

## Synthèse

L'ecstasy (MDMA) fait partie d'un ensemble de drogues de synthèse, produits psychostimulants utilisés par de jeunes adultes dans le cadre d'un certain mode de vie. La rencontre avec un courant musical semble bien avoir décuplé sa diffusion dans les milieux de la jeunesse branchée, jusqu'à en faire un véritable « phénomène » qui est l'objet de préoccupation pour les différents acteurs de prévention. Analyser et valider les connaissances scientifiques disponibles sur le plan mondial représente une étape préalable indispensable à la mise en place d'actions de prévention. Il s'agit de présenter les caractéristiques du produit, de préciser les risques de sa consommation et les motivations et contexte de son usage, afin de donner des moyens pour combattre et/ou gérer son utilisation. Cependant, connaître les déterminants psychologiques qui induisent la consommation d'un tel produit est un autre aspect du problème, tout aussi important pour la prévention primaire, et qui n'a pas été abordé dans ce travail.

Dire que l'on ne sait rien aujourd'hui sur les risques de la consommation d'ecstasy serait faux, mais dire que l'on sait tout serait tout aussi faux. Les très nombreux travaux réalisés chez l'animal ont permis de comprendre le mécanisme d'action de la molécule de MDMA sur le système nerveux central. Démontrer chez l'homme, comme cela est fait chez le singe, l'atteinte neuronale irréversible demeure un enjeu capital, puisque peu de drogues peuvent entraîner de tels effets. L'analyse approfondie des données cliniques publiées permet de conclure à l'imputabilité de la molécule de MDMA dans l'apparition chez l'utilisateur d'un certain nombre d'effets toxiques à expression périphérique, en particulier lorsque l'analyse toxicologique confirme la présence exclusive de MDMA dans le sang ou les urines. Le syndrome d'hyperthermie, complication grave et immédiate, est dans ce cadre bien documenté, de même que d'autres pathologies comme les hépatites qui peuvent apparaître après plusieurs prises. En l'absence d'une mise en évidence directe de lésions neuronales, l'imputabilité très probable de la MDMA dans l'apparition de troubles psychiatriques et cognitifs ne peut être déduite que de l'observation de leur fréquence chez des consommateurs réguliers d'ecstasy. Si les effets psychotropes recherchés sont souvent dépendants du contexte d'usage, le plus souvent festif, les effets délétères semblent bien répondre à des susceptibilités individuelles dont les bases biologiques restent encore à définir. Savoir si la MDMA peut induire chez le consommateur une dépendance est également une question essentielle, que jusqu'à maintenant les travaux réalisés chez le rat n'ont pas permis de résoudre, tout en apportant la preuve des potentialités toxicomanogènes de la molécule. Même si une polyconsommation est très souvent évoquée dans les travaux, il se dégage néanmoins un profil sociologique des consommateurs qui les différencie des usagers d'autres drogues comme l'héroïne.

## **L' « ecstasy » désigne théoriquement la MDMA, chef de file des dérivés méthylènedioxyamphétamine, mais contient le plus souvent un mélange de substances aux activités différentes**

D'un point de vue pharmacologique, la MDMA (3,4-méthylènedioxyméthamphétamine) s'apparente aux psychostimulants. Molécule emblématique d'une famille de substances psychotropes aux propriétés voisines, toutes dérivées de la phényléthylamine, sa structure est proche de celles des neuromédiateurs comme l'adrénaline et la noradrénaline ou de celles d'alcaloïdes végétaux tels que l'éphédrine, isolée du genre *Ephédra* ou la cathinone, isolée du Khat.

Le brevet de la MDMA a été déposé en 1914 par la société Merck, comme substance pour maigrir, mais le produit n'a jamais été commercialisé. Il a été utilisé principalement dans le cadre de psychothérapies, jusqu'à son interdiction en 1985 par la *Drug Enforcement Administration* (DEA) américaine et sa classification comme produit stupéfiant de niveau I (c'est-à-dire dans la catégorie la plus restrictive réservée habituellement aux stupéfiants induisant une forte dépendance).

Dans les comprimés vendus sous l'appellation commune "ecstasy", d'autres produits sont retrouvés en plus ou à la place de la MDMA. Les analyses des comprimés effectuées dans le cadre médico-légal ont montré la présence :

- De molécules apparentées à la MDMA comme la MDA (méthylènedioxyamphétamine), la MDEA (méthylènedioxyéthylamphétamine), la MBDB (N-méthyl-benzodioxazolylbutanamine), le 2-CB (4-bromo-2,5-diméthoxyphényléthylamine) ou un mélange de ces différents composés.
- De psychostimulants (amphétamine) ou d'hallucinogènes (LSD, kétamine).
- De stimulants n'appartenant pas à la famille des phényléthylamines (la caféine ou la pseudo-éphédrine), d'anabolisants (testostérone), d'analgésiques (paracétamol, aspirine), d'anti-paludéens (chloroquine).
- De substances inactives, comme des sucres.

L'excipient est généralement constitué par du lactose, du glucose ou du mannitol. Les impuretés résultant de la fabrication elle-même ne sont pas négligeables. Il n'est pas rare de retrouver, également, des précurseurs ou des intermédiaires de synthèse.

Les analyses quantitatives font apparaître une grande variabilité dans les concentrations de substances actives, allant de quelques mg à plus de 200 mg par comprimé. Les combinaisons de ces substances sont très variables. Le logo représenté sur les comprimés n'indique ni une composition spécifique, ni une concentration définie. A ce jour, environ 250 types différents de pilules d'ecstasy ont été identifiés dans le monde, dont 120 en Europe.

La MDMA et son métabolite principal, la MDA, peuvent être identifiés et quantifiés dans les 24 heures dans les milieux biologiques tels que le sang, la salive et la sueur. Mais la recherche se fait le plus couramment dans les urines, par un dépistage immunologique suivi d'une confirmation par chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrophotométrie de masse. Deux kits de sensibilité différente sont surtout commercialisés en France pour le dépistage immunologique. Il serait souhaitable de valider et d'homologuer les protocoles de recherche de produits listés comme stupéfiants et dont l'usage conduit à des conséquences médico-légales. L'utilisation des cheveux, marqueurs d'exposition chronique, présente plusieurs avantages en médecine légale. L'analyse segmentaire permet, en effet, d'établir le calendrier rétrospectif de la consommation. Cependant, les résultats quantitatifs doivent être analysés avec précaution.

Les tests de coloration effectués à partir des comprimés (« testing » proposé dans certains lieux de consommation) ne sont pas spécifiques, de nombreux produits pouvant en effet donner des colorations analogues. Ces tests peuvent, tout au plus, présumer de la présence de dérivés de type méthylènedioxyamphétamine.

## **Les effets immédiats les mieux connus de la MDMA sont une augmentation de la neurotransmission sérotoninergique, dopaminergique et noradrénergique**

La neuropharmacologie moderne permet de déterminer, avec précision, la nature et la fonction des protéines capables de reconnaître et de fixer la MDMA ainsi que de donner une mesure de l'affinité de cette fixation. L'affinité la plus forte est trouvée pour les sites de recapture de la sérotonine, comparativement aux affinités trouvées pour les sites de recapture de la dopamine et de la noradrénaline. Ceci distingue la MDMA des psychostimulants comme l'amphétamine qui présentent une nette préférence pour ces derniers sites.

Les effets sur le système sérotoninergique sont les mieux décrits. La MDMA provoque un effet en deux phases : une libération importante de sérotonine, en stimulant un échange sérotonine-MDMA au niveau des terminaisons sérotoninergiques, suivie d'un épuisement des stocks de sérotonine au bout de quelques heures. La diminution en sérotonine cérébrale s'accompagne également d'une réduction d'activité de la tryptophane hydroxylase, enzyme responsable de la synthèse de sérotonine, réduction qui peut être beaucoup plus prolongée que celle du taux de sérotonine. Chez le rongeur et le primate, les effets sur le système sérotoninergique sont généralement réversibles aux faibles doses, avec cependant des différences selon les espèces et les individus au sein d'une même espèce. Les neurones sérotoninergiques exercent un rôle modulateur sur les régions cérébrales motrices. L'effet de la MDMA sur le système sérotoninergique se traduit chez le rat par une hyperactivité locomotrice caractérisée par une déambulation automatique accompagnée d'un moindre intérêt de l'animal pour son environnement. Cependant, l'hyperthermie provoquée par la MDMA chez le rat ne résulte pas d'une augmentation de l'activité motrice, mais dépend bien de la température ambiante : à 24°C, le rat manifeste une hyperthermie, mais une hypothermie à 11°C. Les femelles semblent plus sensibles à l'hyperthermie. De nombreuses substances pharmacologiques entraînant une hypothermie atténuent les effets de la MDMA sur la déplétion en sérotonine.

La MDMA augmente également la libération de dopamine dans le cerveau selon le même mécanisme que celui décrit pour la libération de sérotonine, même si l'affinité de la MDMA pour les sites de recapture de la dopamine est moins élevée que pour les sites de recapture de la sérotonine. Un deuxième mécanisme agissant aussi dans le sens d'une plus grande libération de dopamine est lié au fait que la sérotonine libérée dans l'espace synaptique par la MDMA excite les neurones dopaminergiques connectés à des fibres sérotoninergiques.

En plus de sa capacité à libérer la noradrénaline, la MDMA a une relativement haute affinité pour les récepteurs alpha 2 adrénergiques. Les effets cardio-vasculaires de la MDMA, mis en évidence chez l'homme, pourraient résulter de ses influences complexes sur la transmission noradrénergique au niveau du cœur et du système nerveux sympathique. Ainsi, la MDMA perturbe par un mécanisme similaire à celui de l'amphétamine les régulations exercées par le système végétatif périphérique, en agissant sur les voies noradrénergiques.

La MDMA agit également sur les fonctions endocriniennes de l'hypothalamus par l'intermédiaire du contrôle exercé par les voies et les récepteurs sérotoninergiques, en

induisant un accroissement de la sécrétion de cortisol, de prolactine et, peut-être, de mélatonine.

### **A doses élevées et/ou répétées, la MDMA provoque chez l'animal (primates et rongeurs) une dégénérescence des terminaisons sérotoninergiques**

Chez le rat soumis à un traitement chronique par la MDMA, une destruction sélective des terminaisons sérotoninergiques a été mise en évidence par analyse histologique. Ces destructions nécessitent des doses plus élevées que celles induisant les effets psychotropes chez l'homme. Les terminaisons dopaminergiques et noradrénergiques ne sont pas significativement touchées et d'éventuelles atteintes des autres systèmes de neurones ont été peu recherchées.

La sensibilité des terminaisons sérotoninergiques à la MDMA varie beaucoup d'une espèce à l'autre. Les primates semblent être particulièrement vulnérables puisque des singes écureuils, rhésus et cynomolgus traités par des doses relativement faibles de MDMA présentent des signes significatifs de destruction de leurs terminaisons sérotoninergiques. Aussi, même si une atteinte sérotoninergique n'a pas été démontrée de manière formelle chez les usagers chroniques d'ecstasy, les travaux effectués sur les primates non humains permettent d'avoir de fortes présomptions sur l'existence d'un tel risque. La sensibilité aux effets de la MDMA semble pouvoir varier selon les individus. Ainsi, certaines souches de rats sont-elles plus affectées que d'autres, en particulier en l'absence d'une enzyme hépatique qui dégrade la MDMA.

Les lésions sérotoninergiques créées par la MDMA diffèrent suivant les régions du cerveau. Les régions les plus riches en fibres épaisses, comme l'hypothalamus, perdent moins de terminaisons que les structures innervées par des fibres fines comme le cortex frontal. Chez le rat, la possibilité de repousse existe, mais la réinnervation ne semble pas identique à celle initiale. Chez le singe, cette repousse neuritique ne peut se produire en raison de l'atteinte létale du corps cellulaire : il s'agit donc d'une atteinte irréversible. Au mieux, on peut observer une substitution plus ou moins complète mais désorganisée par extension de terminaisons provenant d'autres neurones sérotoninergiques qui n'auraient pas été atteints.

Le mécanisme de la neurotoxicité de la MDMA sur les terminaisons et corps cellulaires sérotoninergiques n'est pas élucidé. Il ne semble pas que la MDMA soit directement responsable de cette toxicité. Il pourrait s'agir d'un métabolite produit en dehors du cerveau ou de neurotransmetteurs libérés par la MDMA, nocifs car présents en grande quantité. La dopamine est le neurotransmetteur le plus souvent incriminé, une relation semblant en effet exister entre la capacité à libérer la dopamine et la destruction des fibres sérotoninergiques. Même si on ne connaît pas la nature de l'agent toxique, on sait que chez un animal traité par la MDMA, les fibres sérotoninergiques subissent un stress oxydatif important. Dans les terminaisons et les corps cellulaires sérotoninergiques, des composés oxydants aux potentialités toxiques pourraient donc être des métabolites de la MDMA et/ou des dérivés de la dopamine.

Il est nécessaire d'insister sur le fait que l'atteinte neuronale peut demeurer masquée sur le plan fonctionnel. Des processus tels que le vieillissement pourraient aggraver cette atteinte, jusqu'à la rendre manifeste à travers l'apparition différée de signes pathologiques.

## Chez l'animal, la MDMA a des potentialités toxicomanogènes

Les substances reconnues toxicomanogènes chez l'homme comme la cocaïne, l'héroïne, les amphétamines, l'alcool, la nicotine... présentent un certain nombre de caractéristiques communes pouvant être mises en évidence chez l'animal.

Au niveau neuronal, les substances toxicomanogènes entraînent une augmentation de la transmission dopaminergique au niveau d'une structure cérébrale sous-corticale, le noyau accumbens. Au niveau psychologique, elles produisent des sensations ou un état interne particulier qui est perçu comme agréable.

Différents déterminants liés aux propriétés pharmacologiques du produit et à ses modalités de consommation participent à la définition d'un état de dépendance. Les sensations perçues par l'animal, à la suite de l'administration d'une substance, peuvent être neutres, appétitives ou aversives. Selon leur nature, agréable ou non, elles seront recherchées ou évitées ; elles pourront être associées à un lieu (préférence ou aversion de place conditionnée) ou à une réponse comportementale (autostimulation électrique intracérébrale, auto-administration orale ou intraveineuse).

Un certain nombre d'animaux conditionnés à avoir un comportement particulier sous cocaïne ou amphétamines conservent ce même comportement quand ils sont soumis à la MDMA. Ces données montrent que certains effets de l'amphétamine ou de la cocaïne sont généralisables à ceux de la MDMA ; autrement dit, l'état interne (sensations) produit par ces substances est en partie semblable. Cette parenté d'effet est encore augmentée après une administration répétée de MDMA.

Comme les drogues toxicomanogènes, la MDMA a des propriétés appétitives. Cela a été montré dans un certain nombre de situations expérimentales classiquement utilisées pour l'étude de ces substances. Ainsi, la MDMA induit une recherche de l'environnement où elle a été administrée (préférence de place conditionnée), traduisant ses effets appétitifs. Elle abaisse le seuil de déclenchement d'un comportement d'autostimulation électrique du système de récompense dans le cerveau, ce qui est interprété comme une augmentation de la capacité à ressentir du plaisir.

Deux études réalisées chez le singe font état d'un comportement d'autoadministration intraveineuse de MDMA. Chez l'animal, l'autoadministration d'une substance constitue un bon index de ses potentialités toxicomanogènes : les animaux s'autoadministrent la quasi totalité des substances addictives chez l'homme. Cependant, il faut remarquer que les caractéristiques biocomportementales de l'autoadministration de MDMA n'ont pas été étudiées. Aucun des facteurs connus pour influencer la prise de drogue comme le contexte environnemental, l'histoire ou le patrimoine génétique n'a été examiné.

Toute consommation d'un produit n'implique pas que le sujet soit dépendant. La dépendance<sup>1</sup> renforce et maintient cette consommation.

---

<sup>1</sup> Selon l'OMS, la dépendance physique correspond à "un état d'adaptation qui se manifeste par des troubles physiques intenses quand l'administration de la drogue est suspendue ou quand son action est contrariée par l'administration d'un antagoniste spécifique. Cet état est soulagé par une nouvelle administration de la même drogue ou d'une drogue à effet pharmacologique du même type". La dépendance psychique correspond à "un état dans lequel il existe un sentiment de satisfaction et une pulsion psychique engendrant l'administration périodique ou continue de la drogue pour provoquer le plaisir et pour éviter le malaise de privation".

Le DSM IV met l'accent sur la notion de dépendance comportementale (addiction) plutôt que sur celle de dépendance physique..

Les effets d'une substance peuvent être augmentés par la prise ou l'administration préalable d'un autre produit ou par tout type d'événement (le vécu du sujet). Dans ce cas, on parle de sensibilisation croisée. Une telle interaction peut se manifester pour des intervalles de temps courts ou très longs entre la prise de deux substances différentes. Elle implique que l'organisme ait gardé une mémoire, dans certains cas définitive, de la prise d'un produit ou d'un événement. Ce phénomène de sensibilisation, qui peut être observé à tous les niveaux de l'activité neuronale, mentale et comportementale, mériterait d'être étudié avec la MDMA, compte tenu du fait que les utilisateurs sont souvent polyconsommateurs.

## **Les consommateurs d'ecstasy décrivent des effets de stimulation et de désinhibition parfois accompagnés de manifestations indésirables**

Les effets de stimulation apparaissent dans la demi-heure qui suit la prise de MDMA et peuvent durer de trois à six heures. Cependant, il faut noter que les réactions dépendent très largement du contexte, de l'individu et, il faut le souligner, de ses attentes.

Les effets subjectifs immédiats rapportés par les consommateurs sont un sentiment d'empathie, une ouverture d'esprit, une plus grande acuité mentale, une désinhibition, une diminution des défenses, une augmentation de la confiance et de l'estime de soi avec une meilleure acceptation des autres, une sensation d'euphorie, d'accroissement de l'énergie physique et de la vigilance. Certains de ces effets peuvent persister plus d'une semaine. L'ecstasy aurait des effets plus positifs sur l'humeur et le sentiment d'intimité que les amphétamines, mais serait moins stimulante. Les « *insight* » (capacité d'analyse immédiate de soi-même) sont, en revanche, nettement favorisés par l'ecstasy. L'ecstasy a la réputation d'être une *love drug*, même si elle est nuancée par le fait que le désir de convivialité semble l'emporter sur la dimension sexuelle.

Les effets désagréables les plus fréquemment observés sont des palpitations, une bouche sèche, des nausées, une perte d'appétit, des douleurs musculaires (trismus qui s'accompagne fréquemment d'un bruxisme pouvant persister plusieurs semaines), des céphalées, des sueurs, des vertiges, des tremblements, des paresthésies prédominantes au niveau des mains et de la face à type de fourmillement, d'engourdissement ou de sensation de chaud et froid, des troubles de la marche.

Les consommateurs peuvent présenter une altération de la conscience temporelle et des modifications de la perception visuelle, sous forme de flash de lumière. A dose psychoactive habituellement utilisée, la MDMA ne provoque pas d'hallucinations sensorielles. Contrairement aux hallucinogènes, les sujets ne ressentent pas de perte de contact avec la réalité. Certains troubles comportementaux peuvent apparaître après la prise d'ecstasy, tels qu'une hyperactivité motrice modérée et une augmentation du niveau de vigilance avec diminution du temps de sommeil total.

A la phase initiale de stimulation succède le plus souvent une phase d'irritabilité, d'angoisse, de fatigue et de troubles de la concentration, dans les jours qui suivent la prise.

L'ecstasy peut provoquer des troubles cognitifs, une diminution de la concentration et des troubles mnésiques objectivés lors de la passation de tests de mémoire. Les études menées chez l'animal pour explorer ces effets cognitifs sont encore peu nombreuses. Il a été montré que la MDMA et la MDEA entraînent une perturbation des capacités de filtrage auditif et visuel ainsi qu'une perturbation de l'estimation du temps chez le singe.

## **La MDMA est susceptible d'induire un syndrome d'hyperthermie rapidement fatal**

L'intoxication aiguë à la MDMA se caractérise par un syndrome d'hyperthermie associé à une rhabdomyolyse, une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) et une défaillance viscérale multiple.

Ce tableau clinique peut associer, dans sa phase d'installation, un état d'agitation, des sueurs profuses, une tachycardie et une hypertension ou une hypotension artérielle. L'hyperthermie apparaît 4 à 5 heures après la prise et augmente rapidement, pouvant atteindre 42°C. Si elle dépasse ce seuil, le pronostic est fortement compromis. Les signes neurologiques sont variables dans leur expression et leur durée. Ils peuvent se manifester par une perte de conscience, un coma léger ou, au contraire, profond, une hypertonie musculaire avec trismus et une mydriase réactive. Des convulsions peuvent apparaître durant cette phase, favorisées par l'hyperthermie, sous forme de crises généralisées, transitoires, répétitives.

Ces symptômes représentent une urgence thérapeutique. Même avec une prise en charge en soins intensifs, l'évolution peut être fatale et conduire au décès en moins de 24 h. Le dantrolène à la dose de 1 mg/kg, exceptionnellement renouvelé 1 à 2 fois, en association avec les mesures de refroidissement et les traitements symptomatiques de réanimation, peut limiter la rhabdomyolyse et l'hyperthermie. A côté des formes foudroyantes, il a été rapporté des formes graves avec des troubles durables de la conscience, une hyperthermie prolongée ou récidivante et une atteinte viscérale qui peuvent également aboutir au décès ou à des séquelles importantes. Enfin, des formes mineures s'accompagnant de troubles de la conscience avec crises convulsives sont susceptibles de régresser en quelques jours sous traitement.

L'intoxication aiguë n'est pas dose dépendante. La sévérité des complications n'est corrélée ni à la dose absorbée, ni au taux plasmatique de la MDMA. Les formes les plus sévères peuvent survenir après une prise unique d'un seul comprimé d'ecstasy ou après plusieurs prises antérieures bien tolérées. Cette toxicité aiguë affecte une population sans doute très limitée, jusque-là en bonne santé et non dépistable actuellement. Elle révèle vraisemblablement une prédisposition individuelle pouvant avoir un support génétique.

Les hypothèses physiopathologiques avancées pour expliquer le syndrome d'intoxication à la MDMA résultent, à la fois, des effets connus de la MDMA sur les systèmes monoaminergiques centraux et des parentés cliniques observées avec le syndrome sérotoninergique et le syndrome malin des neuroleptiques. L'hypothèse sérotoninergique est privilégiée. Mais, pour certains auteurs, le système dopaminergique serait également impliqué. En fait, ces trois syndromes pourraient constituer les variantes cliniques d'un "spectre" d'effets secondaires communs à l'ensemble des molécules affectant la balance sérotonine/dopamine.

La parenté du syndrome d'intoxication à la MDMA avec le coup de chaleur d'exercice et l'hyperthermie maligne est également discutée. Certains auteurs considèrent que l'ensemble de ces syndromes déclenche une entité physiologique commune, appelée "syndrome du stress thermique", caractérisée par une crise d'hypermétabolisme cellulaire impliquant un dysfonctionnement musculaire dans la régulation du calcium intracellulaire. On ne sait pas pourquoi le muscle est prioritairement atteint.

Il faut souligner l'importance, dans la survenue de ces troubles, de certains facteurs favorisants, comme le contexte d'usage d'ecstasy. L'hyperthermie maligne a été le plus souvent observée chez des sujets ayant consommé de l'ecstasy lors de "rave-parties". L'activité physique intense, la température ambiante élevée et la perte hydrique non compensée par une réhydratation adéquate sont des facteurs qui peuvent contribuer à

intensifier l'effet direct de la MDMA sur la thermogénèse. La consommation d'alcool, d'autres produits toxiques, de boissons riches en acides aminés (*smart drinks*) et de médicaments (IMAO en particulier) en association avec l'ecstasy peuvent également potentialiser les effets toxiques de la MDMA.

## **La MDMA peut être à l'origine de troubles organiques de gravité variable**

La MDMA peut provoquer divers troubles organiques rapportés par quelques études. Plusieurs cas d'hépatites ont été décrits dans un contexte d'usage d'ecstasy. Certaines atteintes hépatiques surviennent au cours du syndrome d'hyperthermie, lors des défaillances multiviscérales. D'autres cas sont des hépatites isolées, la symptomatologie apparaissant 8 à 15 jours après la prise d'ecstasy. Le médecin doit penser à cette étiologie devant toute hépatite dont l'origine virale a été écartée, chez un adolescent ou un adulte jeune. L'atteinte hépatique débute progressivement par un ictère associé à une cytolysse évoluant progressivement vers une insuffisance hépato-cellulaire avec encéphalopathie. Malgré une greffe hépatique, certains patients décèdent. Chez les consommateurs au long cours, l'évolution vers la stéatose et la cirrhose est à redouter. Le mécanisme de cet effet toxique hépatique n'est pas élucidé. Certains auteurs suspectent l'existence d'une population à risque (5 à 10% des caucasiens) présentant un déficit en une cytochrome oxydase, la P450 II D6. La présence de contaminants dans les comprimés est également évoquée. La prédominance féminine, dans cette entité clinique, nécessite la recherche de facteurs particuliers.

Quelques cas d'hyponatrémie ont été rapportés. Il s'agit d'hyponatrémie grave avec encéphalopathie. Les manifestations cliniques centrales, de constitution progressive, peuvent être confondues avec un sommeil et retarder la prise en charge médicale. Plusieurs causes ont été évoquées : une sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique, une prise de boissons trop abondante due à une soif mal régulée et/ou à un comportement compulsif sous MDMA. Le traitement est celui de l'œdème cérébral et de la réanimation intensive, avec correction des troubles électrolytiques.

D'autres manifestations cliniques sont signalées. Les troubles cardiaques (tachycardie sinusale, troubles du rythme) sont favorisés par l'effet chronotrope positif de la MDMA, les troubles respiratoires et métaboliques ou l'état antérieur du sujet. Des lésions rénales peuvent être la conséquence de la déshydratation.

Quelques rares cas d'accidents neurologiques aigus ont été décrits, pour lesquels la responsabilité de la MDMA reste à démontrer. Plusieurs cas d'accident vasculaire cérébral d'origine ischémique, de thrombose du sinus veineux cérébral, d'hémorragie cérébrale ou de vascularite cérébrale ont été publiés, dont le diagnostic a été confirmé par imagerie cérébrale. En l'absence d'une analyse toxicologique, l'imputabilité de la MDMA est évoquée d'après les éléments suivants : concordance de temps entre la prise et la survenue des troubles, symptômes évoquant un syndrome d'intoxication et absence de facteurs de risque, d'antécédents personnels ou familiaux particuliers ou d'autres facteurs étiologiques. Pour certains cas, il faut noter la prise concomitante d'autres toxiques (alcool, cannabis, LSD) qui peuvent jouer un rôle potentialisateur. Enfin, il peut exister des conditions pathologiques associées qui favorisent la survenue de ces troubles.

## **La prise de MDMA peut être responsable de complications psychopathologiques immédiates ou différées**

Les complications psychopathologiques surviennent soit immédiatement après la prise de MDMA, soit dans les jours, voire les mois qui suivent. Elles sont décrites après une première prise ou chez des usagers réguliers. Dans ces observations, les sujets consomment de l'ecstasy pratiquement toujours en association avec du cannabis et de l'alcool, parfois avec de la cocaïne et plus rarement, de l'héroïne. Ces associations peuvent favoriser l'apparition de troubles mentaux qui persistent malgré l'arrêt de la consommation. L'analyse des cas montre que la prise d'ecstasy peut précipiter un état pathologique chez un sujet sans signes psychopathologiques apparents. Cependant, la question se pose de savoir si la MDMA peut induire *de novo* un trouble psychiatrique. Il faut noter que dans la plupart des cas rapportés, les données sont recueillies à partir d'un entretien libre avec le patient, sans utilisation d'instruments d'évaluation standardisés, sans examen systématique de tous les membres de la famille. Les effets à long terme sont encore largement inconnus. Peu d'usagers signalent les troubles cliniques non aigus à un médecin, d'où vraisemblablement une sous-notification de ces manifestations.

Les troubles anxieux se manifestent, le plus souvent, sous forme d'une crise aiguë d'anxiété survenant peu de temps après la prise d'ecstasy, et pouvant revêtir l'aspect d'une véritable attaque de panique avec son cortège de manifestations psychiques et somatiques. Cette crise d'anxiété peut rester isolée ou évoluer vers un état d'anxiété persistante. L'évolution peut aussi se faire vers un authentique trouble panique pouvant s'enrichir secondairement d'autres troubles psychopathologiques (agoraphobie, syndrome dépressif, conduites de dépendance). Les traitements pharmacologiques classiques (antidépresseurs sérotoninergiques, alprazolam, bêta-bloquants) sont généralement efficaces.

Des réactions dépressives sont fréquentes après la prise d'ecstasy. Elles régressent généralement spontanément en quelques jours. Des dépressions sévères, de type mélancolique, peuvent cependant survenir, parfois à distance de la prise de la drogue.

Les flashs-back se caractérisent par le fait d'éprouver à nouveau un ou plusieurs des symptômes ressentis au cours de l'intoxication par une drogue, alors que la prise a cessé. Ces phénomènes, récurrents et de durée habituellement brève, associent des troubles de la perception (illusions ou hallucinations) et une anxiété plus ou moins importante, pouvant s'accompagner d'autres symptômes (dépersonnalisation, confusion, désorientation temporo-spatiale). Si les formes légères et transitoires sont fréquentes, les formes sévères peuvent perdurer durant plusieurs mois et entraîner une gêne importante. Ces manifestations sont à rapprocher de celles induites par le LSD.

Les troubles psychotiques sont répertoriés sous des appellations diverses : psychose paranoïaque, psychose atypique récurrente, psychose chronique atypique. Sur le plan clinique, les idées délirantes dominent, essentiellement à thèmes de persécution, jalousie, infidélité, référence. Ces idées délirantes génèrent en général une anxiété importante. D'autres manifestations peuvent s'y associer : troubles du comportement, troubles perceptifs, troubles cognitifs, expériences de dépersonnalisation et de déréalisation. Ces troubles répondent en général favorablement au traitement neuroleptique. Dans certains cas, l'épisode aigu peut régresser spontanément en quelques jours après l'arrêt du produit. L'évolution se fait le plus souvent sur un mode chronique avec des phases d'exacerbation, parfois favorisées par une nouvelle prise d'ecstasy, entrecoupées de périodes de rémission.

Les troubles du sommeil sont bien connus et peuvent persister longtemps. Il s'agit d'insomnies (difficultés d'endormissement), inversion du rythme veille/sommeil, cauchemars, hallucinations hypnagogiques, bruxisme. Les études contrôlées mettent en

évidence une diminution de la durée totale de sommeil et une diminution significative de la durée du sommeil lent.

Concernant les hypothèses physiopathologiques de ces troubles, tous les auteurs font référence aux données expérimentales obtenues chez l'animal concernant les effets de la MDMA sur le système sérotoninergique. Ces effets peuvent être regroupés en deux phases : l'effet de déplétion intra-neuronale aiguë et la phase neurotoxique se caractérisant par la dégénérescence des neurones sérotoninergiques, qui pourrait être liée à l'action d'un métabolite de la MDMA. Chez l'homme, les effets de la drogue ne peuvent être appréhendés qu'indirectement à partir de l'observation clinique. Certains arguments cliniques pourraient plaider en faveur de l'hypothèse sérotoninergique.

D'autres mécanismes d'action peuvent également être évoqués. Les troubles psychotiques décrits partagent avec les psychoses amphétaminiques de nombreuses caractéristiques communes tant sur le plan clinique qu'évolutif. Ces similitudes suggèrent l'intervention du système dopaminergique dont le fonctionnement peut être altéré par la MDMA. La MDMA modifie aussi le fonctionnement de certains systèmes peptidergiques intervenant dans de nombreuses fonctions physiologiques et impliqués dans les troubles schizophréniques.

## **Depuis une dizaine d'années, on assiste en Europe à un développement du phénomène « ecstasy »**

La popularité de l'ecstasy est associée à l'émergence d'un nouveau style de musique électronique rapide appelé « acid house », « rave » ou « techno » qui a diffusé en Europe et en particulier en Angleterre. Le lien entre l'ecstasy et ce courant musical est issu des premières consommations de MDMA dans quelques clubs de New-York, Chicago, Detroit, spécialisés dans la *house* et *soul* musique. Au début des années 1980, la consommation d'ecstasy est apparue dans les clubs londoniens. Elle est arrivée ensuite sur le continent, notamment en Espagne et à Ibiza, accompagnant des formes spécifiques de tourisme pratiquées par de jeunes anglais. Depuis la fin des années 1980, on constate l'apparition d'une véritable culture « rave » à travers l'organisation de fêtes musicales rassemblant plusieurs milliers de jeunes dans différents pays d'Europe.

Ce n'est pas la première fois qu'un nouveau type de consommation de drogue apparaît lié à un courant musical (musique rock en 1960 et 1970, punk rock en 1980). Ce qui est remarquable, ici, c'est la rapidité avec laquelle ce phénomène s'est développé à travers plusieurs pays. Le développement en Europe de la technologie électronique a contribué à donner toute son ampleur à ce courant musical exploité par diverses industries. La population jeune peut ainsi accéder aux nouvelles modes par le disque, la télévision par satellite, les magazines et le réseau Internet.

En dépit de la vitesse de transmission et de transformation des mouvements culturels à l'intérieur des pays européens, les changements dans les goûts musicaux et les habitudes de consommation de drogues apparaissent plus rapidement dans certains pays que dans d'autres. Au début des années 1990, les « rave parties » étaient liées à la fois à l'expérience de l'ecstasy comme drogue de « transe collective » et comme drogue énergétique permettant de danser toute la nuit. Il existe maintenant d'autres contextes d'usage d'ecstasy. Dans certains pays, cet usage est associé aux soirées dans les boîtes de nuit, dans les appartements ou dans les clubs à la mode qui attirent différents publics d'adultes, utilisant ces clubs comme lieux de rencontre.

Enfin, dans quelques pays comme l'Italie, l'Angleterre et les Pays-Bas, l'ecstasy a été associée à la fréquentation des matchs de football.

## Les prévalences de consommation de l'ecstasy diffèrent d'un pays à l'autre, de 10% en Angleterre chez les jeunes de 15-25 ans à moins de 1% dans d'autres pays

Le système de surveillance des usages de drogue et de toxicomanies est insuffisant et hétéroclite en Europe et ne rend pas toujours compte des consommations de drogues de synthèse. Les consommateurs de ces drogues ne sont pas nécessairement repérés par les indicateurs existants. Les changements rapides de la nature des drogues synthétiques augmentent encore les difficultés d'observation.

Les statistiques sanitaires, provenant des lieux de soin aux toxicomanes (essentiellement héroïnomanes), ne mettent pas en évidence ce phénomène parce que les consommateurs d'ecstasy ne se rendent que très rarement dans ces lieux. D'autre part, quand ils ont recours aux soins, la prise d'ecstasy est souvent associée à d'autres produits.

### Prévalence (%) de l'usage d'ecstasy dans la population générale (données de l'European Monitoring Centre for Drug Addiction - EMCDDA)

Pays	Année	Age	Prévalence au cours de la vie (%)
France	1995	18-75	0,7 <sup>1</sup>
Allemagne (Ouest)	1995	18-59	1,6
Espagne	1995	15-70	1,8
Pays-Bas (Amsterdam)	1994	> 12	3,1
Angleterre	1996	16-59	3,0

<sup>1</sup> : ecstasy + amphétamines

### Prévalence (%) de la consommation d'ecstasy en population scolaire (données de l'EMCDDA)

Pays (Ville)	Année	Age	Prévalence au cours de la vie (%)
Autriche (Vienne)	-	15-18	5,6
France	1995	20-22 garçons 20-22 filles	1,9 1,1
Allemagne (Munich)	récemment	14-24 garçons 14-24 filles	4 2,3
Pays-Bas (Amsterdam)	1993	> 14	5,0
Espagne	1994	14-18	3,5
Royaume-Uni	1996	15-16 garçons 15-16 filles	9,2 7,3
Ecosse	1993	> 14	7,0

La rapidité des changements intervenant dans ces types d'usages ne facilite pas la mesure de la prévalence de la consommation. Les enquêtes en population générale mesurent la prévalence à l'aide de deux indicateurs, la consommation au cours de la vie et la consommation au cours de l'année précédente. La valeur révélée par le premier indicateur est en fait la résultante des comportements successifs de différentes générations au cours du temps.

La consommation d'ecstasy est rapportée dans tous les pays européens, mais la chronologie et les ordres de grandeur varient considérablement. Dans des pays comme l'Angleterre, l'Espagne et les Pays Bas, la consommation d'ecstasy est déjà ancienne et les prévalences au cours de la vie sont relativement élevées. Dans d'autres pays, la consommation est négligeable. Mais, dans beaucoup d'enquêtes, la consommation d'ecstasy n'était pas recherchée jusqu'à très récemment. Dans l'ensemble des pays européens, les amphétamines apparaissent, toujours, comme le second produit illicite consommé après le cannabis.

Mesurée dans la population générale (15-75 ans), la prévalence varie de 1% à 3% dans les pays européens. Elle est nettement plus élevée chez les adolescents et les jeunes adultes. D'après les enquêtes récentes, réalisées en Europe, la prévalence de consommation parmi les 15-16 ans est plus importante en Angleterre que dans les autres pays. Elle est proche de 10% chez les garçons et de 7% chez les filles, alors qu'elle n'atteint pas 5% et 1% respectivement dans les autres pays. La prévalence est encore plus élevée chez les jeunes adultes de 18-25 ans, estimée à 13-18% au Royaume-Uni. Les données de la plupart des pays indiquent que les jeunes qui consomment de l'ecstasy ont également expérimenté d'autres produits psychoactifs, licites ou illicites.

Les enquêtes auprès des populations exposées (qui fréquentent des boîtes de nuit ou des rave-parties) suggèrent de hauts niveaux de consommation. Une enquête conduite en 1995, à Amsterdam, chez les jeunes fréquentant les boîtes « disco », montrait une prévalence de consommation au cours de la vie de 52% et une prévalence de consommation au cours de la dernière année de 41%. Un dépistage réalisé en Belgique, après une soirée « rave », mettait en évidence 30% de sujets positifs à la MDMA.

La mortalité associée à la consommation des drogues de synthèse est faible par rapport à celle attribuée à la consommation d'autres drogues illicites comme les opiacés. Le nombre de décès causés par l'ecstasy, depuis son apparition, est estimé entre 50 et 100 en Angleterre et ce chiffre peut être mis en relation avec la forte prévalence de consommation dans ce pays. Le nombre de décès par ecstasy recueillis dans les autres pays européens est très faible (au maximum, une dizaine), mais il est probablement sous-estimé en raison des difficultés à identifier les causes du décès et de la complexité des circuits d'informations médico-légales.

### **En France, la proportion de jeunes adultes ayant consommé de l'ecstasy au moins une fois pourrait atteindre 5 %**

Arrivée en Europe au cours des années 80, l'ecstasy s'est répandue en France, au début des années 1990, auprès d'un public jeune, en lien étroit avec le phénomène culturel et social représenté par le courant musical « techno ». L'ampleur de sa diffusion est encore difficile à évaluer.

Les données de prévalence en population générale, disponibles en France, sont issues du Baromètre Santé du CFES. En 1995, sur un échantillon de 2 000 individus, représentatif de la

population de 18 à 75 ans, il y aurait une prévalence de consommation d'ecstasy et d'amphétamine de 0,7% au cours de la vie et de 0,3% au cours de l'année. Ceci représente, très approximativement, 300 000 individus ayant consommé ecstasy ou amphétamines au cours de leur vie.

L'enquête, effectuée par le service de santé des armées, dans les centres de sélection, donne des indications sur la consommation des jeunes hommes âgés de 18 à 23 ans. Les résultats obtenus à partir d'un échantillon de 2 800 révèlent que près de 4% ont essayé l'ecstasy en 1996 et que plus de 1% en consomment régulièrement. Au total, environ 5% en ont consommé au moins une fois. Ces chiffres sont en nette augmentation par rapport à 1995.

Une étude longitudinale, menée en milieu scolaire auprès des 20-22 ans (INSERM, U 169), montre que 1,9% des garçons et 1,1% des filles auraient déjà fait l'expérience de l'ecstasy (70% en ont pris une fois ou deux). Cela ferait, au total, environ 120 000 personnes ayant pris au moins une fois de l'ecstasy. L'usage d'ecstasy est la plupart du temps associé ou précédé par la consommation de produits licites (alcool, tabac) ou illicites (cannabis).

Les données recueillies chez les toxicomanes en traitement fournissent un indicateur indirect du champ de substances disponibles sur le marché de la drogue. Cet indicateur est, également, décalé dans le temps, car les recours aux soins ne se produisent qu'après plusieurs années d'usage des drogues.

Dans trois enquêtes menées en France chez des toxicomanes (INSERM, U 302), l'ecstasy est repérée en produit associé, parmi les 4 premiers produits principalement utilisés, à raison de 3,8% en milieu pénitentiaire, 2,5% en centres de soins et 2% dans les programmes de traitement avec la méthadone. Ces enquêtes montrent que les usages d'ecstasy ont lieu dans un contexte de polytoxicomanie et sont plus souvent, observés chez les toxicomanes, en moyenne plus jeunes, surtout des hommes ayant des conditions socio-économiques et culturelles plus favorables que celles des héroïnomanes traditionnels. Les usagers d'ecstasy, parmi les toxicomanes, tendraient à apparaître comme des sujets moins gravement atteints par l'ensemble des troubles associés à la dépendance, en terme de morbidité (maladies infectieuses) et d'insertion sociale.

Malgré une grande imprécision, les statistiques répressives rendent compte de l'émergence du phénomène et de son évolution. En France, les interpellations pour usage d'ecstasy ont été multipliées par un facteur 36 entre 1990 et 1996. De la même manière, les statistiques sur les saisies donnent une idée de la pénétration du produit sur le territoire français. Entre 1990 et 1996, le nombre de doses saisies est passé de 13 000 à 349 000.

## **Les consommateurs d'ecstasy sont principalement des jeunes adultes de sexe masculin, bien intégrés socialement**

Pour savoir qui consomme de l'ecstasy, il semble nécessaire de recourir à plusieurs approches, données d'interpellations, études ethnographiques et sociologiques dans la mesure où cette consommation n'est pas liée à une identité sociale spécifique des usagers ou à des pratiques repérables. Les usagers ne sont pas inscrits dans les circuits médico-légaux de la toxicomanie.

D'après les données d'interpellations de 1997, il s'agit, en France, d'une population jeune (72 % des usagers interpellés ont entre 18 et 25 ans). La proportion de mineurs (2,6 % en 1997) reste négligeable, contrairement à ce qui est observé chez les sujets interpellés pour usage de cannabis. La sur-représentation masculine est une constante des interpellations pour usage de stupéfiants. Elle apparaît cependant moindre dans le cadre de l'ecstasy. La

proportion de femmes interpellées pour usage d'ecstasy est deux fois plus élevée que dans le cas du cannabis.

Ces données nationales, issues des statistiques policières, montraient jusqu'à 1996 une plus grande insertion professionnelle des usagers d'ecstasy (47 % en 1996) par rapport aux consommateurs de cannabis (47 %) ou d'héroïne (28 %). Cependant, une tendance à la baisse des actifs est repérable (de 55 % en 1993 à 33 % en 1997), peut-être en liaison avec l'augmentation de consommation chez les lycéens et étudiants classés comme non-actifs. Ceci pourrait traduire un débordement de l'usage d'ecstasy au-delà du cercle restreint des *raves*. Les caractéristiques socio-démographiques des personnes interpellées apparaissent très proches de celles des usagers de LSD.

Les modes de recueil de données permettent de penser que la consommation d'ecstasy est un phénomène sous-estimé en France. Concernant les représentations sociales, l'ecstasy, circulant dans les établissements « bien fréquentés » et « les quartiers résidentiels », est associée au monde de l'intégration, alors que l'héroïne renvoie au monde des quartiers pauvres et de la relégation. Cependant, la population consommatrice est vraisemblablement plus diversifiée et probablement, en train d'évoluer. L'ecstasy reste néanmoins une drogue du week-end. Elle s'inscrit dans une organisation du temps libre, une mobilité en bande, une recherche de sensations authentiques. Par comparaison, en Angleterre et à Londres en particulier, la diffusion de l'ecstasy est transversale aux classes, aux races et aux communautés, allant vers un mode de consommation où les lieux et les rencontres sont décisifs.

En 1997, l'étude ethnographique menée avec le soutien de l'observatoire français des drogues et toxicomanie (OFDT) sur les sites de Paris, Lille (IREP) et Bordeaux (CEID) renseigne sur les modes de consommations, les modes de vie et le contexte d'usage de l'ecstasy. L'enquête menée en Gironde, auprès de plus d'une centaine d'usagers indique que la première prise d'ecstasy se situe, autour de 23 ans, dans un cadre collectif (fête privée, rave-partie, boîte de nuit, concert, bar). Elle est très souvent, associée à d'autres produits (surtout alcool et cannabis) et acceptée pour la recherche de nouvelles expériences (30%), pour mieux participer à la fête (25%) ou pour faire plaisir (17%). La majorité des usagers connaît le produit avant la première prise, surtout par les amis (91%), par des usagers ou les médias. Sa dangerosité est connue et 81% pensent qu'il peut être mortel ou entraîner des problèmes de santé. Si la majorité en consomme de manière occasionnelle, 15% en font un usage abondant (au moins 4 fois par semaine) et 30% en prennent parfois de façon solitaire.

## **Largement exploité par les médias, le phénomène « ecstasy » s'intègre dans de nouveaux modes de consommation orientés vers les psychostimulants**

Certains auteurs caractérisent l'arrivée et la diffusion de l'ecstasy à partir de trois tendances : sociologique (médicalisation de l'existentiel), politique (politique de santé publique qui néanmoins évacue la pénalisation des usages), et géopolitique (inversion des filières d'approvisionnement, les pays industriels devenant producteurs et exportateurs).

Les médias participent à la définition sociale de nouvelles drogues, comme l'ecstasy, en mettant en avant : usages, groupes utilisateurs, significations et en développant des argumentations à leur propos. La diversité des supports de presse, du fait divers à l'article scientifique ou militant, marque le fait que la consommation d'ecstasy est une question qui intéresse toutes les catégories de la société.

Une partie de la presse rend compte d'une certaine « panique morale » ; des groupes ou des pratiques sont vus comme des indicateurs significatifs d'un danger auquel est confronté tout ou partie de la société. Les thèmes traités sont ceux du risque épidémique et de l'escalade, du fléau social, de l'incapacité des pouvoirs publics à faire face...

La presse culturelle ou contre-culturelle analyse l'ecstasy, comme élément d'une nouvelle culture, développe selon les cas, l'aspect alternatif ou plutôt sa participation à la culture « gay » ou à l'hédonisme contemporain. Dans certaines revues, le savoir scientifique peut être mobilisé pour indiquer les incertitudes concernant la composition du produit, les risques physiologiques et psychologiques encourus. Ceci souligne la volonté d'une perspective d'autorégulation dans les milieux fréquentés par les usagers d'ecstasy.

Les effets sociaux du traitement médiatique (symbolisation, dramatisation et scénarisation des événements) sont lisibles par une amplification du phénomène, le faisant passer du fait divers au problème de société. Le manque d'estimation fiable sur le nombre de consommateurs contribue à entretenir la controverse parmi les auteurs. Pour les uns, « rave » et usage de drogue vont de pair, pour d'autres, il n'y a pas plus de drogue dans les raves que dans les autres lieux de loisirs.

On constate, par ailleurs, que les dimensions socio-économiques sont rarement abordées, comme les liens entre la consommation d'ecstasy et le développement d'une économie nocturne. Peu de textes sont consacrés à l'analyse des formes de trafic et de carrière dans la revente des produits. Or, cette dimension est fondamentale pour comprendre les conditions d'accès au marché ou aux réseaux d'approvisionnement, le rôle des pairs ou des initiateurs.

## **La prévention en matière d'ecstasy passe par une meilleure information**

L'objectif prioritaire d'une politique de prévention en direction des adolescents et des adultes (professionnels et parents) est d'éviter la première prise de produit. Ceci relève de la responsabilité éducative et d'une démarche permanente et globale. Cette prévention consiste généralement à restaurer l'estime de soi chez l'adolescent et à développer chez l'adulte une capacité à reconnaître les facteurs de vulnérabilité chez les jeunes. Cependant, l'engagement dans l'usage de drogue est différent selon le produit. L'usage de cannabis ou d'ecstasy n'est pas déterminé par une situation de détresse particulière sur le plan psychologique ou social. Chez les jeunes, l'ecstasy a une image spécifique liée à son origine chimique (drogue de synthèse), qui est inscrite dans son processus de promotion. Pour être efficace, la prévention primaire doit prendre en considération un certain nombre de caractéristiques de la consommation du produit, comme le sexe, l'âge, les caractéristiques sociologiques des consommateurs et les lieux de consommation.

Le second objectif de la prévention est de prévenir le passage à l'usage régulier, en incitant les usagers à abandonner leur consommation par une information validée sur les risques induits par la prise. Pour la plupart des produits, on informe sur les risques d'une consommation abusive, d'une dépendance et d'un recours à d'autres produits. Le problème est différent pour l'ecstasy, puisque le simple usage fait courir autant de risque que l'abus. Il existe pourtant bien différentes modalités d'usage qui sont toutes susceptibles d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs et/ou sociaux.

Concernant la prévention tertiaire, l'émergence de nouveaux profils d'usagers d'ecstasy nécessite de la part des acteurs de prévention un travail de différenciation entre les groupes cibles et la clientèle traditionnelle consommatrice d'opiacés. Il s'agit donc de développer des services de prise en charge répondant aux besoins spécifiques de ces groupes. Pour certains, les pairs ont une implication pratique dans ce type de prévention.

S'il est maintenant de règle de considérer que la démarche de prévention doit être centrée sur les causes et les motivations de la consommation, et non pas uniquement sur le produit consommé, il apparaît important de ne pas aboutir à une uniformisation de tous les produits. La meilleure solution semble être de combiner les deux approches, c'est-à-dire de diffuser une information complète sur le produit tout en repérant les motivations et les facteurs de risques et de protection de prise du produit. Aussi, pour assurer la fonction d'information en direction des professionnels, il faut promouvoir les connaissances scientifiques sur lesquelles la communication pourra se construire, expliquer les effets et les risques de l'usage de drogue, afin de donner des moyens de les combattre ou de les gérer, et étudier parallèlement les motivations et les contextes de consommation.

La prévention est un moyen de lutte largement approuvé. Une place importante est accordée à la famille comme acteur de prévention, en restaurant la compétence des parents dans leur rôle d'éducateurs. Les médecins généralistes méritent d'être plus largement impliqués : la rencontre au cabinet du médecin pourrait ainsi être l'occasion de transmettre des messages de prévention susceptibles d'être écoutés, en particulier dans les villes qui ne sont pas équipées de structures de soins. En effet, les médecins formés développent une meilleure capacité à s'enquérir d'un éventuel usage de drogue chez leur patient. Par ailleurs, il existe une réelle nécessité d'information si l'on veut améliorer la mobilisation des enseignants et des médecins et infirmières scolaires.

## Recommandations

L'analyse des données de la littérature a permis au groupe d'experts de mettre en lumière trois conséquences graves de la consommation d'ecstasy, dues aux propriétés pharmacologiques de la molécule MDMA, composé essentiel de l'ecstasy :

- la survenue possible, bien qu'exceptionnelle, dès la première prise ou après plusieurs prises bien supportées, d'un syndrome associant le plus souvent une hyperthermie, et pouvant conduire au décès malgré un traitement médical approprié ;
- l'apparition de complications psychiatriques plus ou moins longtemps après la prise d'ecstasy, dont il est difficile de dire aujourd'hui si elles sont induites *de novo* ou révélées par la consommation d'ecstasy ;
- la mise en évidence de lésions neurologiques irréversibles chez les primates, pour des doses de MDMA voisines de celles habituellement consommées et pouvant rester longtemps infra-cliniques.

Ces propriétés pharmacologiques font de la MDMA un produit toxique indépendamment de tout abus. Une information rigoureuse sur cette toxicité apparaît d'autant plus indispensable que certains pensent que seuls les autres composés présents dans les comprimés sont toxiques et proposent, à ce titre, un test extemporané (« testing ») sur les lieux de consommation. Cette pratique risque pourtant d'engendrer un faux sentiment de sécurité chez l'utilisateur.

Un autre aspect important du problème est de savoir si la consommation régulière d'ecstasy peut entraîner une dépendance. Les travaux effectués chez les rongeurs et les primates mettent bien en évidence les propriétés renforçant l'appétence et la répétition de consommation de la MDMA. Ils doivent cependant être complétés pour répondre à tous les critères d'une dépendance. Le groupe d'experts souligne le fait que l'usage d'ecstasy chez les adolescents et les jeunes adultes s'effectue le plus souvent dans un contexte de polyconsommation. Les actions de prévention doivent donc prendre en considération la proximité pour le consommateur de plusieurs produits aux propriétés pharmacologiques différentes, et la potentialisation de leurs effets respectifs.

Le groupe d'experts recommande une diffusion des connaissances scientifiques et médicales auprès des acteurs du champ sanitaire et socio-éducatif. Il recommande également d'informer les jeunes, consommateurs ou non, et leur entourage, sous des formes adaptées. Il attire également l'attention sur l'importance de la mise en place d'un dispositif de surveillance et d'étude des nouvelles tendances de consommation permettant de mieux cerner les populations concernées, les modes de consommation et les contextes d'usage.

### INFORMER ET PREVENIR

L'analyse scientifique des données concernant les effets de l'ecstasy conduit à proposer des actions d'information en direction des consommateurs, des médecins et des différents acteurs engagés dans la lutte contre l'usage et l'abus de substances psychoactives.

## **INFORMER LES USAGERS D'ECSTASY DU DANGER INTRINSEQUE DE LA MDMA A COURT ET A LONG TERME ET DES FACTEURS AGGRAVANTS LIES A SES CONDITIONS D'USAGE**

La toxicité aiguë de la MDMA, composé essentiel de l'ecstasy, n'est pas dose dépendante. La sévérité des complications n'est corrélée ni à la dose absorbée, ni au taux plasmatique de MDMA. Les formes les plus sévères (syndrome d'hyperthermie maligne) peuvent survenir après la première prise d'un comprimé unique ou après plusieurs consommations antérieures bien tolérées. Les atteintes organiques peuvent être favorisées par le contexte d'usage de l'ecstasy : activité physique intense, température ambiante élevée et perte hydrique non compensée par une réhydratation adéquate. Ces facteurs contribuent à augmenter l'effet direct de la MDMA sur la thermogénèse. La consommation d'alcool et d'autres produits toxiques, de boissons riches en acides aminés (smart drinks) ou de médicaments (IMAO) peuvent également potentialiser les effets toxiques de l'ecstasy.

Des complications psychopathologiques peuvent survenir soit immédiatement après la prise de MDMA, soit dans les jours, voire les mois qui suivent. Elles apparaissent dès la première prise comme chez le consommateur chronique. Si les risques sont les mêmes à chaque fois, ils sont néanmoins cumulés pour les grands consommateurs.

Le groupe d'experts recommande donc une information explicite des consommateurs sur le danger intrinsèque du produit MDMA, indépendamment de tout abus. Il préconise la mise en place de groupes de travail, comprenant des acteurs de terrain, pour définir les modalités d'une information sur les risques à court et à long terme dans le cadre d'actions de prévention et de suivi.

## **SENSIBILISER LE CORPS MEDICAL A LA RECONNAISSANCE DES SYMPTOMES SOMATIQUES ET PSYCHIATRIQUES D'INTOXICATION PAR LA MDMA**

L'intoxication à la MDMA se caractérise par un syndrome d'hyperthermie associé à une rhabdomyolyse, une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) et une défaillance viscérale multiple. Dans la phase d'installation, le tableau clinique peut associer différents signes neurologiques qu'il est important de pouvoir reconnaître et diagnostiquer. Même avec une prise en charge en soins intensifs, l'évolution peut être fatale et conduire au décès en moins de 24 heures. D'autres manifestations somatiques moins aiguës peuvent être associées à la consommation de MDMA. Des cas graves d'hépatite, des troubles cardiaques (troubles du rythme), quelques rares cas d'accidents vasculaires cérébraux ont été rapportés. Enfin, plusieurs cas d'hyponatrémie grave sont favorisés par une prise trop abondante de boissons, en relation avec une soif mal régulée et/ou un comportement compulsif sous MDMA.

Le groupe d'experts attire l'attention sur l'importance de la diffusion d'une information complète sur ces différents troubles, auprès des services de soins susceptibles d'intervenir car ils représentent une urgence thérapeutique. Le groupe recommande l'organisation d'une réflexion au niveau thérapeutique sur l'utilisation du dantrolène et du charbon, de la pratique du refroidissement et des modalités de la réhydratation.

Les complications psychopathologiques qui peuvent apparaître plus ou moins longtemps après les prises d'ecstasy sont multiples : troubles anxieux (trouble de panique), syndrome dépressif d'intensité variable avec parfois idéations suicidaires, troubles psychotiques (psychose paranoïaque et idées délirantes), troubles du sommeil.

Il est important que les médecins généralistes et les psychiatres soient rapidement informés sur la nature des symptômes psychiatriques pouvant résulter de la consommation de

MDMA associée éventuellement à d'autres produits. Le niveau de connaissance des médecins, concernant la toxicomanie et plus particulièrement l'usage et les conséquences des drogues de synthèse, doit être amélioré par des formations adaptées. Des modules d'enseignement devraient être intégrés à différents niveaux du cursus des études médicales, depuis les premières années jusqu'aux spécialités, ou au cours de la formation médicale continue.

### **ATTIRER L'ATTENTION DES ACTEURS DE PREVENTION SUR LA SPECIFICITE DU PRODUIT ET SES MODES DE CONSOMMATION**

A la différence d'autres substances psychoactives qui s'injectent, s'inhalent ou se fument, l'ecstasy a comme les amphétamines l'aspect d'un médicament, et peut donc être considéré par les jeunes comme un « bon » produit. Il est important de les informer sur la différence entre un médicament qui a dû suivre une longue procédure d'évaluation avant d'être mis sur le marché (AMM), et qui ne peut être prescrit que dans un cadre précis, et un produit toxique n'ayant aucune indication thérapeutique. L'analyse des données médicales et scientifiques confirme bien la toxicité de la MDMA et la vulnérabilité de certains individus aux effets délétères somatiques ou psychiatriques, vulnérabilité qui est variable au cours du temps chez un même individu. Il ne s'agit donc pas d'un composé parasite dans le comprimé qui serait responsable de ces effets délétères. Dans ce cas, il est donc important d'attirer l'attention des acteurs de prévention sur le danger de la pratique du « testing » dans les lieux de consommation. Une telle pratique entraîne une fausse sécurité pour l'utilisateur et une lourde responsabilité pour le « testeur » impossible à assumer dans le contexte juridique français.

Le groupe d'experts recommande qu'une procédure d'évaluation scientifique des actions de prévention destinées aux jeunes soit effectuée, en toute indépendance vis-à-vis des acteurs de terrain et des décideurs institutionnels. Cette évaluation doit prendre en compte les politiques de prévention globale préconisées actuellement, incluant de multiples critères d'efficacité des actions spécifiques observables sur les populations cibles (usage, appartenance sociale, situation sanitaire).

### **METTRE EN PLACE DES DISPOSITIFS D'OBSERVATION**

La consommation d'ecstasy a fortement augmenté au cours des années 90, en France. Il est important de disposer d'outils d'observation, non seulement pour apprécier l'ampleur du phénomène et les modalités de consommation, mais également pour recenser les différents effets du produit à court et long termes.

### **METTRE EN PLACE UN RECUEIL DE DONNEES CONCERNANT LA MORTALITE ET LA MORBIDITE LIEES A LA CONSOMMATION DE MDMA**

Cette recommandation nécessite un examen attentif des conditions pratiques des recueils d'informations et une nécessaire collaboration entre toutes les structures au niveau national (INSERM, médecine légale, justice, Direction générale de la Santé, Agence du Médicament) et européen.

Dans le cas d'un décès où la responsabilité de la MDMA est suspectée, il faut rappeler aux médecins qui certifient le décès qu'ils doivent utiliser la mention d' « obstacle médico-légal »

pour qu'une analyse toxicologique soit effectuée par un institut médico-légal. Les instituts médico-légaux doivent contribuer à assurer la validité du registre national des causes médicales de décès tenu par l'INSERM (SC 8). Par ailleurs, le recueil de données organisé par les centres de pharmacodépendance (CEIP) permet d'améliorer la connaissance des effets toxiques consécutifs à l'usage de MDMA.

Différents lieux d'observation peuvent également être utilisés pour des enquêtes sur les effets toxiques, en lien avec des laboratoires d'analyse, comme les centres antipoisons, les urgences hospitalières ou la médecine générale. Cette dernière représente en effet une source importante d'informations épidémiologiques et d'observations cliniques. Il conviendrait de sensibiliser l'ensemble de la profession à poser la question d'une éventuelle consommation d'ecstasy (ou d'autres drogues) lors de consultations ou d'actes de prévention.

### **METTRE EN PLACE UNE SURVEILLANCE DES USAGERS CHRONIQUES POUR EVALUER LES TROUBLES COGNITIFS**

Pour rechercher les effets à moyen et long terme de la MDMA sur les processus cognitifs chez l'homme, il faudrait mettre en place des études de suivi des consommateurs (aucune étude sur des volontaires sains n'est envisageable). On peut formuler l'hypothèse que dans un premier temps, une atteinte suffisamment limitée du système sérotoninergique chez les consommateurs puisse se traduire par des altérations subcliniques des fonctions cognitives. Les effets ne deviendraient cliniquement manifestes qu'une fois un certain seuil atteint. Divers facteurs pourraient alors favoriser cette décompensation : consommation régulière de MDMA, vieillissement, autres circonstances mobilisant le système sérotoninergique.

### **ETABLIR UNE STRUCTURE D'ANALYSE DES DOSSIERS MEDICAUX POUR RECHERCHER LES BASES BIOLOGIQUES ET GENETIQUES DE LA SUSCEPTIBILITE INDIVIDUELLE**

La toxicité aiguë de la MDMA s'exprimant par un syndrome d'hyperthermie ou par une hépatite grave révèle vraisemblablement une prédisposition individuelle pouvant avoir un support génétique. L'analyse des dossiers médicaux des cas hospitalisés permettrait d'avancer dans ce domaine pour savoir à quelle(s) prédisposition(s) génétique(s) répondent les formes malignes et celles bénignes. Dans les formes sévères de syndrome d'hyperthermie, on ne sait pas pourquoi le muscle est prioritairement atteint. Certains déficits enzymatiques sont suspectés. Il serait également important de rechercher le rôle d'associations médicamenteuses dans cette susceptibilité individuelle.

Cette analyse pourrait également permettre de déterminer si des facteurs de susceptibilité individuelle interviennent dans le développement des psychoses et l'évolution des dépressions après consommation de MDMA, et d'établir si celle-ci peut induire, *de novo*, un trouble psychiatrique.

### **ELARGIR LES DISPOSITIFS D'OBSERVATION DES MODALITES DE CONSOMMATION AUX NOUVELLES DROGUES COMME L'ECSTASY**

L'ecstasy, de par sa place dans la classification internationale des stupéfiants - convention de l'ONU ratifiée par la France - et de par les effets provoqués chez les usagers sur le plan de la

santé, nécessite la mise en place d'un système d'observation cohérent et régulier entre les secteurs d'activités sanitaires et sociales concernés. Les indicateurs épidémiologiques, mortalité et morbidité consécutives aux usages et abus d'ecstasy, doivent constituer les bases d'une surveillance épidémiologique comme pour les autres produits à potentiel toxicomanogène. Du fait de l'impossibilité de connaître une population au comportement illicite, des estimations peuvent être faites à partir de sources croisées : interpellations, signalements, enquêtes en population générale et sur les lieux de soins. Ce dispositif doit s'établir en cohérence avec les structures européennes, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) en particulier.

Les services répressifs disposent des données sur les analyses réalisées à l'occasion des saisies. Ces données pourraient être régulièrement publiées par l'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants (OCRTIS), afin de suivre l'évolution de la nature des drogues de synthèse. En effet, les comprimés vendus aujourd'hui sous l'appellation commune « ecstasy » contiennent en général de la MDMA, mais pourraient demain contenir d'autres produits, compte tenu de la facilité de modifier la structure de la molécule. Connaître le plus tôt possible les produits disponibles sur le marché est nécessaire avant d'envisager études de toxicité et actions de prévention.

## **DEVELOPPER DES RECHERCHES**

Le bilan des connaissances met en lumière un certain nombre de domaines pour lesquels il apparaît nécessaire de mettre en place des études expérimentales sur la neurotoxicité de la MDMA et sa potentialité à créer une dépendance. Concernant l'ampleur et le contexte de son usage en France, des études épidémiologiques et sociologiques sont indispensables à la mise en place d'une réelle politique de prévention et à l'évaluation des actions entreprises.

## **PROMOUVOIR DES ETUDES SUR LA DEGENERESCENCE DES FIBRES SEROTONINERGIQUES ET SON IMPLICATION EVENTUELLE DANS L'APPARITION DE TROUBLES COGNITIFS**

A la suite de traitements chroniques par la MDMA, une destruction sélective des terminaisons sérotoninergiques a été mise en évidence chez les rongeurs et les primates. Chez ces derniers, les possibilités de repousse neuritique sont inexistantes en raison de la mort du corps cellulaire. D'après ces travaux, il existe de fortes présomptions pour l'existence d'un tel risque chez les humains. Des travaux sur des échantillons recueillis après décès ou d'imagerie cérébrale chez des consommateurs réguliers d'ecstasy, permettraient de confirmer la neurotoxicité de la MDMA chez l'homme.

Il semble que la MDMA ne soit pas directement responsable de cette neurotoxicité. Il pourrait s'agir de la MDA, métabolite de la MDMA ou de dérivés de la dopamine, neurotransmetteur libéré par la MDMA. Des études comparatives de la neurotoxicité de la MDA et MDMA chez les primates pourraient en partie, répondre à cette question. Dans le cadre de cette recherche, des cibles pharmacologiques de produits protecteurs des neurones sérotoninergiques pourraient être identifiées.

La différence de sensibilité aux effets neurotoxiques de la MDMA entre rongeurs et primates n'est pas explicitée. Il existe également des différences interindividuelles au sein d'une même espèce. Dans cette perspective, se pose le problème de la nature des facteurs de vulnérabilité,

susceptibles chez l'homme de favoriser le rôle neurotoxique de la MDMA. Les conditions environnementales, les toxiques associés pourraient également intervenir.

### **POURSUIVRE LES ETUDES SUR LES PROPRIETES TOXICOMANOGENES DE LA MDMA CHEZ L'ANIMAL AFIN DE DETERMINER L'EXISTENCE OU NON D'UNE DEPENDANCE**

Dans un certain nombre de situations expérimentales classiquement utilisées pour l'étude des substances toxicomanogènes, la MDMA induit chez l'animal un comportement similaire à celui mis en évidence pour des substances aux propriétés addictives démontrées : effets généralisables à ceux de la cocaïne et de l'amphétamine ; propriétés appétitives mises en évidence par la préférence de place conditionnée et par le comportement d'autostimulation électrique du système de récompense dans le cerveau. Le comportement d'autoadministration intraveineuse de la MDMA, observé chez le singe, constitue un bon index des potentialités toxicomanogènes du produit. Cependant, ces études doivent être complétées par la recherche des caractéristiques biocomportementales de cette autoadministration en comparaison avec d'autres drogues et dans différents contextes. En appliquant les modèles existant pour l'héroïne et la cocaïne, il devrait être possible d'étudier l'initiation, le maintien et éventuellement la rechute dans la consommation, de même que les conséquences d'un sevrage après une prise prolongée de MDMA. Les possibilités de dépendance chez l'homme ne sont donc pas exclues, d'autant que la pratique clinique la met parfois en évidence.

D'une façon générale, les recherches devraient s'orienter sur les effets à moyen et long terme d'une administration prolongée. L'existence d'une sensibilisation directe par administration répétée de MDMA ou croisée pour d'autres substances pourrait rendre compte du phénomène de polytoxicomanie. De nombreuses études seront encore nécessaires pour expliquer les différences individuelles.

### **STANDARDISER LES PROTOCOLES D'IDENTIFICATION ET DE DOSAGE DE LA MDMA ET DE SES METABOLITES**

La MDMA et son métabolite principal (la MDA) peuvent être identifiés dans tous les milieux biologiques, comme le sang, la salive, les cheveux et la sueur. La recherche se fait le plus couramment dans les urines, par un dépistage immunologique suivi d'une analyse par chromatographie en phase gazeuse couplée à la spectrophotométrie de masse. Deux kits sont commercialisés en France pour le dépistage immunologique. Leur différence de sensibilité empêche toute standardisation et la mise en place d'une réglementation. L'utilisation des cheveux, comme marqueur d'exposition chronique présente l'avantage d'établir le calendrier rétrospectif de la consommation. Cependant, les résultats quantitatifs doivent être analysés avec précaution. Il serait utile pour les laboratoires impliqués d'avoir une méthodologie validée incluant précision, sensibilité et spécificité. La standardisation de ces procédures d'identification et de dosage de la MDMA présente un intérêt en cas de délits, d'infractions et de troubles de l'ordre public. La réflexion parlementaire en cours sur la réglementation de la sécurité routière, en particulier la conduite sous influence de substance psychoactive, devrait prendre en compte les données sur l'ecstasy.

## **PROMOUVOIR DES ETUDES EPIDEMIOLOGIQUES POUR APPRECIER L'IMPORTANCE DE LA CONSOMMATION D'ECSTASY EN FRANCE**

Les changements rapides de la nature des drogues de synthèse et de leurs usages rendent nécessaires l'actualisation des estimations des prévalences en population générale. Les enquêtes en milieu scolaire sont une bonne approche épidémiologique pour suivre l'évolution de la diffusion d'un produit. Ces études devraient permettre d'analyser le processus de consommation d'ecstasy chez les adolescents (usage ponctuel, répété, dépendance), d'identifier différents sous-groupes de consommateurs et leurs caractéristiques sociales, de mettre en évidence les produits consommés en associations (polyconsommation). Ces enquêtes devraient également étudier comment l'ecstasy est perçue par rapport aux autres produits.

Les enquêtes menées à partir des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, en milieu pénitentiaire, auprès des médecins généralistes ou en milieu ouvert donnent des indications sur le spectre des substances disponibles sur le marché de la drogue. Elles permettent aussi de montrer les caractéristiques principales des usagers d'ecstasy sur le plan socio-démographique, pénal et sanitaire. L'évolution continue des pratiques et usages nécessite d'organiser par ailleurs avec ces partenaires un réseau sentinelle à réactivité rapide pour identifier au plus tôt les nouvelles tendances.

A partir de zones géographiques délimitées, des études quantifiant les usages, les consultations et les décès devraient servir à tester des modèles de prévision de survenue du risque sanitaire lié à l'usage de drogues de synthèse.

## **DEVELOPPER LA RECHERCHE EN SCIENCES SOCIALES SUR LES USAGES, LES TRAFICS ET LES POLITIQUES PUBLIQUES CONCERNANT LES « DROGUES DE SYNTHÈSE » ET L'USAGE DE L'ECSTASY EN PARTICULIER**

Il serait souhaitable qu'un travail de recherche articulant les apports des diverses sciences sociales (sociologie, anthropologie, science politique, économie...) prenne pour objet le développement de l'usage des « drogues de synthèse » en Europe. L'incitation à la recherche pourrait avoir pour objectif de mettre en valeur un certain nombre de caractéristiques centrées autour de trois chantiers : les usages, les marchés et les politiques publiques.

La définition sociale des usagers à partir des *raves-parties* et de la culture *techno* dissimule-t-elle un phénomène plus hétérogène ? Il serait utile de mieux cerner les mécanismes de distribution des usagers dans la structure sociale (conditions et modes de vie, réseaux de relations). Dans la mesure où il s'agit d'un phénomène évolutif, des études longitudinales devraient être effectuées sur des cohortes d'usagers afin d'étudier en termes de « carrières » ou de « trajectoires » les différentes phases qu'ils rencontrent. Des enquêtes ethnographiques devraient, parallèlement, porter sur les modalités et contextes d'usages de l'ecstasy (usages plus ou moins socialisés, solitaires, addictifs, degré de ritualisation ou de codification de la consommation). Les résultats de ces enquêtes permettraient de mieux définir des actions de prévention et les cibles privilégiées.

Dans quelle mesure l'économie de l'ecstasy, et plus largement le marché des « drogues de synthèse », sont-ils spécifiques ? Existe-t-il, y compris au niveau local, une spécialisation des marchés, ou au contraire une polyvalence conduisant à une offre diversifiée ? Quelles sont les conditions sociales d'organisation de ces marchés ? A ce niveau, la mise en place de recherches comparées à l'échelle de villes, de régions ou de pays prendrait toute sa pertinence. Les aspects socio-économiques en jeu ne concernent pas seulement l'économie

dite « souterraine » ou « informelle ». Ils visent également les industries culturelles (musiques, vidéo, presse, multimédias) ainsi que l'économie nocturne des grandes métropoles.

Les réponses en termes de politiques publiques restent à étudier dans un contexte marqué par le maintien d'un régime de prohibition et l'émergence de pratiques de réduction des risques. La diffusion des drogues de synthèse s'est accompagnée de l'émergence de nouveaux acteurs. Quel rôle les associations occupent-elles dans ce contexte ? En fonction de quelles compétences conçoivent-elles leurs actions ? Comment sont définies les interfaces entre le niveau central, les collectivités locales et les structures émergentes ?

# Consommation d'ecstasy en France : indicateurs et tendances

L'ecstasy, dont l'apparition en France semble dater du milieu des années 1980, a d'abord fait l'objet d'une consommation limitée à un milieu restreint, en tant que produit stimulant et aphrodisiaque. Sa diffusion semble s'être nettement accentuée au début des années 1990, auprès d'un public jeune, dans le cadre de liens étroits avec un vaste phénomène culturel et social porté par un nouveau courant musical.

Nous ne connaissons, à l'heure actuelle, que peu de choses sur ce phénomène. Son ampleur est encore difficile à évaluer, ses caractéristiques assez imprécises. Les statistiques administratives existantes en rendent difficilement compte. Les enquêtes en population générale, encore rares en France, ciblent mal ces consommations. C'est la raison pour laquelle l'OFDT supporte deux études pilotes, mettant en œuvre une approche qualitative (ethnographique) d'observation de ces consommations sur trois sites géographiques : Lille, Paris et Bordeaux.

Dans une première partie, sont présentés les quelques indicateurs disponibles à travers le dispositif existant des statistiques ou enquêtes. La seconde partie s'attache à dresser quelques tendances tirées, essentiellement, des résultats provisoires des études évoquées ci-dessus.

## Indicateurs

Le système d'observation permanent, disponible pour surveiller les tendances des évolutions des usages de drogues et des toxicomanies en France, est déficient pour rendre compte des consommations d'ecstasy. En effet, si nous disposons de certains indicateurs pour suivre les consommations de cannabis et les toxicomanies impliquant l'héroïne, les sources d'information disponibles ne sont pas adaptées pour couvrir celles de drogues synthétiques (et de la cocaïne).

## Statistiques administratives

Les statistiques sanitaires ne peuvent pas, actuellement, rendre compte du phénomène. D'une part, le recours aux soins est rare (quand il survient, il est principalement associé à d'autres produits), d'autre part, les systèmes d'information ne prennent en compte ce type de consommation que depuis peu de temps. Ainsi, la principale source d'information en ce domaine, l'enquête annuelle du SESI, n'a intégré l'ecstasy dans ses nomenclatures que depuis cette année.

Les statistiques répressives, compte tenu de l'aspect illégal du produit, rendent mieux compte de l'émergence du phénomène de la consommation d'ecstasy, malgré une grande imprécision ne serait-ce que sur son ampleur. Par exemple, le poly-usage est un facteur perturbant pour un indicateur identifiant un produit principal, car un usage de cannabis peut couvrir celui d'ecstasy et réciproquement. Ainsi, en matière d'infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), on peut relever une augmentation importante.

### **Interpellations pour usage illicite d'ecstasy (source OCRTIS)**

Année	Nombre d'interpellations
1990	32
1994	665
1996	1 179

Bien que leur nombre soit nettement inférieur, les ILS relatives aux amphétamines montrent le même type de tendance.

Les statistiques sur les saisies, bien qu'elles soient également un indicateur ambivalent reflétant à la fois l'activité des services répressifs et la pénétration du produit sur le territoire français, donnent une idée sur la chronologie de l'émergence du phénomène. Les fluctuations annuelles sont à prendre avec prudence, surtout en matière de nombre de doses, car une saisie spectaculaire peut provoquer un "accident" ponctuel sur la série.

### **Saisies de doses d'ecstasy (source OCRTIS)**

Année	Nombre de doses saisies
1990	13 000
1994	255 000
1996	349 000

### **Enquêtes**

La mesure de la prévalence de la consommation d'ecstasy rencontre les difficultés communes à l'ensemble des consommations de drogues avec, toutefois, les problèmes supplémentaires dus à la rapidité des changements intervenant dans ce type d'usage.

Les enquêtes en population générale mesurent la prévalence principalement à l'aide de deux indicateurs :

- la consommation au cours de la vie (au moins une fois) ;
- la consommation au cours de l'année précédente.

La valeur révélée par le premier indicateur est, en fait, la résultante des comportements successifs de différentes générations au cours du temps. Pour une même ampleur de la consommation au cours des ans, l'indicateur sera d'un niveau plus élevé pour un produit ayant une "longue histoire". Ainsi, dans les pays européens qui disposent de telles enquêtes, le niveau de la consommation au cours de la vie, constatée pour l'ecstasy est, en général,

moins élevé que pour les autres drogues synthétiques, comme le LSD, alors que les consommations au cours de l'année sont, en revanche, plus fortes.

En France, les seules données disponibles de prévalence en population générale sont tirées du Baromètre santé du CFES. Il s'agit d'un échantillon représentatif de la population âgée de 18 à 75 ans de 2 000 individus. Compte tenu de la faiblesse de l'effectif de l'échantillon, les résultats sont à prendre avec prudence.

### **Consommation d'ecstasy et d'amphétamines en 1995 (source CFES)**

---

Au cours de la vie	0,7 %
Au cours de l'année	0,3 %

---

La consommation d'ecstasy touchant principalement une population jeune, il serait intéressant de cibler des enquêtes de consommation sur des tranches d'âges plus réduites (18 - 30 ans par exemple). Nous n'avons pas d'enquête de ce type en France.

Néanmoins, l'enquête sur les conduites toxicophiles dans les centres de sélection, réalisée par le service de santé des armées, donne des indications sur la consommation des jeunes hommes âgés de 18 à 23 ans. L'échantillon est de plus de 2 800 individus, dont l'âge moyen est de 20 ans. Ces résultats sont les suivants :

Au vu de cette source d'information, l'usage d'ecstasy s'est fortement accru entre 1995 et 1996.

### **Consommation d'ecstasy en 1996 (Source DCSSA)**

---

Ont essayé?	3,9 %
En consomment régulièrement	1,2 %
Total : en ont consommé une fois	5,1 %

---

Les enquêtes en milieu scolaire peuvent également donner des indications intéressantes, notamment sur le début des consommations, compte tenu de l'âge de la population observée. La dernière enquête disponible en la matière, en France, date de 1993. Il s'agit de l'enquête santé des adolescents réalisée par l'INSERM et qui porte sur un échantillon de plus de 12 000 individus âgés de 11 à 19 ans. Les résultats, datant un peu au regard de la rapidité d'évolution du phénomène, sont les suivants :

### **Consommation durant la vie d'amphétamines et d'ecstasy (source INSERM, 1993)**

---

Garçons	2,8 %
Filles	1,3 %

---

## **Tendances**

La consommation d'ecstasy est très mal appréhendée par le système d'information classique et les enquêtes en population générale ou scolaire. Il est donc nécessaire d'utiliser d'autres

approches plus adaptées à la description du phénomène. C'est le cas de l'approche ethnographique, testée en 1997 avec le soutien de l'OFDT sur plusieurs sites :

- Paris et Lille, exploré par l'IREP ;
- Bordeaux, exploré par le CEID.

Les objectifs de ces deux études pilotes sont :

- décrire les populations et les modes de consommation habituels, ainsi que les consommations associées ;
- décrire les modes de vie et les contextes de l'usage.

## **Populations**

Il s'agit d'une population d'adolescents et jeunes adultes (18 - 30 ans). L'âge moyen (27 ans IREP, CEID) semble inférieur à celui des toxicomanes et la prédominance du sexe masculin (66 % IREP, 67 % CEID) moins accentuée.

Cette population semble bien insérée socialement : activité professionnelle fréquente, bonnes conditions de logement, rareté des antécédents judiciaires, protection sociale. On y rencontre certaines personnes sans activité, mais aussi beaucoup d'étudiants et de salariés. Le niveau scolaire semble plutôt supérieur à la moyenne. L'appartenance à des réseaux sociaux, groupes d'amis, est une des caractéristiques les plus marquantes.

Une partie de la population gay, adhérente au mouvement culturel dans lequel s'inscrit ce type de consommation, semble concernée.

## **Produits**

Le terme ecstasy est un terme générique qui couvre une multitude d'appellations, dont les libellés sont souvent déduits des logos présents sur la pilule (dollar, pomme, soleil, etc.), dont une grande variété de produits actifs, comme la MDMA, ne représente qu'une part. Ainsi, l'appellation peut couvrir d'autres produits illicites (autres amphétamines, LSD, cocaïne...), des médicaments psychotropes, ou autres, à forte toxicité et également un pourcentage sans doute important d'"arnaques" (Doliprane, Nivaquine...). Les dosages en MDMA, quand celle-ci est présente, sont très variables.

Les prix qui étaient, semble-t-il, très élevés dans les années 1980 (de 300 à 500 Francs) ont baissé et sont actuellement entre 50 et 150 Francs la pilule, avec quelques différences entre Paris (100-150 Francs) et la province (50-100 Francs).

## **Consommations**

Une part importante (50 % CEID) des consommations semblent pouvoir être qualifiée d'expérimentale et d'occasionnelle, limitée en nombre de prises et en "occasions" (les soirées). Il semble néanmoins qu'un nombre non négligeable de ces consommations s'inscrive dans un schéma régulier, voire de dépendance, réelle ou ressentie, impliquant, éventuellement, d'autres produits.

Une des caractéristiques majeures de la consommation d'ecstasy est l'importance des consommations associées. En fait, il semble s'agir presque toujours de polyconsommations (successives ou simultanées) impliquant outre l'ecstasy : principalement le cannabis et l'alcool, mais également les autres amphétamines et le LSD, la cocaïne, voire, dans certains cas, l'héroïne. La consommation simultanée de certains produits vient renforcer les effets de l'ecstasy (cocaïne, amphétamines), limiter les conséquences redoutées lors de la descente (cannabis, alcool, héroïne) ou encore modifier l'expérience (LSD). On retrouve, d'ailleurs, les

mêmes produits impliqués comme antécédents de recherche de sensations d'ivresse ou de défonce.

La sociabilité est une autre caractéristique de ce type de consommation. L'expérimentation se produit presque exclusivement en groupe, dans un cadre festif qui n'est pas forcément celui des raves. La dimension sociale est également présente dans une expérimentation du produit : on expérimente pour "essayer" ou à l'occasion d'un "cadeau". On peut toutefois relever que la consommation solitaire n'est pas complètement négligeable et noter même une tendance à l'augmentation de ce type de consommation au fur et à mesure que la consommation d'ecstasy devient régulière.

Les consommations induisent fréquemment des problèmes de santé : complications psychiques (dépression, confusion, etc.) ou physiques (fatigue, "mauvaise descente", etc.).

## **Modes de vie**

La consommation d'ecstasy s'intègre dans des modes de vie particuliers, qui peuvent être l'expression, si ce n'est d'un profond mouvement culturel et social (la "x-génération"), au moins de certains mouvements culturels dont le plus représentatif semble être actuellement le mouvement techno. Il s'agit, en fait, de multiples courants culturels, réseaux sociaux plus ou moins hétérogènes, mais possédant un trait caractéristique commun, l'importance du groupe : groupe de personnes qui sortent, bougent, partagent le même goût pour certaines formes de musique ou de danse. La notion de groupe peut aller jusqu'à celle de "tribu", regroupant des personnes dont les activités sont exclusivement centrées sur la musique, les événements et les modes de vie associés.

Il ne faudrait pas réduire la consommation d'ecstasy au strict cadre des raves. Elle touche bien d'autres milieux (fêtes privées, bars, discothèques, clubs, etc.).

La musique, élément constitutif majeur de ce mouvement culturel, a une place toute particulière dans ces modes de vie. Le mouvement *techno-house* peut être divisé en deux mouvements majeurs :

- la tendance techno, elle-même subdivisée en tendances (trance, hardcore), production musicale alternative, plutôt tenue par des labels indépendants, bien représentée dans le cadre des raves parties ;
- la tendance *house*, plus commerciale et mieux représentée dans le milieu des discothèques.

Le contexte festif est omniprésent : raves, concerts, sorties (bars, discothèques), rassemblements ou manifestations locales, nationales et internationales, fêtes privées (la "teuf"). Elles ont lieu essentiellement le week-end et, pour les grands événements, plutôt le printemps et l'été.

Le fonctionnement en réseau est aussi très caractéristique de ces milieux. Il faut souligner, à cet égard, la place faite à Internet. De très nombreux sites existent. Ils donnent de l'information générale sur les produits, les mouvements musicaux, mais aussi, de l'information pratique sur les "événements". Ils sont également de véritables lieux d'échange (forums), parfois interactifs, grâce aux possibilités de dialogue en direct (le "chat").

## **Perceptions**

Les consommateurs semblent bien informés sur le produit, ses conséquences sur la santé, son caractère illégal. Ils reconnaissent que cette consommation n'est acceptée que par le cercle d'amis, pas par leur milieu familial ou professionnel. Leur information provient, généralement, de pairs (amis, consommateurs).

Néanmoins, leurs représentations du produit semblent parfois contradictoires. D'un côté, il s'agit bien d'une drogue qui peut être dangereuse et induire de sérieux problèmes de santé, voire un risque mortel, et entraîner une dépendance. De l'autre, les consommateurs d'ecstasy ne sont pas considérés, entre eux, comme "toxicomanes" et les consommations sont jugées maîtrisables. Certains consommateurs jugent qu'il s'agit d'une "bonne drogue", en estimant le bilan sensation/dangerosité positif. En fait, l'image de ce produit, en cours d'élaboration, s'organise autour de plusieurs pôles : banalité (cannabis), dimension exploratoire (LSD), fête (cocaïne), etc.

**En conclusion**, la connaissance que nous avons de ce phénomène se révèle lacunaire. Pour l'améliorer, l'OFDT compte explorer certaines pistes de travail :

- approfondir les approches ethnographiques en cours pour mieux cerner les groupes sociaux les plus concernés et les plus vulnérables, les modes d'entrée et de sortie des consommateurs, les types d'usages ou de dépendance ;
- ancrer l'évaluation de la prévalence de ces consommations dans un dispositif d'observation pérenne des usages de drogues en population générale ;
- étudier la mise en place d'un système de surveillance et d'alerte offrant une meilleure réactivité aux évolutions rapides intervenant dans ce secteur et qui pourrait comporter un volet d'analyse des produits.

*Jean-Michel Costes*

*Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)*

## Usage et trafic d'ecstasy en France : évolution sur les dix dernières années

La première saisie d'ecstasy en France a eu lieu il y a un peu plus de dix ans, le 2 avril 1987 exactement. Il s'agissait d'un lycéen, interpellé dans le 3<sup>e</sup> arrondissement de Paris, en possession de 30 cachets d'ecstasy. Quelques mois auparavant, la molécule d'ecstasy était classée produit stupéfiant (ex-tableau B) par un arrêté du Ministre de la Santé en date du 9 juillet et reprise par l'arrêté du 21 février 1990.

Ce produit, comme beaucoup d'autres, vient des Etats-Unis. Molécule synthétisée en 1914 sous le nom de MDA (méthylène dioxy-amphétamine) par le laboratoire allemand Merck, elle est redécouverte dans les années 1960 par le docteur Shulgin de l'université de Californie, qui développe une molécule apparentée : la MDMA (méthylène dioxy-méthamphétamine). Celle-ci est rapidement utilisée dans les cabinets de psychothérapie, puis gagne les campus universitaires et les clubs à la mode. En 1981, elle est surnommée "ecstasy" ("extase") et est interdite aux Etats-Unis en 1985. A cette date, elle est déjà très répandue : alors que 1 000 cachets d'ecstasy suffisaient à l'approvisionnement mensuel de tous les Etats-Unis en 1975, il en faut 30 000 doses par mois pour la seule ville de Dallas, dix ans plus tard. La MDMA va ensuite déferler sur l'Europe, via les plages d'Ibiza, puis au rythme de la musique techno, de laquelle elle est aujourd'hui indissociable dans notre pays. Elle gagnera, en fait, le monde entier. Ainsi, l'OIPC-Interpol a dénombré pour l'année 1996 des saisies d'ecstasy dans trente trois pays des cinq continents.

Les statistiques des services répressifs que l'OCRTIS centralise chaque année, permettent d'aborder la physionomie de la situation française et de dresser un profil des pratiques de consommation de l'ecstasy.

### Situation de l'ecstasy en France au sein des autres drogues

Avant de présenter des chiffres de croissance vertigineux, il semble primordial de situer l'ecstasy dans le contexte des drogues en France.

A l'échelle des indicateurs globaux du trafic et de la toxicomanie, l'ecstasy occupe une part minimale. Les usagers d'ecstasy représentaient en 1996 1,7 % des toxicomanes interpellés, les trafiquants 2,7 %. En 1990, ces rapports étaient de 0,11 % pour les toxicomanes et de 0,2 % pour les trafiquants.

En revanche, l'ecstasy occupe une place prépondérante au regard des drogues de synthèse. Si l'on retient sous ce terme, LSD et amphétamines, cela regroupe 77,6 % des usagers interpellés et 82 % des trafiquants. Sur le plan des quantités, on a saisi en 1996 près de cinq fois plus d'ecstasy que de LSD.

## Constat d'explosion de l'ecstasy

Les différents indicateurs suivis montrent que le phénomène ecstasy a véritablement explosé en 1993 pour amorcer, semble-t-il, une pause relative (figure 1).

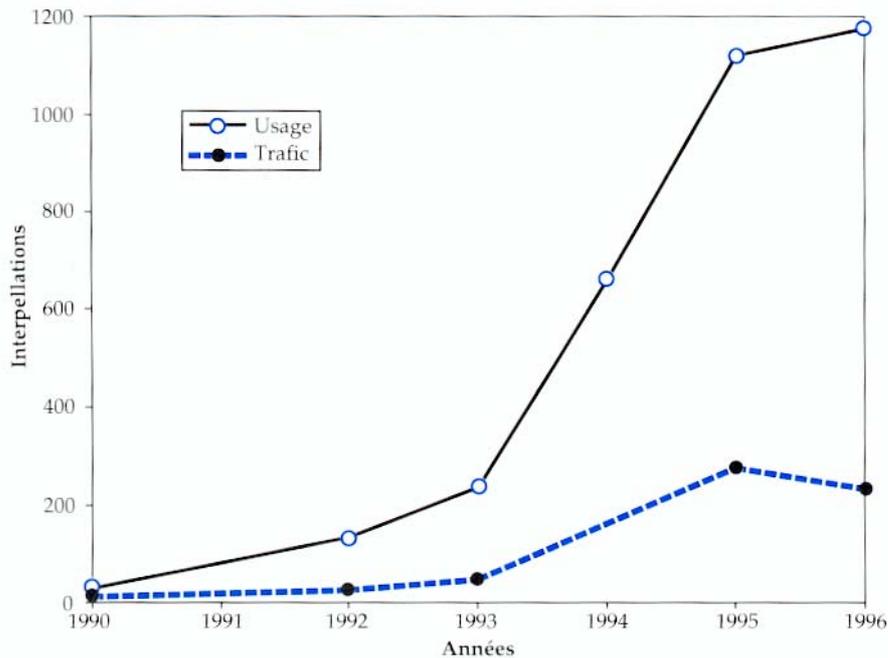


Figure 1 : Interpellations pour usage ou trafic d'ecstasy en France, 1990-1996 (statistiques OCRTIS).

Entre 1990 (année du classement de l'ecstasy comme produit stupéfiant) et 1996, en 7 ans, le nombre des interpellations pour usage d'ecstasy a été multiplié par un facteur 36. Toutefois, la phase d'explosion semble passée : de 1995 à 1996, la croissance a été de + 5 %, et la comparaison des deux premiers semestres 1996 et 1997 annonce une progression de 4,3 %.

Concernant les interpellations de trafiquants, leur diminution de 15,5 % entre 1995 et 1996 (tableau I) semble se poursuivre. La comparaison des premiers semestres 1996 et 1997 marque pour le moment une baisse de 42 % des interpellations pour trafic d'ecstasy.

L'examen des saisies donne véritablement le vertige (figure 2). Depuis l'apparition de l'ecstasy sur le marché français, c'est donc par un facteur 11 000 que les prises ont augmenté. Pour le premier semestre 1997, les saisies seraient en diminution de - 11 % (après une augmentation de + 27 % de 1995 à 1996).

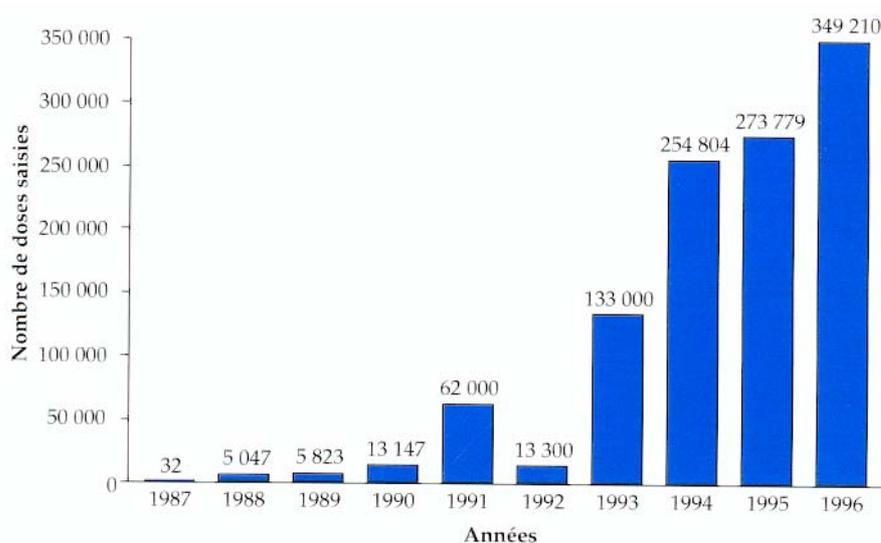


Figure 2 : Evolution des saisies d'ecstasy en France depuis 1987 (statistiques OCRTIS).

Cette croissance explosive n'était pas prévisible. Dans son rapport statistique de 1992, l'Office des Stupéfiants expliquait, à juste raison, que le pic de 1991 (62 000 doses saisies) était dû à la découverte d'un laboratoire de fabrication d'ecstasy en banlieue parisienne, à Champigny-sur-Marne (94). En revanche, ce même rapport concluait hâtivement que le chiffre des saisies était "revenu à des proportions plus habituelles en 1992". En fait, l'année suivante, les saisies étaient multipliées par 10 et ne devaient plus faiblir !

### Trafic à nos portes

Pour le moment, la France est clairement un pays de transit. Cependant, la facilité de fabrication de l'ecstasy n'exclut pas qu'il puisse y être produit. La France est située sur la voie de trafic de l'ecstasy, qui constitue principalement un axe Nord-Sud, de l'Europe du Nord vers la péninsule ibérique. Des laboratoires sont installés depuis longtemps aux Pays-Bas, qui sont toujours la plaque tournante du trafic en Europe. Ils sont cependant concurrencés par les Pays de l'Est avec, au premier plan, la Pologne et la République Tchèque, où des laboratoires et des chimistes se sont reconvertis dans les drogues synthétiques. Des statistiques de l'OCRTIS qui ne prennent en compte que le pays d'acquisition, lequel peut être différent du pays de fabrication, il ressort que l'ecstasy saisi en France provient à plus de 80 % des Pays-Bas (82 % en 1996, 64 % en 1995, 81 % en 1994, 82 % en 1993) (tableau I).

Tableau I : Principaux pays d'acquisition de l'ecstasy (statistiques OCRTIS, 1996)

	Nombre de doses	%
Pays-Bas	289 569	82,9
Allemagne	5 870	1,6
Belgique	4 508	1,3
France	401	0,1
Non précisé	48 833	14
Autres	29	0,01

L'ecstasy acquise en France reste marginale (en 1996, 400 pilules sur 349 000). Cependant, une vigilance de tous les instants s'impose, tant la fabrication de cette drogue s'avère aisée. Deux laboratoires ont jusqu'à présent été démantelés : le premier à Champigny/Marne en 1991, le second en 1996 à Marseille, où le chimiste est venu se constituer prisonnier après avoir détruit la quantité d'ecstasy pour laquelle il avait été embauché, soit 100 000 cachets. Sur le plan chimique, la fabrication d'ecstasy est relativement simple et ne suppose pas de produits précurseurs trop compliqués à obtenir. Par ailleurs, les formules de synthèse sont disponibles sur Internet. Enfin, le profit financier est considérable, puisqu'un cachet revenant à un franc au producteur sera écoulé 30 à 40 francs au grossiste et vendu de 100 à 150 francs au consommateur.

En 1996, l'ecstasy saisie en France était essentiellement destinée à l'Espagne, au Royaume-Uni et à l'Italie (tableau II). Ce tiers est le même, à quelques variations près, tous les ans. En 1996, 13 % étaient réservés au marché français. Ce rapport était de 28 % en 1995 et 15 % en 1994.

## Pratiques de consommation

Statistiquement, l'utilisateur d'ecstasy est un homme, jeune, apparemment bien inséré (tableau III). Il réside dans toutes les régions de France. En 1996, des interpellations ont été effectuées dans 72 départements, contre 34 seulement en 1993. Cependant, les zones les plus fortes restent la Région Parisienne, le Nord - Pas-de-Calais, le couloir rhodanien, la Côte d'Azur et la Bretagne.

**Tableau II : Principaux pays de destination de l'ecstasy (statistiques OCRTIS, 1996)**

	Nombre de doses	%
Espagne	104 404	29,9
Grande-Bretagne	62 505	17,9
France	46 357	13,4
Italie	23 299	6,6
Non précisé	25 485	7,2
Autres	87 160	25

**Tableau III : Profil sociologique de l'utilisateur d'ecstasy - Répartition (%) des usagers interpellés (statistiques OCRTIS, année 1996)**

Age			Sexe		Situation professionnelle	
< 18 ans	18-25 ans	> 25 ans	Homme	Femme	Actifs	Sans profession
2,7 <sup>1</sup>	73,6 <sup>2</sup>	23,7	86,5	13,5	47,5 <sup>3</sup>	52,5

<sup>1</sup> : soit 32 mineurs interpellés en 1996 ; <sup>2</sup> : 72 % en 1995, 67 % en 1994, 72 % en 1993 ; <sup>3</sup> : 40 % en 1995 et 1994, 55 % en 1993.

## **Modes de consommation**

Les motivations à l'égard du produit ont changé. Recherché à l'origine comme drogue de l'amour permettant d'obtenir une quasi-fusion avec son partenaire, l'ecstasy est dorénavant le support de la fête, de la convivialité et de la danse. Cette image est encouragée par la valorisation du produit à travers sa couleur ou son logo.

### *Lieux de consommation de l'ecstasy*

En France, l'ecstasy est inséparable du concept de soirée rave ("délirer") et de la mode de la musique techno. Plus largement, il apparaît dans tous les lieux de fête, aux premiers rangs desquels viennent les discothèques. Les soirées rave constituent un phénomène de société arrivé du Royaume-Uni vers 1989, phénomène qui est le lieu d'expression de la musique techno. Cette forme musicale se caractérise par un rythme très rapide, de 150 à 250 battements par minute, pendant des heures. L'ecstasy aide alors le raver à "tenir la distance" et à se sentir en phase avec l'ambiance. Ces soirées sont parfois organisées dans des discothèques, mais également, et de plus en plus, dans des lieux insolites, tels que bâtiments désaffectés, squats, catacombes, forêts, auxquels on accède après un véritable jeu de piste. En 1996, 747 soirées de ce type ont été recensées. On considère que 70 % des usagers consomment de l'ecstasy à cette occasion.

### *Habitudes de consommation*

L'ecstasy est consommé sous forme de cachets. Toutefois, quelques cas d'injection ont été relevés. De plus en plus, les usagers ont recours aux "cocktails", associant l'ecstasy à d'autres substances, afin de maximiser les effets de l'ecstasy. Sont ainsi recherchés l'alcool, le LSD, et d'autres produits encore peu courants, mais inquiétants, comme la kétamine (appelée "spécial K"), un puissant anesthésique vétérinaire, très en vogue aux Etats-Unis (où elle est qualifiée d'"héroïne psychédélique") et le GHB (gamma-hydroxybutyrate), un psychotrope, notamment recherché par les adeptes du culturisme pour ses effets sur la masse musculaire. La kétamine a été classée stupéfiant en ce qui concerne sa forme solide, le 8 août 1997. Le GHB, quant à lui, fait l'objet d'une attention particulière des autorités sanitaires.

Cette association de produits se généralise. Ainsi en Ecosse, il a été fait état de la vente de "kits de fête" se composant d'ecstasy, de LSD et d'amphétamines.

### *Que consomme véritablement l'utilisateur sous le vocable d'ecstasy ?*

L'ecstasy fait partie de ce que l'on appelle les "designer drugs", ou drogues "à la carte", dont il suffit de modifier légèrement la structure chimique pour obtenir une molécule nouvelle, aux effets similaires, mais d'usage non répréhensible. Cette nouvelle drogue ne deviendra illicite qu'après identification et inscription sur une liste de drogues contrôlées. En France, c'est un arrêté du Ministre de la Santé, sur recommandation de la Commission des Stupéfiants de l'Agence du Médicament, qui classe ainsi les nouvelles substances sur la liste des produits stupéfiants. Parallèlement, des discussions sont en cours au niveau européen pour accélérer et uniformiser le classement de drogues détectées dans un Etat de l'Union.

En 1996, sur les saisies de l'année ayant fait l'objet d'une analyse, il ressortait que l'ecstasy était à 53 % de la MDMA, c'est-à-dire réellement de l'ecstasy. L'autre moitié était, en fait, composée d'analogues de la MDMA : MDEA (20 %), MDA (2 %), MBDB (3 %), autres amphétamines (11 %). Enfin, quelques-uns des cachets étaient, en fait, des médicaments divers et d'autres ne contenaient que du sucre ou de l'amidon.

Une analyse réalisée en 1997 sur un échantillon aléatoire de 77 comprimés issus d'une saisie douanière de 76 000 cachets confirme l'hétérogénéité de la composition : la concentration en principe actif variait de 9 à 80 mg ; des comprimés d'apparence identique en termes de

couleur, forme et logo étaient, en fait, de composition et de dosage différents. Certains cachets n'étaient constitués que de lactose, caféine, bicarbonate et ne contenaient en rien des produits stupéfiants.

Enfin, au delà de modifications moléculaires, l'ecstasy proposé à la vente contient parfois des adjuvants dangereux tels que lessive, strychnine, médicaments psychiatriques ou "mort aux rats".

L'actualité de la première quinzaine d'octobre 1997 confirme les dangers liés à la composition de ce produit et aux risques considérables, mortels en l'occurrence, qui en découlent pour les usagers. Les médias hollandais viennent en effet de diffuser des mises en garde, relayées d'ailleurs en France, à l'égard de quatre types de pilules renfermant de l'atropine, qui est un puissant accélérateur cardiaque, autrefois utilisé dans l'élaboration des gaz de combat, et dont les effets ne se manifestent qu'après quelques heures, laissant ainsi la possibilité au consommateur d'ecstasy d'absorber éventuellement plusieurs cachets sans éprouver de sensations anormales. Le flou existant autour de la nature des cachets d'ecstasy peut être également illustré par l'apparition, aux Pays-Bas et aux Etats-Unis, d'un nouveau type d'ecstasy qui se veut "100 % naturel et composé de plantes exotiques" : *l'herbal ecstasy*, disponible également par correspondance. En fait, sous cette consonance écologique se cache une préparation d'éphédrine et de pseudo-éphédrine, ce qui en fait un produit psychotrope.

Ainsi, il apparaît bien que les usagers ne peuvent connaître véritablement le produit qu'ils vont consommer, ni anticiper ses effets. Notamment, rechercher un type d'ecstasy que l'on apprécie n'est pas une garantie, car des copies, ayant une composition modifiée, circulent sur le marché.

**En conclusion**, les conséquences de la prise d'ecstasy en termes de mortalité peuvent être évoquées. A la connaissance des services de police et gendarmerie, un seul décès semble imputable à cette drogue en France. Cet arbre solitaire et tragique ne doit pas cacher la forêt de malaises, de dépressions et de déchéances qui ont leur origine dans la consommation d'ecstasy. Cependant, dans ce domaine, le pire n'est pas, du moins pas encore, observé en France, mais probablement au Royaume-Uni, où une dizaine d'adolescents décèdent chaque année des suites de la consommation d'ecstasy. Une jeune anglaise ayant passé quarante-huit heures dans le coma après l'absorption d'un "ecsta" déclarait d'ailleurs : "prendre de l'ecstasy, c'est danser avec la mort".

*Gilles Leclair*

*Chef de l'Office central pour la répression  
du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS)*

## Ecstasy dans les pays de l'Union Européenne

Quelles sont les approches pertinentes pour étudier le « phénomène ecstasy » ? Doit-on l'étudier par le biais de la criminologie, de l'épidémiologie, de la psychiatrie, de la sociologie, de l'ethnographie ou de la pharmacologie ? Pour l'ecstasy, les dimensions culturelles et médiatiques sont spécialement significatives. C'est un nouveau phénomène, lié à la psychopharmacologie, qui s'est développé avec la culture « rave » parmi la jeunesse.

En Europe, l'ecstasy est apparue dans les années 1985-1986 et plus précisément à Londres et en Angleterre, associée à un mouvement d'avant-garde et de contre-culture. A partir de 1989, le phénomène s'est propagé en Espagne, puis aux Pays-Bas et en Allemagne. Il est arrivé finalement en France et en Italie, avant de se répandre dans le reste de l'Europe.

### Saisies en Europe

L'ecstasy est souvent comparée à deux autres drogues : les amphétamines et le LSD. Le nombre de saisies de ces trois types de drogue révèle la taille du marché. Entre 1988 et 1995, le nombre de doses saisies d'ecstasy dans l'Union Européenne est passé de moins de 10 000 à 2,6 millions de doses, avec un pic, en 1992, de 3,4 millions de doses (figure 1).

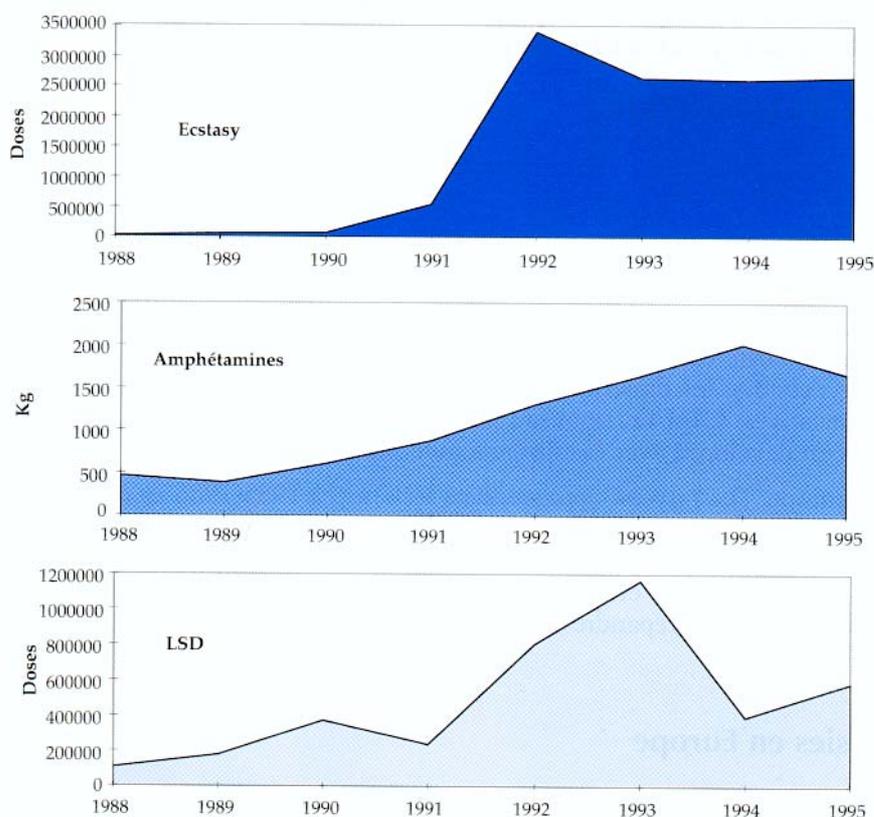


Figure 1 : Saisies d'ecstasy, d'amphétamines et de LSD dans la CEE (1988-1995).

En 7 ans, le nombre de saisies a été multiplié par un facteur 272, montrant ainsi l'explosion du marché de l'ecstasy. Pour les amphétamines, pendant la même période, les saisies sont passées de 460 à 1 600 tonnes (figure 1). Les saisies ont augmenté d'un facteur 4, ce qui montre une expansion plus modeste du marché. Le nombre de doses de LSD saisies fluctue beaucoup plus durant ces mêmes années, variant de 100 000 en 1988 à 580 000 en 1995, en passant par plus de 1 million de doses en 1992 (figure 1). Le marché s'élargit en moyenne d'un facteur 5.

En 1995, les principales saisies d'ecstasy effectuées en Europe sont supérieures à 200 000 doses et sont réalisées, par ordre décroissant, en Espagne, au Royaume-Uni, en Allemagne, en Belgique et en France. En comparaison, les principales saisies de LSD et d'amphétamines ont eu lieu principalement au Royaume-Uni (plus de 50% des saisies de la Communauté Européenne).

Au cours du temps, la composition des pilules d'ecstasy saisies au Royaume-Uni a évolué. A la fin de 1992, ces pilules contenaient presque autant de MDMA que de MDA et de MDEA. A la fin de 1994, elles ne comportaient pratiquement que de la MDMA. Mais au début de 1996, ces pilules étaient composées à parts égales de MDMA et de MDEA, tandis que la MBDB apparaissait sur le marché (figure 2).

## Prévalences de consommation en Europe

D'après les enquêtes en population scolaire (15-16 ans), la prévalence de consommation de l'ecstasy au cours de la vie varie de 0,2% en Finlande à 8,3% au Royaume-Uni (tableau I). Les taux les plus forts sont observés au Royaume-Uni et aux Pays-Bas (5,2%), en Belgique (4 à 5%) et en Espagne (2,9%). Au Royaume-Uni, de forts taux de prévalence sont également observés pour les amphétamines et le LSD avec 13,4% et 14,6% respectivement.

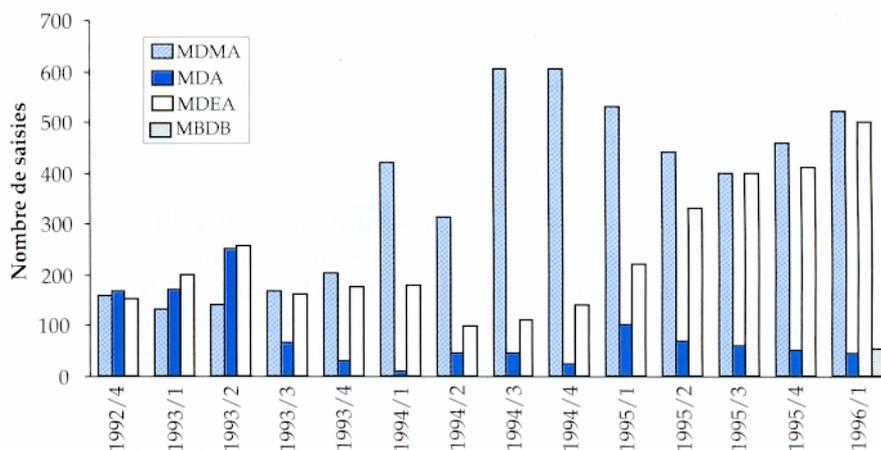


Figure 2 : Saisies de MDMA, MDA, MDEA, MBDB au Royaume-Uni (1992-1996).

**Tableau I : Prévalence de la consommation de drogues de synthèse au cours de la vie dans la population scolaire (15-16 ans) (%)**

Pays	Année	Ecstasy	Amphétamines	LSD
Finlande	1995	0,2	0,5	0,3
Suède	1996	0,5	0,6	0,7
Portugal	1995	0,54	1,97	0,4
Luxembourg	1992	0,9	10,6	0,9
Danemark	1995	1,5	2	1,4
Espagne	1994	2,9	3,5	4,5
Belgique	1994	4-5	4	2-3
Pays-Bas	1992	5,2	3,3	
Royaume-Uni	1996	8,3	13,4	14,6

Les prévalences de consommation au cours de la vie en population générale sont comparées pour les deux types de drogue, ecstasy et amphétamines, et cela dans trois pays européens. Les prévalences de consommation sont de 3% au Royaume-Uni, 1,8% en Espagne, 1,6% en ex-Allemagne de l'Ouest et 0,7% en ex-Allemagne de l'Est (Tableau II). Les taux de prévalence de consommation des amphétamines sont en général assez proches de ceux de l'ecstasy, parfois cependant nettement plus élevés, comme au Royaume-Uni (9%). Ceci est dû à une plus grande ancienneté des amphétamines par rapport à l'ecstasy. Pour les populations jeunes (tranche d'âge de 15-39 ans), le taux de prévalence de consommation de l'ecstasy augmente dans ces quatre pays et atteint 9% au Royaume-Uni.

La prévalence de consommation au cours de l'année précédant l'enquête donne une idée de la consommation actuelle d'ecstasy et d'amphétamines. Pour ces deux produits, le taux est inférieur à celui calculé au cours de la vie. Dans la plupart des cas, le taux de prévalence de l'ecstasy est supérieur à celui des amphétamines, illustrant la nouveauté relative de l'ecstasy par rapport aux amphétamines, sauf au Royaume-Uni où l'ecstasy est déjà un produit « ancien ».

La figure 3 présente la fréquence annuelle d'utilisation d'ecstasy, d'amphétamines et de LSD en Allemagne et au Royaume-Uni. Plus d'un tiers des utilisateurs n'ont consommé qu'une à deux fois de l'ecstasy : 36% en Allemagne et 32% au Royaume-Uni. Un quart dit en consommer rarement : 24% au Royaume-Uni et 29% en Allemagne (2 à 9 fois). Un autre quart dit en consommer occasionnellement : 24% au Royaume-Uni et 27% en Allemagne (10 à 59 fois). Au Royaume-Uni, 12% des utilisateurs sont des consommateurs réguliers contre 3% en Allemagne (60 à plus de 100 fois). Si à peu près les mêmes fréquences de consommation sont observées pour l'ecstasy, le LSD et l'amphétamine au Royaume-Uni, par contre, le style de consommation d'amphétamine apparaît différent des deux autres produits en Allemagne.

Les données sur la mortalité due aux drogues de synthèse sont rares, car difficiles à collecter. Il demeure cependant évident que la mortalité associée à la consommation de ces drogues est faible comparée à la mortalité causée par l'abus des opiacés. En 1995, 42 décès ont été enregistrés comme dus à la consommation d'ecstasy au Royaume-Uni et 9 en Allemagne. En Espagne, durant la période 1989-1995, la MDMA a été retrouvée à l'autopsie chez 14 sujets décédés à la suite de l'ingestion de drogues.

## Données des centres spécialisés de soins

En Europe, les usagers de drogues synthétiques fréquentent peu les centres spécialisés de soins parce que, dans la plupart des pays, les services se sont développés essentiellement pour apporter une aide et un traitement aux usagers d'opiacés. Les usagers chroniques d'amphétamines peuvent trouver des centres de soins en Suède, au Danemark et, en moins grand nombre, au Royaume-Uni.

Les usagers de drogue en traitement ont souvent consommé plusieurs produits. Dans les services de soins, il est d'usage de répertorier comme drogue primaire la drogue qui a justifié le recours aux soins et comme drogues secondaires toutes celles qui ont été consommées le mois précédant la mise sous traitement. Les drogues de synthèse, si elles sont rarement désignées comme drogues primaires, sont néanmoins fréquemment enregistrées en tant que drogues secondaires.

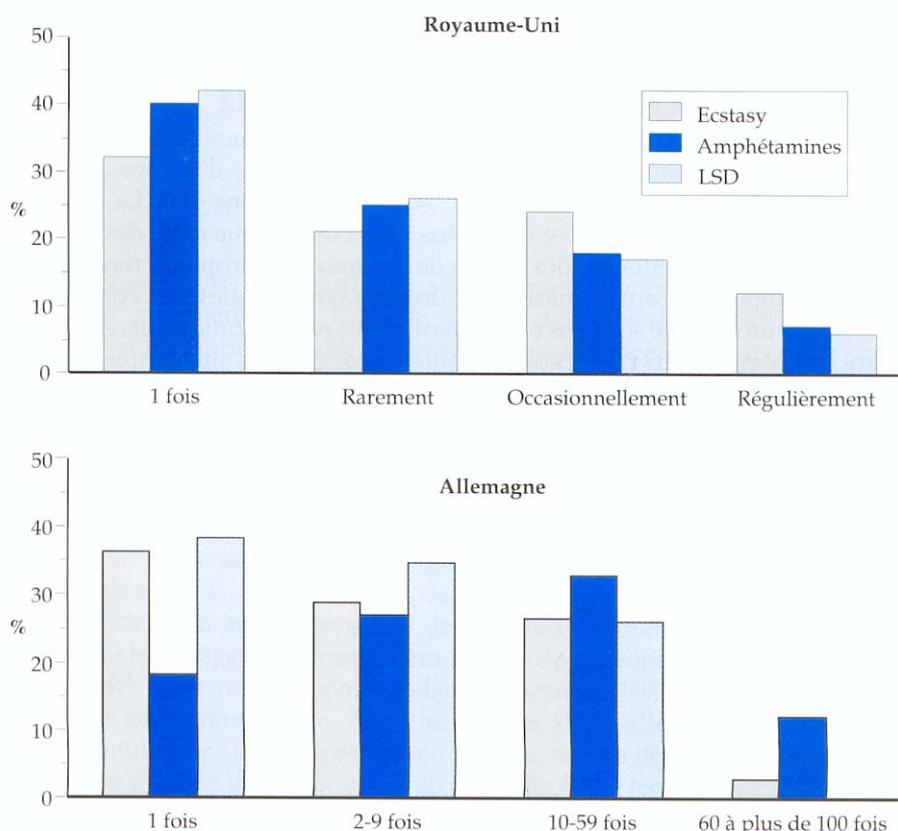


Figure 3 : Fréquence annuelle d'utilisation des drogues synthétiques en Allemagne et au Royaume-Uni (1995).

En Finlande, 48% des sujets en traitement en 1995-1996 le sont pour dépendance aux amphétamines, 2% pour des problèmes relatifs à la consommation d'ecstasy et 1% pour les hallucinogènes. En Suède, d'après les données recueillies en 1983 et 1984 sur les traitements à long terme, 47% des patients traités sont des usagers d'amphétamines, 33% de cannabis et 17% d'héroïne. En Angleterre, entre 1994 et 1995, sur 20 733 nouveaux traitements rapportés, 8,7% concernent un problème primaire d'amphétamines, 1,2% un problème primaire d'ecstasy et 0,8% un problème primaire d'hallucinogène. De plus, 18% des sujets avaient consommé des amphétamines dans le mois précédant l'entrée en traitement. En Allemagne, 4,9% des sujets en traitement le sont pour consommation d'hallucinogènes, contre 1,8% de psychostimulants. Au Luxembourg, 1% des sujets en traitement en 1995 rapportent avoir utilisé la MDMA comme drogue principale et 8% signalent en avoir consommé occasionnellement. Au Pays-Bas, 900 nouveaux clients en 1995 sont enregistrés comme ayant

une drogue synthétique en usage principal (amphétamines 72%, ecstasy 25% et LSD moins de 1%).

**En conclusion**, des études sur la consommation de drogues synthétiques ont été ou sont actuellement effectuées dans plusieurs pays d'Europe : France, Espagne, Royaume-Uni, Irlande, Italie, Allemagne et Pays-Bas. La consommation des drogues de synthèse est moins bien connue que celle des opiacés. Les systèmes de surveillance des usages de drogues en Europe ne rendent pas toujours compte des consommations de drogues synthétiques. Les consommateurs de ces drogues ne sont pas totalement ciblés par les indicateurs existants. Enfin, les changements rapides de la nature de ces drogues augmentent encore la difficulté d'observation.

*Richard Hartnoll*

*Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), Lisbonne*

## Usage et trafic d'ecstasy dans le monde - projections

Cet exposé n'a pas de prétentions scientifiques. Il se propose de faire état de quelques sentiments, nés à l'issue de mes activités de conseiller juridique chargé par les Nations Unies d'apporter une assistance aux États confrontés à la drogue et ne disposant pas d'une législation adaptée.

### Constats

Lors de la Conférence sur la politique des drogues en Europe (Bruxelles, 7 et 8 décembre 1995), le responsable de l'Observatoire Européen des Drogues a attiré l'attention sur l'émergence des drogues synthétiques. Très prisées au Japon, mais d'usage peu courant dans le reste de l'Europe, les amphétamines et la MDMA étaient consommées, dans les années 1980, essentiellement en Suède et au Royaume Uni. Avec les années 1990, elles se sont progressivement popularisées un peu partout en Europe, auprès des jeunes, tout particulièrement dans les discothèques et au cours des *house parties* et des raves. Cette explosion de la consommation touche aujourd'hui aussi bien les adolescents que les jeunes adultes. Ces observations sont corroborées par des enquêtes réalisées aux Pays Bas, en Espagne et au Royaume Uni. En France même, où ce type de drogues n'avait pas encore fait son apparition, la progression des saisies d'ecstasy est très significative : 1992, 13 000 doses ; 1993, 133 000 doses ; 1994, 254 000 doses. On assiste donc à une véritable mutation des pratiques. Non seulement les pays concernés par l'usage de ces substances voient leur consommation augmenter, mais des pays qui ne semblaient pas jusqu'alors impliqués, le sont soudain. Aujourd'hui, cet usage semble également atteindre des populations plus larges, notamment des jeunes ne présentant pas les profils habituels des toxicomanes. Les responsables ne semblent pas encore alertés par ces évolutions. Depuis la conférence de la Haye de 1912, le système de contrôle international portait surtout sur les substances d'origine naturelle. Ce n'est qu'en 1971 qu'une convention fut consacrée aux substances d'origine synthétique, et prévoit simplement d'y appliquer les dispositions mises en place pour les stupéfiants.

Bien entendu, tant sur le plan politique que légal, de nombreux États ont organisé un système de contrôle des activités licites, ainsi qu'une surveillance des psychotropes. Pourtant, dans le même temps, l'essentiel de l'activité et des efforts nationaux va à la lutte contre l'héroïne et la cocaïne, et à la réduction des risques liés d'une part au développement du Sida, d'autre part à l'utilisation des seringues. L'accent est mis sur les décès par overdose, la gravité de la dépendance, la délinquance induite par cette dépendance, le prosélytisme des héroïnomanes, leur marginalisation. Les dispositifs policiers et douaniers aux frontières et les chiens détecteurs jouent le même rôle. De plus, l'argent de la drogue provenant avant tout de l'héroïne et de la cocaïne, ces substances sont les premières touchées par la lutte contre le blanchiment de l'argent. On observe les mêmes tendances sur le plan international : les bureaux du Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues

(PNUCID) sont implantés dans le Sud-est et le Sud-ouest asiatique, ainsi qu'en Amérique latine ; l'action de la Commission des Stupéfiants (CND), d'Interpol et du *Custom Coordination Council* (CCC), les rapports de l'Organisation internationale de contrôle des stupéfiants (OICS) procèdent de la même stratégie ; la liste des précurseurs placés sous contrôle par la Convention de 1988 va dans le même sens. Cette tendance est encore renforcée par certains intervenants en toxicomanie qui axent leur action sur la prise en charge des héroïnomanes, et par les partisans de la légalisation de l'héroïne. Selon moi, cette focalisation a un double effet : sur les responsables, un effet que j'appellerai "Désert des tartares", du titre de ce roman de Dino Buzzati où l'attente sans fin de l'ennemi finit par détourner l'attention des soldats du danger qui les emportera ; sur les trafiquants, un effet d'incitation à contourner le dispositif en se tournant vers d'autres substances dont ils pourront organiser la production et le trafic à moindre risque.

## Evolution de la demande

C'est dans ce contexte d'adéquation de plus en plus forte entre les besoins de la jeunesse et les possibilités offertes par les drogues de synthèse et les amphétamines, que la demande se développe. L'intérêt économique et financier s'y ajoute. Ainsi, l'offre et la demande se structurent peu à peu autour des drogues de synthèse, que celles-ci soient à effets excitants ou sédatifs.

Cannabis et héroïne répondaient aux idéaux de 1968 de refus de la modernité et de volonté de rupture ; la torpeur des opiacés convenait aux années 1960 (fin du colonialisme, remise en cause idéologique et culturelle, contestation du style de vie parental). A une époque de plein emploi, le recours à la drogue revendiquait le droit à ne pas travailler : le niveau de prise en charge sociale, même contesté, sécurisait. Voilà qui explique en partie le succès de l'héroïne et du cannabis dans l'imaginaire aussi bien des usagers, que des usagers potentiels, que des sociétés. En revanche, la fin des années 1990 est plutôt dominée par la loi du "marche ou crève !".

Selon le même processus de représentation, les amphétamines et les drogues de synthèse deviennent la réponse adéquate au *struggle for life*. Drogue de la contestation et des rituels de fascination, l'héroïne est la drogue de la mutilation, et renforce en cela l'image de la marginalisation. L'héroïnomane est perçu comme raté, introverti, nombrilique, immature, abêti. Or, à notre époque, ce modèle ne suscite plus l'identification. Dans leur représentation sociale, les drogues de synthèse, au contraire, offrent une image ouverte et positive, en phase avec l'époque : sociabilité, communication, prise sur la réalité, vitalité, dynamisme. A cela s'ajoute le phénomène de la musique techno (150 vibrations/minute). Les raves occupent les week-ends de la jeunesse. Les drogues de synthèse satisfont des désirs ponctuels très diversifiés et s'éloignent des rituels entourant la consommation de cannabis, d'héroïne et de cocaïne. Ce qu'offrait l'héroïne était univoque. Avec les drogues de synthèse, on peut à la fois affronter la réalité de son temps (chômage, guerre, mondialisation, remise en cause des modèles économiques et sociaux), la fuir et la transformer, chercher à répondre aux exigences de performance de son époque et ne pas perdre espoir dans les difficultés, avoir un style de vie individuel et s'identifier collectivement. Les drogues de l'avenir sont celles qui permettent à la jeunesse de vivre intensément, sur un mode à la fois "rebelle" et intégré.

Le recours aux drogues de synthèse a également augmenté sous l'effet du développement de la consommation de Prozac<sup>®</sup> qui, pratiquée en effet dans le champ licite, est susceptible de se combiner aux pratiques des jeunes dans le champ illicite. Par exemple, avec les petites pilules multicolores (qui fonctionnent inconsciemment comme ces médicaments que l'on peut prendre à tout instant), les inhibitions face à la prise de l'héroïne tombent. Ainsi,

paradoxalement, la consommation licite de médicaments du type Prozac<sup>®</sup> stimule la production, le trafic et la consommation de substances illicites ; ces deux consommations semblent, en effet, répondre à des aspirations identiques, tout en permettant aux jeunes de marquer leur différence et de provoquer leurs parents, "défoncés au Prozac<sup>®</sup>".

Dès lors, ces substances peuvent-elles aider un jeune susceptible de passer à la toxicomanie à médiatiser ses problèmes ? Ce facteur semble également stimuler la consommation de drogues de synthèse. En effet, celles-ci sont non seulement capables de se substituer à l'héroïne ou à la cocaïne, mais de s'y ajouter. La polytoxicomanie est un phénomène non négligeable qui n'en rend que plus clair le message du toxicomane.

## Evolution de l'offre

Parmi les facteurs de nature à stimuler l'offre, le premier est donc le développement de la demande. L'intérêt économique et financier joue un rôle tout aussi important. Pendant longtemps, il s'est porté sur l'héroïne et la cocaïne. Aujourd'hui, commencent à émerger des raisons de s'intéresser à d'autres substances, notamment synthétiques.

En forçant un peu le trait, on pourrait dire que l'arrivée du Boeing 707, en 1958, a donné le coup d'envoi à l'organisation des circuits de la drogue tels qu'ils se sont développés dans les années 60. L'objectif du trafic mis en place depuis est de maintenir dans un champ donné une demande supérieure à l'offre pour pouvoir contrôler le marché et les prix. Ce fut le cas pendant 30 ans, avec le cannabis, l'héroïne et la cocaïne, cela commence à ne plus être vrai, ces drogues étant devenues largement disponibles. En revanche, l'effet de mode sur les jeunes, l'engouement pour les médicaments qui mettent en forme, l'écho donné au phénomène par les médias font que la demande virtuelle pour les drogues de synthèse est très forte, face à une offre encore limitée. Les trafiquants s'intéressent donc de plus en plus à ces substances. Déjà, les saisies de drogues de synthèse dans le monde sont passées de 16 tonnes en 1993 à 26 tonnes en 1994, année au cours de laquelle les drogues les plus utilisées en Europe ont été les amphétamines et l'ecstasy (loin devant l'héroïne).

Le marché potentiel est donc considérable, d'autant que le nombre d'utilisateurs cibles de ces nouvelles substances est bien supérieur au nombre d'usagers d'héroïne ou de cocaïne. Le marché de l'héroïne couvre pour l'essentiel une clientèle bien identifiée, qui pose des problèmes mais ne représente pas plus de 5 % de la population. Le marché potentiel des amphétamines et de l'ecstasy, en revanche, recouvre une population de jeunes beaucoup plus importante : ceux qui fréquentent les boîtes de nuit, ceux qui se veulent "performants". On est donc en présence d'un véritable changement d'échelle, qui peut amener les trafiquants à miser sur le décuplement des marchés (lesquels, compte tenu du faible prix des psychotropes, pourront même s'étendre aux pays pauvres).

Dès lors que la demande se porte déjà sur les drogues synthétiques, la stratégie des trafiquants vis à vis de ces nouveaux usagers est tracée. Les gains escomptés sont encore plus importants qu'avec l'héroïne et la cocaïne : les matières premières sont peu coûteuses, les processus de fabrication simples. Une implantation à proximité des lieux de consommation permettrait de raccourcir les filières, de réduire les coûts de transports et d'intermédiaires, de baisser les prix tout en maintenant la marge, voire en l'accroissant. Finalement, le développement risque d'être considérable et les bénéfices gigantesques. Les innombrables variations possibles des formules chimiques ouvrent la voie à des déclinaisons à l'infini de produits nouveaux : le marché devient illimité et peut "coller" instantanément aux tendances de la demande (stimulants, dépresseurs, hallucinogènes...). En effet, aux frontières, la vigilance des douaniers et policiers occupés à rechercher d'autres drogues risque d'être prise

en défaut, les chiens renifleurs n'étant pas dressés à détecter ces nouvelles substances (dont les circuits peuvent, par ailleurs, se confondre avec les circuits licites).

## Enjeux

Cette nouvelle donne doit entraîner une évolution des comportements de la communauté internationale et des États.

Au risque d'un fort développement de la production, du trafic et de l'usage des amphétamines et de l'ecstasy, s'ajoute celui de voir apparaître sur le marché un nombre illimité de nouvelles molécules, d'autant plus dangereuses qu'elles viseront à aller toujours plus loin dans la quête de nouveaux effets (plusieurs émissions de télévision ont déjà été consacrées à ce savant fou de Rotterdam qui, conventions des Nations Unies en main, met sans cesse au point de nouvelles molécules immédiatement voisines de celles prohibées). Les modes jeunes se répandent vite, et la plupart des pays risque d'être rapidement concernée : les pays occidentaux qui paraissaient réfractaires, aujourd'hui, aux amphétamines, l'Europe de l'Est, les pays en voie de développement. Les jeunes risquent d'être beaucoup plus touchés que dans la proportion de 5 % de l'héroïne : ceux qui n'ont pas de problèmes particuliers, mais veulent vivre leur jeunesse, sortir le samedi soir, avoir des loisirs à la mode. Le risque est ainsi de voir naître, dans tous les milieux, en fonction de la rumeur, des engouements pour telle ou telle molécule. De plus, si l'on considère le niveau actuel élevé de consommation de benzodiazépines par les personnes âgées en France, on peut même s'interroger sur la résistance que cette population pourrait offrir à de nouvelles substances (mêmes illicites), dès lors que les trafiquants s'adaptent à ce marché.

Mais, dira-t-on : "Il n'y a aura pas de délinquance utilitaire, comme avec l'héroïne". Certes, pour la plupart de ces nouvelles substances, la dépendance n'atteint pas celle de l'héroïne, et les prix sont faibles. Mais le risque n'est pas à écarter de voir apparaître sur le marché des succédanés d'héroïne ou même des substances synthétiques plus puissantes et plus addictives que celles d'aujourd'hui. De plus, à côté des trafiquants, pourraient se développer des réseaux constitués d'usagers revendeurs (au chômage, par exemple). Si l'usage se répand dans toutes les classes sociales, les trafiquants d'héroïne et de cocaïne tenteront de se servir de ces nouveaux réseaux pour se maintenir. Dès lors, les jeunes se verront proposer à la fois des drogues de synthèse et de l'héroïne. L'usage d'héroïne risque ainsi de s'étendre à des milieux qu'il n'aurait pas dû toucher. Les héroïnomanes, toujours preneurs de nouveaux mélanges, viendraient également grossir le marché et risqueraient d'accroître la polytoxicomanie lourde. Enfin, le danger serait de parvenir à isoler la molécule permettant d'obtenir une véritable fidélisation, comme cela a été le cas avec l'héroïne.

En outre, il se peut que l'usage de ces produits aggrave les problèmes de la délinquance. Ces drogues, en effet, ont en commun de rendre leurs usagers dangereux, non du fait du manque, mais par leur effet même (immédiat ou à terme). Par exemple, la prise régulière d'amphétamines peut entraîner des pertes de contrôle, des délires, des passages à l'acte plus fréquents, des évolutions vers la paranoïa, des comportements irraisonnés et des violences répétées sur l'entourage. Finalement, ces jeunes, à l'origine insérés, risquent de tomber dans une spirale qui les conduira à la marginalisation.

En outre, le prosélytisme des consommateurs de ces nouvelles drogues risque d'être d'autant plus efficace qu'il s'agit d'adolescents qui fonctionnent entre eux, et sont particulièrement influençables du fait que leur appartenance au groupe leur confère une identité forte.

Du point de vue de la prise en charge, la consommation de substances synthétiques risque également de se traduire par des effets paradoxaux, dans la mesure où, le plus souvent, il n'y

aura pas de demande : le jeune se sent normal, il ne ressent pas de manque, il ne fait que "s'éclater" avec ses copains le samedi soir, ne manifeste là que sa volonté d'intégration et non d'exclusion. La prévention n'en sera que plus difficile, son efficacité que plus limitée à l'égard de mineurs qui n'auront d'autre référence que celle d'une société qui exalte les pilules du bonheur.

Dans les années 1960, on se droguait pour se démarquer de la société ; demain, on prendra des amphétamines pour faire face aux exigences de la vie en société. L'évolution de l'opinion publique, elle-même, n'est pas prévisible. L'héroïne faisait peur : il n'est pas certain qu'il en aille de même pour les drogues synthétiques. Le grand public craindra les excès mais, dans le même temps, l'interdit social risque de faiblir face à la banalisation du phénomène.

**Bernard Leroy**

*Conseiller chargé de l'assistance juridique aux Etats*

*Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues*

## Géopolitique de l'ecstasy

*Dans le Comté de Jackson, Missouri (États-Unis), en juin 1997, les agents des stupés font irruption dans un modeste pavillon. A côté de la chambre de ses deux enfants de 8 et 4 ans, le père de famille a bricolé un laboratoire de fortune. A partir de produits chimiques de consommation courante et de médicaments en vente libre, il y produisait de la méthamphétamine, qu'on surnomme ici la "cocaïne du plouc", ou encore meth, crank ou ice. En 1992, le bureau de Saint-Louis de la Drug Enforcement Administration (DEA), la police fédérale antidrogues, avait saisi six de ces laboratoires dans tout le Midwest : une zone englobant, outre le Missouri, le Kansas, l'Iowa, le Nebraska, le Dakota du Sud et le sud de l'Illinois. En 1995, ce nombre était passé à 66 et atteignait le record de 303, en 1996.*

*A Johannesburg, Afrique du Sud, en juin 1997, dans la gare de la ville, louée pour la circonstance, une gigantesque rave party rassemble quelque 25 000 fans de musique techno. Le record national d'affluence est battu, Et donc, c'est le jackpot pour les dealers d'ecstasy. Les observateurs estiment qu'il s'y est vendu entre 10 000 et 15 000 comprimés de la "drogue de l'amour", à un prix de vente unitaire compris entre 80 et 100 rands (de 105 à 130 FF) ce qui correspond à plus d'un million de francs de chiffre d'affaires. Au moins deux soirées géantes de plus de 10 000 personnes sont organisées chaque mois dans le pays du président Nelson Mandela. En 1994, la police n'y avait encore jamais saisi d'ecstasy. Pour alimenter ce marché tout neuf et en pleine explosion, les trafiquants troquent l'herbe de cannabis locale, exportée par tonnes, contre de la drogue produite aux Pays-Bas ou en Grande-Bretagne. Mais, au début de l'année, 3 laboratoires clandestins ont été démantelés dans la région de Johannesburg.*

Ces deux exemples, parmi cent autres, illustrent l'importance prise dans le monde par les drogues de synthèse (également appelées psychotropes ou *dangerous drugs*), ainsi nommées par opposition aux drogues naturelles, tirées de plantes (dérivés du cannabis, comme l'héroïne extraite du pavot et la cocaïne des feuilles du cocaïer).

### Rappel historique

L'histoire de ces drogues de synthèse commence au XIX<sup>e</sup> siècle, en même temps que les principes actifs des plantes à drogues sont identifiés. Les chercheurs de l'industrie pharmaceutique naissante s'en inspirent pour élaborer des composés imitant leur structure chimique. La recherche d'opiacés de synthèse se développe, particulièrement en Allemagne, qui découvre la péthidine en 1939, puis la méthadone et le fentanyl. Les barbituriques (dépresseurs du système nerveux central utilisés comme somnifères) sont découverts en 1903 et leur consommation se répand aux États-Unis. Les stimulants ne sont pas oubliés. A Tokyo, en 1885, l'éphédrine est extraite de l'*Ephedra vulgaris*, une plante déjà utilisée par les Chinois il y a 5 000 ans. L'amphétamine et ses dérivés naissent de ces travaux qui sont également exploités aux États-Unis et en Allemagne. Ces trois pays en feront un usage intensif pendant la seconde Guerre mondiale pour doper leurs soldats.

C'est d'ailleurs au Japon qu'apparaît, pour la première fois, l'abus massif de drogues de synthèse. Après la défaite de 1945, les amphétamines y sont mises en vente libre, puis rapidement classées parmi les drogues dangereuses. Mais le mal était fait car, en 1954, deux

millions de Japonais (sur cent millions d'habitants) consomment des cachets et 500 000 s'injectent la drogue.

En Occident, les psychotropes s'installent à la fin des années 1950. D'abord prescrits légalement, les dérivés amphétaminiques, vantés comme les drogues de la performance, rencontrent un succès foudroyant chez les étudiants espagnols ou chez les cols bleus de l'Amérique profonde. Ces drogues alimentent bientôt le marché clandestin. Sous forme d'ampoules pour injections intraveineuses, amphétamine et méthamphétamine gagnent la Scandinavie dans les années 1960. A Stockholm (Suède), on compte 4 000 toxicomanes en 1965. Aujourd'hui, héritage de cette époque, l'abus à grande échelle d'amphétamines est signalé dans de nombreux pays européens, dont l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, le Royaume-Uni et la Suède.

Cependant, l'explosion de l'offre mondiale des drogues naturelles, les redoutables effets secondaires des drogues de synthèse ("médicaments" dont le client est le premier cobaye), ainsi qu'un meilleur contrôle international des substances psychotropes (visées par la Convention des Nations Unies de 1971) empêcheront pendant longtemps le développement du marché de ces produits, à l'exception notable du Japon. Les *yakuza* ou *boryokudan* (la mafia nipponne) y détiennent le monopole de la distribution et développent des centres de production de méthamphétamine (l'*ice*, baptisée là-bas, *shabu*), en Corée du Sud, en Thaïlande, à Taiwan, puis aux Philippines. A la fin des années 1980, on estimait à deux tonnes la consommation annuelle de dérivés amphétaminiques au Japon. C'est depuis l'Asie qu'à partir de la fin des années 1980, la forme cristallisée du chlorhydrate de d-méthamphétamine surnommée *ice* sera introduite par les triades taïwanaises aux États-Unis, *via* Hawaii et la côte Ouest.

## Explosion de la demande

On peut considérer que la révolution des drogues de synthèse a véritablement commencé vers le milieu et la fin des années 1980. Elle est d'abord liée à l'émergence d'une nouvelle sous-culture en Occident : le phénomène rave. Dès 1968, les Californiens avaient découvert la MDA, un dérivé amphétaminique aux propriétés légèrement hallucinogènes surnommé "pilule de l'amour". Le produit avait été oublié pendant des décennies. La firme pharmaceutique allemande Merck l'avait identifiée dès 1914, ainsi qu'une "cousine" : la MDMA. Sous le nom d'ecstasy, la *love drug* fera irruption dans les discothèques européennes, associée à la musique techno. Le succès de la MDMA est foudroyant. En Angleterre, les trois drogues les plus consommées aujourd'hui sont, dans l'ordre, les dérivés du cannabis, l'amphétamine et l'ecstasy qui fait des ravages en Espagne, en Italie, en Allemagne et aux Pays-Bas (où sont fabriqués 80 % des dérivés amphétaminiques saisis dans l'Union européenne). Toujours à partir de laboratoires néerlandais, le LSD fait aussi un retour remarqué en Europe. Les drogues de synthèse bénéficient actuellement d'un incontestable effet de mode sur le vieux continent.

Outre-Atlantique, le phénomène semble également lié au reflux de l'épidémie de crack, constaté par les autorités américaines depuis le début des années 1990. Dans les rues des grandes villes, les consommateurs sont à la recherche de nouveaux produits aux effets puissants. La phencyclidine (PCP) connaît un regain d'intérêt au Canada (des laboratoires clandestins en Ontario s'en sont fait une spécialité) et sur la côte Ouest des États-Unis. Les dérivés du fentanyl (opiacés de synthèse), jusqu'à mille fois plus forts que l'héroïne, sont vendus dans les grandes villes du Nord-Est comme de l'héroïne n°4 du Sud-Est asiatique. Et la méthamphétamine, partie de la côte Ouest au début des années 1990 pour conquérir le Midwest, est présentée par les autorités comme le "crack de l'an 2 000". Avant la

multiplication des laboratoires-cuisines du Midwest, l'essentiel de la production était cantonné en Californie et dans le Sud-Ouest, ainsi qu'au Mexique. La distribution du produit est assurée dans toutes les villes de l'Ouest des États-Unis par les gangs de rue hispaniques et, pour une part de plus en plus réduite, par les gangs de motards.

Ce boom a des explications pratiques. Les drogues synthétiques présentent l'avantage de pouvoir être produites à proximité des lieux de consommation, de ne pas toujours nécessiter de grandes compétences techniques (les "cuisiniers" du Midwest s'échangent la recette de la méthamphétamine pour 1 000 dollars, et beaucoup de producteurs d'ecstasy ont trouvé le secret de sa fabrication sur Internet) et d'être aisément dissimulables. De surcroît, un même produit peut indifféremment être conditionné sous forme fumable, injectable ou de poudre à sniffer. Robert K. Sager, patron du laboratoire de la DEA, estimait en 1986 que, pour un investissement de 150 dollars (moins de 900 francs), un chimiste peut produire en quatre jours 500 grammes de 3-méthylfentanyl. Or, une dose thérapeutique de ce produit se mesure en microgrammes (un timbre-poste pèse 60 000 microgrammes, ce qui donne une idée de l'encombrement du stock !). Le même chimiste pourrait donc commercialiser 50 millions d'unités de dosage au prix de l'héroïne, pour un bénéfice avoisinant les 500 millions de dollars (près de 3 milliards de francs). Enfin, les trafiquants peuvent se jouer des contrôles en modifiant légèrement la formule d'une substance interdite pour créer une nouvelle drogue aux effets similaires non encore visée par la loi (on parle, dans ce cas, de *designer drug*).

## Marché mondial

L'entrée en force des pays de l'ex-bloc soviétique sur le marché des drogues, depuis le début des années 1990, n'a fait qu'augmenter l'offre de produits. Les organisations criminelles y ont le choix entre le développement des cultures de plantes à drogues et la reconversion d'un appareil de chimie industrielle à l'abandon dans la production massive de drogues de synthèse. Cette dernière solution est favorisée par plusieurs facteurs : les produits chimiques de base ne sont soumis à aucun contrôle sérieux ; les chimistes très qualifiés et sous-payés sont légions ; les consommateurs de drogues de ces pays n'ont pas l'habitude des drogues naturelles et n'ont donc aucune prévention contre leurs ersatz. Or, ces dernières années, les signes de la mise en place, à l'Est, de productions à grande échelle, se sont multipliés.

La police allemande estime que 20 % à 25 % de l'amphétamine saisie sur son territoire en 1994 venait de Pologne. Selon les autorités de Varsovie, la production nationale satisfait 10 % de la consommation européenne. La République tchèque dispute aux Polonais le titre de deuxième producteur européen de psychotropes, après les Pays-Bas. La Pervitine, méthamphétamine sous forme liquide injectable, y supplante les drogues naturelles. L'industrie chimique locale produit en masse de l'éphédrine (principal précurseur de la méthamphétamine) qui est détournée vers le marché clandestin ou expédiée dans des pays où se développe la production clandestine d'*ice* (notamment le Mexique et les États-Unis). Différentes affaires, survenues depuis 1992, ont prouvé que la Lettonie et la Hongrie sont les terres d'élection d'investisseurs, notamment scandinaves et néerlandais, qui financent la production de MDEA et MDMA destinée à l'Union européenne. En 1993, enfin, l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) s'inquiétait de l'existence, en Bulgarie, d'entreprises d'État fabriquant des dérivés amphétaminiques, exportés sans autorisation sous la marque *Captagon* vers l'Afrique et les États du golfe persique, via la Turquie.

L'ex-URSS semble en passe de rattraper les performances de la Pologne et de l'ex-Tchécoslovaquie. Ainsi, l'Azerbaïdjan s'est fait une spécialité des opiacés de synthèse (méthadone, normorphine, 3-méthylfentanyl). En CEI (Communauté des États Indépendants), l'éphédrine synthétique est extraite de préparations pharmaceutiques et

transformée en éphédron (qui connaît également, depuis 1991, une vogue alarmante aux États-Unis sous le nom de methcathinone), produite en Russie, en Biélorussie, en Ukraine et dans les États baltes. L'*Ephedra vulgaris* pousse à l'état sauvage au Kirghizstan et au Kazakhstan.

La Chine tire aussi partie de ses ressources en *Ephedra*. Les laboratoires clandestins d'éphédrine et d'ice se multiplient dans le Guangdong et le Fujian, pour l'instant essentiellement à destination des marchés du Sud-Est asiatique et de la Russie (mais on retrouve l'éphédrine chinoise jusqu'au Mexique, dans les laboratoires des cartels qui approvisionnent le marché nord-américain). L'initiative de la production clandestine revient souvent aux Taïwanais, particulièrement bien implantés en Chine du Sud. Les barons de l'héroïne birmans – les *Wa* ou *Khun Sa*, avant sa reddition à la fin de 1995 –, ont également entrepris de se diversifier dans la production de méthamphétamine. Ils alimentent essentiellement le marché local (Chine, Thaïlande).

La dernière particularité du marché mondial des psychotropes est que le flux habituel des produits est souvent inversé. Les puissances industrielles se glissent de plus en plus dans la peau du producteur ou du dealer, et les pays du Sud, dans celle du consommateur. Les dépresseurs du système nerveux central font ainsi l'objet d'un intense trafic Nord-Sud. Dans la plupart des pays d'Afrique, l'abus de barbituriques (séco-barbital) et de benzodiazépines (diazépam, flunitrazépam), produits de l'industrie pharmaceutique européenne détournés de leur usage thérapeutique, est devenu un problème majeur. Certains produits donnent également lieu à un trafic Sud-Sud. Ainsi, le trafic de méthaqualone s'est développé à partir du début des années 1980. Licitement produit en Inde, ce dépresseur non barbiturique (connu sous les marques *Mandrax* et *Quaalude*) était détourné à destination de l'Afrique du Sud, principal consommateur. Après l'arrêt de la production en Inde, en 1984, des laboratoires clandestins se sont développés dans la région de Bombay (sous le contrôle de groupes organisant le trafic d'héroïne), en Afrique australe (Afrique du Sud, Swaziland, Zambie, Mozambique, etc.) et, plus récemment, à Dubaï. On estime généralement que 70 % de la production mondiale est consommée dans les rues d'Afrique du Sud, où la drogue est fumée mélangée à de l'herbe de cannabis.

**En conclusion**, il est vraisemblable que le "mérite" douteux de la révolution des drogues de synthèse (dont l'ecstasy, dans toutes ses variantes, est la plus connue), au début du troisième millénaire, sera d'unifier les modes de consommation des drogues à l'échelle mondiale. La seule différence qui persistera entre le Nord et le Sud sera la qualité des produits. Mais, il est probable que cette toxicomanie de masse, qui touchera des dizaines de millions d'individus, ne fera que coexister avec la consommation "classique" des produits dérivés des plantes à drogue.

*Michel Koutouzis*

*Chargé de recherche OGD (Observatoire Géopolitique des Drogues)*

## A propos de l'ecstasy : quelques remarques d'un clinicien

La question de l'ecstasy s'est posée à nous d'abord par le biais de questions de journalistes qui s'interrogeaient sur cette "nouvelle drogue". Nos clients, dans les centres spécialisés, nous avaient certes parlé de ce produit, pour en avoir fait l'expérience. Mais il ne s'agissait pas (et il ne s'agit pas vraiment aujourd'hui) d'une question posée à l'intérieur de notre pratique clinique. Nous verrons que c'est en quelque sorte aux frontières de cette pratique quotidienne que se posent des problèmes liés à l'usage d'ecstasy, comme à la pratique des rave-parties.

Le discours des patients sur leurs "drogues" est la base du savoir des cliniciens, complémentaire des approches pharmacologiques, épidémiologiques, sociologiques... Placés, souvent en porte-à-faux, en position d'experts de "la drogue", nous ne pouvons toutefois pas toujours nous contenter d'avouer les limites de notre savoir. La "nouvelle drogue", si nous n'en connaissons que bien peu de choses, risque de devenir en plus la "drogue mystérieuse", que même les spécialistes ne connaissent pas. C'est pourquoi, durant l'année 1995, j'ai encouragé Rafaèle Cammas, alors interne au Centre Marmottan, à faire sur ce sujet son travail de thèse de doctorat en médecine. Il s'agissait d'avoir un minimum d'éléments objectifs, à partir de l'étude de la littérature internationale, et, si possible, de rencontres avec des usagers. Sur ce dernier point, les médias ont ici encore joué un rôle, puisque c'est grâce à la participation à une émission de radio que Rafaèle Cammas a pu lancer un appel et rencontrer en entretiens des usagers qui ne se vivaient pas comme des toxicomanes. Les conclusions de cette thèse sont sans doute encore d'actualité aujourd'hui :

“Au cours de ces dix dernières années, l'ecstasy s'est imposée comme une des substances majeures dans le paysage des nouvelles drogues d'origine synthétique. Dès lors, elle a fait l'objet d'un intérêt souvent passionné de la part du milieu scientifique dont les multiples recherches nous ont permis d'acquérir une connaissance assez précise de ce produit.

La MDMA (3,4 méthylendioxyamphétamine), qui est le principe actif de l'ecstasy, est en fait une molécule ancienne. Issue de la recherche pharmacologique du début du siècle, elle ne sera jamais développée comme médicament. Elle appartient à la classe chimique des amphétamines. Cependant, ses modes d'action neurobiologiques, principalement sur le système sérotoninergique, la distinguent explicitement de cette classe de substances. De plus, elle possède des propriétés à la fois stimulantes et psychodysléptiques spécifiques qui rendent difficile sa classification parmi les substances psychotropes traditionnelles.

En fait, les principaux effets décrits et recherchés par les usagers, résident dans une modification du vécu des émotions : accroissement des capacités de communication et d'empathie avec l'entourage, amélioration de l'estime et de la compréhension de soi-même, facilités d'introspection... Bien sûr, elle est aussi une drogue stimulante et euphorisante qui provoque une augmentation des perceptions sensorielles (sans pour autant, aux doses moyennes utilisées couramment, être hallucinogène). Généralement, les effets indésirables sont limités à de simples signes de stimulation sympathique. Cela ne doit pas faire penser pour autant que sa réputation de drogue inoffensive soit fondée ; au contraire, elle peut être responsable de complications somatiques sévères, souvent idiopathiques, parfois mortelles dans un tableau dominé par une hyperthermie fulminante, des convulsions avec coma, une coagulation intravasculaire disséminée, une rhabdomyolyse et une insuffisance aiguë (survenant

souvent dans le contexte des "soirées danse"). De même, des troubles psychiatriques variés (crise d'angoisse, attaque de panique, dépression, flash-back, épisodes délirants) peuvent être induits ou favorisés par cette drogue. Enfin, il faut préciser qu'il persiste de nombreuses incertitudes tant sur une potentielle neurotoxicité que sur les conséquences à long terme d'une consommation régulière.

Malgré ces risques toxiques, certains "thérapeutes" ont expérimenté, pendant une vingtaine d'années, l'usage de la MDMA dans le cadre de pratiques psychothérapeutiques. Mais ils représentent un courant minoritaire dont la validité des travaux n'a pas été suffisante pour empêcher, en 1985, le classement de la MDMA comme substance illicite qui marqua la fin officielle de cet usage thérapeutique controversé.

Aujourd'hui, la consommation d'ecstasy est presque exclusivement liée à un usage festif dans le contexte bien particulier que constituent les soirées techno (qu'elles aient lieu dans les raves ou les boîtes de nuit). L'association de cette substance à un mouvement musical est devenu le symbole d'une jeunesse qui revendique le droit à la fête, à l'hédonisme. Aussi, est-il difficile de parler de l'ecstasy en terme de drogue majeure s'inscrivant dans un usage toxicomane. A travers notre étude, qui nous a permis de rencontrer des usagers de ce produit (dans une démarche de recherche et non de prise en charge thérapeutique), il apparaît que la consommation reste souvent contrôlée. Toutefois, il faut souligner que la participation aux raves, expérience totale où la drogue, la musique, la danse s'associent pour créer un état de transe, peut être, de l'avis même des sujets concernés, à l'origine d'un vécu addictif.

Nous concluons ce travail en nous interrogeant sur les perspectives d'avenir de l'ecstasy. Drogue à la mode, est-elle appelée à disparaître avec le style musical qui la sous-tend, ou peut-elle s'installer de façon durable dans les habitudes de consommation des nouvelles générations ? A l'avènement du mouvement rave-techno, on a pu craindre d'assister à un retour du mouvement psychédélique des années 1960-70 dans lequel l'ecstasy serait susceptible de devenir une drogue majeure au même titre que le LSD. En effet, ces substances partageaient le fait d'être rattachées à un mouvement musical et toutes deux symbolisaient l'utopie de la drogue idéale, bonne pour l'individu et la société.

Cependant, il existe une différence majeure entre ces deux phénomènes. Le LSD était associé à une quête spirituelle qui prônait la recherche d'un avenir meilleur dans une société nouvelle qui ferait table rase des valeurs morales traditionnelles. La drogue était l'instrument d'une remise en question de la société en même temps que celui d'une politique de l'extase. Dans le mouvement rave-techno, cette dimension idéologique n'existe plus, et l'ecstasy répond davantage à un désir d'adaptation à la société qu'à une contestation de cette dernière. Si l'aspect "athéorique" présente le risque d'amoinrir l'impact du mouvement actuel, il lui permet cependant, pour l'heure d'être mieux toléré par le système social. Aussi, risque-t-on de voir se banaliser le produit ecstasy comme drogue douce, drogue de la sociabilité au même titre que le cannabis... ou bien encore comme ces substances psychotropes légales (tel le Prozac\*) dont la consommation correspond à une demande d'étayage dans la gestion des difficultés existentielles.

Dans les années à venir, le destin de cette drogue sera fortement dépendant de la prise de position des différents acteurs sociaux (médias, professions de santé, système judiciaire...) sur ces problèmes auxquels, en tant que médecins, nous serons probablement confrontés un jour".

(R. Cammas : *L'ecstasy : une nouvelle drogue*. Thèse de médecine, Faculté Xavier Bichat, 1995.)

## **Retour des excitants ?**

Il n'existe pas une très forte adéquation entre la pharmacologie des substances et la place qu'elles prennent dans les différents modes d'usage. Pas plus qu'il n'y a une logique scientifique à la base du classement des substances psychoactives comme drogues illicites, il est difficile de prévoir quelles substances donneront lieu à abus ou à dépendances. L'histoire, les modes, les facteurs culturels, économiques et autres jouent un rôle important aux côtés de l'effet objectivable des produits. L'originalité de la molécule MDMA, potentiellement à la fois excitante et hallucinogène, lui a donné une curieuse place à une époque qui semble voir un

regain d'intérêt pour les excitants. On retrouve en effet dans ce groupe (des *excitantia* de Lewin, 1924) aujourd'hui :

- la drogue qui reste presque un élément de "distinction", d'appartenance à une élite : la cocaïne, symbole aussi d'efficacité et de performances accrues ;
- une substance vécue - même parmi les toxicomanes et les intervenants - comme la drogue de rupture absolue, de "déglingue", de folie, qui symbolise au mieux ce que François Dubet appelle "le trou noir" (comme sortie de la "galère") : le crack. De façon intéressante, il s'agit exactement de la même chose que la précédente, au niveau pharmacologique. Et il n'est pas certain que la différence de prix (pour une quantité égale de principe actif) explique cette différence ;
- avec l'ortenal (médicament détourné dont les toxicomanes n'utilisent que l'amphétamine, et non le gardénil), les amphétamines sont une sorte de "crack du pauvre". On peut aussi mettre dans ce groupe l'artane (antiparkinsonien détourné de son usage) ;
- le prozac\*, et bientôt ses successeurs, est l'excitant des gens (socialement) normaux. Le survector, autre antidépresseur, donne lieu à des abus bien connus ;
- dans ce paysage, la place de l'ecstasy est celle de la fête, de la jeunesse ; ni instrument de rupture, ni outil d'intégration, mais simplement de récréation.

Nous avons connu une vague d'usage d'amphétamines (sous diverses formes), dans les années 1970. Elles étaient liées à la violence, révolte ou rage, même si en Europe des groupes du type *Hell's angels* n'avaient pas la même visibilité qu'en Amérique du Nord. Les réglementations et les modes avaient grandement fait régresser ce phénomène.

Il est difficile de faire autre chose qu'avancer des hypothèses quant aux causes d'un retour des excitants. Cependant, en ce qui concerne les usagers de centres spécialisés, on peut oser l'idée d'un lien avec une certaine "banalisation" des opiacés, qui ont été en France la drogue de la rupture, de la non intégration, depuis les années 1970. La politique de réduction des risques, la généralisation des prescriptions de méthadone, et surtout de subutex, (près de 40 000 personnes aujourd'hui) tendent, sinon encore à "normaliser" la condition de toxicomane, du moins à ôter à l'héroïne son prestige hégémonique. Par exemple, pour l'année 1996, parmi les hospitalisés pour sevrage au Centre Marmottan, qui continuent à 80 % à se dire héroïnomanes, environ la moitié étaient usagers d'opiacés de substitution.

## **Regard des toxicomanes sur l'ecstasy**

Les "clients" sont, en fait, nombreux à avoir essayé l'ecstasy, mais ne la considèrent pas comme une "vraie drogue", donnant lieu à dépendance. Leurs expériences restent le plus souvent ponctuelles, ou occasionnelles.

Ce qu'ils en attendaient n'était pas l'effet hallucinogène ou "entactogène", mais le "speed", l'effet excitant. Et, de ce point de vue, l'ecstasy semble plutôt décevante, par rapport aux amphétamines ou à la cocaïne. Le rapport "défonce/prix" est en quelque sorte plutôt mauvais (en 1995, le prix allait jusqu'à 100 ou 150 franc). De temps en temps, nous voyons de jeunes usagers d'ecstasy qui n'ont pas le profil de nos clients habituels. Les motifs de consultation sont alors divers. Le plus souvent, il s'agit de l'inquiétude des parents devant, non seulement l'usage de produits, mais la participation à des rave-parties, souvent liée à un certain désinvestissement d'activités plus laborieuses. Plus rarement, il s'agit de l'inquiétude des jeunes eux-mêmes, qui sont demandeurs d'informations. Dans quelques cas, la prise d'ecstasy déclenche une décompensation psychotique. Comme cela arrive parfois avec le cannabis, ce qui est pris par le sujet et l'entourage comme effet du produit est, en réalité, une vraie expérience délirante primaire. Et le risque est ici surtout dans la méconnaissance de ces problématiques par les médecins ou les psychiatres. L'importance d'une prise en charge

précoce sur le plan psychologique de ces épisodes est sans doute déterminante pour l'avenir des sujets, et les idées de "drogue" et de "toxicomanie" peuvent retarder cette prise en charge.

Cette interface entre psychose et usages de drogues est complexe, particulièrement peut-être en matière d'excitants. Les auteurs japonais continuent de soutenir l'existence de psychoses amphétaminiques chroniques, non sans arguments cliniques, dans un pays où la drogue principale est l'amphétamine.

## De la fête à la thérapie paradoxale

Un usage particulier de l'ecstasy relève de cette interface, et montre que la "drogue" est souvent une façon d'utiliser les propriétés d'une substance, quasiment à l'inverse des dogmes médicaux. Il s'agit de son usage comme produit "délirogène" potentiel par des sujets psychotiques dont la médecine essaie au contraire de réduire les délires. Nous connaissons cette problématique depuis longtemps, notamment à travers le cas de patients suivis en milieu psychiatrique auxquels le médecin prescrit des neuroleptiques et un antiparkinsonien et qui, en fait, ne prennent que ce dernier, surtout s'il s'agit d'artane. Délirer artificiellement, avoir un certain pouvoir de contrôle sur ce délire, ne serait-ce qu'en précédant l'inéluctable, peut parfois avoir une dimension authentiquement positive, sinon thérapeutique. Une autre thèse de médecine, celle de B. Leconte-Rigoni, tente d'explicitier un peu ce processus à travers l'analyse du "cas" de Philip K. Dick, auteur de science-fiction génial, psychotique et amphétaminomane.

Un de mes patients avait longtemps eu recours à cette stratégie paradoxale, qui l'avait rendu dépendant des amphétamines et des opiacés, mais lui avait évité une "carrière" de malade mental chronique. Avec l'âge, un peu lassé de la marge, il accepte de prendre les quelques neuroleptiques que je lui prescris, et vit de façon satisfaisante tant sur le plan social qu'affectif. Mais c'est au prix d'un équilibre assez complexe, et d'un découpage de son existence en deux parties. La semaine, il prend des neuroleptiques, travaille, et joue en quelque sorte le jeu de la normalité. Le week-end, en revanche, il doit faire la fête, arrête les neuroleptiques et prend de l'ecstasy. Au début, cette pratique était liée à la fréquentation de boîtes de nuit branchées. Aujourd'hui, c'est devenu une pratique privée, qu'il ne partage qu'avec sa femme.

## Diffusion et banalisation ?

Les cadres et les modèles que nous avons pu construire pour essayer d'appréhender la conduite des "toxicomanes" ne sont donc pas très adéquats pour cerner la problématique de l'usage d'ecstasy, moins encore celle des *rave-parties* ou de la culture *techno*.

Mais cet exemple de pratique devenue privée montre que le statut de ce produit est variable, et pourrait conduire à une diffusion de formes d'usages moins socialisés, plus solitaires, plus toxicomaniaques ou addictives. Les filières de distribution, les lieux de l'acquisition, comme le prix du produit, évoluent déjà. Parallèlement, le profil des "toxicomanes" ne cesse de se modifier. Les frontières entre drogues licites et illicites sont moins nettes. Nous avons vu que la généralisation des pratiques de substitution y était pour quelque chose. Mais la démarche des usagers évolue aussi. À côté de l'esthétique héroïsante ou ordalisante des toxicomanes des années 1970, nous avons vu l'émergence des *punks*, des *skins*, des petits *dealers* de "banlieues". Un certain type de clients nouveaux apparaît aujourd'hui : des jeunes en

"galère", qui utilisent surtout des benzodiazépines et de l'alcool (la bière haut-dosage, Bavaria 8,6 ou Amsterdam 10°, devenant la plus "dure" des drogues actuelles).

Dans ce contexte, l'usage d'amphétamines a réémergé, avec le détournement du Survector<sup>®</sup>, mais surtout de l'Orténal<sup>®</sup>. L'ecstasy, si le prix et les filières le permettent, pourrait devenir l'une des substances utilisées de cette façon "destroy" (un peu de fête dans la déglingue).

## **Avenir des raves**

Les rave-parties et la culture techno sont probablement un phénomène plus hétérogène qu'il n'y paraît. A côté de jeunes socialement bien insérés, et psychologiquement équilibrés, s'y retrouvent des marginaux, d'anciens baba-cool ou toxicomanes.

Astrid Fontaine (coauteur du livre "Ravers") insiste beaucoup sur la différence entre le mouvement techno-rave et le psychédéisme, et sur la méfiance des jeunes envers les possibles récupérations par d'anciens soixante-huitards, ou par des entreprises sectaires. Comme R. Cammas, elle insiste sur le côté "non idéologique" de ce mouvement, son absence de dimension politique revendiquée ou de quête religieuse reconnue. Mais il faut se souvenir que le psychédéisme, comme le mouvement hippy, n'ont pas non plus en leur temps, été vécus comme des mouvements d'envergure, surtout en Europe. Les jeunes utilisateurs de LSD que nous pouvions voir dans les années 1970, étaient-ils si différents des ravers d'aujourd'hui ? (est-ce une coïncidence si l'acide refait son apparition, dans ce contexte de fêtes collectives). L'insistance avec laquelle les acteurs rejettent le parallèle entre techno et psychédéisme évoque au psychiatre le mécanisme de la dénégation : pour s'en défendre autant, ne faut-il pas au moins y avoir pensé ?

Nous avons sans doute la chance d'assister à un début de pratiques sociales qui intègrent l'usage de substances psychoactives à un contexte festif. Les lendemains de mai 68 ont montré qu'il n'y avait pas que des éléments négatifs dans les mouvements marginaux ou contestataires. L'apparition de la vague actuelle de toxicomanies est peut-être en partie la mise en avant de la part la plus pathologique, la plus visible, d'un phénomène plus vaste, qui aurait gagné à ne pas être abordé uniquement en termes de pathologies. Le contexte de l'abord des toxicomanies, dominé par la logique de santé publique et la politique de réduction des risques peut offrir aujourd'hui les moyens d'accompagner le phénomène de façon moins dramatique et répressive.

C'est en ce sens que les recherches (celles de l'IREP, de M. Schiray, de M. Esterle du CESDIP sur le risque routier, etc.) pourront bénéficier de la participation d'associations à des actions de prévention, qui ne sont pas fondées sur l'idée d'une éradication du fléau, comme celles de Médecins du Monde en collaboration avec *Techno-plus*.

Se repose, de façon encore plus tranchée, le problème de l'opposition entre ces actions nécessaires et le cadre légal durement prohibitionniste.

**Marc Valleur**

*Psychiatre, Centre Marmottan*

## Qu'interdit-on ? Que punit-on ? Que soigne-t-on ?

Cet exposé reprend les termes d'un article publié dans *Le Monde* du 30 septembre 1997, ainsi que quelques éléments d'une recherche à paraître sur l'histoire contemporaine de la dépression<sup>1</sup>. Il ne porte pas sur l'ecstasy, domaine dans lequel je n'ai pas de compétence particulière, mais sur quelques problèmes généraux auxquels il me semble bon de réfléchir.

Je propose une triple hypothèse sur la question des psychotropes aujourd'hui, envisagée du point de vue de ce que l'on pourrait appeler une anthropologie de la personne. Si toutes les sociétés forgent leurs conceptions de la personne, l'anthropologie nous a appris, pour simplifier, que ces conceptions diffèrent largement selon qu'elles sont portées par des sociétés qui croient soit au pouvoir des ancêtres, soit en la puissance structurante de la loi du père. Dans les sociétés occidentales, ces conceptions ont évolué (elles ne sont évidemment pas tout à fait les mêmes en 1800, en 1900, en l'an 2000) et évoluent encore.

### Combiner la question de la loi et celle des risques

Dans les milieux professionnels concernés, le consensus sur l'interdit des drogues illicites s'est érodé. Faut-il évoquer l'émergence de politiques de réduction des risques qui remettent en question l'accord sur la prohibition ? Le grand problème français est de savoir comment tenir ensemble la question de la loi et celle des risques. Plusieurs rapports publiés ces dernières années en France proposent la légalisation du cannabis et la dépénalisation des usages des autres drogues. Pour le cannabis, le problème majeur est la distance entre l'illégalité du produit et la légitimité croissante de son usage. Cette distance accroît la crise de signification de la loi. Par ailleurs, la neurobiologie considère que la distinction entre produits licites et illicites repose sur des bases scientifiques douteuses, tandis que les recherches de terrain en sciences sociales et les enquêtes longitudinales ont montré que la toxicomanie n'est pas le destin inéluctable des consommateurs des drogues (y compris les plus dures, comme l'héroïne). La signification de l'interdit des drogues devient floue. La crise actuelle du rapport à la loi est une crise de la référence en terme de permis et de défendu. Il faudrait passer aujourd'hui de la question : "Qu'est-ce qui est permis ?", à la question "Qu'est-ce qui est possible ?"

### Soin / confort / dépendance : le statut du sujet

Les limites entre fonctions thérapeutiques et fonctions dites de "confort" des médicaments psychotropes sont l'objet de vives polémiques : elles ont d'abord porté sur les benzodiazépines, puis sur les antidépresseurs (avec la mise sur le marché des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, ISRS). Soulage-t-on des détrences sociales ? Soigne-

---

<sup>1</sup> *La fatigue d'être soi*. A paraître aux Editions Odile Jacob, Octobre 1998

t-on d'“authentiques” pathologies mentales ? Se contente-t-on d'alléger des symptômes-cibles ? L'opinion publique est-elle bien informée des risques d'usages chroniques de psychotropes ? A tort ou à raison, la perception de ces médicaments a fini par basculer dans le conflit soin/confort/dépendance. Et l'objet du soin est devenu incertain.

Les polémiques contemporaines concernant les antidépresseurs sont étonnantes. En premier lieu, dans les années 1960, la notion de “confort” n'était pas connotée négativement dans la littérature psychiatrique et médicale. Au contraire, on se réjouit à l'époque d'avoir trouvé des molécules capables d'améliorer le confort neuropsychique de gens mal adaptés à la vie actuelle. Alors, pourquoi le “confort” est-il un problème aujourd'hui ? Ensuite, tout le monde attendait des produits comme les ISRS dès 1960 : faibles effets secondaires, faible toxicité, plus grande maniabilité des molécules. Tous les psychiatres ayant prescrit l'Upstène® au début des années 1980 s'en souviennent avec émerveillement – nombreux sont ceux qui évoquent « les temps bénis de l'Upstène® ». Ce n'est donc pas l'innovation technique, en l'occurrence pharmacologique, qui a déchaîné des espoirs fantasmatiques et des peurs qui le sont tout autant. En quoi la possibilité de gérer d'une façon fine nos humeurs est-elle devenue aujourd'hui un problème ? Quelle est la nature de ce problème ? Les antidépresseurs classiques ne remaniaient-ils pas “la personnalité” en levant les syndromes dépressifs ? Une psychanalyse n'en fait-elle pas autant, quand elle réussit ? La guérison n'implique-t-elle pas un changement ? Nous touchons là un point décisif : guérir un malade d'un trouble mental n'équivaut pas à le débarrasser d'une grippe ; nos convictions normatives sur la personne sont toujours en jeu. L'ambivalence des psychotropes ne vient pas ni du fait qu'ils soient, comme tout médicament, à la fois remède et poison, ni de leur éventuelle toxicité : on ne meurt pas d'une surdose d'ISRS, alors que la dose létale est vite atteinte avec l'aspirine (qui s'avère largement plus dangereuse que ces antidépresseurs). Nous prenons bien en permanence de l'aspirine pour alléger des symptômes de douleur, pourquoi devrait-il en être autrement d'un antidépresseur, lorsqu'il est sans danger ?

La raison profonde des polémiques est qu'aujourd'hui les antidépresseurs font tenir ensemble à la fois un espoir et une peur. S'ils apparaissent comme une magie blanche, par l'espoir qu'ils donnent de surmonter toute souffrance psychique, ils se présentent simultanément et, pour cette raison-même, comme une magie noire. Ils incarnent, à tort ou à raison, la possibilité illimitée d'usiner son intérieur mental pour être plus que soi, mieux que soi ou autrement que soi. Cette possibilité n'existait pas avec les anciens antidépresseurs<sup>2</sup>, leurs effets secondaires étant supposés suffisamment gênants pour que les patients cessent de les prendre dès les symptômes dépressifs levés et la rémission ou la guérison obtenues. Ces médicaments incarnent quelque chose de plus que l'ambivalence du *Pharmakon* : ils agissent sur l'esprit. Or nous, les modernes, nous avons, en ce qui concerne l'esprit, le cerveau, la psyché, le mental, des cosmologies qui nous appartiennent en propre. Nous sommes travaillés par des croyances, des mélanges inséparables de vérités et d'illusions à propos de ce que nous sommes, de ce que nous pourrions être et de ce que nous devrions être.

La transformation de la personnalité en dehors d'un diagnostic médical est traditionnellement incarnée par l'usage de drogues. Les antidépresseurs, à la suite des anxiolytiques et des hypnotiques, étendent à toute la société certaines craintes suscitées par la drogue depuis longtemps. Il semble qu'il se soit récemment produit, à tort ou à raison, un rapprochement entre ces deux mondes. Un problème diagnostic tout à fait courant en médecine, et plus particulièrement en psychiatrie (définir une maladie et prescrire un traitement approprié), s'est transformé en un problème “moral” fondateur de la peur que les

---

<sup>2</sup> Encore que la littérature psychiatrique signale depuis longtemps des dépendances aux IMAO qui résulteraient de leurs effets stimulants. Mais, il n'existe pas d'études sur ce point.

drogues nous inspirent : quelles sont les limites à la propriété de soi au-delà desquelles on pourrait parler d'homme artificiel ? Dans une société où se consomment en permanence des substances psychoactives agissant sur le système nerveux central et modifiant artificiellement l'humeur, on ne saurait plus qui est soi-même ni même qui est normal. Aujourd'hui, la préoccupation exprimée par tous pour les dépendances est l'une des manifestations de ce problème des limites à la propriété de soi. Si notre notion de la personne n'était pas en jeu, nous raisonnerions exclusivement en termes de risques, et particulièrement de toxicité, non en termes de dépendance. Nous serions capables de traiter avec moins de passions la question des drogues et nous n'aurions pas les inquiétudes qui sont les nôtres depuis une quinzaine d'années sur la surconsommation de médicaments psychotropes.

On comprend mieux, dès lors, cette polémique confuse et décisive sur les frontières entre le normal et le pathologique. Doit-on soigner le mal de vivre ? Celui-ci n'est-il pas le prix de la liberté ? Toute souffrance doit-elle donner lieu à traitement ? etc. On soigne le malade, mais doit-on soigner le "sujet" ? Quel est ce "sujet" dont on parle tant. En tout cas, il se plaint et on le plaint. Cette polémique est particulièrement significative de ce que l'esprit, pour nous, les modernes, constitue le noyau sacré de la personne. Elle devrait contraindre à répondre clairement à la question : Que soigne-t-on et de quoi s'agit-il de guérir ? La psychiatrie actuelle manque d'une réflexion sur la guérison, et cela d'autant plus qu'une pathologie comme la dépression est de plus en plus considérée comme une pathologie récidivante, voire chronique, et que les recommandations pour des traitements à long terme, voire à vie, c'est-à-dire de maintenance, sont assez communes dans la littérature psychiatrique. Les controverses qui faisaient la grandeur de la psychiatrie française ont disparu.

Possible/impossible, permis/défendu, normal/pathologique, il semble que nous ayons aujourd'hui un triple problème de frontières lié à nos incertitudes sur le statut du sujet.

## **Recomposition du paysage psychiatrique**

Ces changements s'insèrent eux-mêmes dans une transformation globale de la santé mentale, qui confère à la notion de dépendance une extension considérable dans les sciences cliniques. La dépendance désigne désormais une relation pathologique, un comportement : chacun peut être dépendant d'une activité (le jeu, l'achat, la nourriture) ou d'une personne (addiction sexuelle). Parallèlement, on constate une tendance du regard psychiatrique à se centrer sur les troubles de l'humeur, en particulier les dépressions. L'addiction est la cousine germaine de la dépression. Aujourd'hui émerge une insécurité identitaire, marquée par le vide dépressif et le remplissage addictif, lequel apparaît comme un mode de défense contre les affects dépressifs. Cette recomposition du raisonnement psychiatrique est révélatrice des transformations de notre expérience collective de la personne. La psychiatrie est en effet une pratique du sujet pathologique ; son objet est plus que psychiatrique (c'est en cela, qu'elle concerne le sociologue ou l'historien).

Cette recomposition résulte de transformations normatives. Le couple dépression-addiction nous instruit sur notre expérience actuelle de la personne. Il incarne le passage d'une société fondée sur la culpabilité et la discipline, à une société fondée sur la responsabilité et l'autonomie. Là où les règles sociales commandaient des automatismes de conduite et réprimaient des transgressions, elles demandent aujourd'hui de l'initiative individuelle et des aptitudes mentales. De la culpabilité à la responsabilité, les rapports entre le permis et le défendu sont entrés dans le brouillard. Le conflit intrapsychique n'a pas disparu et nous ne sommes pas moins chargés de lois qu'auparavant, mais nous avons des difficultés certaines à repérer celui-là et à nous donner celles-ci. Les lois de l'inconscient qui structurent notre équilibre psychologique, et celles de la société qui gouvernent la paix publique, sont quelque

peu confondues. Plus exactement, la personne semble moins rongée par la culpabilité d'un sujet, c'est-à-dire par le conflit entre un interdit et un désir, que par la responsabilité d'un individu devant initier l'action. Les exigences d'action et de performance individuelles se sont largement accrues. Ainsi, pour trouver un emploi précaire, il faut de nos jours faire preuve de motivations, de capacités de présentation de soi, etc. Le poids que chacun est pour lui-même s'accroît. Autrement dit, les normes sociales poussent au dépassement permanent. C'est la désinhibition de l'action qui importe, et non la conformité aux règles ou aux habitudes. La dépression relève moins d'une problématique de la faute que de l'insuffisance, moins de l'univers de la loi que du dysfonctionnement, moins d'une référence à un conflit qu'à un déficit. Le déprimé n'est pas à la hauteur des exigences qu'il s'impose à lui-même et qu'on lui impose. Le comportement addictif est un moyen de combler ses insuffisances.

Une telle société exige l'autonomie des individus, c'est-à-dire leur capacité à s'appuyer sur des ressorts intérieurs de type mentaux. Or, au-delà des psychotropes, les technologies de stimulation du mental sont très développées. Pensons à cette extension indéfinie des techniques psychothérapeutiques que représente la transformation personnelle, qu'elle soit issue des renouveaux religieux, du New Age ou des multiples approches psychologiques développées à partir des années 1970. L'imputation de la responsabilité à l'individualité s'est accompagnée d'un développement généralisé de technologies identitaires, d'industries de l'estime de soi ou de marchés de l'équilibre intérieur tout à fait hétéroclites, mais promis semble-t-il à un bel avenir<sup>3</sup>. Dès lors, l'économie générale des désordres de l'esprit se trouve recomposée. Elle émerge au croisement de changements normatifs profonds et de transformations tant des connaissances biologiques et psychiatriques, que des références employées par les professionnels de santé mentale. Cette redistribution des cartes n'a pas encore été interrogée. On mesure peut-être la tâche restant à accomplir si l'on tente de sortir des stéréotypes (Pourquoi se drogue-t-on ? Faut-il considérer le drogué comme un malade ou un délinquant ? etc.), pour penser les liens entre l'individualité contemporaine et ses psychotropes.

**Alain Ehrenberg**

*Directeur du Groupement de recherche du CNRS*

*"Psychotropes, Politique, Société", GDR G1106*

---

<sup>3</sup> Voir Alain Ehrenberg. *L'individu incertain*. Paris, Calmann-Lévy, 1995. Réédition Hachette-Pluriel, 1996.

## Quelles conditions pour la prévention ?

Devant le risque évident de consommation de drogues à l'occasion des rave parties, et dans le cadre de l'application stricte de la loi du 30 décembre 1970 interdisant l'usage, la détention et le trafic de produits stupéfiants, le ministère de l'Intérieur (à l'intention des préfets et des maires) et le ministère de la Défense (aux échelons locaux de la gendarmerie) avaient diffusé des notes d'information incitant, dès 1994, à l'interdiction pure et simple des soirées rave et à une "riposte" dans le cas où l'interdiction était transgressée. Les soirées clandestines se sont alors développées, présentant du fait même de leur clandestinité des risques accrus et rendant plus difficile toute intervention de prévention et de soins de première urgence.

Ce sont les associations, nombreuses en France, issues du mouvement *techno* et présentes depuis longtemps sur les lieux, qui ont dénoncé publiquement les conséquences sanitaires entraînées par cette position répressive. Des négociations interministérielles ont contribué, depuis mars 1997, à rapprocher les points de vue. La reconnaissance de la culture *techno* et de la scène *dance*, ainsi que de toutes leurs composantes, est acquise : elle entraîne en contrepartie une responsabilisation des organisateurs et assure la possibilité d'une action préventive plus déterminée et d'une intervention sanitaire.

### La position des pouvoirs publics français

Grâce aux expériences menées par leurs partenaires européens, en raison de l'évolution même de la toxicomanie et de ses tendances révélées par la consommation des drogues de synthèse, les pouvoirs publics français sont conduits à adopter deux positions.

#### Une approche traditionnelle : la prévention en amont

Ce type de prévention est une approche traditionnelle, mais dont il faut tenir le cap. Si l'on considère que l'usage de toutes les substances psychoactives peut faire courir un risque aux jeunes les plus fragiles, tenter d'éviter le premier usage relève de la responsabilité éducative et d'une démarche permanente et globale. La cible de ce premier temps de la prévention est donc constituée par les jeunes non consommateurs. Il s'agit, très en amont des difficultés de l'adolescence, d'intervenir précocement pour remédier aux signes de vulnérabilité manifestés par l'enfant et l'adolescent, et de travailler avec eux tous les facteurs de protection qui peuvent leur permettre d'acquiescer estime de soi et possibilité de choix et d'indépendance. A ce niveau-là, l'accent est davantage mis sur la sensibilisation et la formation de tous les éducateurs : travail sur les représentations, connaissance de l'évolution psychique de l'enfant et de l'adolescent et réflexion sur les motivations, connaissance plus spécifique des substances psychoactives et de l'organisation de la prévention en France.

Une plaquette sur l'ecstasy, élaborée par la MILDT avec ses partenaires interministériels a été très largement diffusée dans les milieux de l'enseignement et de l'animation au début de l'année 1997. Elle avait pour objectif de faire comprendre les motivations que pouvaient avoir les jeunes à consommer, de convaincre que l'expérience de la consommation d'ecstasy n'était jamais inoffensive et que ne pas la tenter ou la renouveler pouvait permettre d'éviter

des risques importants. Elle ne comportait, en revanche, que de timides indications sur la réduction des dommages. L'adresser aux éducateurs permettait alors de contourner la difficulté, soulevée par les partenaires répressifs, qui serait née d'une présentation (considérée comme une incitation ?) des précautions à prendre lors de la consommation.

Dans le même temps, la Gendarmerie nationale sortait un *flyer* destiné à prévenir les jeunes, avec leurs mots et leurs représentations, de tous les dangers de la consommation d'ecstasy. Ce support de l'intervention des gendarmes en milieu scolaire n'a pas été reçu favorablement par le ministère de l'Education nationale, opposé à toute information systématique sur les effets des substances psychoactives illicites.

### **Une nouvelle approche : le soutien aux associations spécialisées**

Malgré les difficultés rencontrées, ces deux publications d'origine gouvernementale restaient en retrait par rapport aux actions mises en place par certains de nos voisins européens et à l'action militante des associations spécialisées. Or ces associations ont été un groupe de pression auprès des pouvoirs publics. De plus, leur action déterminante se trouve à l'heure actuelle validée par les travaux récents sur la prévention, commandés par la MILDT au professeur Parquet.

Selon ces travaux, la prévention doit aussi permettre d'éviter le passage d'un comportement d'usage occasionnel à un comportement d'usage nocif. Elle conduit à porter une attention aux consommateurs qui ne sont pas dépendants, mais à qui leur fragilité ou leur mode de vie fait courir des risques, ou qui demandent de l'aide pour apprendre à gérer leur consommation. A cet égard, les informations données par les écoutants de "Drogue Info Service" ont été précieuses. C'est donc la deuxième position adoptée.

C'est en fonction de ces avancées et de ces informations, que la Direction générale de la Santé a, dès l'année 1997 et pour la première fois, soutenu financièrement les groupes d'auto-support (*Techno +, Tipi, Elf, Keep Smiling*) et commandé à l'organisation non gouvernementale Médecins du Monde une recherche-action-prévention intitulée "Nouvelles drogues, nouveaux usages". L'intervention de Médecins du Monde s'est organisée sur plusieurs plans :

- assurer dans un certain nombre de raves une présence médicale minimale, mais capable d'intervenir en cas d'urgence vitale ou de syndrome somatique ou psychiatrique réclamant en urgence une intervention médicale ;
- participer à des stands de prévention et d'information avec les associations d'auto-support citées plus haut et partenaires de projet ;
- élargir le champ d'intervention de la réduction des risques de contamination sexuelle par le virus du SIDA et ceux des hépatites ;
- concourir à la formation spécifique de secouristes amenés à effectuer des permanences dans les raves qui seront à l'avenir autorisées, et lors des grandes manifestations festivières de l'été.

Cette approche s'appuie sur la conviction qu'une éducation préventive peut permettre aux sujets utilisateurs de développer leur esprit critique et de se sentir outillés pour effectuer des choix responsables. Elle intègre aussi une réduction des dommages. S'inspirant des expériences menées à l'étranger, le projet de Médecins du Monde recherche en même temps une adaptation au contexte culturel et législatif français. Médecins du Monde fait la proposition qu'un encadrement par les pairs peut être, dans ce domaine, particulièrement pertinent : les pairs - ou groupes d'auto-support, seraient à même d'aider les sujets présentant des complications psychiatriques à consulter un médecin, diminuant de ce fait les

délais entre le début des troubles et la première consultation. La MILDT souhaite vérifier la pertinence des interventions des groupes d'auto-support.

Cette recherche-action, dont l'ensemble des résultats n'est pas encore connu, va cependant permettre d'étayer le savoir-faire d'autres organisations. C'est ce que prévoit le programme d'action de la Direction générale de la Santé, mais aussi d'autres ministères, comme celui de la Jeunesse et des Sports qui a mis en place des hébergements d'urgence pour les jeunes errants qui fréquentent les festivals d'été et y consomment des drogues de synthèse. La MILDT commence, pour sa part, outre l'aide distribuée aux ministères, à soutenir quelques opérations d'un type nouveau (formation au secourisme par des jeunes qui participent aux raves). Certaines de ces opérations s'inscrivent dans la semaine européenne de prévention.

Les grandes orientations de cette nouvelle démarche de prévention sont :

- l'information sur les risques liés à la consommation et sur les maladies sexuellement transmissibles. A ce propos, la France doit encore se doter d'un arsenal d'outils permettant l'information et la réflexion, prévus au titre de la campagne de communication de la MILDT ;
- une assistance d'ordre psychologique, marquée par l'écoute ;
- l'assistance sanitaire, quand elle est requise, prévoyant des soins d'urgence et/ou l'orientation vers des structures médicales ou spécialisées.

La question de l'opportunité et de l'intérêt du *testing* fait encore l'objet d'un débat entre les tenants du développement de la politique de réduction des risques lors de la consommation des nouvelles drogues et les tenants de l'injonction qu'imposerait le "principe de précaution", compte tenu des incertitudes actuelles sur les effets à long terme des produits.

**Françoise MOYEN**

*Chargé de mission "Prévention"*

*Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)*

## **“Prévention à la carte”, borne interactive pour la prévention primaire**

“Prévention à la carte” est un outil interactif d'information, sensibilisation, prévention et éducation à la santé, principalement orienté vers la prévention primaire (et secondaire) de l'usage, de l'abus et de la dépendance éventuelle vis-à-vis des produits psychoactifs (y compris l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes, les drogues “licites” ou “illicites”). Grâce aux ressources de l'intelligence artificielle, cet outil délivre des réponses personnalisées prenant en compte la situation rencontrée, et recueille simultanément, en toute confidentialité et dans le plus strict anonymat, des données statistiques d'intérêt épidémiologique (notamment destinées à guider et optimiser des actions de prévention de proximité, majoritairement orientées vers un public jeune).

### **Un outil de promotion de l'autonomie individuelle**

Les auto-questionnaires arborescents de ce dispositif interactif permettent de retracer une trajectoire biographique individuelle, de repérer, en amont de toute consommation, d'éventuels facteurs prédictifs de vulnérabilité (ou de protection) et de dresser un profil de l'utilisateur et de son mode de consommation. La socialisation de cet outil interactif, qui fait l'objet d'une véritable appropriation de la part de ses utilisateurs, s'inscrit dans la logique des “pairs”, personnes-relais proposant à d'autres jeunes (le public-cible) de les aider à finaliser cet outil en fonction de leurs besoins et de leurs attentes : cette logique participative et impliquante, renforcée par le recours à des outils complémentaires, conçus et présentés par des pairs (visuels couplés à un auto-questionnaire d'évaluation), suscitant la participation du public visé à un projet partagé de recherche/action de terrain, permet, d'autre part, d'éviter de paraître délivrer directement une quelconque “dose de prévention” aux intéressés. L'approche retenue est non pas la logique du produit mais celle de la personne - usager potentiel ou actuel. Le dispositif est centré non pas sur l'injonction et l'interdit (susceptible de susciter la transgression), mais sur la notion clé de risque. Il s'efforce de promouvoir l'exercice de l'autonomie de la personne, conduite à se situer dans sa problématique de risque éventuel, et indirectement incitée à travers le jeu des questions/réponses interactives à se mettre en scène en tant que possible acteur de sa propre prévention : évaluation, gestion, maîtrise personnalisée des risques individuels (risques pour la santé, risques sociaux, professionnels, financiers... et judiciaires), aide à la décision, à la mise en place de stratégies préventives personnelles, non fondées par exemple sur une impulsion du moment ou sur la pression de pairs initiateurs de l'usage ou de l'abus éventuels.

### **Un dispositif en réseau**

A la suite des résultats concluants de l'action-pilote d'évaluation préliminaire (*La santé de l'homme*, CFES, n° 326, nov/déc 1996, pp 57-59) conduite fin 1995 à Paris au CIDJ (Centre d'information et de documentation de la jeunesse) avec le soutien de la MJS (Mission

environnement social des jeunes), ce dispositif, proposé dans cette même logique des “pairs” sous la forme d'un prototype de borne interactive, a été mis en place en réseau en 1996/1997 à Paris et en région parisienne sur plusieurs sites de proximité “ouverts” ou “captifs” (foyers de jeunes travailleurs, espaces de protection judiciaire de la jeunesse, lycées d'enseignement technique et général, clubs de prévention, services de médecine préventive universitaire, centre de sélection des armées, opération itinérante “Bus Santé Jeunes”...) accueillant un public-cible contrasté de jeunes de mêmes classes d'âges (16/25 ans), aux parcours de vie multiples, exposés à des risques hétérogènes. Enfin, fait à souligner compte tenu des spécificités du dispositif, cette borne interactive n'est pas un simple outil de sensibilisation et d'information, mais également un véritable instrument de mesure des attitudes, pratiques, comportements et perception des risques, reliables à la diversité des trajectoires biographiques individuelles, susceptibles éventuellement de contribuer à l'actualisation des données épidémiologiques aujourd'hui disponibles.

*Marc Shelly*

*(G.H. Lariboisière-Fernand Widal)*

## Recherche sur les usages d'ecstasy en Gironde

Les usages d'ecstasy sont en constant développement en France depuis le début des années 1990, mais ils restent encore très mal connus dans notre pays, ce qui complique aussi bien les actions de prévention que celles de soins. C'est pourquoi le Centre d'Etude et d'Information sur la Drogue (CEID) a mis en œuvre, grâce à un financement de l'Observatoire français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), une première étude sur les usages d'ecstasy en Gironde, travail coordonné avec celui de l'Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP) à Paris et dans le Nord de la France.

Les objectifs sont de :

- bâtir un premier corpus de connaissances sur ces nouveaux usages : données socio-démographiques et sanitaires sur les usagers, contextes d'usages, typologies, connaissances des usagers sur les produits et leurs risques, complications sanitaires ;
- dégager des pistes d'intervention possibles, aussi bien en termes d'évaluation quantitative du phénomène (prévalence) que de prévention ou de soins.

L'enquête a été menée par questionnaires auprès d'usagers fréquentant pour certains le centre de soins du CEID (n=20), les autres étant rencontrés (n=114) en milieu naturel (soirées, boîtes...), le recrutement se faisant par la méthode ethnographique « boule de neige ». Cent trente quatre usagers ont été interrogés, pour la plupart pendant les mois de septembre et d'octobre 1997. Ces usagers sont surtout des hommes (2/3 d'hommes et 1/3 de femmes) et leur âge moyen est de 26,5 ans ( $\pm 5$ ). Ils ont un bon niveau culturel (65 % ont le bac, 1/4 suivent des études supérieures). De même, leur bon niveau de protection sociale, leur activité professionnelle, leurs conditions de logement et la rareté de leurs antécédents judiciaires témoignent d'un bon niveau d'insertion, qui les rapproche beaucoup plus de la population générale du même âge que de celle des toxicomanes.

Ils ont déjà eu des expériences d'usages de drogues (surtout le cannabis, dans près de 90 % des cas, mais aussi le LSD et la cocaïne notamment) : l'usage d'ecstasy n'a été inaugural que dans 1 cas sur 134. Cela indique que l'ecstasy n'est pas un produit d'entrée dans le monde des drogues, mais un produit de complément ou d'aggravation. L'âge moyen de la première prise est de 23 ans ( $\pm 4,6$ ). Les produits utilisés dans les antécédents ou en association avec la première prise d'ecstasy sont des produits « branchés » (cannabis, alcool, acide, cocaïne, champignons, amphétamines mais aussi héroïne...). L'initiation est presque toujours collective (97,8 % des cas), le plus souvent lors de fêtes privées (40 %) ou de *raves* (25 %). Il s'agit surtout de prises « conviviales » dans un contexte festif. Les motivations sont banales : expérimentation, fête, plaisir, sociabilité... Les *raves* ne sont finalement qu'une occasion minoritaire de rencontre avec le produit. En général, un seul comprimé est pris à la première prise (plus de 30 catégories différentes ont été recensées) et ce comprimé est offert dans près de la moitié des cas. Sinon, son prix général est de 50 à 100 francs. Cette fréquente « gratuité » confirme l'initiation par des réseaux de pairs.

Ces jeunes expérimentateurs disent disposer d'une information préalable sur l'ecstasy (133/134), mais qui provenait presque toujours d'amis (91 %) ou d'usagers (65,7 %). En matière d'information, l'école arrive bonne dernière, avec deux citations (1,5 %). Cette donnée confirme encore la prégnance des réseaux de pairs, où l'information est

presqu'exclusivement fournie par d'autres jeunes et pas nécessairement dans un sens préventif.

A l'issue de cette expérimentation, 32 personnes s'en sont tenues là (moins du quart mais la plupart ont continué à utiliser d'autres produits) et 102 ont poursuivi leur consommation. Un quart de ces usagers sont réellement occasionnels (moins d'une prise/mois) mais plus du tiers en prennent une fois par semaine au moins, et 3,2 % en prennent tous les jours et en sont vraisemblablement dépendants. La part prise par l'usage solitaire (30,4 % des cas) devient plus important que lors de l'expérimentation qui est presque toujours collective. Là encore, c'est une constante qui pose la question d'une évolution possible vers une dépendance.

Les personnes qui continuent à prendre de l'ecstasy sont aussi consommatrices d'autres drogues : cannabis (60 %), LSD, alcool, cocaïne (41 %), héroïne (18,6 %)... Seuls 3 usagers sur 102 sont des amateurs exclusifs d'ecstasy. Au moment de la prise, d'autres produits sont fréquemment associés : cannabis (48,5 %), alcool (36,6 %), acide (23,10 %), cocaïne (18,6 %). Il est à noter que l'ecstasy n'est consommée dans le cadre d'une *rave* qu'une fois sur deux environ. L'usage, bien sûr, devient payant. Néanmoins l'ecstasy semble peu criminogène, l'argent utilisé pour l'acquisition étant presque toujours d'origine honnête et l'argent du deal ne représentant que moins de 10 % des sources financières.

Il est à noter que 2/3 des usagers signalent avoir eu des problèmes de santé liés à l'ecstasy : 38 % des problèmes physiques et psychiques, 19 % des problèmes psychiques seulement (mais certains très aigus) et 10 % des problèmes physiques. La dangerosité de la substance est reconnue (80,3 % des usagers), y compris les risques de dépendance (63,4 % des usagers les mentionnent) ou d'intoxication mortelle (81,3 %). Quatre vingt treize pour cent des usagers savent que l'ecstasy peut entraîner des problèmes de santé : en tout, 46 types de complications ont été cités par les usagers (498 citations au total), faisant effectivement le tour des complications connues. Cela tendrait à indiquer que la connaissance des complications possibles est supérieure à ce que leur expérience et leur usage leur ont appris. L'information semble donc circuler et commencer à relativiser l'image jusqu'alors positive de ce produit. Mais sa dangerosité ou son imprévisibilité sont, la plupart du temps, attribués à des produits coupés ou frelatés. Cela nous a amenés à procéder à un certain nombre d'analyses d'échantillons, qui ont confirmé l'extrême diversité des compositions de l'ecstasy (MDMA, MBDB, MDEA, MA, amphétamine, caféine, Lexomil...), les dosages en MDMA, quand elle est présente, étant eux-mêmes très variables.

**En conclusion**, la population des usagers d'ecstasy est plutôt bien insérée, jeune et cherchant à expérimenter des produits festifs. L'ecstasy ne semble pas être un produit d'initiation au monde des drogues, mais plutôt un produit de complément. Les complications liées à l'usage sont fréquentes, mais plus du registre de l'abus (complications physiques et surtout psychiques, parfois sévères) que de la dépendance (qui existe bel et bien cependant chez une minorité d'usagers). L'information des usagers sur ce produit est presque toujours le fait d'autres jeunes, souvent usagers eux-mêmes. L'extrême diversité chimique des échantillons analysés accroît l'imprévisibilité des effets de ces consommations.

Ces données appellent donc un certain nombre de propositions :

- sensibiliser les services médicaux et psychiatriques (notamment les services d'urgence) et les centres spécialisés à la prise en compte des problèmes d'abus de substance de synthèse ;
- développer l'information des jeunes sur ces produits, soit par contact direct (mais pas seulement dans les *raves* !), soit par l'intermédiaire de relais de prévention (enseignants, éducateurs...) actuellement peu impliqués dans ce domaine qu'ils connaissent mal ;

- mettre en place des systèmes de veille permanente (contacts avec les usagers, analyses de produits, système d'information).

D'autre part, cette enquête menée par le CEID indique qu'une estimation de prévalence ne peut se limiter au milieu *techno/rave* et doit donc s'appuyer sur le croisement de données issues de différentes modalités de recueil.

**Didier Spinhirny**  
Conseiller technique  
Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue (CEID)

# Actions de prévention du Ministère de la Jeunesse et des Sports en matière d'ecstasy

Le ministère de la Jeunesse et des Sports, dans le cadre de ses missions éducatives liées au péri et à l'extra-scolaire, mène des actions de prévention en direction des jeunes enfants, adolescents et jeunes adultes, dans une dimension individuelle et collective.

La prise en considération, de fait, par nos services, du phénomène de consommation d'ecstasy par les jeunes, reste relativement récente. Cette question, posée initialement de manière conjoncturelle, s'est trouvée confrontée à l'évolution des positions de notre ministère en matière de prévention.

En cela, le questionnement sur une approche de prévention de l'ecstasy par nos services peut être éventuellement indicative d'une démarche d'action publique.

## Rappel des compétences

Le décret d'attribution du ministère de la Jeunesse et des Sports fait état de compétences éducatives en matière de politiques de jeunesse, pouvant s'inscrire autant que de besoin dans un cadre interministériel.

En conséquence, nos pratiques, à fondement pédagogique, relèvent à la fois du champ sportif et socio-culturel tout en s'adressant au public jeune et en s'appuyant sur les associations sportives, de jeunesse et d'éducation populaire. L'espace ainsi pris en considération est celui des loisirs (dits « loisirs éducatifs ») mais correspond plus concrètement à l'espace de la vie quotidienne hors école ou monde du travail. Ces lieux et ces temps (aux heures libérées ou non travaillées), intégrant des modes de vie de plus en plus diversifiés, se sont élargis pour devenir à la fois essentiels et complexes à investir.

Le loisir éducatif a donc été l'axe « matériel » et immédiat d'intervention des actions de prévention primaire dès les années 1970 (pour rappel, les centres de vacances et de loisirs, toutes formules confondues, accueillent plus de 5 millions de jeunes par an). C'est dans ce contexte que la prévention des toxicomanies a pu être abordée relativement tôt par nos services, dans le cadre d'une éducation pour la santé (voir la parution dès les années 1970 d'un document édité par la direction de la jeunesse et des activités socio-éducatives<sup>1</sup>).

L'intervention plus approfondie en matière de toxicomanies s'est concrétisée à partir de 1987, avec la participation de notre ministère aux instances interministérielles concernées (MILT, DGLDT, MILDT) et la conduite d'actions de prévention nettement identifiées sur le plan national et local.

Cette démarche correspond à un mode d'organisation administratif et pédagogique au travers duquel, depuis 1994, les crédits interministériels accompagnés d'une lettre de cadrage sont annuellement déconcentrés. Sur le plan départemental et régional, nos services

---

<sup>1</sup>« Point de vue sur la drogue » (édition 1974 - Direction de la jeunesse et des activités socio-éducatives)

disposent de personnels en charge du dossier, impulsant ou coordonnant ce type d'actions, sur des profils et des compétences pédagogiques. Ces derniers peuvent parfois être accompagnés dans leur démarche par des cadres sportifs ou des médecins inspecteurs de la Jeunesse et des Sports.

Les actions de préventions menées touchent à 80 % un public de préadolescents, adolescents et jeunes adultes (sur une tranche d'âge de 14 à 18 ans), et font l'objet annuellement d'une évaluation nationale. En 1997, plus de 1 000 actions (ponctuelles ou pérennes) ont été réalisées, se déclinant par tiers dans les secteurs de l'information/sensibilisation, de l'animation et de la formation.

A titre d'exemple, le partenariat conjoint d'associations généralistes (agrées par nos services) et spécialisées (à caractère social ou médico-sanitaire) est devenu extrêmement courant. Enfin, l'implication des collectivités locales en matière de prévention en direction des jeunes s'avère de plus en plus importante dans les actions d'information et d'animation.

Dans certaines zones (milieu rural ou semi-urbain), les pratiques des réseaux d'information de proximité (le réseau Information Jeunesse représentant 3 000 points dans son ensemble) créent des correspondances significatives avec des acteurs associatifs de terrain (Union des missions locales, Fédération de maisons familiales et rurales, Fédérations des centres sociaux, Fédérations des foyers de jeunes travailleurs...).

## **La prévention : un questionnement récent**

La santé, entendue au sens de l'OMS, a été intégrée dès 1987 dans la politique globale de notre ministère, au titre des actions interministérielles. Cette définition de la prévention a eu l'intérêt de proposer aux acteurs déconcentrés, outre une dimension à caractère « humaniste », une attitude pragmatique qui s'insère dans une démarche « positiviste » de la santé : la dimension du bien-être des individus pouvant ainsi varier selon les critères retenus, évoluer selon les registres (approche(s) psychologique, sociologique, économique, technique ...) et les contextes, et rendre vigilants les acteurs sur leur fonction et leurs angles d'intervention.

Depuis, des rencontres locales et nationales des jeunes, organisées récemment à l'initiative du ministre de la Jeunesse et des Sports<sup>2</sup>, nous ont montré la nécessité, pour des acteurs publics aux regards des populations jeunes, de concevoir différemment la notion de santé des jeunes et de faciliter l'information de proximité, l'accès aux pratiques de quartier, de soins, de prise en charge et d'accompagnement, sous peine d'exclusion.

Enfin, différents débats et prises de positions, notamment autour de la question de la toxicomanie (des produits licites et illicites), du toxicomane (de son statut en dehors de celui de justiciable ou de malade) et des modalités d'accompagnement (substitution ou non, possibilité ou non d'inscription d'expériences collectives de quartier...) interrogent, directement ou indirectement, l'action publique.

Aussi, le ministère a récemment précisé certains aspects de sa démarche éducative et de prévention autour des points suivants :

- L'action de prévention globale en direction des jeunes se doit d'intégrer la notion de gestion des risques. Cette approche a par ailleurs été mise en évidence dans le récent rapport du professeur Parquet, sur la prise en considération « des phénomènes de consommation,

---

<sup>2</sup> Conseil Permanent de la Jeunesse

d'usage ou d'abus des substances psychoactives<sup>3</sup> » (rapport élaboré à la demande de la MILDT et validé par les services du premier ministre). De plus, le ministre de la Jeunesse et des Sports, dans une récente intervention, soulignait : « L'action de mon ministère est de tout faire pour qu'un jeune ne commence pas, ne passe pas à l'acte. Ensuite, il convient surtout d'accompagner le jeune, de l'informer des dangers d'une consommation répétée qui peut amener à la dépendance. La répression ne peut et ne doit pas être la seule méthode de lutte contre les drogues et la toxicomanie<sup>4</sup> ».

- La redéfinition effective d'un partenariat plus égalitaire et nuancé à établir entre les représentants des institutions, des pouvoirs publics et des associations, et les familles, les accompagnants ainsi que les personnes directement touchées.

En conséquence, l'axe d'intervention de notre ministère serait de proposer une démarche éducative (en termes de prévention et de gestion des risques) favorisant expériences et pratiques sociales, tout en « s'adossant » à une politique de santé publique.

En cela, la dimension singulière et « interstitielle » de notre champ d'intervention (entre le champ de l'éducation nationale, de la culture, des affaires sociales et de la santé) amène notre ministère à se positionner de façon relativement originale en matière d'action publique de prévention.

A ce titre, des pratiques d'animation, d'information, de communication, ou de formation sont à poursuivre avec de nouvelles formules, en intégrant plus largement les collaborations et les partenariats locaux ainsi que les enjeux éducatifs et sociaux des questions de santé. Le récent colloque « Rencontres Européennes pour la Prévention » (réalisé en décembre 1997) a mis en valeur cette orientation de notre ministère.

## **L'ecstasy : phénomène récent encore peu cerné par le MJS**

L'ecstasy, drogue utilisée essentiellement par les populations jeunes (20-25 ans), pour et lors des temps de loisirs, a de ce fait concerné d'emblée notre ministère.

Face à ces formes de consommation récentes et relativement peu connues de nos services, la prévention de l'ecstasy s'est située dans un premier temps au sein de nos actions dans le cadre d'une prévention primaire. L'apparition de ce produit, qui paraît dater en France du milieu des années 1980, semble avoir fait l'objet d'une consommation limitée à un milieu restreint, pour se développer ensuite au début des années 1990 auprès d'un public jeune, nouant des liens étroits avec un mouvement musical qui s'apparente à un réel phénomène culturel et social (en France comme à l'étranger).

Le manque de connaissance effective du produit et de ses conséquences (sur un moyen et long terme) peut donner une représentation partielle voire faussée des risques encourus. En termes de représentation chez les jeunes, l'ecstasy, drogue chimique, est restée dans une représentation de « drogue propre » assez longtemps. Ce produit et son usage pouvaient, pour certains, s'apparenter à des pratiques de gestion des performances (et être assimilé à des conduites dites de dopage).

De plus, les populations utilisatrices semblent plutôt être composées d'individus « intégrés », issus des classes moyennes, insérés dans la collectivité, ayant une activité professionnelle et ne présentant pas socialement de comportements violents ou portant atteinte à la sécurité (à la différence d'autres publics de toxicomanes).

---

<sup>3</sup> Jean-Philippe PARQUET : « Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives » - Editions CFES 1997

<sup>4</sup> cf. « Combat face au sida » avril-mai-juin 1998, n°12

En conséquence, une politique de prévention globale intégrant la gestion des risques doit avant tout, pour l'ecstasy, pouvoir estimer la notion de risques réels ou supposés. En cela, des premières données scientifiques et médicales sur le produit, sa composition, ses modalités de mises à disposition (produit coupé ou non), ses usages (polytoxicomanies ou non), ses effets (à court, moyen ou long terme) sont indispensables avant de définir une stratégie d'intervention. En cela, le groupe de travail proposé par l'INSERM est essentiel.

Ces éléments sont d'autant plus importants qu'une politique de prévention doit pouvoir anticiper, et qu'en la circonstance, la consommation du produit précède la connaissance et l'analyse du phénomène.

Parallèlement, les lieux de production localisés en Europe et les enjeux financiers quant à la diffusion des produits de synthèse laissent penser que cette consommation pourrait se développer et qu'un travail de réduction de la demande, tout en étant essentiel, reste complexe à élaborer.

Cependant, face aux constats de la relative banalisation du produit, de son usage, et de la difficulté à pointer, encore actuellement, ses dangers réels, des observations plus générales issues des pratiques de réduction des risques peuvent être retenues :

- ne pas stigmatiser le produit ou les publics (au plan des conséquences sociales, ni le produit, ni les publics ne s'y prêtent, et ce peut être là d'un certain intérêt) ;
- prendre en considération le travail des groupes d'auto-support ou d'usagers et envisager avec eux les modalités d'auto-régulation ;
- envisager les points d'identification des usagers d'ecstasy (il ne semble pas que ce soit la pratique de la consommation même qui soit pour eux un point fort). En revanche, les pratiques festives liées au mouvement de la technoculture semblent être un critère constitutif plus opératoire ;
- envisager des modes d'information, de diffusion et d'accompagnement au plus près des usagers, en tenant compte de leurs pratiques spécifiques (réseaux, nouvelles technologies, internet, production d'outils d'information destinés aux jeunes consommateurs...).

## **Des propositions internes pour un début d'intervention du MJS**

Ces propositions ont pour intérêt à court terme de proposer une première capitalisation préalable aux interventions à venir, en attente d'apports complémentaires interministériels.

Il s'agit de faire l'analyse du mouvement culturel lié à la musique *techno* et d'évaluer la proportion de consommateurs d'ecstasy : stabilisation ou non, modes et phases de consommation, afin d'envisager et d'analyser les corrélations entre pratiquants et consommateurs.

Compte tenu de la forte connotation culturelle du mouvement *techno*, il serait intéressant de voir en quoi un soutien et un accompagnement autour des pratiques culturelles nouvelles ou exploratoires (de nature musicale et d'expressions graphiques, inscrites notamment dans la technoculture) peuvent participer d'une réduction de la demande ou d'une substitution, à partir d'un point d'intensification et de convivialité plus fort. En cela, la démarche socio-culturelle de notre ministère et la démarche préventive se rejoignent.

Un lieu d'échanges et d'informations dans une conception de veille et de suivi (social, médical, épidémiologique) pourrait être institué et développé sur le plan interministériel, local et national.

En conséquence, le Ministère de la Jeunesse et des Sports a décidé pour 1998 de :

- mettre en place un groupe de travail avec des représentants d'associations de jeunes et d'associations musicales inscrites dans le mouvement *techno*, portant sur la dimension anthropologique du mouvement culturel *techno* ;
- apporter son soutien à certains partenaires associatifs lors d'intervention ou d'évaluation visant notamment aux expérimentations de réductions de risques ;
- informer et mobiliser les relais et services déconcentrés sur les drogues de synthèse, les publics et les usages afin de soutenir leurs actions de prévention (volant réduction des risques ou prévention). Sur le plan local, les services déconcentrés participent à l'accueil des populations jeunes lors de manifestations ou d'événements culturels (la Rochelle, Bourges, Rennes, Aurillac ...). Une approche méthodologique pourrait être développée ultérieurement sur cet objet ;
- prendre en considération les réflexions menées, dans d'autres secteurs de la prévention et de la dépendance, portant d'une part sur le rôle des jeunes dans les pratiques de prévention (jeunes relais, par exemple) et d'autre part sur les relations entre dopage et conduites addictives chez les jeunes.

***Dominique Billet***

*Mission « Environnement social des jeunes » - Département initiatives et insertion  
Direction de la jeunesse et de la vie associative  
Ministère de la Jeunesse et des Sports*

## **Lutte contre le trafic de drogue et la toxicomanie en milieu scolaire**

Le comité interministériel de lutte contre le trafic de drogue et la toxicomanie (14 septembre 1995) a adopté un plan de mobilisation pour lutter contre le développement de ce fléau social. Ce plan est dans chaque département sous l'autorité du préfet qui désigne un chef de projet chargé de proposer les mesures opportunes et de suivre l'application du dispositif général (figure 1). Il importe de mettre en cohérence les quatre volets essentiels de l'action des pouvoirs publics, en liaison avec les collectivités territoriales et les associations :

- la prévention ;
- les soins ;
- les actions de réinsertion ;
- la lutte contre le trafic de drogue.

### **Actions dans le cadre de la prévention des conduites à risque**

La consommation de drogues chez les jeunes de 15 ans concerne 16 % de la population. Parmi les produits utilisés, le cannabis est celui qui est consommé par la majorité des jeunes. La consommation de drogue semble liée au fait :

- d'avoir des réactions violentes à l'école ;
- de ne pas se sentir en bonne santé ;
- de se sentir malheureux ;
- de présenter des troubles anxio-dépressifs ;
- de se sentir souvent seul ;
- de ne pas aimer l'école ;
- de ne pas pouvoir parler facilement aux parents ;
- de ne pas vivre avec le père.

Une étude menée par le CFES sous l'égide de l'OMS a permis de mieux connaître le comportement des adolescents face aux drogues<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Actualité en Santé Publique. N°19, juin 1997

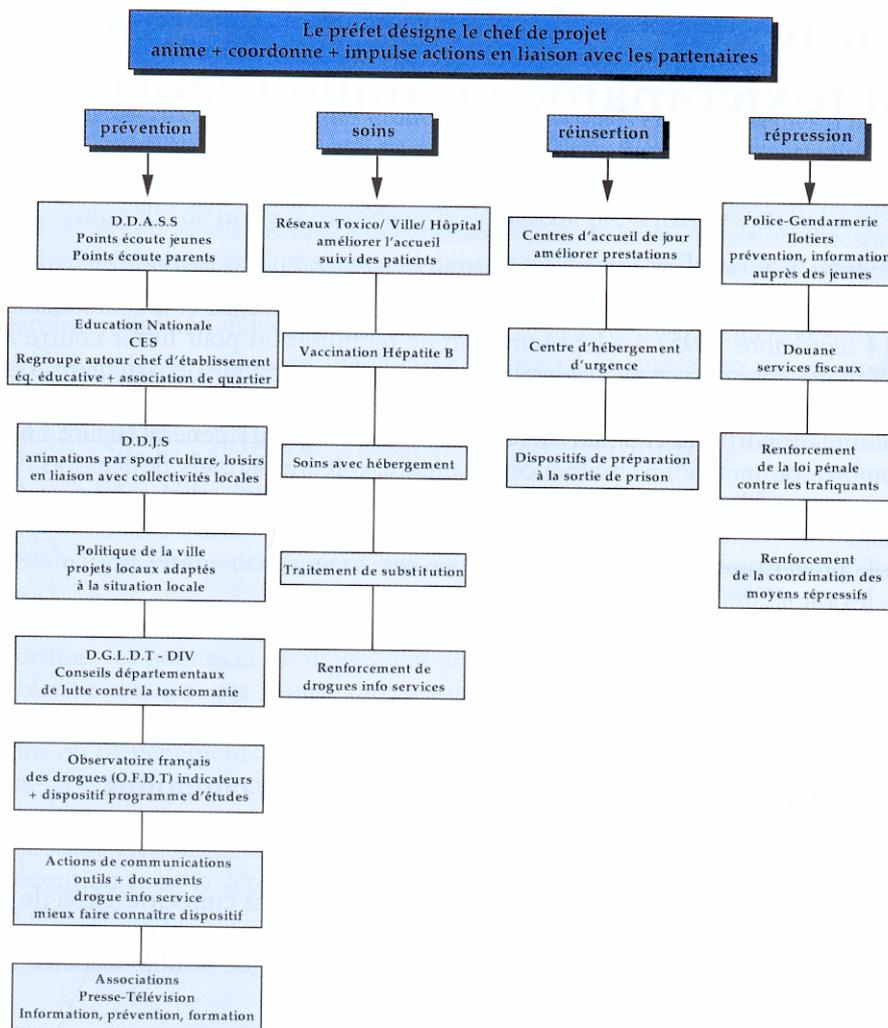


Figure 1 : Plan de mobilisation contre le trafic de drogues et la toxicomanie.

Un jeune de 15 ans sur quatre s'est vu proposer de la drogue. C'est dans plus de 40 % des cas lors d'une fête ou d'une soirée avec les copains, dans plus de 20 % à la sortie de l'école ou à l'école et dans 17 % des cas au sein du quartier de résidence.

« Une approche préventive spécifique est difficile à mettre en place tant la toxicomanie est complexe dans son étiologie et ses déterminants. Néanmoins il faut agir de façon précoce car l'âge de début, avant le quinzième anniversaire, semble fortement corrélé à une poursuite de la consommation. La prise de drogue illicite se produit en général dans un contexte de déséquilibre psychologique et social dont les déterminants sont aussi variés que complexes. Agir en amont sur l'ensemble des causes et facteurs étiologiques est donc une démarche importante à promouvoir. L. Bills préconise que l'on agisse sur des facteurs qui favorisent chez l'enfant l'acquisition d'une autonomie, car celle-ci va dans la direction opposée de celle de la dépendance. L'autonomie est un des fondements de l'éducation pour la santé et donc de prévention primaire des abus de drogues<sup>2</sup> ».

<sup>2</sup> Enquête sur l'abus de drogues en milieu scolaire. Strasbourg.1994

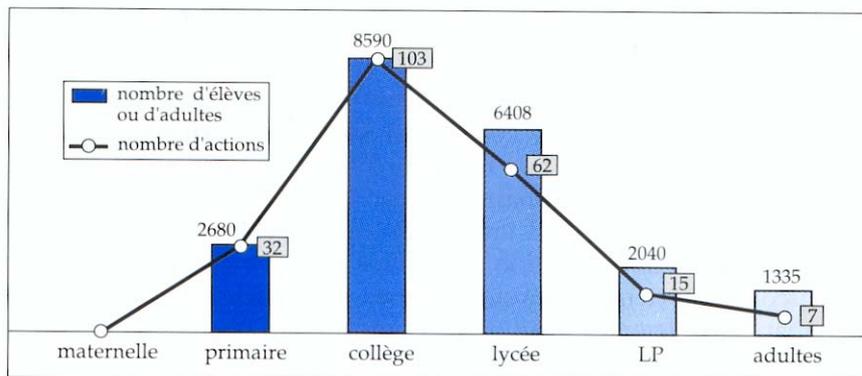


Figure 2 : Actions de prévention des conduites à risque dans l'Académie de Créteil.

Dans l'académie de Créteil, 219 actions de prévention ont été menées, concernant 21 053 élèves et adultes (figure 2).

## La prévention et les comités d'environnement social créés en 1990

Les comités d'environnement social (CES) sont l'aboutissement d'autres structures mises en place entre 1983 et 1990. Ils ont été instaurés par la lettre du 22 octobre 1990 publiée au BOEN du 15/11/1990. Leurs missions ont été précisées dans la circulaire n° 93 137 du 25 février 1993, BOEN du 11/03/1993 en privilégiant trois axes :

- la prévention des dépendances, des conduites à risque et de la violence ;
- le suivi global des jeunes dans et hors de l'école, incluant la recherche de solutions ;
- la recherche de solutions aux problèmes de santé.

En 1997, les CES sont devenus un outil essentiel de prévention des conduites à risque. La prévention se fonde sur quatre principes :

- elle doit prendre en compte l'élève dans sa globalité, car il est au centre du système éducatif. La prévention des toxicomanies ne doit pas être isolée de la prévention des maltraitements, de la violence, du suicide, des prises de risque...
- elle engage la responsabilité de l'ensemble des personnels qui doivent travailler en équipe.
- elle doit s'inscrire dans le projet d'établissement et être menées sous la responsabilité du chef d'établissement. Elle nécessite la définition d'objectifs opérationnels arrêtés à partir d'indicateurs qui tiennent compte de la qualité de vie.
- la plus grande vigilance doit être observée pour faire appel à des intervenants extérieurs. Il est nécessaire de respecter les conseils rappelés dans les textes.

Pour l'académie de Créteil, particulièrement touchée par les phénomènes de violence, la mise en place des comités est une priorité dans le cadre de la prévention, car le seul repère fixe, tant pour les parents que pour les élèves, est l'établissement scolaire. Ce dispositif permet au chef d'établissement d'être le pilote des actions (figure 3). Il impulse et gère le partenariat et établit son projet d'établissement en fonction des besoins propres à son secteur.

L'établissement scolaire devient le lieu privilégié de prévention ou convergent, en partenariat, les différentes institutions et organismes chargés de la prise en compte des problèmes de la jeunesse.

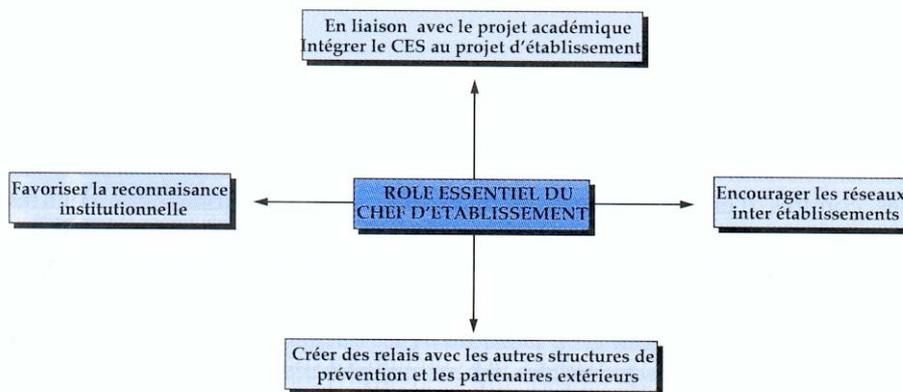


Figure 3 : Rôle du chef d'établissement dans les actions de prévention.

En outre, dans le cadre des contrats ville, le CES est un relais interne à l'établissement pour la politique de la ville et l'un des interlocuteurs privilégié des partenaires extérieurs.

## Coordination académique

Les actions mises en place par les comités d'environnement social sont impulsées par le groupe de pilotage académique. Différentes missions lui sont attribuées.

### DEFINIR LES OBJECTIFS D'UNE POLITIQUE ACADEMIQUE DANS LE CADRE DES ORIENTATIONS NATIONALES

Les objectifs étant de :

- prendre en charge la santé globale ;
- améliorer la communication dans l'établissement ;
- améliorer la qualité de vie dans les établissements ;
- améliorer la sécurité : prévention du racket, de la violence ;
- développer l'accompagnement et l'écoute des élèves en difficulté ;
- encourager les initiatives des élèves en les responsabilisant ;
- développer la formation des délégués ;
- rappeler les droits de l'enfant, prévention de la maltraitance et du suicide.

### IMPULSER UNE POLITIQUE DE PREVENTION GLOBALE

Cette politique prend en compte l'ensemble des paramètres géographiques, sociologiques, psychologiques et pédagogiques. Le groupe de pilotage rappelle la nécessité d'établir un véritable partenariat dans la réflexion et pour l'action. Les objectifs des comités doivent être de définir les profils de la population locale, de recenser les attentes et les besoins des différents partenaires et usagers ainsi que les moyens existant dans un lieu géographique précis, puis d'élaborer une stratégie commune d'action, de réaliser les projets qui en découlent et d'évaluer le degré d'adéquation de ces derniers au résultat attendu.

## **INCITER A LA CREATION DES COMITES D'ENVIRONNEMENT SOCIAL**

Ce sont des outils qui s'avèrent efficaces pour la prévention des conduites à risque et qui peuvent être une aide certaine pour les chefs d'établissements, dans le cadre de résolution de conflits. Vingt cinq pour cent des collègues ont créé cette structure, et leur généralisation est envisagée dans le cadre du plan de relance pour la santé scolaire.

## **ASSURER UN ROLE DE CONSEIL AUPRES DES ETABLISSEMENTS**

Il est rappelé la nécessité d'établir des liens privilégiés avec les administrations de police et de justice qui permettent d'élaborer une réelle politique de prévention. Cette politique peut permettre la prise en compte précoce des élèves en difficulté ou en danger signalés par les chefs d'établissement. L'étude de l'absentéisme est conseillée, car il est le signe le plus perceptible d'un début de dérive sociale, familiale ou individuelle d'un élève. L'intervention rapide peut être un outil particulièrement efficace contre la marginalisation.

## **REPARTIR LES CREDITS DELEGUES PAR LE MINISTERE**

Cette répartition s'appuie sur différents critères :

- la situation en ZEP ou zone sensible ;
- l'adéquation du projet avec les finalités d'un CES ;
- la définition des objectifs précis ;
- les actions particulièrement innovantes ;
- l'existence de réseau inter établissement et d'ouverture sur les écoles élémentaires.

Le groupe de pilotage académique est également responsable d'organiser la formation des personnels avec la MAFPEN et d'évaluer les actions et en établir le bilan.

## **L'organisation de la prévention est de la responsabilité du chef d'établissement**

Cette organisation doit prendre en compte l'élève dans sa globalité, et n'être pas dissociée des autres conduites telles que violence, conduites suicidaires, usage d'alcool, de tabac ou de médicaments, anorexie, boulimie. C'est une politique d'éducation, car l'école est un des lieux de vie essentiel des élèves. Elle en fait des acteurs à part entière, développe leurs capacités individuelles et renforce leur estime de soi. L'organisation de la prévention implique une grande attention à l'élève qui est au centre du système éducatif et une grande attention à l'éducation.

Elle concerne l'ensemble de la communauté des adultes : enseignants, personnels de direction, d'éducation, de surveillance, d'administration, sanitaires et sociaux, ouvriers de service. La responsabilité de l'ensemble des personnels est pleinement engagée en matière de prévention.

La prévention s'inscrit dans le projet d'établissement et nécessite une structuration de la politique d'établissement. Elle doit être partie intégrante de son projet et doit éviter des séries d'actions ponctuelles juxtaposées. Un travail d'équipe qui respecte les compétences de chacun est nécessaire.

La cohérence et l'efficacité des adultes dans l'établissement est l'une des conditions essentielles de la prévention. L'appel à des intervenants extérieurs doit se faire en cohérence avec la politique de l'établissement. La plus grande vigilance doit être observée par rapport

aux messages qui sont donnés aux élèves. Il est recommandé de proscrire les actions isolées de la démarche de l'établissement qui démobilisent les équipes.

**En conclusion**, tout adulte de la communauté éducative, à la place qui est la sienne dans la mission qui lui est confiée, doit être :

- attentif aux élèves ;
- les respecter jusque dans leurs difficultés ;
- les entendre ;
- leur venir en aide.

*Marie-Claude Romano*  
*Médecin conseiller technique*  
*Service médical de promotion de la Santé de l'académie de Créteil*

*Médecin conseiller*

*Jacqueline Baltagi*

Tableau I : Cas publiés d'Hyperthermie - Rhabdomyolyse

n° observation Référence Pays	Patient Sexe, âge, antécédents Circonstances	Symptômes de début	Analyses toxicologiques (µg/l)	Evolution Enzymes (UI/l) Imputabilité/ gravité
n° 1 Brown et Osterloch, 1987 USA	F 32, E déjà consommée à plu- sieurs reprises et bien tolérée  Consommation en couple : 100 à 150 mg de MDMA chacun, avec jus d'orange, son ami, en bonne santé, la transportera rapide- ment aux urgences de l'hôpital	Picotements géné- ralisés, hallucina- tions visuelles puis perte des souvenirs  H2 à l'hôpital : confusion, halluci- nations, mydriase, hypersudation, T° rect 41°6, nystag- mus vertical, Rot vifs, p150, TA 90/50, RR 36 Sub OAP + hypoxie	MDMA H3 : urines : 410  H6 : sang : 7 000, aspirat gastrique : 1 070  J1 : urines : 816  cp E : 99 % de MDMA	J1 à J 10 : rhabdo- myolyse, CPK 782 à J14, 24 à J24 (CPK non dosées avant J14)  J2 : CIVD J3 : leucocytose à 33 000 J5 : ASAT 1820, ALAT 214  Eruption d'allure herpétique  <u>Guérison</u>  <u>I8/G4</u>
n° 2 Chadwick et coll., 1991 GB	F 16, ingestion d'un 1 <sup>er</sup> cp d'E, sensation de malaise et rapide régression  Ingestion d'un 2 <sup>e</sup> cp	Convulsions H0 à l'hôpital : hal- lucinations visuel- les, mydriase, agi- tation, tremblements, T° ax 40°, p190, TA 80/50 H2 : T° 42° (ax), saignement buccal H3 : coma H4 : TA imprenable, hématémèse, réani- mation	MDMA sang : 424 aspirat gastrique : 28 000  aucun autre produit mis en évidence	Œdème SNC (scan), CIVD, acidose metaboli- que, hypoglycémie, décompensation cardiovasculaire malgré réanimation intensive H36 : <u>Décès</u>  I8/G6 Histologie : anomalie des fibres musculaires de type II, pas de rhabdomyolyse
n° 3 Henry et coll., 1992 (cas 3) GB	F 19  2 cp d'E dans un club	H2 : vomissements, diarrhée liquide, coma, T° 39°7, p150, ↓ plaquettes, ASAT ↑	MDMA sang : 970  MDA sang : 50	Diurèse, sédatif, régression  <u>Guérison</u>  <u>I7/G4</u>
n° 4 Henry et coll., 1992 (cas 4) GB	H 20  Ingère 3 cp d'E dans un club	Agitation, p210, TA 210/70, hypersuda- tion, T° 40°, rhab- domyolyse, cytolyse hépatique, insuffi- sance rénale	MDMA sang : 240  MDA sang : 20  Amphétamine : 20  MDEA sang : 0 ; urines : +	J21 : <u>Guérison</u>  <u>I7/G3</u>

Ecstasy, des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage

n° 5 Henry et coll., 1992 (cas 1) GB	H 23 3 cp d'E lors d'une « rave »	Convulsions H6 à l'hôpital : my- driase, agitation, RR rapide, p120, TA 120/60, T° ax 40°, CIVD, rhabdomyolyse	<u>MDMA</u> sang : 200  <u>Amphétamine</u> sang : 100	Insuffisance rénale aiguë, épuration extra rénale pendant 20 jours  J33 : <u>Guérison</u>  I8/G4
n° 6 Woods et Henry, 1992 GB	H 20 5 cp E pendant une « rave »	H2 après inges- tion : convulsions pendant 1 h, coma, mydriase, hyperten- sion, hypersudation T° rect 40°, ↑ 41,4°, TA 110/70 - > 80/30, p170, aci- dose métabolique, CPK 774 UI/l, créat 173 µmol/l, coagu- lation normale TRT : IT + VA, Diazepam TRT : sympt, Dantrolène	<u>MDA ++ et MDMA</u> sérum : MDA 1510 urines : MDA 48 600 MDMA 500  cp E = MDA ++ et MDMA « EVE »  alcool 0,2 g/l  pas d'autres produits	H12 : rhabdomyo- lyse +, CPK 15700, créat 124 µmol/l  H72 : <u>Guérison</u>  I8/G4
n° 7 Screaton et coll., 1992 GB	H 19, pas de prise antérieure d'E  1 <sup>er</sup> cp E dans un dancing	Découvert à l'exté- rieur d'un dancing, frappant sa tête contre le trottoir  H0 à l'hôpital : T° 43,3°, mydriase, p160, rigidité + + +, fracture occipitale  En 15 mn : coma + IT + VA	<u>MDMA</u> avec amphétamines (traces) dans sang et urines	Réanimation, refroidissement H1 : T° 38°, saignement buccal, CIVD, rhabdomyolyse, CPK 44500, créat 250 µmol/l Scanner : hémorra- gies cérébrales multiples  <u>Décès</u>  I7/G6
n° 8 Screaton et coll., 1992 GB	H 19, jamais d'E ni autre drogue connue  1 <sup>er</sup> cp d'E dans un night club	Confusion et perte de connaissance  A l'hôpital : T° 41°, rigidité + tachycardie supravent 180 Soins intensifs	néant	IT + VA En quelques heures : CIVD, rhabdomyolyse H2 : CPK 29700, fasciotomie des 2 jambes  <u>Guérison</u> avec séquelles (marche difficile + +)  I5/G5
n° 9 Screaton et coll., 1992 GB	H 19, prises anté- rieures de MDMA  Ingestion de 3 cp d'E dans un dan- cing	Perte brutale de connaissance  H0 à l'hôpital : T° 40°, rigidité muscu- laire, tachycardie	néant	Rhabdomyolyse, CPK 3940, CIVD peu marquée H30 : sort contre avis médical  <u>Guérison</u>  I5/G3

n° 10	H 18, utilisations antérieures d'E	Convulsions, coma profond, TA 70, p180, hypersudation, T° ax 42°	MDMA sang : 1 260 pas d'autres produits	IT + VA, inotropes + DOA, Dantrolène, rhabdomyolyse, CPK 9000
Campkin et Davies, 1992	3 cp d'E dans la soirée	Aux urgences : Diazépam	MDA : non présente	H3 : saignements + CIVD
GB		Soins intensifs		H5 : <u>Décès</u>
				I8/G6
n° 11	Non précisé	Non précisé	MDMA pas de surdosage	CIVD, rhabdomyolyse, atteinte foie, insuffisance rénale, hémofiltration
Barrett 1992	1 cp d'E			<u>Evolution ?</u>
GB				I6/G4
n° 12	Non précisé	Signes sympathomimétiques : agitation, spasmes musculaire,	néant	TRT : Dantrolène et régression des symptômes en 3 h
Barrett, 1992	1 cp d'E	hyperthermie, tachycardie		<u>Guérison</u>
GB				I4/G4
n° 13	H 23	H3 : convulsions	MDMA sang : 200,	IT + VA
Barrett 1993	1 cp d'E + amphétamine	A l'hôpital : agitation, mydriase, mouvements cloniques, RR 40, p139, TA 120/80, T° ax 40°	Amphétamines sang : 100	H12 : acidose métabolique, saignements, oligurie, rhabdomyolyse
GB		TRT : oxygène + chlorpromazine p160, TA 85/60, remplissage et Propranolol	pas d'autres produits	CPK 6 000 à J2 CIVD, atteinte foie et rein, hémofiltration jusqu'à J21
		Soins intensifs		J33 : <u>Guérison</u>
				I7/G4
n° 14	F 19	Perte de connaissance et convulsions	MDMA présence + dans le sang	Scan : œdème cérébral
Nimmo et coll., 1993	E lors d'une « rave »	H0 à l'hôpital : coma, opisthotonos, T° 40°		H10 : T° normale, régression des symptômes
GB		2 <sup>e</sup> crise convulsive : p150, TA 120/80, CPK 4177, TP ↓, acidose métabolique		J3 : sort des soins intensifs
		TRT : IT + VA, Diazépam, Dantrolène		<u>Guérison</u>
				I8/G4
n° 15	H 23	Perte de connaissance dans un dancing	MDMA métabolite (MDA) dans les urines	En 45 mn : Dantrolène, T° ↓ 38°
Logan et coll., 1993	4 cp d'E avec amphétamine au cours d'une soirée	H0 à l'hôpital : agitation, tachycardie	pas d'autres produits	2 <sup>e</sup> accès : hyperthermie répondant bien au Dantrolène, IV + VA, hypo TA
GB		160, hypertonie,		

		TA 170, mydriase, conscience fluctuante, T° ax 41,7° puis 42°, acidose métabolique, hypoxie TRT : Diazépam, Dantrolène, Labétalol		avec bas débit cardiaque traitée par inotropes + H4 : apyrexie et hémodynamique correcte J2 : rhabdomyolyse, (CPK 7 540) J3 : extubation, état confusionnel
		Soins intensifs		J5 : <u>Guérison</u>
				<u>I8/G4</u>
n° 16	H 20, prises d'E bien tolérées depuis 18 mois	Perte de connaissance à l'extérieur d'un night club	MDEA (EVE) dans le sang, l'aspirat gastrique, les urines	IT + VA, lyse thérapeutique T° ↓ 39° puis ↑↑ rapidement Dantrolène : T° 38° après 30 mn ; T° 37,3° après 2 h H4 : apyrexie, régression des symptômes H7 : CIVD H16 : correction de l'acidose, inotropes + J2 : ↑ créat (173 μmol/l) J5 : CPK 59700 J6 : sort des soins intensifs J11 : sort de l'hôpital
Tehan et coll., 1993				
GB	Ingestion de 2 cp d'E, de même que son copain, qui seront bien tolérés par ce dernier Tests halothane et caféine : négatifs (pas de sensibilité à l'hyperthermie maligne : HMN)	H0 à l'hôpital : stupeur, agitation ++, hypersudation, mydriase, hypertonie, RR ↑, TA 80, p180 à 200, T° 39,6° -> 40,2° (rect.) acidose métabolique	Amphétamines : 280 dans le sang ; présence dans les urines et l'aspirat gastrique	
		Soins intensifs		<u>I8/G4</u>
n° 17	H 20 Prise non précisée	Rapidement : agressivité tachycardie à 180, TA 94/50, Diazépam Soins intensifs en raison de la tachycardie, acidose métabolique, sédation + IT + VA	MDMA dans le sang et les urines  pas d'autres produits	H5 : 40,2°, p170, TA 150/70, hypersudation, mydriase TRT : Sédation, T° ↑ = Dantrolène (2 injections efficaces) H12 : CIVD, hypoglycémie, CPK 6410, inotropes + J7 : extubation, EEG anormal
Webb et Williams, 1993				
GB				J 36 <u>séquelles SNC</u>
				<u>I8/G5</u>
n° 18	H 16 E pris dans un night club	Amené aux urgences dans le coma : hypotension, tachycardie ventriculaire, RR rapide, acidose métabolique, T° centrale > 42°.	MDMA recherche positive dans le sang et les urines	En quelques heures : CIVD fulminante, hypoTA (Noradrénaline), hémofiltration (hyperkaliémie).
Watson et coll., 1993				
GB				

		K 7,8 mmol/l, convulsions TRT : IT + VA, Dia- zépam, Dantrolène 90 mn plus tard : T° normale, CPK 47 000		créat 477 µmol/l  J6 : Décès Autopsie : œdème cérébral  18/G6
n° 19 Watson et coll., 1993 GB	H 23 Ingestion de plusieurs doses d'E avec un peu d'alcool, danse continue	Convulsions pen- dant 30 sec, vomis- sements. A l'arrivée aux urgences : apyrexie, hypersu- dation, agitation, coma, RR rapide, acidose metaboli- que marquée (pH 6,96) TRT : IT + VA	MDA dans le sang et les urines	J2 : extubation, créat 200 µmol/l, CPK 2822 J3 : sort de l'hôpital  Guérison  17/G4
n° 20 Watson et coll., 1993 GB	H 18 Ingestion de cp et danse pendant 5 h	Vomissements, hallucinations, se sent chaud. Un ami l'amène aux urgences H0 à l'hôpital : hyperthermie à 41°, RR rapide, acidose modérée, agitation, coma, hypertonie TRT : Dantrolène	MDA dans le sang, les urines et les vomis- sements	H1 : T° normale  J1 et J2 : surveillance, CPK 2480  J3 : Guérison  18/G3
n° 21 Watson et coll., 1993 GB	H 26 Ingère des cp d'E pour les cacher lors d'une perquisi- tion de la Police	Amené par la po- lice aux urgences car : obnubilation, vomissements, coma vigile, rigidité musculaire, T° ax 40°, acidose méta- bolique, convul- sions généralisées TRT : Diazépam, Dantrolène	MDA dans le sang et les urines	Dans l'heure : re- prend conscience, T° normale, CPK 7000, créat 373 µmol/l H 72 : sort contre avis médical 1 mois plus tard : créat normale  Guérison  18/G4
n° 22 Watson et coll., 1993 GB	H 20 Ingère plusieurs cp d'E les heures précédentes sans danser	Se présente aux urgences pour : crampes dans les jambes, cépha- lées ++, T° 40,5° TRT : Dantrolène, T° ↓ normale  Soins intensifs	MDA dans le sang et les urines  Analyse des cp : MDA seulement	CPK 190, complica- tion : pneumopathie lobaire inf. droite, antibiotiques H 48 : sort contre avis médical  Guérison  18/G4
n° 23 Watson et coll., 1993 GB	F 23 Danse ++ pendant 36 h après ingestion d'un demi cp d'E	Admise en orthopé- die pour fracture cheville droite avec déplacement, dou- leurs musculaires diffuses, CPK 48	MDA dans le sang et les urines	J1 : observation et surveillance J2 : intervention chirurgicale sans complication  15/G3

n° 24	H 20	Hypersudation, rigidité, conscient mais amnésique des événements Amené à l'hôpital : convulsions généralisées, vomissements + fausses routes, coma, trismus ++, T° ax 42°, p180, TA 140/60, mydriase	néant	Détresse respiratoire, intubation avec halothane (bien toléré), acidoose métabolique, K 6,1 mmol/l TRT : refroidissement + Dantrolène + antibiotiques  J4 : <u>Guérison</u>  I4/G4
Walsh et coll., 1994	Découvert dans une « rave » inconscient			
GB				
n° 25	H 23, quantités modérées de tabac et alcool, pas d'antécédents allergiques, 2 AG bien tolérées, consommateur d'E  Dernière prise d'E, 48 h avant anesthésie générale	Opération pour fracture cheville AG : Fentanyl Propofol, Isoflurane, NO + oxygène Pendant AG : T° 38,9°, spasme des masseters, hypertonie des membres supérieurs, saturation à 98 %, acidoose métabolique (pH 7,28)	néant	TRT : refroidissement, Dantrolène, T° ↑ 39,1°, p150, bronchospasme  <u>Guérison</u>  I3/G4
McCoy et coll., 1994				
Irlande				
n° 26	H 17  Ingestion d'1 cp d'E au cours d'une « rave »	Rapidement : perte de connaissance Urgences hôpital : agitation, hypersudation, hallucinations visuelles, p165, TA 80/60, RR 30, T° 40° (rect), mydriase, nystagmus vertical, hypertonie + hyper Rot, hypoglycémie TRT : oxygène, remplissage Vx, dextrose, Dantrolène, Labétalol Soins intensifs	<u>MDA</u> sang : 300  <u>MDMA</u> : néant	IT + VA, Dantrolène (x 2) H4 : T° 38°, p118, TA 120/70, inotropes + J2 à J4 : CIVD J4 à J6 : rhabdomyolyse (CPK 20 000), atteinte hépatique J1 à J5 : atteinte rénale modérée  <u>Guérison</u>  I8/G4
O'Dwyer et coll., 1995				
Irlande				
n° 27	H 36, prise d'E antérieure bien tolérée  Dans un dancing, le soir du jour de l'an, 1 cp d'E + 2 bières  Eau bue en grande quantité pendant la nuit	Dans le night club : crises convulsives A l'hôpital : T° 36,2°, coma profond, 2 crises convulsives, vomissements, perte des urines, fausse route poumon gauche, Na 115, CPK 1572, GB 14600, pH 7,5, Fi O2 97 %, coagulation normale TRT : Correction électrolytique,	<u>MDMA</u> sang : 130 urines : MDA +	T° ax 39,7° H18 : ↓ fièvre, coma moins profond H30 : CPK 81 900, ALAT 132, oligurie (DOA +), CPK 84 800, myoglobulinurie  En 48 h : régression  <u>Guérison</u>  I8/G4
Lehman et coll., 1995				
GB				

		antibiotiques H12 : coma, RR 32, Fi 02 ↓ 90 %, T° 39°, polyurie 5 l/12 h CPK 2461, osmolalité, plasma 259 mmol/l, urines 153 mmol/l, Na urines 26 mmol/l		
n° 28 Box et coll., 1997 GB	F 30  Premier cp d'E ingéré avant une « rave »  A bu beaucoup d'eau	H4 : malaise H5 : perte de connaissance et convulsions généralisées H5 h 30 à hôpital : confusion, agitation, coma, convulsions T° 34°, p80, TA 110/70 Babinski bilatéral Na 117 mmol/l, K 3,1 mmol/l urines diluées ++	néant	H24 : T° 39°, convulsions, rhabdomyolyse, CPK 16 670, urines diluées ++, myoglobinurie  <u>Evolution ?</u>  <u>I4/G4 (?)</u>
n° 29 Dar et McBrien, 1996 GB	H 17, prises anté- rieures ++  Amené aux urgen- ces après avoir été expulsé d'un night club où il avait ingéré 10 cp d'E et alcool	Aux urgences : confusion, agressivité + hypersudation, T° ax 41°, p178, TA 120/70, mydriase, rigidité, coma vigile TRT : refroidisse- ment, Dantrolène Détrousse respira- toire IT + VA BAV 2° degré (sonde EES)  Soins intensifs	<u>MDMA</u> à l'autopsie sang : 2 300 foie : 1 200 µg/kg  alcool 0,78 g/l à l'entrée à l'hôpital  pas d'autres produits	Dantrolène +, T° 42°, IRA, choc cardiogénique, CIVD, acidose métabolique, hyper K (73 mmol/l)  H6 : <u>Décès</u> Autopsie : OAP, histo poumons compati- ble avec abus d'amphétamine  <u>I8/G6</u>
n° 30 Coore 1996 GB	F 18, aucune dro- gue, traitée par fluoxétine pour dépression depuis 8 mois  Premier cp d'E ingéré dans un night club	Vomissements, crampes dans les jambes, hallucina- tions visuelles A l'hôpital : hyper- sudation, agitation, tremblements, T° 40,3°, Rot Vifs, TA 100/60, p140, mydriase, créat 204 µmol/l, T° ↑43° TRT : refroidissement + Dantrolène  Soins intensifs	<u>MDMA et MDA</u> dans les urines  <u>MDA</u> sang : 246	Convulsions généralisées IT + VA H7 : T° 38°, CIVD, ictère, ALAT 1523, rhabdomyolyse, (CPK 170 000)  J8 : <u>Décès</u>  Autopsie : nécrose foie (+ cholestase) et pancréas, rhabdomyolyse  <u>I8/G6</u>

<p>n° 31 Cox et Williams, 1996 GB</p>	<p>H 22 (75 kg - 1m73), en bonne santé, 2 joints avant la « rave » puis alcool et 2,5 cp d'E pen- dant la soirée</p>	<p>Comportement bi- zarre puis sort en courant de la « rave » Crise de spasmes musculaires avec violents tremble- ments puis « s'en- dort » Retour en car : vomissements, tremblements, hy- perventilation A l'hôpital : convul- sions, RR 60, p160, T° 41,8°</p>	<p><u>MDMA</u> sang : 555 ; aspirat gastrique : 2 090 ; urines : 14 300</p> <p><u>MDEA</u> sang : 490 ; aspirat gastrique : 250 ; urines : 69 000</p> <p><u>MDA</u> sang : 240 ; aspirat gastrique : 111 ; urines : 750</p> <p><u>Amphétamine</u> : 0</p> <p>A l'autopsie : sang fémoral</p> <p>MDMA : 430 MDEA : 300 MDA : 250</p> <p>Pas de cp pour analyse</p>	<p>Acidose metaboli- que sévère ++ CIVD</p> <p>H17 : <u>Décès</u></p> <p>Autopsie (+ 36 h) : OAP, hémorragies disséminées, œdème central</p>
<p>n° 32 Hall et coll., 1996 GB</p>	<p>H 26, trauma lom- baire accidentel 1 an auparavant ⇒ paraplégique E quelques fois bien tolérée</p> <p>1 cp d'E avec des copains et rentre chez lui, pas d'ef- fort musculaire important</p>	<p>Rapidement : ma- laise, obnubilation, convulsions A l'hôpital : convul- sions, coma, T° 41° TRT : Diazépam, Dantrolène</p> <p>Soins intensifs</p>	<p>néant</p>	<p>Etat épileptique, vomissements, lyse + IT + V, refroi- dissement, Dantro- lène, inotropes + H12 : CIVD, T° normale H24 : rhabdomyo- lyse (CPK 555 000), oligurie, SDRA H36 : ectopies vent H48 : insuffisance hépatique J4 : créat 450 µmol/l</p>
<p>n° 33 Fineschi et Masti, 1996 Italie</p>	<p>H 20 1 cp d'E dans une discothèque avec des copains puis rentre chez lui</p>	<p>A 2 h du matin, il dit à sa mère qu'il se sent fiévreux (T° ax 40°), va se cou- cher</p>	<p><u>MDMA et MDEA</u> sang : 185 et 1596 présence ++ de ces 2 substances dans les urines, la bile et les viscères analysés</p>	<p>Le lendemain à midi, retrouvé mort, du sang ++ sur l'oreiller</p> <p><u>Décès</u></p> <p>Autopsie : aspect de CIVD</p> <p><u>I6/G6</u></p>

n° 34	F 19	15 mn après : nau- sées, vomisse- ments, diarrhée, désorientation,	<u>MDMA</u> sang et urines : présence	J4 : consciente, diplopie, CPK 71760, ALAT 413, ASAT 819
Demirkiran et coll., 1996	Haschich occasion- nellement, pas d'autres produits	somnolence		J7 : natrémie normale
USA	Après une journée de ski, prend 1 cp d'E	A l'hôpital : tachy- cardie, mydriase, Na 120 mmol/l, CPK 3960, T° 37° Soins intensifs : convulsions pen- dant le transport, TA 123/72, p100/120, RR 20/24, T° 38,5°, piloérection, Rot vifs, rhabdomyolyse TRT : Dantrolène, Bromocriptine	<u>MDA</u> urines : présence  Pas d'autres drogues	J11 : régression vertiges, vision trou- ble, tremblements, sort de l'hôpital J21 : EEG ondes lentes, bi occipita- les, quelques rares pointes ondes  <u>Guérison + séquelles</u>  <u>18/G5</u>
n° 35	H 21	Malaise Urgences hôpital : coma, hypertonie, hypersudation, T° 41° (ax), RR 42, p170, TA 85/60 TRT : IT + VA Soins intensifs : T° 42° Dantrolène, refroi- dissement	<u>MDMA</u> sang : 290  <u>MDA</u> sang : 100	H2 : myoglobine dans urines (DOA) H4 : CIVD modé- rée ; hypercalcémie H6 : OAP, sur- charge liquidienne, Inotropes + Gluconate Ca IV régression OAP J2 : coma, ictère + oligurie, hémodialyse J12 : conscient (+ IT) De J1 à J16 : rhab- domyolyse (CPK 130 000 à J10) J26 : OAP (nécrose myocardique) J37 : EMG = nécrose musculaire Jusqu'à J50, insuffi- sance hépatique  J80 : <u>Guérison</u>  amaigrissement + + 1 an plus tard, re- prend son travail  <u>18/G4</u>
Murthy et coll., 1997	Ingestion de 7 cp d'E + 2 g amphétamine + alcool au cours d'une « rave », danse + +			
GB				

## Ecstasy, des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage

n° 36	F 25, E de temps en temps, bien tolérée	H4 : perte de connaissance, convulsions généralisées	néant	2° injection Dantrolène 90 mn après T° 38,5°, glycémie 4,3 mmol/l H6 : hypoglycémie (0,6 mmol/l), rhabdomyolyse, CIVD
Montgomery et Myerson, 1997	Ingestion de 3 cp d'E	A l'hôpital : agitation, tachycardie 155, T° rect 41,9°, TA 120/40, glycémie 7,2 mmol/l TRT : refroidissement, Diazépam, Dantrolène 20 mn plus tard : T° 40,4°		Guérison <u>15/G4</u>
n° 37	H 33	H7 : diarrhées, douleurs musculaires	néant	J4 : CPK 112 000 TRT : DOA, légère hypoNa J9 : régression lente, rhabdomyolyse J30 : CPK (normale, pas d'atteinte rénale)
Williams et Unwin, 1997	En vacances en Australie, ingestion d'un quart d'E avec alcool et danse pendant plusieurs heures	J1 à J3 : ↑ douleurs, urines noires, pas d'hyperthermie  Consultation médicale : CPK 9200, ASAT 212, tachycardie		Guérison <u>14/G4</u>
GB		Hospitalisation ?		
n° 38	F 25, bonne santé	Rapidement : perte de connaissance	néant	Hypoglycémie Scan normal CIVD, rhabdomyolyse, (CPK 99 700)
Williams et Unwin, 1997	1 cp d'E + alcool dans une « rave »	Urgences hôpital : convulsions, T° 41,9°		J8 : CPK 11 000 J15 : CPK 300, pas d'atteinte rénale
GB		TRT : Dantrolène, inconsciente Soins intensifs		Guérison <u>15/G4</u>

**Tableau II : Cas publiés d'hépatites avec syndrome d'Hyperthermie - Rhabdomyolyse**

n° observation Référence Pays	Patient Sexe, âge, antécédents Circonstances	Symptômes cliniques et paracliniques  Bilirubine : µmol/l Enzymes : UI/l Créatinémie : µmol/l Urée : mmol/l	Analyses toxicologiques (µg/l)	Evolution  Imputabilité/ gravité
n° 39 Ellis et coll., 1996 (cas 5) GB	H19, usager régulier d'E  3 cp d'E ingérés au cours d'une « rave »	Hôpital : T° 42°, coma, hypoTA (90 max) TRT : IT + VA, Dantrolène 3 mg/kg/2 h, bilirubine 120, TP ↓, CPK 23 000 H12 : CIVD, ASAT > 5000  Service hépatologie	MDMA sang : 380  MDA sang : 30	J1 à J6 : VA, normalisation de la coagulation plaquette ↑, bilirubine max 287 J15 : bilirubine ↓ 56, PBH non faite  Guérison  I7/G4
n° 40 Henry et coll., 1992 GB	F 21  Plusieurs cp d'E lors d'une « rave »	Hôpital : convulsions répétées, T° 41°, p170, TA 170/110, mydriase, CIVD, rhabdomyolyse, insuffisance rénale aiguë, hépatite fulminante	MDMA sang : 110	J4 : greffe du foie  J18 : Rejet  Décès  I8/G6
n° 41 Ellis et coll., 1996 (cas 1) GB	F 21  E + LSD au cours d'une soirée	H6 : convulsions A l'hôpital : coma profond, T° 41°, CPK 4710, ASAT 3940, bilirubine 25, CIVD Scan : œdème cérébral Insuffisance hépatique aiguë	MDMA sang : 110 urines : 40  Pas d'autres produits	J4 : greffe du foie  J13 : Décès (sepsis)  Histologie : hépatocytes dilatés avec infiltrat graisseux microvasculaire, absence de réaction inflammatoire  I8/G6
n° 42 Ijzermans, 1993 Hollande	H 21, ni alcool, ni drogue  Premier cp d'E lors d'une « rave » + danse	Perd connaissance en dansant, convulsions, difficultés respiratoires, T° 39° créat 174, urée 6, ALAT 1100, ASAT 1020, LDH 1590, GGT 15, CPK 1142, coagulopathie	Test immuno chimique : <u>Amphétamine et dérivés</u> : positif	Régression spontanée  J10 : <u>Guérison</u>  I7/G4

n° 43 Jones et coll., 1994 (cas 2) GB	F 18, prend régulièrement E + alcool  Dans une « rave » après la prise d'E habituelle	En dansant : convulsions A l'hôpital : coma profond, pneumopathie d'inhalation, acidose métabolique, K 2,5, tachycardie 180, IT + VA, T° 42° (rect), oligurie créat 190, urée 6	MDMA et/ou MDA urines : MDA + + + amphétamines  (CG/SM)  Présence de benzodiazépine  Pas d'autre drogues	J2 : insuffisance hépatique avec ictère  J3 : ALAT 1530, GGT 30, Ph alc 127, CPK 50 000 troubles mineurs de la coagulation  <u>Guérison</u>  17/G4
---	---	--	--	--

Tableau III : Cas publiés d'hépatites isolées

n° observation Référence Pays	Patient Sexe, âge, antécédents Circonstances	Symptômes cliniques et paracliniques  Bilirubine : mmol/l Enzymes : UI/l Créatinémie, NH3 : µmol/l	Analyses toxicologiques (µg/l)  Sérologie	Evolution  Imputabilité/ gravité
n° 44 Henry et coll., 1992 (cas 1) GB	H 29, a utilisé déjà 7 fois de l'E, autres produits : cannabis, cocaïne et psilo- cybe (champignon hallucinogène)	Ictère progressif, hépatite cholestati- que avec œdèmes et ascite	néant  Sérologies négati- ves (hépatite A (IgG +) B négatif)	Lente régression en 3 mois  <u>Guérison</u> I3/G3
n° 45 Henry et coll., 1992 (cas 2) GB	H 19  Prise d'un cp d'E, 3 semaines aupara- vant	Depuis 15 jours : syndrome d'allure grippale avec diar- rhée, ictère pro- gressif, ASAT 1 509, GGT 103, bilirubine 170, Ph alc 369	néant  Sérologies négati- ves (hépatites A et B)	Régression lente  + J15 : ASAT 350, GGT 68, bilirubine 91, Ph alc 220  <u>I3/G3</u>
n° 46 Henry et coll., 1992 (cas 3) GB	H 19, E déjà uti- lisé, pas d'autre drogue  Pris il y a une se- maine pour sortir	Depuis 7 jours : ictère progressif, vomissements, bilirubine 400, confusion, hépatite fulminante	néant  Sérologies négati- ves (hépatites A, B et C)	Greffe du foie  <u>Guérison</u> I3/G5
n° 47 Henry et coll., 1992 (cas 4) GB	F 27, stop drogue IV depuis > 5ans  E pris à 3 occasions	A chaque prise : hépatite (3 épisodes), biliru- bine 400	Sérologies négati- ves (hépatites A, B et C)	<u>Guérison</u> I6/G3
n° 48 Henry et coll., 1992 (cas 6) GB	H 20, usage heb- domadaire d'E de- puis 10 mois	Ictère progressif, bilirubine 40, hépa- tomégalie doulou- reuse	néant  Sérologies négati- ves (hépatites A et B)	Régression  <u>Guérison</u> I3/G3
n° 49 Henry et coll., 1992 (cas 7) GB	H 19, consomma- teur d'E ayant aug- menté les doses depuis 3 mois à 4 cp par semaine	Prurit, ictère pro- gressif, ASAT 659, bilirubine 181, Ph alc 276	néant  Sérologies négati- ves (hépatites A et B)	Régression lente  <u>Guérison</u> I3/G3
n° 50 Shearman et coll., 1992 GB	F 27, stop drogue IV depuis 2 ans, pas d'alcool, usage d'E  1 à 2 cp d'E	Plusieurs ictères récidivant 1 à 2 se- maines après cha- que prise d'E, ic- tère, ALAT 1717, GGT 50, Ph alc 439, bilirubine 471	néant  Sérologies négati- ves (hépatites ABC, EBV, CM, HIV, Fièvre Q...)	Hépatite aiguë PBH : infiltrations lobaires et portales de cellules mononu- cléées d'éosinophi- les au niveau des espaces - portes

				Régression spontanée Récidive 4 mois plus tard après une nouvelle prise d'E
				I6 / G4
n° 51 Gorard et coll., 1992 GB	H 20, prend de l'E depuis 3 mois (1 à 2 cp par semaine soit env. 20 cp/3 mois), pas de drogue IV, peu d'alcool, pas de voyage à l'étranger, pas de paracétamol  Dernière prise il y a un mois	Depuis 3 semaines : nausées, anorexie, urines foncées Hôpital : ictère, T° 37°, bilirubine 131, ASAT 2 050, Ph alc 201, éosinophilie 8 %  J7 : bilirubine 330, TP ↓	Sérologies négatives (hépatites A,B,C, CMV, EBV)  Pas d'anticorps antinucléaires ni antimuscle lisse M6 : hépatite C négative	Hépatite aiguë PHB : infiltrat de cellules mononucléées surtout, et d'éosinophiles  Régression lente en 6 mois  I5/G4
n° 52 De Man et coll., 1993 Hollande	F 18, 1 à 2 cp d'E chaque week-end pour sortir	A l'hôpital (H0) : ictère, anorexie, ALAT 1 020, ASAT 1 360, GGT 208, bilirubine 450	néant  Sérologie négative (hépatites)	Hépatite aiguë PBH : infiltrat portal et lobulaire de cellules mononucléées et surtout d'éosinophiles H8 : hépatite fulminante  Régression lente en 2 mois  I4/G4
n° 53 Oranje et coll., 1993 Hollande	F 25, peu d'alcool, pas de transfusion, pas de drogue IV, 2 tatouages anciens, contraceptif oral, E depuis 2 mois  Dernier cp d'E pris il y a 10 jours	A l'hôpital : depuis 3 jours : ictère, asthénie ++, pas de fièvre, bilirubine 329, ASAT 529, ALAT 1 157, écho foie normale	néant  Sérologies négatives  (hépatites ABCE, HSV, CMV, toxoplasme, EBV...) M6 : hépatite C négative	Hépatite aiguë PBH : infiltrat lymphocytes, histiocytes et éosinophiles dans les espaces périportaux et périlobulaires, dépôt biliaire  Régression à J10  I5/G4
n° 54 Deltenre et coll., 1994 Belgique	H 22, E depuis 6 mois. Toutes les semaines depuis 2 à 3 mois, rétinoïdes  Dernière prise d'E il y a 19 jours	Hôpital pour fatigue quelques semaines avant examen et analyses (RAS) Hôpital pour ictère, hépatomégalie, bilirubine, ALAT 3 390, ASAT 1 570, GGT 160, Ph alc 266	néant  Sérologies négatives (hépatites ABC, CMV, EBV, HIV), anticorps (-) ceruloplasmine normal  Hépatite C reste négative	Hépatite aiguë PBH : infiltrat inflammatoire portal avec neutrophiles et éosinophiles  Régression (ictère 1 mois, enzymes 2 mois)  I5/G4
n° 55 Ijzermans et coll., 1993 (cas 2)	F 18, ni alcool, ni drogue  1 à 2 cp d'E chaque semaine	Depuis 6 semaines : fatigue + ictère, ascite, encéphalopathie (II),	néant  Causes communes d'hépatites exclues	Hépatite aiguë 2 mois à l'hôpital J60 : sort avec encéphalopathie (I)

Hollande	depuis 6 mois	bilirubine 480, Ph alc 30, ALAT 1 360, ASAT 1 025, LDH 543, GGT 20, NH3 94, facteur V : 24 %, TP 36 %		Guérison (6 mois + tard) <u>I4/G4</u>
n° 56 Ijzermans et coll., 1993 (cas 1) Hollande	F 24, 1 cp d'E tous les 15 jours depuis 4 mois	Malgré fatigue et douleurs abdominales, continue à prendre E Hôpital : insuffisance hépatique subaiguë, encéphalopathie (II), ascite, coagulopathie, bilirubine 445, ASAT 436, ALAT 540, NH3 112, facteur V 24 %	néant Causes habituelles d'hépatites exclues	Hépatite aiguë, aggravation neurologique + greffe de foie 16 jours après : sort de l'hôpital <u>Guérison</u> <u>I4/G5</u>
n° 57 Khakoo et coll., 1995 GB	F 22, peu d'alcool 1 cp d'E par semaine depuis 4 mois, pas d'autres drogues	Depuis 1 mois : ictère fonçant, selles décolorées Hôpital : hépatomégalie, pas d'ascite, pas d'encéphalopathie, bilirubine 53, ASAT 2314, Ph alc 145	néant Sérologies négatives (hépatites A, B et C)	Hépatite aiguë PBH1 : lésions aiguës avec hépatite chronique active, cholestase et prolifération canaliculaire, infiltrat avec éosinophiles, récurrence après E PBH 2 : fibrose extensive avec quelques signes de régénération <u>I6/G5</u>
n° 58 Dykhuisen et coll., 1995 (cas 1) GB	H 24, diabète ID ni toxicomane ni homosexuel, pas de transfusion ni voyage ! Lors d'une sortie avec des copains, E mis à son insu dans sa bière	Agitation, nausées, hypersudation J3 : ictère progressif Hôpital : sommolence, anorexie, nausée, vomissements, T° normale J5 : bilirubine 346, ASAT 950, Ph alc 251	néant Sérologies négatives (hépatites ABC, CMV, EBV) <u>Anticorps</u> Anti muscle lisse positif Anti nucléaire : 0 Anti mitochondrie : 0	M1 : régression lente M4 : examens biologiques normalisés, hépatite C négative, anticorps antimuscle lisse négatif <u>Guérison</u> <u>I4/G4</u>
n° 59 Dykhuisen et coll., 1995 (cas 2) GB	H 22, pas de drogue IV, cannabis, transfusion 3 ans avant non homosexuel, pas de voyage Alcool avec E 4 semaines avant	S4 : Somnolence, prurit, inconfort abdominal S5 : ictère progressif sans fièvre, hépatomégalie, bilirubine 137, ASAT 748, Ph alc 216	néant Sérologies négatives (hépatites ABC, CMV, EBV) Anticorps négatifs	Aggravation ictère, bilirubine 371, ASAT 1410 TRT : cortic. pendant 10 j M3 : examens normaux, hépatite C négative <u>Guérison</u> <u>I4/G4</u>

n° 60 Dykhuizen et coll., 1995 (cas 3) GB	H 23, pas de drogue IV, non homosexuel, pas de transfusion ni voyage  4 cp d'E + alcool chaque week-end depuis 1 an	Depuis 1 mois : malaise, anorexie, prurit, urines noires, selles décolorées, bilirubine 75, ASAT 639, Ph alc 265, GGT 395	néant  Sérologies négatives (hépatites ABC, CMV, EBV)  Anticorps négatifs	Hépatite aiguë PBH : hépatocytes avec vacuoles + infiltrat des espaces portes par cellules mononucléées (lymphocytes et éosinophiles) S5 : examens normaux  Guérison I4/G4
n° 61 Ellis et coll., 1996 GB	F 18  E régulièrement et continué malgré ictère	Depuis 1 mois : ictère progressif, bilirubine 277, ASAT 1 575 S + 3 : bilirubine 452, ASAT 3 160, TP ↓{ qal} Hôpital : encéphalopathie (II) aggravation : IT + VA, Echo : petit foie, nécessité d'une greffe en urgence	Sérologies négatives (hépatites ABC, CMV, EBV)	Coma + HTIC, surinfection  Décès avant de pouvoir disposer d'un foie compatible  I4/G6
n° 62 Ellis et coll., 1996 (cas 3) GB	F 36  1 cp d'E (J1)	Depuis 6 jours : nausées, douleurs dorsales, vomissements, ictère progressif J10 à l'hôpital J20 : encéphalopathie, ascite, bilirubine 406, ASAT 828, Ph alc 90, GGT 78, IT + VA Greffe urgente	néant  Sérologies négatives	J25 : greffe du foie, ASAT ↑ 820, aggravation, sepsis  J25 : <u>Décès</u>  I4/G6
n° 63 Ellis et coll., 1996 (cas 4) GB	F 21, 1 à 5 cp d'E chaque week-end depuis 4 mois	Depuis 6 semaines : malaise, vomissements, inconfort abdominal, selles décolorées palpation douloureuse, bilirubine 44, ASAT 760, Ph alc 149 Echo : calculs biliaires	néant  Sérologies négatives	Régression en 2 semaines PBH : Hépatite + infiltrat éosinophiles  Guérison  I4/G4
n° 64 Ellis et coll., 1996 (cas 6) GB	H 22, usage régulier d'E et amphétamines	Depuis 7 jours : malaise, nausées, urines foncées, selles décolorées, ictère progressif Hôpital : bilirubine 311, ASAT 1 191, Ph alc 173, GGT 169, instabilité glycémie Echo : normale	néant  Sérologies négatives	Hépatite aiguë PBH : hépatocytes vacuolés avec infiltrat des cellules mononucléées et éosinophiles  Guérison  I3/G4

n° 65	F 22, E depuis 6 mois	Depuis 3 semaines : ictère progressif, nausées, vomissements Hôpital : bilirubine 129 15 jours plus tard : encéphalopathie (II), bilirubine 343 Service spécialisé : aggravation TRT : transplantation d'un lobe gauche		Hépatite aiguë  Transplantation effectuée mais sepsis  1 mois après transplantation : <u>Décès</u>  <u>I3/G6</u>
n° 66	F 24, 2 à 4 cp d'E chaque week-end depuis 6 semaines  2 mois de vacances aux Caraïbes	Hôpital des Caraïbes pour ictère, bilirubine 407, Ph alc 295, ASAT 721, GGT 123 Retour GB : Service spécialisé : encéphalopathie (III)		Greffe foie, foie disponible en 48 h S5 : retour à domicile  <u>Guérison</u>  <u>I3/G5</u>
n° 67	H 19, consommation d'E les samedis depuis 5 mois, augmentation des doses 0,5 cp à 4 cp puis 2 fois par semaine, pas d'alcool, ni drogue IV	Nausées, urines foncées, ictère progressif Hôpital : bilirubine 131, ALAT 745, Ph alc 180	Sérologies négatives : hépatite B, A (IgM = 0), C, EBV, CMV	Hépatite aiguë PBH + régression en 6 semaines Nouvelle consommation d'E provenant d'un autre pourvoyeur, récurrence Régression en 2 semaines, reprend 3 E/semaine, ASAT 340  <u>I6/G5</u>
n° 68	F 18, ni alcool ni drogue IV  Depuis 3 mois prend E, d'abord 0,5 cp puis 1 cp et 1,5 cp depuis 2 jours	Ictère progressif, urines foncées Hôpital : bilirubine 96, ALAT 2 435, Ph alc 176, écho normale	Sérologies négatives (hépatites ABC, CMV, EBV)	Régression en 3 semaines Nouvelle prise E 0,5 cp par semaine pendant 2 mois puis 2 cp et 2 jours après : <u>récidive</u> + encéphalopathie + hépatomégalie + ascite et œdèmes, hépatite aiguë, PBH + TRT : corticoïdes, régression en 3 semaines à l'arrêt d'E  <u>I6/G4</u>

## Ecstasy, des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage

n° 69	H 33, consommation d'E (2 ou 3 fois seulement) et de cocaïne	Ictère, encéphalopathie IV, bilirubine 642, CIVD, TP 10 % créat 89	néant Foie natif 80 % nécrose, avec évolution fibrosante	Transplantation foie auxiliaire Dépendant de la greffe 18 mois après
Chenard Neu et coll., 1996 (cas 17)				A long terme : Guérison
France (Clichy)				15/G5
n° 70	H 19 ans, consommation quelque fois d'E	Pas de prodromes, ictère progressif J15 : encéphalopathie I, bilirubine 6500, CIVD, TP 18 %, IT + VA, créat 74 Transplantation d'un foie auxiliaire, reste dépendant de la greffe 5 mois après	néant Foie natif 50 % nécrose, avec évolution fibrosante	Evolution à long terme connue par le Pr. Hadengue (Hôpital Cantonal Genève) : M6 après la greffe : dernière PBH, fibrose séquellaire En Janvier 1998 : arrêt de l'immunosuppression, atrophie du greffon
Chenard Neu et coll., 1996 (cas 18)				Guérison
Suisse				15/G5
n° 71	H 18, consommation d'E depuis plusieurs mois	Insuffisance hépatique progressive Hépatite fulminante		Transplantation d'un foie auxiliaire
Erhard 1997 (dans Brauer)				Guérison
Allemagne				15/G5
n° 72	F 18, E depuis 2 mois Ingère 1 cp d'E lors d'une soirée techno	Léthargie, ictère coagulopathie en 8 jours après la prise, encéphalopathie, insuffisance hépatique, bilirubine 263, aggravation ++ Hépatite fulminante, bilirubine 263, ALAT 1 530, NH3 186	MDMA non retrouvée lors de la greffe Sérologies négatives	Greffe à J10 S6 : sort de l'hôpital
Brauer et coll., 1997				Guérison
Allemagne				15/G5
n° 73	F 23, consommation d'E	Bilirubine 320, ASAT 370, encéphalopathie (II puis III), coagulopathie		Greffe foie auxiliaire sepsis
Pereira et coll., 1997				J31 : Décès
GB				15 /G6

Tableau IV : Cas publiés d'hyponatrémies

n° observation Référence Pays	Patient Sexe âge, antécédents Circonstances	Symptômes de début m, Na, K : mmol/l	Analyses toxicolo- giques (µg/l)	Evolution (Enzymes : UI/l)  Imputabilité/ gravité
n° 74 Maxwell et coll., 1993 (cas 1) GB	F 17 Première prise de 1,5 cp d'E	H4 : 3 crises convulsives en 2h puis s'endort (!) H9 à l'hôpital : coma vigile Observation : pen- dant 12h, attitude éveillée, ne répond pas aux questions, ne reconnaît per- sonne, catatonie, état stuporeux, sort de l'hôpital	MDMA urines : positif + MDA sang : négatif (li- mite = 10)  Pas d'autres pro- duits	A domicile : même état, ne répond pas aux ordres simples, T° 37°, Na 130, H54 : régression des symptômes  <u>Guérison</u>  I7/G4
n° 75 Maxwell et coll., 1993 (cas 2) GB	F 17, E déjà pris et bien toléré  1 cp d'E et danse + + pendant la soirée boit envi- ron 5 litres d'eau	S'endort (!) jusqu'au lendemain après midi, est découverte agitée, incontinente, en coma vigile J1 à l'hôpital : dans la soirée ne répond pas aux questions, état stuporeux, catatonie, pas de fièvre, mydriase, Na118, Mg 0,64, osmolalité plasma 247, urines 970, QT (0,46	MDMA sang : 50 urines : positif  Pas d'autres pro- duits	H18 : ECG normale, régression my- driase, reprend conscience, amné- sie s'étendant sur 40h  <u>Guérison</u>  I7/G4
n° 76 Satchell et Connaughton, 1994 GB	F 24 1 cp d'E avec un peu d'alcool au cours d'une « rave »	H6 : crise convul- sive généralisée pendant 5 mn, sui- vie de vomisse- ments A l'hôpital : confu- sion, irritabilité, tachycardie, my- driase, hypersuda- tion, agitation, T° 38° H6 : coma (scanner normal), Na 120, K 3,3	H10 : MDMA sang : 50  Amphétamine sang : 6	TRT : correction de l'hyponatrémie J2 : reprise cons- cience CPK 10 000 J3 : CPK > 30 000 J4 : CPK > 40 000 puis ↓ J6 : <u>Guérison</u>

n° 77 Kessel 1994 GB	F 23, prises antérieures d'E bien tolérées  1 cp d'E à 23h, 1 bouteille de vin quelques heures avant	H8 : vomissements puis s'endort (!) H18 : pleure, ne reconnaît plus personne H24 à l'hôpital : stupeur, catatonie, incontinence urinaire, mutisme, mydriase, Na 123	néant	Régression des signes en 12h, amnésie totale de la nuit précédente  <u>Guérison</u> <u>15/G4</u>
n° 78 Box et coll., 1997 GB	F 30 ans  Premier cp d'E ingéré avant une « rave », a bu beaucoup d'eau	H4 : malaise H5 : perte de connaissance et convulsions généralisées H5h30 à l'hôpital : confusion, agitation, coma, convulsions, T°34°, p80, TA 110/70 Babinski bilatéral, Na 117, K 3,1, urines diluées ++	néant	H24 : T° 39°, convulsions, rhabdomyolyse, CPK 16 670, urines diluées ++, myoglobiurie  Evolution : non précisée <u>14/G4 (?)</u>
n° 79 Matthai et coll., 1996 (cas 2) GB	F 16  Soirée prend MDMA + alcool va se coucher	H15 : découverte comateuse + mouvements dystoniques, agitation, pas de fièvre, Na 112 Scan : œdème cérébral moyen CPK 1 157	<u>MDMA</u> urines : présence aspirat gastrique : présence	Réanimation H 24 : correction électrolytique, reprend conscience, amnésie antéro et rétrograde  <u>Guérison</u> <u>17/G4</u>
n° 80 Matthai et coll., 1996 (cas 1) GB	F 15  Dans une soirée où a circulé MDMA, alcool et amphétamine (Amnésique des faits ?)	H18 : crise convulsive A l'hôpital : coma, hypertension, mouvements dystoniques, pas de fièvre, hyper sudation, Na 119, Na urine 6l, CPK 3 249	<u>MDMA</u> urines : présence	Correction électrolytique en 24h  Reprise de conscience <u>Guérison</u> <u>17/G4</u>
n° 81 Cregg et coll., 1996 Irlande	F 17, bonne santé  Dans une soirée privée, ingère 2 cp d'E (Dove : dessin tourterelle), découverte à l'extérieur de la maison  Boissons ?	Au cours de la soirée : perte brutale de connaissance A l'hôpital : coma profond, apnée + cyanose, hypothermie 32,4°, Na 118, K 2,7, glycémie 22,7 mmol/l, pH 6,8, hypoxie, acidose mixte, œdème pulmonaire H24 : CPK 2506	Réaction immuno-chimique positive aux amphétamines	Réanimation en 48h : correction ionique et acido-basique, coma profond + mydriase Scan : œdème cérébral Diabète insipide H72 : mort cérébrale  <u>Décès</u> <u>16/G6</u>

<p>n° 82</p> <p>Holden et Jackson, 1996</p> <p>GB</p>	<p>F 20, prises antérieures d'E</p> <p>Prise d'1 cp d'E lors d'une « rave », boissons abondantes sur les conseils de son entourage</p>	<p>Rapidement : stupeur, incontinente, crise convulsive</p> <p>H9 à l'hôpital : prostration en position de Bouddha, peu de réponse aux ordres, à la douleur, paroles incompréhensibles</p> <p>mydriase, pas de fièvre, Na 112, osmolalité sérum 238, urines 256 Na urine 112, HAD 4,5 pmol/l Scan : œdème cérébral</p>	<p><u>MDMA</u></p> <p>urines : positif</p>	<p>Réanimation, IT + VA, Mannitol, corticoïdes</p> <p>24 : Na 120, extubation</p> <p>J4 : Na 131</p> <p><u>Guérison</u></p> <p>M2 : « Flash-back », anxiété</p> <p><u>I7/G4</u></p>
<p>n ° 83</p> <p>Nuvials et coll., 1997</p> <p>Espagne</p>	<p>F 20, E</p> <p>depuis 5 mois</p> <p>0,5 cp d'E, 2 soirs de suite + danse. Rentre chez elle</p>	<p>Lendemain matin : ne se réveille pas, coma, vomissements, pas de fièvre, mydriase, Na 119, CPK 373, acidose métabolique</p> <p>Scan SNC : RAS</p> <p>TRT : CI Na IV</p>	<p><u>MDMA</u></p> <p>urines : +</p>	<p>H48 : correction, hypoNa, reprend conscience, amnésie de la soirée avant hospitalisation</p> <p><u>Guérison</u></p> <p><u>I7/G4</u></p>
<p>n° 84</p> <p>Parr et coll., 1997</p> <p>Australie</p>	<p>F 15, bonne santé</p> <p>Vers minuit, ingère 1 cp d'E au cours d'une soirée de danse, boit de l'eau pour éviter hyperthermie selon conseils</p>	<p>H5 : vomissements, puis confusion, mouvements convulsifs</p> <p>H10 : perte de connaissance brutale + arrêt respiratoire alors qu'elle descend des escaliers (environ 12 minutes d'apnée et d'hypoventilation en attendant les secours), tachycardie, pouls présent, IT + VA</p> <p>Hôpital</p>	<p><u>MDMA</u></p> <p>sang : 50</p> <p>urines : 430</p> <p>sur prélèvement à J3</p>	<p>Soins intensifs, Na 125, CPK 384, œdème cérébral, OAP, réanimation intensive efficace mais mort cérébrale</p> <p><u>J3 : décès</u></p> <p><u>I7/G6</u></p>