

# toxi[base]

revue  
documentaire

l'Association nationale  
de documentation sur les  
pharmacodépendances,  
14, av. Berthelot 69007 Lyon, France.  
tél 78 72 47 45  
fax 72 72 55 44

# 2

2ème trimestre 1994

# Ecstasy

- dossier Ecstasy ..... P. 1
- sélection thématique ..... P. 11
  - traitement
  - pathologie et psychopathologie
  - les produits et leurs effets
  - législation
  - marché de la drogue
  - prévention
  - sciences humaines et sociales
  - épidémiologie
  - toxicomanie et sida
  - santé publique
- informations générales ..... P. 22
- actualités congrès ..... P. 23
- actes ..... P. 25
- fiche pratique ..... P. 27

# Ecstasy

*Par Pierre Angel \**

## Introduction

Depuis près de dix ans, l'Ecstasy fait l'objet d'articles de journaux ou de reportages télévisés. En France, depuis plus de sept ans, les annonces de saisies sont impressionnantes : c'est par centaines voire par milliers que les policiers et douaniers saisissent ces cachets. Plusieurs filières ont été démantelées, mais le trafic se poursuit entre la France et les pays voisins.

Les usagers que nous rencontrons présentent souvent l'Ecstasy comme une "bonne drogue" à la différence des "drogues dures". Ils banalisent les risques. Plus généralement, ils les ignorent. Le manque d'informations sur le contexte français d'usage est patent et une étude pluridisciplinaire sur ce sujet serait précieuse.

Cette synthèse documentaire recense les principales données dont nous disposons actuellement.

## Le produit et ses effets

Sur le plan chimique, cette drogue est une amphétamine, le MDMA 3,4 méthylène dioxy-méthamphétamine.

Plusieurs autres phényléthylamines ont été synthétisées et sont vendues illégalement (22). Le MDMA a fait l'objet d'un brevet déposé en Allemagne en 1914 par "MERCK Pharmaceutical Company". Chez l'homme, cette substance est active dès l'administration de doses supérieures à 75 mg. C'est en 1976 que le premier article consacré à l'activité psychotrope du MDMA est publié par SHULGIN A, NICHOLS D.E. Leurs conclusions étaient les suivantes :

"En dosant le MDMA entre 75 et 150 mg per os, les effets sont rapidement ressentis, habituellement après une demi-heure. Les symptômes d'intoxication sont largement dissipés après deux ou trois heures à l'exception d'effets résiduels sympathomimétiques modérés qui peuvent persister quelques heures de plus.

Qualitativement, la drogue permet un contrôle aisé des états modifiés de conscience avec des implications émotionnelles et sensorielles. Le développement de l'usage de cette drogue s'est effectué dans la discrétion et la clandestinité. Beaucoup d'expérimentateurs ont tenu compte des conditions historiques qui ont présidé au succès puis à l'interdiction du LSD."

Le MDMA se différencierait des drogues psychédéliques majeures. Il agirait pour l'essentiel en majorant les sensations. Ralph METZNER a eu recours au terme "d'empathogen" pour rendre compte de ses effets et désigner une nouvelle classe de psychotropes (6). Le MDMA n'est pas hallucinogène à faible dose et il ne désorganise pas les processus de pensée. Contrairement au LSD qui altère toutes les fonctions cérébrales, le MDMA sélectionnerait certaines fonctions psychiques et amplifierait la capacité d'empathie (d'où le surnom de hug/drug - la drogue qui donne envie d'étreindre) et l'aptitude à la sérénité. Le LSD a été à

l'origine, dans les années soixante, de nombreuses hospitalisations en urgence après "un mauvais voyage". En revanche, au cours des quatre premières années d'utilisation comme

---

\* Professeur à l'Université Paris VIII  
Centre Médical Marmottan

"drogue de rue", le MDMA n'aurait provoqué, selon les statistiques du "DAWN DRUG ABUSE WARNING NETWORK", que huit hospitalisations en urgence. L'ecstasy ne serait impliqué dans aucune hospitalisation entre 1981 et 1985.

Entre 1977 et 1984, l'usage du MDMA s'est répandu parmi les psychiatres, les psychothérapeutes, les anciens hippies et les "yuppies".

Certains professionnels l'ont proposé (il en fut de même pour le LSD) comme instrument facilitant l'élaboration psychothérapique. C'est à cette époque que le MDMA fut baptisé Adam ou Ecstasy. Il recevra ultérieurement bien d'autres qualificatifs.

Selon M. SCHECHTER cité par I. MULIER-PLÉE (22), les consommateurs d'ecstasy décrivent leur expérience avec cette substance, en trois phases :

- la première demi-heure est appelée W.P. ou "Weird Period", c'est-à-dire "période bizarre";
- la deuxième phase est nommée "Rush" soit Ruée. Elle correspond à une vague de sensations variées. L'optimum de cette période se situe entre trois et cinq heures;
- au cours de la troisième phase, les symptômes se dissipent à l'exception d'une légère stimulation sympathomimétique qui peut persister plusieurs heures (tachycardie, tremblements, palpitations, sécheresse de la bouche) (19). Cette substance semble favoriser les tendances à l'empathie, les sentiments de confiance en soi et l'impression d'être plein d'énergie.

Le MDMA induirait également une sensation d'euphorie, de bien-être, de plaisir (31, 29, 6) L'étude de J. H. KRYSTAL (19) consacrée à des usagers réguliers de MDMA ne fait pas état de troubles de l'humeur consécutifs à l'intoxication.

En revanche, quelques déficits cognitifs (mémoire, attention) qui n'apparaissent pas lors de l'examen clinique sont objectivables lors de la passation de tests psychométriques. La neurotoxicité à long terme reste inconnue.

Le retentissement sur les fonctions sexuelles est diversement apprécié. Ce n'est pas une "love drug" comme le MDA mais la "drogue psychédélique des foyers". Selon N. SAUNDERS l'ecstasy n'est pas un aphrodisiaque mais induit, au contraire, des effets souvent contraires. "L'ecstasy est une drogue sensuelle, pas une drogue sexuelle".

Ce produit rendrait l'atteinte de l'orgasme plus difficile dans les heures suivant l'absorption. Elle réduirait "la dimension agressive de la sexualité masculine et valoriserait les qualités féminines!" (29).

Sur le plan psychopathologique, une symptomatologie anxieuse et une insomnie rebelle peuvent s'observer pendant un ou plusieurs jours. Des phénomènes d'illusions, voire d'hallucinations visuelles ou auditives (avec des doses supérieures à 200 mg de MDMA) ont été décrits. Un article du Lancet (30) fait état de phénomènes de confusion, de réminiscences et de deux cas de psychoses paranoïaques. Un cas de psychose atypique est rapporté. HAYNER et MCKINNEY (11) font également état de psychoses résultant de la consommation de MDMA.

## **Toxicité et mortalité**

L'article du Lancet publié par J.A. HENRY (12) fait le point sur cette question.

Sur une série de sept cas mortels (1990-1991), les auteurs révèlent parmi les manifestations de toxicité une hyperthermie fulminante, des convulsions, une coagulation intravasculaire disséminée, une rhabdomyolyse et une insuffisance rénale aiguë.

Dans la plupart des cas d'intoxication, la symptomatologie est légère : agitation, tachycardie, hypertension, mydriase, trismus et hypersudation.

Dans les cas les plus graves, la mort est la conséquence d'une hyperthermie sévère associée à une coagulation intravasculaire disséminée.

Dans la plupart des cas observés, les victimes participaient à des soirées où l'on consomme l'ecstasy dans un but euphorisant ou comme "drogue à danser". Dans de telles circonstances, l'activité physique intense (qui peut être elle-même le fait de la drogue), la température ambiante élevée, les pertes hydriques mal compensées peuvent contribuer à réduire la dissipation calorifique et potentialiser les effets directs de la drogue sur les mécanismes thermorégulateurs conduisant ainsi à une hyperthermie maligne.

Les conseils de prévention de l'hyperthermie diffusés par l'ISDD sont les suivants :

- porter des vêtements amples et légers,
- s'interrompre de danser pour se rafraîchir,
- boire beaucoup d'eau ou d'autres boissons non alcoolisées.

Il est déconseillé de :

- boire de l'alcool
- porter un chapeau qui tiend chaud,
- de prendre plus d'un comprimé d'ecstasy,
- de mélanger les drogues,
- de consommer ce produit en cas de problèmes cardiaques, d'hypertension, d'insuffisance hépatique, d'asthme ou de diabète.

HAYNER et MACKINNEY (11) proposent de regrouper les effets secondaires induits par des doses modérées 85 à 150 mg (groupe A) et par des doses supérieures à 100 mg (groupe B).

#### **Réactions aiguës aux doses "thérapeutiques" :**

##### **Groupe A**

- Accélération du pouls
- Tremblements
- Bruxisme
- Nausées
- Insomnie
- Céphalées
- Transpiration

##### **Groupe B**

- Engourdissement
- Luminescence des objets
- Sensibilité au froid accrue
- Sensibilité à la couleur accrue
- Vomissements
- Hallucinations
- Ataxie
- Nystagmus

#### **Réactions de surdose :**

- Tachycardie
- Hypertension évoluant vers l'hypotension
- Palpitations
- Hyperthermie
- Coagulation intravasculaire disséminée
- Insuffisance rénale
- Hallucinations visuelles
- Rhabdomyolyse

#### **Effets résiduels :**

- Epuisement
- Fatigue
- Dépression
- Nausées
- Rémiscences
- Engourdissement
- Sensation de froid
- Raptus anxieux
- Insomnie persistante
- Réactions agressives
- Psychoses

# Contextes d'usage

I. MULIER-PLÉE (22) recense dans sa thèse les différentes utilisations du MDMA.

Plusieurs psychothérapeutes ont fait appel à cet "entactogène" afin d'aider leur patient à mieux se comprendre et à s'accepter. Ce produit faciliterait la communication, améliorerait la

convivialité. Nombre d'indications discutables ont été mentionnées par les expérimentateurs : dépressions majeures, somatisations, névroses, schizophrénies, alcoolisme, toxicomanies! Cet ensemble hétérogène d'indications n'a pas fait l'objet d'études contrôlées.

"En revanche, la dépendance potentielle du MDMA associée aux dangers encourus par ses usagers et aux similarités structurales de ce composé avec le MDA, hallucinogène reconnu, et l'amphétamine, ont conduit à l'interdiction d'emploi de cette drogue sur le plan législatif.

## "Controlled Substances Act" ou classement des substances contrôlées de 1970

Suite à l'accroissement de l'usage récréatif de certaines substances appelées "Designer Drugs" ou "médicaments bricolés", correspondant à la deuxième génération de stupéfiants synthétiques, associé au développement de laboratoires clandestins, un classement des substances contrôlées a été réalisé en 1970 aux États-Unis; ce "Controlled Substances Act" ou CSA s'applique aux stupéfiants, c'est-à-dire les opiacés et les dérivés de la feuille de coca, aux hallucinogènes, aux psychotropes et aux autres drogues dangereuses, et il repose sur la répartition de ces substances en cinq "schedules" ou tableaux qui sont, par ordre de sévérité décroissante sur le plan répressif :

**Tableau I** : drogues ou substances qui créent un fort risque d'abus, qui n'ont pas d'utilisation médicale acceptée aux États-Unis, et dont l'usage ne présente pas une sécurité suffisante sous la surveillance d'un médecin, telles que l'héroïne, des hallucinogènes dont la marijuana, la mescaline, le peyotl, la psilocybine, ...

**Tableau II** : drogues ou substances qui créent un fort risque d'abus, mais qui ont une utilisation médicale acceptée aux États-Unis sous restrictions, et dont l'abus peut conduire à une dépendance physique ou psychique accentuée, telles que l'opium, la morphine, l'amphétamine, la méthamphétamine, le pentobarbital, ...

**Tableau III** : drogues ou substances qui créent un risque d'abus inférieur à celui des tableaux I et II, qui ont une utilisation médicale acceptée aux États-Unis, et dont l'abus peut conduire à une dépendance psychique accentuée ou physique modérée.

**Tableau IV** : drogues et substances qui créent un faible risque d'abus par rapport à celles du tableau III, qui ont une utilisation médicale couramment acceptée aux États-Unis, et dont l'abus peut conduire à une dépendance physique ou psychique limitée par rapport à celles du tableau III.

**Tableau V** : drogues et substances qui créent un faible risque d'abus par rapport à celles du tableau IV, qui ont une utilisation médicale couramment acceptée aux États-Unis, et dont l'abus peut conduire à une dépendance physique ou psychique limitée.

Dans le but de contourner l'interdiction d'utilisation des drogues, les laboratoires clandestins ont synthétisé des produits analogues aux substances classées dans le tableau I, si bien que la "Drug Enforcement Administration" ou DEA, office américain de répression des drogues, s'est trouvée très vite débordée; aussi, pour pallier cette difficulté, la DEA a réalisé le "Controlled Substance Analogue Enforcement Act" en 1986, qui place dans le tableau I les composés chimiques qui possèdent une structure similaire à celle des substances des tableaux I et II, ou qui sont stimulants, déprimeurs ou hallucinogènes, ou qui sont représentés comme telles.

Ainsi de nombreuses drogues synthétisées depuis peu, dont le MDMA, ont été rapidement interdites d'emploi, en application de cet acte.

C'est le 27 juillet 1984 que la DEA a suggéré pour la première fois la possibilité de classer le MDMA dans le tableau I du CSA, classification qui est devenue effective le 1er juillet 1985,

pour une année durant laquelle des études sur ce composé seraient réalisées, et au bout de laquelle une révision de ce classement serait faite. Cette inscription au tableau I repose sur plusieurs critères :

. une consommation assez importante déviée de son usage licite, avec absorption du produit sur la propre initiative du sujet et non sur l'avis du médecin, comme l'indiquent la saisie de 30 000 doses d'ecstasy en 1983 et l'estimation de l'usage non médical à 30 000 doses par mois en 1985.

. des effets indésirables non négligeables avec possibilité d'overdose et développement à long terme d'une neurotoxicité.

. des analogies avec d'autres substances connues pouvant donner lieu à de l'abus, telles que le MDA et l'amphétamine.

Ainsi, le MDMA, qui est une "Designer Drug", a été classé dans le tableau I en 1985, signifiant qu'il crée un risque d'abus élevé et qu'il n'a aucun usage médical accepté, ce qui a été très contesté aux Etats Unis.

Sur le plan international, le MDMA fait partie des psychotropes du tableau I, qui présentent une valeur thérapeutique limitée ou nulle.

Et en France, cette drogue a été classée parmi les stupéfiants du tableau II par un arrêté du 9 juillet 1986, sans contestation du corps médical.

Donc, finalement, dans tous les pays, tout usage de l'ecstasy non médical ou non scientifique, mais récréatif, est condamné et donne lieu à des sanctions".

(Extrait de MULIER-PLÉE)

M. KOKOREFF et P. MIGNON (16) viennent de terminer leur étude sur "la France et l'Angleterre face aux usages et aux usagers d'ecstasy et de cannabis".

Ces chercheurs ont procédé à une analyse spécifique de l'usage de l'ecstasy en Angleterre : ils s'interrogent sur les conditions de l'introduction d'une nouvelle drogue dans une société donnée et sur les significations dont elle est porteuse à travers les mobilisations qu'elle génère". Ils mettent en lumière un point commun entre le LSD et le MDMA : "les discours sur l'ecstasy tentent de renouer avec l'utopie de la bonne drogue, d'une drogue sans effet de dépendance".

En l'absence de données fiables, on estime qu'en Grande Bretagne plus de 500 000 personnes en consomment régulièrement, c'est-à-dire plus de la moitié des jeunes qui participent chaque week-end aux raves ou fréquentent les boîtes de danse dévolues à l'acid house music ou à la techno.

KOKOREFF et MIGNON constatent que la consommation d'ecstasy et la rave culture provoquent en Angleterre une panique morale selon le terme de Stanley Cohen : "à un certain moment, dans une société donnée, des événements, des pratiques et des objets apparaissent comme des menaces contre l'ordre social; les médias produisent des grandes quantités d'articles qui désignent des folk devils, des démons populaires, et demandent l'intervention des pouvoirs publics; les autorités morales, les entrepreneurs moraux, établissent un diagnostic; des experts se prononcent sur les causes et sur les solutions à adopter; des dispositions sont prises; enfin la panique se défait doucement, restant dans les mémoires éventuellement remobilisable pour une autre occasion ".

Steve REDHEAD (26) adopte la même perspective en intitulant une communication Ecstasy : entreprises de plaisir et panique morale en Angleterre. Nous reprendrons à notre compte sa conclusion :

"L'histoire de la culture pop et de la culture de la jeunesse telle que l'analyse la méthode des sous-cultures à partir de l'opposition artificiel/authentique pose plus de problèmes qu'elle n'en résout. Leur inadéquation pour comprendre les transformations de cette culture à partir du mouvement punk disqualifie les théories que l'on croyait valables sur les liens existants entre le phénomène pop, la jeunesse et la déviance avant 1980. En allant au-delà de l'opposition artificiel/authentique, l'ecstasy et la musique rave relèvent plutôt de "l'extase de la communication" chère à Jean BAUDRILLARD : elles vident cette opposition dans un pur vertige".