

L'écho-TOXICO

Le Mot de Lise...

Depuis quelques temps, plusieurs publications et articles (scientifiques ou de la presse grand public) ont été publiés sur la question du cannabis. Nous avons nous aussi choisi ce thème mais en l'abordant à partir d'observations sur le terrain et de réflexions suscitées par des intervenants, pour la plupart en contact régulier avec des utilisateurs de cannabis. Les questionnements sont nombreux pour plusieurs personnes, que ce soit des scientifiques, des intervenants, des parents ou des jeunes... Ainsi, soit en écrivant des textes soit en acceptant de participer à des entrevues, ces intervenants partagent généreusement leur point de vue, leurs observations... autant d'éclairages supplémentaires pour alimenter la réflexion autour des débats actuels sur la banalisation, ou d'un point de vue légal, la décriminalisation ou la prohibition du cannabis.

De plus, la production de ce numéro nous a fait réaliser à quel point les débats actuels sont des débats d'adultes et à quel point nous envoyons des messages ambigus aux jeunes. Manquons-nous de nuance dans le débat sur la décriminalisation du cannabis? Insiste-t-on assez sur les différences entre les jeunes et les adultes? Comment l'adolescent ou le préadolescent qui n'a pas la maturité physiologique et psychologique de l'adulte s'y retrouve-t-il dans les messages souvent à double sens qu'on lui envoie et que pense-t-il de ces adultes qui n'osent jamais (ou presque) prendre des positions claires? Or, les jeunes ont besoin de recevoir des messages clairs et de côtoyer des adultes affirmés pour les accompagner, particulièrement dans les passages difficiles mais aussi dans la vie de tous les jours. Souhaitons que ce numéro va tous nous encourager à tenir compte de ces questions dans les débats en cours si on ne veut pas risquer de se retrouver avec des problèmes plus graves que ceux que l'on essaie d'éviter. Je soumetts tous ces éléments à votre réflexion tout en vous invitant à la nuance ainsi qu'à la prudence dans les positions adoptées particulièrement en regard des jeunes.

Je ne peux terminer sans vous souhaiter à tous, fidèles lecteurs et fidèles collaborateurs, un Joyeux Noël et une Bonne année 2005!

Lise Roy



CANNABIS, Y-A-T-IL LIEU DE S'INQUIÉTER?

(Entrevues Dr Pépin et C. Giroux)

Les débats autour du cannabis font rage. Encore récemment, divers articles dans La Presse de Montréal ont brossé un certain portrait de la situation actuelle en regard de cette substance.

Parallèlement à cela, des études populationnelles (par exemple, celles de Statistiques Canada), nous indiquent que la proportion de consommateurs de cannabis a presque doublé au Canada durant les 13 dernières années... Que penser? Que croire?

Y-a-t-il lieu ou non de s'inquiéter...

Nous avons posé ces questions au docteur Jean-Marc Pépin et à Claude Giroux, pharmacien.

Dr Jean-Marc Pépin exerce en médecine familiale mais aussi dans un centre de réadaptation en toxicomanie, Domrémy-Mauricie/Centre du Québec, depuis 1984. À cette expérience de praticien s'ajoute celle de l'enseignement puisqu'il est également chargé de cours en toxicomanie à l'Université de Sherbrooke.

Claude Giroux est pharmacien, chercheur et chargé de cours en toxicomanie à l'Université de Sherbrooke.

Suite à la page 2

TOXICOMANIE: DU CERTIFICAT À LA MAÎTRISE Hiver 2005

**DEVENIR UN
INTERVENANT QUALIFIÉ**
(selon les normes en vigueur)

**Certificat de toxicomanie
de 1^{er} cycle**
Enseignement offert la fin
de semaine au campus de la
Santé, au campus de Longueuil
et dans différentes villes du
Québec.

**Nouveaux groupes
à l'hiver 2005**
À Québec au Collège Mérici et
À Saguenay
au Collège de Jonquière

INFORMATIONS
Francine Roux
1 800 267-8337 (sans frais)
ou (819) 564-5245
Francine.Roux@USherbrooke.ca

**POUR ASSUMER DE NOUVELLES
RESPONSABILITÉS**

**Microprogrammes et diplôme
de 2^e cycle**
**Cheminements de maîtrise en Travail social,
en Éthique appliquée et en Sciences cliniques**
Enseignement offert le soir et la fin de semaine
au Campus de Longueuil.

Cours sur internet à l'hiver 2005
TXM 700 – Bilan des connaissances
et courants actuels (3 cr.)
TXM 715 – Psychopharmacologie
et toxicomanie (3 cr.)

INFORMATIONS
Gaétane Quirion
1 888 463-1835, poste 1795 (sans frais)
ou (450) 463-1835, poste 1795

Toxico.Longueuil@USherbrooke.ca
 Longueuil — Université-de-Sherbrooke
www.usherbrooke.ca/toxicomanie



► **ÉCHO-TOXICO.** *Concernant la concentration de THC dans la marijuana actuellement disponible sur le marché, les informations qui circulent en ce moment indiquent que « le cannabis actuel n'a rien à voir avec celui des années '70 » ; « la dangerosité et le risque de dépendance sont énormément accrus » ; on affirme aussi « qu'on ne peut plus parler de drogue douce »... Que croire selon vous ?*

Dr Pépin. Si vous permettez, je vais répondre en tant que clinicien, en observateur de mes patients, et non en faisant référence à la littérature sur le sujet car elle est trop contradictoire. Selon mes observations cliniques, la marijuana actuelle n'est pas aussi diabolique qu'on le dit mais... elle n'est pas aussi inoffensive que certains veulent nous le faire croire. Pourquoi pas aussi diabolique ? Parce que, comparée à l'alcool et à la nicotine qui sont deux produits dangereux pour la santé publique, on n'a pas de maladies physiques graves découlant de l'usage de cannabis. Il existe un potentiel toxique au niveau pulmonaire... mais rien de comparable avec la toxicité physique avérée du tabac et de l'alcool. Cependant, je suis certain qu'elle n'est pas si inoffensive non plus... Pourquoi ? Mon inquiétude découle des études qui ont mis en évidence l'action de la marijuana sur des récepteurs cannabinoïdes. Je fais alors le lien avec certaines de mes observations cliniques et... je m'inquiète. Depuis les cinq dernières années, je vois arriver en réadaptation de plus en plus de « gros poteux »... ces personnes présentent une dépendance et requièrent un stage en interne. On en reçoit ainsi à Domrémy, environ deux par mois. Or, il y a cinq ans seulement, c'était plutôt un individu par deux mois qui manifestait ce type de besoin et cette ampleur de problème avec la marijuana. Pour en revenir à votre question, OUI la concentration de THC plus élevée fait que la capacité addictive du « pot » est plus grande, d'où un nombre

C. Giroux. Le repositionnement du cannabis me semble davantage une stratégie pour éviter l'inconfort que suscite la lutte au cannabis chez une partie de la population familière avec sa consommation il y a une vingtaine d'années. Il est intéressant de remarquer dans cette préoccupation contemporaine la présence de l'argument millénaire « avant, c'était moins pire ».

L'argument de la dangerosité accrue liée à une concentration supérieure de THC n'est pas nouveau. Il était déjà présent en 1988. Une étude (Tod H Mikuriya et Adrich, 1988) signale les affirmations de l'époque à l'effet que la concentration en THC du cannabis était passée de 1 à 3 % en 1970 à des plafonds de 5 à 15 % dans les années 80. Les chercheurs évoquent des affirmations véhiculées en 1986 lors d'une conférence américaine sur la marijuana où on faisait état d'une hausse de 1400 % de la concentration en THC. Les commentaires de ces auteurs rappellent que l'argument d'un « cannabis plus puissant » est présent dans le discours scientifique depuis 1839, époque où un médecin s'inquiétait des effets de la variété de cannabis sinsemilla aux Indes.

Dans les faits, la teneur en principe actif est un élément bien secondaire – à mon avis – dans la liste des éventuels problèmes qu'entraîne la prise de cannabis. Devrait-on interdire les boissons à 40 % d'alcool en vente libre et ne permettre que la vente de bière ? Y a-t-il plus d'alcooliques à la

grandissant de personnes qui, après dix ans de consommation, viennent demander de l'aide en réadaptation. Ces personnes expérimentent plusieurs problèmes et elles sont inquiètes devant leur incapacité à faire face. Ceci étant dit, je n'observe pas de complications cliniques majeures avec ces individus, mais ils ne parviennent pas à s'en sortir tout seuls.

vodka qu'au vin ? L'argument pharmacologique est un des axes fondamentaux des débats sur les drogues. À mon sens – et c'était une des démonstrations de ma recherche de maîtrise – les données pharmacologiques et donc les caractéristiques potentiellement addictives des substances apparaissent si elles peuvent être utilisées à des fins stratégiques par certains groupes d'intérêt.

► **ÉCHO-TOXICO.** *Cette considération du potentiel addictif introduit très bien le deuxième point que nous souhaitons aborder. Le faible niveau de risque généralement perçu par les consommateurs, fait des jeunes adolescents des candidats à l'expérimentation dont l'âge diminue graduellement. On peut penser aussi chez les jeunes femmes, à la consommation, pendant la grossesse... La substance n'est pas perçue comme dangereuse, cela signifie-t-il des problèmes majeurs à venir ? Pour les individus ? pour la société ? Y-a-t-il des observations dans votre pratique qui vont dans ce sens et alimentent votre inquiétude ? Expliquez-nous votre point de vue...*

Dr Pépin. Entendons-nous bien : quelle que soit la substance, la consommation précoce augmente de beaucoup les risques. Chez un jeune dont le système nerveux central n'est pas mature, le psychotrope peut cristalliser un neurone à un certain niveau ou stade et ma crainte, comme médecin, c'est l'augmentation pour un certain nombre de consommateurs de rester *pris* avec un problème permanent de trouble de l'humeur ou anxiété... Je constate que l'usage du « pot » rend certains individus plus vulnérables face aux événements de la vie et que, plus l'histoire de consommation est longue, plus le niveau d'anxiété est élevé.

Pour ce qui touche la grossesse, il ne faut surtout pas banaliser. La marijuana a le défaut de provoquer des baisses de tension artérielle soudaines (hypotension), ce qui amène des étourdissements

C. Giroux. Le survol que j'ai fait des articles publiés pendant un an où l'on parlait de drogue me semble démontrer l'importance et le rôle des sources citées par les médias dans la construction du discours public de la presse québécoise. Le discours le plus alarmiste, dans les données que j'ai analysées, provenait d'intervenants psychosociaux. Le phénomène peut paraître surprenant. Je suis porté à considérer que les groupes et les individus en question aient tenté, en augmentant la valeur médiatique de leur message, de susciter l'intérêt des médias, en croyant qu'un discours dramatisant était l'ingrédient nécessaire à une couverture médiatique. Du côté des sources policières, paradoxalement, les propos rapportés étaient généralement objectifs et mesurés. Et en ce qui concerne la responsabilité des médias,

chez la mère et des baisses d'oxygène chez les fœtus. De plus, la marijuana est rarement le seul toxique en cause, il ne faut pas oublier son association avec le tabac dans la plupart des cas et toutes les conséquences connues lors d'une grossesse.



► **ÉCHO-TOXICO.** *L'un des effets néfastes souvent évoqué, à long terme, est le syndrome amotivationnel. On parle aussi d'une apathie/état de quasi dépression/volonté annihilée... phénomène serait d'autant plus grave qu'il est pernicieux... Pouvez-vous développer votre opinion à ce sujet et les observations scientifiques/cliniques sur lesquelles vous vous appuyez ?*

Dr Pépin. J'observe chez mes patients consommateurs réguliers de « pot » un état différent de celui de mes patients alcooliques... Les fumeurs de marijuana en traitement, même après l'arrêt de la consommation, ont de la difficulté à se mettre en action. On dirait que la *switch* reste sur *off*... C'est étrange à observer et cela nous ramène au fameux triangle : Substance/Individu/Contexte... Il me semble clair que dans le cas de pathologie du côté de la santé mentale ou d'un contexte de vie difficile, la marijuana vient cimenter le problème... Je me retrouve à faire les liens avec l'action sur les neurones et à penser que, décidément, on prend des risques lorsqu'on banalise ou écarte un peu vite les questionnements ou observations négatives...

De plus, il y a autre chose dans le cas du « pot », c'est l'absence de culpabilité. Mes patients alcooliques vivent énormément

souvent injustement attaqués à mon sens, le journalistique recensé ne faisait que mettre en évidence les propos de certaines sources, en lien avec l'actualité. Il faut plutôt s'étonner que la quasi-totalité des sources ayant fait l'actualité (par une conférence de presse, un procès, une création artistique, un discours politique...) soutenaient l'idée de la dangerosité des drogues (et du cannabis, par ricochet). Les intervenants en toxicomanie, sauf lorsqu'ils défendent la survie ou le financement d'un organisme ou d'un projet, semblent peu enclins à participer aux débats publics.

C. Giroux. « Volonté annihilée »... Cette idée est fort intéressante. De quoi parle-t-on ? Les comportements de désinvestissement succèdent-ils ou précèdent-ils la consommation ? Comment expliquer que des personnalités publiques aient déclaré avoir fumé du cannabis dans leur jeunesse ? Dans une société où la tentation est forte de prôner le « bon » comportement, qu'est-ce qui est pire : le manque de volonté ou une volonté qui refuse de respecter les normes ?

La subjectivité du concept rend, à mon avis, les débats à ce sujet théoriques et subjectifs. Mais l'utilisation de l'argument d'autorité « scientifique » dans les discussions me fait penser au rôle que jouait la médecine du XIX^e siècle dans la lutte à la masturbation, alors qu'elle prétendait avoir démontré que cette activité sexuelle annihilait la volonté des futurs hommes.

Cela dit, je conçois fort bien que certains collègues cliniciens

de culpabilité (et de souffrances reliées à celle-ci), ce qui les motive, une fois certaines étapes dépassées, à se mettre en mouvement dans leur nouvelle vie, à corriger leurs erreurs, à réparer. Les gros fumeurs de « pot » eux, ne ressentent aucune culpabilité, ils vivent peu de pressions de l'extérieur car les conséquences sur les autres au niveau social ou familial sont faibles... ils ne se sentent pas poussés à changer. Ajoutons à cela l'ambiguïté des messages sur la marijuana... on peut comprendre la faible motivation...

puissent avoir une opinion personnelle différente sur le sujet. Mais, de grâce, soyons prudents lorsque nous tentons d'asseoir le tout sur l'autorité scientifique !



► **ÉCHO-TOXICO.** *La banalisation, l'accessibilité, ce qui signifie aussi la consommation par des individus vulnérables... Autant de sujets d'inquiétudes pour certains. Quelle est votre position ? Quelles vulnérabilités retiennent votre attention ? Les antécédents psychiatriques ? la jeunesse et le développement non complété des jeunes consommateurs ? L'attrait de la fuite pour des individus qui ne trouvent pas leur place dans la société ?*

Dr Pépin. Dans ma clientèle, j'ai des jeunes qui ont cinq ans d'histoire de consommation et qui sont extrêmement fragiles, même s'il n'y a pas d'antécédents psychiatriques, ni pour eux, ni pour leurs proches. D'après la littérature, il ne devrait pas y avoir chez eux de pathologie persistante après l'arrêt de la consommation, mais moi, j'observe que certains individus développent des troubles d'adaptation au stress (légers ou modérés), de l'anxiété, des phobies sociales.

Par ailleurs, d'autres individus, avec un bagage personnel ou familial plus lourd, développent carrément des troubles modérés à graves, en regard de l'anxiété ou des troubles de l'humeur... ce qui confirme, selon moi, la fonction « déclencheur » de la substance, mais, attention... chez ces personnes, le déclenchement pourrait être activé par autre chose à un autre moment...

C. Giroux. Vous touchez, à mon avis, à l'essentiel du problème. Le cannabis apporte une réponse à certains types de problèmes et effectivement cette réponse est susceptible de générer des comportements toxicomanes. La difficulté, c'est qu'il me semble nécessaire de trouver d'autres réponses aux problèmes des consommateurs : le fait de retirer la substance ne règle pas le problème.



La vulnérabilité, liée à l'âge... C'est intéressant... J'observe chez mes jeunes patients un usage du « pot » pour se *dégéner*, une sorte d'automédication... mais lorsqu'ils arrêtent de consommer, ils sont encore plus gênés ! Le « pot » serait la béquille de certains ados, pour faire face... sauf que cette béquille les empêche de faire les apprentissages qu'il serait normal de faire à leur âge et la perte de capacité d'apprentissage va en s'amplifiant pour aboutir chez certains, à du retrait social. C'est un réel danger chez les jeunes. On prépare peut-être une génération de personnes avec de réels problèmes d'adaptation face aux événements et difficultés de la vie.

Pour ce qui est des psychoses et de la marijuana... La teneur plus élevée en THC augmente le potentiel psychotique car la substance passe alors d'un statut de dépressif à celui de perturbateur, cependant, je n'ai pas vu de psychoses chroniques induites par le « pot ». La psychose toxique liée au « pot » est courte dans le temps. À l'arrêt de la consommation, elle cesse. Chez certains individus, il peut y avoir pendant quelques mois des phénomènes de *flash back*, mais au bout d'un certain temps, tout rentre dans l'ordre.

La pauvreté, le chômage, la faible estime de soi, le désespoir, la culpabilité... Pour les personnes qui font un recours abusif au cannabis, le problème est de trouver une solution. En cela, la situation est peu différente de celle des autres toxicomanies.

La prévalence importante de la consommation de marijuana est l'élément qui particularise la question. Et le conflit qui existe entre les normes formelles et la réalité du terrain confère une acuité spécifique à ce psychotrope dont la consommation questionne les valeurs de notre société. Je suis critique d'une vision trop mécaniste des dynamiques psychiques, un discours trop souvent réducteur, grandement supporté par les promoteurs pharmaceutiques de molécules vendues pour traiter un ensemble grandissant de conditions psychiques.



► **ÉCHO-TOXICO.** *Pour conclure, quel est votre plus grand motif d'inquiétude par rapport au cannabis ? Quel message, s'il ne devait y en avoir qu'un, voudriez-vous passer et à qui ?*

Dr Pépin. J'ai deux motifs d'inquiétude. Il s'agit de la banalisation du « pot » et de l'ambiguïté des messages qui concernent cette substance. À mon avis, on sous-estime le danger physique, par exemple, vis-à-vis du cancer... On sous-estime le risque en regard de la baisse de la capacité d'adaptation au stress, chez les jeunes en particulier... Comme société, on manque de prudence. On se comporte comme si on avait une longue histoire de consommation de marijuana et grâce à cette longue histoire, une connaissance documentée des conséquences. Or, cela ne fait que commencer... J'en viens à penser que pour l'ensemble de la société, y compris les non-consommateurs, la marijuana a un effet toxique puisque nous avons les mêmes comportements que le fumeur de « pot » : insouciance, altération de la perception des conséquences, pensée magique, neutralité émotionnelle et sociale, torpeur... Tout cela aboutit à l'absence d'un message clair, spécialement pour les jeunes... C'est un motif majeur d'inquiétude pour moi.

ÉCHO-TOXICO.
Merci Dr Pépin.

C. Giroux. Ma principale crainte, c'est que les enjeux globaux éclipsent les enjeux individuels. Je déplorerais que, pour « marquer des points » ou « faire exemple » on pénalise des utilisateurs au profit d'un débat théorique et général. Il n'existe pas un « fumeur de cannabis » ailleurs que dans le discours théorique. Devant le clinicien, il y a plutôt une personne (un voisin, un parent, un étudiant), qui utilise du cannabis à l'intérieur de paramètres qui lui sont individuels et pour répondre à certains besoins... Le problème des discours théoriques, des spéculations ou des confrontations idéologiques, c'est qu'on oublie trop souvent les individus pour se lancer dans une escalade persuasive sans nuance. Et le risque, à mon sens, c'est d'oublier là-dedans l'intérêt de la personne qui consomme. Les situations particulières, nuancées, ça ne fait pas de bonnes envolées oratoires.

ÉCHO-TOXICO.
Merci Claude Giroux.



Dans le prochain numéro...

À SURVEILLER...

Comme on peut le constater à la lecture de ce bulletin, plusieurs inquiétudes émergent au regard de la consommation de cannabis par les jeunes. Ces inquiétudes sont parfois

avivées par le projet de loi modifiant la peine vers des contraventions pour une possession de 15 grammes et moins de cannabis.

• **Line Beauchesne**, criminologue à l'Université d'Ottawa (et précieuse collaboratrice de Écho-Toxico) a accepté de nous préparer une analyse des inquiétudes exprimées en lien avec la modification de la loi. Le prochain numéro est prévu en septembre 2005, ne le manquez pas...

- Par ailleurs, en raison de contraintes liées aux délais de production, nous n'avons pas pu recevoir à temps un texte du **Club Compassion de Montréal** pour ce numéro. Ce n'est que partie remise ! Nous publierons le texte de cet organisme qui travaille à rendre disponible du cannabis à des fins thérapeutiques aux personnes malades, dans le prochain Écho-Toxico.

P.N.P... (Petites nouvelles Pharmaceutiques)

La substance

Le cannabis est utilisé depuis des millénaires autant pour ses propriétés psychotropes que médicales. Il contient plus de 400 produits connus, dont plus de 60 cannabinoïdes.

Les trois principaux cannabinoïdes sont : le cannabinoïde, le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol. On attribue principalement au THC la responsabilité des effets pharmacologiques. Les autres cannabinoïdes n'exercent pas d'effets significatifs sur le comportement, comparativement au THC. Ils peuvent cependant agir indirectement en modulant les effets du THC.

Divers travaux de recherche effectués au cours des dernières décennies sur le cannabis ont permis de découvrir l'existence chez l'humain de récepteurs cannabinoïdes et de cannabinoïdes endogènes. Même si le rôle exact des cannabinoïdes endogènes doit encore être précisé, on sait entre autres, qu'ils sont activés en présence d'œdème, d'hyperalgie et d'inflammation. D'autres recherches en cours devraient nous permettre de mieux comprendre le mécanisme d'action du cannabis, ce qui pourra éventuellement conduire au développement de nouveaux médicaments.

L'usage thérapeutique

Deux médicaments homologués associés au cannabis sont actuellement disponibles au Canada. Cependant, ils ne contiennent que du THC pur, sans autres cannabinoïdes. Il s'agit du Marinol (Dronabinol) et du Cesamet (Nabilone).

Ces deux médicaments sont pris par voie orale et doivent être prescrits par un médecin.

Voici en tableau les caractéristiques de ces deux médicaments ainsi qu'une comparaison avec la marijuana fumée.

On remarque dans ce tableau plusieurs similitudes entre les différents produits. On peut alors se demander pourquoi, dans les cas d'usage médical du cannabis, on ne se contente pas tout simplement d'utiliser les médicaments synthétiques actuellement disponibles et commercialisés. En fait le problème est plus complexe. La plante de cannabis comporte plusieurs cannabinoïdes (encore mal identifiés) et l'on sait que certains d'entre eux sont actifs et peuvent moduler les effets pharmacologiques et les effets

	Marinol (Dronabinol)	Cesamet (Nabilone)	Marijuana fumé
<i>Structure</i>	THC synthétique	Analogue synthétique du THC	THC et autres cannabinoïdes
<i>Volume de distribution</i>	Liposoluble (très large)	Liposoluble (très large)	Liposoluble (très large)
<i>Biodisponibilité</i>	6-20 % (premier passage hépatique)	Probablement idem au Marinol	10-25 %
<i>Début d'action</i>	30-60 minutes	60-90 minutes	6-20 minutes
<i>Effet maximal</i>	1-4 heures	2 heures	30-120 minutes
<i>Durée d'action</i>	4-6 heures (ad 24 h comme stimulant de l'appétit)	8-12 heures	3-4 heures
<i>Demie-vie</i>	Variable: 19-56 H Utilisateurs à long terme: 4,3 jours Métabolites: 49-53 H	2 H Métabolites: 35 H	44-59 H (pourrait être plus longue chez le consommateur à long terme)
<i>Indications reconnues</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nausées et vomissements liés à la chimiothérapie • Syndrome de perte pondérale, anorexie liée au VIH 	<ul style="list-style-type: none"> • Nausées et vomissements liés à la chimiothérapie 	<p>Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (Santé Canada)</p> <p>Catégorie 1: Patients en phase terminale (<12mois)</p> <p>Catégorie 2: Patients souffrant de troubles médicaux graves:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violente nausée⁰ • Cachexie, anorexie⁰ • Spasmes musculaires persistants¹ • Convulsions² • Douleur sévère³ <p>Catégorie 3: Patients réfractaire à tous les traitements conventionnels.</p>

0. Cancer, SIDA, infection au VIH

1. Sclérose en plaques, lésion ou maladie de la moelle épinière

2. Épilepsie

3. Cancer, SIDA, infection au VIH, sclérose en plaques, lésion ou maladie de la moelle épinière, forme sévère d'arthrite

Source: adapté de: *La marijuana au fil du temps*, *Le médecin du Québec*, vol.36, #12, déc.2001; *Monographie de produit 2002 Cesamet*, ICN Canada Limité; *Monographie de produit 2002 Marinol*, Sanofi-Synthelabo Canada inc; *Liste de médicament du Québec*; *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*, avril 2001, Santé Canada.

indésirables du THC. Compte tenu de ces éléments, on peut même se questionner sur la validité scientifique d'une démarche qui compare une plante avec des produits synthétiques. C'est là une des grandes difficultés de la recherche actuelle sur le sujet. De façon générale on entrevoit que les cannabinoïdes sont prometteurs sur le plan thérapeutique, mais on sait aussi que c'est seulement une fois isolés et bien

étudiés qu'ils pourront éventuellement être transformés en produits pharmaceutiques normalisés.

Actuellement, il nous manque encore de l'information sur des éléments aussi importants que la posologie, la concentration du produit répondant le mieux aux besoins des patients, l'efficacité, les interactions médicamenteuses potentielles et les effets sur la santé à long terme.



P.N.P... (Suite)

Les effets de la substance

Après une prise ponctuelle de cannabis, les effets centraux (cérébraux) ressentis à court terme sont de l'euphorie, une sensation de « high » suivie d'un ralentissement physique et mental apparaissant progressivement après le début de la consommation. On observe aussi une diminution de l'attention et de la concentration, un ralentissement des réflexes et du temps de réaction ainsi que des troubles dans la coordination des mouvements. Tous ces effets réduisent l'aptitude à conduire un véhicule moteur. La mémoire à court terme est aussi diminuée. Ces effets sont fonction de la dose consommée, ils peuvent durer 4 à 6 heures et même plus longtemps chez certains consommateurs.

Chez les individus qui font un usage à long terme de cannabis, on peut remarquer des déficits de la mémoire, de l'attention et de la concentration. L'usage abusif prolongé peut aussi causer un « syndrome d'amotivation » (perte d'intérêt et d'ambition, apathie, manque d'initiative, piètre rendement au travail et dans les études). Ce syndrome est actuellement controversé dans la littérature...

Pour ce qui est des liens de causalité entre l'usage prolongé de cannabis, la schizophrénie et les psychoses en général, des recherches supplémentaires seront nécessaires avant de pouvoir tirer des conclusions définitives.

Un joint ou une pilule ?

Des échantillons de fumée de cannabis ont été étudiés et leur analyse a mis en évidence la présence d'environ 200 produits différents. À poids égal, le cannabis fumé fournit 50 % plus de goudron que la fumée du tabac. On retrouve également dans le cannabis une concentration plus importante de certains composés à fort potentiel cancérogène comme le benzantracène et le benzopyrène. Les risques encourus pour la santé, à la suite de l'utilisation régulière de la marijuana fumée, seraient donc au moins aussi importants que pour le tabac.

Dans le cadre d'un usage thérapeutique de la marijuana, si on compare les deux voies d'administration du THC (fumée et orale) d'un point de vue pharmacologique, on constate que les paramètres pharmacocinétiques varient en fonction de la voie utilisée.

Lorsque le cannabis est fumé, le THC est rapidement absorbé, les effets se manifestent 10 à 20 minutes après l'inhalation puis se dissipent après 2 heures environ ; alors

que l'administration par voie orale du THC entraîne une absorption lente et variable. L'action ne débute qu'après 30 à 60 minutes et se maintient de 4 à 6 heures.

C'est probablement pourquoi plusieurs patients signalent que le cannabis fumé présente des avantages par rapport au THC consommé par voie orale. Lorsqu'ils fument un joint, ils sont capables d'ajuster la dose en arrêtant quand l'effet désiré est obtenu, alors que s'ils prennent une dose pharmacologique d'un produit synthétique, ils n'ont aucun contrôle, ni sur la dose ni sur les effets. Par contre, les produits synthétiques ont l'avantage d'être purs et de ne contenir aucun contaminant (bactéries, moisissures, produits chimiques, adjuvants), ce qui est moins certain pour le cannabis fumé. De là l'importance de poursuivre les recherches visant à identifier les cannabinoïdes responsables des effets thérapeutiques du cannabis car cela nous permettrait de les rendre disponibles aux malades sous une forme moins nocive.

La teneur en THC du cannabis peut varier selon les caractéristiques génétiques de la plante, les conditions de croissance, le mode de culture et l'environnement.

Comparativement aux années 1970 où l'on produisait du cannabis dont la teneur en THC était de seulement 2 %, les récentes techniques permettent d'atteindre des concentrations en THC de 15 à 25 %. Les concentrations en THC des diverses préparations de cannabis retrouvés sur la rue sont très variables. (Un joint peut contenir aussi peu que 3 mg ou autant que 150 mg de THC.) Compte tenu du Règlement sur l'usage médical du cannabis, Santé Canada essaie actuellement de produire de la marijuana de qualité contrôlée mais nous ne pourrions jamais être certain de la concentration de chaque plant de marijuana.

En conclusion, d'un point de vue scientifique, si on considère tous les éléments relatifs aux avantages et inconvénients de l'usage médical de cannabis et ce, sous les différentes formes disponibles, la preuve formelle d'une utilité clinique du cannabis fumé demeure toujours à démontrer. De plus, il ne faut surtout pas confondre les usages médicaux et récréatifs de cette substance. Le cannabis n'est pas un produit inoffensif même si à plusieurs égards, il n'est pas plus dangereux que l'alcool ou le tabac...

Maryse Rioux,
pharmacienne

FORMATIONS – AITQ-UdeS 2005

11 février 2005 à **Longueuil**

(9 h à 16 h 30)

**L'INTERVENTION EN TOXICOMANIE :
stratégies pour le court terme et le
long terme**

Louise Nadeau, Professeure titulaire,
Département de psychologie, Université
de Montréal.

18 février 2005 à **Québec**

(de 9 h à 16 h 30)

**L'INTERVENTION AUPRÈS DES TROU-
BLES ANXIEUX ET LA TOXICOMANIE**

Maryse Paré, psychologue.

18 mars 2005 à **Longueuil**

(de 9 h à 16 h 30)

**L'INTERVENTION AUPRÈS DES TROU-
BLES ANXIEUX ET LA TOXICOMANIE**

Maryse Paré, psychologue.

1^{er} avril 2005 à **Québec**

(de 9 h à 16 h 30)

**L'INTERVENTION EN TOXICOMANIE :
stratégies pour le court terme et le
long terme**

Louise Nadeau, Professeure titulaire,
Département de psychologie, Université
de Montréal.

13 mai 2005 à **Longueuil**

(de 13 h 30 à 16 h 30)

Demi-journée

JEUNESSE ET GANGS DE RUE

Gilbert Guérette, superviseur, Section inter-
vention jeunesse et prévention
Service de police de la ville de Montréal.

Lieu de formation à Longueuil

**Campus de Longueuil de
l'Université de Sherbrooke
1111, rue Saint-Charles Ouest
Tour Ouest, 5^e étage**

☐ Longueuil – Université-de-Sherbrooke

Lieu de formation à Québec

**L'Hôtel Québec
3115, avenue des Hôtels
Sainte-Foy (Québec)
G1W 3Z6**

◆ ◆ ◆ ◆

***** INSCRIPTION *****

**S'adresser à l'Association
des intervenants en toxicomanie
du Québec (AITQ)**

Tél. : (450) 646-3271 ou www.aitq.com

**Une attestation d'éducation
continue sera délivrée
par l'Université de Sherbrooke
aux formations d'une durée
d'une journée**

Changement... Évolution... Phénomène : c'est techno... techno... logique !

CLIC... Premier courriel, septembre 2004 : L'agente de liaison jeunesse du Centre André-Boudreau reçoit l'invitation d'écrire un article sur l'évolution du phénomène de la consommation de cannabis dans les 10 dernières années. Intéressant comme sujet, se dit-elle, je devrais en parler à mes coéquipiers...

CLIC... Deuxième courriel, octobre 2004 : Elle envoie cette invitation aux intervenants terrains de son équipe ainsi qu'aux collaborateurs de ressources de type résidentiel.

CLIC... CLIC... Multiplication dans la réception de courriels - réponses et ce, en l'espace d'une journée. Saisissez-vous en quoi cet exemple est lié au sujet de cet article ?

Et d'abord, de combien de temps avons nous besoin en 2004 pour apprendre à faire la culture de cannabis, comparé à 1994 ? Un simple **CLIC** et voilà la réponse affichée à l'écran. Toute est une question de technologie et cette technologie fait partie intégrante du changement de notre société.

Un constat unanime...

Autant les intervenants du Centre André-Boudreau affectés à la clientèle adolescente et jeune adulte que les autres partenaires offrant des services de type résidentiel, tous constatent effectivement une amplification du phénomène de la consommation de cannabis. Le Québec notamment semble être reconnu comme un terrain fertile à sa culture. Le « Québec Gold » semble avoir la cote chez les usagers et il fait partie de notre économie. Cet aspect est important pour comprendre le phénomène d'accessibilité, en lien direct avec l'augmentation du nombre de consommateurs de cannabis au Canada.

Par ailleurs, nos observations cliniques se sont vues validées lorsque le groupe de recherche D.A.V.I.¹ a observé cette

tendance à la hausse chez les élèves inscrits dans les écoles secondaires de Montréal et Toronto. Le même constat est relevé dans divers articles sur la prévalence de l'usage de cannabis chez les élèves canadiens.

Dans une poursuite de cette perspective « technologique », nous observons qu'avec l'avènement de la culture hydroponique et des greffes de la famille des cannabinoïdes, nous assistons à une augmentation du taux de THC. Cette augmentation de l'agent actif de la substance apporte une modification sur le plan clinique soit : un accroissement des signes de sevrage physique et psychologique ainsi qu'un accroissement du nombre d'adolescents présentant des symptômes d'intoxications aiguës ou ayant reçu des services médicaux pour psychoses toxiques sans oublier l'accroissement des troubles de personnalité.

Des changements de société : valeurs et technologie

Il serait simpliste de s'attarder strictement à la substance et ses effets quand nous ne pouvons dissocier de la problématique les facteurs de risque et de résilience en lien avec la personne qui consomme et le milieu auquel elle appartient. Or, nous assistons à une dégradation de la sphère sociale et interpersonnelle de notre jeune clientèle. Aujourd'hui, de plus en plus de parents banalisent la consommation de cannabis compte tenu de l'apparition d'autres drogues telles que les drogues de synthèse qui ont une réputation un peu plus sensationnaliste. De plus, certains parents sont eux-mêmes consommateurs et n'y voient aucun inconvénient. C'est un exemple de *pré-contemplation* collective parmi tant d'autres, observables dans notre société. Sans vouloir généraliser à l'ensemble de notre clientèle, comme cliniciens nous observons une croissance de la pauvreté affective dans laquelle vivent certains jeunes : le modèle de garde partagée se



multiplie mais aussi l'inconstance parentale, l'absence et le désinvestissement parental. Cela a comme conséquence d'augmenter le niveau de stress et les problèmes de communication dans la famille et nous assistons à une véritable modification (mutation ?) des liens d'attachement. Pourtant les jeunes ont toujours besoin de cette appartenance, alors ils cherchent à compenser à travers les moyens à leur disposition dans notre société soit, entre autres, les gangs de rue, les jeux vidéo et le « *chatt* ».

Dans une ère où tout doit être rapide et où les valeurs matérielles ont été priorisées au détriment des valeurs humanistes notre vision de l'effort s'est transformée aussi à travers les années... Trop lent l'effort ? ! Ainsi, comme cliniciens, nous devons adapter nos pratiques et notre cadre de référence. Notre objectif est de mettre nos énergies au bon endroit, de voir la problématique présentée par les jeunes dans sa globalité afin de faire avancer ses jeunes qui s'attendent à beaucoup de notre part sans fournir eux-mêmes beaucoup d'effort. Il faut absolument leur offrir de l'information juste et une direction claire afin d'avoir un impact sur la prévalence des troubles associés à cette consommation ou surconsommation chez les jeunes.

Geneviève Barlow,
Agente de Relations Humaines,
Centre André-Boudreau



1. « Drug and Violence Intervention Team », Centre international de criminologie comparée, 2004



QU'AVONS-NOUS FAIT (OU PAS FAIT) POUR QUE LA FUMETTE RATTRAPE CIGARETTES ET CANEBERRES

En effet, en quelque dix ans, j'ai pu vérifier, dans les pays¹ où je travaille comme « spécialiste de l'adolescence² », que le *trip* a triplé et que la fumette rattrape cigarettes et canettes³. Pour mes élèves, comme pour les adultes auprès desquels j'interviens, la fumette est perçue aujourd'hui soit comme tout à fait banale et normale, soit associée à une toxicomanie ravageuse. Comment se fait-il qu'avec le temps, nous, les agents de prévention, ayons si mal décliné toute la palette des nuances ?

Nuances du côté de l'utilisateur : un jeune qui consomme n'est pas un adulte. Il est en transformations, il vit le passage d'un attachement dépendant à un attachement indépendant. Son corps, son cerveau ne sont pas « achevés ». Pour lui, plus que pour un adulte, la drogue, cette substance qui, ingérée, modifie l'organisme dans lequel elle est introduite, est tout, sauf anodine, puisque justement elle modifie l'organisme ! Comment se fait-il que les barrières qui ouvrent l'accès aux choses de son âge se soient levées si rapidement, comme un droit parce que l'adolescent dit « J'existe » ?

Aujourd'hui, l'accès à la cigarette et l'accès à l'alcool inquiètent les adultes mais aussi notre société si avide de santé. Depuis quelques années, le tabac tue ! Et avant ? Alors, on resserre les lois et règlements sur l'herbe à nicot. On exile les fumeurs, ces pestiférés, sur le trottoir. On augmente le prix des cigarettes à tour de bras. Puis, de l'autre côté, on parle de légalisation et vertus thérapeutiques du cannabis : discours raisonné d'adultes pour des adultes « raisonnables ». Que peut y comprendre l'adolescent épris de liberté, d'aventures, d'expériences exaltantes et de transgressions ! L'appel du joint se fait irrésistible...

Les chiffres parlent : 25 % des ados usent et abusent du joint. A 18 ans, la moitié des filles et les deux tiers des garçons auront

expérimenté au moins une fois le cannabis révèle l'enquête ESPAD sur les substances psycho-actives menée dans trente pays européens. Ces jeunes en ont vérifié l'efficacité pour se calmer les esprits, potentialiser des sensations, se décontracter ou se défouler. Ses vertus calmantes l'ont rendu somnifère pour des nuits difficiles. Et, quand on est encore très influençable, il est si invitant.

Nuances du côté du produit : solution « idéale » aux yeux de certains, le joint n'en est pas moins un produit dont les vertus biologiques ont particulièrement changé avec le temps. La spécialiste (qui est en moi) ose à peine murmurer que le taux de THC, principe actif qui donne au cannabis ses pouvoirs psychotropes a augmenté de façon considérable : de 5 % à 15 % voire 30 %. Oserais-je poursuivre en précisant que le H est plus dangereux au niveau des mécanismes psychologiques et qu'il est plus efficace que la cigarette ? Mais il y aura toujours un autre spécialiste qui viendra annuler cette affirmation en la remplaçant par son inverse⁴. Le journal *La Presse* de Montréal, en date du 9 octobre 2004 résumait très bien la situation : « Pas besoin de fumer son joint de marijuana pour avoir les idées embrouillées : à force de lire sur le sujet ça produit le même effet ! »

Pourquoi, nous les adultes, sommes-nous si frileux pour dire à nos enfants que nous ne voulons pas qu'ils consomment ?

Cela ne signifie nullement que, après un tel inter-dit, les jeunes ne consommeront pas mais au moins ils auront entendu un adulte (mère, père, éducateur) qui se positionne et qui, par là... enseigne ce qui est transgression. Plusieurs parents me disent s'être clairement exprimés à ce sujet.

Pourtant, lorsque je les invite à me préciser leurs positionnements, ils ajoutent : « Eh bien, j'ai dit : *pas la semaine et pas à la maison!* ». Comment un jeune peut-il recevoir un tel message ? Pourquoi pas : *la semaine ailleurs et le dimanche dans sa chambre?*

On fait face à la même difficulté quand on veut définir un consensus chez les professionnels de la santé quant aux risques objectifs que le cannabis fait courir aux consommateurs. Devenir adulte, c'est savoir choisir seul la solution la moins mauvaise. A l'adolescence, la consommation de substances peut répondre à des besoins aussi divers que le plaisir, la curiosité, la pression des pairs, la transgression. Mais peuvent aussi être sous-jacents des besoins de prises de risques et de fuites, proches du mal de vivre. De plus, en ces domaines, les copains ne sont pas forcément de bons repères. En définissant le cadre et les règles, les adultes en autorité donnent au jeune une direction, un sens à prendre, des étapes pour grandir.

Aujourd'hui, de nombreuses organisations se préoccupent de l'inexorable banalisation de cette substance controversée⁵. Ainsi, l'Office fédéral de la santé publique et l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies viennent de publier un guide à l'intention des enseignants et des établissements scolaires⁶ pour répondre aux besoins des enseignants qui voient de plus en plus d'élèves arriver en classe sous l'effet de drogues (dans la plupart des cas du cannabis). Ce fascicule montre que la mise en place de règles et de sanctions contribue à diminuer le phénomène et permet d'éviter certaines difficultés. Il répond aux questions suivantes :

- Comment l'école dans son ensemble peut-elle gérer le problème de consommation de cannabis ?
- Quelles règles doivent être adoptées, quelles mesures prises en cas de consommation ?

1. Principalement la Suisse, la France, le Portugal et le Québec

2. Psycho-pédagogue, thérapeute, conférencière et enseignante

3. Lu dans *Phosphore Magazine*, no 279, septembre 2004 : « Cannabis, enquête sur une drogue pas si cool », pp.58-65

4. Lisez par exemple cet éditorialiste de l'hebdomadaire scientifique *The Lancet* paru 2000 : « Il serait raisonnable de juger que le cannabis constitue moins une menace pour la santé que l'alcool ou le tabac ».

5. Le journal *La Presse* parlait des *ravages du pot* dans son numéro du 9 octobre 2004.

6. *École et cannabis. Règles, mesures et détection précoce. Guide à l'intention des enseignants des établissements scolaires*. Office fédéral de la Santé publique et Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Berne et Lausanne, 2004.

METTE ETTES?

- Comment les enseignants peuvent-ils réagir lorsqu'ils sont en contact direct avec des élèves consommateurs ?

De tels documents sont également mis à disposition des parents. Il est souhaitable que ce genre d'outils, d'information mais aussi de réflexion, permettent à tous les adultes-éducateurs de penser aux rapports qu'ont les jeunes, mais aussi les adultes, avec les substances et autres formes de dépendances (téléphone mobile, internet, argent, télé, etc.).

Pour *maturer*, l'adolescent se risque à l'autonomie, à l'individuation, à l'exploration du monde extérieur. Il modifie la relation à ses parents et vise l'insertion dans le monde social et professionnel⁷. Il importe donc d'indiquer aux jeunes des pistes pour aller à ces (parfois difficiles) rencontres, mais des pistes autres que l'association « fuite de la réalité/démence ». Dans le cadre d'une intéressante étude⁸, il a été demandé à 102 adolescents de 14 à 19 ans, consommateurs réguliers de substances psychotropes, de s'exprimer sur le type d'aide qu'ils trouveraient utile d'offrir à des jeunes confrontés aux problèmes de consommation de substances. « Apprendre à gérer sa consommation; légaliser le cannabis; importance des amis et de la motivation personnelle pour arrêter, pouvoir parler ouvertement, être bien dans sa tête, se connaître soi-même, s'intéresser à l'individu, se trouver des activités valorisantes, offrir des liens d'aide spécifiques » sont, dans l'ordre, leurs solutions. Que nous disent-ils par là ? Peut-être qu'au lieu de tant parler des produits (leurs effets, les lois les régissant, etc.) nous ferions mieux de communiquer avec nos ados⁹: oser parler avec eux des difficultés rencontrées dans la vie mais aussi des choses plus faciles, oser, avec Autorité, leur dire qu'il y a des passages difficiles qui exigent des efforts et **tout** faire pour que cette excursion ne les emmène pas vers des paradis... artificiels.

Martine Bovay,
Thérapeute, psycho-pédagogue

7. Bovay, M.(2004) *Ces ados qu'on aime*. Éditions Septembre, Québec.

8. La consommation de substances: l'adolescence. Problèmes associés, trajectoires individuelles, accès aux soins. SUPEA, Lausanne et Office fédéral de la santé publique, Berne, janvier 2004 (réf. 316.98.8108).

9. Je lisais récemment cette phrase: « Plus on parle des ados, moins on leur parle! ».



Réflexion sur la consommation de cannabis par les jeunes d'âge scolaire, ces dernières dix années!

En tant que travailleur de rue et Éducateur en prévention de la toxicomanie (EPT) j'ai été souvent confronté au phénomène social que le cannabis soulève et de plus en plus.

Pour aborder la consommation de cannabis chez les jeunes, on peut simplement se poser la question: « Y a-t-il plus de consommation chez les jeunes ? » C'est possible, effectivement, si on tient compte de l'offre, la demande, l'accessibilité etc. Il semble qu'il est plus facile pour un jeune de se procurer du « pot », que des cigarettes ou de la bière ou autre boisson alcoolisée, bien que souvent c'est à la maison qu'ils seront initiés à ces derniers produits, qui y sont souvent accessibles.

Mais est-ce le plus important de savoir s'il y a plus de consommateurs ? A-t-on besoin de davantage de statistiques pour **justifier les moyens que l'on prend pour faire face à ce phénomène** ? D'après moi, on sait là où il faut s'attarder et réfléchir. C'est sur le fait que les jeunes commencent leur consommation de plus en plus tôt. L'âge des premières consommations se situe maintenant souvent (mais pas tout le temps ni pour tous!) lors du dernier cycle du primaire, 5^{ème}, 6^{ème} année, soit 10-12 ans. Il y a dix ans, ces expérimentations étaient plutôt réservées au 2^{ème} cycle du secondaire, 4^{ème} et 5^{ème}, soit 15-17 ans.

On a une autre question à se poser comme société: Qu'est-ce qui fait que les jeunes sont si précocement initiés aux substances psychotropes ? Et, notons-le, ils le font de leur propre chef, sous l'influence du groupe des pairs, c'est vrai, mais pas forcés par qui que ce soit ! La présence du produit ? Oui, en partie mais pas uniquement ! En fait, les jeunes ne font pas que commencer à consommer du cannabis plus tôt. Ils font tout, plus jeune. Il semble que même

leur développement physiologique se fait plus jeune. Alors la recherche de l'autonomie, de l'émancipation, le développement psycho (pensée) social (les relations à autrui) suivent le courant. C'est pour cela qu'il est important de considérer toute dynamique jeunesse dans une perspective de développement Bio-Psycho-Social. Trouver ce qui donne du sens à la recherche du jeune et lui permettre ainsi de recadrer l'expérience... Il est important... d'éduquer!

Ce que la consommation des jeunes me dit, c'est qu'ils ont besoin d'accompagnement plus tôt, dans leur recherche de sens à la vie... leur vie ! Nous devons les aider à trouver leur propre potentiel, à s'équiper, à s'outiller pour faire des choix dans leur vie. Depuis le Rapport Bertrand (1990), on recommande l'action de prévention dès le dernier cycle du primaire. Or, on a à peine à faire au secondaire avec les ressources allouées. Pourtant, nous devons faire de l'éducation pour que nos jeunes comprennent le sens de leur recherche et qu'on puisse leur présenter des alternatives plus saines et/ou à tout le moins, une consommation plus sécuritaire pour leur développement bio-psycho-social.

Pour parler des drogues avec les jeunes et éduquer, il faut connaître son sujet et savoir que le discours de la peur et la répression n'ont jamais eu d'incidence positive sur la consommation. Il est grand temps qu'on fasse de l'éducation dans ce domaine, nous avons les connaissances, nous avons des éducateurs qualifiés... Que nous manque-t-il ? Une réelle volonté politique et la démonstration que OUI « Le Québec est fou de ses enfants » et qu'il prend les bons moyens pour s'en occuper.

Michel Dubé,
Éducateur en Prévention des Toxicomanies





LES EFFETS PSYCHIA

La pensée individualiste oriente plusieurs des débats portant sur les grands enjeux qu'affrontent les sociétés libérales. Le débat sur la légalisation du cannabis n'échappe pas à cette règle. Tel que présenté par certains médias et certains groupes, le débat sur le cannabis se résumerait tout simplement à une question de choix et liberté individuelle. Toutefois, quand on entre effectivement dans la sphère privée des individus pour y observer de plus près les effets intimes du cannabis, on constate rapidement que le cannabis n'est pas la substance banale qu'on nous annonce. En outre, ses effets chez les patients psychiatriques justifient une certaine inquiétude et devraient inciter à un minimum de compassion de la part de nos institutions sociales.

Le cannabis est une substance psychoactive complexe, composée de 460 produits chimiques, incluant 60 cannabinoïdes. Dans ses effets immédiats, le cannabis modifie la pensée, la perception, les émotions de base (l'anxiété), la motricité, le rapport au plaisir et à la douleur, la mémoire et l'attention. Il stimule l'appétit et le désir sexuel. Bon point pour le cannabis : on ne décède pas de la consommation de cette substance, contrairement à l'héroïne ou l'alcool. Autre bon point : le cannabis est une substance pacifiante, elle n'encourage pas les comportements violents régulièrement associés à la consommation de cocaïne ou de PCP. De nombreux spécialistes pensent que le cannabis pourrait même avoir des vertus thérapeutiques. Le cannabis serait efficace, en particulier, dans le soulagement de diverses douleurs chroniques. De là à conclure que le cannabis constitue un authentique « médicament », il y a cependant un pas difficile à franchir, puisque le potentiel cancérigène du cannabis est plus élevé que celui du tabac.

Un bref aperçu de la substance...

Historiquement, on a longtemps cru que le cannabis ne produisait ni dépendance psychologique ni dépendance

physique. Avec l'expérience, on s'aperçoit que le cannabis est toxico-manogène, mais moins que d'autres substances. Par exemple, on estime que 9 % des gens qui ont essayé le cannabis vont éventuellement devenir dépendant à cette substance. À titre de comparaison, cette proportion grimpe à 16 % dans le cas de la cocaïne ; à 23 % dans le cas de l'héroïne. À l'arrêt de la consommation de cannabis, des signes de sevrage se manifestent. Ce syndrome n'est pas dangereux pour la santé, mais toutefois désagréable pour le consommateur. Suffisamment désagréable pour inciter celui-ci à reprendre la consommation et éviter ainsi les signes de sevrage.

Un effet non négligeable sur la santé psychologique

Parmi les effets adverses du cannabis, l'anxiété est la manifestation la plus fréquente. Environ 50 % des consommateurs font l'expérience de bouffées d'anxiété, qui se manifestent surtout comme un effet de rebond lorsque les effets du cannabis se dissipent. Le cannabis peut aussi précipiter des attaques de panique. Il n'est pas rare non plus que la consommation de cannabis s'accompagne de phénomènes de dépersonnalisation, le consommateur ne parvenant plus à se reconnaître lui-même.

À long terme, la consommation de cannabis est associée à un syndrome amotivationnel, qui se caractérise par

de la passivité, une perte d'intérêt, et de l'apathie. Ce syndrome demeure toutefois controversé. Ce n'est pas l'existence du syndrome en tant que tel qui est contesté, mais le rôle de la consommation du cannabis dans l'apparition de celui-ci. On ignore en effet si le cannabis engendre ce syndrome, ou si ce dernier ne serait pas plutôt le reflet d'une certaine culture de l'oisiveté à laquelle les consommateurs de cannabis adhèrent généralement.

Le même questionnaire prévaut pour les traits « schizotypiques » mis en évidence à plusieurs reprises chez les consommateurs chroniques de cannabis. En effet, on dénote souvent, chez ces consommateurs, la présence de pensées magiques, de distorsions perceptuelles, de même que des propensions au retrait social et à l'ennui (anhédonie).

Même si le phénomène est plutôt rare, il arrive que la consommation de cannabis précipite des épisodes psychotiques transitoires. Le consommateur est alors en proie à des hallucinations auditives ou visuelles, à des délires paranoïdes ou encore des délires de grandeur. Sa pensée est alors fragmentée, l'orientation dans le temps et l'espace peut s'avérer déficiente.

Le trouble psychotique induit par le cannabis peut également prendre une allure maniaque. Si l'existence de la psychose cannabique ne fait pas de doute, les conditions favorisant son déclenchement demeurent peu docu-

Tableau 1 : La dépendance et le sevrage au cannabis

DÉPENDANCE	SEVRAGE
<p>Sur 1 an, 3+ critères</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrôle (perte de) • Abus • Persistance (malgré les conséquences) • Tolérance (En prendre plus pour le même effet) • Envahissant (préoccupation centrale) • Exclusion (même à l') • Sevrage 	<p>À L'arrêt, 4+ critères</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sommeil perturbé avec rêves bizarres • Appétit diminué avec perte de poids, nausées • Déprimé, anhédonique, amotivationnel • Irritable et agressif • Frissons • Anxiété, panique • Craving • Tremblements • Sudations

TRIQUES DU CANNABIS

mentées. Cependant, il est raisonnable de penser que les facteurs suivants influencent l'apparition de cette psychose toxique :

- les concentrations de THC, le principal agent psychoactif du cannabis,
- la quantité de cannabis par joint,
- les traits de personnalité de l'usager : les consommateurs dont la personnalité se caractérise par des traits schizotypiques sont davantage vulnérables à la psychose toxique,
- le caractère chronique de la consommation ou inversement, l'inexpérience du consommateur,
- le stress,
- la consommation conjointe de cannabis et d'autres drogues d'abus.

La vulnérabilité des patients psychiatriques

En règle générale, on observe que les patients psychiatriques sont davantage vulnérables aux effets du cannabis que la population générale. Parmi les patients psychiatriques, les schizophrènes seraient tout particulièrement vulnérables aux effets adverses de ce dysléptique. D'abord, on sait que la probabilité qu'un schizophrène développe une dépendance au cannabis est de 5 à 6 fois plus élevée qu'elle ne l'est dans la population générale. Par ailleurs, on soupçonne sérieusement que le premier épisode psychotique aurait tendance à se manifester quelques années plus tôt chez les schizophrènes consommateurs de cannabis, comparativement aux schizophrènes abstinentes. Cette

observation suggère que la consommation de cannabis pourrait agir comme déclencheur de la schizophrénie.

En clinique, il n'est pas rare de constater que la consommation de cannabis exacerbe les délires et les déficits de motivation des schizophrènes. Et de fait, il semble de plus en plus évident que les schizophrènes consommateurs de cannabis rechutent plus fréquemment que les schizophrènes abstinentes. Il a même été suggéré que la consommation de cannabis pourrait accroître l'incidence de la schizophrénie dans la population.

Depuis que cette hypothèse a été formulée, près d'une dizaine d'études ont été réalisées en vue de mettre à l'épreuve cette hypothèse. De telles études sont très difficiles à mettre en place car elles s'étalent sur de nombreuses années, elles sont coûteuses et elles nécessitent de nombreux contrôles afin qu'un lien de *causalité* puisse être établi entre la consommation de cannabis et l'incidence de la schizophrénie. Il importe, par exemple, que les traits de personnalité des sujets soient documentés, cela, avant le début de toute consommation. Il importe également que la consommation d'autres drogues d'abus soit notée.

Les études de ce type, publiées à ce jour, sont inégales d'un point de vue méthodologique. Dans l'ensemble, elles ne démontrent pas hors de tout doute que la consommation de cannabis pourrait accroître l'incidence de la schizophrénie. Par contre, elles appuient robustement l'idée voulant que la con-

sommation de cannabis peut accroître la fréquence des symptômes psychotiques chez les personnes schizophrènes. Il n'est pas inutile de rappeler ici que la prévalence de la schizophrénie est de 1 % de la population générale et que cette prévalence est stable d'une société à l'autre, que la consommation de cannabis y soit populaire ou non. (Le Tableau 2 récapitule les liens entre la consommation de cannabis et la schizophrénie.)

Qu'on ne s'y méprenne pas. L'objectif du présent article n'est pas de diaboliser le cannabis. Nous reconnaissons volontiers que le cannabis est moins dommageable, à bien des égards, que des substances comme la cocaïne et l'héroïne. Toutefois, en réaction au vent de banalisation qui alimente présentement le débat public sur la légalisation du cannabis, il nous apparaît approprié de rappeler que la consommation de cannabis est une source légitime d'inquiétude en psychiatrie.

Potvin, Stéphane

Candidat au PhD,
Clinique Cormier-Lafontaine,
Centre de recherche Fernand-Seguin,
Université de Montréal

Légaré, Nancy

B.Pharm., BCPP, candidate MSc.,
Hôpital Louis-H-Lafontaine,
Centre de recherche Fernand-Seguin,
Université de Montréal

Cloutier, Richard

MD, psychiatre à la Clinique
Cormier-Lafontaine et à
l'Hôpital Louis-H-Lafontaine

Tableau 2 :
Les liens entre la consommation de cannabis et la schizophrénie.

QUESTION	RÉPONSE
La consommation de cannabis précipite-elle le premier épisode psychotique chez les schizophrènes ?	Oui
La consommation de cannabis exacerbe-t-elle les délires, les hallucinations et les déficits motivationnels des schizophrènes ?	Oui
La consommation de cannabis accroît-elle la fréquence des rechutes psychotiques chez les schizophrènes ?	Oui
La consommation de cannabis accroît-elle l'incidence de la schizophrénie dans la population générale ?	Improbable ; à démontrer

Références :

Nous encourageons le lecteur curieux d'approfondir ses connaissances à lire les documents suivants :

- Ben Amar M, Léonard L. (2002). Chapitre 16 : « Cannabis », p. 571-627. Dans : *Les Psychotropes : Pharmacologie et Toxicomanie*. Presses de l'Université de Montréal. Montréal.
- Légaré N, Cloutier R. « Psychose et cannabis : la prudence s'impose » dans le journal *La Presse*. Édition du 5 mars 2004.
- Johns A. (2001). « Psychiatric effects of cannabis » dans *British Journal of Psychiatry*; 178: 116-22.
- Potvin S, Stip E, Roy JY. (2004). « Schizophrénie et cannabinoïdes : données cliniques, expérimentales et biologiques », dans *Drogues, Santé et Société*; 2 (2): 61-123.
- Iversen, Leslie (2003). "Cannabis and the brain" dans *Brain*; 126: 1252-1270.
- Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. (2004) « Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence », dans *British Journal of Psychiatry*; 184: 110-117.

LE CANNABIS EN FRANCE : ÉTAT DES

Quelques chiffres.

La problématique liée au cannabis fait actuellement en France l'objet de nombreux débats plus ou moins polémiques. En ce qui concerne son usage, les derniers chiffres publiés¹ sont évocateurs : la consommation de cannabis a pratiquement doublé entre 1993 et 2001 pour les 18-44 ans et, en 2002, un Français sur cinq (soit 12 millions d'individus) a déjà expérimenté le cannabis. Au cours de l'adolescence, cette expérimentation, qui débute vers 13-14 ans, croît avec l'âge pour concerner plus de la moitié des jeunes de 18 ans². Parallèlement, la consommation, majoritairement occasionnelle et masculine, devient de plus en plus régulière avec les années chez une fraction des jeunes : ainsi, à 18 ans, 29 % des garçons et 14 % des filles en font un usage fréquent³ (au moins 10 fois dans le mois).

Toutefois cette consommation s'arrête pour la majorité à l'âge adulte, et l'usage régulier devient très rare au-delà de 40 ans.

Que dit la loi en France ?

Depuis la convention de Genève en 1925, le cannabis est classé parmi les stupéfiants. Il s'agit donc d'une substance dont l'usage, la cession, l'incitation à la consommation, la vente et la production sont interdits. C'est pour cette raison que l'utilisation du chanvre à des fins thérapeutiques reste si difficile dans notre pays.

Actuellement, la législation française, de par la loi 70-1320 du 31 décembre 1970⁴, punit l'usage à titre privé de cannabis de deux mois à un an de prison et jusqu'à 3800 euros d'amende.

La cession ou l'offre en vue d'une consommation personnelle peut être passible d'une peine de cinq ans de prison et/ou jusqu'à 76 000 euros d'amende.

La notion de quantité possédée au-delà de laquelle une condamnation pour trafic peut être prononcée est variable suivant les juridictions (de 10 à 50 grammes) ce qui fait que les peines infligées peuvent notablement varier suivant les tribunaux.

1. Inserm : Expertise collective

2. Enquête ESCAPAD réalisée par l'Office Français des drogues et de la toxicomanie (OFDT)

3. Enquête ESPAD

4. Loi régissant toutes les substances stupéfiantes quelles qu'elles soient. Elle a été modifiée et rendue plus sévère encore par l'entrée en vigueur du nouveau code pénal le 1 mars 1994.

Se procurer du cannabis en France, au marché noir ou bien à l'étranger, met donc en situation d'illégalité. De même, la culture de plants de cannabis à la maison ou dans son jardin est également interdite. Au minimum, elle peut faire condamner en tant qu'usager et, si les quantités cultivées paraissent importantes (ce qui est très subjectif), l'individu court le risque d'être accusé de trafic. Il faut noter que la peine maximale encourue pour « trafic de stupéfiants » est la réclusion criminelle à perpétuité. En 2002, 81 254 usagers ont été interpellés, dont 73 449 pour usage de cannabis, 3449 pour usage d'héroïne, 1576 pour usage de cocaïne, 1384 pour usage d'ecstasy et 854 pour usage de crack.

Les mineurs constituaient 13,4 % des usagers interpellés.

Enfin, il convient de rappeler une mesure législative récente et qui n'est pas sans conséquence pour les personnes faisant usage de cannabis : en janvier 2003, l'Assemblée Nationale a adopté une loi punissant la conduite automobile « **sous l'influence de stupéfiants** » de deux ans de prison et 4500 euros d'amende. La demi-vie du cannabis est de 96 heures. Une consommation répétée durant les semaines qui précèdent un contrôle quelconque laisse des traces dans les urines sans que la conduite soit encore sous l'influence du produit.

On notera cependant que cette loi du 31 décembre 1970 vise également à favoriser l'entrée dans les soins des personnes interpellées en prévoyant une alternative médicale aux poursuites pénales (injonction thérapeutique ou obligation de soins).

Si l'opinion publique et la grande majorité des professionnels demeurent attachées au maintien d'un interdit pénal, tout le monde s'accorde toutefois à considérer que l'incarcération pour simple usage ne se justifie plus. Elle n'est d'ailleurs que très peu souvent prononcée. Une évolution législative a été envisagée mais elle se heurte cependant à certains obstacles juridiques et ne semble pas opportune actuellement. En effet, au moment où les pouvoirs publics engagent une politique de prévention vigoureuse de l'usage du cannabis auprès des jeunes et où ils renforcent les mesures visant à réduire les consommations d'alcool et de tabac

(plan quinquennal de la MILDT⁵ 2004-2008), un changement législatif visant à contraventionnaliser l'infraction pourrait être interprété comme le signal d'une faible dangerosité du cannabis et risquerait, d'après certains, de produire une nouvelle inflation de la consommation et d'augmenter sa précocité.

En ce qui concerne l'usage thérapeutique

Actuellement, deux agonistes synthétiques, le dronabinol (Marinol®) et la nabilone (Cesamet®) sont déjà commercialisés comme médicaments en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis. Ces deux spécialités pharmaceutiques sont indiquées dans le traitement des vomissements induits par la chimiothérapie anticancéreuse (après échec des antiémétiques traditionnels). Le dronabinol est également proposé comme orexigène chez les patients atteints du sida. Ces deux cannabinoïdes sont, en France, inscrits sur la liste des stupéfiants. Ils peuvent être cependant prescrits sous la forme d'auto-risations temporaires d'utilisation⁶.

Le cannabis ou ses dérivés pourraient également avoir des vertus thérapeutiques dans les traitements symptomatiques des douleurs résistantes aux médicaments conventionnels ainsi que dans le glaucome à angle ouvert, la sclérose en plaques, l'asthme et l'épilepsie.

Dans cette optique, en juin 2001, Bernard Kouchner, alors ministre délégué à la Santé, annonçait des expérimentations thérapeutiques sur le cannabis en France. Deux programmes hospitaliers de recherche clinique ont depuis été attribués au service de Médecine Interne du centre Monte-Cristo (Hôpital européen Georges-Pompidou), dirigé par le Pr. Le Jeune, et au service de Neurologie du Pr. Catherine Lubetzki à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP)⁷.

Ces essais sont actuellement en cours et sont toujours ouverts. De même, le Rimonabant® (SR141716), antagoniste du CB-1 et CB-2, est aujourd'hui en étude de phase III comme traitement éventuel du sevrage tabagique ou même de

5. Mission Inter-ministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie

6. ATU : cadre strict, déclaration nominative, encadrement médical et administratif, le plus souvent en milieu hospitalier.

7. Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

LIEUX

l'obésité. Parallèlement, des travaux continuent à être effectués sur l'action de certains cannabinoïdes sur l'angiogénèse des gliomes cérébraux et la précipitation de l'apoptose⁸ de certaines cellules cancéreuses.

Malgré une certaine prudence de mise, ces études sont suivies de très près par les médecins et les autorités sanitaires françaises.

En conclusion

Les vertus thérapeutiques du cannabis sont connues depuis l'Antiquité et il faisait déjà partie de la pharmacopée chinoise 2770 ans avant J-C. En ce qui me concerne, ainsi que nombre de mes collègues, je suis persuadé que certaines indications thérapeutiques sont à développer et que, dans un proche avenir, l'usage de divers dérivés cannabinoïdes sous forme de *spray* ou de *patch* améliorera le confort de nombreux malades voire permettra l'obtention de résultats cliniques intéressants sur certaines pathologies.

A l'instar des morphiniques dont l'utilisation est souvent détournée, il conviendra cependant d'être prudent quant aux conditions de délivrance, et la création d'une nouvelle classe thérapeutique se devra de ne pas faire l'apologie d'un produit qui génère de nombreux problèmes parmi notre population adolescente.

Une prohibition aveugle a déjà, par le passé, montré ses incohérences et ses effets pervers, mais une banalisation sans contrôle risque de créer l'image d'un produit anodin, sans danger voire bénéfique pour la santé. Le « fix » d'héroïne n'a jamais été un traitement médical et les vertus thérapeutiques du cannabis ne se retrouvent pas dans un « joint ».

C'est ce message qu'il convient de faire passer auprès de nos jeunes et en cela, la prévention primaire et l'éducation pour la santé se doivent d'être les priorités de toute politique cohérente en matière de santé publique.

Docteur Claude Fontanarava.
Praticien Hospitalier



On parle beaucoup du cannabis dont la consommation a augmenté mais est aussi davantage auto-révélee lors des enquêtes... voici un bref aperçu de données récentes compilées par Statistique Canada...

En 2002, environ 3 millions de Canadiens de 15 ans et plus, soit 12 %, ont dit avoir consommé du cannabis au cours de l'année précédente d'après les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Un autre 2 % ont déclaré avoir utilisé d'autres drogues, à savoir la cocaïne, l'ecstasy et autres hallucinogènes au cours de la même période. Si l'on exclut les personnes n'ayant pris du cannabis qu'une seule fois, environ le tiers des consommateurs de cannabis en ont pris au moins une fois par semaine; pour 10% d'entre eux il s'agissait de consommation quotidienne. La prévalence de consommation de drogues illicites au cours de la vie était encore plus élevée; 41 % de la population de 15 ans et plus ont déclaré avoir essayé le cannabis au moins une fois dans leur vie tandis que près de 14 % avaient essayé d'autres drogues.

M. Tjepkema, « Utilisation du cannabis et d'autres drogues illicites », Rapports sur la santé, 15(4), 2004, 45-50 (Statistique Canada, no 82-003 au catalogue).

Même si l'usage du cannabis et d'autres drogues illicites atteint son plus haut sommet à la fin de l'adolescence et au début de la vingtaine, l'analyse de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes montre que la consommation de drogues et d'alcool peut commencer très tôt. Un cinquième des jeunes de 12 à 15 ans ont déclaré s'être soulés au moins une fois et presque autant avaient consommé de la marijuana. Environ un jeune sur 10 (de 14 et 15 ans) avait essayé des substances hallucinogènes. La consommation d'alcool ou de drogues chez les adolescents est fortement reliée au fait d'avoir des amis ayant consommé ces substances eux-mêmes.

T. Hotton et D. Haans, « Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence »,

Rapports sur la santé, 15(3), 2004, 9-21 (Statistique Canada, no 82-003 au catalogue).

Il est possible de consulter en ligne la publication **ESCC Santé mentale et bien-être** (82-617-XIF au catalogue) qui fournit des tableaux montrant des profils de la santé mentale et entre autres des tableaux sur la dépendance à l'alcool et aux drogues:

www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/tables_f.htm

Une autre production de statistique Canada concernant la consommation de drogues illicites:

Michael Tjepkema et Alice Nabalamba, Dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues illicites

Il s'agit du dernier d'une série d'articles parus au cours de l'automne dans le supplément annuel de *Rapports sur la santé* intitulé *La santé de la population canadienne – Regard sur la santé mentale*.

L'article offre des estimations de la prévalence de la dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. L'analyse se penche sur de possibles liens entre la consommation d'alcool et de drogues illicites et la dépression. Les conséquences d'une consommation abusive d'alcool et de drogues sont en outre mesurées en considérant le nombre d'hospitalisations qui y sont associées.

Pour plus d'information veuillez consulter le Quotidien à



8. Mort cellulaire programmée.



À l'agenda du Québec: des écoles en santé pour la réussite éducative et la santé des jeunes

Le souci de rendre plus efficaces les efforts en prévention auprès des jeunes, déployés par divers partenaires, plus spécialement le secteur de l'Éducation et celui de la Santé et Services sociaux, a stimulé divers travaux au Québec depuis la dernière décennie. Ces travaux s'inscrivent dans un courant mondial visant à examiner les façons de faire en promotion de la santé et prévention.

Il en ressort pour la prévention auprès des jeunes, le choix d'une approche globale et concertée autour de facteurs clés qui influencent le développement des jeunes: estime de soi, compétences sociales, habitudes de vie (à l'intérieur desquelles on trouve la préoccupation de la consommation de tabac, alcool, drogues), sexualité, activités sportives, alimentation, etc.

Sous le vocable ÉCOLES EN SANTÉ, cette approche a été retenue dans le Programme national de Santé publique et constitue le volet Promotion-Prévention des Ententes de complémentarité signées entre le Ministère de l'Éducation et le Ministère de la Santé et des Services sociaux, il y a quelques mois. Plusieurs écoles du Québec sont déjà bien engagées dans cette stratégie...

Toutes les régions du Québec sont mobilisées autour de son implantation et ont nommé deux responsables de l'implantation de cette approche: une personne de la Direction régionale de l'Éducation et une personne de la Direction de santé publique... ÉCOLES EN SANTÉ va dans le sens de ce qui est prôné en prévention de la toxicomanie depuis plusieurs années et les demandes des agents de prévention qui souhaitent l'abandon des approches en silo et axées sur la substance ou la problématique... d'autant que les approches préventives spécifiques présentent, selon certaines études, des effets pervers potentiels, spécialement à l'école primaire...

Plus d'informations en lisant:

Deschesnes, M. et Lefort, L. (2004). Portrait des initiatives québécoises de type « Écoles en santé » au niveau primaire. Éditeur Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). 51 pages + annexes.

Disponible à l'adresse suivante:

www.inspq.qc.ca

**Pour ce qui est
du Québec,
rappelons-nous
quelques faits
saillants sur lesquels
le CPLT nous alertait
dans son bulletin**

Le CPLT en substance, numéro de mars 2004:

- L'âge moyen d'initiation aux drogues illicites est en diminution. L'analyse des données de l'enquête 1999 (Institut de la Statistique du Québec), faite par le CPLT, montre que les jeunes qui avaient 13 ans en 1999 avaient un âge moyen d'initiation à 12,2 ans. Alors que, pour ceux qui avaient 16 ans en 1999, l'âge moyen d'initiation était de 13,7 ans. La différence étant statistiquement significative.
- L'initiation au tabac et à l'alcool se fait également de façon précoce. En moyenne à 12 ans pour le tabac. Quant à l'alcool, plus du tiers des jeunes de 12-14 ans en consomment. C'est en moyenne à 13,4 ans que débute la consommation régulière (une (1) fois par semaine pendant au moins un (1) mois)!
- 82,9 % des jeunes Québécois de 15-19 ans consomment de l'alcool, ce qui constitue le record canadien pour ce groupe d'âge.

Prenez part à Rond-Point 2005



Bientôt dix ans se sont écoulés depuis la tenue de Rond-Point 95. La Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes souhaite faire le point sur le chemin parcouru et identifier les actions à mettre de l'avant pour l'avenir.

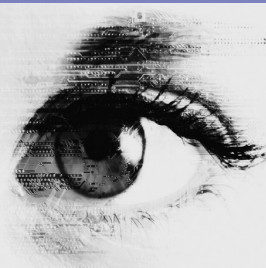
Initiative de la Fédération, le congrès national Rond-Point 2005 rallie la totalité des acteurs concernés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le jeu excessif. Il se veut une invitation à réfléchir, échanger et agir... ensemble!

congrès national
en toxicomanie
rondpoint
2005

<http://rondpoint2005.fqcrpat.org>



FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES
DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES
ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES



À inscrire à votre agenda :
Les 11, 12 et 13 avril 2005
à Montréal.

P.N.B... (Petites nouvelles brèves)

- Selon l'Institut suisse des produits thérapeutiques, le commerce des stupéfiants et de substances psychotropes sur le Web (qui a pris son essor il y a 4 ou 5 ans) double chaque année. Somnifères, tranquillisants, psychostimulants, distribués normalement sur prescription médicale, à cause des risques de dépendance, sont ainsi achetés illégalement sur internet. Avec l'illégalité s'introduit le problème de la qualité. Souvent, les produits achetés par internet contiennent des substances contrefaites ou périmées... Ça vous rappelle quelque chose??
- Depuis la première fois en 10 ans, le taux de tabagisme chez les jeunes Canadiens se situe en dessous de la moyenne nationale. Ainsi, 18 % des 15-19 ans ont fumé du tabac en 2003 contre 22 % en 2002. Bonne nouvelle... Cependant, il apparaît difficile de ne pas faire le parallèle avec les données sur la consommation de cannabis en augmentation constante chez les jeunes. Ceux qui affirment qu'il est plus facile pour un jeune qui veut transgresser de se procurer du « pot » que des cigarettes auraient-ils raison??
- La presse britannique rapportait il y a quelques mois que l'antidépresseur Prozac est tellement consommé en Grande-Bretagne que la substance se retrouve maintenant dans l'eau de consommation. Rejetée dans les urines, la molécule passe dans le réseau des eaux usées, puis les usines de traitement des eaux avant de rejoindre le réseau d'eau potable... Un petit verre d'eau au réveil, et... la vie est belle!!
- La consommation de marijuana ne ferait pas bon ménage avec l'épilepsie. Un chercheur de Saskatchewan, Michael Corcoran, a étudié l'« usage continu » de cannabis chez des rats épileptiques et observé une augmentation des risques de convulsions... C'est quoi un usage « continu »? et on mesure comment l'augmentation des risques de convulsions? Ah! « la science... »
- En Ontario, la moitié des personnes décédées par accident de la route ayant un résultat positif au test de dépistage de drogues avaient aussi consommé de l'alcool, selon une étude menée par la Fondation de la recherche sur les blessures de la route au Canada (FRBRC). Une étude similaire en 1990, a mis l'alcool en évidence dans 57 % des accidents mortels et le cannabis dans 11 %...
- Selon le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), le taux de consommation de cannabis chez les adolescents canadiens est parmi les plus élevés au monde. Au Canada (comme en Australie, France, Irlande, Royaume-Uni, États-Unis), plus de 25 % de l'ensemble des élèves du secondaire ont déclaré avoir consommé de la marijuana l'an dernier...
- Les « smart drinks » ne seraient pas si *smart* que ça! Certains les pensent inoffensives car à base de produits naturels (guarana, ginkgo biloba, ginseng, échinacée, etc.) et pourtant, les effets, surtout en cas de mélange avec l'alcool seraient parfois surprenants... pour ne pas dire inquiétants... Encore une fois, difficile de connaître les concentrations et surtout de prévoir les effets des mélanges, surtout chez les personnes atteintes de troubles comme le diabète ou autre problème de santé. La prudence est recommandée... Lire les étiquettes... Se renseigner... S'abstenir??
- Dans le même ordre d'idée, Santé Canada interdit la vente de tout produit contenant du Kava... Les personnes présentant un déficit de la fonction hépatique seraient particulièrement vulnérables à cette substance...
- L'alcool reste toujours la substance d'initiation et de prédilection des jeunes. Au Québec, en 2002, 43 % des élèves de secondaire I avaient fait l'expérience de l'alcool comparativement à 89 % en secondaire V. Les garçons consomment toujours plus que les filles... Ce n'est pas en regardant la télévision et les modèles qui leur sont présentés là qu'ils vont décider de changer leurs habitudes!
- Est-ce que les nouvelles données sur l'augmentation de la consommation de cannabis chez les Canadiens devraient donner un signal de recul pour le dossier de la dépénalisation, voire la légalisation du cannabis? Plusieurs affirment qu'au contraire, il est temps d'aller de l'avant puisque 57 % des Canadiens estiment qu'un adulte en possession d'une petite quantité pour son usage personnel de cannabis ne devrait encourir aucune sanction... Cependant, ce qui est prôné en même temps, c'est le renforcement du travail de sensibilisation et prévention, surtout auprès des jeunes et l'amélioration des conditions de vie des Canadiens les plus pauvres...
- Rimonabant: vous en avez entendu parler? C'est le premier représentant d'une nouvelle classe de médicaments. Développé au départ pour le traitement de l'obésité, ce médicament agit en inhibant de façon sélective les récepteurs cannabinoïdes de type 1. Le système cannabinoïde joue un rôle important dans la régulation de la prise de nourriture, des dépenses énergétiques et du métabolisme lipidique mais aussi dans la dépendance au tabac. Il pourrait donc aussi se révéler efficace lors du sevrage tabagique. Des études sont présentement en cours. Des essais sur la dépendance à l'alcool devraient aussi être initiés prochainement. Le médicament pourrait être disponible fin 2005...
À suivre...





Nouvelles publications du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) :

Portrait de la consommation de psychotropes à Montréal.

Il s'agit d'une publication conjointe du CPLT et de l'Agence de santé et services sociaux de Montréal, produite dans le cadre des travaux du projet *Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies et de leurs conséquences négatives dans la communauté.*

On y présente l'évolution de la consommation d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes à Montréal de 1999 à 2003.

Les données recueillies révèlent une certaine stabilité de la situation et même quelques améliorations, par exemple au regard de la conduite avec facultés affaiblies. Néanmoins on recense annuellement 11 500 hospitalisations pour un diagnostic (principal ou secondaire) relié à la consommation de psychotropes et la situation des hommes de 20-24 ans semble préoccupante puisque 8,4 % d'entre eux seraient à risque d'être dépendants à l'alcool.

La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées.

Certaines associations de psychotropes peuvent être bénéfiques pour un individu alors que d'autres peuvent lui être très dommageables. La polyconsommation de psychotropes s'avérant de plus en plus fréquente, l'auteur, Mohamed Ben Amar, pharmacologue, a rédigé ce guide pratique permettant de mieux comprendre les mécanismes des interactions. Ce document vise à outiller les professionnels de la santé afin de maximiser les effets bénéfiques de certaines associations de substances mais aussi d'anticiper les interactions dangereuses pour les patients.

Le rôle des médecins dans l'intervention brève et le dépistage en toxicomanie.

À l'aide d'une recension de la littérature scientifique nationale et internationale, l'auteur, Dr Pierre Rouillard, répond à plusieurs questions concernant l'implication des médecins dans le dépistage des abus et dépendance de substances psychotropes. Il s'intéresse aussi à la prévalence de cette clientèle dans les cabinets de médecins ou les centres hospitaliers dont les urgences. Il présente les outils de dépistage et les modèles d'intervention les plus souvent utilisés et propose des exemples d'implantation efficace de dépistage et d'intervention au sein des services de santé existants.

Pour plus d'information ou pour commander, voir le site du CPLT : www.cplt.com



Meilleurs Vœux pour la période des Fêtes et Bonne et Heureuse Année 2005

REMERCIEMENTS :

Nous adressons nos remerciements à tous ceux et celles qui ont contribué à ce numéro pour les textes et les sources d'information.

Éditeur :

Les programmes de toxicomanie
de l'Université de Sherbrooke

Directrice des programmes de toxicomanie :

Lise Roy

Responsable de la rédaction :

Marie-Thérèse Payre

Conception graphique et impression :

MJB Litho inc.

ISSN 1481-546X

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale
du Québec et du Canada