
LES AMPHÉTAMINES

Un bilan des informations disponibles à l'intention des intervenants

Mélanie Houle
Agence de la santé et des services sociaux
de la Maurice et du Centre-du-Québec.

Mylène Lecours
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

Remerciements

Les auteures souhaitent remercier les personnes qui ont relu et commenté la première version du document, et qui, grâce à leurs judicieux commentaires, ont permis d'enrichir ce bilan :

Dr Jean-Marc Pépin, médecin
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec,

Lucie Provencher, infirmière
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

Lise St-Louis, infirmière, responsable des soins infirmiers
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

Les auteures remercient également Louise Sinclair-Lauture et Odile Raiche de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour la mise en page de ce texte.

Ce document est également disponible sur le site de Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec à l'adresse :
www.domremymcq.ca

Commentaires :

Melanie_houle_rr04@ssss.gouv.qc.ca
Mylene_lecours@ssss.gouv.qc.ca

La reproduction de ce document est permise et souhaitée avec mention de la source.

Mai 2006

Table des matières

Mise en contexte	5
Amphétamines : De quoi parle-t-on ?.....	5
Historique	6
Prévalence	7
Quelques données	7
Effets	9
Effets à court terme	9
Effets à long terme	10
Tolérance	11
Dépendance.....	12
Sevrage.....	12
Grossesse et allaitement.....	12
Loi et réglementation.....	13
Enjeux et pistes de réflexion	13
Références.....	15

Mise en contexte

Depuis le début des années 2000, on assiste à une augmentation de la consommation de produits qualifiés de « nouvelles drogues » ou de « drogues de synthèse » dont les amphétamines et ses dérivés. Les stimulants de type amphétaminique, qui entre autres choses, ont pour effets à court terme de supprimer la fatigue, de donner l'illusion d'être invincible ou de rendre plus performant et qui sont accessibles à peu de coût, semblent constituer une drogue de choix dans le contexte social actuel. Leur consommation qui était principalement associée aux « raves », semble maintenant s'étendre à d'autres environnements et à différentes populations de consommateurs.

À la lecture des documents disponibles sur le sujet et à la lumière des questionnements soulevés par plusieurs intervenants, il apparaît qu'il existe une certaine confusion ainsi qu'une méconnaissance des effets et des conséquences de la consommation de ces substances. Ce document vise donc à informer et à outiller les intervenants confrontés à la consommation d'amphétamines et de ses dérivés.

Afin de clarifier l'état de la situation, une attention particulière sera portée sur les distinctions nécessaires à une meilleure compréhension de ce stimulant majeur. Les données disponibles concernant l'incidence de la consommation d'amphétamines, les caractéristiques spécifiques des amphétamines, les effets, les symptômes de sevrage, les impacts sur la santé et différents aspects légaux seront abordés. Finalement, les enjeux liés à la prévention et à l'intervention ainsi que différentes pistes de réflexion seront proposés.

Amphétamines : De quoi parle-t-on ?

Le terme amphétamine désigne une molécule spécifique, la phénylisopropylamine, mais est aussi utilisé pour désigner des molécules dérivées de l'amphétamine, comme la méthamphétamine, dont les propriétés pharmacologiques sont semblables. Bien qu'étant un dérivé de l'amphétamine, la méthamphétamine, de par sa structure chimique, est deux fois plus puissante que l'amphétamine, car elle pénètre plus facilement la barrière hémato-encéphalique¹.

Le terme amphétaminique est un adjectif employé pour qualifier les effets. L'expression « stimulants de type amphétaminique » est aussi utilisée pour désigner ces substances. Les stimulants de type amphétaminique, tout comme la cocaïne, sont des stimulants majeurs du système nerveux central. Leur profil d'usage et de dépendance est semblable.

Dans certaines classifications de drogues, il arrive que l'on retrouve la MDMA (ecstasy) dans cette même catégorie. Bien qu'étant un dérivé de l'amphétamine, la MDMA détient un profil pharmacologique très différent, de par notamment, ses propriétés hallucinogènes. La MDMA est une molécule apparentée aux amphétamines tout en possédant la faculté de perturber les sens. Ainsi, elle est considérée comme étant un hallucinogène stimulant².

Les amphétamines sont également des drogues de synthèse. Le terme drogue de synthèse désigne des substances dont la synthèse est relativement simple et dont la fabrication peut s'effectuer de manière plus ou moins artisanale dans des laboratoires clandestins³. La synthèse est généralement

obtenue par un processus au cours duquel on chauffe des ingrédients chimiques ensemble pour obtenir un produit final. La plupart des laboratoires clandestins associent des ingrédients provenant de médicaments contre le rhume, comme l'éphédrine et la pseudoéphédrine à d'autres produits chimiques tels que l'acide chlorhydrique, l'acide sulfurique, l'ammoniaque ou des solvants^{4 5}.

L'amphétamine et ses dérivés, que l'on surnomme *speed*, *peach*, *amphé*, *wake-up*, *pep*, *pill*, *pillule*, *peanut* se retrouvent sous plusieurs formes : poudre, comprimés, capsules et cristaux⁶. Consommés de façon générale par voie orale, ils sont absorbés plus rapidement lorsque pris par voie intranasale (prisés), pulmonaire (inhalés) ou intraveineuse (injectés) ce qui entraîne des effets et des conséquences différentes.⁷

La méthamphétamine qui, de part sa structure, est plus puissante que l'amphétamine provoquerait également des effets plus intenses selon sa forme ou son mode de consommation. Ce serait le cas notamment lorsqu'elle se présente sous forme de cristaux (*crystal meth*, *ice*) composée à partir de la poudre cristallisée qui peut être injectée, fumée ou prisée⁸.

Étant moins coûteuses, soit entre 10 \$ et 25 \$ la dose, l'amphétamine et la méthamphétamine sont parfois utilisées comme adultérant pour « couper » la cocaïne. À court terme, les effets sont similaires à ceux de la cocaïne, mais se font sentir sur une plus longue période⁹.

Historique¹⁰

Malgré l'engouement suscité par certaines substances associées aux « party raves »

depuis la fin des années 90, l'amphétamine et ses dérivés ont fait leur apparition depuis déjà longtemps.

En effet, la phénylisopropylamine, nom chimique de l'amphétamine, a été synthétisée pour la première fois en 1887 par le chimiste italien Edeleano. Ce n'est toutefois qu'en 1910 que ses effets psychiques et physiques sont mis en évidence.

Au cours des années 20, Gordon Alles, un chimiste américain synthétise la dextro-amphétamine, l'isomère le plus actif de l'amphétamine. Ces recherches visaient à développer un substitut synthétique de l'éphédrine, utilisée dans le traitement de l'asthme. En parallèle, le chimiste japonais Ogata, tentant également de trouver un substitut à l'éphédrine, synthétise la méthamphétamine.

Comme d'autres substances, l'amphétamine a été utilisée à plusieurs fins : réduction du poids, traitement de la dépression, augmentation de la vigilance, déficit de l'attention chez l'enfant, narcolepsie.

Bien que les dangers associés à son utilisation sont documentés depuis les années 30, ce n'est que dans les années 60, avec l'émergence de la consommation de méthamphétamine par voie intraveineuse, que les problèmes liés à ces substances sont mis en évidence.

Ainsi, au cours des années 60, l'utilité thérapeutique limitée en comparaison aux effets néfastes qu'ils entraînaient, l'instauration de lois restreignant leur utilisation, la réduction de leur production licite et l'émergence de nouveaux produits démontrant un plus faible potentiel d'abus et de dépendance, ont entraîné une diminution importante de l'abus de l'amphétamine et de ses dérivés.

Actuellement, on retrouve quelques produits dont la dextroamphétamine qui est commercialisée sous le nom de Dexédrine®, mais la métamphétamine a été retirée du marché licite. Cependant, depuis 1980, on constate que la production illicite et la consommation de méthamphétamine cristallisée se sont répandues dans l'est de l'Asie, à Hawaï, dans l'ouest des États-Unis et plus récemment au Canada.

De son côté, la 3,4-méthylène-dioxométhamphétamine (MDMA), a été synthétisée par le laboratoire allemand Merck, dans le but de devenir un nouvel anorexigène, bien qu'elle ne fut jamais commercialisée à cette fin. Surnommée, « pénicilline de l'âme » dans les années 40, on lui découvre des propriétés désinhibâtes et stimulantes en ce qui a trait à la communication. Elle est utilisée comme adjuvant à la psychothérapie et a été prescrite dans le traitement de l'alcoolisme, l'autisme et la dépression.

Les auteurs ne s'entendent pas pour déterminer le début de sa consommation récréative, mais associent le « summer of love » de 1988 en Angleterre comme étant les premières expériences de danses pendant des nuits complètes. Elle fait par la suite son entrée, sous l'appellation ecstasy dans de multiples pays d'Europe et d'Amérique du Nord en même temps que l'émergence des « party raves »¹¹.

Prévalence

Il apparaît difficile de déterminer avec exactitude la prévalence de l'usage des amphétamines et de ses dérivés. Les raisons évoquées pour expliquer ce fait mettent en lumière qu'il y a peu d'études qui effectuent un suivi systématique et fréquent de l'évolution de la consommation. Les différences méthodologiques des quelques étu-

des disponibles limitent également les conclusions. L'enquête québécoise sur la consommation de tabac, d'alcool, de drogues et sur le jeu pathologique réalisée auprès des élèves du secondaire du Québec représente cependant une exception.

D'autres facteurs liés à la substance elle-même rendent difficile l'analyse de sa consommation. Les drogues de synthèse figurent rarement de façon spécifique dans les enquêtes sur la population en général. Les dérivés de l'amphétamine sont parfois regroupés sous différents vocables ce qui rend les analyses comparatives hasardeuses. Par ailleurs, les produits vendus sont hétérogènes et donc constitués, à leur tour, de différents produits.

Tout en gardant ces réserves en mémoire, il est néanmoins possible de constater que la consommation d'amphétamines a augmenté au cours des dernières années. Les données qui tendent à démontrer ce phénomène semblent aussi corroborées par les observations cliniques effectuées par les intervenants qui, dans différents contextes, sont en contact avec des consommateurs.

Quelques données

En 1994, l'*Enquête canadienne sur l'alcool et les autres drogues*¹², relevait que 2,1 % des canadiens de 15 ans et plus avaient déjà consommé du speed ou des amphétamines. Dix ans plus tard, l'*Enquête sur les toxicomanies au Canada*¹³, enquête réalisée auprès du même groupe d'âge, indiquait que 6,4 % des individus avaient consommé des speeds au cours de leur vie. Un pour cent des canadiens disaient en avoir consommé au cours de l'année précédente, ce qui représente un peu plus de 200 000 personnes.

Dans le cadre de la même étude, 8,9 % des Québécois interrogés avaient consommé du speed au cours de leur vie, ce qui place la province au premier rang des provinces canadiennes pour ce type de substance. On rapportait également que 4,1 % des Canadiens et 3,7 % des Québécois avaient fait usage d'ecstasy au cours des douze derniers mois.

En ce qui concerne les adolescents, *l'Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire*¹⁴ constitue un outil précieux. Cette enquête biennale, réalisée par l'Institut de la statistique du Québec, a pour objectif de fournir un portrait fiable de la population cible. Depuis 2000, elle surveille l'évolution de la consommation d'alcool et de drogues chez les élèves du secondaire.

Pour 2004, l'enquête québécoise rapporte que 10 % des élèves du secondaire avaient consommé des amphétamines au cours des douze derniers mois. Les chiffres montrent que la presque totalité des élèves qui consomment de la drogue a consommé du cannabis (98 %) et que près du tiers ont utilisé des hallucinogènes (32 %) ou des amphétamines (29 %). Pour ce qui est de l'évolution de la consommation, l'étude relève que la consommation d'amphétamines au cours des douze derniers mois est passée de 7 % en 2000 à 8 % en 2002 et à 10 % en 2004. Comme pour d'autres substances, la proportion d'utilisateurs augmente avec l'année d'étude. La proportion de consommateurs fait un premier bond significatif entre le secondaire I et le secondaire II, passant de 3,7 % à 8 %, et un deuxième bond entre le secondaire II et le secondaire IV, en passant de 8 % à 15 %. En secondaire V, 17,7 % des élèves avaient consommé des amphétamines au cours des douze derniers mois. Les données n'ayant pas été recueillies pour 2002, il est rapporté

que pour 2004, 5,4 % des garçons et 6,6 % des filles avaient consommé de l'ecstasy au cours des douze derniers mois.

Pour ce qui est des amphétamines, la fréquence d'utilisation est aussi observée. Elle est classée en trois catégories soit aucune, faible ou élevée. L'évolution de la consommation des amphétamines dans le temps révèle que la proportion d'élèves qui se trouvent dans la catégorie « aucune consommation » a baissé de façon significative depuis les enquêtes de 2000 (93 %) et de 2002 (92 %) pour arriver à environ 90 % en 2004. La proportion de ceux qui ont une faible consommation soit 8 %, a augmenté légèrement depuis 2000 (6 %) et 2002 (7 %). Une augmentation significative est aussi notée en ce qui concerne la consommation élevée en 2004 (de 1,1 % en 2000 et de 0,9 % en 2002, à 1,9 % en 2004).

En guise de conclusion, les auteurs de l'enquête soulignent que les prévalences de plusieurs indicateurs de consommation d'alcool et de drogues ont connu des diminutions en 2004. Cependant, ils considèrent inquiétante l'augmentation de la consommation d'amphétamines au cours des douze derniers mois autant chez les filles (2000 : 7,2 %, 2002 : 7,0 %, 2004 : 11,0 %) que chez les garçons (2000 : 6,9 %, 2002 : 8,3 %, 2004 : 9,5 %).

Cette étude rend compte des habitudes de consommation chez les jeunes qui fréquentent l'école. On ne doit cependant pas perdre de vue qu'un nombre important de jeunes quitte l'école avant d'avoir complété leur secondaire V et que ceux-ci éprouvent parfois des difficultés liées à la consommation de drogues. Bien qu'étant effectuée auprès d'un groupe ciblé, une étude effectuée auprès de jeunes de la rue de Montréal a indiqué que 31 % d'entre eux avaient consommé des amphétamines au

cours de leur vie et que 8 % en avait consommé au cours des 30 derniers jours¹⁵.

Par ailleurs, il est généralement reconnu que les drogues de synthèse sont des drogues privilégiées par les personnes fréquentant les « raves ». Selon une étude conduite en 2002 auprès de 210 répondants dans des « party raves » à Montréal, 73 % des personnes interrogées affirment avoir déjà consommé des amphétamines au cours de leur vie et 64,9 % au cours des 30 derniers jours précédents l'enquête¹⁶.

Finalement, selon les données fournies par la Gendarmerie royale du Canada qui incluent les amphétamines sous la terminologie méthamphétamines, les saisies de ce type de produit sont en progression constante (en nombre d'unités, 2000 : 4, 2001 : 101, 2002 : 2228)^{17 18}.

Effets

Comme c'est le cas pour la majorité des drogues, les effets des stimulants de type amphétaminique sont influencés par différents facteurs individuels (taille, tolérance au produit, prédispositions, état d'esprit, effets escomptés, etc.), environnementaux (contexte de consommation, consommation simultanée de plusieurs substances, etc.) et associés à la substance (composition, dose, mode d'administration, etc.). Ceci dit, l'amphétamine et la méthamphétamine sont, comme la cocaïne, des stimulants majeurs du système nerveux central.

Les effets recherchés influencent le mode de consommation des utilisateurs. Celui recherchant un surcroît d'énergie et une sensation de bien-être consomme généralement par voie orale sur une période relativement courte (une soirée, une nuit) souvent

entrecoupée de période de sobriété pouvant être assez longue.

La consommation par voie intraveineuse ou pulmonaire de méthamphétamine peut provoquer une sensation dite orgasmique (rush). Recherchant cette sensation éphémère, l'utilisateur consomme plusieurs doses sur des périodes pouvant aller jusqu'à sept jours durant lesquelles il mange et dort très peu. Cette consommation plus élevée en terme de dose et de fréquence entraîne, par conséquent, des problèmes plus sérieux¹⁹.

Effets à court terme

À faible dose, la consommation d'amphétamine et de méthamphétamine entraîne un sentiment d'euphorie et d'omnipotence. L'utilisateur se sent davantage énergique, vigilant et apte à effectuer des tâches simples qui seraient normalement affectées par la fatigue. Il a l'impression que sa force physique et ses capacités intellectuelles sont augmentées. Il peut se sentir excité et agité. Certains peuvent cependant se sentir paniqués et plus enclins à des épisodes psychotiques.

Sur le plan physique, les stimulants de type amphétaminique sont reconnus pour leurs effets diminuant l'appétit et la fatigue des consommateurs. Ils accélèrent le rythme cardiaque et respiratoire, augmentent la pression sanguine, dilatent les pupilles et élèvent la température corporelle. L'utilisateur peut ressentir des symptômes tels que la sécheresse de la bouche, des crampes abdominales, ainsi que de la constipation, de la diarrhée ou parfois des nausées et des vomissements²⁰.

Les effets peuvent durer de 2 à 4 heures, parfois plus dans le cas de l'amphétamine et plus de 12 heures pour la métham-

phétamine²¹. La demi-vie de l'amphétamine ou de la méthamphétamine est d'environ 12 heures. Quarante-cinq pour cent de la dose est éliminée inchangée dans les urines. La drogue qui n'est pas éliminée ainsi se concentre dans le foie et les muscles squelettiques²². Le temps de détection de la méthamphétamine dans l'urine est de 3 à 5 jours²³.

La consommation de très fortes doses peut entraîner ces mêmes effets, mais avec plus d'intensité. Elle peut également causer des rougeurs, un pouls très rapide ou irrégulier, des tremblements, une grave paranoïa et des hallucinations. Une consommation excessive peut également provoquer l'éclatement de vaisseaux sanguins dans le cerveau²⁴, de l'insuffisance cardiaque ou l'apparition d'une très forte fièvre qui pourraient entraîner des complications sévères, voire même la mort²⁵.

La consommation, même à court terme, d'amphétamine et de méthamphétamine est associée à certains effets néfastes. L'utilisateur peut ressentir une grande fatigue résultant du manque de sommeil, de la confusion, des étourdissements, de la tachycardie, de l'hypertension, de l'hyperthermie et de l'agressivité. Il peut également ressentir de l'anxiété, de l'agitation et de la paranoïa²⁶. Ces effets s'expliquent par le fait que les amphétamines provoquent une augmentation immédiate et importante de dopamine et de sérotonine dans les synapses, suivie d'un épuisement des stocks de ces neurotransmetteurs²⁷. Certains peuvent aussi avoir des problèmes cutanés comme de l'acné²⁸.

Il est à noter que l'association avec l'alcool ou d'autres substances psychoactives comme l'ecstasy (MDMA) accroît les risques découlant de la consommation d'amphétamines²⁹.

MDMA (ecstasy)

Sa consommation produit une réaction mixte s'apparentant à la fois à l'action stimulante de l'amphétamine et l'action hallucinogène de la mescaline. On lui reconnaît également des effets entactogènes qui se traduisent par une augmentation de la capacité d'introspection, ainsi que pour ces effets empathogènes qui réfèrent à l'impression de pouvoir se mettre à la place d'autrui. De ces effets résulte un désir de la part du consommateur à se rapprocher physiquement et psychologiquement des autres³⁰.

Comme c'est le cas pour les stimulants de type amphétaminique que l'on retrouve sur les marchés illicites, la composition des comprimés, des capsules ou de la poudre vendus en tant qu'ecstasy, varie énormément.

En ce sens, comme le démontrent les résultats d'un projet pilote de la Gendarmerie royale du Canada dont l'objectif était d'analyser le contenu des drogues confisquées à l'entrée de certains « raves », moins de la moitié des échantillons considérés comme étant de l'ecstasy possédaient réellement de la MDMA. Ils étaient plutôt composés d'ingrédients ayant des propriétés stimulantes comme l'amphétamine ou la méthamphétamine, ainsi que d'autres ayant des propriétés hallucinogènes comme le PCP ou la kétamine³¹.

Effets à long terme

Une consommation excessive régulière peut entraîner des conséquences particulièrement néfastes. L'abus de ces substances pousse l'individu à aller à l'extrême de ses capacités physiques. Il mange peu et ne dort pratiquement pas. Ces conditions l'entraînent rapidement à un épuisement psychique et

physique qui réduit sa résistance aux maladies, à une perte de poids importante ainsi qu'à l'augmentation de l'agressivité et des comportements violents.

L'utilisateur peut également souffrir de psychose amphotaminique et de troubles de santé mentale semblables à la schizophrénie paranoïde. Une histoire d'antécédents psychiatriques de schizophrénie prédispose le consommateur à manifester cette psychose. Elle peut cependant se produire chez un individu n'ayant pas d'antécédents de troubles psychotiques³². Les symptômes associés à ce type de psychose sont, entre autres, des hallucinations visuelles et auditives, un délire de grandeur ou de persécution, de l'hostilité et de la violence, souvent causés par les idées paranoïdes et l'impression de danger imminent. Ces symptômes se résorberaient normalement après quelques jours, mais pourraient persister³³. Des observations cliniques effectuées auprès de 246 patients hospitalisés pour trouble psychotique induit par les amphétamines ont montré que plus de 50 % avaient un délire de persécution, des hallucinations auditives, de l'excitation et de l'anxiété, de 24 à 49 % avaient un délire de référence et des hallucinations visuelles. Avec abstinence et antipsychotiques, les symptômes ont duré moins de dix jours chez 64 % des patients, plus d'un mois chez 18 % des patients et plus de six mois chez 10 % des patients³⁴.

Dans le cadre d'une étude effectuée en 1996 auprès de 301 usagers réguliers d'amphétamines, 48 % des usagers montraient des symptômes d'anxiété, 58 % de panique, 58 % de dépression, 37 % avaient fait une tentative de suicide, 48 % avaient des manies, 35 % étaient violents, 61 % avaient eu des hallucinations et 59 % avaient éprouvé de la paranoïa. Ces symptômes avaient duré de 30 minutes à un peu plus de deux jours³⁵.

L'usage continu d'amphétamines est associé à l'épuisement de la réserve de certains neurotransmetteurs, particulièrement de la dopamine. Il peut occasionner une destruction neuronale³⁶ et des dommages cérébrovasculaires. La perte de dopamine peut entraîner une réduction de la motricité et de la mémoire, conséquences qui risquent de ne pas disparaître complètement malgré une période d'abstinence de deux à neuf mois. Certains écrits faisant état de recherches utilisant la résonance magnétique, ont montré l'apparition de lésions frontales, plus spécifiquement aux cellules nerveuses qui produisent la dopamine, lorsqu'il y a consommation à long terme de méthamphétamine³⁷.

La consommation chronique d'amphétamines par voie intraveineuse entraîne des fibroses pulmonaires et des maladies pulmonaires obstructives pouvant être mortelles. Ces deux modes d'administration augmentent également les risques de transmissions virales et infectieuses telles que l'hépatite et le VIH/sida³⁸.

Tolérance

L'utilisation chronique des stimulants de type amphotaminique entraîne une tolérance qui varie en temps selon les effets. À titre d'exemple, dans le cas de la méthamphétamine, on constate qu'après deux semaines, l'utilisateur développe une tolérance aux effets anorexigènes, alors que la tolérance aux effets euphorisants apparaît plus rapidement.

On rapporte que l'utilisateur régulier deviendrait également plus sensible à certains effets comme les troubles paranoïdes et les convulsions. La dose létale varie énormément d'une personne à l'autre et est généralement plus élevée chez les

consommateurs abusifs en raison, notamment, de cette tolérance.

Dépendance

La consommation de stimulants amphétaminiques entraîne, tout comme la cocaïne, une forte dépendance psychologique. Celle-ci s'installe rapidement, ce qui pousse le consommateur à une utilisation compulsive. Les études et les observations cliniques tendent de plus en plus à démontrer que les utilisateurs développent une dépendance physique aux produits⁴¹.

Sevrage^{42 43 44}

L'arrêt d'une consommation prolongée de stimulants de type amphétaminique peut entraîner des troubles du sommeil et un état dépressif accompagnés d'idées suicidaires. Il n'existe pas de traitement pharmacologique reconnu pour la désintoxication. Le sevrage comporte plusieurs phases, la période la plus difficile se situant entre le premier et le troisième jour suivant l'arrêt de la consommation.

Tout d'abord, à la suite d'une période intensive de consommation, l'utilisateur fait face à un sevrage aigu, le « crash » ou la descente, caractérisé par une crispation de la mâchoire, des contractions ou des spasmes musculaires, de l'anxiété ou de l'angoisse, de l'agitation, une sensation d'épuisement, un état dépressif et un désir obsédant de consommer à nouveau. Le désir s'atténue graduellement avec le temps, mais l'état dépressif subsiste. L'individu est fatigué et ressent le besoin de dormir, mais souffre d'insomnie. Pour pallier à ces difficultés, il peut avoir tendance à se retourner vers d'autres substances comme l'alcool, le

cannabis et les benzodiazépines afin d'accéder au sommeil. Vient ensuite une période d'hypersomnolence suivie d'une faim excessive, de nausées et d'irritabilité pouvant mener à la violence.

La phase suivante est constituée de symptômes correspondant à l'opposé des réactions produites par les stimulants amphétaminiques. L'individu ne ressent plus de plaisir ni d'intérêt pour son environnement et se sent fatigué. Ces symptômes augmentent progressivement en intensité pendant les 12 à 96 heures qui suivent le « crash ». Le besoin de consommer de nouveau afin de réduire ces symptômes se manifeste.

On rapporte qu'une période d'abstinence de six à dix-huit semaines atténue les symptômes associés au sevrage, mais ceux-ci peuvent persister jusqu'à neuf mois. Comme c'est le cas pour plusieurs substances, la présence ou la confrontation aux stimuli associés à la drogue peut déclencher, même après une longue période d'abstinence, le désir de consommer de nouveau.

Grossesse et allaitement

La consommation et plus particulièrement l'abus d'amphétamines pendant la grossesse est associée à une diminution du poids, de la taille et du diamètre crânien du nouveau-né. Ces observations sont corroborées par le fait que l'usage chronique de faibles doses d'amphétamines peut réduire l'appétit pendant la grossesse et être associé à une incidence plus élevée de malformation chez le fœtus⁴⁵. La consommation d'amphétamines peut entraîner des troubles psychiques et des modifications du comportement de l'enfant. La substance se concentre également dans le lait maternel⁴⁶, ce qui

pourrait causer de l'insomnie, de l'irritabilité et une diminution de l'appétit chez le nourrisson⁴⁷.

Loi et réglementation

Au Canada, la production, la distribution et la possession non autorisées d'amphétamine et ses dérivés sont interdites par des dispositions de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* sous l'annexe 1. Les personnes qui sont en possession d'amphétamines sont passibles d'une amende d'au plus 1 000 \$ ou d'une peine d'emprisonnement allant jusqu'à six mois, voire les deux sanctions. Les sanctions augmentent dans le cas d'infractions subséquentes ou de possession de quantités plus importantes (le trafic peut s'accompagner d'une peine d'emprisonnement allant jusqu'à dix ans)⁴⁸.

Le règlement des précurseurs régit l'importation, l'exportation, la production et la distribution des précurseurs comme l'éphédrine et la pseudoéphédrine utilisés dans la fabrication de la méthamphétamine.

Enjeux et pistes de réflexion

La consommation d'amphétamine et de ses dérivés soulève différents enjeux et suscite la réflexion. D'une part, la consommation de ce type de substance, de par les effets qu'elle produit à court terme, peut correspondre à ce qui est recherché par plusieurs personnes, notamment par les jeunes. Elle peut créer un engouement puisqu'elle augmente l'endurance et repousse les limites naturelles du corps. Elle permet d'accentuer la vigilance, le sentiment de compétence et d'invulnérabilité. Elle permet également de faciliter la perte de poids, dans un contexte où l'apparence

physique occupe une place prépondérante. D'autre part, l'amphétamine et ses dérivés ont un potentiel toxicomanogène important. La tolérance peut se développer rapidement et susciter une augmentation de la quantité consommée pour obtenir les effets recherchés. Étant un stimulant majeur, elle peut créer une dépendance psychologique importante et occasionner des impacts multiples et variés sur la santé mentale et physique des utilisateurs.

Les symptômes de sevrage et les difficultés liés à l'arrêt de consommation constituent également un enjeu important dans l'organisation des services. Ils peuvent nécessiter un soutien médical et pharmacologique. Les symptômes physiques et psychiatriques présentés par certaines personnes peuvent également nécessiter une hospitalisation et entraîner des coûts importants. L'état de détérioration présenté par certains consommateurs entraîne des situations d'urgence qui exercent une pression sur les services disponibles. De plus, l'agressivité ressentie lors de l'arrêt de la consommation constitue un défi pour les intervenants impliqués dans la réadaptation.

Par ailleurs, la disponibilité des drogues de synthèse soulève aussi des enjeux. Leur fabrication s'avère être relativement simple, ce qui favorise leur accessibilité dans toutes les régions du Québec. Son coût peu dispendieux peut aussi constituer un facteur non négligeable. Leur composition peut aussi varier énormément, ce qui signifie que les risques encourus par les consommateurs sont importants et qu'il n'existe aucun moyen pour eux de réellement savoir ce qu'ils consomment.

L'accès à la méthamphétamine et la possibilité de la consommer sous sa forme la plus nocive soit le « crystal meth », soulèvent également des inquiétudes fondées quant aux conséquences connues pour la santé

des utilisateurs. Qui plus est, les études tendent également à démontrer qu'il peut y avoir des conséquences à long terme, voire même irréversibles.

Considérant l'ensemble de ces aspects, il s'avère très important de diffuser des informations pertinentes sur l'amphétamine et ses dérivés ainsi que sur les drogues de synthèse. Le plan d'intervention sur la méthamphétamine et les autres drogues de synthèse⁴⁹ diffusé récemment par le ministère de la Santé et des Services sociaux peut constituer, à cet égard, un plan de travail mobilisateur. Il sera aussi important de soutenir la réalisation des différentes actions qui y sont ciblées pour l'ensemble du continuum de services et d'en assurer le suivi.

Par ailleurs, les connaissances acquises au cours des dernières années sur l'évolution

de la consommation chez les jeunes peuvent servir de lignes directrices aux actions préventives. Ainsi, la perception des risques liés à la consommation d'une substance et la perception de la désapprobation des autres face à celle-ci influencent directement la consommation. Il est donc d'autant plus important d'informer adéquatement les personnes à risque d'utiliser ce type de substance, telles que les adolescents. En ce sens, les informations actuellement disponibles sur les amphétamines favorisent la prise de position des intervenants quant aux conséquences de la consommation.

Finalement, il est important d'intervenir sur l'accès aux précurseurs nécessaires à la fabrication des amphétamines. Les forces policières doivent aussi poursuivre leurs efforts afin de limiter le trafic de ces produits.

Références

^{1 7 10 19 25 26 39 40 43 44 46} Cyr, J.-F., Léonard, L., Champagne, P. (2002). Chapitre 13 : Amphétamines et dérivés. Dans : *Les psychotropes, Pharmacologie et toxicomanie*. Sous la direction de Louis Léonard et Mohamed Ben Amar. Les presses de l'Université de Montréal.

² Santé Canada, (2000). *Les drogues, faits et méfaits*. Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux.

^{3 11 30 31} Rouillard, C. (2003). *Ecstasy et drogues de synthèse. Le point sur la question*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Québec.

^{4 20 24 48} Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2006). *Exposé général sur les amphétamines*. www.cclat.ca

^{5 8 36} Santé Canada. (2006). *La méthamphétamine*. www.droguessoisfuté.gc.ca

⁶ Action toxicomanie Bois-Francs. (2006). *Amphétamines*. www.actiontoxicomanie.gc.ca

¹² McNEIL, P., Webster, I. (1997). *Enquête canadienne de 1994 sur l'alcool et les autres drogues : analyse des résultats*. Travaux publics et services gouvernementaux. Ottawa.

¹³ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2004). *Enquête sur les toxicomanies au Canada*. Santé Canada.

¹⁴ Pica, L. (2005). Chapitre 4 : Consommation d'alcool et de drogues. Dans : *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002 ?*. Institut de la statistique du Québec.

¹⁵ Roy, É., Haley, N., Boivin, J.-F., Frappier, J.-Y., Claessens, C., Lemire, N. (1996). *Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH. Étude de prévalence*. Groupe de recherche sur les jeunes de la rue et l'infection au VIH.

^{16 27 28 29} Comité permanent de lutte à la toxicomanie. *Drogues : Savoir plus, risquer moins*. Stanké.

¹⁷ Santé Canada et Gendarmerie royale du Canada. (2004). *Rapport d'analyse des drogues de synthèse saisies au Québec de octobre 2002 à avril 2004*, Santé Canada, Ottawa.

¹⁸ Germain, M., Vaugeois, P., Boucher, N., Schneeberger, P., Guérin, D. (2003). *La consommation de psychotropes : Portrait et tendance au Québec*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Québec.

²¹ Schneeberger, P., Desrosiers, M. (2001). *Les nouvelles drogues au Québec*, Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Montréal.

^{22 24 38 42 45} Dupuis, C. (2006). *Les amphétamines*. Contenu de formation.

²³ Grip Montréal. (2006). *Crystal meth et amphétamine*. www.gripmontreal.org.

^{33 34 35 37 41 42} Pépin, J.-M. (2005). *Les stimulants majeurs*. Contenu de formation. Domrémy MCQ.

⁴⁷ Hale, Thomas W. (2002). *Medications and mother's milk*. Pharmasoft publishing. États-Unis. 812p.

⁴⁹ Gouvernement du Québec. (2006). *Unis dans l'action. Plan d'intervention de la méthamphétamine (crystal meth) et les autres drogues de synthèse*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.