

Les cahiers de
PROSPECTIVE
Jeunesse

Bureau de dépôt - 1050 BRUXELLES 5

Cahiers - volume 5 - n°1-2 - 1er et 2e trimestre 00

Actes de la journée d'étude
Eurotox du 3 décembre 1999 :

**"De la prévention des
risques aux risques de la
prévention :
confrontations et débats
sur les drogues de
synthèse"**

Avec les intervenants :

Professeur B. Roques
Docteur E. Fromberg
Professeur P. Cohen
Professeur P.J. Parquet

**Et deux articles inédits
sur la question**

Numéro double

Rédacteur en Chef

• Henri Patrick CEUSTERS

Secrétaire de Rédaction

• Claire HAESAERTS

Comité de Rédaction

- Henri Patrick CEUSTERS
- Martine DAL
- Bernard DE VOS
- Claire HAESAERTS
- Alain MICHELET
- Michel ROSENZWEIG

Comité d'Accompagnement

- Philippe BASTIN, Directeur d'Infor Drogues, Bruxelles.
- Line BEAUCHESNE, Professeure agrégée, Département de Criminologie, Université d'Ottawa, Canada.
- Alain CHERBONNIER, Philologue, Licencié en Education pour la Santé, Question Santé asbl.
- Manu GONCALVES, Assistant social, Centre de Guidance d'Ixelles, Equipe "enfants, adolescents et familles".
- Christian GREGOIR, Responsable de la collection Education pour la Santé de la Médiathèque de la Communauté Française de Belgique.
- Pascale JAMOULLE, Chargée de Recherche de la Cellule Toxicomanies du CPAS de Charleroi.
- Dan KAMINSKI, Professeur à l'école de Criminologie et de Droit pénal, Faculté de Droit, UCL
- Roger LONFILS, Directeur Promotion Santé, Ministère de la Communauté Française.
- Thérèse NYST, Professeur dans l'Enseignement secondaire, Consultations et Guidance.
- Micheline ROELANDT, Psychiatre, Bruxelles.
- Gustave STOOPE, Administrateur SOS Jeunes - Prospective Jeunesse.
- Jacques VAN RUSSELT, Coordinateur Alfa, Liège, Président de la Fedito wallonne.

Illustration de couverture

• Etienne SCHREDER

Illustrations

• Jacques VAN RUSSELT

Maquette et mise en page

• Henri Patrick CEUSTERS et
Claire HAESAERTS

Impression

• Nuance 4, Naninne

Editeur Responsable

• Raymond VERITER

N° ISSN : 1370-6306



Les articles publiés reflètent les opinions de leur(s) auteur(s) mais pas nécessairement celles des responsables des "Cahiers de Prospective Jeunesse".

Ces articles peuvent être reproduits moyennant la citation des sources et l'envoi d'un exemplaire à la rédaction.

Ni Prospective Jeunesse asbl, ni aucune personne agissant au nom de celle-ci n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations reprises dans cette publication.

Publication trimestrielle**Abonnement annuel****Frais d'envoi compris**

	Belgique	CEE	Autres pays
Institution	900	1000	1100
Personnel	750	850	950
Etudiant	600	700	800

Prix au numéro: 250 FB.

Numéro de compte bancaire : 210-0509908-31



Prospective Jeunesse asbl

27 rue Mercelis - 1050 Bruxelles

Tél: 02/512.17.66 - Fax: 02/513.24.02

E-mail : cahiers@prospective-jeunesse.be

Site Internet : <http://www.prospective-jeunesse.be>



Avec le soutien de la Communauté française de Belgique et de la Commission communautaire française de la région de Bruxelles-Capitale.



Introduction

Philippe BASTIN¹

Mesdames et Messieurs, au nom de l'asbl Eurotox et des trois institutions qui la composent, je vous souhaite la bienvenue.

Les 13, 14 et 15 juin 1993, l'asbl Eurotox organisait un colloque international intitulé *"Drogues, valeurs et politiques"* qui eut un certain écho et un certain succès. Plusieurs d'entre-vous y étaient d'ailleurs présents, à titre d'intervenants ou de participants.

A cette époque, Eurotox regroupait trois associations : Infor-Drogues, Prospective Jeunesse et le GERM (Groupe d'Études pour une Réforme de la Médecine). Ces trois associations entendaient susciter par ce colloque un débat transdisciplinaire en réunissant des intervenants de terrain, des théoriciens, des chercheurs et des responsables politiques autour de thèmes transversaux confrontant les valeurs et les politiques à l'œuvre dans le champ des drogues et des toxicomanies. Ces thèmes ou ces mots clés que nous avons travaillés pendant trois ou quatre jours étaient *"affect"*, *"mobilisation"*, *"expertise"*, *"interdits"* et *"visées"*. Le Professeur Cohen avait, dans le cadre de ce colloque, déjà réalisé un exposé introductif sur la notion et la dimension de l'expertise avec énormément de pertinence.

Le GERM a cessé d'exister et, par conséquent, nous avons perdu un partenaire. Mais nous avons été rejoints par un autre partenaire qui a fait son apparition sur le terrain il y a quelques années et qui est l'association Modus Vivendi, qui s'occupe principalement de réduction des risques.

Eurotox est donc une association faite hier, qui permet à nos trois associations respectives de construire ensemble des projets et de réaliser des actions en partenariat en créant de réelles synergies. Ce n'est pas que dans les mots que ce partenariat fonctionne. Depuis quelque temps, nous réfléchissons ensemble aux questions posées par les drogues de synthèse, dont l'ecstasy.

Dans le cadre d'Eurotox, nous avons déposé ensemble un projet de recherche ethno-épidémiologique couvrant l'ensemble de la santé et de la Communauté française et qui a été accepté par celle-ci. A l'instar d'autres recherches de ce type menées dans certains pays européens, et avec les promoteurs desquelles nous sommes en contact (je pense à l'Espagne, à l'Italie, au Portugal et aux Pays-Bas), nous souhaitons obtenir une meilleure connaissance de ce phénomène afin de pouvoir développer des actions de prévention et de réduction des risques qui soient en phase avec la réalité. C'est-à-dire qui soient réellement en phase avec ce que les jeunes font avec ces produits, avec la façon dont ils les utilisent et les contextes de consommation dans lesquels ils les utilisent (les raves, les dancing, etc.). Dans cette recherche, nous souhaitons identifier les perceptions,

les fonctions et les représentations sociales de ces consommations, l'identification des caractéristiques de l'usage de ces nouvelles drogues parmi les jeunes, l'identification des facteurs de vulnérabilité, tant pour la consommation que pour les conduites à risques et enfin l'identification d'indicateurs pertinents et cohérents avec l'optique de promotion de la santé dans laquelle nous nous inscrivons.

Ce public sera composé de jeunes de 15 à 29 ans, répartis en trois groupes selon les lieux où nous les rencontrerons. Dans les dancings, dans les universités et enfin dans la rue, afin de tenter de rencontrer également des jeunes qui sont notamment en décrochage scolaire, social, etc. Nous rencontrerons, dans le cadre de cette étude, des usagers d'ecstasy et d'autres drogues mais aussi des non-usagers, l'échantillon étant constitué de 500 personnes environ au total.

Comme vous le savez, nos trois institutions sont très actives dans le domaine de la prévention et parfois depuis très longtemps. Et quand nous disons "prévention", c'est un terme que nous prenons au sens large, qui recouvre tant la promotion de la santé que la prévention primaire, la prévention secondaire ou encore la réduction des risques.

Sur le plan de la prévention donc, et sans attendre les résultats de ce projet de recherche, il nous a semblé important d'aborder des questions spécifiques, qui d'emblée pour nous, intervenants de terrain, se posent concernant l'usage des drogues de synthèse. Et, reconnaissons-le, cette catégorie de substances psychotropes, les contextes dans lesquels elles sont consommées, les modes de consommation ont complètement bousculé nos repères et nos approches classiques en matière de prévention. Donc, il s'agit vraiment de redémarrer à zéro et de redécouvrir exactement comment développer une prévention un peu crédible aux yeux des jeunes et qui tienne la route. Cette journée est donc pour nous très importante, puisqu'elle est l'occasion d'actualiser les connaissances mais aussi de réfléchir à des approches possibles.

Comme vous l'avez vu dans l'invitation, deux grands thèmes sont à l'ordre du jour. D'une part la toxicité de la MDMA et de ses dérivés, examinée à la lumière des dernières recherches, et d'autre part la pratique "in situ" sur les lieux de consommation, des tests de comprimés, la pratique des tests qui est menée dans une approche de réduction des risques. Et ce second thème est, bien sûr, à articuler autour du débat du premier, c'est-à-dire à la dangerosité des substances.

Différentes questions se posent en ce qui concerne cette

1. Directeur d'Infor-Drogues.

toxicité. J'en reprends quelques unes pour introduire la journée :

Sur le plan de sa neuro-toxicité, est-ce que l'on peut dire que l'ecstasy est réellement dangereux ? Qu'en est-il des répercussions à long terme, par exemple pour les consommateurs ? Que sait-on de ces répercussions à long terme ? Que sait-on des chocs hyperthermiques, des chocs anaphylactiques ?

Qu'en est-il des produits qui sont vendus comme de l'ecstasy mais qui n'en sont pas et qui pourraient donc comprendre des substances plus ou moins toxiques ? Comment se positionner par rapport à l'existence sur le marché de ces "faux" ecstasy ?

Sur le plan de la prévention, quel type de pratique pouvons-nous développer ou recommander à la lumière des éléments qui précèdent ? Toxicité ? Non toxicité ? Evidemment tout ça va guider les mesures de prévention qu'on pourrait développer.

Des milliers de personnes consomment chaque week-end ces substances. Et finalement, apparemment en tout cas, peu d'entre elles sont victimes d'accidents. Dès lors, quelles conclusions pourrions-nous en tirer sur le plan de la prévention ?

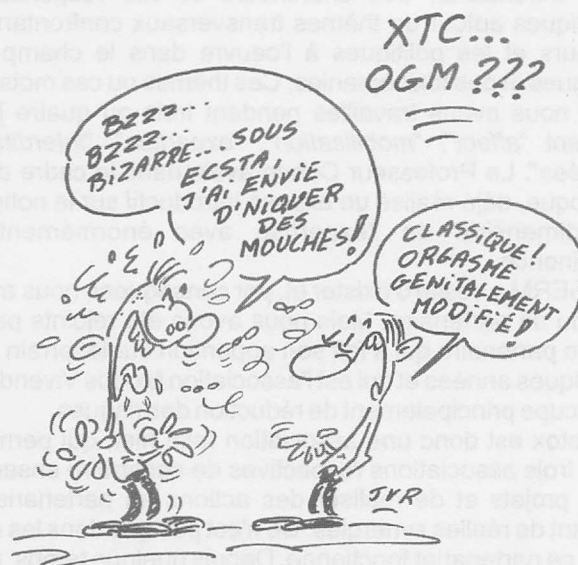
Sur le plan des pratiques novatrices, les tests de comprimés qui s'avèrent être à première vue une approche pragmatique, et en tout cas bien reçue par les usagers, font bien sûr l'objet de débats entre partisans et opposants. Pour résumer un petit peu cette question des tests, nous pourrions nous demander, s'il y a des risques importants liés à la consommation des drogues de synthèse, si ces tests ne risquent pas de déresponsabiliser les consommateurs en leur laissant croire que ces substances sont sans danger. On peut se rappeler qu'à ses débuts, l'ecstasy était considérée comme une "save drug" : on avait enfin trouvé la drogue qui ne pose aucun problème, qui est une drogue de confort. Ces tests pourraient également engendrer un sentiment de sécurité qui serait au fond trompeur. Par ailleurs, la pratique de ces tests peut être aussi un moyen de faire passer des messages de prévention, comme par exemple permettre de parler avec les usagers (des chocs hyperthermiques par exemple). Ainsi, on peut voir que différents points de vue sont possibles.

Je clôturerai ici cette liste des questions que nous nous posons parce que je pense que nous en soulèverons bien d'autres au cours de cette journée.

Nous avons donc organisé cette journée en nous basant sur un principe d'invitations, puisque nous souhaitons rassembler un auditoire relativement restreint, composé de responsables politiques, de personnel des administrations, d'experts universitaires, de travailleurs de terrain et de représentants d'usagers afin de réfléchir à ces questions qui sont quand même excessivement délicates et pointues. Et enfin, il nous a aussi semblé important de voir ce qui se passe autour de nous, c'est-à-dire au Nord et au Sud, et de traiter ensemble ces sujets de controverses qui opposent nos voisins français et hollandais. En tout cas, ils confirmeront ou infirmeront cela.

Je parlais de réduction des risques et je pense qu'en organisant cette journée et en invitant nos quatre orateurs du jour, nous avons très fort limité les risques, puisque ce sont tous des observateurs avisés et des experts éminents dans leur domaine. Je voudrais d'ores et déjà les remercier d'avoir accepté de participer à cette journée, parce que je sais que leur emploi du temps est très chargé. Je voudrais aussi remercier nos sponsors officiels qui sont la Communauté française de Belgique et la Commission Communautaire Française de la région de Bruxelles-Capitale, qui nous permettent d'organiser cette journée de travail et de réflexion.

Dans un premier temps, nous allons entendre nos deux orateurs du matin, Messieurs Roques et Fromberg, qui vont surtout se centrer sur les substances. Ensuite, nous parlerons de la prévention, encore que je pense qu'on mélangera les deux thèmes, mais c'est très bien ainsi. Viendra ensuite le débat relatif aux interventions de nos deux orateurs, débat qui sera animé par Michel Rosenzweig de Prospective Jeunesse et Fabienne Harriga de Modus Vivendi.



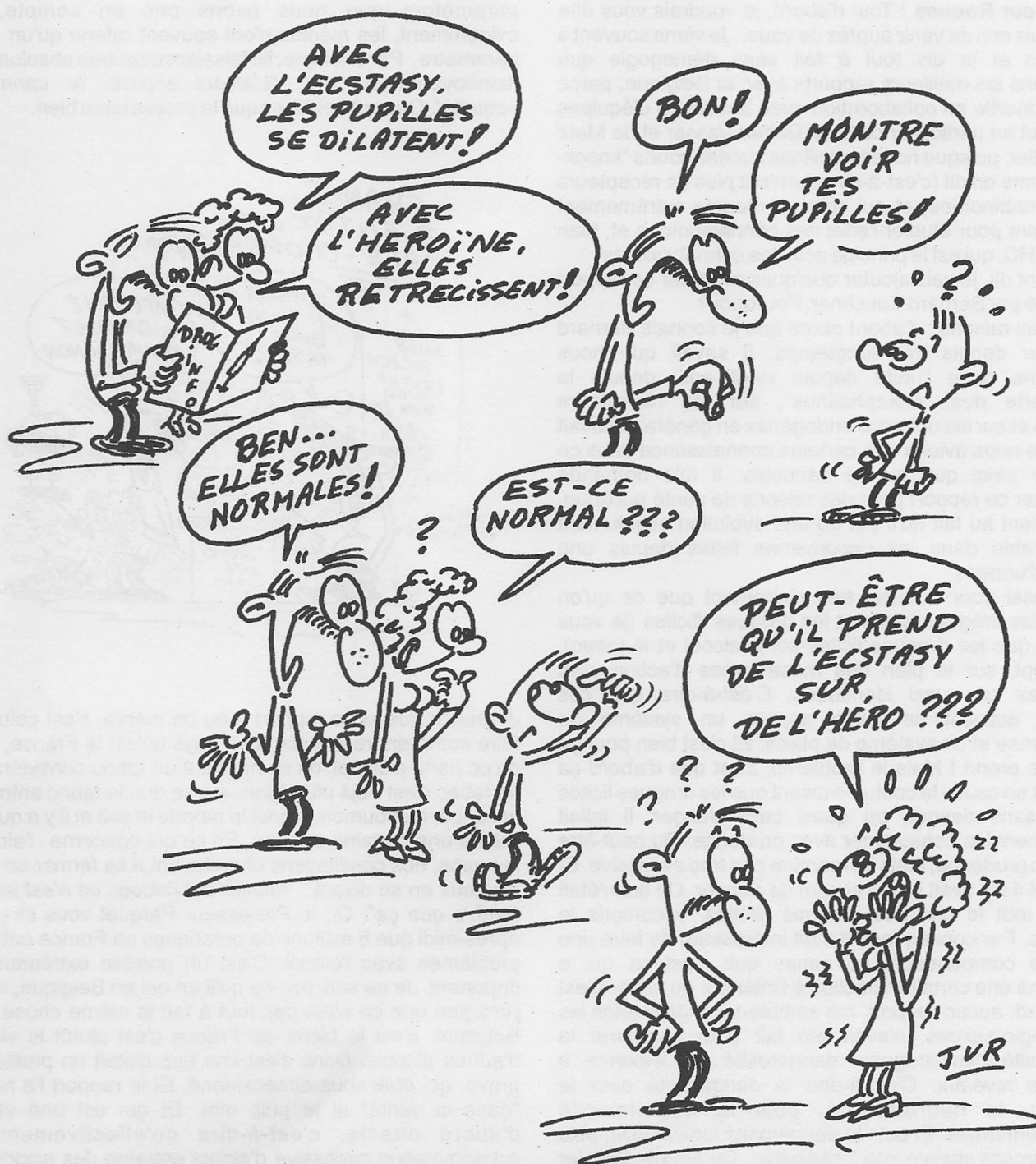
Présentation des deux experts, Messieurs Roques et Fromberg

Bernard Roques est professeur à l'Université de Paris V. Il dirige une unité de recherche de L'INSERM, CRNS spécialisé dans la pharmacochimie moléculaire. Il est membre de l'Académie des Sciences en France. Et plus récemment, auteur d'un rapport excessivement intéressant consacré à la dangerosité des drogues et qui a été demandé par Bernard Kouchner à l'époque où il était Secrétaire d'Etat à la Santé. Ce rapport, qui fait une synthèse très large des données en matière de substances, a visiblement un impact très important en France. Vous savez que la MILDT (la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie) a fait un virage quand même assez important au niveau de sa

politique. Il s'agit d'un changement très important que nous observons, nous Belges, d'assez loin évidemment, mais qui, je pense, est très important dans le paysage européen. Mais le Professeur Roques nous entretiendra peut-être des effets de son livre...

Erik Fromberg est docteur, il est neuro-physiologue. On hésitait à le mentionner comme neuro-physiologue ou comme neuro-pharmacologue mais vous choisirez en fonction de ce qu'il va raconter. En tout cas, il est pionnier dans le travail avec les toxicomanes, c'est un homme de terrain qui a dirigé pendant longtemps des programmes

"méthadone" en Hollande. Il travaille depuis plusieurs années au NIAD, qui est devenu le "Trimbos Instituut", à Utrecht. Au cours de ces dernières années, il s'est centré de façon très importante sur l'ecstasy et les drogues de synthèse. C'est aussi un vieux complice puisqu'on travaille depuis presque dix ans à la FESAT (la Fondation Européenne des Services d'Aide Téléphonique) que nous avons créée ensemble d'ailleurs et qui nous a permis d'avoir la joie et le bonheur de travailler ensemble au cours de ces années. Je cède maintenant la parole à nos orateurs.



Première partie

Drogues de synthèse :
Les données de la science...

Orateurs : Professeur ROQUES et Professeur FROMBERG

Professeur Roques : Tout d'abord, je voudrais vous dire que je suis ravi de venir auprès de vous. Je viens souvent à Bruxelles et je dis tout à fait sans démagogie que j'entretiens les meilleurs rapports avec la Belgique, parce que je travaille en collaboration avec beaucoup d'équipes belges, et en particulier celle de Gilbert Vassar et de Marc Parmentier, puisque nous travaillons sur des souris "knock-out" comme on dit (c'est-à-dire qui n'ont plus de récepteurs aux cannabinoïdes) et qui sont un modèle extrêmement intéressant pour étudier l'effet des cannabinoïdes et, bien sûr, du THC, qui est le principe actif des cannabinoïdes.

Ceci étant dit, je vais ajouter quelques mots sur ce rapport demandé par Bernard Kouchner. Pourquoi ?

Pour deux raisons : d'abord parce que je connais Bernard Kouchner depuis très longtemps. Il savait que nous travaillions dans l'unité depuis vingt ans, depuis la découverte des "enképhalines", sur les récepteurs opioïdes et sur les opioïdes endogènes en général. Il savait donc que nous avions une certaine connaissance dans ce domaine ainsi que sur le cannabis. Il m'a demandé d'effectuer ce rapport pour des raisons de santé publique, qui tiennent au fait qu'il y a eu une évolution absolument considérable dans les découvertes faites depuis une dizaine d'années.

Mais aussi pour montrer très clairement que ce qu'on appelle les drogues licites et les drogues illicites (je vous rappelle que les drogues licites sont l'alcool et le tabac), finalement, sur le plan des mécanismes d'action sont identiques ou quasi identiques. C'est-à-dire que ces produits activent ce qu'on appelle un système de récompense et un système de plaisir. Et c'est bien pour ça qu'on les prend ! Mais le problème, c'est que d'abord ça remettait en cause la coutume disant que les drogues licites étaient sans danger, ou quasi sans danger. Il fallait évidemment les consommer avec prudence. Ou peut-être pas avec prudence, mais de manière pas trop excessive. Et qu'en fait il n'y avait pas vraiment de danger. Ce qui n'était pas du tout le cas des drogues illicites, y compris le cannabis. Par conséquent, il était intéressant de faire une sorte de comparaison. Je pense que c'est ça qui a déclenché une certaine réaction à l'intérieur du pays. C'est qu'au fond, aucun rapport, me semble-t-il, même dans les pays anglo-saxons, n'avait été fait pour comparer la dangerosité des drogues, dangerosité qui s'exerce à différents niveaux. C'est-à-dire la dangerosité pour le cerveau, la neurotoxicité, puis la neurotoxicité comportementale. Et puis la dangerosité individuelle, puis la dangerosité sociale interindividuelle. On pourra discuter de tous ces facteurs après. Et donc ce sont tous ces

paramètres que nous avons pris en compte, et évidemment, les médias n'ont souvent retenu qu'un seul paramètre. Par exemple, ils faisaient des titres absolument flamboyants du type "L'alcool accusé, le cannabis acquitté". Ce sont des titres que la presse aime bien.



Je pense que si ce rapport a eu un mérite, c'est celui de faire comprendre que dans ce pays qu'est la France, dès qu'on parle d'alcool, on se heurte à un tabou considérable (le tabac c'est déjà plus facile, parce que le tabac entraîne le cancer du poumon, là tout le monde le sait et il y a quand même une certaine crainte). En ce qui concerne l'alcool, les gens, nos concitoyens cherchaient à se fermer un peu les yeux en se disant : "finalement l'alcool, ce n'est pas si terrible que ça". Or, le Professeur Parquet vous dira cet après-midi que 8 millions de personnes en France ont des problèmes avec l'alcool. C'est un nombre extrêmement important. Je ne sais pas ce qu'il en est en Belgique, mais j'imagine que ce n'est pas tout à fait la même chose. En Belgique, c'est la bière, en France c'est plutôt le vin et d'autres alcools. Donc c'est vrai que c'était un problème grave, qui était sous-dimensionné. Et le rapport l'a remis "dans la vérité" si je puis dire. Et qui est une vérité d'abord directe, c'est-à-dire qu'effectivement la consommation excessive d'alcool entraîne des accidents graves dans beaucoup de domaines. On y reviendra si

vous voulez. A la fois sur le plan de la neurotoxicité, mais aussi sur le plan de la toxicité générale, et surtout sur le plan de la toxicité interindividuelle, c'est vraiment une drogue très, très dangereuse, il faut le dire. Au début évidemment, je peux vous dire que ce type de conclusion n'a pas été prise avec enthousiasme par un certain nombre d'associations et de lobbies alcooliers. Malgré tout, ça a fait évoluer les choses, puisque, comme ça vient d'être dit, la MILDT a étendu sa mission depuis les drogues illicites jusqu'aux drogues licites. Actuellement, la MILDT a donc pour mission de s'occuper de l'ensemble de ces drogues. Et ça a quand même eu une vertu importante, c'est qu'au fond, il faut bien voir que les gens ne se parlaient pas. Ils ne se parlent du reste toujours pas beaucoup. Mais ça va venir. Parce que les toxicomanes ont des bases qui sont souvent un peu les mêmes. Et bien entendu, il est important que puissent se confronter des gens qui sont plus spécialisés en matière d'alcool et d'autres qui sont plus spécialisés en matière d'héroïne, parce que les dialogues sont un peu les mêmes. On sait maintenant que les phénomènes "neurobiologiques" sont de même type. Et par conséquent il est effectivement important que tous ces gens-là se parlent, que tous les spécialistes se parlent. Et c'est vrai que je ne sais pas si c'est comme ça en Belgique, mais en France chacun avait son toxicomane : les psychiatres avaient leurs toxicomanes, les neurologistes les leurs. Et puis, je peux en ajouter beaucoup d'autres. Cette espèce de rationalisation me semble être une bonne chose parce que, dans les pays anglo-saxons par exemple, comme aux Etats-Unis, les gars ne s'occupent pas de savoir si l'alcool est différent de l'héroïne, tout ça est pris de la même manière. Parce que c'est vrai qu'il y a une base commune. Et que cette lutte, si lutte il doit y avoir pour la toxicomanie, elle doit être faite de manière globale... même s'il y a évidemment des pratiques de consommation qui sont différentes. Mais on y arrivera tout à l'heure. Je ne veux pas dire que les drogues sont parfaitement identiques. Je veux dire simplement que la confrontation avec les phénomènes de toxicomanie ont des bases communes dont on discutera probablement plus tard.

Docteur Fromberg : J'ai étudié la MDMA depuis les années 80, quand elle a été introduite en Hollande, en principe par un petit nombre de gens mais en obtenant rapidement une popularité au moment même où notre gouvernement a décidé d'en interdire la production et la consommation. Le résultat le plus important étant que, juste à ce moment, les producteurs qui étaient en général les travailleurs universitaires dans les labos qui ont produit des petites quantités de MDMA pour leur propre usage et l'usage de leurs amis, ont arrêté de faire cela parce qu'ils n'avaient pas envie de s'engager dans des actes criminels. Et en même temps, par la presse populaire, la MDMA avait déjà obtenu une très grande popularité ce qui a fait croître énormément la demande, en même temps que la disponibilité sur le marché a diminué rapidement. En conséquence, les producteurs criminels d'amphétamines ont saisi leur chance en vendant de grandes quantités d'amphétamines sous le nom d'ecstasy. Pour ces gens c'était une opportunité, parce que la demande d'amphétamines en Hollande était très basse, les camionneurs ayant arrêté de l'utiliser parce qu'on avait

introduit une boîte noire sur les camions pour contrôler leurs heures de conduite et les gens qui travaillaient dans les boîtes de nuit, consommateurs d'amphétamines eux aussi, ayant, par nécessité, plus ou moins changé leur comportement pour prendre de la cocaïne, ce qui était beaucoup plus facile parce que la cocaïne a une courte durée d'action. C'est pour ces raisons que la production d'amphétamines a diminué de manière significative. Il restait seulement un marché pour ces produits en Scandinavie. A ce moment, la Pologne a commencé à produire aussi de grandes quantités d'amphétamines pour ce marché et, en conséquence, nos producteurs hollandais ont eu de grands problèmes pour trouver des clients. Aussi, à ce moment, c'était un "don du ciel" d'être capable de substituer la MDMA légale par l'amphétamine illégale. En 1990, nous avons fait une petite recherche sur le contenu de ces pilules illégales. Nous avons trouvé que la plupart de ces pilules de MDMA qui étaient vendues sous le nom d'ecstasy, contenaient des substances différentes, surtout des amphétamines mais aussi d'autres choses. Il m'a été ainsi possible de convaincre notre gouvernement qu'il fallait commencer une grande recherche sur la composition de ces comprimés illégaux vendus comme ecstasy. Ensuite, nous avons commencé ce programme et nous avons pu montrer les changements qui ont émergé suite aux autres interdictions. Par exemple, pendant un certain temps, la MDA (EVE) était légale en Hollande, il y a eu une grande production. Mais ensuite, quand c'est devenu illégal, l'offre de cette substance a diminué significativement et, en ce moment, on ne trouve plus guère de MDEA en Hollande. Cela indique que c'est surtout le choix des consommateurs qui influence l'offre, à l'inverse de l'idée préconçue que ce sont les producteurs qui créent la demande. En Hollande aussi, nous avons eu de grands débats : *"en identifiant les substances composant les comprimés et en diffusant cette information aux consommateurs directement, individuellement, mais aussi sous forme de dépliants, peut-on faire croître la demande et l'intérêt pour le produit ?"*. Nous pourrions en parler tout à l'heure quand nous aborderons le sujet de la prévention.

Mais pendant toutes ces années où je me suis occupé de ça, on a obtenu de plus en plus l'indication d'une certaine neurotoxicité de la MDMA. Dans un livre sur l'ecstasy, rédigé en 1991, j'écrivais encore que les données disponibles à ce moment n'étaient pas très impressionnantes, les dosages utilisés dans ces expériences avec des animaux étant très élevés et le niveau du métabolisme de ces animaux n'étant pas pris en compte. Mais pendant les années 90, on a obtenu de plus en plus d'indications disant que, sur les animaux, la MDMA avait une certaine neurotoxicité inconnue pour la plupart des autres drogues que l'on consommait d'une façon récréative. Spécifiquement, c'était une neurotoxicité qui touchait seulement un certain système nerveux, le système sérotoninergique, ce qui fait une grande différence par exemple avec la neurotoxicité de l'alcool, qui concerne tous les neurones indifféremment de leur qualité et de leurs propriétés. Cela a généré une certaine inquiétude. Sans entrer dans les détails, à ce moment, on avait une très grande peur que la destruction de ces neurones sérotoninergiques soit structurelle, soit fonctionnelle n'ait des

conséquences à long terme.

Il est clair que les effets de l'usage de la MDMA à court terme n'est pas une chose très grave quant à la neurotoxicité. Nous avons pu le constater auprès des millions de jeunes qui ont pris de la MDMA. L'usage de la MDMA a-t-il d'autres risques ? Nous avons tous lu des histoires dans les journaux disant que des gens étaient morts d'une crise d'hyperthermie après avoir pris une dose simple de MDMA. Ces risques sont publiés très amplement, mais si l'on fait une analyse plus quantifiée quant à ces risques, on peut dire que le risque de prendre un comprimé d'ecstasy est comparable aux risques que l'on prend quand on va à la pêche. Pourquoi à la pêche ? Parce que les gens qui vont à la pêche tombent parfois dans l'eau. Heureusement, du moins en Hollande, la plupart des gens savent nager et tomber dans l'eau ne pose aucun problème ! Mais il y a des gens qui ne savent pas. Et ces gens prennent des risques plus élevés parce qu'ils peuvent se noyer. Heureusement, souvent, il y a d'autres pêcheurs qui savent nager et qui sauveront ces gens. Mais il arrive que, de temps en temps, quelqu'un tombe dans l'eau, il est tout seul, il ne sait pas nager et ça peut représenter un risque mortel. Cela arrive de temps en temps, mais ce n'est jamais publié dans les journaux. Et si c'est publié, c'est dans un petit journal local, avec un tout petit message, en quatrième page, parce que c'est quelqu'un qui est très connu dans cette petite communauté, mais les grands journaux comme "De Morgen", "De Gazette van Antwerpen" ou "Le Figaro" ne signalent pas que quelqu'un s'est noyé en allant à la pêche.



Cela concerne les risques, mais ce qui nous a préoccupés beaucoup plus, c'est la possibilité que le dommage (dans le sens de neurotoxicité) ne se montre pas immédiatement, parce que notre cerveau a une "redondance signifiante". Pour donner un exemple, vous connaissez tous la maladie de Parkinson, cette maladie est le résultat de la destruction d'un certain groupe de neurones dans le système

dopaminergique et il faut au moins détruire 90% de ces neurones pour obtenir le moindre symptôme de cette maladie. Ce qui veut dire qu'"on a besoin de 10% de ce qu'on a dans ce système pour fonctionner normalement". Il est très probable que le système sérotoninergique ait une telle redondance et ça pourrait expliquer que les gens ayant les effets de neurotoxicité à ce moment ne montrent pas de symptômes. Mais ça implique le risque que lorsque l'on vieillit, on perd des neurones, et ce qui nous reste devient de plus en plus insuffisant pour fonctionner. Cela impliquerait le risque que les gens qui prennent maintenant de la MDMA sans aucun symptôme, puissent montrer ultérieurement des problèmes en conséquence du manque de sérotonine, par exemple à l'âge de 40 ans, 45 ans. C'est un risque, une hypothèse, mais actuellement, on ne peut pas être sûr des effets à long terme. Et ça nous pose de grands problèmes dans le sens de la prévention: prévention de l'usage ou prévention de ce type de conséquences ?

Je pense que le Professeur Roques et moi allons agréer complètement quant aux données neurologiques de ces neurotoxicités au niveau des expériences sur les animaux, mais ce qui nous intéresse et ce dont nous voulons débattre est la question suivante : "Quelles sont les conséquences et comment agir avec ces informations à ce moment ?". Le débat doit finalement porter sur l'interprétation des données plutôt que sur les faits eux-mêmes.

Philippe Bastin : Merci beaucoup. Est-ce que vous souhaitez d'emblée intervenir, Professeur Roques ?

Professeur Roques : Simplement pour dire que dans l'ensemble, je suis tout à fait d'accord avec ce qui vient d'être dit. Mais je voudrais rajouter deux, trois mots, peut-être un peu plus spécialisés...

Ce qui est tout à fait curieux dans la MDMA, donc dans l'ecstasy, c'est que non seulement elle affecte le système sérotoninergique mais elle a aussi une action sur le système dopaminergique. Et c'est probablement la conjonction des deux qui rend cette drogue tout à fait particulière. Et il est possible finalement, que sa toxicité ne soit pas due au 5HT, donc à la sérotonine, mais plutôt à la dopamine c'est-à-dire qu'il y a une fabrication de 6-hydroxydopamine, qui elle est un poison qu'on connaît bien, qu'on utilise très souvent chez l'animal, et qui peut effectivement tuer des neurones. Mais ce qu'il faut bien savoir, c'est que, à l'heure actuelle (et je confirme tout à fait ce qui vient d'être dit), finalement quand on parle de neurotoxicité il faut se méfier : parce que détruire des extrémités fines des neurones c'est une chose, et puis détruire le neurone c'est une autre chose. Or ce qu'on sait c'est qu'il existe effectivement des phénomènes qu'on appelle le spoting qui est une régénération neuronale et il est tout à fait possible que, au moins chez les consommateurs disons festifs, le risque soit amoindri. Ce n'est pas prouvé, mais il peut être effectivement amoindri par ce type de régénération neuronale.

Le véritable problème serait de savoir, et malheureusement nous ne le savons pas et c'est dommage (et je pense qu'il y a beaucoup d'études qui sont à faire dans ce domaine), si effectivement, par exemple post-mortem bien entendu, on

a réellement une perte de neurones chez des gens qui ont consommé de l'ecstasy.

Il y a deux ou trois mois, j'ai fait venir en France le Docteur Ricaurte, le grand spécialiste en neuro-imagerie, sa femme, le Docteur McCam et deux autres grands spécialistes, le Docteur Cadet qui discutait d'un système d'oxydation qui se trouve dans le système nerveux central, et un toxicologue, le Docteur Monsk, pour débattre au Collège de France de ces problèmes. Et je dois dire que nous n'avons pas été totalement convaincus. Parce que, quel est actuellement l'état du problème ?

D'abord, il faut rappeler que la MDMA joue par action sur le système de recapture de la sérotonine. Les neurotransmetteurs ont un système très particulier. C'est-à-dire que quand la dopamine et la sérotonine sont libérées d'un neurone, leur durée d'action est limitée. Elle est limitée, mais c'est normal; dans le système vivant, vous avez toujours un système d'aller-retour au cerveau. Vous faites une action, puis vous arrêtez, vous refaites une action. Et ce système est limité par ce qu'on appelle un système de recapture, c'est-à-dire que vous avez un transporteur qui n'arrête pas de prendre la dopamine ou la sérotonine et qui la ramène à l'intérieur des neurones. Et aussi bien la cocaïne, par exemple, qui agit sur la dopamine, que la MDMA qui agit sur la sérotonine, brisent, affectent, semblent-il, ces systèmes de recapture. Par conséquent, ce qui est un peu curieux dans le cas de la MDMA, et je le répète, ce qui en fait aussi son attirance, c'est que dans un premier temps, il y a une augmentation de 5 HT de sérotonine, puis ensuite une dépression, mais, en même temps, une augmentation de dopamine. Donc, le plaisir vient de la dopamine. Et la convivialité vient probablement de la diminution de la sérotonine. Vous savez, la sérotonine est une substance qui peut avoir des effets de tension intérieure. Par conséquent, c'est probablement la dualité de ces deux effets qui cause cette attraction pour le produit. C'est vrai que le fond du problème est de savoir si effectivement on va détruire à long terme ces neurones. Et nous avons eu une discussion très serrée au Collège de France avec ces trois grands spécialistes et avec des neuroanatomistes français, dont Jean-Pierre Changeux, qui avait avec moi organisé la réunion. On a "cuisiné", si je puis dire, le docteur Ricaurte sur les expériences qu'il a faites par neuro-imagerie.

Je vous explique en un mot. Il existe des techniques qui permettent de savoir quelle est la proportion que vous avez dans le cerveau de votre système de recapture dont je parlais tout à l'heure. C'est-à-dire par exemple le système de recapture, soit de la dopamine, soit de la sérotonine. Il existe donc des marqueurs qui permettent de voir par imagerie directement ces concentrations.

Alors ce qui est clair, c'est qu'effectivement, on voit bien, malgré le peu de données chez l'homme, que chez l'homme comme chez le singe, il y a effectivement une diminution, après plusieurs consommations de MDMA, donc d'ecstasy, une diminution du transporteur de la sérotonine. Est-ce que ça veut dire qu'on a détruit le neurone ? Non. Et c'est bien la question qu'on a posée.

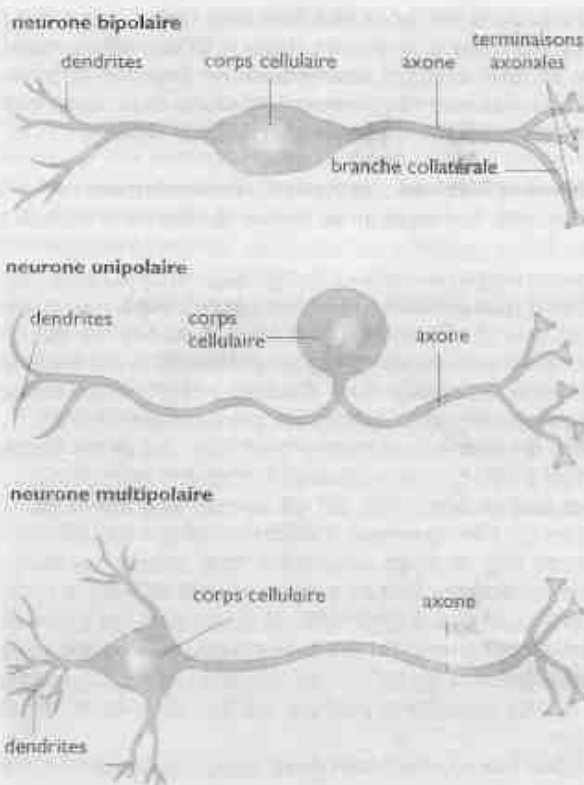
Ceci dit, et là je rejoins tout à fait ce qui a été dit par le Docteur Fromberg, il faut faire très attention. Parce qu'on peut très bien perdre des neurones lentement, et puis se retrouver effectivement avec une maladie neuro-

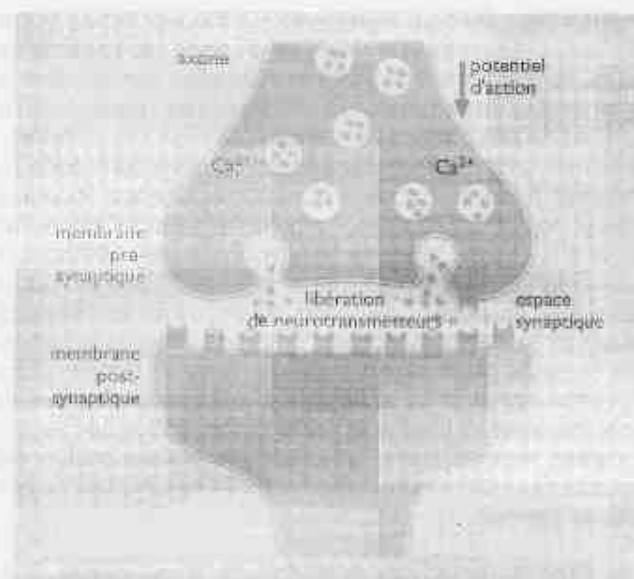
dégénérative du type Parkinson ou d'autres types trente ans après. Et ça c'est vrai que si on parle de système de précautions, il est sûr qu'il faut que les gens soient informés de ce risque. Je pense que là, médicalement parlant, on ne peut pas ne pas parler de ce problème.

Je pense qu'il y a énormément de travail à faire dans ce domaine. Aussi ai-je posé la question au Docteur Ricaurte. Mais je ne comprends pas, parce qu'aux États-Unis ça fait trente ans que des personnes prennent cette substance. Il serait intéressant, même s'ils en prennent d'autres, même parmi tous les polytoxicomanes qui ont utilisé de l'ecstasy, de savoir si, après quinze ou vingt ans, ils ont réellement des troubles neurologiques qui seraient le témoin d'une altération carrément irréversible et neurodégénérative du système nerveux central et par neuroanatomie, par neuro-imagerie, voir s'ils ont vraiment une baisse tout à fait considérable de leurs transporteurs. Je ne sais pas ce que vous en pensez.

Erik Fromberg: Si on coupe l'axone d'une cellule, d'un neurone, le corps reste vivant et en principe on peut faire croître un nouvel axone, mais on n'a pas réussi à montrer les effets d'une destruction par coloration d'argent, ni par l'augmentation de protéines spécifiques. Et en ce sens, il n'existe pas de signes d'une neurotoxicité dans le sens classique. Ce qu'on peut trouver chez les animaux, c'est une diminution des quantités de sérotonine et des métabolites.

Dans les études neurologiques, on a montré que l'on trouve après un certain temps une régénérescence de ces axones mais d'une façon différente. Ceci est comparable avec ce qui se passe lorsqu'un arbre est éliminé. L'arbre ne refait pas un très grand arbre, mais il fait de nouvelles pousses, un effet qu'on peut voir partout en Hollande.





C'est la forme de régénération qu'on trouve chez les animaux. On trouve une hyperinnervation des projections à courte distance mais encore toujours un manque d'innervation à grande distance. Mais les conséquences cliniques de tout ça sont parfaitement inconnues.

Je suis convaincu que jusqu'à maintenant, il n'existe aucun signe de neurotoxicité. Une autre question est l'influence par la température qui a des effets négatifs chez les consommateurs. Parce que un des plus intéressants phénomènes est que, chez les animaux aussi, la dite neurotoxicité de la MDMA est dépendante de la température. Si on prend de la MDMA dans l'Arctique par exemple, les effets neurotoxiques sont beaucoup plus loin, sinon absents, en comparaison avec les effets qu'on trouvera chez les gens qui font une "rave" pour danser longtemps dans une grande chaleur. Si ces effets négatifs de la MDMA existent vraiment d'une façon significative, c'est très clair que l'environnement d'une rave, c'est le pire environnement possible pour utiliser de la MDMA.

Professeur Roques : Je voulais simplement ajouter qu'au bout de cette terminaison se trouve la cible de la MDMA qui est en fait le système de recapture, et que la drogue n'agit pas sur le corps neuronal, elle agit au bout de la terminaison et c'est là que se trouve le véritable problème, parce qu'on ne sait pas si effectivement la MDMA se fixe de manière irréversible sur des cibles qui pourraient être, par exemple, le système de transport ou d'autres enzymes qui seraient impliquées dans le métabolisme, par exemple de 5HT.

Encore un mot quand même pour dire que je ne partage pas tout à fait votre avis en ce qui concerne la dopamine. Je pense que la dopamine est un facteur aggravant dans la mesure où, effectivement, il a été montré par des études de mesures des taux de dopamine, que quand les taux de dopamine augmentent en présence de la MDMA, la toxicité est effectivement augmentée, et qu'en plus les bloqueurs de la dopamine retardent un petit peu et diminuent les effets de la MDMA. Ce qui est quand même un facteur qui semble dire que la dopamine pourrait en tout cas avoir un effet toxique.

Et ce qu'il faut ajouter, vous aviez raison de le signaler, c'est

qu'un des mystères de l'ecstasy est que son métabolisme n'est évidemment pas le même chez toutes les espèces. Et que, actuellement, curieusement, on ne connaît pas le métabolisme chez l'homme. Ce qui est quand même extraordinaire. C'est-à-dire qu'on le connaît chez le rat, je ne suis même pas sûr qu'on le connaît chez le singe, mais en tout cas, ce dont je suis certain, c'est qu'on ne le connaît pas chez l'homme. Or, la MDMA, donc l'ecstasy, si vous l'injectez directement chez l'animal, chez le rat par exemple, n'a pas de toxicité. C'est à la périphérie, quand vous absorbez, quand vous gobez comme on dit, le cachet que, dans ce cas-là, il passe par le foie où il est transformé par certains systèmes (mais je ne vais pas entrer dans le détail). Puis, il franchit la barrière encéphalique, qui est la barrière qui sépare le sang du cerveau. Et on peut se poser la question sur la température, par exemple, c'est-à-dire qu'il y a probablement, du point de vue de la vascularisation et du franchissement des barrières, un effet de température sur l'accès de ces différents métabolites, et ce sont ces métabolites en fait qui sont des morceaux, des dérivés de la MDMA qui, finalement eux, sont réellement neurotoxiques, par des processus qui là encore sont totalement inconnus. Il y a probablement des phénomènes d'oxydation, c'est-à-dire de plus en plus de radicaux libres. Les radicaux libres provoquent effectivement la destruction des corps cellulaires par une action particulière sur les cellules. Donc c'est vrai qu'on peut se poser des questions sur le mécanisme à long terme de disparition d'un certain nombre de neurones comme l'a dit très bien le Docteur Fromberg.

Docteur Fromberg : Dans ce cadre, il est intéressant de savoir que si quelqu'un qui a pris de la MDMA prend une dose de Prozac 6 heures après, il est protégé contre tous ces effets montrés par Ricaurte chez les animaux dont on conclut qu'ils sont les mêmes chez l'homme. Du point de vue prévention, il faudrait peut-être dire aux gens qui prennent de l'ecstasy qu'il faut aller chez son médecin pour demander quelques pilules de Prozac pour se protéger contre ces effets. Cela pourrait être une mesure de prévention beaucoup plus efficace que tous les interdits et toutes les mises en évidence de ces effets neurotoxiques.

Une autre donnée qui est intéressante dans le cas des effets à long terme, c'est qu'il existe une substance qui donne exactement les mêmes effets dits neurotoxiques chez tous les animaux étudiés. Il s'agit de la fenfluramine. C'est une substance qui est utilisée amplement pour réduire l'appétit. Cette substance est utilisée depuis des dizaines d'années par des millions de gens, en dosage de trois pilules chaque jour. Et parmi ces gens, on n'a jamais trouvé d'effets significatifs sur le système sérotoninergique. Par contre, on a trouvé qu'un individu sur 100.000 obtient à long terme des problèmes au niveau des valvules cardiaques, mais on n'a jamais trouvé de grands problèmes au niveau du système sérotoninergique. Et ça c'est un argument qui supporte l'hypothèse que notre cerveau est capable de se régénérer, soit par énervation, soit par d'autres mécanismes, comme par la création de nouvelles cellules peut-être. Alors que, jusqu'il y a quelques années, le dogme neurologique était que les cellules dans le cerveau étant finies en nombre, on n'avait pas la possibilité d'en produire de nouvelles. Depuis quelques années, on a montré que, pendant toute notre vie, il y a des régénérations, que de nouveaux neurones se développent, qui peuvent en remplacer d'autres, sous

certaines conditions naturellement.

En tout cas, toutes ces données sont pour moi une indication que tous ces problèmes de neurotoxicité pourraient être beaucoup moins importants que ce qu'on annonce habituellement.

Professeur Roques : Toutes les amphétamines n'ont pas la même toxicité. Du reste, en ce qui concerne la fenfluramine, je voudrais moduler un peu ce qui vient d'être dit. On peut même dire qu'à la limite la fenfluramine a été utilisée, en tout cas chez l'animal, pour contrecarrer l'effet de la MDMA. C'est un antagoniste de la MDMA. Donc sa toxicité, et vous l'avez très bien dit, est plus une toxicité systémique qu'une neurotoxicité. Comme vous l'avez très bien dit, on n'a jamais observé, et Dieu sait ce qu'il y en a eu de consommée, de neurotoxicité, ni comportementale, ni neuro-anatomique. Mais par contre, effectivement, on a observé d'autres effets néfastes (et on le savait déjà depuis longtemps mais le nombre de cas a augmenté) et on a retiré du marché ces drogues qui avaient à la fois des effets non seulement sur le système cardiovasculaire, mais sur le système pulmonaire, et qui pouvaient entraîner la mort. Et là, ce n'était plus tout à fait pareil. Je pense qu'il ne faudrait peut-être pas non plus seulement parler de neurotoxicité. Je pense que vous avez bien compris qu'en fait on est dans le "blue total". Parce que finalement, on ne sait pas ce que ça donnera dans vingt ans et qu'on essaye, aussi bien le Docteur Fromberg que moi-même, de faire faire des études aux uns et aux autres, et puis de convaincre les pouvoirs publics de faire avancer un certain nombre de recherches.

On se demande de temps en temps pourquoi elles ne sont pas faites en plus grand nombre et plus rapidement, puisque ça ne pose pas de problèmes tellement majeurs, c'est surtout un problème de moyens. Mais maintenant les "spectres de masse" sont tellement puissants qu'on arrive très facilement à doser dans le cerveau des quantités infimes de produits. On pourrait très bien imaginer marquer les molécules pour essayer de voir si elles se fixent sur un transporteur particulier, etc. Mais on pourrait discuter comme ça très longtemps, il y a peut-être des intérêts économiques qui font qu'on n'a pas envie de le faire, c'est peut-être comme pour l'alcool... Ce qui serait du reste sûrement vrai.

Mais je crois que le problème (quand même majeur si je puis dire) de la MDMA, de l'ecstasy, c'est somme toute l'effet systémique, l'effet que l'on rencontre dans les "rave parties", où là effectivement il y a des effets qui peuvent être assez néfastes, à la fois immédiats, avec l'hyperthermie, les accidents cardio-vasculaires potentiels etc. Puis des effets à plus long terme qui, finalement, amènent quelquefois les gens qui ont pris de l'ecstasy pendant un temps assez long, c'est-à-dire qui ont participé aux "rave parties" assez souvent, à consulter les psychiatres en leur disant qu'ils ont quand même quelques problèmes de dépression. C'est pour ça que l'on parlait du Prozac tout à l'heure. Mais le Prozac, c'est aussi pour préserver de ses effets rebonds, qui sont des effets de dépression, qui là peuvent être graves.

Enfin, pour terminer, il faut faire attention, parce que comme pour n'importe quel produit, la toxicité est d'abord fonction de la dose bien entendu, mais aussi fonction de deux paramètres qui sont très importants, qui sont la

susceptibilité individuelle (c'est-à-dire que personne n'a le même patrimoine génétique), et ce qu'on appelle la "pharmacogénomique" (c'est-à-dire la manière dont au cours du temps le produit va être à la fois assimilé et va agir). Peut-être que dans vingt ans on saura si on a une prédisposition à devenir alcoolique par exemple. Si on se met à boire un peu d'alcool et que très rapidement on tombe dans la spirale de l'addiction, ça ne veut pas dire que tout le monde devient alcoolique, ça serait totalement faux de le croire. Il y a des gens qui dominent parfaitement leur consommation d'alcool, il y a des gens qui ne peuvent pas la dominer et il y a beaucoup de raisons, des raisons aussi affectives, et tout ce qu'on veut, mais sur le plan purement médical, sur le plan purement neurobiologique, il y a effectivement une susceptibilité individuelle qui est absolument incontestable. L'approche génétique de la tendance à la toxicomanie est un sujet de recherche extrêmement développé maintenant aux États-Unis, mais malheureusement encore très peu en Europe. Enfin, on a fini par comprendre qu'il faut y aller.

Monsieur Vandebosche : Je m'occupe du contrôle des stupéfiants à l'Inspection de la Pharmacie, et on contrôle à l'heure actuelle les psychotropes. Certains psychotropes nouveaux, comme le MDA, la MDMA, le 4MTA vont être classés. Ce qui m'a toujours frappé, c'est non seulement la toxicité intrinsèque de ces substances, mais également la dose qui est administrée. Le Professeur Roques y a fait référence dans sa dernière intervention. Il faut savoir par exemple que pour le 4MTA, dont les comprimés sont dosés à 135 milligrammes, nous avons constaté des décès après absorption de six comprimés, c'est-à-dire que ça porte la quantité absorbée à à peu près 800 milligrammes. Les doses habituelles utilisées en thérapeutique pour les amphétamines sont de l'ordre de 5, 10, 15 milligrammes maximum. Et ici nous nous trouvons avec des doses de l'ordre de 130 et une absorption de six comprimés, soit 800 milligrammes. Je me demande si, en administrant une amphétamine à 800 milligrammes, nous n'aurions pas des décès également?

Professeur Roques : C'est vrai qu'il y a un rapport évident entre la dose et la toxicité. Il faut faire attention, parce que la toxicité devient non spécifique, c'est-à-dire que non seulement on atteint les cibles spécifiques, mais on atteint d'autres cibles qui deviennent non spécifiques, dans la mesure où la dose est tellement importante qu'elle a dépassé, qu'elle a envahi complètement tous les récepteurs sur lesquels elle doit aller d'habitude, alors elle va vers d'autres. Et donc, elle perturbe complètement ce que l'on appelle "l'homéostasie", c'est-à-dire l'équilibre permanent qui existe chez les êtres vivants, dans leur système. Et c'est alors qu'on peut tomber sur des accidents graves, mais c'est vrai pour toutes les drogues, c'est vrai pour tous les produits, c'est vrai pour tous les médicaments, bien entendu. Quand on se suicide aux médicaments, c'est comme ça que ça marche.

Monsieur Vandebosche : C'est très important, de mettre en garde la jeunesse contre les doses élevées qui sont présentées aux jeunes dans les dancings, qui sont disponibles à l'heure actuelle. Mais ce n'est pas un débat neuf, puisque si vous prenez du THC en forte concen-

tration, vous avez de gros problèmes; si vous les prenez en concentration fort peu élevée, à dose homéopathique, et cela vaut aussi pour la morphine, vous avez moins de difficultés qu'avec certaines substances qui sont légalisées.

Isy Pelc : Je suis psychiatre et professeur de psychiatrie à l'Université. Mes collègues et moi nous occupons du département de psychiatrie, de recherche (également dans le domaine mais plus clinique); nous nous intéressons aussi aux neurosciences et à la psychologie cognitive dans ce domaine-là.

Je voudrais d'abord vous remercier d'être venu jusqu'à chez nous et de nous avoir fait cette introduction. J'entends, mais vous veniez de le dire dans votre dernière intervention, que finalement la vulnérabilité, la susceptibilité, enfin tout ce qui est réaction individuelle est sans doute à l'avant-plan des préoccupations et de la toxicité comportementale de toutes ces drogues. En effet, un peu comme pour l'alcool et pour d'autres drogues, ceux qui pourraient en prendre beaucoup, n'en prennent pas, et ceux qui ne devraient jamais en prendre, en prennent beaucoup en général. Donc, ce qu'il faut voir ce n'est pas si c'est bon ou mauvais, ou un peu bon, un peu mauvais. Il faut voir avec les populations à risques et dans le contexte. Je disais tout à l'heure : *"Prenons l'ecstasy on the rocks"*. Parce qu'alors ça va être très froid, ce qui est nettement moins nocif que dans l'ambiance chaude des "rave parties". Voilà une série de messages possibles. Mais on ne l'utilise pas *"on the rocks"* dans son salon, tranquille, à l'aise, consommé par des gens de 50 ans qui regardent la télévision, on ne prend pas son comprimé d'ecstasy dans cet environnement-là. On le prend tout à fait autrement. On l'utilise dans les boîtes en période d'excitation, avec de l'alcool habituellement, avec des tas d'autres substances, avec des tas de choses. Dans ces conditions-là (vous l'avez évoqué aussi), le "status" dans lequel on se trouve n'est pas le "status" du rat qui est tranquille dans sa boîte; ce sont des gens qui sont excités.... Personnellement, j'ai envie de poser une question. Ne pensez-vous pas qu'il faudrait étudier de plus près ces conditions-là, qui sont beaucoup plus importantes ? Parce que ceux qui consomment dans les "rave parties", et qui continuent à en prendre, sont vraisemblablement ceux qui ont cette vulnérabilité au niveau sérotoninergique, et qui recommencent à en prendre, parce qu'ils se sentent particulièrement bien. Et donc pour ceux-là c'est beaucoup plus grave évidemment, parce qu'ils ne font qu'accélérer le processus qu'ils ont sans doute en eux puisque la drogue leur apporte quelque chose, sinon ils ne continueraient pas d'en prendre, et en particulier l'ecstasy. Ceux qui peuvent aller dans les boîtes, et s'exciter, s'amuser et faire des tas de trucs comme on fait tous mais sans substances auraient un niveau sérotoninergique et dopaminergique relativement équilibré, peut-on penser. Alors le danger, me semble-t-il, est là.

Est-ce qu'il y a des études de ce type-là, comme vous dites, qui devraient se faire ? Est-ce qu'elles ont été faites ?

Parce que finalement qu'on ait quelques milliers de neurones en moins, je crois que ce n'est pas très grave, on en perd tellement à 36.000 occasions et on en régénère tellement. Bien qu'en ce qui concerne le processus de régénération, ça coûte un prix physiologique : le fait de

régénérer régulièrement épuise aussi le cerveau, fabriquer et refabriquer ça coûte quelque chose.

Est-ce que dans ce domaine de la vulnérabilité des personnes in situ, est-ce qu'il y a quelque chose à transposer aujourd'hui déjà au niveau clinique, au niveau des comportements humains ?

Professeur Roques : Vous avez posé beaucoup de questions. Je vais essayer d'y répondre une par une. D'abord, en ce qui concerne la polytoxicomanie, et l'association d'ecstasy avec autre chose, vous avez parfaitement délimité un champ d'investigation qu'il est très important d'ouvrir. Et quand je dis ouvrir, c'est bien parce qu'il est fermé pour l'instant, et qu'il y a extrêmement peu d'études faites et pourtant là, je dirais qu'elles ne sont peut-être pas très faciles, mais elles sont faisables. D'abord, il faut bien savoir tout de même qu'une des "chances" des études dans le domaine de la toxicomanie, c'est qu'il existe d'excellents modèles animaux qui sont tout à fait prédictifs et relativement bien corrélés avec ce qui se passe chez l'homme. C'est-à-dire qu'il y a toute une batterie de tests qui ont été utilisés et qui s'utilisent tout à fait classiquement (et heureusement puisque comme vous le savez, vous ne pouvez plus sortir de l'industrie pharmaceutique un composé sans savoir s'il y a un risque effectivement de dépendance. Surtout pour la dépendance physique et psychique mais également la neurotoxicité, malheureusement pas encore vraiment à long terme).

Ca veut dire qu'il y a tout un arsenal qui pourrait être tout à fait utilisable en mélangeant les produits. C'est un travail considérable parce qu'il s'agit d'équations à plusieurs paramètres, puisque vous allez faire évidemment varier la concentration d'une substance par rapport à l'autre, et puis ensuite de l'autre par rapport à l'une. Et s'il y en a trois, ... C'est évidemment extrêmement compliqué; mais je pense que c'est tout à fait important et je crois qu'il faut effectivement le faire.

En ce qui concerne la vulnérabilité, le problème est un peu plus compliqué quand même. C'est vrai qu'il y a une vulnérabilité individuelle qui va faire qu'une personne dans une "rave party", du fait de sa vulnérabilité (restons dans le domaine de l'ecstasy, encore qu'il n'y ait pas de réelle dépendance à l'ecstasy, il y a des dépendances psychiques), peut ressentir un tel bien-être qu'elle va devenir un abuseur et qu'elle va effectivement revenir beaucoup plus souvent qu'une autre. C'est beaucoup moins dangereux que la spirale de l'héroïne. Il n'y a pas du tout de comparaison entre les deux, mais il n'empêche que ça existe. Mais finalement je pense que le vrai fond du problème n'est peut-être pas celui-là, le vrai fond du problème c'est de savoir pourquoi on a absolument besoin de s'exciter à ce point, et c'est un débat extrêmement intéressant à avoir avec nous-mêmes et avec les gens. C'est-à-dire qu'il y a là un véritable problème de société : *"Pourquoi se défonce-t-on le dimanche?"* A cause de plusieurs choses probablement : il y a à la fois les effets de mode, il y a une libération exigée par une vie particulièrement difficile dans certains cas, il y a peut-être une sorte de libéralisation un peu excessive, il y a beaucoup de paramètres qui jouent et puis il y a surtout cette image permanente et répétitive qu'on donne de l'association des

conduites à risques et de l'image valorisante. Ainsi, c'est Camel avec la bagnole qui passe dans des fossés absolument fantastiques. Le gars est beau, la fille est encore plus belle. Ah! Tout ça est sublime quoi! Alors on se dit : *"Vraiment, pourquoi je fume pas des Camel, je suis vraiment le dernier des imbéciles!... Elles vont tomber comme des mouches!"*

Pour le troisième point, c'est un problème plus clinique *"Qu'est-ce qu'on peut déjà retirer dans la clinique de ces recherches et de ces expériences?"* D'abord, il faut savoir que les souris qu'on dit transgéniques ce sont des souris dans lesquelles on a délété par une série de manipulations (c'est-à-dire dont on a enlevé le gène qui fournit une protéine particulière, dans le cas présent, il s'agit du récepteur dont on parlait tout à l'heure qui va recevoir le THC) le principe actif du cannabis. Lorsqu'on enlève le récepteur, il n'y a plus l'effet du cannabis. Mais ce qu'il y a de tout à fait curieux, c'est que, quand on a utilisé de la morphine, on s'est aperçu qu'il y avait une différence et que manifestement quand il y avait une délétion du récepteur, il y avait moins de tendance à l'autoadministration d'héroïne. D'où l'hypothèse qu'il y a une relation entre les deux systèmes. Nous avons pu vérifier tout ça depuis. Les articles sont sous presse. Au fond, la question qui se posait, c'était ce qu'on appelle, pour autant que je me souviens, la *"gate away"*, c'est-à-dire le risque accru de passer d'une consommation d'une drogue douce à une drogue dure. Est-ce que le cannabis vous entraîne vers la consommation d'héroïne? Et je peux vous dire que, d'après toutes les expériences que l'on a faites sur des modèles d'animaux, c'est non : il n'y a pas réellement, au moins dans les conditions où on a travaillé, de dérives très nettes entre la consommation répétitive de THC et une plus grande tendance dans les tests soit d'auto-administration, soit de préférence de place. Si vous donnez à l'animal du THC de manière répétitive, pendant trois semaines, et qu'ensuite vous faites un *"challenge"* avec une dose extrêmement importante de morphine, pour voir si effectivement il devient dépendant tout de suite à la morphine. Et il faut savoir simplement s'il est plus dépendant par rapport au contrôle, quand il a pris du THC. Et bien, la réponse, pour l'instant, c'est : *"Non, dans ces conditions-là"*. Ça pose un problème : malheureusement les souris transgéniques ont été modifiées à la naissance et donc elles ont des systèmes d'adaptation tels qu'effectivement ce ne sont plus réellement des souris normales. Et donc il y a plein de résultats comme ça qui sont tout à fait contradictoires. On a travaillé, par exemple, avec Emilia Borelli, à Strasbourg sur le récepteur D2, le récepteur dopaminergique D2. Il y a des réponses qui sont tout à fait caractéristiques, qu'on attendait, et puis il y en a d'autres qu'on n'attendait pas du tout. Je suis assez critique dans mon propre laboratoire et je dis toujours : *"Il y a une chose qui est très simple, c'est de prendre un antagoniste du récepteur, et puis de regarder si l'antagoniste donne la même chose"*. Et ça, c'est rarement le cas dans les publications.

Lisez les publications, vous verrez que c'est rarement vérifié par l'administration d'antagonistes. Et là, on a quelques surprises, je peux vous le dire. Y compris chez la souris transgénique.

Dan Velea : Je suis médecin dans un centre pour toxicomanes dans le Val d'Oise, à l'Hôpital Marmotan. J'ai deux questions à poser aux orateurs.

La première : *"On n'a pas parlé de la rhabdomyolyse dans la destruction des protéines musculaires, avec des effets qu'on connaîtrait comme délétères au niveau rénal, avec insuffisance rénale, et tout le cercle vicieux, le manque d'eau... Est-ce qu'au niveau vasculaire, il n'y a pas un problème au niveau neuronal, parce qu'on sait très bien qu'en ce qui concerne la circulation, vu l'état d'assouffissement, de déshydratation dans les soirées "rave", on peut se retrouver dans un état de "presque coagulation du sang"*. Il y a eu des cas dont on ne sait pas très bien si c'est imputable à l'ecstasy ou au contexte de la soirée et aux substances consommées.

Une deuxième question, mais ce n'est peut-être pas le but de la discussion de ce matin, concerne les mélanges, pas simplement les mélanges avec l'alcool ou avec le cannabis dans les soirées, mais par exemple, les mélanges avec le GHB, avec la kétamine, l'atropine, ... les effets cumulatifs croisés, ... tout ce qui arrive. Parce qu'il y a quand même pas mal de cas mortels, ou de viols imputables à la consommation de ces cachets frelatés.

Il y a quand même eu une attitude de prévention, par exemple Christian Sueur et le testing de Médecins du Monde. Pourtant, le rapport de l'INSERM dénonce complètement le testing en quelque sorte. L'année dernière, j'ai été surpris dans une manifestation scientifique, où j'ai entendu dire que le testing encouragerait les gens à consommer de l'ecstasy... et ceux qui se déclaraient pour le testing étaient presque *"traités"* de dealers. C'est quand même quelque chose d'assez difficile à concevoir en tant que médecin, en tant qu'intervenant en toxicomanie.

Erik Fromberg : Malheureusement les recherches sur les mécanismes de ces effets sont assez boiteuses et honnêtement, je ne peux pas vous répondre dans un sens explicatif, avec une base scientifique réelle, mais il existe quelques observations qui peuvent donner une indication. Dans tous les cas que je connais, et qui sont étudiés, où l'usage de MDMA a entraîné la mort, on a trouvé de grandes quantités d'amphétamines.

En tout cas il est clair que la combinaison entre MDMA et amphétamines augmente les risques. C'est déjà discuté dans le sens des effets du système dopaminergique au niveau de la neurotoxicité.

Une seconde donnée récente : dans les cinq cas observés en Hollande, tous ces gens étaient des patients qui probablement prenaient des substances antiasthme. Ce n'est pas un résultat de recherche, ce n'est pas une donnée scientifique, mais au moins, nous supposons que l'usage de ces substances, d'une certaine façon, influence, augmente les risques de la MDMA parce que, dans ces cinq cas que nous avons observés, on a trouvé ça, et ça c'est anecdotique, mais il faut se pencher là-dessus.

La salle : Il s'agit bien de personnes asthmatiques qui prennent un traitement? Et c'est la combinaison entre leurs médicaments et la MDMA qui est la source du problème?

Erik Fromberg : Oui, probablement. Mais c'est une donnée dont nous discutons depuis seulement deux semaines, et à ce sujet je n'ai malheureusement pas encore d'informations plus exactes, plus sûres que le simple constat, le fait que ça nous a frappé de trouver ça. Et maintenant, on est en train de rechercher la composition réelle des médicaments actuels de ces gens. Et c'est difficile de rechercher ce type de données, parce qu'il y a la question du secret professionnel, et bien d'autres. Il y a aussi le fait que notre gouvernement est très "fermé" quant à ces données. Une remarque peut-être plus générale, c'est que c'est "marrant", interpellant, ce n'est pas le mot propre, mais ça signifie quelque chose le fait que l'on fasse beaucoup de recherches sur la MDMA, mais que les recherches qui peuvent répondre aux questions les plus pressantes, les plus importantes, on ne les met pas en route. A mon avis, ce sont les gouvernements qui sont très heureux de toutes ces histoires au sujet de la neurotoxicité, mais ce sont eux qui empêchent en fait de faire des recherches qui pourraient le vérifier ou non. C'est plus simple de dire : "Ah, il y a de la neurotoxicité, alors c'est interdit !" Et ça nous met dans une position assez difficile parce que nous avons entendu toutes ces histoires de : "L'héroïne très toxique va te tuer. Une seule piqûre te rend accro et tout ça".

Et c'est à propos de toutes les drogues qu'on nous a raconté ce genre de choses, du non-sens. Dès lors, si la MDMA était vraiment une drogue dangereuse, on peut essayer de raconter cette histoire aux jeunes qui ont entendu pendant des années des histoires de non-sens quant aux autres drogues. Ils vont dire : "Ah, ce sont de nouveau les mêmes histoires". La désinformation que nous avons donnée nous empêche de donner la bonne information.

Professeur Roques : Je partage tout à fait ce dernier avis. C'est vrai que dans le cas du cannabis par exemple, il y a eu des monstruosité qui ont été dites, et cela a été à mon avis une très mauvaise chose, parce que ça décrédibilise, ça a décrédibilisé tout ce qu'on a pu dire ensuite. Il est évident que le jeune qui rentre chez lui après avoir fumé un pétard, et qui voit son père complètement ivre, taper sur sa mère, effectivement il comprend bien que la dangerosité de la drogue n'est pas la même. Et là, il n'y a pas besoin de faire de la neurobiologie.

Je voudrais maintenant répondre à une question que vous avez posée à propos du testing. Et puis vous avez évoqué deux ou trois problèmes, comme par exemple les viols qui peuvent exister après les "rave parties". Je crois qu'il faut bien voir que c'est encore, que ça participe encore de la polytoxicomanie, et que par exemple il faut bien voir que l'ecstasy est aussi un désinhibiteur. Elle a du reste été utilisée au tout début, par les psychiatres comme un désinhibiteur. Et avec un succès absolu, et tout à fait remarquable. J'ai signalé à la fin du bouquin que, si on pouvait travailler dans ce domaine et essayer de trouver des drogues, les psychiatres seraient très heureux de les avoir. Mais si vous associez un désinhibiteur avec un autre désinhibiteur, encore beaucoup plus fort que l'alcool, alors là je peux vous dire que ça fait très mal. Et quand vous l'associez en plus avec une benzodiazépine comme le Rhoypnol, alors là, c'est absolument terrifiant. Parce que,

bien sûr, là vous pouvez violer sans que les gens se souviennent qu'ils ont été violés ! C'est donc quelque chose de tout à fait redoutable !

Tout cela nous ramène quand même au point de vue "testing". Moi je suis à la fois pour et contre le "testing". Je suis absolument formel quant à la présence de médecins dans les "rave parties".

Ca me semble essentiel, parce que là il y a un problème de santé publique, de protection des jeunes et ce serait complètement ridicule qu'il n'y ait pas de médecin qui soit présent. Le risque est beaucoup trop grand. Car comme vous l'avez dit aussi, vous avez parlé de rhabdomyolyse, c'est vrai qu'il y a des accidents graves qui peuvent survenir immédiatement, et que si les médecins ne sont pas là, on peut effectivement mourir, même s'il s'agit de cas très rares, ça peut arriver.

Le problème du testing est un problème difficile. Pourquoi ? Parce que vous êtes confronté à la situation suivante : on vous donne un comprimé, puis vous avez des essais. Malheureusement, ce n'est pas un spectro de masse que vous avez, vous avez un réactif et vous en mettez quelques gouttes et puis vous dites : "Il est plus bleu, il est plus rouge. Alors là, il y a plus de MDMA et là il y a moins de MDMA". Alors d'abord la première question c'est que si réellement la MDMA est prouvée être, même dans le futur, complètement inoffensive, alors là, allons-y gaiement ! Plus il y a de MDMA, plus c'est bon ! Mais ce n'est pas encore complètement prouvé. Je pense que le vrai problème serait effectivement, et on en revient à votre question, si on avait effectivement des informations sur les polytoxicomanies, sur les associations entre les drogues et sur leur neurotoxicité, et sur la toxicité générale, dans ce cas-là, on pourrait effectivement faire un véritable testing qui aurait une véritable efficacité sur les jeunes. On pourrait leur dire : "Faites attention à celui-là, parce que celui-là, ils ne vous l'ont pas dit, mais il associe à la fois de la MDMA (enfin de l'ecstasy) avec par exemple une amphétamine redoutable, du LSD, etc..."

Erik Fromberg : Je ne considère pas le GHB comme un danger, les effets du GHB ne sont finalement pas différents des effets de l'alcool, seul le dosage est différent, mais si on dose proprement, les risques du GHB sont comparables à ceux de l'alcool que nous prenons chaque jour. Quant au testing, c'est un véritable problème parce que, dans beaucoup de pays, on commence à faire du testing, seulement avec une réaction "couleurs", les réactions "marquis", qui ne donnent que peu d'information. C'est pour ça que, dans le système néerlandais, on utilise une grande encyclopédie qui est le résultat des analyses complètes en laboratoire. Une encyclopédie avec laquelle on peut identifier la pilule : forme, logo, diamètre, poids et tout ça, on peut identifier les résultats d'une analyse en laboratoire. Et ça c'est l'identification, et pour au moins diminuer le risque, qu'il s'agit d'une "look like", on fait après cette identification une réaction couleurs. Et si cette réaction diffère de ce qu'on peut attendre, en ce cas, on dit : "Ah, cette analyse n'a pas de valeur, nous ne savons pas ce que contient ce comprimé". C'est un système différent. Et ça, c'est basé sur une encyclopédie qui contient l'analyse de plus de 10.000 pilules.

Débat

Première partie

Modérateurs : Fabienne HARIGA¹ et Michel ROSENZWEIG²

Fabienne Hariga : Si l'ecstasy en soi a soulevé tellement de retours dans la presse, serait-ce parce que c'est davantage un phénomène de masse parmi les jeunes qu'un phénomène qui apparaît chez des personnes plus vulnérables ? C'est une première question.

Deuxième question : on a beaucoup parlé des rares décès mais quelle est leur raison vraie, quelle est leur origine ? De quoi ces personnes sont-elles décédées ?

Et enfin, une dernière question : qu'en est-il des autres risques tels que les risques d'hyperthermie maligne par exemple ?

Michel Rosenzweig : Je pense effectivement qu'il faut parler de cette question d'hyperthermie, mais aussi des risques hépatiques parce qu'en fait quand la presse relate les décès liés à la consommation de MDMA, il me semble que c'est surtout de ça dont il s'agit et dont on a fait grand cas. J'aimerais que le Professeur Roques et le Professeur Fromberg parlent de ces deux cas-là : l'élévation de la température et l'hépatite fulgurante. Qu'est-ce que ça veut dire ? Quels sont les véritables risques liés à ça ? Quelle est la proportion de ces risques-là ?

Deuxième chose, j'ai été très étonné de la différence entre la conclusion de l'expertise collective de l'INSERM publiée en 98 et vos conclusions, Monsieur Roques, parce qu'on a l'impression que dans l'expertise collective les conclusions sont beaucoup plus alarmistes, notamment en ce qui concerne l'hyperthermie et les complications psychiatriques. Je souhaiterais qu'on en parle, parce qu'en Belgique, il y a des psychiatres et d'autres personnes qui travaillent aux urgences qui témoignent de personnes arrivant dans des états inquiétants.

La troisième chose que je souhaite que nous abordions, c'est la conclusion. J'ai été étonné de ne pas lire dans vos conclusions, Monsieur Roques, quelque chose sur la prévention. Je propose que nous répondions brièvement à ces questions-là, et qu'après nous donnions la parole à la salle.

Professeur Roques : Je vais d'abord remonter les questions car la dernière rappelle la première. Vous dites qu'il y a énormément de jeunes qui consomment de l'ecstasy. C'est vrai, c'est incontestable. Et encore, il y en a beaucoup plus en Angleterre qu'en France ou en Belgique. C'est comme ça, c'est un effet de mode ! On a déjà connu cet effet de mode. Quand moi j'étais jeune, il s'agissait du tabac et on se planquait pour aller fumer des cigarettes. Maintenant, c'est l'ecstasy. On peut le regretter peut-être parce qu'effectivement, ce n'est pas sans danger. Mais je

pense que la véritable prévention, pour moi en tout cas, ne se fait qu'à deux niveaux.

Le premier, c'est l'honnêteté, c'est-à-dire qu'il faut dire exactement ce qu'on sait, ni plus, ni moins. Il n'y a pas de raison d'alarmer trop, mais il n'y a pas de raison non plus de cacher la vérité. Donc, il faut dire ce que la science dit : "Je sais ou je ne sais pas. Mais même quand je sais, peut-être que je me trompe, parce que peut-être que demain ça ne va plus être tout à fait ce que je disais tout à l'heure". Ca, je pense qu'il faut le dire, parce que les jeunes ne sont sensibles qu'à ce message, qui est un message d'honnêteté parfaite.

Le second, c'est que j'ai toujours été troublé par les "rave parties" et l'ambiance de fête que je trouve fantastiques, mais qui me troublent un peu. Parce qu'il y a une espèce de double langage, c'est-à-dire qu'il y a le langage, on fait la fête et on fait la fête un peu grâce aux produits qu'on prend en même temps. Et l'ennui, c'est que le produit fausse un peu la fête. Parce que la fête, ce n'est plus votre fête, c'est la fête de votre personnalité, puis c'est la fête de votre personnalité changée par le produit. C'est assez curieux, parce qu'il y a une revendication que je trouve magnifique chez la jeunesse (et qu'on a tous eue du reste) : la revendication de liberté, de libre choix et de contestation, qui me semble être le privilège de la jeunesse. C'est ça la jeunesse ! C'est de contester, c'est de ne pas être d'accord, c'est d'être libre, c'est de choisir, etc.



1. Modus Vivendi.
2. Prospective Jeunesse.

Alors qu'évidemment, sous influence on ne sait plus vraiment exercer ce libre choix. Il y a sûrement un message assez fort à faire passer à ce point de vue-là, mais je pense qu'il n'y a que les jeunes qui peuvent faire passer ce message. Plutôt, il me semble, que les adultes et les scientifiques en tout cas. Et moi je ne suis ni psychologue, ni sociologue, et par conséquent je ne me vois pas en train de passer le message, parce que je n'aurais sûrement pas le bon langage. Mais de toute façon, j'essaie d'être honnête sur ce que je sais et ce que je ne sais pas. Je crois qu'il doit y avoir moyen de trouver, grâce aux jeunes, peut-être pas une sorte d'appel à l'arrêt - parce que ce serait stupide - mais une façon de dire : *"Écoutez, faites attention, si vraiment vous tombez dans une spirale où finalement vous n'êtes plus vous-même, où est le plaisir ? Parce que le plaisir, quand même... c'est soi !"* C'est de se retrouver soi, et c'est le soi qui est fantastique ! C'est le plaisir du soi, l'hédonisme, c'est soi. Il n'y a pas plus égoïste comme démarche que l'hédonisme. C'est une première réponse.

La deuxième réponse portera sur la différence entre l'expertise de l'INSERM et mon rapport. Je pense que ça vient du fait qu'il y a une grande différence, me semble-t-il, entre une expertise collective et une expertise plus individuelle. Bien que j'ai été entouré de beaucoup de spécialistes, j'assume une grande part de responsabilité pour ce livre. Par conséquent, c'est vrai qu'il contient beaucoup de mes idées ainsi que l'analyse que j'ai pu faire de la littérature. Le problème, c'est qu'il n'y a pas eu d'interférence entre plusieurs analyses. Par conséquent, j'ai pris les conclusions qui étaient celles qui apparaissaient dans la littérature. Et je dois dire que j'ai été troublé puisque le livre est paru en même temps ou un tout petit peu avant l'expertise de l'INSERM. Je me suis dit : "J'ai peut-être fait une bêtise et c'est pour ça, qu'un peu anxieux, j'ai demandé à Messieurs Ricaurte, Monnik et Cadet de venir au Collège de France. Jean-Pierre Changeux m'a aidé à faire cette conférence. Et j'ai été rassuré, parce qu'en fait, la conclusion c'est qu'effectivement, on ne sait rien sur la toxicité à long terme, et que par conséquent, le message alarmiste en termes de toxicité à long terme n'est toujours pas prouvé.

Par contre, je crois qu'ils ont peut-être plus insisté que moi, et j'ai peut-être eu tort de ne pas le faire personnellement, sur ce dont je vous avais parlé tout à l'heure : la *derhabdomyolyse*. Il n'y a pas beaucoup de cas, mais il y en a quand même quelques-uns d'hépatotoxicités.

Mais on tombe toujours dans le même problème : si vous avez une prédisposition génétique, ou je sais quoi, parce qu'avant vous avez pris plein de substances qui fragilisent votre organisme, évidemment vous avez plus de chances d'avoir des ennuis. C'est sûr que vous pouvez mourir d'une aspirine ! Cela ne veut pas dire que vous pouvez prendre de l'ecstasy (ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit), mais je crois qu'il ne faut pas non plus trop dramatiser les choses. C'est ça le véritable ecstasy !

Docteur Fromberg : C'est toujours le même problème : si on fait des recherches au niveau neuronal, on trouve des choses et on peut interpréter ces données d'une façon alarmiste, ou on peut interpréter ces choses d'une façon plus "cool" puisque le résultat de telles recherches doit être

comparé avec les autres notions que nous avons. Et ça ce sont les difficultés. En principe, il n'y a pas de différences d'opinion quant aux données qui existent, parce que ces données sont réelles, ce sont des recherches faites d'une façon "the state of the Art". Mais pour interpréter ces données dans le cadre de comportements, c'est autre chose. Par exemple, en ce qui concerne la neurotoxicité d'une autre substance qui est utilisée par un assez grand nombre de gens, l'ibogaïne, c'est très clair, le mécanisme est connu, il n'y a aucune forme de discussion quant à ses effets. Et si on regarde ces effets sur le cerveau des animaux, on pense : *"Mon Dieu, qu'est-ce qui s'est passé avec les gens qui ont pris ces substances ?"* Mais du moment qu'on réalise qu'au Gabon, au Cameroun, presque chacun a utilisé des quantités énormes de cette substance au moins une fois dans sa vie, dans le cadre d'un rite d'initiation, on peut s'imaginer que tous ces gens ont le cerveau complètement détruit. Alors qu'en vérité ces gens "fonctionnent". C'est la différence entre une étude en laboratoire et les interprétations dans le cadre de la vie. Et c'est faire preuve d'un certain alarmisme de dire qu'on ne connaît pas les résultats à long terme de ces données, pour les gens qui prennent de la MDMA. Il est certain qu'en prendre à des dosages assez élevés, dans des contextes physiques, de chaleur, de foule - nous n'avons pas encore discuté du phénomène de toxicité cumulée, "agregate toxicity" - est un facteur qui, en principe, augmente les effets nocifs. Pourtant, nous ne sommes pas seulement des neurones. Il y a d'autres choses dans notre cerveau, nos idées, nos interprétations, les attributions et il faut discuter de ces choses à ce niveau. Un neurologue ou un chercheur qui s'intéresse au cerveau attribuera toujours des significations différentes à ces données que quelqu'un qui regarde la réalité de la vie et fait des comparaisons avec d'autres choses qui se passent. Ce sont deux mondes différents, et c'est au niveau de ces différences qu'il faut discuter de tout cela. Idem en ce qui concerne les risques surajoutés naturellement.

Evidemment, c'est une catastrophe quand quelqu'un développe ces syndromes d'hyperthermie. On en parle dans les journaux alors que ça se passe régulièrement avec des médicaments formellement prescrits : le syndrome neuroleptique malin est bien connu, mais l'explication du phénomène et ses mécanismes sont inconnus comme pour les vrais mécanismes de l'hyperthermie. Mais ça, on ne le publie pas, même s'il arrive à tous les hôpitaux de prescrire de temps en temps de grandes quantités de neuroleptiques. Mais, en ce qui concerne ces médicaments, on "regarde", dans le cadre de la vie des patients, la plupart de leurs bénéfices. C'est une autre attribution que nous faisons, pour la psychiatrie biologique, que ça, c'est un effet bénéfique pourtant des problèmes surviennent dans ce cadre. C'est comme les voitures. Comment les utilise-t-on ? Si un martien débarquait sur terre en demandant : *"Quels sont les effets de l'usage d'une voiture ?"*, je pourrais l'emmener dans un département de traumatologie d'un grand hôpital en montrant des gens qui ont utilisé des automobiles... Ça donne une certaine impression de danger des voitures. Mais je pourrais aussi l'emmener à Paris, au salon de l'auto, où on trouve de grandes marques, avec des femmes

demi-nues et où les gens disent : "Ah!!!"... Soit pour les voitures, soit pour les femmes ! Mais je ne discute pas de ça avec ce martien. Et de nouveau, il obtient une impression des effets de l'auto qui est assez loin de la réalité.

Et c'est cela que nous faisons toujours, quand nous discutons des drogues illicites, nous discutons toujours "à partir" du département de traumatologie. Et c'est bien sûr ce qu'on publie. Et c'est donc naturellement que les gens de l'INSERM publient ce genre de données, parce que ça c'est leur monde limité, où on applique leurs connaissances. Mais c'est un monde différent de celui des automobilistes qui vont en voiture de Paris à Bruxelles. Ici on se déplace en voiture et il y a certains risques, mais on ne discute pas de ces risques.

Professeur Roques : Un mot quand même pour dire que dans l'utilisation des drogues, il y a deux choses. Il y en a une qui fait peur. Qu'on le veuille ou non, la drogue, c'est quand même quelque chose (la drogue pris au sens français et non pas anglo-saxon). C'est une substance qui change les états de conscience. Et ça, qu'on le veuille ou non, c'est vrai. Et même le cannabis, du reste, à un degré très faible mais ça change un état de conscience. Et ça, je crois qu'on ne peut pas le nier, je crois qu'il faut le dire même si ça ne veut pas dire qu'il faut l'interdire obligatoirement. Il y a des gens qui ne le disent plus maintenant. Et ça ce n'est pas honnête. Il faut dire que ça change l'état de conscience. D'autre part, je pense qu'en ce qui concerne l'ecstasy, puisqu'on est surtout là pour parler de l'ecstasy, il y a autre chose qu'il faut dire. C'est, qu'après tout, les risques vous pouvez les prendre en sautant en parachute, en faisant du canionning, et il y a sûrement plus de risques à faire du canionning qu'à prendre de l'ecstasy. Mais ce qu'on ne peut pas assurer, c'est qu'un individu X n'a pas une prédisposition particulière qui va causer effectivement, peut-être pas un décès, mais un accident grave qui l'amènera à l'hôpital. Ça aussi il faut le dire, parce que si on dit les choses, il faut les dire jusqu'au bout, ça me paraît absolument essentiel.

Et puis le dernier point, c'est que ça nous ramène à un vrai problème, un problème de juridiction : qu'on le veuille ou non, on est dans un système où il y a les drogues licites et des drogues illicites. Or à ma connaissance, l'ecstasy, bien que relativement peu poursuivie en France (et je pense que ça doit être la même chose dans toute l'Europe... on n'amène pas des camions de gendarmes dans les "raves parties") est quand même une drogue illicite. Donc, là aussi il faut faire attention parce qu'on est dans une société qui devient tellement permissive, qu'on ne sait plus très bien quoi. C'est-à-dire que finalement, une fois pour toutes, il faudrait peut-être que les pouvoirs publics s'accordent et disent clairement ce qui est interdit et permis.

Michel Rosenzweig : On vous a fait venir pour vous entendre sur cette question et parce qu'il faut dire les choses. Avant de passer la parole à la salle, je voudrais rajouter une chose : quand le collectif de l'INSERM dit que les propriétés pharmacologiques de la MDMA font de cette molécule un produit toxique indépendamment de tout abus, c'est extrêmement lourd de conséquences, et ça a donné lieu à une "hystérie collective" assez pernicieuse.

C'est à partir de là qu'on a entendu dire que la MDMA était plus dangereuse que l'héroïne. Ce qui n'a pas beaucoup de sens.

Jean-Pierre Jacques : Je me présente, je suis médecin-directeur du Projet Lama, qui est un centre de prise en charge pour toxicomanes à Bruxelles, et également conseiller scientifique à Modus Vivendi. Je voulais effectivement discuter de cette question de la toxicité dépendante ou non de l'abus. Alors, pour fixer mes idées et peut-être aider d'autres à les fixer, en matière d'ecstasy uniquement (à supposer des produits purs, non contaminés par d'autres, d'autres adjuvants ou d'autres toxiques), il y a une toxicité aiguë démontrée, rare, mais parfois tragique. Et quand on dit rare, c'est de l'ordre de un sur quelques centaines de milliers de prises, en matière d'hyperthermie maligne, d'accidents de circulation, d'hépatites fulminantes, de coagulation intravasculaire disséminée, de rhabdomyolyse,.... La liste n'est pas complète mais on voit un peu de quoi il s'agit : des situations extrêmement rares, extrêmement graves, qui ne sont pas dépendantes de la dose qui a été prise mais qui peuvent par contre être largement dépendantes de facteurs environnementaux du type chaleur, foule, excitation, fatigue, susceptibilité individuelle. Et sur cet aspect-là, on pourrait dire que la phrase de l'INSERM : "*Produits toxiques indépendants de tout abus*" est exacte mais son interprétation est erronée puisqu'on oublie de préciser que par rapport au nombre de gens qui utilisent ce produit, le taux d'accidents est infime. Par contre, la dimension alarmiste peut se comprendre puisque, en tout cas pour les hépatites fulminantes et peut-être pour d'autres accidents aigus, on semble, pour le moment, ne pas disposer de dispositifs de prévention.

Pour l'hyperthermie, on pourrait dire aux gens : "*refroidissez-vous*". C'est la plaisanterie d'Ivy Pelc sur "*on the rocks*". Il y a d'autres précautions pratiques telles que : "*buvez, et allez vous aérer*". De ce côté-là, on pourrait dire qu'on dispose de techniques d'intervention en matière de réduction des risques ou de prévention. Par contre, on ne dispose pas pour le moment de tests prédictifs sur l'hépatite fulminante ou sur la coagulation intravasculaire disséminée.

D'autre part, l'autre aspect de toxicité, où on serait à mon avis en contradiction avec la phrase de l'INSERM, c'est la question de la neurotoxicité à long terme. Si j'ai bien saisi, et je voudrais avoir une confirmation de nos orateurs, si elle existe, puisqu'elle est toujours matière à discussion, cette neurotoxicité à long terme chez l'humain serait une dose dépendante de la quantité consommée, de la quantité totale prise par un individu sur une longue période. Elle serait aussi probablement influencée par la prise d'autres produits et par des facteurs environnementaux comme l'excitation et la chaleur. Et cette toxicité-là est liée non pas à la consommation du produit mais à son abus. Et l'on pourrait dire que dans une perspective de prévention inspirée par les concepts de la réduction des risques, la consigne donnée aux utilisateurs c'est : "*si vous utilisez de l'ecstasy, n'en prenez pas trop à la fois, pas trop longtemps et pas trop souvent*". Ce qui est finalement strictement ce

que l'on dit aux usagers d'alcool, produit licite.

Si tout ce que je viens de dire tient la route du point de vue des experts qui sont nos invités, dans ce cas-là l'interdiction légale de l'ecstasy devrait, soit entraîner l'interdiction légale de l'alcool, soit devrait être abrogée puisque l'on se trouve dans des paradigmes assez comparables.

Docteur Fromberg : Personnellement, je suis convaincu que la prohibition ne sert à rien, excepté à faire augmenter les risques des drogues. Il existe maintenant une étude qui n'est pas encore publiée officiellement, mais dont les résultats sont clairs. Elle a été réalisée par Frans Vonwyder, en Suisse. Il a donné de la MDMA pure avec un dosage, je crois, de l'ordre de quelques milligrammes par kilo à des gens qui n'avaient jamais pris de MDMA, puis il a soumis ces personnes à un petscan. Il a procédé en "double aveugle" en donnant soit de la MDMA, soit un placebo. Il a effectué un petscan durant les effets et puis encore deux semaines après. Il n'a vu aucune influence au niveau du fonctionnement sérotoninergique et par conséquent, il dit qu'il est possible de prendre une dose de MDMA sans effets nocifs. Mais il ne parle pas de ce qui se passe quand on en prend beaucoup, chaque week-end ou plusieurs jours par semaine. C'est exactement identique avec toutes les substances : il existe une différence entre une façon de consommer et une substance qui est dépendante du dosage. Naturellement, il existe des substances qui sont tellement toxiques que, même à doses très basses, on obtient des effets très nocifs. En ce qui concerne la MDMA quant à moi, il est clair que si on la prend d'une "façon sensible", dans les circonstances les plus favorables, avec un dosage bas, et si on ne le fait pas très fréquemment, on peut l'utiliser sans grandes conséquences au niveau des effets à long terme. On ne sait pas jusqu'à maintenant si quelqu'un est sensible à ces "effets aigus" (aigus) parce que, malheureusement, le mécanisme de ces effets d'hyperthermie est inconnu, idem pour les effets hépatiques. Cela ressemble à ce que j'ai développé concernant le syndrome neuroleptique malin : comment cela arrive-t-il ? On ne le sait pas. Et c'est bien parce qu'on ne réalise pas les recherches dont nous avons besoin mais on fait d'autres recherches qui, en général, sont moins utiles pour nous.

Professeur Roques : Je voudrais ajouter deux ou trois choses.

D'abord, vous n'avez pas parlé du problème de dépression. Et c'est vrai que chaque fois que je parle avec des psychiatres en France, ils me disent que ce qui les frappe finalement avec l'ecstasy, ce ne sont pas nécessairement des gens qui sont automatiquement contre (en tous les cas pas systématiquement), c'est que finalement dans leur clientèle, ils voient souvent des jeunes qui reviennent avec des problèmes de dépression. C'est-à-dire qu'après avoir consommé dans les "rave parties" relativement régulièrement, pas des quantités importantes mais assez fréquemment, ils ont quelquefois des effets rebonds où ils ne se sentent pas très bien, où ils sont un peu déprimés. Et c'est quelque chose qu'il ne faut peut-être pas négliger et dire.

Ensuite, vous avez dit quelque chose qui est parfaitement

vrai : les accidents avec l'ecstasy, pris de manière raisonnable, et même du reste pour les gens qui en prennent beaucoup, sont finalement relativement rares. Il y a un cas de décès sur 10.000, peut-être même pas. Mais vous avez fait la relation avec la dose. C'est vrai que si vous prenez deux cigarettes par jour pendant dix ans, il y a peu de chances que vous ayez un cancer. Evidemment, si vous fumez deux paquets, là c'est sûr que vous avez quand même de grosses chances. Et bien c'est pareil, il y a exactement le même genre de choses. C'est toujours la relation qui existe entre la dose et l'effet.

Maintenant, je voudrais terminer sur quelque chose d'important, me semble-t-il : la diffusion des drogues de synthèse. Parce qu'il faut bien voir que le véritable danger, demain, ce sont les drogues de synthèse. En effet, cultiver des champs de pavot, ce n'est pas facile (en plus, maintenant, avec les satellites, ils sont faciles à repérer). C'est pareil pour le cannabis (encore que le cannabis c'est moins rare et ça m'étonnerait qu'on l'interdise complètement) et pour la cocaïne (à cause du crack qui est quand même assez redoutable). Aussi, bien qu'il y ait des quantités de problèmes économiques pour toutes les drogues extraites de plantes, on peut imaginer qu'on va arrêter, ou en tout cas diminuer leur production. Pour les drogues de synthèse, ça m'étonnerait parce que le moindre petit chimiste qui loue un appartement en sous-sol peut produire une drogue de synthèse et il ne sait même pas ce que ça va donner. Et là, c'est l'humain qui est le cobaye, il fait l'essai directement. Ça m'a toujours inquiété. J'ai dit dans le rapport qu'il fallait faire très attention. Plus la molécule active sur le système nerveux central est facile à synthétiser par l'industrie pharmaceutique, plus il faut faire attention. Si elles sont simples comme les amphétamines, vous pouvez être sûr qu'il y a des petits malins qui vont essayer de les transformer et les vendre sur le marché parallèle. Et là il faut faire attention, parce qu'il ne faudrait pas que la consommation d'ecstasy, à la limite, finisse par permettre l'existence d'un marché parallèle redoutable, le marché des drogues de synthèse tous azimuts, qu'on mettrait en présence ou non de l'ecstasy, mais de préférence en sa présence, puisqu'on dirait que pour l'ecstasy il n'y a pas de problème. Cela m'a toujours fait un peu peur.

Docteur Fromberg : C'est le développement qui est surtout influencé par la prohibition. Ainsi, pour la MDMA, c'est clairement le résultat du changement du marché, du moins en Hollande. Je pense que c'est le reflet aussi des autres pays européens. C'est l'interdiction de la MDMA qui avait créé une demande des gens pour d'autres substances de synthèse. Et c'est vrai que quand on interdit certaines substances, on en cherche d'autres. Cependant, ce que le consommateur exige, enfin je crois, c'est la MDMA et pas toutes ces autres substances, vu que pour toutes ces autres substances légales, ou illégales, les effets sont trop compliqués, les risques sont trop grands, etc. Le consommateur veut avoir de la MDMA, et c'est l'interdiction qui pousse des gens à produire du nouveau, du nouveau et encore du nouveau, avec le grand risque qu'un jour, la substance construite soit vraiment très dangereuse. C'est un grand risque et c'est pour cela, je

pense, qu'il faut créer un système dans lequel on peut obtenir ces substances de façon légale pour éviter que des gens ne produisent des substances qu'on ne connaît pas du tout.

Professeur Roques : C'est le grand débat ça ! Moi, je ne suis pas médecin, mais c'est vrai que ça pose un problème. Le serment d'Hippocrate en prend un coup, qu'on le veuille ou non, parce que là vous mettez à la disposition du public une substance dont on n'est pas parfaitement sûr qu'à longue échéance elle ne donne pas des problèmes. Pour l'ecstasy, il reste un doute, et un doute à longue échéance. Et si j'étais totalement persuadé que l'ecstasy n'a que des effets bénéfiques, est "une drogue sans risque", alors dans ce cas-là on tombe toujours dans le même problème. On peut aussi acheter des barbituriques, etc, et je ne suis pas très sûr que la permissivité soit le désir de la jeunesse. Pour moi, l'interdit fait partie du plaisir : si vous permettez tout, je ne suis pas sûr que ça va attirer les jeunes, à mon avis ils vont chercher autre chose très rapidement.

Docteur Fromberg : De toute façon, la prohibition est un moyen, et pas un but.

Professeur Roques : C'est vrai.

Dan Vélé : Alain Ehrenberg a créé, peut-être le premier, le thème de société des inhibitions et du culte de la performance. On le voit actuellement avec les jeunes qui consomment de l'ecstasy, ils sont à la recherche de quelque chose. On a vu que chaque fois qu'il y a eu prohibition, se développait un marché parallèle.

Mais je voudrais aborder la question de l'"instinct du toxicomane". Dans le cadre des entretiens que j'ai eu avec eux, je conçois ce concept comme relié à une échelle de recherche de sensations qu'on connaît depuis les années 60. Le toxicomane cherche quelque chose, il a l'instinct du chasseur, la quête du produit, la quête des nouveautés, ... mais aussi des inhibitions (par exemple, certains étaient opposés au projet d'héroïne légalisée en France). C'est la question de l'interdit aussi, c'est toute cette notion de transgression. Mais ce n'est pas vraiment le sujet qui nous préoccupe.

Par rapport au développement des produits de synthèse, on assiste actuellement à l'arrivée des produits, des drogues à la carte. Et ça, on le voit, l'industrie pharmaceutique "pousse par derrière" : le Prosac aux actions quand même similaires au niveau de la sérotonine, les benzodiazépines qui sont développées partout, et pas seulement le Rohypnol, toutes ces molécules de plus en plus performantes.

Récemment, lors d'un entretien avec un médecin français installé au Pérou qui utilise l'ayahuasca, j'ai appris que les laboratoires, eux-aussi, s'intéressent à cette substance dans le cadre du sevrage des toxicomanes mais aussi au niveau de ses pouvoirs hallucinogènes. Ils s'intéressent à cette molécule-là, ils veulent la "récupérer" pour la mettre sur le marché sans le côté chamanique, sans le côté initiation et thérapeutique réel. Au niveau de l'ecstasy, on la présentait comme la pilule de l'amour, même s'il faut savoir qu'au niveau du pouvoir aphrodisiaque, si on est honnête,

c'est de l'ordre de cinq à dix minutes. Et maintenant, on a l'arrivée d'un vrai produit aphrodisiaque, pas le Viagra parce que ça c'est un autre produit, mais le 2CB, un produit de la famille des phényléthylamines, qui a un réel pouvoir aphrodisiaque et qu'on trouve dans les "smart shops". Ainsi, on voit que des produits conçus par des chimistes de génie qui développent la molécule à la carte rentrent dans des micro-trafic et on ne peut plus contrôler, on ne sait plus ce que c'est le marché parallèle. Et ça c'est un peu inquiétant. Parce que, si en tant qu'adulte, à la limite, je dois prendre du 2CB pour avoir des érections à gogo, c'est mon problème mais que fait-on en ce qui concerne les jeunes qui vont prendre ça, à leur insu, en mélange et qui sont un peu démunis ? J'ai mon cabinet de consultation dans une cité, et je constate que les gens sont en demande constante de produits nouveaux. J'ai parlé de 2CB mais il y en a d'autres : le MBDB qui a une action "ecstasy like" et tous ces produits de type hallucinogènes de synthèse. On sait très bien qu'un chimiste, avec des outils de rien du tout, peut vraiment produire la molécule qu'il désire, en remplaçant tel groupe chimique par tel groupe chimique. Donc, c'est peut-être à ce niveau-là qu'il faut s'inquiéter, mais sans tomber dans l'esprit panique, alarmiste pour le futur. Il y a dix ans, à Paris, on disait : *"Le crack arrive en France et ça va être la déferlante totale. Le SAMU est au bord de la crise d'hystérie panique"*. Bien qu'on n'ait jamais vu quoi que ce soit de ce genre-là, le crack se développe quand même.

Je pense que c'est la diversification des produits qui doit nous inquiéter et il faut savoir comment réagir.

Docteur Fromberg : nous sommes concernés par l'usage de ces substances chez les jeunes, mais c'est comparable à notre inquiétude à leur participation à la circulation routière. Je me rappelle, quand ma fille était petite et a dû se rendre pour la première fois à l'école en bicyclette, les précautions que nous avons prises. Notre gouvernement a aussi mis en place des précautions : des pistes cyclables, des policiers se sont rendus dans les écoles pour expliquer les règles de circulation et tous les signaux routiers, il y a un bon éclairage, des feux... De mon côté, j'ai fait la route je ne sais combien de fois. Enfin j'ai contrôlé le soir la bicyclette plus de dix fois pour être sûr que tout fonctionnait. Et quand bien même, j'avais cette crainte majeure : *"Qu'est-ce qui va se passer ?"*

Quand nous discutons des drogues qui sont présentes dans le monde depuis que l'humanité existe, quelles précautions mettons-nous en avant ? En général, un policier passe à l'école. Il dit : *"Non, n'en utilisez pas"*. Et ensuite ces enfants regardent leurs parents utiliser des substances. Et on se rend compte que dans ce cadre, la route n'existe pas, et si quelque chose ressemble à une route, le gouvernement prend soin de n'avoir pas d'éclairage, pas de signaux, ... De plus, la bicyclette est délivrée par la mafia. Dans cette situation, si nous pensons : *"Ca ce sont toutes les précautions que nous avons dû prendre pour protéger nos enfants"*, c'est clairement du non-sens. C'est pour cela que moi, je demande un système légal qui nous rende capable de vraiment avoir une influence ce qui se passe, même s'il y aura toujours des gens qui sont incapables de vivre une telle situation. Car ces gens existent maintenant aussi et ça ne donne pas de différences. L'effet de notre système actuel, c'est d'augmenter les risques de toutes les façons possibles, nous

sommes incapables de créer un monde parfait où existent des substances sans risques. La vie implique des risques.

Dan Véléa : Oui mais justement, ne sommes-nous pas en train de nous voiler la face avec cette société à risque zéro ? On la cherche depuis je ne sais pas combien de temps. Pour les conduites à risques actuellement, à part peut-être le film "Crash" où les gens ont envie de s'éclater complètement, mais pour le saut en parachute, ou le saut en élastique, il n'y a aucun risque à l'heure actuelle, on les présente vraiment comme des conduites réellement à risques, et on compare avec les toxicomanes, les décharges d'endorphine et tout le reste. Mais est-ce que, avec ce discours-là, on ne risque pas de donner des arguments aux gens qui prétendent que la société doit être comme ça, cadrée de cette manière, et de cette manière-là seulement.

Je suis inquiet au sujet d'une production éventuelle, ou d'un développement des produits qui vont arriver parce que les gens sont en recherche de sensations. Et le 21ème siècle ça va être ça : des nouveaux produits, et encore des nouveaux produits ! Donc, il faut s'interroger sur la manière de préparer les jeunes à gérer ça, et voir comment nous, on se prépare à affronter ça.

Docteur Fromberg : Il est possible que dans quelques années, on n'ait plus besoin de substances chimiques pour influencer le cerveau. On pourra probablement avoir recours à une technique électronique ou quelque chose du même ordre. Quand on voit ce que permettent les réalités virtuelles, je suis convaincu que dans quelques années, la chimie ne sera pas la méthode préférée pour s'influencer.

Isy Pelc : Je voudrais revenir sur la discussion de tout à l'heure. On ne va pas reprendre le débat sur la prohibition, la légalisation, les avantages et les inconvénients, c'est compliqué je crois, comme le dit tout le monde. Le seul constat effectivement, c'est que quand on dit : "Il y a des problèmes dans ce domaine-là", alors on interdit. Il y a le pouvoir judiciaire qui intervient. On pourrait dire : "Il y a des problèmes et on étudie les problèmes". Or, on voit que les moyens qu'on a à disposition pour remédier aux problèmes sont ridicules.

Dans d'autres domaines, on dit : "Il y a des gens qui ont un taux élevé de cholestérol". Que je sache, les aliments gras ne sont interdits dans aucuns pays.



Pourtant, au niveau des produits, des autres substances, on n'a pas la même attitude.

Je voudrais attirer l'attention sur le fait au niveau scientifique. Je crois qu'il y a un problème épistémologique actuellement, de science et de traduction vers la société parce que quand on dit : "C'est toxique", chacun l'interprète comme il veut et en fonction de ce qu'il a envie de dire par ailleurs. Donc il travestit la vérité, quand on dit *toxique*, on devrait pouvoir dire c'est toxique, ça veut dire telle ou telle chose, et puis une page, une page de trucs, dans telles conditions, dans tels trucs, dans tels machins etc, etc, etc. Moi je suggérerais de rencontrer des jeunes qui ont envie de prendre de la MDMA et puis d'autres qui n'ont pas envie d'en prendre. Et je suis persuadé qu'il y aurait des différences quelque part parce que si on se contente de prendre au hasard, aléatoirement, des groupes témoins, on applique des règles qui n'ont rien à voir avec la tension, avec ce qu'on attend du produit, la préparation psychique et tout ce qui se passe, et qui fait "qu'on se met en condition de". Donc on applique dans ces domaines-là (et tout est à faire) des règles de la médecine et de la science qui n'ont rien à faire avec le comportement humain, où on se met en condition.

Quand vous dites, Monsieur Roques, que des psychiatres voient des gens qui viennent leur raconter qu'ils sont déprimés parce qu'ils ont pris régulièrement de la MDMA, oui c'est vrai, j'en vois aussi, mais nous ne voyons pas tous les autres qui ont pris de la MDMA et qui ne sont pas déprimés puisqu'ils ne viennent pas nous consulter. On ne les voit pas, ceux-là, et il y en a certainement beaucoup plus que ceux qui consultent.

Pour revenir à la métaphore de la voiture, tout le monde ne peut pas conduire une voiture, on ne peut pas conduire en-dessous d'un certain âge, il faut un permis de conduire, on fait un apprentissage et certains n'obtiennent pas leur permis parce qu'ils n'apprennent pas à conduire correctement et qu'ils sont trop dangereux. Et puis enfin, il y a toute une série de règles sociales : il y a des panneaux, il y a des limitations de vitesse : vous ne pouvez pas faire 250 km/h, bien qu'on fabrique des voitures qui atteignent cette vitesse et qu'on peut les acheter. Donc, il y a des modèles de contrôle. Et quand on parle de toxicité pour ces produits de synthèse, j'aimerais que l'on puisse dire : "C'est toxique et pas toxique", et c'est "retoxique", et dans quelles conditions. Qu'on puisse dire, par exemple, que ceux qui sont anxieux et déprimés ne devraient jamais en prendre et qu'ils aillent voir d'abord quelqu'un pour voir si c'est bon ou pas bon pour eux.

Michel Rosenzweig : La question qui est posée là, et qui est posée depuis une demi-heure, c'est la question de la réglementation de l'usage et des substances, et en filigrane la question très délicate de la frontière très mince entre usage récréatif et usage médical... C'est un peu ça le débat. C'est pour pouvoir rendre compte de la notion de toxicité qu'on a fait venir nos experts. Et c'est bien ça un des problèmes, en prévention notamment.

Jean-Pierre Jacques : Je suis tout à fait d'accord avec Isy Pelc sur le fait que dans la foulée des recherches de votre

collègue suisse, une recherche sur les sujets qui ont une appétence pour tels produits par rapport à d'autres qui ne l'ont pas permettrait peut-être de distinguer des effets tout à fait observables, notamment au Pelscan.

Professeur Roques : Vous connaissez l'histoire de l'alcool avec la boisson qui est colorée en rouge... Rien que la vue de cette boisson rouge qui ressemble à de l'alcool produit le plaisir, une espèce de réflexe pavlovien qui montre bien à quel point on est extrêmement impressionné par le plaisir que peut, bien entendu, apporter la drogue. La dépendance, c'est ça. C'est effectivement l'appréhension du plaisir qu'on va avoir, et l'appétence qui pousse effectivement à le rechercher, parce qu'effectivement, il y a une espèce de sensibilité. Si cette expérience était à refaire, je me demande ce que dirait Monsieur Ricaurte s'il connaissait le résultat. Ça m'amuserait de les voir ensemble.

Docteur Fromberg : Un autre exemple est de changer la couleur de la méthadone donnée à nos héroïnomanes. Un jour, le 1er avril, jour où l'on fait des blagues, nous avons changé les couleurs. Et ils ont vraiment pensé que ça ne contenait pas de méthadone, ça ne faisait aucun effet. C'est clairement un phénomène d'attribution, ce qui est démontré dans un article, publié en 43 dans le "Quartely Journal of alcohol", d'une ethnographe allemande qui a étudié les effets de l'alcool parmi les tribus sud-américaines. Elle a décrit clairement que les effets de l'alcool étaient plus influencés par les attributions quant à ces effets au niveau culturel qu'à l'alcool lui-même. Certaines tribus ont eu une même attribution que celle que nous avons, celle que l'alcool active le côté "masculin", pour ne pas dire macho, agressif, etc. Mais il y en avait d'autres, où les effets de l'alcool étaient de devenir contemplatifs, décontractés, calmes, etc.

Tous ces effets des drogues et ces propriétés, ont une dimension très importante d'attribution, et c'est pour cela que nous attribuons certains effets à certaines drogues qui n'ont presque aucune relation claire avec les mécanismes au niveau moléculaire.

La salle : Je voulais revenir également sur la question de la fête. Il y a un trouble-fête. J'ai pris note exactement de ce que vous avez dit : "où est le plaisir si vous n'êtes plus vous-même ? C'est le plaisir de soi qui est fantastique". Si on prend ces deux énoncés qui sont de bon sens et qu'on les rapporte à la clinique, qu'est-ce qu'on peut en dire ? Que le plaisir consiste à ne plus être soi-même. Dans l'orgasme du rapport sexuel, qui est le plaisir disons le plus licite dans notre société actuelle, le moment de l'orgasme est le moment où on est dépossédé de soi, et où effectivement, le sommet du plaisir c'est cette dépossession.

Plus trivialement, les fêtes qui nous attendent le 24 et le 31 décembre sont des fêtes où nous allons prendre des produits qui vont un peu ou beaucoup nous déposséder de nous-mêmes et il ne nous paraît pas, dans notre culture, recevable de faire la fête sans champagne.

Par rapport aux collègues qui disaient que l'on a maintenant des produits à la carte, on les a toujours eus.

Pour une relation de travail ou pour une négociation de contrat dans une négociation commerciale, on utilise tel vin. Par contre sur un chantier, on va plutôt utiliser de la bière, parce qu'on transpire beaucoup et qu'on a besoin de s'hydrater, du moins on croit avoir besoin de s'hydrater beaucoup. Et enfin, pour la fête, ce sera plutôt du champagne. Et dans l'après-fête, ce sera plutôt du cognac. Il y a avec le même produit alcool, en fonction de sa concentration, de son taux de sucre, des adjuvants, du contexte dans lequel on le prend et du "mot", des attributions comme disait le Professeur Fromberg. Il y a déjà un "à la carte", phénoménal, qui est exploité depuis très longtemps, on n'invente rien de nouveau avec les drogues de synthèse, simplement on surprend les vieux adultes que nous sommes avec de nouvelles façons de le dire.

Quant à dire que c'est le plaisir du soi qui est fantastique ? Le plaisir du soi est fantastique quand de soi on peut être satisfait. Probablement que pour un certain nombre d'usagers des produits en général, et peut-être des abuseurs d'ecstasy en particulier, de soi on n'est pas suffisamment satisfait, et il est indispensable d'aller chercher une prothèse, un renfort et de la consommation en groupe, qui vient consolider la consommation individuelle et du produit lui-même. Le déficit d'estime de soi, dont votre rapport fait d'ailleurs largement part, est un critère essentiel dans le mode de la consommation et dans les attentes au niveau de la consommation. Et puisque nous ne disposons pas, ni en prévention, ni en médecine curative, de traitement rapide, efficace et inoffensif du déficit d'estime de soi, et que la société n'a pas encore trouvé de remède non plus, il est légitime que les jeunes cherchent à leur façon de quoi résoudre cette difficulté avec l'estime de soi. Et qualifier cela d'instinct de chasseur ou d'instinct de toxicomane me paraît être une erreur conceptuelle tout à fait tragique.

La salle : Dans la société et pour probablement très longtemps encore, la consommation de produits qui visent à remédier à des déficits d'estime de soi, à des déficits de la relation, donc les désinhibants, ont encore des siècles d'avenir devant eux, qu'ils soient chimiques ou non d'ailleurs. Je suis d'accord avec vous quand vous dites qu'il y aura d'autres techniques d'altération de la conscience. Mais du côté de l'altération de la conscience, l'état amoureux est une altération violente de la conscience, un changement.

Professeur Roques : La France est un pays qui se caractérise par une consommation absolument horrible de tranquillisants. Et ça rejoint tout à fait ce que vous dites. C'est quand même assez curieux. Pourquoi faut-il que dans des pays qui sont réputés dans le monde entier comme des pays finalement agréables, où la vie est plutôt agréable par rapport à beaucoup d'autres pays, pourquoi faut-il qu'il y ait tant de consommation ? Je ne suis pas sociologue, mais il y a là un problème dont il me paraît très important de discuter.

Introduction

Deuxième partie

Martine Dal¹

Après cette série d'échanges sur les degrés de toxicité de la MDMA et des drogues de synthèse, nous allons travailler une question complexe qui est :

"Comment développer des actions de prévention et de réduction des risques qui soient en adéquation avec les réalités vécues par les usagers de ces substances?"

Mais avant de laisser la parole aux Professeurs Parquet et Cohen, je voudrais d'une part **situer très brièvement le cadre général dans lequel s'inscrivent les démarches de prévention et de réduction des risques propres à nos trois institutions : Infor-Drogues, Modus Vivendi et Prospective Jeunesse.**

Et d'autre part, à partir de ce cadre, **rappeler l'enjeu pour nous de mieux cerner non seulement les données scientifiques les plus récentes mais également les effets de l'environnement idéologique et des représentations des usagers et des non-usagers** (j'entends par là les individus et les collectivités) dont, notamment, nous tous ici présents.

- De la prévention des risques aux risques de la prévention sous-tend bien ce qui relie les démarches propres à nos trois institutions.

Puisque "risque" il y a, pourquoi n'allons-nous pas au "front" prêcher la bonne parole auprès des jeunes dans les raves et les mega dancings, par exemple (sous peine de risquer le piège de la "prévention-manie") ? Pourquoi nous questionnons-nous avec vous sur "pourquoi intervenir et comment ?

Je m'explique : nous travaillons dans une perspective de promotion de la santé, ce qui constitue pour nous une référence éthique commune et permet de circonscrire nos champs d'interventions.

- Une référence éthique commune.
Car "la promotion de la santé" laisse ouverte la

question du sens de la vie, elle a sa raison d'être non pas dans une savante conception de la santé mais laisse place à des projets d'existence, individuels et collectifs, incluant éventuellement une part de risques (en cela, elle s'oppose à réduire l'existence à une lutte contre les risques). Cela implique une certaine relativité de la notion de "risque" et donc une remise en question de la notion de santé.

Par opposition aux quatre grandes tendances dans les programmes de prévention, nos démarches ne s'inscrivent ni dans le dépistage ni dans la référence **unique** à la Loi "Dites non à la drogue", ni l'aide dans le contrôle (qui inculque les bons comportements sans distinguer usage et abus) mais bien dans un cadre de promotion de la santé et de réduction des risques, tenant compte du respect et du choix de l'individu, de sa responsabilisation, de son cadre de vie, cela en réaction au mythe d'une sécurité absolue.



Ce cadre de référence commun n'empêche pas des spécificités propres à chacune de nos institutions,

1. Directrice de Prospective Jeunesse.

spécificités qui nous permettent d'enrichir la réflexion par des complémentarités et des synergies comme aujourd'hui sous le label "Eurotox".

J'en viens à l'enjeu pour nous, vis-à-vis des questions qui nous préoccupent aujourd'hui, qui est de les approcher, non pas seulement en référence à la neurobiologie et à la pharmacologie, mais également en tenant compte des choix des individus et de la société.

S'il est important de tenir compte des connaissances les plus actuelles sur les degrés de dangerosité des drogues de synthèse, il est tout aussi important de tenir compte des "représentations" que l'individu et la société ont de ce phénomène et des contextes socio-culturels.

Nous arrivons aux points de convergence entre science et vision sociale, condition pour, par exemple, pouvoir questionner la consommation de drogues de synthèse dans sa dimension culturelle et environnementale. Comment comprendre la possible promotion de masse de produits légaux pour être "performant", et/ou soigner une douleur, et/ou avoir du plaisir "positif" (ludique, récréatif, hédonique), face à des produits illégaux plus ou moins dangereux suivant ce qu'ils sont et dont la consommation, pour certains, fait partie de la vie récréative et se situe dans une culture de performance ou concernant la pratique des tests de comprimés, malgré des divergences d'avis, nous nous posons des questions de fond (déjà soulevées par P. Bastin ce matin), l'objectif étant de pouvoir adresser des messages crédibles et rigoureux aux jeunes.

Mais nos collègues Catherine Van Huyck et Patrick Ceusters relayeront ces questions vers vous après avoir entendu nos deux experts de cet après-midi, car nous avons à apprendre de ce qui se fait chez nos voisins français et hollandais.

Présentation des deux experts, Messieurs Parquet et Cohen

Monsieur Parquet, vous êtes Chef de service de la Clinique de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au Centre hospitalier régional universitaire de Lille. Vous êtes également président du Groupement régional d'alcoologie Nord Pas-de-Calais.

Vous avez présidé l'Intercommission sur les consommations normales et pathologiques à l'INSERM. Vous

êtes aussi chargé de mission à la Direction générale de la santé et à la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT).

Vous êtes l'auteur de plusieurs rapports, dont celui intitulé *"Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives"*.

Vous avez contribué à modifier la perception de l'alcoolisme et des toxicomanies, recentrant la problématique sur les comportements de consommation de substances psychoactives, et avez introduit le concept de l'addiction. La politique française, à cet égard, s'est inspirée de cette nouvelle conceptualisation.

Monsieur Cohen, quant à vous, vous êtes Docteur en Sociologie à la Faculté des Sciences de l'espace, Unité d'enseignement géographie sociale à l'Université d'Amsterdam.

Vos recherches concernent non seulement l'aspect épidémiologique (combien d'habitants de cette ville consomment quelles drogues ?), mais aussi la consommation d'une seule drogue.

C'est ainsi que vous avez mené, entre 1986 et 1994, des recherches concernant les consommateurs de cocaïne.

Vous vous êtes aussi intéressé aux consommateurs d'héroïne et vous effectuez des recherches dans trois villes des Pays-Bas concernant les pratiques en matière de consommation de cannabis. Vous vous occupez par ailleurs de la politique en matière de drogues et vous menez une étude sur le sujet.



... Et leurs effets sur les pratiques de prévention.

Orateurs : Professeur COHEN et Professeur PARQUET

Professeur Cohen : Avant de parler de la prévention et de la politique de la drogue qui, pour moi, sont simplement un outil social pour construire des valeurs et pour construire une dominance de valeurs, on va questionner les phénomènes dont on parle quand on parle d'"usage de drogues". Parce que je ne suis pas seulement un sociologue et un chercheur sur le système de contrôle des drogues, mais aussi un chercheur en épidémiologie, je voudrais vous donner quelques données sur l'usage des drogues en Hollande. Car, pour beaucoup d'entre-vous, ces faits sur l'usage et la consommation de drogues en Hollande ne sont pas très connus.

Pour commencer, je vais vous donner quelques données. En Hollande, dans un système de politique de drogues dans lequel l'usage individuel n'est plus poursuivi depuis vingt, vingt-cinq ans, on peut constater quelque chose de très intéressant.

A partir des données de recherches nationales sur l'usage de drogues au Pays-Bas et aux Etats-Unis, on constate que, dans un système où l'accès au cannabis est totalement libre, dans un groupe d'âge de 12 à 17 ans, l'usage est presque de 14% en Hollande alors qu'aux Etats-Unis il est de 19%. Dans un groupe d'âge de 18 à 25 ans, c'est 32% contre 42%.

Donc, on ne peut pas dire que, dans un système d'accès totalement libre au cannabis, l'usage de celui-ci augmente. L'usage est déterminé par une très vaste gamme de variables que nous ne connaissons pas tout à fait. Mais la disponibilité du produit est seulement une variable parmi d'autres.

Pour la cocaïne, les différences sont encore plus grandes. Dans un groupe d'âge de 12 à 17 ans, c'est 1% en Hollande et 3% aux Etats-Unis. Pour un groupe de 18 à 25 ans, c'est 4% contre 9%.

Pour l'amphétamine, entre 12 et 17 ans, la consommation est plus élevée en Hollande qu'aux USA. Pour le groupe de 18 à 25 ans, il y a peu de différence.

Mais dans les deux pays, l'usage de l'héroïne est beaucoup moins important que celui du cannabis. On peut dire que dans les deux pays, l'héroïne n'est pas à la mode.

Selon moi, il faut toujours comparer les données épidémiologiques avec d'autres parce qu'en elles-mêmes elles ne veulent pas dire grand chose.

La situation en Hollande est très différente entre les villes,

mais aussi entre les municipalités d'une densité de population différente.

Par exemple, à Amsterdam, l'usage du cannabis au cours de la vie est de presque 37%. Mais à Rotterdam, qui est une ville un peu moins grande qu'Amsterdam, l'usage est de 19%, c'est-à-dire quasi la moitié. Il est de 20% pour La Haye. On peut donc dire qu'Amsterdam est vraiment "la capitale" pour les drogues illicites ! Le chiffre national de cannabis est de 15,6% alors que le chiffre pour Amsterdam est presque deux fois plus élevé ! Pour la cocaïne, les différences sont aussi très vastes : 9,4% pour Amsterdam et 13,4% pour Rotterdam, tandis que le chiffre national est de 2,1%. Cela montre qu'on ne peut pas dire que l'usage de drogues en Hollande est tel ou tel, mais qu'il y a beaucoup de différences dans le pays.



Maintenant, on va étudier quelques données relatives à Amsterdam, "capitale hollandaise de la drogue".

Pour vous montrer l'évolution dans l'usage de drogues, nous avons fait des relevés de 1987 à 1997. Et, encore une fois, en 2000, on peut constater que l'usage du cannabis augmente de presque 1,1% par an. Cette augmentation est très stable.

Il en va de même pour la cocaïne. L'augmentation pour la cocaïne est de 0,4% par an, ce qui signifie un lent accroissement.

Concernant les amphétamines, la situation est stable.

Pour l'ecstasy, ce n'est pas stable, parce que l'ecstasy est une drogue à la mode relativement récente. L'usage dans la vie augmente de 1,3% jusqu'à 6,9% sept ans après. Mais on peut dire que l'usage de l'ecstasy n'est pas un phénomène de grande masse. Il y a encore une très grande majorité de la population qui a choisi de ne pas la consommer.

Pour l'héroïne, la situation est très différente : moins de 2% de la population l'a essayée et l'usage ces derniers mois est incroyablement bas.

Pour le cannabis, la fréquence d'usage au cours de la vie est très variable. Seule une petite proportion des gens consomme du cannabis au moins une fois par an.

C'est intéressant de rappeler qu'il y a des indicateurs qu'on peut calculer. Par exemple, l'âge moyen de début de consommation de cannabis à Amsterdam est très stable. Dans toutes nos mesures, l'âge moyen est de 20,2 ans pour le cannabis, de 24 ans pour la cocaïne et de 23 ans pour l'ecstasy. Ces indicateurs sont très stationnaires. La stabilité est la même pour, par exemple, la proportion de tous les usagers qui ont consommé 25 fois ou plus : pour le cannabis c'est 22% (incroyablement stable) durant toutes ces années, et pour la cocaïne c'est 10%. Alors, même dans une situation d'augmentation de prévalence, ces indicateurs d'usage et de culture d'usage sont très stables.

Et pour finir, voici un résultat de nos études des carrières de consommateurs de cocaïne et de cannabis.

Nous avons partagé la carrière d'usage dans la première année : usage irrégulier, usage plus fréquent, usage trois mois avant l'interview.

On peut voir que ça varie énormément. Par exemple, la proportion de consommateurs qui sont usagers d'une "manière basse" est presque de 90% ; Pour l'usage plus régulier, ça baisse jusqu'à 50% ; Et on trouve 63% dans les trois mois avant l'interview.

On peut aussi voir qu'après cinq ans, presque 30% ont quitté l'usage de cocaïne, l'usage haut de cocaïne change de 2% dans la première année à presque 20% dans la période d'usage plus lourd et retourne à 3% après cinq ans.

Pour le cannabis, on voit presque exactement le même processus. Nous avons défini l'usage haut à plus de 10 grammes par mois de cannabis. Alors c'est 11% en usage irrégulier, c'est 11% dans les trois mois antérieurs à l'interview, mais c'est 35% dans la période d'usage plus lourd.

On peut voir aussi qu'il y a des gens qui ne changent jamais de niveau d'usage, mais il y en a beaucoup qui changent, qui vont à une cime et retournent plus bas. Parce qu'il n'y a presque personne qui trouve agréable de continuer l'usage à un niveau haut.

C'était une petite introduction chiffrée.

Maintenant, parlons du problème de la prévention.

Je vous ai montré que la plupart des gens ont leurs propres

aventures avec ces substances psychotropes et que la plus grande majorité utilise ces substances d'une manière très comparable à celle de l'alcool : on intègre l'usage à la vie quotidienne, on apprend très vite les plaisirs d'une substance et le moment où le plaisir s'arrête (qui n'est pas le même pour tout le monde). Tous les utilisateurs de substances psychotropes ont leur propre histoire dans la vie et ont leur propre insertion de la substance dans leur vie.

Nos études épidémiologiques et celles d'autres pays ont montré que soit les gens arrêtent leur consommation tout à fait, soit ils continuent à un niveau de consommation qui est relativement bas. L'usage continu à un niveau très haut (qui peut être nocif et antisocial) est un phénomène assez rare. Alors, une question intéressante se pose : pourquoi une telle inquiétude sur l'usage de drogues aujourd'hui ?

Pourquoi avoir choisi le champ des drogues comme champ problématique ? Il y a trente ans, c'était le champ de la sexualité qui tenait ce rôle. Toute société a besoin d'un système d'outils pour construire les valeurs partagées, les valeurs collectives.



La sélection d'un champ dans lequel cette construction de valeurs est faite est peut-être arbitraire ! Je dis "peut-être" parce que je n'en suis pas sûr. Je crois que dans notre culture un peu protestante, un peu capitaliste il est nécessaire de donner une image de la vie bonne, de la vie vertueuse qui est très centrée sur la valeur du travail, la régularité, le contrôle. Et peut-être que ces valeurs peuvent être mieux montrées dans le champ de la sexualité ou des drogues (où l'excès est facile) que dans les autres champs. Nos organisations de prévention et notre philosophie de prévention ne sont donc pas vraiment des démarches pour prévenir les dommages, parce que nos moyens de prévention sont presque inexistantes, mais elles sont en vérité des "philosophies de valeurs". Et pour distribuer les idées des valeurs centrales, on choisit un certain champ et dans ce champ on fait cette construction de valeurs. Je pense que nous pousserons plus loin la réflexion lors du débat.

Professeur Parquet : Ce qui vient d'être dit par Monsieur Cohen me semble fort pertinent.

Si l'on est du côté de l'Etat, on va dire que l'Etat se donne comme mission d'aider et de protéger l'ensemble des citoyens, et que par voie de conséquences, l'Etat se penche vers le citoyen, pense que le citoyen est fort peu compétent, et donc tout naturellement, l'Etat propose aux citoyens de quoi penser, de quoi vivre, de quoi se cultiver et de quoi créer. Par voie de conséquence, l'Etat se considère comme omnipotent.

Et puis, si l'on est d'un autre côté, on va se situer dans une stratégie des valeurs, cela a été excellemment dit. Et en particulier, puisque l'on va passer de l'Etat aux valeurs, nous avons en France trois valeurs fortes: "Liberté, égalité, fraternité".

C'est au nom de la liberté, de l'égalité, de la fraternité, qu'un certain nombre d'actions sont menées, c'est tout au moins sur ces fondements-là que sont énoncés les principes des lois des organisations sociales.

Et puis si l'on a une autre manière de concevoir les choses, c'est au nom de l'ensemble des valeurs, l'ensemble des vertus que l'on va essayer de proposer aux citoyens et citoyennes, à l'homme ou à la femme, un certain nombre de projets de vie, que l'on va orchestrer, et ceci va donner à la fois les différents cadres de la vie politique, les différents cadres de la vie religieuse, les grands cadres de la vie citoyenne. A partir du moment où nous pensons que nous avons la nécessité d'avoir le souci de l'autre, à partir du moment où nous pensons que notre action a un impact sur la vie de l'autre, à partir de ce moment-là, nous avons à penser ce qu'il en est de l'énonciation, soit dans nos paroles, soit dans nos écrits, soit dans nos actes, de ce que nous croyons, nous pensons et nous vivons. Et de voir l'effet que cela fait. Je crois que néanmoins, il ne faut pas se leurrer.

Sartre disait : *"Nous sommes ce que nous avons fait et ce que l'on a fait de nous"*. Quand on n'est pas Sartre, on dit que ce qu'on vous propose, on le met à sa sauce, on en prend et on en laisse, et on se construit en tant que personne.

Et en tant que personne originale. Ce qui fait que l'on va avoir d'une part ce souci de l'autre qui au nom de telle ou telle philosophie, au nom de telle ou telle problématique, au nom de telle ou telle dialectique, va offrir à l'autre et à l'ensemble de la population, entre guillemets, quelque chose. Et en même temps on va penser que c'est l'autre qui va s'approprier, transformer, métaboliser, et que, en définitive, c'est le citoyen, la citoyenne, c'est l'homme, la femme qui sont responsables de ce qu'ils sont. On va se trouver donc devant une démarche qui va être une démarche relativement protectrice, un peu dans le style d'un guide, et de l'autre côté penser que le citoyen, la citoyenne est parfaitement capable de tracer son chemin seul.

Et l'on va se trouver là dans un conflit qui va marquer toutes les actions des gouvernements, toutes les actions des

groupes de pression et qui va donner une tournure très particulière à la vie.

Je pense que vous l'avez dit Monsieur, en fonction des pays, il est des éléments culturels importants. Et si vous l'avez fait, si vous avez évoqué le protestantisme, je dirais - avec Alain Perfitte qui nous a quittés il y a quelque temps et qui avait bien montré cela de manière un petit peu ostentatoire - qu'il y a une civilisation de masse dans laquelle le sujet est au centre du débat, il est l'acteur de sa vie et l'acteur d'une société dont les valeurs sont révélées et incarnées avec d'un côté la conscience de l'obligation de travailler sur soi et d'être capable de le faire et de l'autre l'obligation d'en rendre compte. C'est formidablement important.

De l'autre côté, il suffit de décliner un modèle qui vous est proposé, et vous avez à l'accepter, auquel cas vous êtes conforme au modèle, et donc moralement bien, ou vous ne l'acceptez pas, et à ce moment-là, vous êtes non conforme au modèle. Et par voie de conséquence vous n'êtes pas bien. Et du coup, une appréciation morale, immédiatement se met en place.

De plus, si on envoie cette opposition, on se rend compte qu'il y a, pour les mettre en avant, toute une série de stratégies. Et que ces stratégies sont choisies à dessein, ou si elles sont choisies comme cela, par hasard, on voit qu'ensuite elles sont extrêmement prégnantes sur le déroulement de la vie sociale, sur le déroulement des actions, et surtout sur l'organisation des mentalités.

Quand on regarde un petit peu ce qui se passait en France dans l'organisation des mentalités, de tout temps, on a essayé de guider les gens. Si l'on était conforme c'était bien, si l'on était non-conforme, ce n'était pas bien.

Mais en même temps, si l'on se permettait de provoquer une subtile variation de ce qui était proposé, on était un esprit original, on était renvoyé aux Pays-Bas sous Louis XIV et on allait publier là-bas.

Au siècle des lumières on était exclu. Il y a quelque temps encore, la non-conformité était une faille considérable dans nos sociétés bourgeoises du début de ce siècle. Par contre, ce qui est intéressant, c'est que l'originalité est devenue quelque chose de désirable, de désiré, de respecté, de respectable. Et l'on a vu un tout petit peu avant la guerre de 39-45, mais surtout après, cet intérêt formidable pour un certain nombre de groupes, pour décliner des variations, sur les propositions basées sur les valeurs.

A partir de ce moment-là, ou c'était une déclinaison sur les valeurs, ou c'était une contestation sur les valeurs. Il est certain qu'il convient de prendre des thèmes emblématiques lorsqu'on souhaite mettre en avant les valeurs. Et c'est le choix de ces thèmes emblématiques qui pose problème, pas les valeurs.

Et quand on choisit un thème emblématique qui montre combien les valeurs ne sont pas respectées, combien les valeurs ne sont pas traduisibles dans le quotidien de la vie, on essaye de prendre des choses qui viennent de l'extérieur.

C'est-à-dire que ce qui est familier, ce qui est progressivement construit, est tellement familier, tellement adapté, tellement modelant sur la vie quotidienne, que là-dessus, il n'y a plus de réflexion, ou il ne peut pas y avoir de réflexion. Par contre, ce qui vient de l'étranger, ce qui vient d'ailleurs, ce qui est exotique, ce qui est inhabituel, représente quelque chose sur lequel on va pouvoir affirmer les valeurs. On l'a fait merveilleusement bien en France, avec un certain nombre de substances qui agissent sur le système nerveux central et dont l'origine était extérieure à notre territoire, extérieure à nos pratiques, extérieure à nos activités.

Un certain nombre de drogues dites illégitimes avaient comme principales caractéristiques la dangerosité qu'on faisait apparaître, mais aussi le fait d'être extérieures, d'être non familières. Bien d'autres déterminants ont concouru à déclarer ces drogues illégitimes mais le fait que ces drogues soient étrangères à l'Occident a été formidablement important.

Si l'on souhaite faire de la prévention, cela veut dire deux choses. Cela veut dire que l'on pense que ce que nous sommes est largement déterminé par notre environnement. Et que par voie de conséquence, nous sommes malléables.

A partir du moment où toute l'histoire de la psychologie a mis en exergue que la personnalité n'était pas donnée d'emblée mais qu'elle se construisait progressivement dans une dialectique entre le projet génétique et l'action de l'environnement, à partir du moment où, devenant adulte, on a de plus en plus senti, dans la construction de chacun et chacune d'entre nous, le poids de cet environnement.

Donc, si l'on modifie quelque chose dans l'environnement, on pense que l'on pourra modifier quelque chose au destin de la personne, à sa vie et à la manière dont elle va poursuivre ce lent développement jusqu'à sa fin. Si l'on parle de prévention, cela veut dire, et ça a été évoqué tout à l'heure, que l'on pense que l'on est donc capable d'agir. Et donc la prévention, c'est une croyance d'abord dans le fait que les gens puissent être modifiés par leur environnement, et pas simplement être déterminés à partir d'eux-mêmes. Mais en même temps que nous avons la capacité d'agir, cette capacité d'agir est une espèce de stratégie qui va facilement être colonisée par le goût de la puissance, le goût du pouvoir.

Ce qui fait que les politiques se sont emparés de cette prévention, parce que les politiques sont dans une dialectique du bien social mais aussi d'une société du pouvoir.

A partir du moment où l'on a fait cela, on a trouvé un formidable allié dans le monde médical. Le monde médical a construit une prévention qui est basée non plus sur les valeurs, mais sur le savoir : "Je sais, et comme tu ne sais pas, tu dois faire ce que je te dis ma petite. Parce que moi je sais". Tout à l'heure, Monsieur Cohen nous a dit : "Je sais quelque chose. Au nom de ça, eh bien changez vos mentalités". Une grande partie du savoir médical, une grande partie des décisions politiques qui sont basées sur l'épidémiologie repose sur le savoir. Lorsque l'épidémie de

VIH a commencé à prendre une grande extension en France, on a essayé de faire de la prévention. Et on a fait un spot publicitaire très extraordinaire : imaginez deux adolescents, adolescentes, on ne sait pas très bien, dans un ton bleuté, avec un environnement non définissable, et l'on voit progressivement sur l'écran une courbe rouge qui monte, qui monte, qui monte, c'est le nombre des contaminations par le VIH. Et tout d'un coup, du fond de la scène, apparaît la main d'un adolescent, d'une adolescente qui prend la barre épidémiologique, qui casse la barre épidémiologique, qui dit : "Le SIDA ne passera pas par moi".

La prévention, elle est au nom du savoir. Ce qui a fait dire aux adolescents et aux adolescentes deux choses essentiellement.

D'ailleurs, vous verrez que la prévention est extrêmement efficace, et je suis d'accord avec vous, elle est extrêmement efficace puisqu'elle a fait dire que seuls les adolescents et adolescentes étaient responsables de l'extension de la contamination par le VIH. Il y a eu un second corollaire, puisque seuls les adolescents, adolescentes étaient responsables de la progression du VIH. Cela veut dire que, au-delà de 26, 27, allez 30 printemps, on ne baise plus. Puisque ces anciens-là ne sont pas les vecteurs de la contamination.

Conclusion, six mois après, on a mis dans un angle d'une rue, toujours bleutée, toujours en grisaille, papy et mamy. Papy poussé au derrière, dans un style tout à fait classique du couple, vers la pharmacie éclairée, tard le soir, juste avant la fermeture, pour que personne ne les voit. Il revient avec un sac en papier et elle demande "Alors tu les as eus?", et il dit : "Oui, j'ai acheté la pâte dentifrice, du Synthol", c'est ça.

Et il sort la boîte en disant : "Oui". Et on la classe. Auquel cas, là, on avait réhabilité la sexualité des personnes âgées.

Je pense que vous saisissez tous ici l'efficacité de cette action de prévention basée sur le savoir. Il n'est pas douteux qu'ainsi utilisés, un certain nombre de producteurs de savoir, de productions de savoir, ont eu des impacts ceci n'est pas niable, mais lorsqu'il s'agit des modes de vie, et des modes de comportement, ceci n'a aucune espèce d'efficacité.

Est-il vraiment important de savoir que la première consommation de cannabis s'est faite à 11 ans, 11 ans et demi, 11 ans trois quarts ? Et que chez les garçons, c'est différent de chez les filles ? Heureusement, nous savons que les garçons et les filles sont différents.

Baser une prévention rien que sur cela, baser une prévention comme cela est imbécile. Utiliser ces données pour construire des modalités, des stratégies d'actions de la prévention, alors c'est pertinent. Prévenir, c'est d'abord penser, et ça nous différencie largement d'un certain nombre de disciplines qui font et qui pensent après, éventuellement. Ceci me semble formidablement important, parce que, actuellement, nous produisons des données dans une quantité phénoménale.

Nous critiquons Internet. Le vrai problème, si on veut transformer ça en papier, c'est d'essayer d'avoir une pièce supplémentaire pour pouvoir mettre tout le papier. Auquel cas, après, comment va-t-on travailler sur le papier, comment va-t-on penser sur les données, comment va-t-on organiser cela ?

La prévention, c'est d'abord l'idée de penser. Quand on voit un certain nombre d'enquêtes épidémiologiques, et que l'on voit des résultats si discordants, si différents, on nous fait des pages et des pages sur la méthodologie, sur les biais méthodologiques, alors qu'il faudrait essayer de regarder la nature de la définition du phénomène qui est l'objet de l'enquête épidémiologique elle-même en définissant le phénomène et les critères du phénomène.

Souvent, on a des données qui sont faites de la manière suivante: "J'ai fait une merveilleuse étude mais elle a des biais méthodologiques épouvantables, elle est absolument catastrophique". Comme ça on est quitte. Il y a quinze études sur le même sujet, elles ont des biais méthodologiques encore plus épouvantables que la mienne, parce que je connais tous ces amis-là et donc je suis le meilleur. Et puis après on dit : *"Puisque tout cela est vraiment très, très mauvais, nous allons comparer les différents résultats pour prendre une décision"*.

Naturellement, ceci ne se passe pas en Belgique, ni en Hollande, mais quelque fois en France. Ce que je voudrais essayer de faire passer auprès de vous, c'est que les données de la science sont indispensables pour mettre les choses en scène.

Le niveau d'intervention n'est pas fait pour penser la prévention et je suis infiniment reconnaissant à Monsieur Cohen d'avoir fait son intervention sur les valeurs.

Une politique ça se pense, et secondairement, ça s'organise. Et éventuellement, ça se met en place, et ça s'évalue. Mais l'essentiel, c'est de la penser.

Qu'est-ce qui s'est passé dans mon pays au sujet des substances psychoactives ? Il s'est passé quelque chose qui s'est fait dans de nombreux pays mais plus particulièrement dans le mien qui a été une fragmentation des produits, qui ont été parfaitement étudiés par la clinique, clinique connue de longue date pour l'alcool, de moins longue date pour le tabac, d'assez longue date pour l'héroïne et de fraîche date pour un certain nombre. Parce que je rappelle qu'à Paris, il existait 305 fumeries d'opium répertoriées par la police en 1906. Nous avons donc une certaine culture. Nous n'étions pas niais par rapport à cela. Mais notre travail a été de fragmenter ces substances et de faire exclusivement une approche clinique, peut-être pharmacologique, une approche législative et réglementaire assurément centrée sur les produits.

Et ceci a abouti au fait que nous avons construit un dispositif de santé dérogatoire au dispositif général de la Sécurité Sociale, à partir de 1945. Il y avait un dispositif spécialisé, ce dispositif spécialisé, comme toutes ces substances pouvait être potentiellement perturbantes pour

l'ensemble de la population, l'Etat a pensé qu'il était de sa responsabilité propre, sans le confier au système paritaire de la Sécurité Sociale, et de garder ces substances comme compétence d'Etat, ce qui a eu pour conséquence que ça a été moins bien financé que le régime général de la Sécurité Sociale. Si la dépense de santé générale a augmenté, la croissance des crédits mis à disposition des personnes en difficulté avec les substances psychoactives a très longtemps stagné.

Ce que je voudrais essayer de vous faire percevoir c'est que l'on a fait un dispositif spécialisé dérogatoire.

Ce qui impliquait d'emblée, même si il n'y avait pas les aspects législatifs, une stigmatisation, une mise à l'écart, une mise à part, dont on voit bien les fondements moraux qui étaient présents. L'autre point très particulier, c'est que, puisqu'on fragmentait les choses, on allait faire un dispositif spécialisé "alcool", et on allait faire un dispositif spécialisé "tox". Et comme le tabac n'était pas à la mode à cette période-là, il n'y avait pas de dispositif spécialisé "tabac". Auquel cas, ceux et celles d'entre nous qui nous occupions du tabac, qui nous occupions de l'alcool, qui nous occupions de la tox, nous étions dans des cadres conceptuels séparés, dans des cadres administratifs et politiques séparés, dans des cadres législatifs séparés. Ça ne veut pas dire que l'on a légiféré rien que sur les drogues illicites. Il y a des tonnes et des tonnes de papiers et de textes qui réglementent l'alcool, sa production, sa qualité, ses appellations, ce qu'il faut pour le transporter, ce qu'il faut pour le vendre, ce qu'il faut pour le délivrer, ce qu'il faut pour le consommer. En France, l'alcool est une substance qui est hyper réglementée. Elle est non seulement hyper réglementée, mais en plus de cela, il y a quatre ministères de tutelle qui se partagent cette réglementation. Et vous savez que quand il y a quatre ministères de tutelle qui se partagent la réglementation, leur production s'accroît. Puisque chacun veut faire un texte quand l'autre vient d'en faire un il y a trois semaines. On se trouve donc là devant quelque chose d'extrêmement compliqué.

Nous avons privilégié cette approche produits. Privilégiant cette approche produits, nous avons privilégié aussi l'approche de l'intoxication. Par voie de conséquence, les mots que nous avons employés, "alcoolique", "héroïnomanie", "cocaïnomanie", témoignaient du fait que l'état de la personne était le pur produit de l'action du produit.

Et que la personne finissait par être qualifiée par le produit. Et que par voie de conséquence, puisqu'il s'agissait d'une intoxication, si l'on avait la chance, la possibilité, l'opportunité, la compétence de faire un grand lavage du sujet, on allait désintoxiquer et laver les gens.

Et on se rappelle, Isy Pelc se rappelle parfaitement bien, qu'un certain nombre de Français ont mis au point des techniques pour le sevrage qui consistaient à faire passer des litres et des litres d'eau pour éliminer le rouge de l'alcool, le rouge du vin, le jaune de la bière, etc.

Et quand c'était du cassis vous imaginez ce que ça pouvait donner. Ce qui était absolument extraordinaire, c'est que ceci était conforme. Aucun d'entre nous ne faisait de commentaires.

C'était la pensée correcte. Socialement, médicalement et "préventologiquement" correcte. Auquel cas, nous nous trouvions dans une situation où, quand ça ne marchait pas, il fallait mettre les gens dans une structure pour les aider à maintenir l'abstinence, mais dans des lieux à part. Et du coup, on avait une cure de sevrage, une posture et une autre posture. Ensuite, on passait dans un centre social, puisqu'il y avait peut-être quelque fois une marginalisation. Or, ces centres sociaux n'étaient pas des centres sociaux généraux puisque leur objectif est de remettre les gens dans la société. Mais des centres de réhabilitation et d'insertion sociale spécialisés en alcoologie, et après en toxicomanie. Afin que, au bout d'un temps immémorable, le sujet incapable de gérer lui-même sa consommation de substances psychoactives était conduit à faire partie du système, et quand on faisait l'analyse des cohortes de patients, on retrouvait pratiquement toujours les mêmes.

Il y avait là une merveilleuse auto-production, c'était clair. Peut-être un peu moins caricatural que ce que je viens de dire, mais quand même il y avait de cela.

A partir du moment où les personnes qui produisaient des connaissances sur les déterminants du comportement nous ont montré que si ces substances avaient un génie pharmacologique original pour chacune d'entre elles, elles avaient aussi un patrimoine d'actions sur le système nerveux central en commun et que, par voie de conséquence, la différence entre ces substances, différence annoncée, acceptée, intégrée, n'était peut-être pas si légitime que cela, et à partir du moment où d'autre part on a commencé, comme vous venez de le montrer Monsieur, à regarder le comportement de nos contemporains, on s'apercevait parfaitement bien que la figure emblématique de l'alcoolique, la figure emblématique de l'héroïnomanie, la figure emblématique du cocaïnomanie, que nous appellerions actuellement dépendant, était la seule perception que nous voulions avoir du phénomène. Et que par voie de conséquence, tout le système a été construit par rapport à cette figure emblématique. Tout autant le système sanitaire que le système de prévention. Dans les mouvements d'anciens buveurs, quand ces mouvements, à un moment donné, faisaient de la prévention dans les écoles, ils arrivaient avec la photo de leur maison, de leur entreprise, de leur voiture, de leur femme, de leurs enfants, de leur maîtresse, du chien et du bateau en disant : "Voilà qui j'étais". Et puis ensuite on avait : "Voilà, ce que je suis devenu à cause de ça. Et regardez, maintenant, grâce à l'abstinence, ce que je suis devenu". Applaudissements nourris dans la salle, efficacité.... On avait là un modèle extraordinaire.

L'héroïnomanie dépendant, dans les centres, cultivé par les centres, aidé par les centres, attentivement accompagné, avec une qualité de l'accompagnement, respect de la personne, représentait la figure emblématique du toxicomane. Du coup, la seule proposition de la prévention était de travailler sur l'offre, et donc sur le trafic, de prévenir la première consommation, et si on avait une première consommation, on était obligatoirement celui ou celle qui allait devenir dépendant. Auquel cas il y avait un raccourci extraordinaire entre la répression du trafic, le travail sur la

première consommation, et ensuite, plus rien d'autre.

Et on n'avait même pas le droit de parler des personnes qui ont un usage individuellement et socialement réglé des produits. Il n'était pas légitime d'en parler. Quand nous avions à faire des interventions dans les établissements, quelque soit notre corps d'origine, nous étions dans l'impossibilité absolue de parler des gens qui consommaient, éventuellement même qui avaient consommé. Et en plus de ça, c'était encore plus difficile pour certaines substances puisque les personnes étaient délinquantes. Cette idée est absolument extraordinaire. L'Education nationale vient de lancer une campagne pour aider les adolescents et les adolescentes. Il y a eu une émission de télévision, il y a quelques jours, où une adolescente présentait des conduites d'alcoolisation importantes, elle est arrivée voilée, avec un masque, comme au carnaval de Venise. Comme s'il y avait là quelque chose qui était formidablement dommageable. Comme si elle disait : "Je consomme de l'alcool". Nous allions voir en elle la pochardée, l'ivrognesse que l'on voit dans certaines gravures d'époque. Et encore, on n'aurait pas présenté quelqu'un qui aurait eu des difficultés sociales. Si, par hasard, on avait pris une femme du nord de la France, du grand pays noir industriel, là on l'aurait mise en savates, avec une robe catastrophique et elle aurait eu droit à un traitement de catastrophe. Comment voulez-vous qu'avec cette manière de penser, nous puissions aller avec réalisme et avec pertinence auprès de l'ensemble de la population qui elle, savait ? Elle savait ce que les spécialistes ne voulaient pas voir. Ce que les politiques pensent qu'il ne convenait pas de montrer. Et en particulier, la population savait qu'un certain nombre d'entre nous consommait du cannabis et avait une capacité à gérer cette consommation, soit à partir de facteurs personnels, soit à partir de facteurs individuels et sociaux. Nous savions bien que là une grande partie de la population française est parfaitement capable de gérer individuellement et socialement ces consommations d'alcool. Nous ne voulons plus savoir qu'un certain nombre de Français est capable de gérer individuellement et socialement sa consommation de tabac, alors que dès que l'on a pris une première cigarette, on est considéré comme quasi mort.



Ce que je voudrais essayer de vous faire percevoir c'est qu'il y avait un décalage formidable. Lorsque j'ai remis ce rapport à Monsieur Kouchner, c'était aux alentours du mois de juillet, il organisait des grandes manifestations en novembre. Et pour la première fois, sur un document émanant des autorités de mon pays, on a marqué toxicomanie, machin, truc chouette, et machin, le "classico"... Et on a marqué en-dessous, en petit: "Usage nocif et dépendance". Ah on n'avait pas encore mis "usages". Mais on avait mis: "Usage nocif et dépendance". Ça a été le début de la fin de ne pas voir. À partir du moment où vous pensez "usage nocif", vous pensez qu'il y a un certain nombre d'entre nous qui n'ont pas été compétents, ou qu'un certain nombre de facteurs ont rendu plus vulnérables, ou que l'absence de certains facteurs de protection n'ont pas permis de gérer les choses et qu'ils paient un dommage. Et que ce dommage est à la fois biologique, psychologique et social. Et que c'est l'hétérogénéité de ces dommages qui avait été aussi prise de manière fragmentée, qui ne nous avait pas permis de bien regarder les choses.

J'avais remis à Monsieur Douste-Blazy, le ministre de la Santé, un peu plus en avant, un rapport sur la fréquentation des héroïnomanes, et sur la manière dont ils percevaient le dispositif sanitaire français non spécialisé. Et on s'apercevait qu'ils étaient majoritairement à près de 50% consommateurs au moins cinq fois dans l'année dans les dispositifs d'urgence sanitaires classiques. Et que passé cinq fois, pour une grande majorité, dans le dispositif d'urgence, pour un problème somatique, avec des intervenants de santé en face d'eux, (compétents en tout puisqu'un médecin est compétent en tout), il n'y avait rien eu qui se soit fait pour attirer leur attention sur la liaison entre ce dommage et leur comportement de consommation. Rien qui n'était induit au-delà de la prise en charge du dommage, alors que leur comportement de consommation représentait une préoccupation.

Ce que je voudrais vous faire percevoir, c'est que la population, elle, savait qu'il existait des personnalités dépendantes qui sont des figures emblématiques et qui nous servent à caler nos mentalités, à caler nos représentations, et par voie de conséquence, à caler nos attitudes. Et qu'en même temps, il existait un grand nombre de personnes qui payaient un tribut à leur comportement de consommation de substances psychoactives. Et que donc une politique de réduction des risques, et pas simplement des risques infectieux, pouvait être une problématique qui pouvait se mettre au service des personnes. Auquel cas, là, la science est revenue, et est devenue pertinente.

Il a fallu que nous puissions expertiser la diversité des dommages.

Notre collègue Bernard Roques vient de publier un rapport sur le coût des conduites d'alcoolisation, en incluant toutes les stratégies qui conduisent à l'écoute. Et l'on a des chiffres qui vont de 1,2 hypothèse basse, à 1,4 du PIB. Cela veut dire que l'on se trouve là dans une conception qui était une conception du dommage qui n'est pas simplement un dommage sanitaire, ni un dommage social, la délinquance, la marginalisation, mais qui est un dommage global. Et

donc, s'il y a une politique de réduction des risques, cette politique de réduction des risques, elle, doit savoir qu'elle s'adresse à l'homme à la fois dans sa dimension biologique, psychologique et sociale.

Auquel cas, la prévention ne pouvait plus être qu'une prévention sanitaire, elle devait être une prévention infiniment plus large: prévenir un dommage social, prévenir un dommage psychologique, prévenir un dommage biologique, ce sont des stratégies et des conceptualisations formidablement différentes. La prévention, qui était faite dans un domaine spécialisé, n'avait plus de raison d'être si elle était unique, elle devait s'adresser à l'ensemble des compétences et des actions. Il y avait donc la nécessité d'une prévention qu'on va appeler générale, et une prévention qui va être thématique. Et cette prévention générale, elle doit donner à la personne un certain nombre de compétences.

Mais cette prévention générale a aussi des effets sur les autres champs dans lesquels une action de prévention a semblé ou aurait semblé pertinente. Il fallait donc établir une cohérence.

Et c'est pourquoi il faut mettre le mot de politique.

Parce que, en définitive, le citoyen, la citoyenne est le destinataire, ou la destinataire de l'ensemble des actions de prévention. Auquel cas, il ne fallait pas créer des effets pervers où d'un côté on avait "Un verre, deux verres, trois verres, bonjour les dégâts" et de l'autre on avait: "Il ne faut absolument pas manger des acides gras saturés, il faut sortir en ville le soir tard et dans les boîtes avec une muraille de caoutchouc, il faut gérer sa consommation."

On avait un citoyen qui était affolé par la diversité des messages. Et des messages ponctuels, des messages spécifiques, des messages parcellaires, des messages réductionnistes, qui, même s'ils avaient leur pertinence, ne permettaient pas au sujet de se faire une doctrine, d'élaborer des compétences pour traiter l'information, la pondérer, développer ensuite un comportement adapté, et s'approprier tout cela.

C'est ainsi que l'on a vu apparaître le problème de l'éducation pour la santé, qui est devenu à ce moment-là le maître mot. Et la prévention thématique est devenue obsolète, simplement pour faire une ostentation du fait qu'on faisait réellement de la prévention. Et cette articulation entre éducation pour la santé qui vise à donner des compétences au citoyen, à la citoyenne, cette prévention globale qui doit être cohérente et qui s'adresse à la totalité des thèmes et donc à la personne ainsi que ces actions thématiques, débouchait sur quelque chose de tout à fait difficile à gérer, et c'est pourquoi il y avait un énorme problème.

Une dernière remarque que je ferais, à partir du moment où l'on a pu décliné un comportement d'usage, individuellement et socialement réglé, un comportement d'usage, et d'usage nocif, un comportement d'évolution vers la dépendance et de dépendance, et un comportement d'abstinence, est qu'on a été forcé de diversifier les objectifs de la prévention, on a été forcé de dire que ces

objectifs n'avaient plus de pertinence que s'ils étaient conjugués. Et que si une population était à la fois destinataire de l'ensemble de ces messages et s'il reste pertinent de travailler sur l'offre de produits, ne travailler que sur l'offre est impertinent. S'il est bénéfique de donner un certain nombre de compétences aux personnes pour gérer leur première rencontre avec ces substances psychoactives, c'est pertinent. Mais s'il n'y a que cela, c'est catastrophique. Si l'on ne fait qu'une politique de réduction des risques, c'est catastrophique, si l'on a une action qui vise simplement à éviter l'évolution de l'usage individuellement et socialement réglé de la dépendance en travaillant sur les facteurs de vulnérabilité, de morbidité, si on ne fait que cela, ce n'est pas pertinent au niveau d'une population, et du coup on en est arrivé à penser plus en santé publique qu'en problèmes d'alcoolologie, de toxicomanie etc.

Le dernier point sur lequel je souhaiterais intervenir, c'est qu'à partir de ce moment-là, on a développé à partir des comportements de consommation de substances psychoactives une autre manière de penser les choses, en remettant la personne et les valeurs au centre du dispositif.

On a fait d'autre part quelque chose de formidablement important. Il y a eu à côté de cela, la création d'un Haut Comité de la Santé Publique. Nous avons essayé de faire sentir à la population qu'il y avait une démarche de santé publique dans laquelle elle pouvait être auteur et actrice. Encore fallait-il lui donner les compétences pour pouvoir y arriver. Il y a donc eu des conférences régionales de santé. Une conférence nationale de santé a été organisée. On a extrait un certain nombre d'objectifs et on a essayé de construire une politique. Une politique qui n'était plus basée de la même manière qu'en ce qui concerne l'alcool et la toxicomanie, à savoir sur le produit, sur les produits, sur les diversités des produits, d'ailleurs avant, les politiques sanitaires, les politiques de prévention étaient basées sur les pathologies gastriques et la gastro-entérologie, les pathologies pulmonaires et la pneumologie, les infections et l'inféctiologie, la traumatologie et les traumatismes. À ce moment-là, on a pensé qu'il fallait travailler autrement et qu'il fallait travailler par objectifs. Auquel cas, autour de certains objectifs, se sont rassemblées les personnalités compétentes qui étaient nécessaires pour pouvoir répondre aux besoins et aux attentes de la population. Le problème de la prévention, c'est aussi de pouvoir expertiser les besoins et attentes de la population. Comment ne pas modifier par l'expertise, comment permettre que ces besoins et attentes de la population se mettent en place ?

Depuis que la politique française a bougé, je voyage pas mal en France, et ce qui me frappe, c'est la différence formidable, extraordinaire, entre les intervenants en prévention, les intervenants dans le champ sanitaire, que ce soient des intervenants de l'alcoolologie, de la toxicomanie ou de la pharmacologie, et l'ensemble de la population pour laquelle tout cela se trouve être une manière de vivre, un mode de vie, et un comportement. Et c'est ça qui est important. Et ils le disent. Du coup, la prévention, n'est plus financée par l'État, par le sanitaire

seul, elle est financée par les collectivités territoriales qui s'investissent fortement. C'est la vie du citoyen, de la citoyenne qui devient l'objet d'une action, l'objet d'une préoccupation, et les élus, les municipalités, ce que nous appelons les conseils généraux et les conseils régionaux, sont parties prenantes et pour en témoigner mettent de l'argent. C'est un indicateur qui n'est pas seulement pertinent mais qui peut être quand même assez révélateur de l'implication des collectivités locales.

À partir du moment où l'on pense que ce sont des modes de vie, on pense "santé", pas simplement au sens de l'OMS mais au sens de la capacité à développer le mieux possible toutes ces potentialités, biologiques, psychologiques, sociales, créatives et culturelles et à partir de ce moment-là, on se rend compte que le domaine des modes de vie qui était autrefois le modèle de l'alcool puis celui de la toxicomanie, se réinscrit dans la vie citoyenne et dans la vie quotidienne.

Et donc, les gens deviennent acteurs de l'action de prévention de cette proximité, deviennent acteurs d'une aide qu'on pourrait appeler sanitaire de proximité, deviennent acteurs de soutien à l'inscription dans le groupe social, éventuellement de réinsertion. Il y a là un formidable mouvement qui se passe. En même temps, il y a quelque chose qui est tout à fait spécifique, c'est le fait que si l'on a cette idée-là, le sanitaire ne va plus concourir qu'à une toute petite part de la problématique de santé, de la problématique de vie, de la problématique citoyenne. Et que, par voie de conséquence, la restriction de l'autorité du sanitaire, de sa voracité financière, de son aura de pouvoir, la fréquence de ses diktats dans la vie quotidienne, s'estompent.

Et nous devenons plus conseillers techniques, nous devenons plus accompagnateurs, nous devenons plus "personnalités-ressources" et "structures-ressources" que nous l'étions autrefois. Et du coup, dans le champ de la prévention, ça se manifeste très clairement. Ce ne sont plus ceux qui savaient, ou qui savent encore, ceux qui soignaient, et ceux qui soignent encore, qui sont les acteurs de la prévention. Il y a là une activité qui est une activité spécifique, une activité originale et donc il y a une activité qui doit être largement professionnalisée dans sa réflexion et pour partie dans sa mise en place.

Ceci est ce qui se passe, ce qui se met en place, ce qui évolue, mais ceci ne justifie en rien la légitimité des actions de prévention, qui reposent sur un tout autre raisonnement.

Celui-ci est un raisonnement qui est d'ordre éthique. Et dans ce raisonnement éthique, on va retrouver nos deux cultures. La culture de ceux pour lesquels l'éthique s'inscrit dans une déclinaison des valeurs énoncées et révélées, qui s'impose à tous et une autre stratégie éthique qui se construit à partir de l'élaboration qu'en fait chaque personne, à partir de ce qui lui a été transmis par son patrimoine culturel, transmis par son environnement proche, se construit par elle-même.

Et vous voyez que là, il y a un autre problème, c'est le problème de la légitimité de la prévention.

Fabienne Hariga : Merci Monsieur Parquet. Monsieur Cohen, désirez-vous prendre la parole ?

Professeur Cohen : Oui. En vérité, je suis très content que l'on commence à penser le concept de prévention, qu'on se demande ce que c'est. Parce que dans beaucoup de pays, et pas seulement en France, on a pensé que la prévention c'est seulement prévenir l'initialisation de la consommation.

Pour moi, cette conception est très difficile.

Maintenant, on peut penser à d'autres théories, d'autres concepts, peut-être peut-on demander : *"Est-il possible d'arriver à la conclusion que, dans notre culture qui n'est plus une culture dominante de valeurs, nous nous sommes développés dans une culture qui est polyvalente, avec des centres de valeurs différents qui doivent vivre ensemble, et que peut-être il est nécessaire de laisser l'idée que la prévention est un seul phénomène, mais que c'est un phénomène différencié selon le système de valeurs où on veut vivre ?"*

Actuellement, dans notre culture, il n'est pas possible de vivre dans une culture où l'on a choisi de consommer les drogues qui, à l'heure actuelle, sont illicites. Par exemple en Hollande, on a une situation conflictuelle : le cannabis est complètement illicite, on ne peut pas faire le trafic ou la production industrielle et scientifique du cannabis. Or, dans la réalité de tous les jours, on peut en acheter, alors que l'on ne fait pas beaucoup pour prévenir les problèmes liés au cannabis. On peut bien sûr lire les brochures de prévention (ce n'est pas bon de consommer trop), mais ce sont des textes généraux qui s'appliquent pour presque tous les comportements, il faudrait donc diversifier les messages en fonction de nombreux paramètres.

Evidemment, au moins en Hollande, il est possible de choisir de consommer le cannabis, ou d'autres drogues, sans le danger d'être pris par la police. Peut-être est-il pensable, dans le développement du discours sur la prévention, d'arriver à envisager l'ensemble des groupes sociaux qui partagent des valeurs différentes, ceux qui consomment et ceux qui sont abstinents.

A Amsterdam, le groupe des abstinents est d'environ 20% de la population, c'est formidable. 20% qui ne veulent pas consommer de psychotropes. Il y a un autre groupe qui a choisi de consommer du cannabis et pas d'autres choses illicites. Un petit groupe, peut-être 5% ou 6%, a choisi d'essayer d'autres drogues illicites. Mais très souvent dans un modèle de consommation pas très intense. Est-il possible de penser la prévention, non contre la consommation de drogues mais contre la marginalisation qui résulte d'une fausse idée que nous avons, fondée sur une valeur dominante sur la consommation de drogues, et cette valeur dominante n'est pas l'usager, mais l'abstinents.

Dans votre rapport que j'ai lu avec beaucoup de plaisir - parce que c'est, je crois, une avancée énorme au niveau de la pensée française conventionnelle - vous avez écrit ceci : "C'est pourquoi la réduction de l'offre et la répression du trafic représentent des actions fortes qui entrent dans le cadre de cette politique de prévention". C'est à la page "prévenir l'initiation de consommation". Et maintenant, ces

deux objectifs doivent être maintenus avec détermination. Pourquoi ?

Je crois que cette phrase-là est peut-être la plus importante de votre livre. Et je vous demande pourquoi vous l'avez écrite ?

Professeur Parquet : Ce qui m'ennuie, c'est que chaque fois que je vais faire un baratin quelque part, il y a toujours quelqu'un pour me dire : *"Vous savez, à la page 42 ça c'est génial, ça c'est catastrophique, ça c'est important"*. Et il ne s'agit jamais de la même phrase, jamais.

Je m'explique : quand vous sortez cette phrase, cela veut dire que vous me permettez de mettre en avant qu'il y a une possibilité de ne pas choisir un seul objectif, et que nous sommes poly-déterminés, et que par voie de conséquence, pour certains, ils vont trouver là un point d'appui, pour d'autres, c'est un autre appui qui va se trouver ailleurs. Nous devons élaborer pour la diversité des citoyens et citoyennes une politique qui soit diversifiée.

J'essaie d'imaginer ce que vous allez dire maintenant : le problème c'est *"Quel est à ce moment-là la cohérence du dispositif ?"* Et la cohérence du dispositif c'est l'hétérogénéité.

C'est parce que je pense qu'un dispositif doit être hétérogène que j'ai mis cette phrase-là. De la même manière, quand nous faisons de la prévention, nous pensons toujours que la prévention sur le mode de la pathologie doit s'arranger pour diminuer les vulnérabilités, et on ne pense jamais que c'est insuffisant. Il faut aussi mettre de l'engrais sur les facteurs de protection, sur les qualités de la relation sociale, sur la capacité à demander de l'aide, etc. Et je crois que c'est au nom de cette hétérogénéité que j'ai introduit cette phrase.

Professeur Cohen : Mais je crois que cette phrase exclut une hétérogénéité complète. Parce que ça met hors-la-loi l'accès à certaines substances. La répression du trafic, la réduction de l'offre.

Mais si vous avez voulu dire que ça, c'est seulement un règlement de distribution, et pas une prohibition, nous sommes déjà beaucoup plus loin.

Professeur Parquet : J'ai commencé tout à l'heure par dire qu'il y avait à propos de l'alcool une réglementation formidable et que cette réglementation n'avait pas empêché un certain nombre d'entre nous d'aller vers une alcoolodépendance, et vers une accidentalité routière (rarement après du Mouton Rotchid ! parce que là c'est un problème de quantité financière).

Mais puisque l'on met cela dans la même famille, le problème de la réglementation est implicite, c'est ce vers quoi nous tendons, la population le sait. Il ne se peut pas que nous allions vers un autre style d'organisation sociale. Il y a des styles d'organisations sociales qui ne relèvent pas de la réglementation.

Et je pense que la réglementation est probablement la chose la plus importante. Nous en avons une expérience avec l'alcool depuis longtemps. Un grand nombre de pays ont des stratégies de réglementation, avec efficacité sur plein de substances, et sur plein d'autres comportements. C'est à partir du moment où on place la personne au centre

du dispositif, à partir du moment où on essaye par l'éducation à la santé que l'on tend vers l'efficacité. Je rappelle que notre ministre de l'Éducation Nationale a transformé ce qu'on appelait les Comités d'environnement sociaux (les CES), c'est-à-dire ceux qui essayaient d'articuler la vie de l'élève avec la vie de l'enfant et de l'adolescent, donc ce qui était intrascolaire, vers l'extrascolaire, en Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). On se trouve là dans une perspective qui déjà est une perspective qui se met en place.

À partir du moment où on dit que le citoyen est compétent, on se trouve devant quelque chose qui va inéluctablement vers la réglementation. Ce qui implique que l'objet de la prévention n'est pas la consommation repérée par les critères, les enquêtes etc.

L'objet de la prévention c'est : *"Mais comment va-t-on gérer l'offre de produits, la consommation de produits et les dommages potentiels induits par ces produits?"* Auquel cas, on remet la personne, on remet le citoyen, la citoyenne au centre de la problématique, dans une position que j'aime bien.

Vous disiez que les valeurs, ça fait un peu flop dans nos sociétés. Par contre, il y a une chose qui est extraordinaire, c'est qu'on est en train d'ériger la santé en valeur. La loi de 1970 en France, c'est une loi de santé, il y a un versant sur le trafic, le reste c'est au nom de la santé. On peut ne plus être un justiciable, mais on peut être un patient, c'est une loi de santé. La loi précédente de santé en France, c'était la loi, excusez-moi du peu, sur les malades mentaux.

Maintenant, au nom de la santé, les choses sont faites. Nous avons des agences de sécurité sanitaire. Nous avons un conflit avec l'Angleterre, au sujet de la vache folle. C'est au nom de la santé qu'on délibère, c'est au nom de la santé que l'on dit si le cannabis génétiquement modifié, le mais génétiquement modifié sont compatibles avec l'organisation des politiques et des échanges.

Il y a une valeur qui est une valeur nouvelle, qui est la valeur santé qui apparaît. Et je me rappelle que notre ministre Kouchner lors de son premier passage, avait parfaitement bien explicité cela. Il avait mis en avant la santé comme un des arguments qui lui permettait de faire passer ce que l'on a appelé la politique de réduction des risques en ce qui concerne la consommation d'héroïne par voie intraveineuse et le VIH. C'est la santé qui est maintenant en avant. Au nom de la santé, vous levez les foules, et vous armez les guerres. Et alors est-ce que c'est quelque chose qui est de la nature d'une valeur ? Et pourtant, c'est ce qui fait les choses. On a récusé des gens aux frontières au nom de la santé, il y a eu une proposition de loi quand, au début où j'étais au Comité de santé publique, nous avons été forcés de faire valider un texte par l'ensemble du comité, parce que l'on voulait qu'il y ait systématiquement avant le mariage un dépistage VIH, systématiquement quand on faisait son service militaire. Ça a été tellement efficace qu'on a détruit le service militaire. Et on a fait quelque chose qui était extraordinaire. Au nom de la santé, j'ai barre sur toi. C'est quand même un problème. Une grande partie de la politique en ce qui

concerne les consommations de substances psychoactives s'est inspirée de la référence santé, ça est-ce que c'est pertinent ?

Professeur Cohen : Oui mais vous dites que la meilleure prévention globale sur laquelle on peut faire des choses plus détaillées est la réglementation, mais c'est le parapluie (quelle réglementation ?). Parce que si l'accès, le trafic, la fabrication de toutes ces substances psychotropes ne sont pas réglementés, sont laissés à un secteur de notre société criminelle, quelle réglementation peut-on encore faire ? Maintenant, je comprends quand vous dites : "Toute prévention doit être pensée sous ce concept de réglementation globale et pas plus", parce que je veux que vous le disiez explicitement que cet étrange régime de prohibition rend impossible des préventions importantes."

Professeur Parquet : Paradoxalement, l'expérience prouve que ça n'a pas été totalement inefficace, que ça a des limites qui sont considérables et dans les zones les plus dommageables, mais on peut quand même penser qu'il y a eu des choses efficaces néanmoins, et c'est ça qui est paradoxal...

Professeur Cohen : Oui, bien sûr il y a toujours de l'efficacité...

Professeur Parquet : Oui, mais sans une grande efficacité, je vous l'accorde. Mais une grande efficacité ne veut pas dire pas d'efficacité du tout. Je suis un type très conformiste et je suis dans un milieu conformiste : c'est fumer, boire, picoler et se piquer à outrance, je deviens immédiatement la même chose. Si par contre, je suis dans un milieu terriblement conformiste et clean, et si je suis non-conformiste, bienvenue les substances ! Mais si je suis dans un milieu dans lequel on consomme matin, midi et soir et que je suis non-conformiste, je vais devenir vos 20% très vite. Je ne pense pas qu'on puisse énoncer que c'est la position qui est efficace. Le problème est la phrase de Sartre qui dit : *"Quand on nous fait des propositions, quelle est la capacité que nous avons à les torturer à les mettre à notre sauce?"* Pour certains, ça va être formidablement rédhitoire, pour d'autres ça peut avoir une efficacité. Et du coup c'est ça qui repose la question : "Est-ce qu'il y a une prévention urbi et orbi ?". Du coup, les savants ont fait un très joli truc : ils ont fait des groupes à risques. C'était merveilleux les groupes à risques ! L'adolescent d'un milieu maghrébin, mal scolarisé, avec une sœur qui a des mœurs bizarroïdes et ceci et cela. Ça, ça fait un groupe, on fait une prévention spécialisée, et on demande un financement spécialisé. Et on l'énonce dans la presse.

Mais quel effet cela a-t-il sur les autres ?

Le parapluie, ce n'est pas la réglementation. Parce que là on parle encore des substances. Le parapluie c'est : *"Quelles sont les compétences que l'on a à identifier une problématique, à identifier quelles sont les informations que l'on a là-dessus, à se faire une opinion, à avoir la capacité de promouvoir un comportement personnel, à avoir la capacité de se confronter aux comportements des autres et lorsque l'on est en difficulté, avoir la capacité de demander de l'aide"*. Si on fait ça avec la prévention...

Débat

Deuxième partie

Modérateurs : *Henri Patrick CEUSTERS¹ et Catherine VAN HUYCK²*

Henri Patrick Ceusters : Tout d'abord, je voudrais excuser monsieur Roques qui a dû quitter la salle et ne sera pas présent pour le débat final.

Quelques questions ont été abordées plusieurs fois au cours de cette journée sans être véritablement approfondies. Nous avons l'impression d'avoir beaucoup tourné autour de la question de la prohibition, en sachant que ce n'est peut-être pas la question centrale de la prévention, mais sans pouvoir non plus en faire l'économie. Alors, nous nous demandons comment concilier une approche en promotion de la santé respectueuse des choix et des valeurs des personnes avec un cadre définissant, pour des raisons soit historiques soit morales, la liberté d'accès à certains produits.

En poussant la logique jusqu'au bout, pourquoi ne pas mettre sur pied une prohibition de l'alcool, du tabac, ou même de l'automobile comme cela a été évoqué aujourd'hui, puisque de nombreuses personnes ont de mauvais usages de ces produits ?

Voilà, c'est une question que je renvoie à la salle et aux orateurs. Catherine Van Huyck va également proposer certaines pistes de réflexion.

Catherine Van Huyck : Par rapport à la cohérence justement, comment faire passer un message cohérent de prévention dans un contexte où la santé est souvent vue en termes de performances et de rentabilité ? On se soigne parce qu'on n'a pas le temps d'être malade. N'y aurait-il pas un lien entre la consommation d'un certain type de drogues par exemple et la recherche de "sorties" performantes ? Il existerait alors un certain hiatus à traiter les problèmes liés à la dangerosité des produits, avant de traiter ceux liés à l'estime de soi...

Nous voulions aussi rappeler qu'une des questions qui nous intéressait dans l'organisation de cette journée était la question du testing. Jusqu'où peut aller la prévention ? Quelles sont les limites à respecter et éventuellement les risques à prendre ?

Professeur Pelc : Prohibition ou pas, je crois qu'il est difficile de parler de choses virtuelles qui n'ont pas été mises à l'épreuve actuellement, ou bien de façon très parcellaire.

Par contre, personnellement, je crois qu'il faut retenir que, si on veut parler de prévention, il faut un objectif. Si on parle testing, on sait pourquoi on le fait et en fonction d'un certain objectif. Ceci est une première remarque.

Deuxième remarque, et là je souscris tout à fait à ce que

monsieur Parquet a dit en dernier lieu, qu'il faut des objectifs pragmatiques quand on parle de prévention. Le mot "prévention" d'ailleurs, qui est appliqué à la médecine et à la santé en général, trouve son justificatif et sa raison d'être là où on reconnaît un agent causal réel et linéaire. Par exemple, on fait de la prévention de la grippe avec une vaccination, et l'on sait que dans telles conditions, on risque d'attraper la grippe. Par contre, on ne sait pas dans quelles circonstances particulières certaines personnes font un mésusage de la drogue ou deviennent dépendantes. On invente alors un certain nombre de stratégies, mais que va-t-on prévenir ? On ne le sait pas très bien. Donc, je préfère effectivement, comme nous l'avons entendu à l'instant, parler de promotion. Et, tout en étant médecin, je proposerais même d'utiliser les termes promotion du bien-être plutôt que promotion de la santé car la santé, c'est déjà une orientation particulière. D'ailleurs, il existe déjà dans quelques pays européens des ministres du bien-être. Cela signifie qu'on peut faire un certain nombre de choses pour les jeunes, pour qu'ils se sentent bien. On peut le faire et cela marche bien.

Deuxièmement, pour pouvoir le faire, il faut le faire à un niveau très important et s'y mettre à fond. Cependant, tous les programmes de prévention sont dénaturés parce qu'on ne met jamais le paquet et on dit ensuite que cela ne marche pas. Je crois, comme monsieur Parquet l'a dit, que lorsqu'on n'agit pas globalement, on ne fait rien. Or en Belgique comme ailleurs, je dirais que nous sommes gâtés. Nous avons déjà sept ministres de la santé pour 10 millions d'habitants. Il y a des compétences particulières. Nous devons travailler par secteur parce qu'il n'y a absolument pas d'approche globale. Donc, je parlerais plutôt de promotion du bien-être que de promotion de la santé.

Et le dernier point que je soumetts à discussion, c'est qu'effectivement, au niveau des programmes que l'on peut mettre en place (et ça c'est structurel), je crois qu'il devrait exister une congruence dans l'ensemble des mesures diversifiées qui agissent largement. L'OMS a dit, à un certain moment, qu'il fallait penser largement et agir localement, ponctuellement. Oui, effectivement, mais toutes les complications dues aux structures institutionnelles dont les gens dépendent rendent difficiles la mise en œuvre de cette congruence. Que ce soit en Belgique, en France ou en Hollande, je crois que c'est très difficile... Mais il y a un ministère du bien-être en Hollande, non ?

Donc, si on rentrait dans ces concepts-là, je pense qu'on

1. Prospective Jeunesse.

2. Modus Vivendi.

pourrait peut-être mieux faire. Mais, comme on l'a dit ce matin à propos de la recherche neuro-physiologique, biologique et génétique, il faut mettre le paquet. On l'a fait pour les études cancérologiques et celles portant sur le SIDA, mais on n'a pas mis le paquet, pour des raisons que vous connaissez aussi bien que moi, sur les problèmes, non pas des drogues, mais des addictions, des assuétudes, qui sont des comportements de vie, effectivement. Donc, je voudrais soumettre cette réflexion : est-ce que ce n'est pas une question d'insuffisance de moyens ? Et on n'atteint pas une large possibilité d'effets ce qui dénature et dévalorise effectivement les actions de prévention.

Et puis, je proposerais d'abandonner le terme "prévention" parce que la prévention est un truc ciblé, on dit prévention de... quelque chose de précis. Mais je crois qu'il faut abandonner l'idée. Comme ce matin, quand on a dit "*Le MDMA est toxique*". Si on n'explique pas sur deux pages ce que l'on entend par le concept "toxique", il y a des dérapages tout le temps, il y a des interprétations dans tous les sens et donc dire uniquement "On fait de la prévention", cela ne rime à rien. Il faut dire : "*On fait de la prévention de ...*" avec un objectif très particulier et très précis et puis on peut le mettre à l'épreuve, on peut l'évaluer, on peut voir le résultat.

Professeur Cohen : Notre capacité de prévention est très limitée. Par exemple, dans le champ de l'usage d'alcool, on peut dire qu'on veut prévenir l'alcoolisme ou la consommation très forte, mais quand on demande aux gens qui s'occupent de la prévention : "*Qu'est-ce qu'on fait exactement pour prévenir cela ?*", on n'a pas de réponse. Parce que l'autonomie de l'individu, le dynamisme de sa position sociale sont tellement compliqués, que prévenir quelque chose comme la consommation très forte d'alcool est, je crois, quasi impossible. Et ça c'est exactement pareil avec les autres substances. Mais, au niveau des erreurs de consommation (par exemple la combinaison d'alcool et de benzodiazépines pendant la journée), on pourrait faire beaucoup mieux, parce qu'il s'agit d'un aspect d'information mais aussi d'insertion sociale, parce que la plupart des gens veulent prévenir des erreurs qui ont de graves conséquences pour les autres. Il y en a toujours qui s'en fichent, mais la majorité des gens sont insérés socialement de telle manière qu'ils peuvent prévenir des erreurs, ils veulent savoir.

C'est exactement le même cas pour les autres substances. En Hollande, quand on donne aux gens la possibilité de consommer des drogues d'une manière plus efficace, plus sage et avec plus de plaisir, on réunit ces conditions. Pour la majorité des consommateurs italiens par exemple, en ce moment on n'a pas d'informations sur les erreurs possibles avec l'ecstasy, on n'a pas de méthode pour savoir si la pilule qu'on a achetée représente une grosse dose ou une très petite dose, on ne sait rien et on en prend dix.

Je crois que, dans le champ de la prévention d'erreurs avec les substances, on peut faire beaucoup plus que dans le champ de la prévention des modes de vie. Il y a des gens qui ont choisi un mode de vie d'usage fort avec telle substance ou telle autre. Et on ne peut rien faire. Alors moi je dis : "*C'est mieux de parler en termes de prévention, en*

prenant comme point de départ les erreurs que les gens ne veulent pas commettre eux-mêmes plutôt que les grandes explications de valeurs, vouloir prévenir la dépendance ou l'abus, je ne sais pas ce que c'est que l'abus". Ce sont des conseils un peu trop vagues et qui n'aident pas les agences de prévention qui veulent faire un travail concret, qui est aussi utile pour les consommateurs.

La salle : Les être humains utilisent des substances psychoactives depuis que l'humanité existe. Et dans chaque culture, on avait des règles, des réglementations concernant cette consommation.

Dans notre culture, finalement, nous avons développé trois systèmes pour obtenir ces substances psychoactives.

Une première façon, c'est d'aller dans un magasin général où on peut acheter de l'alcool ou du tabac de façon réglementée. Et on ne trouve guère de situation dans lesquelles on obtient ces mêmes substances d'une façon illégale.

La seconde façon est une réglementation que l'on retrouve autour des cas décrits comme abus, alcoolisme, etc. En effet, ces notions n'ont pas existé jusqu'il y a un siècle et demi. A ce moment là, on a introduit un second système pour rendre accessible ces substances, c'est à l'intérieur du régime médical. Nous ne pouvons pas dire que ce régime de réglementation a eu des résultats. Regardons seulement l'usage des benzodiazépines dans le cadre médical. Les chiffres de la consommation de ces substances sont extrêmement hauts. Certainement, par exemple, dans un pays comme la France, où j'ai entendu dire : "*La consommation est quatre fois plus haute que la moyenne européenne*". Cette pratique a donc introduit la notion d'un usage médical, et ensuite on a défini un nombre de substances comme étant trop dangereuses pour laisser les gens décider eux-mêmes comment les utiliser. C'était le droit des médecins de décider cela. C'est une réglementation existante qui ne fonctionne plus.

Troisièmement, on a un système pour obtenir des drogues dites illicites, en dehors des réglementations normales, comme l'alcool, la réglementation médicale, et ça c'est un système sans règles. Et c'est dans ce cadre que l'on retrouve un usage qui peut mener à l'abus dans certains cas, ce qui ne diffère pas des autres systèmes. Je crois que nous avons besoin d'un système de réglementation, mais de réglementation qui accepte le droit d'un individu d'utiliser ces drogues dans n'importe quelle quantité. Et si on introduit une notion d'abus, la seule notion qui sert à quelque chose, je pense, c'est un usage qui est un danger aux autres. Si quelqu'un est complètement ivre chez lui, ça ne m'intéresse pas du tout, je ne peux pas appeler ça de l'abus, même si c'est nocif pour la santé. L'abus, c'est, par exemple consommer tout en prenant la route, en se mêlant à la circulation, parce qu'à ce moment, cet usage introduit un danger pour les autres. C'est la seule définition d'abus qui est productive et qui n'est pas tellement influencée par les critères socio-culturels. Et pour cela, je suis tout à fait d'accord avec vous pour demander une réglementation. Mais une prohibition, c'est impossible. Le système de prohibition empêche de créer une réglementation. Ainsi, une politique de prévention ne peut que prévenir l'abus

dans le sens d'une nocivité pour les autres, et également donner une information aux consommateurs afin de diminuer le plus possible les effets corporels nocifs. Si quelqu'un décide de prendre une grande quantité de substances, comme par exemple de l'alcool qui détruit le foie, c'est sa décision, mais il faut en connaître les effets. Une politique qui a comme seul objectif de prévenir l'usage est inefficace.

La salle : Je pense qu'il est faux de dire que chacun d'entre nous a le droit d'avoir, en privé, les comportements X, Y, Z, quels qu'ils soient et que l'ensemble de la communauté n'a rien à dire. Je m'explique : cette entrée a placé l'individu comme en dehors de tout son groupe social. Au niveau du comportement privé, si je me fous le foie en l'air, si je ne suis pas capable de travailler le lendemain et si je dysfonctionne en produisant moins ou que j'ai une régulation qui fait que la charge que je promène au bout de ma grue tombe sur mon copain, nous ne pouvons penser que ce qui nous concerne ne touche que nous, cela touche également autrui. Nous avons d'emblée une dimension, qui est une dimension individuelle et une dimension collective. Cela veut dire quand même que, très indirectement, tout ce qui est une activité privée est aussi une activité publique. C'est le seul petit point sur lequel je ne suis pas tout à fait d'accord.

Vous avez très bien décrit les stratégies d'obtention des produits. Je crois que ce qui est intéressant, c'est de montrer que cette diversité-là, elle existe par rapport à un nombre infini de choses. Vous avez défini les quatre modalités d'accaparement des biens. C'est la même chose pour les dames. Vous pouvez parfaitement les acheter sur ordinateur en Thaïlande, il en vient une comme ça, avec un faux passeport. Dealer de dames... Vous pouvez parfaitement les utiliser crac, crac, boum, boum, très souvent. Et de temps en temps, le faire avec esthétisme. Donc, c'est la même chose, il n'y a pas de singularité. La réflexion est : *"Comment se fait-il que, à propos des substances qui sont susceptibles de modifier notre manière de nous percevoir et la manière de percevoir le monde, nous pensons qu'il faut parler ? Et parler différemment des autres produits ?"* Je crois que c'est ça le vrai problème.

La salle : Le vrai problème a commencé par un système de prohibition. Nous avons déjà depuis longtemps un système de réglementation. Mais le fait d'introduire une prohibition qui interdit l'usage individuel est très récent.

La salle : Je vais vous donner un exemple qui est très clair : Vous prenez les dessins de Hogarth, il a fait des dessins en une quantité phénoménale sur les conduites d'alcoolisation. Il montre très bien l'art du bien boire, qui crée la personne, et l'art du mal boire, qui crée le pathologique et le marginal. Nous sommes formidablement influencés par tout notre environnement. Et l'art du bien boire, c'est une réglementation sociale formidablement importante ! Plus importante que les lois. Quand vous dites : *"Le Beaujolais nouveau est arrivé"*, allez-y avec la prévention, ça a un impact absolument extraordinaire. Montrer l'art du bien boire. Quand on crée dans les écoles, à l'instigation des producteurs et des distributeurs de boissons contenant de l'alcool, des écoles du goût, moi je ne suis pas absolument contre. Pour certains, ça sera probablement un truc génial

et pour d'autres, ça risque de poser quelques petits problèmes. Je pense que ce qui est important c'est : *"Comment peut-on construire sa diversité et comment tenir compte en même temps des quatre modalités d'appropriation du produit ?"* Qu'est-ce qui détermine le plus nos comportements ? Ce sont les représentations et l'attitude de l'ensemble de la population. Ensuite, il y a les effets spécifiques sur nous. Quand vous laissez parler des alcoolodépendants, des consommateurs d'héroïne ou de cocaïne, un certain nombre vous raconte des choses grandioses. Ça leur plaît. Et puis, il y en a qui vous racontent des choses plates. Quand on rencontre les dépendants, ceux qui ont eu des expériences grandioses de départ, ils ont une carrière qui est généralement courte. Et je crois que c'est ce modèle de la diversité. On peut dire : *"La prohibition empêche tout"*. Mais on peut aussi dire *"La prohibition empêche beaucoup de choses"*, ce qui, je crois, est plus réaliste. Mais si on a une réglementation, à mon sens, ça me semble plus pertinent, parce qu'on n'aura plus d'effets pervers, mais je crois qu'on n'aura aucun avantage supplémentaire. Et c'est là que la réglementation me semble préférable, parce qu'elle supprime les effets pervers mais elle n'est pas obligatoirement le gage de quelque chose de positif.

La salle : Je suis psychiatre, responsable thérapeutique de "La Mass", à Mons. Je trouve très pertinente cette notion de réglementation au niveau de la société, dans un type de société de consommation, sur un plan sociologique. Mais je voudrais relever quand même le fait que, dans la population des gens qui nous consultent, il y a des gens qui ont des pathologies mentales et qui utilisent le produit pour se soigner. Donc, là, je pense qu'il faut avoir une distinction très précise quant à cette réglementation et cet usage qui pourrait être fait (comme dans les fumeries d'opium au début du siècle). Je pense qu'un usage c'est aussi, au-delà d'une réglementation, une éducation, et cette éducation mène à un usage ritualisé, donc je dirais presque sacralisé. C'est peut-être cette sacralisation qui nous manque tant dans notre société aujourd'hui.

La salle : Je voudrais revenir sur cette idée de modèle. Je crois que ce qui est intéressant dans l'approche qu'on a aujourd'hui, c'est de prendre enfin conscience que derrière la question de la prévention, il y a des modèles différents. Parce que, pendant des années, il y a eu une forme de tyrannie d'un modèle qui était le modèle médical, et on parlait de la prévention type hygiéniste primaire, secondaire, tertiaire. Et pendant des années nous avons, même ici dans cette salle, alimenté cette folie de croire qu'on allait résoudre les problèmes de la société avec une vision médicale. Donc, la première chose intéressante, c'est de se rendre compte justement qu'il y a des modèles très différents.

Je crois également que, derrière ces modèles, il y a des positions philosophiques et éthiques. A ce moment-là, on ne peut pas éluder la question de la prohibition. Parce que derrière la question de la prohibition, il y a certainement une prise de position éthique, ou philosophique. Aux Etats-Unis, Limonade Lucie, la dame qui était à l'origine de la prohibition, cassait des bars à la hache, ce qui a débouché sur la loi prohibitionniste. Je crois que ce qui est intéressant,

c'est de ne pas éluder cette question de l'approche philosophique.

Une autre réflexion me vient à l'esprit : celle qu'il y a cette idée de background philosophique, mais aussi quelque chose que nos amis hollandais nous amènent, qui est une forme de pragmatisme et les deux ne sont pas antinomiques, c'est même tout à fait complémentaire, et ça marche. Si on prend le cas des opérations boule de neige qui sont des opérations de prévention SIDA-hépatite par les pairs et mises en place par Modus, là, on est dans des choses très pragmatiques. On dit aux gens : *"Si tu prends tel produit avec tel produit, tu risques de mourir"*. J'ai connu différentes situations à Verviers. Je me souviens d'une fille qui m'a dit : *"Mais mon frère est mort d'overdose et on ne nous avait jamais dit ça"*. Et il ne pouvait même pas en parler à son médecin. Parce que s'il lui en parlait, s'il lui disait qu'il prenait en même temps de l'héroïne et des médicaments, il allait le perdre. Donc là, on était dans quelque chose de très pragmatique. Et derrière ça, je crois qu'il faut toujours faire quelque chose de plus général. Par exemple, inscrire ces opérations dans une notion de citoyenneté devient vraiment intéressant. Les usagers de drogues sont des gens qui sont des citoyens comme les autres, qui doivent participer à un dispositif au même titre que les médecins. A ce moment-là on est dans le pragmatique, mais on est aussi dans quelque chose de philosophique, et je crois que ce qui est en train de se passer dans nos sociétés, c'est qu'on commence à parler de ça, on commence à parler de société civile, on commence à voir, quand on va à Seattle, ce qui se passe maintenant au niveau des accords commerciaux, on commence à réfléchir à ces notions-là... Je crois qu'on est dans cette logique-là maintenant.

Monsieur Parquet : On est en train d'opposer ce qui est le niveau de la perception conceptuelle et le niveau de la perception de l'action. Tout à l'heure, monsieur Cohen a dit que la prévention n'était pas efficace, qu'elle n'était pas ceci, cela. Mais comment faire une action pratique bien précise ? Ca veut dire que si on fait une action bien précise, c'est qu'on pense que ça peut amener un résultat, mais ça fait partie d'un cadre. La prévention générale, elle, a une efficacité que l'on peut gloser. Par contre, il y a certaines actions qui sont pertinentes. Prenons un exemple simple : le fait d'aider les obstétriciens à oser poser avec confort et facilité, aux femmes enceintes qui viennent les voir, la question de leur consommation de tabac, de leur consommation d'alcool, de leur consommation de médicaments, de leur consommation de cannabis, etc. Avec l'idée de leur dire : *"Nous avons besoin ensemble de savoir ce qu'il en est de vos consommations car il y a effectivement des répercussions possibles"*, sans qu'ils se sentent gênés, sans qu'ils soient agacés. Nous avons fait une action de prévention d'une bêtise extrême : nous avons l'image d'un beau bébé (nous en avons laissé traîner partout quantité d'exemplaires) disant : *"Savez-vous que l'alcool, le tabac et les médicaments passent dans le sang ? Dans votre sang, oui ? Est-ce que vous savez que ça passe aussi dans le sang du bébé ? Est-ce que vous savez que c'est susceptible de faire quelque chose ? Vous le savez ? ... Vous le savez mais ça vous est difficile de changer ?"* Et il y a le cachet de la structure de proximité qui est

susceptible d'être là. C'est arrivé simplement. Ca c'est une prévention situationnelle extrêmement concrète, mais elle s'inscrit dans une problématique plus vaste. Parce que si vous faites une autre action à côté, c'est ça.

Deuxièmement, dans mon rapport, celui qui, de manière immodeste, a été appelé "Rapport Parquet", j'avais éprouvé le besoin d'insérer une vulgarisation des théories les plus classiques de la prévention. Tous les gens qui font de la prévention, qui sont un peu éduqués, les connaissent mais c'était destiné à beaucoup de gens (un tirage de masse de 70.000 exemplaires). Ce qui fait qu'on peut mettre en place des actions qui reposent sur des modèles différents de prévention. Et donc on peut avoir un panorama d'objectifs reliés par une problématique de la prévention, et on peut avoir aussi de multiples actions qui reposent, face à une population donnée, sur des modèles théoriques de prévention extraordinairement différents. On ne voit pas pourquoi on chercherait le seul objectif, la seule méthode et la seule stratégie qui couvre tout. Il n'y a pas beaucoup de gens qui l'ont trouvé d'ailleurs. Alors que : *"Est-ce qu'on ne peut pas faire organiser de multiples actions, avec de multiples modalités ?"* ne veut pas dire qu'on va être encombrant, mais que nous sommes, nous les citoyens, susceptibles d'être accessibles en des circonstances, en des moments, avec des méthodes tout à fait hétérogènes. Et donc, au niveau d'un bassin de population, on doit pouvoir mettre en place des actions très diversifiées mais cohérentes.

Henri Patrick Ceusters : Je vais justement profiter du moment où vous parlez d'action pour recentrer le débat par rapport aux drogues de synthèse, et notamment à cette pratique des tests qui était un des objectifs à aborder au cours de la journée. Quelqu'un veut-il réagir par rapport aux tests, aux préventions ou aux actions spécifiques ?

Docteur Fromberg : Quand on étudie les consommateurs de drogues, on découvre que tous ont des fonctions sociales pour l'usage. On se groupe avec des gens qui ont des fonctions plus ou moins identiques. Il y a des consommateurs d'alcool qui consomment surtout quand ils vont au stade de football pour se sentir en grand collectif avec leur club, et pour le reste, ils ne sont pas de très grands consommateurs d'alcool. Avec les consommateurs de cocaïne ou de cannabis, on a des règles très détaillées : *"Quand consommer ? Combien ? Avec qui ? Dans quelle situation mentale ?"* On découvre, quand on veut le voir, un vaste système de règles d'usage. Ce ne sont pas des règles qui sont sacrées, comme celles entourant l'usage du vin de messe par exemple, elles sont beaucoup plus banales, mais néanmoins très fonctionnelles. On a aussi constaté qu'une grande part des gens qui font usage des drogues dans les niveaux sociaux plus élevés retournent ensuite à un niveau plus bas parce que les fonctions qu'ils attendent par ces drogues ne passent pas par là, à ce niveau d'usage. Alors ils font cette découverte et ils en reviennent. Je crois qu'une erreur fréquente est de penser qu'il est impossible de réglementer l'usage de drogues illicites.

Il y a maintenant un grand nombre d'études sur l'usage du cannabis et de la cocaïne. Beaucoup d'études sur l'usage d'ecstasy sont parues et on voit que les gens se

construisent des règles et des systèmes de règles, et que ces systèmes de règles sont des constructions sociales. Je crois qu'une réglementation de l'accès et une réglementation de la fabrication de toutes ces substances aideraient à consolider ces systèmes de règles. Mais quand on ne sait pas à quel point la pilule est forte, ou combien de substances actives sont contenues dans ce petit gramme de cocaïne, on doit inventer d'autres systèmes de règles pour neutraliser la possible erreur que l'on pourrait faire. Ça ajoute aux difficultés de réglementation, ça ne facilite rien. Parce que la consommation de ces substances est rare dans notre société, on peut croire que leur consommation n'est pas régulée. Dans votre cas, où les gens cherchent des substances pour combattre un certain phénomène de psychopathologie, c'est tout autre chose. Là commencent à jouer des déterminants qui ne sont pas normaux pour le consommateur qui n'a pas de tels problèmes. Et je crois bien que la majorité des utilisateurs que vous connaissez peuvent régler leur consommation de drogues. Mais quand ils sont marginalisés ou qu'ils ont beaucoup de difficultés avec la loi, avec la société, ces difficultés s'ajoutent à leurs difficultés personnelles qui sont déjà importantes. J'ai connu beaucoup de consommateurs qui m'ont dit que ça aide vis-à-vis d'un certain phénomène d'anxiété, ou de dépersonnalisation et je ne vois pas pourquoi on ne peut pas laisser un certain niveau d'auto-régulation à ces gens-là aussi.

En tout cas, la réglementation légale, selon moi, peut seulement aider à se défendre contre des erreurs ou des difficultés. Aussi longtemps que la société ne permet pas l'existence de ce système de règles, nous continuons à penser que la prohibition est une aide à la réglementation, et la réglementation c'est seulement celles des non-usagers.

La salle : Je voudrais parler du testing. La personne se trouve face à une offre de produit avec lequel elle va établir, comme on le disait au 18^{ème} siècle, un commerce, c'est-à-dire une relation. Toute information donnée sur le produit, pour augmenter les compétences de gestion de la personne, apparaît hautement désirable. Donc le testing a, à cet égard, un intérêt formidable. Nous le savons bien, un certain nombre de consommateurs pratiquent un testing spontané en choisissant toujours le même dealer, qui coupe toujours de la même manière, qui a ses habitudes. Et les problèmes arrivent souvent quand il change. A Marseille, il y a trois ans, la police a prévenu tous les héroïnomanes qu'il y avait une cargaison d'héroïne qui arrivait qui n'était pas de bonne qualité. Excellent testing fait par la police. Si on veut résumer ici toute la démarche de prévention au testing, alors là, c'est vraiment pauvre. Par contre, si on offre le testing plus la bouteille d'eau, c'est un peu plus riche. S'il s'agit du testing plus des paroles, ça va un peu mieux. Si on propose le testing avec une information plus précise ou bien avec une rencontre, c'est encore mieux. Le problème du testing est mal posé. Est-ce que c'est bien ou est-ce que c'est mal ? Le testing poursuit un micro-objectif qui consiste à dire : *"Je t'aide à t'informer sur le produit parce que tu n'as pas la possibilité de le faire. Mais c'est une toute petite partie de ta conduite, de ton comportement. Il va falloir que tu puisses éventuellement, si tu y arrives, gérer ce truc-là. Si tu ne te sens pas*

tout à fait capable, est-ce que tu vas avoir la capacité de demander de l'aide auprès de personnes que tu peux reconnaître et qui vont t'aider par rapport aux questions que tu te poses?" Donc, je crois que le problème du testing, comme un tout séparé de l'ensemble, me semble être une position qui ne tient pas la route. Par contre, réinclus dans un dispositif, ça me semble être un élément tout à fait génial et déjà spontanément employé par les utilisateurs.

Michel Rosenzweig : La question du testing est une des raisons pour lesquelles nous avons organisé cette journée. De toute évidence, il existe une divergence de position entre les autorités françaises et les autorités néerlandaises par rapport à cette pratique. Cette divergence semble liée à la question de la toxicité. Parce que là aussi, il y a des divergences, non pas au niveau des résultats, cela nous l'avons bien vu ce matin, mais au niveau de l'interprétation des résultats.

La salle : En gros, il y a certaines variétés de testing qui sont mauvaises et il y a probablement des méthodes qui sont plus pertinentes à améliorer du point de vue de la pharmacologie. Par contre, je ne pense pas qu'on puisse remettre en question l'intentionnalité, les objectifs du testing. Mais les modalités, oui.

La salle : J'ai déjà parlé ce matin de ce qui se faisait à Médecins du Monde. Le problème du testing était clair. On peut analyser, on peut informer si on connaît la composition des produits. Mais dans les soirées, ils disaient souvent : *"Attention, dans tel cachet d'ecstasy, telle couleur avec telle enseigne, on a peut-être trois ou quatre produits dont on ne connaît pas la provenance et on ne sait pas du tout la nature chimique de ces produits-là"*. Puis, libre choix était laissé aux usagers de l'utiliser ou pas. Mais je pense qu'ils avaient commencé quand même à compléter. Il y avait quand même des conseils qui ont été donnés par les associations de type Techno Plus : *"Utilisez de l'eau, ne buvez pas d'alcool, ne transpirez pas trop, ne faites pas de mélanges"*. Le message apparaissait. Le problème, c'était l'analyse. Parce qu'on sait très bien qu'à Paris, il n'y a que deux laboratoires qui peuvent la faire. Pour l'un, ce sont des policiers qui ne communiquent pas vraiment chaleureusement leurs données. Donc, on est complètement dans le flou, et on a quand même des cachetons qui sont ensuite analysés par l'autre qui dit : *"Attention, il y a ça et ça dedans"*, par chromatographie. Mais l'information apparaît beaucoup trop tard.

Professeur Parquet : Est-ce que vous pensez une seule seconde, monsieur, que les consommateurs ont l'idée que les comprimés qu'on leur vend ne contiennent que le produit mère ? Nous ne sommes même pas certains, lorsque nous achetons un jus de fruits, que cela ne contient que du jus de fruits ! Alors si on vous refuse un comprimé d'ecstasy, il faut vraiment être déficitaire à un point intellectuel extraordinaire pour penser que dans le comprimé, il n'y a que du comprimé !

La salle : Il faut savoir ce qu'il y a dedans ?

Professeur Parquet : Mais ils le savent parce qu'ils consomment.

La salle : J'ai été médecin au SAMU. Des gens se sont

trouvés dans un lit le matin avec d'autres personnes, sans savoir pourquoi. Au Queen, la boîte branchée de Paris, il y a un célèbre chanteur, la caméra de surveillance faisant foi, dans le verre duquel on a versé quelque chose, on sait pas quoi, peut-être du LSD. Mais il y avait quand même dans les cachets d'ecstasy vendus dans cette boîte, une substance spéciale, comme en témoignent les appels de la part des gens qui nous ont dit : *"On s'est retrouvé le matin dans un lit avec des inconnus"*. Un mec s'est retrouvé à Limoges, sans savoir pourquoi, avec trois autres gars dans la bagnole. Si on faisait l'information avant, ce qu'ils ont fait quand même à Médecins du Monde, si on disait : *"Dans le produit on trouve ça et ça. Ça on connaît, ça on peut maîtriser, on sait exactement ce que ça contient"*, ce serait mieux. J'en reviens à ce que disait monsieur Roques ce matin : au niveau de la prévention médicale, si les médecins savent qu'il y a un produit qui circule avec de la kétamine, de l'ecstasy avec de la kétamine par exemple, dont on sait qu'elle a des effets hallucinogènes complémentaires, on peut prévoir qu'il y a une pharmacopsychose qui se développera. Sinon on n'a pas d'informations et les usagers non plus.

Professeur Parquet : Ca c'est une information pour les gens intelligents, compétents, qui souhaitent thésauriser l'information et en faire des publications. Sur le terrain...

La salle : Mais les usagers ne sont pas forcément des idiots.

La salle : La plupart des consommateurs préfèrent prendre un comprimé qui contient une quantité exacte d'une substance pure, et en principe ne veulent pas acheter des pilules qui contiennent "je ne sais pas quoi dans une quantité que je ne connais pas". Il en existe certainement qui aiment jouer à la roulette russe avec ces capsules ou ces comprimés mais la plupart préfère les acheter comme on achète des aspirines. La plupart préfère acheter des comprimés qui contiennent de l'aspirine, et peut-être d'autres substances, mais qui sont testés, pas au niveau du consommateur mais au niveau du fabricant. Et toutes les pratiques du tesling, comme nous les avons développées en Hollande n'existent que grâce au fait qu'il n'y a pas de méthodes meilleures, comme on en a pour presque tous les autres produits. Et cela, de nouveau, est une conséquence du système des prohibitions...

La salle : Quand une pilule ne contient pas de MDMA, la plupart du temps les gens la laissent, ils ne la consomment pas. Donc les consommateurs ont une conscience de leur santé. Ils ont envie d'une chose, et pas d'une autre. Ils sont intéressés par le fait de savoir ce qu'ils consomment, quelles sont les implications et les effets des produits.

La salle : La question est peut-être un peu naïve, mais est-ce que précisément le fait que l'on ne sache pas n'est pas une sorte de prévention ?

La salle : C'est une prévention basée sur l'abstinence.

La salle : C'est-à-dire qu'on n'aurait pas fait des études pour savoir le nombre de gens qui consomment moins, parce qu'ils ne savent pas ce qu'il y a dans les pilules.

La salle : Mais il y a des études qui ont été faites et qui montrent que 40% des gens qui ne connaissent pas la qualité d'une pilule, qui ne l'ont pas testée, qui ne l'ont pas fait tester par un ami, préfèrent ne pas la consommer. Il y a quand même 63 autres % qui vont la consommer...

La salle : Je voudrais vous poser une question : de vous à moi, vous avez beaucoup parlé de cohérence alors comment envisager une politique de réduction des risques cohérente dans une société de prohibition ? Comment, dans une société prohibitionniste, mener une politique de réduction des risques cohérente et complète ? Parce que si on prend par exemple une technique d'échange de seringues comme on le fait à Liège, ce ne sont que des demi-mesures. On échange des seringues. Il y a eu tout un débat : *"Doit-on en distribuer ou pas ?"*. On le fait. Mais alors on donne la moitié du matériel, et puis il reste le produit dont on sait qu'il est frelaté, et là on ne fait rien. Parce qu'on est forcément dans une politique de prohibition. Comment concilier une réelle politique de réduction des risques dans une société prohibitionniste ?

Professeur Parquet : Mais je crois que c'est la même chose. Si vous posez cette question-là en allant tout à la prohibition, vous allez trouver des pans qui sont moins pertinents que d'autres. Par rapport à l'alcool par exemple, ça se décline de la même manière, parce que ce n'est pas l'aspect de la prohibition qui empêche les actions de prévention. La seule chose, c'est que ça peut les gêner. Quand, avec madame Barzach, on a essayé de proposer à la communauté l'échange de seringues, ça a été un tollé absolument général, et au moment où il y avait la prohibition la plus forte et la plus dense, on a réussi à faire accepter avec un décret gouvernemental la possibilité qu'il y ait des échanges de seringues. Programme dans lequel on s'était fixé un tout petit objectif, qui était d'une infime discrétion mais probablement d'une efficacité assez importante. Je pense que si nous voulons tout faire, nous ne le pourrons jamais quelque soit le système de réglementation ou de prohibition. A mon sens, le système de la réglementation est moins gênant. Je vais prendre un exemple : nous avons une réglementation sur l'ivresse publique, nous avons une réglementation sur la conduite et la consommation d'alcool, c'est un tout petit truc, mais ça n'empêche pas énormément de choses. On a toujours envie qu'une mesure et une décision puissent régler la totalité des problèmes. C'est un merveilleux exemple. Réglementation ou caractère illicite, on facilitera un certain nombre de choses, on en gênera d'autres. Nous avons là à inventer.

La salle : Est-ce qu'il n'y a pas une contradiction dans le terme "politique" de prévention ? Le mot "politique" engendre toute une question de débat démocratique, de prises de positions peut-être suite à un accord gouvernemental, à un débat d'idées. Et qui ne rentre peut-être alors plus dans une perspective pragmatique, car on impose une certaine conception philosophique, éthique, des actions à mener. Au niveau de la société civile, n'est-ce pas aux acteurs de terrain de se positionner politiquement et peut-être idéologiquement pour mettre en place la politique de prévention, donc l'action de prévention

qu'ils considèrent comme la plus adéquate ? On a parlé de société pluraliste, de la pluralité de conceptions philosophiques, de la pluralité des formes de prévention, de la pluralité des besoins des usagers, des consommateurs. Je pense qu'il y a peut-être une illusion de dire : *"Il faut une pluralité de conceptions parce que il y a une pluralité de besoins, et chacun va s'y retrouver dans la société"*. Je crois qu'il ne faut pas nier que il y a une certaine concurrence entre les acteurs de prévention qui interagissent dans le champ de la toxicomanie. Et même les acteurs de répression viennent occuper ce terrain de la prévention en disant par exemple : *"On fait des contrôles routiers avec sanctions, retrait de permis, pour éviter les accidents, et on fait de la prévention"*. Donc je pense qu'il faut peut-être vouloir agir au niveau de la politique, pour essayer de faire changer la politique de prévention, la politique de répression, mais je ne pense pas que les acteurs de la prévention doivent tirer leur mode d'action de cette vision, cela me gêne.

Michel Rosenzweig : Vous avez parlé de philosophie en parlant de la prévention. Il faut quand même bien rappeler que la prohibition n'est pas une philosophie, mais une idéologie, et c'est différent. Beaucoup d'auteurs l'ont démontré. Alors, on pourrait respecter toutes les philosophies et toutes les éthiques possibles qui diffèrent d'une culture à l'autre, mais l'idéologie prohibitionniste, c'est autre chose, et je pense, pour ma part en tout cas, qu'elle est incompatible avec ce que vous développez dans votre rapport, monsieur Parquet. Et je partage l'interrogation de monsieur Cohen sur la petite phrase qu'il a évoquée, parce que c'est à mon avis, le point sur lequel votre proposition achoppe.

En tout cas, en ce qui me concerne je vois difficilement comment on peut développer la cohérence de ce que vous proposez, même si je trouve votre rapport tout à fait remarquable. Ceci ne veut absolument pas dire que dans une optique de réglementation, il n'y aura pas de problèmes. On sait bien, et nos intervenants l'ont rappelé, qu'il y aura toujours des personnes qui auront des problèmes avec les drogues. La réglementation ne va pas tout régler. Et c'est tant mieux je dirais.

Professeur Pelc : Je partage assez bien le point de vue que faire une prévention des risques dans une atmosphère de prohibition tient très souvent du domaine du surréalisme. Il y a une commission parlementaire qui, pendant deux ans, s'est penchée sur la légalisation, la dépénalisation du haschich, du cannabis, etc. Le résultat a été de dire qu'on accordera la plus faible priorité au point de vue répressif. Mais qu'est-ce que ça veut dire ? Que chacun l'interprète comme il veut. Chaque policier en Belgique l'interprète comme il veut, chaque juge l'interprète... On n'est pas beaucoup plus avancé. Et ceux qui font des interventions dans les écoles sont interpellés tous les jours : *"Qu'est-ce qu'on dit ? Qu'est-ce qu'on fait ? C'est oui ? C'est non ? C'est un peu ? C'est beaucoup ? On ne sait pas"*. C'est surréaliste. Quant à dire qu'aucune prévention n'est efficace, je ne suis pas d'accord. Les constructions actuelles de prévention sont inefficaces en général, mais pour la promotion du bien-être (je m'excuse mais j'y tiens) qui se fait naturellement, il y a quand même toute une série d'études qui essayent de voir pourquoi certains jeunes,

même en étant usagers de certaines drogues ne deviennent pas dépendants et ne deviennent pas usagers abusifs. Il y a quand même une série de choses que l'on sait là-dessus. Ce qui fait la différence, à travers le monde, de manière transculturelle, c'est que les jeunes qui sont droits dans leurs bottes comme on dit, ils ont élaboré leur zone de plaisir par ailleurs : ils font de la musique, du sport, ils ont du bien-être, ils se sentent bien avec les autres, ils savent gérer le stress, se détendre, se donner du plaisir. Mais ça, c'est de la prophylaxie du bien-être. On sait bien que pour certains jeunes, en général, dans les études que l'on a faites, il y a aussi une histoire qui revient, c'est la relation à l'autorité du père, l'absence du père, de la loi, diraient les lacaniens, c'est une donnée assez constante. Mais ces messages-là sont excessivement difficiles à faire passer au niveau de l'éducation des petits enfants, des adolescents et puis des autres. Alors c'est efficace. Le problème c'est que ça ne peut pas se construire à 25 ans ce truc-là, ça se construit très jeune. Et donc, il faut créer beaucoup d'interventions au niveau éducatif, de la santé et du bien-être pour que ces messages-là passent. Je suis d'accord avec vous, monsieur Cohen, quand vous dites qu'il y a aussi des atmosphères de construction culturelle, c'est évident. Je crois que c'est efficace, quand ça se fait naturellement.

La salle : Je connais ces études qui disent que les gens qui se sentent bien abusent très rarement de substances. Mais que fait-on avec cette connaissance ? On ne peut pas construire une famille heureuse, on ne peut pas construire par intervention une jeunesse heureuse. Je crois que dans le champ de la prévention, on parle beaucoup mais les choses que l'on peut faire de manière concrète sont très peu nombreuses.

Professeur Pelc : *"Pensez-vous prohibition ou non ?"* Moi, si vous me le demandiez, je ne saurais que répondre. Je ne peux pas imaginer des choses qui n'existent pas, qu'on ne sait pas mettre à l'épreuve. Il faudrait pouvoir les mettre à l'épreuve réellement, construire quelque chose et puis évaluer. Mais ce dont je suis intimement convaincu, c'est que, prohibition ou pas, si on n'arrive pas à avoir une société où il y a des familles qui se tapent moins dessus, où les gosses ne sont pas baladés d'institution en institution, où à 17-18 ans, quand ils sortent de l'école, il y a 80% de chômage, tous ces problèmes de pauvreté, de misère, d'exploitation humaine, on n'arrivera à rien du tout me semble-t-il. Or, ces problèmes-là, comme vous dites très justement, on ne peut pas les gérer, on ne peut pas les créer mais on peut éventuellement dire publiquement que tous les grands problèmes de drogues sont associés à ces problèmes de société. Et il faudrait s'occuper de ça aussi, me semble-t-il.

La salle : Non, pour moi les grands problèmes de drogues ne sont pas liés au manque d'être heureux. Les grands problèmes de drogues dans notre société, c'est le droit qui va en fausse direction, un système de répression qui est devenu incroyablement grand, les overdoses qui ne sont pas nécessaires, une grande liste de choses qui sont liées à la prohibition, et pas à l'abus de drogues qui est construit jusqu'à maintenant comme une cause très mauvaise et qui légitimise cette prohibition.

Conclusions de la journée.

Philippe BASTIN¹

Je retirerai deux choses de ces longs débats sur la toxicité des drogues, sur la prohibition, la déprohibition, la réglementation, et plus concrètement sur la pratique des tests.

On a bien vu qu'il y avait encore beaucoup d'aléatoire concernant la connaissance des produits mais qu'il fallait remettre chaque substance à sa place, et que l'ecstasy n'a peut-être pas la place de dangerosité aussi élevée que ce qu'une partie de la presse nous fait croire.

Finalement, il se dégage, si on veut être concret, et c'était le but de cette journée, la nécessité d'une parole, d'un discours des intervenants en prévention.

Et pour moi, ils sont très divers, il n'y a pas que les professionnels de la prévention, il y a tous les autres intervenants de première ligne, de seconde ligne. Tous ces gens qui peuvent parler aux jeunes et aux adultes prenant des substances, dans une perspective d'honnêteté, c'est-à-dire avec une parole vraie, qui exprime la vérité sur les drogues, ce qu'on sait et ce qu'on ne sait pas.

Mais qu'on puisse le dire!

Et je pense que, même en Belgique, cette possibilité n'existe pas complètement. Nous sommes toujours en train de travailler à la marge, c'est-à-dire qu'on pourrait toujours nous reprocher d'inciter à la consommation, en disant la vérité. Et dans l'institution dans laquelle je travaille, il est clair que pour avoir dit parfois la vérité sur le cannabis, nous nous sommes faits reprendre par les autorités publiques très clairement en disant que nous ne pouvions quand même pas dire ces choses qui auraient pu déclencher une hystérie de masse auprès des jeunes qui auraient, du coup, tous consommé du cannabis.

Donc je pense qu'on doit travailler avec nos politiques à élargir le cadre pour qu'on puisse réellement parler dans la transparence.

La deuxième chose, c'est la question des tests. Ce que j'en retiens, c'est que finalement je n'ai pas senti une opposition quant à la pratique des tests dans les "raves", je veux dire en situation, sur le terrain.

Mais probablement devrions-nous plus travailler maintenant les questions de fiabilité, de cadre dans lequel on pratique ces tests et peut-être aussi sur la qualité de ces tests et revendiquer que les pouvoirs publics nous donnent les moyens de fonctionner avec un meilleur cadre, c'est-à-dire une meilleure sécurité pour pratiquer ces tests.

En sachant aussi qu'il peut y avoir par moment des effets pervers quand nous les pratiquons. Comme on l'a dit ce matin, les gens pourraient croire que parce que leur pilule est testée, il y a plus aucun problème avec l'ecstasy. Donc,

il ne suffit pas simplement de poser un geste technique en pratiquant un test et en se taisant, mais au contraire, il y a des choses à dire et il faut entamer un dialogue avec les gens qui consomment.

Non pas de nouveau pour faire la morale ou pour essayer de les convaincre de ne pas consommer, mais simplement pour leur dire : "As-tu pensé à ceci ou ça ? Est-ce que tu sais que ceci ou ça peut se produire ?" Et je pense qu'après, il faut que les gens prennent leurs responsabilités.

De toute façon, s'ils ont décidé de consommer, ils consommeront, donc ça ne sert à rien de vouloir faire un rempart de son corps pour qu'ils ne consomment pas.

Voilà, les deux grands éléments que je retiens de cette journée.

Je voudrais remercier nos quatre orateurs d'avoir fait le déplacement, et d'avoir bien voulu répondre à nos questions et accepté d'avoir alimenté la controverse, d'avoir débattu de choses avec lesquelles tous ne sont pas toujours d'accord. Et je pense que ça a été le cas.

Nous reproduirons certainement, avec Eurotox, d'autres journées comme celle-ci.

Je pense que nous avons vraiment besoin maintenant de discuter de points très concrets, sur le plan de la prévention, de l'information, etc., puisqu'il s'agit que les gens rencontrent le moins de difficultés possibles en consommant des drogues.

Je vous remercie, ainsi que tous les collègues qui ont permis cette journée. ■



1. Directeur d'Infor-Drogues.

Ecstasy, science et intoxication politique

Docteur Christian SUEUR¹ et Docteur Rodolphe INGOLD²

Le 15 février 2000

(texte adressé au journal Le Monde et non publié à ce jour)

"Une vraie démarche de prévention ne devrait pas tendre à infantiliser, mais au contraire à responsabiliser les citoyens. Ceux-ci ont droit à une information aussi objective que possible.

La campagne de presse actuelle sur la dangerosité de l'ecstasy, particulièrement sur sa "neurotoxicité irréversible", tient plus de la propagande que de l'information objective.

C'est pourquoi nous soutenons la démarche de Christian Sueur et Rodolphe Ingold, qui tendent à ouvrir publiquement un débat sur ce qui reste, au plan scientifique, une controverse d'experts."

- Professeur Claude Olievenstein, Dr Marc Valleur et Dr Michel Hautefeuille, psychiatres, praticiens hospitaliers, Centre Médical Marmottan, Paris
- Docteur Pierre Gay-Lemaître, psychiatre, référent médical, Mission rave, MDM, Paris.

Texte soutenu par :

- ASUD Paris
- Association Française de Réduction des Risques

Après le cannabis, le LSD, l'héroïne, la cocaïne, voici sans doute le moment venu de diaboliser l'ecstasy. La "science" est convoquée pour servir d'argumentaire à nos "entrepreneurs de morale moderne". On ne condamne plus la drogue parce que "c'est mal", mais parce que la science vient nous prouver que c'est extrêmement dangereux. Une campagne médiatique se développe actuellement sur ce thème. On a ainsi pu lire récemment un dossier dans le Nouvel Observateur³, intitulé *"Ecstasy, la pilule du malheur-la déferlante des drogues chimiques"*, et une pleine page dans Le Monde du jeudi 3 février 2000 : *"Les pouvoirs publics s'alarment des risques liés à la consommation d'ecstasy"* - *"De réels dangers à court et à long terme, malgré une réputation d'innocuité"*.

Il y a maintenant deux ans, l'expertise de l'INSERM sur l'ecstasy avait recours au risque de mort subite, *"quelque soit la dose"*, pour faire peur aux utilisateurs, et ceci malgré l'évidence d'un risque quasiment nul au plan statistique. Au diable la rigueur scientifique et l'honnêteté intellectuelle, c'est maintenant grâce au fait *"qu'il existe aujourd'hui un consensus scientifique sur le fait que la MDMA entraîne une dégénérescence neuronale à moyen et à long terme, différente selon les individus (nos experts ne savent*

*cependant pas si les neurones détruits vont se régénérer, ni comment"*⁴) que la guerre à l'ecstasy est relancée.

Nos "chères têtes blondes techno" n'ont qu'à bien se tenir, continuer de danser, mais surtout, arrêter de "gober" innocemment de la MDMA, d'autant plus si les méthodes de testing et d'analyse en laboratoire, initiées dans un but de réduction des risques par les missions rave de Médecins du Monde et poursuivies par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (Programme SINTES), leur ont fait préférer de la MDMA plus ou moins pure à des produits frelatés.

Non, nous n'acceptons pas que soient systématiquement évitées les discussions scientifiques internationales, nos propres travaux de recherche⁵, pourtant financés par les pouvoirs publics, ainsi que notre expérience de cliniciens en contact direct avec les utilisateurs. Et nous ne nous associons en aucun cas à ce discours "politiquement correct", qui fait feu de tout bois pour désinformer et conclure à l'inévitabilité du danger de la drogue.⁶

De même, nous nous étonnons que ces travaux soient ignorés par la plupart des journalistes qui n'ont visiblement pas le temps (ou l'envie ?) de travailler en profondeur sur ce

1. Psychiatre, praticien hospitalier, Paris. Coordinateur de la recherche-action de Médecins du Monde sur l'usage des drogues de synthèse dans le milieu festif techno.

2. Psychiatre, Paris. Directeur de l'IREP, Institut de Recherche en Épidémiologie des Pharmacodépendances.

3. Numéro 1837, du 20 janvier 2000.

4. Citation de Nicole Maestracci, présidente de la MILDT, dans Le Monde du 3 février 2000.

5. INGOLD R. : Ecsta, trip, coke et speed. Approche ethnographique de la consommation d'ecstasy et de ses dérivés, ainsi que des autres drogues licites et illicites associées, IREP- OFDT, octobre 1999. SUEUR C., BASTIANELLI M. et coll. : Rapport de Recherche-Action : Usages de drogues de synthèse (ecstasy, LSD, dance-pills, amphétamines...). Réduction des risques dans le milieu festif techno, Médecins du Monde - Ministère de la Santé, octobre 1999, 475 p.

6. SUEUR C., ZISKIND C., LEBEAU B., BENEZECH A., DENIEAU D. : Les substances hallucinogènes et leurs usages thérapeutiques. Revue de la littérature, Revue documentaire Toxibase, janvier 2000.

type de problématique complexe (même si nous apprécions particulièrement la mise en garde de Paul Benkimoun dans cet article du Monde, qui précise que *"tout le monde s'accorde en tout cas à souligner le besoin de poursuivre les études scientifiques afin de tenir en la matière un discours étayé, transparent, et non d'y substituer un discours diabolisant dont on a vu l'inefficacité à l'égard des consommateurs de drogue"*).

Nous déplorons le fait que la plupart des journalistes se contentent de résumés simplistes, et se fassent, dans ce domaine comme dans d'autres, les porte-voix des politiques qui, pour avoir une parole "autorisée", n'ont peut-être pas pour premier souci l'objectivité en matière de drogues (dont l'usage est effectivement interdit par la loi, même si c'est "purement artificiel", et anticonstitutionnel, puisque le danger de l'usage de drogue ne nuit pas à autrui, dans l'immense majorité des situations).

Qui peut dire aujourd'hui en France que la MDMA consommée sans abus par des humains entraîne *"une dégénérescence neuronale à moyen et à long terme"*, et des *"neurones détruits"* chez l'homme ? **Personne** ; Aucun travail de recherche n'a eu lieu dans notre pays sur le sujet. Aucun de nos experts neurobiologistes ou toxicologues, n'a concrètement travaillé sur ce problème.

Par contre, ce qui est complaisamment médiatisé en France, c'est en tout et pour tout les récentes publications de l'équipe de la John Hopkins School of Medicine de Baltimore (USA), et en particulier les articles de Georges Ricaurte et U.D. MacCann. Or, il faut savoir que ces chercheurs ont été encouragés (moyens financiers à l'appui) par le gouvernement américain à prouver scientifiquement la dangerosité de l'ecstasy depuis son interdiction par son classement sur la liste des stupéfiants en 1985.

A l'époque, l'expertise scientifique faite à la demande du gouvernement américain concluait à l'intérêt de ne pas classer la MDMA sur cette liste des stupéfiants dite *"sans intérêt thérapeutique"*. Le gouvernement américain a pris une décision purement politique en décidant d'interdire la MDMA, allant à l'encontre de ce que disait l'expertise qu'il avait lui-même commanditée.

Nous vous encourageons par ailleurs à lire in extenso les derniers articles scientifiques de cette équipe de Baltimore⁷ ; ce sont autant les modalités d'étude, que l'extrapolation de certains résultats de l'animal à l'homme, que l'échantillon d'utilisateurs étudiés (des sujets très différents quant à leurs habitudes de consommations sont évalués, et pour la majorité d'entre eux, il s'agit de polyconsommateurs), que l'interprétation des tests biologiques qui sont discutables sur un plan scientifique.

Que se passe-t-il quinze ans après l'interdiction aux Etats-Unis ? Et bien, il est intéressant de constater que l'équipe de Charles Grob, médecin directeur du service de psychiatrie de l'adolescent à l'Université de Californie, a pu mener depuis 1994 une étude de toxicité de l'ecstasy chez l'homme ; à l'inverse des discours scientifiques sus-cités, sa conclusion est qu'il n'existe à l'heure actuelle aucune preuve clinique ou biologique d'une réelle dangerosité de

l'ecstasy consommée sans abus. La Food and Drug Administration américaine l'a ainsi autorisé officiellement à utiliser à des fins thérapeutiques la MDMA, comme traitement antalgique et antidépresseur chez des cancéreux en fin de vie.

Certes, dans cette hypothèse, le risque de neurotoxicité à moyen ou long terme devrait être secondaire.

Alors, comment peut-on interpréter le fait que des équipes universitaires dans d'autres pays du monde, soient autorisées à entreprendre ce type d'expérimentation chez des volontaires sains, alors que le risque serait si grand ?

Les scientifiques français, qui, nous le rappelons, n'ont effectué aucun travail chez l'homme quant aux effets neurobiologiques de l'ecstasy, seraient-ils *"meilleurs"* que ceux des autres pays qui acceptent de travailler sérieusement sur ces produits ?

Comment expliquer qu'en Espagne une étude de phase 1 sur l'utilisation de la MDMA chez l'homme se mette en place à Barcelone (Docteur Jordi Cami), et qu'un protocole de traitement par la MDMA chez des patients souffrant de troubles psychotraumatiques va débiter à l'Hôpital psychiatrique de Madrid (P. A Sopelana Rodriguez et J.C. Bouso Saiz) ?

De même, comment comprendre qu'un protocole d'utilisation de la MDMA dans cette même indication du traitement des troubles post-traumatiques soit en cours à l'Université Ben Gourion du Negev en Israël (Dr. Moshe Kotler), et que des études sur des volontaires sains se pratiquent à l'Université de Zurich, pour comparer les effets neurophysiologiques de la MDMA, de la psilocybine et de la kétamine (Professeur Vollenweider) ?

S'agit-il là d'irresponsables, ou bien ces chercheurs considèrent-ils que les patients atteints de troubles psycho-traumatiques, ou les *"volontaires sains"*, peuvent sans risque subir des destructions neuronales irréversibles ?

Rappelons quand même que l'ecstasy a été utilisé par des dizaines de psychothérapeutes et prescrit à des centaines de patients aux USA dès la fin des années 70 (et ce jusqu'à son interdiction en 1985), ainsi que plus récemment en Suisse, de 1988 à 1993. Les auteurs de ces thérapies, tant aux USA qu'en Suisse, continuent d'affirmer que ces traitements sont des traitements sûrs. Aucun trouble particulier permettant d'étayer l'affirmation de dégâts cérébraux n'a jamais été avancé concernant tous les sujets évalués dans des études rétrospectives.

Qu'en est-il réellement des risques liés à la consommation d'ecstasy ? Que ce soit lors du symposium *"Ecstasy, mécanismes d'action et pathologie"*, organisé au Collège de France le 2 juin 1999 qu'au sein d'organismes scientifiques reconnus (en particulier, J. O'Callaghan, toxicologue de l'Agence Américaine de Protection de l'Environnement, et le Professeur Cadet, neuro-physiologiste du National Institute of Drug Abuse) ou dans la presse spécialisée américaine, de nombreux chercheurs discutent les conclusions de l'équipe de Baltimore.

Pour ces autres spécialistes, il n'y a actuellement aucune preuve d'une destruction neuronale structurelle

7. Et en particulier l'article du Lancet *"Positron emission tomographic evidence of toxic effect of MDMA on brain serotonin neurons in human beings"*, The Lancet, 1998, 352, (9138), 1433-1437.

8. GROB C.S. : MDMA research : preliminary investigations with human subjects, International Journal of Drug Policy, 1998, 9, 1.

9. GROB C.S., POLAND R.E., CHLEBOWSKI R. : Safety and efficacy of 3,4 MDMA in modification of physical pain and psychological distress in end-stage cancer patients, Departement of Psychiatry and Medicine, Harbor-UCLA Medical Center, 1997.

irréversible, mais uniquement l'hypothèse d'une modification fonctionnelle de la neurochimie qui aboutit effectivement à une diminution persistante de la sérotonine intra-cérébrale chez des sujets consommateurs de "grosses quantités" de MDMA, et qui sont d'ailleurs le plus souvent des consommateurs concomitants d'autres drogues. Ces modifications permettent sans doute de comprendre le risque dépressif qui se manifeste parfois chez les utilisateurs de doses massives d'ecstasy.

Certains travaux vont même jusqu'à affirmer que le "pruning effect", c'est-à-dire une sorte de taille en espalier des axones des neurones sérotoninergiques comme celle qui apparaît chez l'animal après la prise de MDMA et qui constitue l'un des principaux arguments en direction d'une atteinte neuronale, constituerait un phénomène naturel d'évolution cérébrale à l'adolescence et n'aurait pas de conséquences négatives.

Certes, l'usage de MDMA est dangereux; c'est particulièrement le cas pour des sujets psychologiquement fragiles consommant de façon abusive (*"un ecstasy par semaine, c'est déjà trop !"*), comme le rappelle l'association

Techno Plus), et mélangeant différents produits psychotropes, licites ou illicites (amphétamines, cocaïne, alcool en particulier), qui plus est dans des conditions environnementales augmentant les risques.

Nous avons tous rencontré et soigné de tels patients, sans d'ailleurs avoir constaté de troubles irréversibles, qui soient strictement liés à l'abus de produit; les effets de la déplétion sérotoninergique et son cortège de symptômes cliniques semblent disparaître sous traitement en quelques mois. Ce qui persiste, ce sont les troubles psychologiques qui préexistaient aux prises de drogue.

Le risque le plus grave de la consommation d'ecstasy, c'est celui de troubles psychologiques lors d'abus ou de polyconsommation; voilà ce qui est certain, et vis-à-vis de quoi il s'agit de mettre en garde les utilisateurs. Voilà ce qui, de notre point de vue, devrait être mis en avant dans l'intérêt de la santé des consommateurs. Voilà ce qui serait véritablement entendu par les jeunes gobeurs d'ecstasy, car cela correspond à leur savoir empirique, à l'observation simple de leur environnement. Voilà ce qui serait pris au sérieux par ces jeunes, et qui permettrait un véritable accès aux soins pour ceux qui vont mal.

Liste des Cahiers parus

Volume 1 n°1-2	Pratiques judiciaires en matière de consommation de produits illicites : épuisé
Volume 2 n°1	Privé ou public : quels espaces de liberté ?
Volume 2 n°2	Ecole et prévention (tome 1) : épuisé
Volume 2 n°3	Ecole et prévention (tome 2)
Volume 2 n°4	Les situations des jeunes adultes (18-25 ans)
Volume 3 n°1	Ecole et prévention (tome 3)
Volume 3 n°2	La question du plaisir... le plaisir en question (tome 1)
Volume 3 n°3	La question du plaisir... le plaisir en question (tome 2)
Volume 3 n°4	La question du plaisir... le plaisir en question (tome 3)
Volume 4 n°1	La question du plaisir... le plaisir en question (tome 4)
Volume 4 n°2	Economie souterraine ou économie des exclus ? (tome 1)
Volume 4 n°3	Economie souterraine ou économie des exclus ? (tome 2)
Volume 4 n°4	Drogues et prison (tome 1)
Volume 5 n°1-2	Drogues de synthèse : de la prévention des risques aux risques de la prévention (actes de la journée d'étude d'Eurotox du 3.12.99)
Volume 5 n°3	Drogues et prison (tome 2) : à paraître en septembre 00

Considérations contrastées sur les extases modernes

Docteur Jean-Pierre JACQUES*

"C'est curieux que les adolescents n'aient qu'un mot à la bouche : "sortir". On dirait qu'ils sont comme des fœtus. Le fœtus, lui, ne sait pas qu'il pense à sortir, mais, en fait, il le vit comme un désir-besoin, parce que, s'il reste, il mourra. C'est la même chose d'un adolescent."

Françoise Dolto

"Paroles pour les parents et les adultes qui vivent avec des adolescents", 1985.

Un spectre hante l'Europe¹ et fait désormais frissonner sa Commission^{1,2,3} les nouvelles drogues de synthèse, au premier rang desquelles l'ecstasy. Si l'on tente de prendre ce nouvel effroi avec quelque distance, doit-on penser que les nouvelles drogues posent des problèmes nouveaux ? Ou peut-on traiter ce phénomène d'allure nouvelle avec les équations établies pour rendre compte des drogues "classiques" ?

Certes, tout, dans l'épidémie d'usage de M.D.M.A. et de ses innombrables successeurs⁴, donne le sentiment du nouveau. Nouvelle pharmacologie⁵, nouvelle culture (Techno et Rap)⁶, effets subjectifs inconnus auparavant ("entactogènes"), nouveaux effets toxiques aigus ("choc hyperthermique") et chroniques (neurotoxicité)⁷, et nouveaux circuits de distributions (laboratoires locaux et Internet). Pourtant, à tête refroidie, on ne peut éviter un sentiment de déjà-vu. À commencer par cette opposition si marquée entre l'establishment politique et sanitaire d'un côté, et les discours des "jeunes" de l'autre ; on y rejoue le concerto typique des années '60 et '70, marqué des dissonances entre les jeunes, hippies et drogués, et les gens sérieux, sobres et experts.

On pourrait même avoir la fâcheuse impression que les vieilles drogues étant sur le point d'être aculturées, il était prévisible que le match se devait d'être renouvelé. L'héroïne, autrefois prototype du pire, opère une retraite épidémiologique⁸ et fait désormais l'objet de remarquables programmes de remise contrôlée en Suisse⁹ et en Hollande¹⁰ ; d'autres pays y réfléchissent. Le cannabis connaît diverses formes de dépénalisation de facto¹¹ et se sort plutôt bien du procès en toxicologie confié au Professeur Roques^{1,2}. Tout rentre dans l'ordre, les adultes responsables d'aujourd'hui, souvent adolescents des années '60, pouvaient croire qu'ils étaient sur le point de pacifier le champ des drogues, au bénéfice de tous, usagers y compris.

Hélas, la jeunesse des années '90 s'éprend de nouvelles drogues et relance la guerre qu'on croyait finie. Et le succès de masse de ces nouvelles drogues est tel qu'il nous impose de procéder à des analyses, aussi fines que possibles, tant pour penser l'information et la prévention que pour éclairer la pratique clinique.

Ce succès des nouvelles drogues doit vraisemblablement

beaucoup au discours de prévention du sida^{1,3}. Celui-ci, tout en imposant un respect sans précédent des usagers, a déconsidéré l'héroïne et la cocaïne, c'est-à-dire les drogues en poudre, toujours susceptibles d'être injectées, donc de contaminer. Cette éviction des drogues en poudre à "shooter" s'est faite au profit des drogues à ingérer, à "gober". Celles-ci sont imaginaires en continuité avec les vitamines, increvable succès commercial de vente au comptoir ; il existe d'ailleurs une panoplie de produits qui font transition entre l'ecstasy et les vitamines ou les boissons énergisantes survitaminées, sous les noms génériques d'éco-drogs ou de smart drugs.^{1,4}

L'apparition de cette nébuleuse de produits, qui semble nécessiter des compétences neuropharmacologiques pour en discuter, donne le vertige aux intervenants en toxicomanie, souvent de formation insuffisante en "sciences dures" ; ceci les déroute au point de les rendre parfois inaptes à la rencontre des sujets en difficulté avec les "nouvelles drogues". Pour leur confort intellectuel, les intervenants en toxicomanie de langue française, et derrière eux l'opinion publique, se contentaient depuis 1968 d'une opposition binaire entre héroïne et cannabis pour décrire grossièrement le champ des "toxicomanies" ; ce plan de clivage était aussi celui qui séparait les sujets à traiter de ceux qui majoritairement pouvaient rester ignorés des thérapeutes. Un manuel de traitement des toxicomanies consacre explicitement trois pages au cannabis^{1,5} et plus de deux cents aux opiacés^{1,6}. De même, on accorde généralement une mention aux hallucinogènes (L.S.D. et analogues^{1,7}) "pour mémoire", et les travaux les plus récents accordent quelque importance à l'alcool, au tabac et à la cocaïne^{1,8}.

Pourtant, pendant les travaux, la fête continue. Aux États-Unis d'abord, en Europe du Nord ensuite, partout dans le monde "démocratique" désormais, l'ecstasy et ses variantes^{1,9,2,0} sont les drogues de consommation de masse les plus susceptibles de détrôner le cannabis dans le mode de vie des adolescents contemporains (boissons alcoolisées et tabac mis à part). Le manuel^{2,1} précité consacre deux paragraphes à l'ecstasy ; il n'est pas question d'en faire le reproche aux auteurs, mais ceci mesure le peu d'intérêt pour cette famille de produits parmi les spécialistes des traitements des "toxicomanes". Sans doute, n'y a-t-il jusqu'ici guère de "demande" de la part des sujets usagers d'ecstasy. Pourrait-il en être autrement tant qu'il n'y aura

* Psychanalyste, Projet Lama, Bruxelles

pas d'offre, tant que la culture des intervenants ne se sera pas penchée sur celle des nouvelles chimies de l'extase ? Cet article n'aura d'autre prétention que d'inviter ces intervenants à entreprendre cette remise à niveau, dans une grille de lecture à double entrée, de ce qui change, à ce qui ne change pas - et oblige pourtant à repenser ses appuis.

L'ecstasy et l'amour

"Pilule d'amour" : les premières promotions de l'ecstasy faisaient référence explicitement à l'amour. Plutôt l'amour sublimé, platonique et innocent d'ailleurs, que le commerce charnel auquel n'étaient pas spécialement enclins les usagers d'ecstasy. Cela tombait plutôt bien pendant ces années latex de suspicion sur le sexe. Ainsi l'ecstasy était plutôt une vitamine de la séduction qu'un aphrodisiaque, sans toutefois rendre impuissant, sexolysé^{2,2}, comme les drogues dites dures. C'était, du moins à l'origine, une parfaite pilule de rencontre entre inhibés récréatifs.

Et comme tout dispositif de réduction de l'inhibition, du whisky au joint, c'est aussi bien ce qui donne accès à l'autre du désir (dimension érotique), et permet de s'en faire reconnaître, que ce qui peut se substituer à l'autre (dimension de diversion) ; sur ce deuxième versant, le recours peut comporter pour certains une dimension auto-érotique, d'équivalent onaniste, tandis que pour d'autres, c'est la pulsion de mort qui prévaut. Ainsi le célèbre cas John, décédé en 1998 d'une surdose de 4-MTA^{2,3}, est-il une version actualisée du Don Juan qui, s'il les collectionne et les essaie toutes, défie la mort, en souriant, par une pratique de mise à l'épreuve délibérée de tout ce qui apparaît sur le marché des pilules.

Les formules du marketing underground de l'ecstasy en faisait un philtre d'amour, bienvenu pour les héros timides. Mais il y a duperie possible sur l'objet d'amour : "avec une pilule d'XTC, si cette nuit-là tu es face à quelqu'un, tu tomberas amoureux de ce quelqu'un ; si tu es face à un ordinateur, c'est de celui-ci que tu seras amoureux". Tout comme le philtre préparé pour favoriser l'amour d'Iseult et du roi Marc, il fonctionne aussi bien si, par mégarde, au lieu de Marc et Iseult, il est absorbé par Tristan et Iseult, dès lors impitoyablement amoureux.

Opérateur du lien amoureux, l'ecstasy est particulièrement adapté aux circonstances qui font obstacle à toute rencontre : dans l'hostilité des méga dancings et le vacarme des décibels qui couvrent toute parole, pris dans une foule de milliers de pantins survitaminés, les sujets sont plutôt aux antipodes de la rencontre amoureuse, qui traditionnellement préférerait la discrétion d'un parc romantique, ou les abords du bal du village. A sa façon, l'ecstasy est aussi un contrepoison, un antidote à la tyrannie du dancing contemporain.

L'ecstasy et le risque

Mais si la pilule est d'amour, surnommée autrefois Adam ou encore davantage Eve, elle ouvre sur une métaphore du paradis terrestre. Dans une pirouette qu'on n'a pas assez commentée, ce sont donc les promoteurs des drogues de synthèse qui délibérément filent des comparaisons avec les "paradis artificiels", concept baudelairien qui a nourri cent cinquante ans de diabolisation des drogues. Cet écart

entre le discours pro et anti ecstasy, construit sur le modèle de l'opposition entre produit paradisiaque ou diabolique, nous encourage à reprendre la question de la dangerosité, donc celle des risques.

Chocs hyperthermiques, hépatites fulminantes, coagulation intravasculaire disséminée, rhabdomyolyse, accidents de circulation, les risques aigus associés aux drogues de synthèse font progressivement l'unanimité au sein de la communauté scientifique^{2,4,2,5}, et au-delà. L'hypothèse de la neurotoxicité à long terme de l'ecstasy fait elle davantage de bruit dans les médias, alors qu'aucun consensus scientifique n'est jusqu'ici acquis ; cette hypothèse qui alimente à juste titre un "principe de précaution" rencontre une contestation documentée ; en particulier sur Internet.^{2,6} Au-delà des procédures scientifiques d'assertion de ces risques, un auteur comme B. Lebeau souligne la toxicité des discours de prévention^{2,7,2,8} quand ils prétendent dissuader par l'énonciation simple du discours scientifique sur les dangers de tel produit.

L'expérience accumulée avec bien d'autres produits, à commencer par l'alcool et la tabac, insiste sur la fréquence d'une position "parano" de l'utilisateur à l'égard du discours scientifique quand ce dernier lui dispute son produit. La culture ecstasy n'est pas en reste et a explicitement mis au compte du complot "anti-fun" les mises en garde issues des gens de laboratoires subventionnés.^{2,9} Comme le susurrent les usagers, *"nous avons enfin une drogue idéale, il fallait bien qu'ils trouvent quelque chose à y redire"*. En admettant que la toxicité évoquée soit scientifiquement vraisemblable, les raisons de l'utilisateur ne sont pas automatiquement subordonnées à la raison de la science. L'obsession de la santé, récemment dénoncée comme santéisme, peut tourner au fascisme de santé que dénonçait P. Skrabanek, ancien éditorialiste du Lancet.^{3,0} La fraise et la crevette sont allergisantes et parfois responsables d'accidents : doit-on les interdire ? Tous les médicaments, la plupart des vaccins, des vitamines liposolubles, voire des aliments, exposent les consommateurs à un risque que l'on tarde d'autant plus à quantifier que la substance est familière.

L'ecstasy et les rites de passage

Le discours sur les risques est-il entendu à l'adolescence ? Rupture d'avec l'enfance docile et prudente, pour marquer, avec le fracas d'un rite de passage, la prétention à faire son entrée dans le monde adulte, l'adolescence n'a guère de temps pour peser les risques. Depuis toujours, un rite de passage comporte un risque, un refus des sécurités, des confort de l'enfance et des garanties de la cellule familiale. Tendue par l'événement corporel de la libido et par le programme d'arrachement au triangle œdipien, l'adolescent débusque dans la prévention un discours anxieux et parfois haineux des parents, et de ses équivalents, à son endroit, à l'égard de sa vitalité brutale, de ses questions inacceptables et de son insupportable immortalité d'éphémère.

Dans le rite de passage, le risque d'accident n'est ni contingent ni superflu. Il est nécessaire, il est ingrédient indispensable pour la validité de l'expérience. Il lui donne sa valeur de traversée initiatique.^{3,1} L'exposition au risque est ce qui donne à la mue adolescente ce qui a permis à Françoise Dolto de la métaphoriser comme le complexe du homard.^{3,2}

À ce titre, la séquelle (par exemple neurologique) peut valoir pour certains comme la trace indélébile de cette traversée, tout comme selon les cultures, le tatouage ou la cicatrice. Aussi, la description du risque - par le discours de prévention - peut-elle induire l'usage dont elle voulait dissuader. Mais est-ce un scoop ? Ou n'est-ce qu'actualisation d'un effet pervers bien connu des discours de prévention, spécialement en matière de drogues ?^{3 3}

L'ecstasy et la culture

Il fut un temps où l'extase était réservée aux ascètes qui n'y avaient accès qu'au terme d'une vie de contrition et de pratiques de sainteté. Aujourd'hui, pour paraphraser K. Marx, l'extase se pratique démocratiquement du jeudi soir au dimanche midi dans les raves et les mega dancings des pays développés.^{3 4} La foi a changé et c'est d'une extase de culture dont il s'agit désormais, comme on parle des huîtres de culture. Cette démocratisation du religieux survient depuis que la religion a cessé d'être l'opium du peuple, qui demande des bacchanales plus accessibles, moins sublimées. Le rapport au religieux n'est toutefois pas si mince comme dans ces affirmations d'adeptes californiens de l'XTC qui se prétendent "making love with God"^{3 5} ou dans les liens qui se tissent entre certaines sectes new age et l'ecstasy. Cette contre-culture de l'Extase et ce détournement des signifiants sacrés, outre qu'elle suscite l'opposition, bien compréhensible, de ceux qui conservent un respect pour les références religieuses, indiquent qu'il faut découvrir dans le recours aux nouvelles drogues de synthèse une recherche de l'"hors-de-soi", au-delà de ce que Michel Foucault désignait comme *gestion de soi*. Cet "hors-de-soi" (une traduction littérale d'ecstasy) s'alimente de ces cultes de la danse et de ce massage par les décibels et la foule, qui me font parler d'une transe chimio-assistée aux dimensions orgiaques. Il est piquant de constater que le législateur a décidé de punir plus sévèrement l'usage en groupe, la dimension collective lui paraissant en quelque sorte plus menaçante pour l'ordre public et pour la vertu que les pratiques solitaires, moins réprimées.

Cette dimension collective comporte des aspects sociologiques ; comme pour l'histoire naturelle (le cycle) de la plupart des drogues modernes, les nouvelles drogues de synthèse ont vu le jour dans un usage confiné à quelques *happy few* ultra-branchés, pour gagner ensuite les adolescents des classes moyennes, et aboutir "en fin de course" prolétarisée comme drogue de rue^{3 6} et des exclus. Mais par-delà, le style culturel a été modifié, si on le compare aux drogues des années '60 et '70 : si le cannabis était surtout une drogue conviviale (le joint tourne autour de la table) ou solitaire, l'ecstasy est (devenu) une drogue de grande surface. Le mode de consommation a suivi le même cycle que celui du petit commerce, disparaissant au profit de l'hyper marché. De même, la dimension de *message* qui accompagnait l'initiation hippie a fait place au *massage*, à l'expérience sensorielle, corporelle. Celle-ci est certes liée à la découverte du corps adolescent, un corps jouissant et exultant, mais qui paraît moins attachée à la fête des mots qui était celle des soixante-huitards. L'ecstasy est alors peut-être une drogue non verbale : "wink wink" (onomatopée désignant les clignements d'yeux) font les jeunes sous l'effet de l'ecstasy dans les soirées de San Francisco décrites par Rushkoff.^{3 7} Sont à l'honneur les sens plutôt que le sens, dans un discours sans parole en tout

point homologue à l'évolution du commerce : anonymat et grand nombre.

La Techno, socle vibratoire de la culture ecstasy, est une musique sans parole (contrairement au Rap). Ce refus des mots peut particulièrement convenir aux sujets qui ont perdu confiance dans la parole. Ceci donne aux cliniciens un repère pour l'écoute singulière à réserver à ces sujets, "déchus de la parole"^{3 8}, dont l'excitation du corps privilégiée sur l'expression verbale évoque l'hystérie de culture du Professeur Charcot, avant l'intervention de Freud qui sut inviter l'hystérique à la prise de parole.

La métaphore, pour porteuse qu'elle puisse être dans la rencontre clinique, s'arrête là. L'essentiel de la consommation d'ecstasy prend place sur une scène publique, comme excitation de masse, peut-être à l'instar des manifestations de masse des générations passées. L'ecstasy est un élément, significatif mais non réducteur, d'une culture en E-volution^{3 9}, culture où la jeunesse et ses attributs (le nouveau et la flexibilité par exemple) sont cardinaux. On ne peut séparer le produit ecstasy de la culture qui la porte/qu'elle comporte, et dont l'énumération donne le haut-le-cœur à ceux qui ont quitté la jeunesse ; cet inventaire, qui fait l'objet de *Cyberia*, le livre de Rushkoff, met en valeur tout ce que la conjonction de la jeunesse, des nouvelles technologies (dont les drogues sont une application) et du capitalisme de marché dérégulé engendre comme nouvelles identités et nouvelles jouissances : pirates informatiques, acharnés des technologies avancées, impénitents des consoles de jeu, cyberpunks, internautes frénétiques, adeptes des smart drugs, écodrugs, participants assidus des raves, acharnés des jeux de rôle, initiés des sectes technopaiennes, écoterroristes, etc.

L'ecstasy et la pathologie

La description fine que donne, pour l'heure, la neuropsychopharmacologie de l'action de l'ecstasy et de ses variantes met l'accent sur l'activation des synapses sérotoninergiques. De plus, les travaux de neuro-imagerie cérébrale qui suggèrent des déficits fonctionnels ou lésionnels consécutifs à l'abus d'ecstasy les situent notamment sur le même axe sérotoninergique. Et l'on voit apparaître des phrases qui résument l'effet de ces drogues en termes de "syndrome sérotonine"^{4 0}. Ceci établit un pont analogique avec les descriptions neuropsychopharmacologiques non moins contemporaines de la dépression sur le même axe sérotoninergique, puisque les antidépresseurs les plus prescrits actuellement auraient pour mécanisme d'action la même interférence sur ce type de synapses.

De là à penser que l'ecstasy serait un "antidépresseur" aigu et sauvage, tandis que son demi-frère, le Prozac, serait un antidépresseur chronique et policé. Sans ajouter crédit un seul instant à cette conception, il s'agit de repérer que le succès de l'hypothèse "sérotonine" comme explication causale de la prise d'ecstasy est lié à la foi contemporaine dans le concept de dépression.

Or, comme pour tout produit, à commencer par l'alcool, aucune explication universelle ne dispense de distinguer les usages et de différencier les usagers. Tant pour la prévention que pour la clinique, il n'y a vraisemblablement

rien de commun entre les usagers compulsifs ou abusifs et les usagers sporadiques ou modérés. Si ces derniers (*usagers discontinus*) peuvent exploiter à fond les effets de contraste entre l'état "abstiné" et l'état "imprégné", par exemple en termes de convivialité ou de plaisir, les premiers (*usagers continus*) tirent essentiellement du produit, quel qu'il soit, surtout des effets d'anxiolyse et/ou d'analgésie. Cette différence cardinale entre les usages discrets et les usages continus est déjà bien documentée pour l'alcool, dont on sait que le sujet dépendant peut ne plus tirer aucune ivresse ; mais il en va de même avec le cannabis et le L.S.D. dont les effets "hallucinogènes" disparaissent lors d'un usage régulier, remplacés par un effet - sous-estimé - de réduction de l'anxiété, notamment chez les sujets phobiques. De même pour la cocaïne, dont les effets de stimulation et d'angoisse en usage discontinu cèdent la place à des effets paradoxalement sédatifs en usage régulier ininterrompu.

Cette clinique différentielle des modes de consommation serait évidemment incomplète si elle n'évoquait pas également la puissante contribution du sujet⁴ lui-même : de ses attentes, de sa structure de personnalité, de son bagage culturel, de son équipement enzymatique et génétique, jusqu'à son fantasme fondamental.

En d'autres termes, même s'il est indéniable que les neurosciences nous décriront de mieux en mieux les mécanismes synaptiques d'action de ces drogues, il serait tragiquement réducteur de ne penser l'usage ou l'abus d'ecstasy qu'en terme de dépression, ou plus généralement de pathologie, sauf à admettre que tous les humains sont irréductiblement exilés de la "normalité".

La fonction de l'ecstasy

Décrite par la science comme une drogue excitante, il nous paraît fécond d'insister plutôt sur sa fonction de pare-excitation, pour reprendre un concept freudien contemporain de celui de pulsion de mort.^{4 2} L'ecstasy réduit la sensibilité à un certain type d'agressions : les décibels, la foule ; mais elle réduit aussi la sensibilité à certains aspects angoissants de l'expérience, des perceptions ou des images de soi : l'angoisse, la timidité. Comme toute drogue, l'ecstasy est d'abord un anesthésique. Une réclame des premiers temps d'une célèbre boisson stimulante le disait simplement en anglais : *"Coca-Cola relieves fatigue"* ; ce

qui pourrait se traduire *"le Coca-Cola endort la fatigue"* qui est la perception de la perte d'énergie. Cela vaut aussi pour le dopage, et ne peut-on réinterpréter à cette lumière les comas d'épuisement et de surdosage ?

Est-il d'ailleurs possible de fréquenter un méga-dancing sans un pare-excitation ? Paroles d'un usager averti : *"il faut carburer, d'une façon ou d'une autre, sinon c'est intenable"*.

Toutefois, à la différence du concept freudien original de pare-excitation, celui que les drogues met en œuvre, transitoirement, fonctionne aussi contre les excitations (agressions) d'origine interne, qui sont, pour reprendre les mots de Freud, traitées comme si elles émanaient de l'extérieur du sujet. La morphine réduit la perception émanant de la zone de fracture osseuse ; et aussi bien la douleur émanant du souvenir douloureux attaché à la perte d'un être aimé.

L'ecstasy réduit la perception douloureuse provenant des décibels et simultanément réduit la timidité, l'inhibition, qui sont, par exemple, l'expression du déplaisir associé à la rencontre d'un autre, ou l'expression comportementale d'un sentiment d'infériorité.

Aussi longtemps que la timidité, l'inhibition, le déficit d'estime de soi, la défiance envers la parole seront le lot des sujets humains, et singulièrement des adolescents, les drogues qui, au moins transitoirement, contrarient ces affects déplaisants, rencontreront un succès incompressible. A cet égard, la toxicité des dispositifs de prohibition se surajoute à celle, intrinsèque, des produits, mais cela n'est pas l'objet de ce travail.^{4 3} Quoique les impasses du traitement, lorsqu'il n'existe pas de substituts, et les égarements du débat sur le "testing" des produits pourraient être surmontés par ces considérations sur l'inefficacité inacceptable et la toxicité surajoutée de la prohibition des drogues.

Pour les usagers d'ecstasy, au-delà de toute perspective pathologisante qui ne vaut que pour certains d'entre-eux, leur choix est celui de l'amour et de la séduction, plutôt que le travail, la production ou la santé. Ils vénèrent Vénus et Cupidon plutôt que Vulcain et Esculape. Toute la prévention santéiste conçue par les adultes vise à préserver le corps pour la production ; elle n'a guère de chance de rencontrer les valeurs des usagers, surtout adolescents.

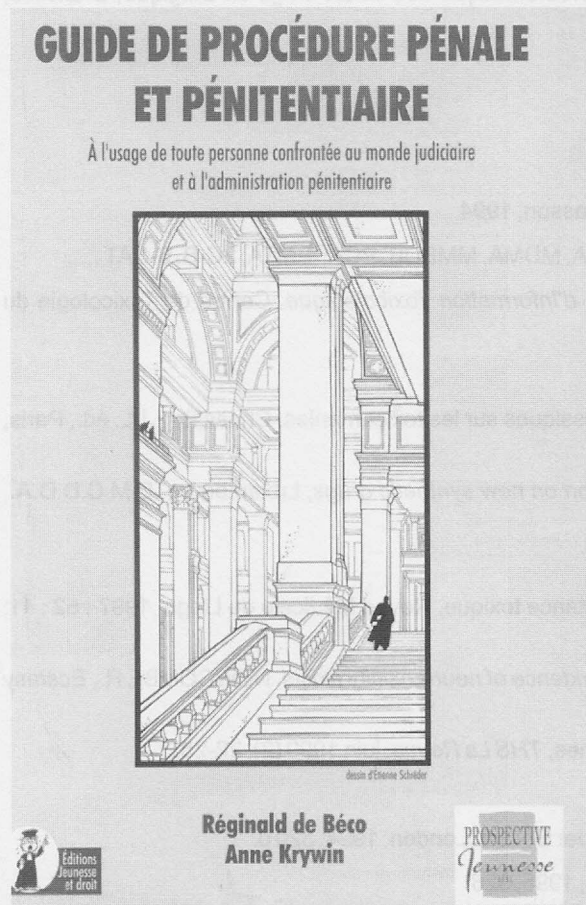
Notes.

1. *Guidelines for the risk assessment of new synthetic drugs*, Luxembourg, E.M.C.D.D.A., 1999.
2. *Report on the risk assessment of MBDB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Luxembourg, E.M.C.D.D.A., 1999.
3. *Report on the risk assessment of 4-MTA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Luxembourg, E.M.C.D.D.A., 1999.
4. DE LOORA., *The drug ecstasy does not exist. An investigation*, Amsterdam, Adviesburo drugs, avril 1989.
5. PEROUTKA S.J., *Ecstasy : the clinical, pharmacological and neurotoxicological effects of the drug MDMA*, Boston, Ma, Kluwer Academic Publishers, 1990.
6. *Hip-hop, Techno, rythmes de passages ? Dossier*. In : *Cultures en mouvement*, n° 21, Paris, octobre 1999. 24-52.
7. Blasco Mascaro & al., MDMA "Extasis" : revista y puesta al dia, *Rev. Esp. Drogodep.* 16 (2), 91-101 ; 1991.
8. *Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances*, édition 1999, Paris, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, p. 15.
9. UCHTENHAGEN A., *Essais de prescription médicale de stupéfiants, rapport final des mandataires de la recherche*, Berne, Suisse, Office fédéral de la santé publique, juillet 1997.

10. *The prescription of heroin to heroin addicts, report of a committee of the Health Council of the Netherlands*, Den Haag, Gezondheidsraad, 1995.
11. LALLEMAND A., *Le cannabis expliqué aux parents*, Bruxelles, Luc Pire, 1999.
12. ROQUES B., *La dangerosité des drogues*, Paris, La documentation française - Odile Jacob, 1999. En particulier, le chapitre 10, pp. 177-216.
13. TOUFIK A., *Tendances*. In *Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances, édition 1999*, Paris, Observatoire français des drogues et des toxicomanies.
14. SECRETARIAT PERMANENT A LA POLITIQUE DE PREVENTION, *La problématique des smart drugs en Belgique*, Bruxelles, Ministère de l'Intérieur, avril 1997
15. MOREL A. & al., *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod, 1997, pp. 26-28.
16. Id., p. 33-40, 62-348.
17. Id., p. 27-30, 42-45.
18. BAILLY D. & VENISSE, *Dépendance et conduites de dépendance*, Paris, Masson, 1994.
19. Ecstasy = MDMA ; les variantes : BDB, DOB, DOI, DOM, MBDB, MDA, MDEA, MDMA, MMBDB, PCA, 4-MTA, 2C-B, 6-CAT
20. LEFEBVRE L., Après l'ecstasy, le "liquid ecstasy", éditorial. In : *Bulletin d'Information Toxicologique*, Centre de Toxicologie du Québec, oct. 1997 ; vol. 13, n° 4, p. 1-3.
21. MOREL A. & al., op. cit., p. 42-43.
22. MELMAN Ch., Postface. Des sexolytiques. In : *Ecrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies*. Chassaing J.L. éd., Paris, Editions de l'Association Freudienne, 1998.
23. *Report on the risk assessment of 4-MTA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Luxembourg, E.M.C.D.D.A., 1999, p. 86-99.
24. ROQUES B., op. Cit.
25. FRANCK N., BERTRAND J., L'ecstasy : de la drogue récréative à la substance toxique, *Revue Médicale de Liège*, 1997 ; 52 : 11: 715-722.
26. Site "Ecstasy.org" : VAN AERTS L., *Toxicity of Ecstasy*. Saunders N., *No evidence of neurotoxicity exists*. NEWCOMBE R., *Ecstasy deaths*.
27. LEBEAU B., Neurotoxicité de l' "ecstasy", la science, la prévention et les jeunes, *THS La Revue*, juin 1999 (2), 22-25.
28. ROQUES B., op. cit. En particulier, le chapitre 8 "L'ecstasy", p. 151-156.
29. RUSHKOFF D., *Cyberia. Life in the trenches of hyperspace*, Flamingo / Harper Collins, London, 1994, 320 p.
30. SKRABANEK P., *La fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995, 326.
31. Voir le Bwiti des Mitsogho, pratique initiatique gabonaise fondée sur une intoxication rituelle à l'ibogaïne. Gollnhofer O. & Sillans R., Usages rituels de l'iboga au Gabon, *Psychotropes*, 2, n° 3, 95-108, 1985, Bruxelles Montréal.
32. DOLTO F. & DOLTO-TOLITCH C., *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*, Paris, Hatier, 1989.
33. JACQUES J.P., *Pour en finir avec les toxicomanies*, Bruxelles, De Boeck Université, 1999, 248 p. En particulier, voir les chapitres 2 & 15.
34. OST M., Les drogues synthétiques : tendances actuelles et approche policière différenciée. In : *Consommation et milieux de vie. Gestion des drogues en 2000, actes du 6è Congrès national*, De Ruyver Br. & al. (éd), Maklu (Anvers) & Bruylant (Bruxelles), 1999, p. 37-38.
35. RUSHKOFF, op. cit., p. 203.
36. NOIRFALISE A., HALKIN E., BODART P., A propos de l'activité des drogues de rue ("street drugs"), *Revue Médicale de Liège*, 1998 ; 53 (3) 147-148.
37. RUSHKOFF, op. cit., p. 116
38. JACQUES J.P., op. cit. En particulier, "des sujets déçus par la parole", p. 167.
39. RUSHKOFF D., op. cit. En particulier, pp. 108-118.
40. *Report on the risk assessment of MBDB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Luxembourg, E.M.C.D.D.A., 1999, p.72.
41. FERRENCE R., Diffusion of innovation as a model for understanding population change in substance abuse, In : *Addiction : process of change*, Edwards G. & Lader M. (eds), Oxford, Oxford Medical Publications and Society for the Study of Addiction, monograph n°3, Oxford University Press.
42. FREUD S., Au-delà du principe de plaisir. In : *Essais de psychanalyse*, S.Freud, Paris, Payot, 1981.
43. JACQUES J.P., op. Cit.

Guide de procédure pénale et pénitentiaire à l'usage de toute personne confrontée au monde judiciaire et à l'administration pénitentiaire

Cet ouvrage, destiné à familiariser les travailleurs sociaux et les psychothérapeutes avec le langage et les réalités juridiques, a été édité en 1988 d'abord et en 1995 ensuite par l'asbl Prospective Jeunesse.



Le droit est trop souvent présumé connu. Travailleurs sociaux, éducateurs, psychologues, enseignants, étudiants, associations, détenus, aumôniers et visiteurs de prisons,... nombreux sont ceux qui peuvent vérifier au jour le jour que la procédure pénale leur reste souvent par trop étrangère.

A la suite de nombreuses réformes intervenues ces dernières années, une **actualisation** de ce guide s'indiquait. Songeons notamment à la loi du 10 juillet 1996, portant abolition de la peine de mort et modifiant les peines criminelles, la loi Franchimont du 12 mars 1998, réformant le Code d'instruction criminelle, les lois sur la libération conditionnelle des 5 et 18 mars 1998 et l'arrêté royal du 13 juin 1999 instaurant le Service des maisons de Justice du Ministère de la Justice, suivi de la loi du 7 mai 1999 modifiant en conséquence l'organisation des mesures alternatives à la détention préventive, de la surveillance des internés libérés, de la tutelle probatoire et du contrôle des libérations conditionnelles.

Les auteurs, Réginald de Béco et Anne Krywin, avocats pénalistes au barreau de Bruxelles, ont relevé le défi de rendre ces questions accessibles au plus grand nombre. C'est ainsi que l'histoire de Ronald, Rachid et Momo, illustration vécue parallèle à la théorie, la présentation claire, le lexique et un langage précis, tout en étant le plus accessible possible, participent à cette même démarche de vulgarisation réussie.

Cet ouvrage est disponible à Prospective Jeunesse, 27 rue Mercelis, à 1050 Bruxelles (tél : 02/512.17.66, fax : 02/513.24.02) au prix de 750 frs.

PREVENTION DES ASSUETUDES ET TOXICOMANIES

MODULES INTERDISCIPLINAIRES DE FORMATION

Dans le cadre de ses activités en prévention des assuétudes et toxicomanies, **Prospective Jeunesse** organise en ses locaux des modules de formation interdisciplinaires de 3 jours destinés à tout *adulte relais* confronté à la question des drogues dans sa pratique professionnelle ou dans la sphère privée : intervenants psycho-médico-sociaux, enseignants, parents, stagiaires, etc.

L'objectif de ce travail est de transmettre des connaissances fondamentales et diversifiées sur les drogues et leurs usages afin de renforcer les compétences professionnelles de chacun en matière de prévention des risques liés à l'usage des drogues. Ce module s'inscrit dans une perspective de promotion de la santé.

Le nombre de participants est limité à 15 personnes. Dates retenues pour le deuxième semestre 00 :

9, 10 et 23 octobre 00 - 27, 28 novembre et 18 décembre 00 (de 9h30 à 16h30)

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter, à Prospective Jeunesse, les Consultants-Formateurs, **Michel ROSENZWEIG** et **Henri Patrick CEUSTERS** (tél : 02/512.17.66 fax : 02/513.24.02) ou consulter notre site Internet (<http://www.prospective-jeunesse.be>).