L'Information psychiatrique 2017 ; 93 (2) : 151-7

Enquête sur la consommation de MDMA (ecstasy) dans la population homosexuelle masculine française en 2016 : un retour en force

Andrew Laurin [1]
Matéi Marinescu [2]

[1] Interne de psychiatrie, CHS Georges Mazurelle, La Roche-sur-Yon

[2] Praticien Hospitalier, CHS Georges Mazurelle, La Roche-sur-Yon

Rubrique coordonnée par Aurélie Berger et Benjamin Lavigne

Le chiffre du mois : 981

C'est le nombre d'internes qui ont répondu au « sondage express » de l'Association française fédérative des étudiants en psychiatrie (Affep) au sujet du choix de la future maquette du DES de psychiatrie. Ce sont 81,2 % qui se sont exprimés en faveur d'un DES commun à la psychiatrie d'adulte et à la pédopsychiatrie, avec des options (forme de surspécialisation) en pédopsychiatrie, en addictologie, en médecine légale et en psychiatrie de la personne âgée.

Résumé. La consommation de MDMA (ecstasy) a connu un grand essor en Europe dans les années 1990 avant de s'essouffler au début des années 2000. Mais au début des années 2010, elle fait son grand retour en Europe particulièrement chez les jeunes adultes de sexe masculin et notamment parmi la population homosexuelle depuis longtemps identifiée comme consommatrice à risque de substances psychoactives. Après avoir échangé avec des membres de la communauté homosexuelle, les auteurs évoquent une majoration récente des consommations de MDMA (ecstasy) dans une population vulnérable à travers la réalisation d'une enquête par questionnaire chez des hommes homosexuels français en 2016 (N = 98). Les auteurs apportent un éclairage et une réflexion autour de la consommation de MDMA (ecstasy) chez cette minorité fragilisée par les questions d'acceptation identitaire et d'intégration sociétale en apportant des pistes pour mieux appréhender et comprendre les tenants et les aboutissants de cette consommation croissante et les enjeux sanitaires et psychiatriques qui en découlent.

Mots clés: toxicomanie, ecstasy, homosexualité, homme, questionnaire

Abstract. **Survey on the consumption of MDMA (ecstasy) in the French male homosexual population in 2016: a strong comeback**. Consumption of MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine) (ecstasy) grew rapidly in Europe in the 1990s and then fizzled out in the early 2000s. However, in the beginning of 2010, it started to make a big comeback in Europe, especially among young adults, particularly among the homosexual population which has long been identified as a consumer at risk for psychoactive substances. During various meetings with members of the homosexual community, the authors mention a recent increase in the consumption of MDMA (ecstasy) in a vulnerable population via a questionnaire survey of French homosexual men in 2016 (N = 98). The authors shed light and reflect on the consumption of MDMA (ecstasy) in this minority population, which has been weakened by the questions of identity acceptance and societal integration by providing ways to better comprehend and deal with the ins and outs of this consumption including the health and psychiatric issues that arise from it.

Key words: drug addiction, ecstasy, homosexuality, man, questionnaire

Resumen. **Encuesta sobre consumo de MDMA (ecstasy) en la población homosexual masculina francesa en 2016 en la que vuelve a irrumpir con fuerza**. El consumo de MDMA (ecstasy) ha conocido un gran auge en Europa en los años 1990 antes de perder fuelle al principio de los años 2000. Pero al principio de los años 2010, vuelve a irrumpir en Europa especialmente entre los jóvenes de sexo masculino y en particular en la población homosexual desde largo tiempo identificada como consumidora, con riesgo, de sustancias psicoactivas. Tras hablar con miembros de la comunidad homosexual, los autores señalan un aumento reciente de los consumos de MDMA (ecstasy) en una población frágil mediante la realización de una encuesta con cuestionarios entre hombres homosexuales franceses en 2016 (N = 98). Los autores aportan un enfoque esclarecedor y una reflexión en torno al consumo de MDMA (ecstasy) en esta minoría debilitada por las cuestiones de aceptación identitaria e integración societal brindando pistas para mejor aprehender y entender todos los cabos sueltos de este creciente consumo y lo que se juega a nivel sanitario y psiquiátrico que de ello se derivan.

Palabras claves : toxicomanía, ecstasy, homosexualidad, hombre, cuestionario

Correspondance : A. Laurin
<laurin.andrew1@gmail.com>

doi:10.1684/ipe.2017.1600

Pour citer cet article : Laurin A, Marinescu M. Enquête sur la consommation de MDMA (ecstasy) dans la population homosexuelle masculine française en 2016 : un retour en force. *L'Information psychiatrique* 2017 ; 93 (2) : 151-7 doi:10.1684/ipe.2017.1600

Document téléchargé depuis www.cairn.info - CH Georges Mazurelle - - 85.115.60.201 - 09/06/2017 15h34. © John Libbey Eurotext

Introduction

La MDMA (3,4-méthylènedioxyméthamphétamine) appelée aussi « MD » ou « D » est une drogue de synthèse dérivée de la famille des amphétamines qui a connu un engouement croissant entre les années 1990 et 2000 suivi d'un déclin progressif principalement dû à une baisse de sa qualité [1]. Depuis 1985 elle est classée comme drogue illicite de catégorie 1 dont la vente et la consommation sont interdites en France [2]. Néanmoins le rapport de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA, *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) paru en 2016 a mis en évidence un retour en force de la MDMA en Europe et en France depuis les années 2010 (l'enquête menée en 2014 en France révèle 13 millions de consommateurs dans l'année parmi les 15-64 ans soit un taux de 4,2 % au sein de cette population). La principale raison de cette résurgence semble imputable à l'amélioration de la qualité de la MDMA, à l'augmentation de sa concentration et de sa pureté associée à l'arrivée d'une nouvelle forme de MDMA : la poudre. Désormais la MDMA existe sous forme de cristal, de poudre ou de comprimé (ecstasy). Son mode d'administration se fait soit par ingestion (« les parachutes » ou dilution dans des boissons), par voie nasale en sniff, par voie pulmonaire (« chasse au dragon ») et plus rarement par injection intraveineuse [3]. Les études montrent que la consommation de MDMA est dominée par les hommes avec un sex-ratio (SR) de 2,4 avec un pic de consommation entre 15 et 34 ans. De plus on peut noter que la population homosexuelle est particulièrement à risque de consommer des substances psychoactives telles que la MDMA [4]. En effet, la problématique de l'acceptation de l'identité sexuelle et/ou de genre associée à sa révélation auprès des proches (phénomène du *coming out*) peut plonger les personnes homosexuelles dans des situations de tensions psychiques intenses secondaires à la dissimulation de leur identité ou à son rejet après sa révélation (stigmatisation, victimisation ou marginalisation) [5]. Dans ce contexte, des stratégies adaptatives passives de réduction du stress par « *coping* » avec des consommations de substances psychoactives peuvent être adoptées. La prise de substances psychoactives est également favorisée et répandue dans les lieux de socialisation gay avec des effets de mode et de groupe pour résister et s'adapter à une société hétéro-normative [6]. Ce phénomène est sous-tendu par la problématique de l'intégration des individus dans le « milieu » homosexuel avec les comportements à risque qui y sont associés notamment en matière de drogue. C'est dans ce contexte et après avoir rencontré au cours de notre activité plusieurs jeunes hommes homosexuels, que la problématique de la consommation de MDMA dans le milieu gay masculin s'est posée à nous. En effet, ces derniers nous ont rapporté une consommation de MDMA croissante dans le milieu gay depuis 2 ans, bien souvent associée à la consommation d'autres substances toxiques que ce soit pour potentialiser l'effet de la MDMA ou pour en contrer ses effets indésirables. C'est par une enquête auprès d'une minorité sexuelle particulièrement vulnérable que nous avons concentré nos efforts et essayé de faire le point et de comprendre une situation qui semble en perpétuel changement.

Matériel et méthode

Cette étude de prévalence a été menée sur le mois de novembre 2016 sur la base d'un auto-questionnaire anonyme et gratuit diffusé sur des réseaux sociaux de la communauté homosexuelle. Le renvoi du questionnaire reposait sur la base du volontariat et incluait des hommes résidants en France ou DOM/TOM. Le questionnaire était rédigé en français et comprenait 18 questions avec un temps estimé de 2 minutes pour y répondre. Les premières questions portaient sur l'âge des participants, s'ils avaient observé de manière subjective une augmentation ces 2 dernières années (depuis 2014) de la consommation de MDMA dans le milieu homosexuel masculin en France ainsi qu'une question sur leurs consommations personnelles de MDMA les 6 derniers mois qui ont précédé l'enquête. Les participants qui avaient répondu négativement à cette dernière réponse ont formé le bras considéré comme les « non-consommateurs » de MDMA et leur participation au questionnaire était terminée. Les autres qui avaient répondu positivement ont formé le bras considéré comme « consommateurs » de MDMA et leurs réponses étaient requises pour la suite du questionnaire. Les questions suivantes remplies par les « consommateurs » portaient sur la fréquence et la motivation de leurs consommations de MDMA, les effets ressentis lors de la consommation de MDMA, ces effets perçus comme indésirables, les consommations d'autres substances psychoactives ou médicaments pour potentialiser les effets de la MDMA ou pour neutraliser certains de ces effets indésirables et pour finir, une question sur leur vision subjective de la dangerosité de cette substance. Nous avons inclus dans notre étude des personnes qui s'identifient comme des hommes homosexuels avec une orientation (attirance sexuelle) homosexuelle sans prendre en compte le passage à l'acte sexuel avec une personne du même sexe (« *man sex with man* » ou « *MSM* ») [7].

Résultats

Au total, 108 questionnaires ont été renvoyés mais 10 ont dû être exclus car ils n'avaient pas été totalement remplis empêchant donc leur interprétation : ce qui a représenté au total 98 questionnaires exploitables pour cette enquête. Sur les 98 questionnaires obtenus, 46,9 % (n = 46) ont déclaré avoir consommé de la MDMA (ecstasy) durant les 6 derniers mois qui ont précédé l'enquête et forment le bras d'échantillon considéré comme des « consommateurs » de MDMA. Nous constatons que sur l'ensemble, l'échantillon (N = 98), 63 hommes (64,3 %) ont répondu avoir constaté une augmentation de la consommation de MDMA (ecstasy)

Document téléchargé depuis www.cairn.info - CH Georges Mazurelle - - 85.115.60.201 - 09/06/2017 15h34. © John Libbey Eurotext

Tableau 1. Nombre total de participants par tranche d'âge et % de consommateur selon la tranche d'âge.

	Nombre total par tranche d'âge	% de consommateur par tranche d'âge
< 18 ans	N = 2	0 % (n = 0)
18-25 ans	N = 37	51,4 % (n = 19)
26-30 ans	N = 31	38,7 % (n = 12)
31-40 ans	N = 19	68,4 % (n = 13)
> 40 ans	N = 9	22,2 % (n = 2)

Tableau 2. Fréquence de consommation mensuelle de MDMA (ecstasy) chez les consommateurs (N = 46).

/mois	Consommation mensuelle de MDMA (ecstasy) chez les consommateurs (N = 46)
< 1	34,8 % (n = 16)
1-2	47,8 % (n = 22)
3-4	8,7 % (n = 4)
5-6	4,3 % (n = 2)
7-8	4,3 % (n = 2)

dans les milieux sociaux gay ces 2 dernières années (depuis 2014). En effet, plusieurs études ont montré que la consommation de MDMA qui était à l'origine surtout consommée dans les boîtes de nuit, les clubs ou les *rave party*, a eu tendance ces dernières années à se répandre dans des soirées amicales, les bars ou les lieux de pratiques sexuelles comme les saunas, « *backroom* » du milieu homosexuel [19] et nos résultats confortent cette idée associée à une observation subjective de l'accélération du phénomène de consommation de MDMA (ecstasy) parmi les hommes gay. Le *tableau 1* détaille la consommation de MDMA (ecstasy) selon les tranches d'âge de notre échantillon.

Nous voyons ici que la majorité des consommateurs se situe entre les 18 et 40 ans mais rapporté au nombre total des consommateurs (N = 46), la répartition selon les tranches d'âge est de 41,3 % (n = 19) consommateurs de 18-25 ans, 26,1 % (n = 12) consommateurs de 26-30 ans, 28,3 % (n = 13) consommateurs de 31-40 ans et 5 % (n = 2) consommateurs de plus de 40 ans. Nous voyons ici que ce sont les tranches d'âge entre 18 et 40 ans les plus frappées par le phénomène avec une plus forte consommation chez les jeunes adultes de 18-25 ans. Aucun consommateur n'a été retrouvé chez les moins de 18 ans et seulement 5 % de consommateurs ont été retrouvés chez les plus de 40 ans. Mais ces tranches d'âge étaient très peu représentées dans notre étude, avec des résultats peu extrapolables à la population générale.

Le *tableau 2* montre les résultats sur la fréquence de consommation mensuelle de MDMA (ecstasy) parmi les consommateurs (N = 46) : les résultats montrent qu'une majorité des consommateurs de MDMA consomment ponctuellement de la MDMA moins de 1 fois par mois pour 34,8 % (n = 16) d'entre eux, ou 1 ou 2 fois par mois pour 47,8 % (n = 22) d'entre eux. Ces résultats pourraient être le témoin du faible pouvoir addictogène de la MDMA et de son utilisation plutôt récréative, confirmées par le fait que seulement 8,7 % (n = 4) des « consommateurs » déclarent avoir déjà consommé de la MDMA en dehors des soirées. Afin d'explorer les différents effets néfastes de la MDMA sur l'organisme, nous avons interrogé les « consommateurs » (N = 46) sur les effets ressentis comme négatifs lors de la « *montée* » ou de la « *descente* » après la prise de MDMA dont les résultats sont exposés dans le *tableau 3*.

Nous pouvons voir à travers ces résultats une très grande diversité des effets ressentis comme indésirables par les « consommateurs ». Les troubles psychiatriques sont dominés par des syndromes dépressifs (humeur triste, pessimisme, anhédonie ou aboulie) qui se retrouvent dans 47,8 % (n = 22) des cas pouvant aller jusqu'à l'idéation suicidaire dans 4,3 % (n = 2) des cas. On retrouve également des troubles du sommeil à type d'insomnie pour 45,7 % (n = 21), une réduction de l'appétit pour 32,6 % (n = 15) et des cas de syndrome anxieux à type d'anxiété pour 19,6 % (n = 9) ou d'attaque de panique pour 8,7 % (n = 4). Nous nous permettons d'insister sur les 21,7 % (n = 10) des consommateurs qui ont présenté au moins une fois un état psychotique avec des hallucinations. Sur le plan somatique, nous pouvons noter une forte prévalence de déshydratation pour 50 % (n = 23) des cas avec 32,6 % (n = 15) de cas d'hyperthermie qui font en partie le potentiel dangereux de la MDMA. De rares cas, mais non des moindres, de troubles cardiaques ont été rapportés par 2,2 % (n = 1) des consommateurs.

Tableau 3. Effets ressentis par les consommateurs lors de la prise de MDMA (ecstasy) (N = 46).

Insomnie	45,7 % (n = 21)	Trismus + lésions dentaires	32,6 % (n = 15)
Perte de connaissance	2,2 % (n = 1)	Vomissement	17,4 % (n = 8)
Confusion	4,3 % (n = 2)	Syndrome dépressif	47,8 % (n = 22)
Hallucination	21,7 % (n = 10)	Idées suicidaires	4,3 % (n = 2)
Déshydratation	50 % (n = 23)	Dysurie	32,6 % (n = 15)
Anxiété, angoisse	19,6 % (n = 9)	Crampes paralysantes	4,3 % (n = 2)
Attaque de panique	8,7 % (n = 4)	Arythmie, palpitation, IDM	2,2 % (n = 1)
Hyperthermie	32,6 % (n = 15)	Rapport sexuel non protégé	15,2 % (n = 7)
Impuissance, dysérection	47,8 % (n = 22)	Conduite de véhicule	4,3 % (n = 2)
Impulsivité	2,2 % (n = 1)	Perte appétit	32,6 % (n = 15)

Document téléchargé depuis www.cairn.info - CH Georges Mazurelle - - 85.115.60.201 - 09/06/2017 15h34. © John Libbey Eurotext

Tableau 4. Désignation des 3 raisons principales qui motivent les consommateurs de MDMA (en nombre de votes par catégorie).

Hyperesthésie	21
Euphorie	35
Raisons pécuniaires	6
Absence d'amnésie ou perte de contrôle	6
Absence de prise de poids	1
Absence de fatigue	24
Pas de risque addictogène	6
Absence de gueule de bois	10
Être dans le même état que les autres hommes	20

Nous voyons également que la MDMA peut avoir des effets néfastes à travers la production de comportements à risques tels que la conduite de véhicules sous l'emprise de MDMA (4,3 % soit n = 2), des rapports sexuels non-protégés (15,2 % soit n = 7) et des comportements impulsifs (2,2 % soit n = 1). Ces comportements impulsifs n'ont pas été rapportés avec des conséquences médicolégales dans notre échantillon de consommateur. Après avoir décrit ces effets indésirables, nous avons interrogé l'échantillon des « consommateurs » (N = 46) de MDMA sur les raisons qui les poussent à la consommation : quels sont les effets bénéfiques recherchés ? Les motivations de la consommation ? Afin de répondre à cette question, les participants devaient mettre un maximum de 3 raisons par consommateur expliquant leurs motivations à consommer de la MDMA. Les résultats obtenus sont exposés dans le *tableau 4*.

Nous pouvons voir à travers ces résultats que les raisons principales qui motivent l'échantillon à consommer de la MDMA sont les effets directs de l'excès de monoamine dans le système nerveux central généré par la prise de MDMA, à savoir : la sensation d'euphorie et de bien-être (35 voix), la résistance à la fatigue (24 voix) et l'hyperesthésie des sens (21 voix). Ces motivations semblent être sous-tendues par un phénomène de groupe puisque 20 personnes plébiscitent que l'un des effets recherché est leur intégration dans les soirées et le milieu gay où la MDMA est consommée. La prise de MDMA aurait donc pour objectif de se normaliser et être dans le même état de conscience que les autres personnes consommatrices dans une optique d'intégration sociale. Les participants incluent donc une dimension grégaire et une fonction sociale à la consommation de MDMA. De manière plus marginale, des raisons pécuniaires sont invoquées avec 6 voix, l'absence d'amnésie et de perte de contrôle est sollicitée par 6 personnes (phénomène dose et personne dépendante), l'absence de prise de poids par rapport à la consommation d'alcool exprimée par 1 voix et l'absence de xylostome sont une motivation de consommation par 10 voix recueillies. Ce dernier résultat exprime de manière subjective qu'une partie de l'échantillon des consommateurs considère que les effets indésirables de la MDMA lors de la descente sont mieux acceptés et tolérés que ceux de l'alcool notamment avec le cas des xylostomes. Afin d'éclaircir ce point, nous avons demandé aux « consommateurs » d'exprimer leurs points de vue sur la dangerosité relative et subjective de la MDMA à leurs yeux au moyen d'une cotation. Ils devaient noter de 1 à 10 la nocivité de la MDMA avec la note de 1/10 considérée comme inoffensive et 10/10 la note d'un très haut état de nocivité. Les résultats sont inscrits dans le *tableau 5*.

Tableau 5. Note donnée par les consommateurs de MDMA (ecstasy) (N = 46) de 1 à 10 sur la dangerosité perçue de la MDMA (1 faible niveau de dangerosité et 10 très haut niveau de dangerosité).

1/10	0 % (n = 0)
2/10	8,7 % (n = 4)
3/10	28,3 % (n = 13)
4/10	10,9 % (n = 5)
5/10	21,7 % (n = 10)
6/10	8,7 % (n = 4)
7/10	13 % (n = 6)
8/10	4,3 % (n = 2)
9/10	2,2 % (n = 1)
10/10	2,2 % (n = 1)

À travers ces résultats, deux pics apparaissent pour la note de 3/10 (28,3 % [n = 13]) et pour la note de 5/10 (21,7 % [n = 10]). La moyenne de ces notes est de 4,7/10. Les « consommateurs » expriment donc une vision plutôt moyenne de la dangerosité subjective de la MDMA. Pour finir, nous nous sommes interrogés sur les consommations de toxiques annexes à la prise de MDMA. Pour cela, nous avons interrogé les « consommateurs » sur la prise de toxiques dans un objectif potentialisateur des effets de la MDMA d'un côté et de l'autre sur la consommation de substances toxiques ou médicamenteuses afin de neutraliser des effets perçus comme délétères de la MDMA. Les résultats sont résumés dans les *tableaux 6 et 7*.

Les résultats du *tableau 6* nous montrent des consommations de plusieurs substances associées à la prise de MDMA afin de *booster* les effets. Certaines de ces substances sont connues pour être répandues dans le milieu homosexuel

Tableau 6. Substances « *boosters* » associées à la prise de MDMA (ecstasy) chez les consommateurs (N = 46).

Alcool	78,3 % (n = 36)
Cannabis	19,6 % (n = 9)
Cocaïne	47,8 % (n = 22)
Héroïne	0 % (n = 0)
Kétamine	32,6 % (n = 15)
GHB	30,4 % (n = 14)
Poppers	67,4 % (n = 31)
Speed	6,5 % (n = 3)
LSD	2,2 % (n = 1)
3-MMC	2,2 % (n = 1)

Document téléchargé depuis www.cairn.info - CH Georges Mazurelle - - 85.115.60.201 - 09/06/2017 15h34. © John Libbey Eurotext

Tableau 7. Utilisation de composés pour neutraliser des effets indésirables de la MDMA (ecstasy) parmi les consommateurs (N = 46).

Cocaïne sur coma, confusion, malaise	4,4 % (n = 2)
Cocaïne sur « descente »	4,4 % (n = 2)
GHB sur libido	10,9 % (n = 5)
Viagra pour les dysérections et impuissance	26,1 % (n = 12)
Somnifères sur les troubles du sommeil	2,2 % (n = 1)
Magnésium pour les troubles du sommeil	2,2 % (n = 1)
Cannabis pour les troubles du sommeil	2,2 % (n = 1)
Benzodiazépines pour les troubles du sommeil	2,2 % (n = 1)
Antidépresseurs	2,2 % (n = 1)
Antalgiques pour les crampes	2,2 % (n = 1)

avec une consommation supérieure à la population générale comme l'alcool ou le poppers (nitrites d'alkyle) [8]. La kétamine (2-chlorphenyl-2-methylamino-cyclohexanone), la cocaïne, le cannabis, la LSD (diéthylamide) ou le GHB (γ-hydroxybutyrate) sont très répandus dans le monde de la nuit et fortement associés à la consommation de MDMA [9]. De manière plus marginale, nous retrouvons des consommations de speed (amphétamine) et de 3-MMC (3-methyl-N-methylcathione) associées à la prise de MDMA (2,2 % avec n = 1 pour chacun). Aucun cas de consommation conjointe avec de l'héroïne n'a été rapporté par notre enquête. Le *tableau 7* représente des administrations volontaires de substances psychoactives ou médicamenteuses, non pour potentialiser les effets de la MDMA, mais pour neutraliser les effets de la « *descente* » qui suit la prise de MDMA. Ce comportement marginal à fait l'objet de peu de recherche et attire notre attention. La cocaïne est un stimulant psychomoteur qui agit principalement par inhibition de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline dans le circuit méso-corticolimbique [10]. Ce sont 4,4 % (n = 2) des consommateurs qui déclarent l'utiliser volontairement pour neutraliser les effets de la « descente » (syndrome dépressif, asthénie, syndrome anxieux). L'effet stimulant de la cocaïne peut-être également utiliser pour neutraliser les comas, confusions ou malaises induits par la prise de MDMA comme le déclare n = 2 consommateur (4,4 %). La MDMA induit des effets contradictoires entre son effet euphorisant, empathogène et la baisse de libido ainsi que les altérations sur les fonctions érectiles. Pour contrer ces effets, 10,9 % (n = 5) des consommateurs déclarent utiliser le GHB pour stimuler leurs libidos sous MDMA. Le GHB a une action principalement GABA-nergique qui induit une action anxiolytique, amnésiante, euphorisante et stimule la libido [11]. Mais en cas de forte dose ou d'association avec d'autres substances sédatives comme l'alcool, les benzodiazépines ou la MDMA, cela peut entraîner une forte action sédative pouvant aller jusqu'au coma ou une dépression respiratoire fatale. Le *tableau 7* nous révèle que c'est la prise de Viagra (sildénafil citrate) [12], pour neutraliser les dysfonctions érectiles, qui est plus couramment pratiquée par 26,1 % (n = 12) des consommateurs de MDMA. De manière plus isolée, on retrouve des automédications de somnifère, d'antidépresseur, de magnésium et de benzodiazépine pour atténuer les symptômes dépressifs induits par la MDMA. L'action relaxante et sédative du cannabis peut être requise pour aider à réguler les troubles du sommeil générés par une consommation de MDMA. Et enfin, la prise de MDMA induit des crampes parfois douloureuses surtout au niveau de la mâchoire avec des cas de bruxisme et de trismus : 2,2 % (n = 1) anticipent la douleur et la prémédique par la prise d'antalgiques.

Discussion

Nous concédons que notre enquête manque de puissance (échantillon trop faible pour être représentatif et biais de recrutement) mais permet d'entrevoir les tendances concernant la consommation de MDMA (ecstasy), ainsi que de comprendre les raisons, les motivations et les modalités de cette consommation. Nous avons voulu nous concentrer sur une vision subjective et actuelle des hommes homosexuels consommateurs qui côtoient les lieux de socialisation gay. Cette enquête avait pour objectif de faire l'état des lieux et comprendre les phénomènes inhérents en 2016 à la consommation de MDMA dans une population minoritaire fortement exposée à la consommation de substances psychoactives. Ainsi, 46,9 % (n = 46) des hommes interrogés ont déclaré avoir consommé de la MDMA dans les 6 mois qui ont précédé l'enquête, ce qui est bien supérieur à celui de la population générale française, avoisinant les 4,2 % pour les 15-64 ans en 2014. De plus, 64,3 % (n = 63) des hommes questionnés déclarent avoir remarqué de manière subjective une augmentation de la consommation de MDMA dans le milieu homosexuel masculin en France depuis 2014. Ces résultats laissent donc entrevoir d'une part une plus forte prévalence de consommateurs de MDMA chez les hommes homosexuels en France, et d'autre part une aggravation de leur consommation depuis 2014. Les résultats indiquent que des facteurs grégaires et sociaux à visée intégrative stimulent la consommation de MDMA associée à une recherche de sensations fortes directement induite par la prise de MDMA. En effet, la stigmatisation de la société, l'auto-stigmatisation et la stigmatisation anticipée au cours du phénomène du *coming out* sont des facteurs de risque de débuter ou majorer des tableaux anxieux ou dépressifs dont l'adaptation passive par phénomène de « *coping* » associée à des consommations de substances psychoactives peut être débutées et majorées notamment chez les jeunes adultes homosexuels [13]. Néanmoins l'intégration dans le milieu gay est également un facteur protecteur pour certains jeunes homosexuels qui leur permet d'accepter et de consolider leur identité. Ce phénomène de consommation accru de MDMA serait sous-tendu par la banalisation de la MDMA avec une estimation médiocre de la dangerosité de la MDMA estimée à 4,7/10 par l'échantillon des consommateurs. Cet état des lieux inquiétant a de bien nombreuses conséquences. Basé principalement sur des études animales (primates et rongeurs), il a été démontré que la MDMA agit sur le système nerveux central en altérant 3 systèmes monoaminergiques : la sérotonine (5-hydroxytryptophane ou 5-HT),

Document téléchargé depuis www.cairn.info - CH Georges Mazurelle - - 85.115.60.201 - 09/06/2017 15h34. © John Libbey Eurotext

la dopamine et la noradrénaline [14]. Elle a une demi-vie de 6 à 8 heures avec un pic plasmatique 2 heures après son ingestion et provoque rapidement après son administration une libération massive de sérotonine dans les fentes synaptiques, responsable des effets immédiats de la prise de MDMA (« la montée ») [15]. Cet effet sera suivi d'une déplétion sérotoninergique responsable des effets de la « descente ». L'augmentation de la sérotonine dans la fente synaptique est provoquée par le blocage des systèmes de recapture de la sérotonine (SERT ou 5-HTT) associée aux effets de la MDMA sur les vésicules présynaptiques de stockage de la sérotonine (« *vesicular monoamine transporter* » ou VMAT) : la MDMA va provoquer la libération massive de la sérotonine contenue dans les VMAT et épuiser les réserves présynaptiques. Cette augmentation de la sérotonine dans le système nerveux central sera responsable des effets euphorisants, empathogènes (d'où son nom de « drogue de l'amour »), d'hyperthermie, d'agitation, d'impulsivité, des troubles de la mémoire et des fonctions cognitives, de la baisse de libido, des dysérections, des troubles du sommeil et de l'appétit inhérents à la consommation de MDMA. L'hyperthermie sous MDMA pourra s'avérer fatale et/ou être associée à une rhabdomyolyse, une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), des crises comitiales voire une insuffisance rénale. Cette hyperthermie est souvent entretenue voire aggravée par les consommateurs par l'effet d'agrégation : recherche d'activité physique intense sans percevoir la fatigue, recherche de chaleur avec des cas de déshydratation risquant d'entraîner d'une consommation hydrique excessive pouvant engendrer une hyponatrémie. La littérature rapporte des cas également d'hépatite ou de syndrome sérotoninergique sous MDMA. Cet état sera suivi dans les heures qui suivent d'une déplétion sérotoninergique due à l'inhibition irréversible d'une enzyme de la voie de synthèse de la sérotonine : la tryptophane hydroxylase. Cette inhibition associée à l'épuisement des réserves présynaptiques de sérotonine aura pour conséquence une déplétion sérotoninergique associée au début des symptômes de la « descente » : fatigue intense, anxiété, troubles des conduites instinctuelles et syndrome dépressif apparaissant jusqu'à plusieurs jours (2 à 5 jours en moyenne) après la prise de MDMA. Les études animales ont montré une dégénérescence des axones terminaux de la sérotonine après des expositions répétées et importantes de MDMA. La MDMA est métabolisée par l'isoenzyme CYP2D6 du cytochrome hépatique P450 qui se caractérise par une grande variabilité et d'un grand polymorphisme génétique interindividuel avec des vitesses d'élimination variables entre individus [16]. Les mêmes mécanismes agissent sur les voies dopaminergiques (responsable des sensations de plaisir et des états hallucinatoires) et les voies noradrénergiques associés à un effet agoniste des récepteurs α2-adrénergiques (hypertension, tachycardie et effets cardiotoxiques). Hormis les effets directement imputables à la consommation de MDMA, il a été prouvé que celle-ci peut contribuer à l'apparition de troubles psychiatriques transitoires ou chroniques [17]. De nombreuses études ont démontré que cette consommation, même ponctuelle, sur des terrains de vulnérabilité pouvait précipiter l'apparition chronique de troubles psychiatriques et tout particulièrement des syndromes dépressifs, des troubles anxieux, des troubles obsessionnelles compulsifs et plus rarement des troubles psychotiques. En effet, l'un des effets de la MDMA est de pouvoir engendrer des états psychotiques aigus transitoires avec ou sans agitation psychomotrice pouvant motiver une prise en charge médicalisée. Il faut faire preuve de prudence dans l'utilisation des neuroleptiques en cas d'intoxication aiguë à la MDMA : leur utilisation sur ce terrain d'excès monoaminergique du système nerveux central induit par la MDMA est un facteur de risque d'apparition d'un syndrome malin des neuroleptiques dont l'hyperthermie dans ce contexte pourrait rapidement être fatale [18]. L'apparition ou l'aggravation de syndrome dépressif dans ce contexte de poly-consommation de substances psychoactives reste problématique chez cette minorité sexuelle qui est de base à risque de développer ces troubles dépressifs avec un risque suicidaire accru inhérent au phénomène de stigmatisation, victimisation ou de marginalisation qui a été confirmé dans une enquête australienne de 2007 sur 531 hommes homosexuels [19]. Nous avons également vu de que nombreuses autres substances sont consommées pour potentialiser les effets de la MDMA ou pour en neutraliser les effets. Hors, de nombreuses études dans la littérature ont démontré que cette poly-consommation de drogue favorise les comportements à risque et notamment les rapports sexuels non protégés [20] (impact du phénomène « chemsex », [contraction du mot anglais *chemical* pour chimique et sexe]) associés au risque de séroconversion du VIH et autres infections sexuellement transmissibles [21]. Elle favorise également des premiers rapports sexuels précoces eux-mêmes prédictifs de rapports sexuels à risque. De plus, la polyconsommation de substances psychoactives potentialise leurs effets secondaires et leur dangerosité, notamment les effets psycho-mimétiques de la MDMA avec le GHB, la LSD, les amphétamines ou bien encore la kétamine [22, 23]. Il en est de même pour les effets sédatifs avec l'administration concomitante de MDMA, d'alcool, de 3-MMC (3-methyl-N-methylcathione) ou bien de GHB, avec des dommages neurologiques et cardiovasculaires dont l'issue est parfois fatale.

Conclusion

Notre étude démontre une tendance à l'augmentation de la consommation de MDMA (ecstasy) dans le milieu homosexuel masculin français chez les 18-40 ans, favorisé par des enjeux d'intégration sociale et de crise identitaire, au sein d'une minorité sexuelle sous-tendue par un phénomène de banalisation de la MDMA. Sa consommation est souvent associée à la prise d'autres substances psychoactives, que ce soit pour en potentialiser les effets recherchés ou en neutraliser les effets indésirables. La conséquence de cette poly-consommation est de cumuler le risque d'apparition

Document téléchargé depuis www.cairn.info - CH Georges Mazurelle - - 85.115.60.201 - 09/06/2017 15h34. © John Libbey Eurotext

d'effets néfastes et de comportements à risque sur une population déjà vulnérable tout particulièrement concernant les rapports sexuels non protégés et les troubles dépressifs. Dans le contexte d'arrivée récente en France de la pratique du « *Slam* » (terme anglo-saxon désignant l'injection de drogues intraveineuses de la famille des cathiones dans un contexte sexuel, afin d'en augmenter les plaisirs) [24], les consommations de substances psychoactives semblent se majorer dans cette population à risque invitant les professionnelles de santé à la plus grande vigilance, et à ne pas négliger les messages de prévention.

Liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. Lisbonne: Office for Official Publications of the European Communities, 2016.

2. Freese TE, Miotto K, Reback CJ. The effects and consequences of selected club drugs. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002 ; 23 : 151-6.

3. Green AR, Cross AJ, Goodwin GM. Review of the pharmacology and clinical pharmacology of 3-4-methylenedioxymetamphetamine (MDMA of « Ecstasy »). *Psychopharmacology* 1995 ; 119 : 247-60.

4. Spach M, Wyart A. Les cycles de mode des drogues illicites : l'exemple de la MDMA et de la cocaïne. *Psychotropes* 2014 ; 20 : 153-73.

5. Acier D. La consommation de substances psychoactives chez les personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles : état de la littérature. *L'évolution psychiatrique* 2013 ; 78 : 485-500.

6. Frederick BJ. « Delinquent boys » : toward a new understanding of « deviant » and transgressive behavior gay men. *Critical Criminology* 2014 ; 22 : 139-49.

7. Schmidt AJ, Bourne A, Weatherburn P, Network EMIS, *et al.* Illicit drug use among gay and bisexuel men in 44 cities : Findings from the European MSM Internet Survey (EMIS). *International Journal of Drug Policy* 2016 ; 38 : 4-12.

8. Karila L, Lafaye G, Reynaud M. Dépendance aux Poppers : le masque de l'hypersexualité. *La Presse Médicale* 2011 ; 40 : 976-9.

9. Vale A. Drugs of abuse (amfetamines, BZP, cannabis, GHB, LSD). *Medicine* 2011 ; 40 : 84-7.

10. Dìaz RM, Heckert AL, Sànchez J. Reasons for stimulant use anong latino gay men in San Francisco : a comparison between metamphetamine and cocaïne users. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medecine* 2005 ; 82 : 71-7.

11. Maitre M, Humbert JP, Kemmel V, Aunis D, Andriamampandry C. Mécanismes d'action d'un médicament détourné : le γ-hydroxybutyrate. *Médecine/Sciences* 2005 ; 21 : 284-9.

12. Fisher DG, Reynolds GL, Ware MR, Napper LE. Metamphetamine and Viagra use : relationship to sexual risk behaviors. *Archives of Sexual Behavior* 2011 ; 40 : 273-9.

13. Lelutiu-Weinberger C, Pachankis JE, Golub SA, *et al.* Age cohort differences in the effects of gay-related stigma, anxiety and indentification with the gay community sexual risk and substance use. *AIDS Behavior.* 2013 ; 17 : 340-9.

14. Lalanne T. MDMA : réduction des risques en milieu festif [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Toulouse : Université Paul Sabatier, 2015.

15. Thomasius R, Petersen K, Buchert R, *et al.* Mood, cognition and serotonin transporter availability in current and former ecstasy (MDMA) users. *Psychopharmacology* 2003 ; 167 : 85-96.

16. Koester SC, Roger PD, Rajasingham CR. MDMA ("ecsatsy") and other "club drugs" The new epidemic. *The Pediatric Clinics of North America* 2002 ; 49 : 415-33.

17. Parrott AC, Milani RM, Parmar R, Turner JD. Recreational ecsatsy/MDMA and other drug users from the UK and Italy : psychiatric symptoms and psychobiological problems. *Psychopharmacology* 2001 ; 159 : 77-82.

18. Adamowicz P, Zuba D, Byrska B. Fatal intoxication with 3-methyl-N-methylcathione (3-MMC) and 5-(2-aminopropyl) benzofuran (5-APB). *Forensic Science International* 2014 ; 245 : 126-32.

19. Holt M, Bryant J, Newman CE, *et al.* Patterns of alcohol and other drug use associated with major depression among gay men attending general practices in Australia. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2012 ; 10 : 141-51.

20. Jones-Webb R, Smolenski D, Brady SS, *et al.* Drinking settings, alcohol consumption, and sexuel risk behavior among gay men. *Addictive Behaviour* 2013 ; 38 : 1824-30.

21. Kurtz SP. Post-Circuit blues : motivations and consequences of Crystal Meth use among gay men in Miami. *AIDS and Behavior* 2005 ; 9 : 63-72.

22. Haile CN, Mahoney JJ 3rd, Newton TF, De La Garza R. Pharmacotherapeutics directed at deficiencies associated with cocaine dependence: Focus on dopamine, norepinephrine and glutamate. *Pharmacology & Therapeutics* 2012; 134:260-77.

23. Liu Y, Lin D, Wu B, Zhou W. Ketamine abuse potential and use disorder. *Brain Research Bulletin* 2016 ; 126 : 68-73.

24. Bourseul V. Genre gay et souffrance identitaire : le phénomène Slam. *Nouvelle Revue de Psychosociologie* 2014 ; 17 : 109-20.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - CH Georges Mazurelle - - 85.115.60.201 - 09/06/2017 15h34. © John Libbey Eurotext