communication: A test of the Relational Turbulence Model. *Western Journal of Communication*, 78(4), 404-425. <https://doi.org/10.1080/10570314.2013.845794>

- This, J., Lafortune, D. et Flores-Aranda, J. (2023). Analysis of the motivations associated with the practice of chemsex according to sexual orientation. *Drogues, Santé Et Société*, 21(1), 47. <https://doi.org/10.7202/1106255ar>
- Tomkins, A., George, R. et Kliner, M. (2018). Sexualised drug taking among men who have sex with men : A systematic review. *Perspectives in Public Health*, 139(1), 23-33. <https://doi.org/10.1177/1757913918778872>
- Tross, S., Hanner, J., Hu, M., Pavlicova, M., Campbell, A. et Nunes, E. V. (2009). Substance use and high risk sexual behaviors among women in psychosocial outpatient and methadone maintenance treatment programs. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(5), 368-374. <https://doi.org/10.1080/00952990903108256>
- Ullman, J. B. (2001). Structural equation modeling. Dans B. G. Tabachnick et L. S. Fidell (dir.), *Using multivariate statistics* (4<sup>e</sup> éd., p. 653–771). Allyn & Bacon.
- Walsh, K., Fortier, M.A. et DiLillo, D. (2009). Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior*, 15,1-13. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.06.009>
- Walsh, K., Messman-Moore, T., Zerubavel, N., Chandley, R.B., DeNardi, K.A. et Walker, D.P. (2013). Perceived sexual control, sex-related alcohol expectancies and behavior predict substance-related sexual revictimization. *Child abuse and neglect*, 37 (2013), 353-359. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.11.009>
- Welles, S. L., Baker, A. C., Miner, M. H., Ghiselli, M. E., Lee, B. R., Welles, S. L. et The Positive Connections Team. (2009). History of childhood sexual abuse and unsafe anal intercourse in a 6-city study of HIV-positive men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 99, 1079–1086.
- Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D., Torres-Rueda, S. et Bourne, A. (2016). Motivations and values associated with combining sex and illicit drugs (“chemsex”) among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 93(3), 203–206. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052695>
- Wechsberg, W. M., Luseno, W. K., Riehman, K., Karg, R., Browne, F. et Parry, C. D. H. (2008). Substance use and sexual risk within the context of gender inequality in South Africa. *Substance Use & Misuse*, 43(8-9), 1186-1201. <https://doi.org/10.1080/10826080801918247>
- Weingarden, H. et Renshaw, K. D. (2015). Shame in the obsessive compulsive related disorders: A conceptual review. *Journal of Affective Disorders*, 171, 74–84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.010>
- Young, R. M., Oei, T. P. S. et Knight, R. G. (1990). The tension reduction hypothesis revisited: an alcohol expectancy perspective. *Addiction*, 85(1), 31–40. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb00621.x>