

Le cannabis et les jeunes Canadiens

Les données probantes plutôt que l'idéologie

Sheryl Spithoff MD CCFP Meldon Kahan MD CCFP

Une récente étude sur le bien-être des enfants, réalisée par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance¹ et portant sur 29 économies développées, a fait valoir que le taux de consommation de cannabis par les adolescents canadiens (âgés de 11 à 15 ans) est le plus élevé du monde; on estimait que 28 % d'entre eux avaient utilisé du cannabis au moins une fois durant la dernière année. L'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues auprès d'adolescents plus âgés a constaté des taux légèrement plus bas de consommation de cannabis; environ 21 % avaient utilisé du cannabis au moins une fois durant l'année précédente². Fait inquiétant, un pourcentage considérable de ces jeunes consommateurs canadiens étaient des utilisateurs quotidiens ou hebdomadaires, dont environ 22 % de garçons et 10 % de filles³.

Le taux élevé de consommation de cannabis par les jeunes au Canada est préoccupant. De récentes données probantes démontrent que la consommation fréquente de cannabis par les jeunes pose des risques substantiels. Ces jeunes semblent être à risque plus élevé de consommation problématique et de dépendance au cannabis que les utilisateurs adultes⁴. Ils sont aussi à risque de dysfonction sociale, notamment de problèmes au travail et dans les études⁵. Dans une récente étude, on a constaté une baisse de 5 à 8 points dans les scores du QI chez les adultes qui avaient consommé souvent du cannabis durant leur adolescence, ce qui persistait jusqu'à l'âge moyen même s'ils avaient cessé le cannabis une fois devenus adultes⁷. Enfin, une forte consommation de cannabis à l'adolescence est un facteur de risque de psychose et pourrait contribuer au développement d'un trouble psychotique persistant⁸⁻¹⁰.

Il importe de signaler que les adolescents canadiens ne consomment pas toutes ces substances plus souvent que leurs homologues dans d'autres pays; leur consommation de tabac et d'alcool se situe respectivement dans les échelons inférieurs et moyens¹. Les facteurs qui expliquent les variations internationales dans la consommation de ces substances licites et illicites sont complexes et incluent notamment les normes sociales et culturelles, l'accessibilité des drogues et les

politiques nationales sur les drogues (prévention, traitements et criminalisation).

Politiques de criminalisation

Chose certaine, de strictes politiques en matière de cannabis ne dissuadent pas les adolescents. L'étude du Fonds des Nations Unies pour l'enfance a révélé que dans les pays où les lois sur le cannabis étaient plus libérales, les taux de consommations de cannabis par les adolescents étaient plus faibles (17 % aux Pays-Bas et 10 % au Portugal) qu'au Canada¹. Une étude réalisée en 2010 aux États-Unis, au Canada et dans les Pays-Bas n'a révélé aucune corrélation entre les politiques de criminalisation et les taux de consommation de drogues^{12,13}.

En plus d'être inefficaces, les politiques rigoureuses concernant les drogues ont de nombreuses conséquences dévastatrices sur le plan sociétal et de la santé publique. Parmi ces préjudices, on peut mentionner les épidémies d'infection au VIH, les violations des droits de la personne, un vaste marché noir criminel, un gaspillage des ressources publiques limitées, ainsi que la stigmatisation et la marginalisation des utilisateurs de drogues^{14,15}. Des données scientifiques démontrent que les populations vulnérables sont affectées de façon disproportionnée par les lois sévères en matière de drogues¹⁶. En 2007, les habitants du Nord canadien (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut) étaient au moins 2 fois plus susceptibles d'avoir reçu des constats d'infractions liées au cannabis par la police que la population du Sud¹⁷.

Reconnaissant l'inefficacité et les préjudices des politiques sévères en matière de drogues, le Portugal a décriminalisé toutes les substances illicites et redirigé vers la prévention et les traitements les économies qu'il a réalisées au chapitre de l'application de la loi. Une décennie plus tard, non seulement s'est-il produit une réduction dans la consommation de drogues au Portugal, mais on a aussi constaté des améliorations dans de nombreux paramètres de la santé au pays^{18,19}. D'autres pays ont aussi reconnu les échecs d'une lourde criminalisation et apportent des changements à leurs politiques²⁰.

Par ailleurs, le Canada tire de l'arrière; ses politiques sur les drogues continuent d'insister sur la criminalisation²¹. Un rapport du vérificateur général en 2001 mentionnait que 95 % des fonds alloués à la réduction de la consommation de drogues illicites (estimés cette année-là à 450 millions \$) ont été dépensés en application de la loi²². Plus récemment, le gouvernement réaffirmait son

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2014;60:793-5

This article is also in English on page 785.

engagement à adopter des politiques plus strictes en présentant son projet de loi omnibus sur la criminalité de 2012^{23,24} et en tentant d'éliminer de nombreux programmes efficaces de traitements axés sur la réduction des préjudices²⁵.

Les leaders en recherche sur les dépendances et en santé publique au Canada s'opposent à l'approche du gouvernement actuel²⁶⁻³⁰. Ils revendiquent un réexamen urgent des politiques sur les drogues et préconisent des programmes fondés sur des données probantes plutôt que sur l'idéologie. Ces chefs de file présentent un plaidoyer fort et unifié. Toutefois, les médecins de famille et les organisations qui les représentent se sont montrés en grande partie silencieux sur la question.

Rôle de promoteur de la santé

Les médecins de famille, en tant que promoteurs de la santé pour cette jeune population vulnérable, devraient travailler activement pour faire changer les politiques concernant les drogues. Ils peuvent utiliser leurs voix individuelles auprès des décideurs ou encourager des organisations, comme le Collège des médecins de famille du Canada, à se prononcer en leur nom. Les médecins de famille peuvent aussi adhérer à des organisations comme la Coalition canadienne des politiques sur les drogues qui préconise que ces politiques soient «fondées sur les données probantes, les droits de la personne, l'inclusion sociale et la santé publique»³¹.

Recommandations

La consommation de cannabis chez les jeunes devrait être envisagée dans le contexte de la santé publique. Les politiques sévères de criminalisation ne fonctionnent pas, ont de nombreuses conséquences sociétales fâcheuses et sont très coûteuses. Le financement devrait plutôt être dirigé vers des programmes de prévention et de traitements fondés sur des données probantes pour les jeunes.

La composante liée à la prévention exige une approche prudente, parce que les interventions en santé publique à l'intention des adolescents ont eu des résultats mitigés^{32,33} et certaines campagnes n'ont eu aucun effet sur la consommation de drogues chez les adolescents³⁴. L'analyse du projet DARE (Drug Abuse Resistance Education), un programme de grande envergure (dans plus de 80 % des districts scolaires américains), axé sur l'abstinence et à l'intention des jeunes d'âge scolaire, n'a cerné aucune amélioration dans les résultats³⁴. De récentes données probantes indiquent que les interventions centrées sur un développement en santé de la jeunesse sont plus efficaces pour réduire la consommation de drogues (et d'autres comportements à risque) que celles qui insistent sur les menaces et les avertissements de dangers. Les interventions les plus productives combinent du soutien, des ressources et des possibilités d'éducation et d'emploi^{35,36}.

Les soins primaires constituent un important noyau d'intervention pour les jeunes. Dans le présent numéro du *Médecin de famille canadien* (page e423), nous discutons, comme le fait Turner, de l'approche à l'endroit du dépistage, de la détection de cas et des interventions en matière de problèmes liés à la consommation de cannabis en soins primaires³⁷. Des experts recommandent que les médecins de soins primaires utilisent l'approche du dépistage, de l'intervention ponctuelle et de l'orientation vers un traitement dans les cas de toxicomanie³⁸. Les adolescents sont réceptifs aux questions de dépistage et aux conseils sur la consommation de drogues de la part de leurs médecins de soins primaires³⁹. La plupart des études ont conclu que les interventions brèves sont efficaces pour réduire la consommation de drogues^{40,41}, y compris de cannabis⁴², chez les jeunes. (Par ailleurs, une récente étude randomisée auprès de 65 jeunes consommateurs de cannabis n'a signalé aucune amélioration dans les résultats après une brève intervention⁴³.) Par conséquent, les professionnels de la santé en soins primaires devraient régulièrement demander à tous les jeunes patients s'ils consomment du cannabis et les informer des risques accrus de l'utilisation de cette substance chez les adolescents. Les professionnels de la santé devraient être préparés à faire de brèves interventions³⁷ et à offrir des demandes de consultation en toxicomanie à tous les consommateurs fréquents de cannabis qui sont incapables de réduire ou d'arrêter leur consommation. Ils devraient aussi offrir à tous les jeunes patients des renseignements sur la consommation de cannabis et la réduction des risques⁴⁴.

Tous les programmes de traitement des dépendances devraient aussi se fonder sur les données scientifiques les plus récentes. Les programmes les plus efficaces sont centrés sur le patient et étroitement liés aux soins de santé primaires^{45,46}. Ils adoptent aussi une approche de réduction des risques⁴⁷ et englobent une compréhension des facteurs sociétaux et structurels qui contribuent à la consommation de drogues et aux récidives⁴⁸. De plus, les programmes efficaces ont de multiples points d'accès et il est facile d'y naviguer⁴⁹.

Conclusion

La consommation de cannabis est répandue chez les jeunes Canadiens et est plus courante que dans les 28 autres économies développées dans le monde. Parce que les conséquences d'une consommation régulière de cannabis durant l'adolescence sont considérables et permanentes, les décideurs devraient employer une approche pragmatique plutôt qu'idéologique. Les données probantes démontrent que les politiques rigoureuses de criminalisation des drogues ne sont pas efficaces pour réduire la consommation de cannabis chez les adolescents (ou les adultes) et qu'elles ont de nombreuses conséquences négatives sur la santé publique.

Il faudrait plutôt aborder la consommation de cannabis par les adolescents dans un contexte de santé publique. Les médecins de famille et les organisations qui les représentent devraient revendiquer des politiques qui fonctionnent pour réduire l'usage du cannabis: des programmes de prévention et de traitements efficaces et fondés sur des données probantes.

D^r Spithoff est médecin de famille et spécialisée en médecine des dépendances au Département de médecine familiale et au Service de toxicomanie du Women's College Hospital à Toronto. **D^r Kahan** est directeur médical au Service de toxicomanie du Women's College Hospital.

Intérêts concurrents

D^r Kahan a reçu des honoraires de Reckitt Benckiser pour des présentations sur le suboxone.

Correspondance

D^r Sheryl Spithoff, St Joseph's Health Centre, Family Medicine, 30 The Queensway, Toronto, ON M6R 1B5; courriel sheryl.spithoff@wchospital.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

- Fonds des Nations Unies pour l'enfance. *Child well-being in rich countries. A comparative overview. Innocenti Report Card 11*. Florence, Ital: Fonds des Nations Unies pour l'enfance; 2013. Accessible à: www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf. Réf. du 16 juillet 2014.
- Santé Canada [site web]. *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey*. Ottawa, ON: Santé Canada; 2012. Accessible à: www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2011/tables-tableaux-eng.php#t1. Réf. du 16 juillet 2014.
- Centre for Addictions Research of BC. *Cannabis use in British Columbia: patterns of use, perceptions, and public opinion as assessed in the 2004 Canadian addiction survey*. Victoria, CB: Centre for Addictions Research of BC; 2006. Accessible à: <http://carbc.ca/portals/0/propertyagent/558/files/19/carbulletin2.pdf>. Réf. du 16 juillet 2014.
- Hall WD. Cannabis use and the mental health of young people. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(2):105-13.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction* 2002;97(9):1123-35.
- Crean RD, Crane NA, Mason BJ. An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *J Addict Med* 2011;5(1):1-8.
- Meier MH, Caspi A, Ambler A, Harrington H, Houts R, Keefe RS et collab. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci USA* 2012;109(40):E2657-64. Publication en ligne du 27 août 2012.
- Dragt S, Nieman DH, Becker HE, van de Fliert R, Dingemans PM, de Haan L et collab. Age of onset of cannabis use is associated with age of onset of high-risk symptoms for psychosis. *Can J Psychiatry* 2010;55(3):165-71.
- Ben Amar M, Potvin S. Cannabis and psychosis: what is the link? *J Psychoactive Drugs* 2007;39(2):131-42.
- Kuepper R, van Os J, Lieb R, Wittchen HU, Hofer M, Henquet C. Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study. *BMJ* 2011;342:d738.
- Simons-Morton B, Pickett W, Boyce W, ter Bogt TF, Vollebergh W. Cross-national comparison of adolescent drinking and cannabis use in the United States, Canada, and the Netherlands. *Int J Drug Policy* 2010;21(1):64-9.
- Degenhardt L, Chiu W, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, Angermeyer M et collab. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* 2008;5(7):e141.
- Reuter P. Ten years after the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS): assessing drug problems, policies and reform proposals. *Addiction* 2009;104(4):510-7.
- Global Commission on Drug Policy. *War on drugs. Report of the global commission on drug policy June 2011*. Rio de Janeiro, Brésil: Global Commission on Drug Policy; 2011. Accessible à: www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_English.pdf. Réf. du 16 juillet 2014.
- The Vienna Declaration. *Leading the way to illicit drug policies based on evidence, not ideology*. San Francisco, CA: Automattic, Inc; 2010. Accessible à: www.viennadeclaration.com/wordpress/wp-content/uploads/2010/11/The-Vienna-Declaration-Progress-thus-far.pdf. Réf. du 16 juillet 2014.
- Moore LD, Elkavich A. Who's using and who's doing time: incarceration, the war on drugs, and public health. *Am J Public Health* 2008;98(5):782-6.
- Statistique Canada. *Police-reported drug offences, by type of drug, by province and territory, 2007*. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2007. Accessible à: www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2009002/article/10847/tbl/tbl6-eng.htm. Réf. du 16 juillet 2014.
- Szalavitz M. Portugal's drug experience: new study confirms decriminalization was a success. *Time* 2010 Nov 23. Accessible à: <http://healthland.time.com/2010/11/23/portugals-drug-experience-new-study-confirms-decriminalization-was-a-success/>. Réf. du 14 août 2013.
- Hughes CE, Stevens A. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *Br J Criminol* 2010;50(6):999-1022.
- Mayer A. *Uruguay's pot legalization could be 'tipping point' in war on drugs*. Toronto, ON: CBC News; 2013. Accessible à: www.cbc.ca/1.1354247. Réf. du 1^{er} avril 2014.
- Hyshka E, Butler-McPhee J, Elliott R, Wood E, Kerr T. Canada moving backwards on illegal drugs. *Can J Public Health* 2012;103(2):125-7.
- Bureau du vérificateur général du Canada. *Illicit drugs: the federal government's role*. Ottawa, ON: Bureau du vérificateur général du Canada; 2002. Accessible à: www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/O111ce.pdf. Réf. du 16 juillet 2014.
- CBC News [site web]. *What worries critics about omnibus crime bill*. Toronto, ON: CBC News; 2012. Accessible à: www.cbc.ca/news/canada/story/2012/03/06/f-bill-c10-objections.html. Réf. du 27 août 2013.
- Debeck K, Wood E, Montaner J, Kerr T. Canada's new federal 'national anti-drug strategy': an informal audit of reported funding allocation. *Int J Drug Policy* 2009;20(2):188-91. Publication en ligne du 20 juin 2008.
- Bayoumi A. Opinion: new federal rules for supervised injection sites—evidence or ideology? Toronto, ON: Healthy Debate; 2013. Accessible à: <http://healthydebate.ca/opinions/supervised-injection-sites>. Réf. du 4 septembre 2013.
- Association canadienne de santé publique. *Canadian Public Health Association 2007 resolutions*. Ottawa, ON: Association canadienne de santé publique; 2007. Accessible à: www.cpha.ca/uploads/resolutions/2007_e.pdf. Réf. du 16 juillet 2014.
- Health Officers Council of British Columbia. *A public health approach to drug control in Canada. Discussion paper. October 2005*. Victoria, CB: Health Officers Council of British Columbia; 2005. Accessible à: www.cfdp.ca/bhoc.pdf. Réf. du 16 juillet 2014.
- Gouvernement du Canada. *National framework for action to reduce the harms associated with alcohol and other drugs and substances in Canada*. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2005.
- Coalition canadienne des politiques sur les drogues. *Getting to tomorrow: a report on Canadian drug policy*. Vancouver, CB: Coalition canadienne des politiques sur les drogues; 2013.
- Wood E, McKinnon M, Strang R, Kendall PR. Improving community health and safety in Canada through evidence-based policies on illegal drugs. *Open Med* 2012;6(1):e35-e40. Accessible à: www.openmedicine.ca/article/view/501/455. Réf. du 16 juillet 2014.
- Coalition canadienne des politiques sur les drogues [site web]. *About*. Vancouver, BC: Coalition canadienne des politiques sur les drogues; 2011. Accessible à: <http://drugpolicy.ca/about/>. Réf. du 4 avril 2014.
- Jackson CA, Henderson M, Frank JW, Haw SJ. An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *J Public Health (Oxf)* 2012;34(Suppl 1):i31-40.
- Hornik R, Jacobsohn L. The best laid plans: disappointments of the National Youth Anti-Drug Media Campaign. *LDI Issue Brief* 2008;14(2):1-4.
- Lynam DR, Milich R, Zimmerman R, Novak SP, Logan TK, Martin C et collab. Project DARE: no effects at 10-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(4):590-3.
- Bernat D. Healthy youth development: science and strategies. *J Public Health Manag Pract* 2006;S10-6. Accessible à: http://journals.lww.com/jphmp/Fulltext/2006/11001/Healthy_Youth_Development_Science_and_Strategies.4.aspx. Réf. du 17 août 2013.
- Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Burkhardt G, Bohm K, Cuomo L, Gregori D et collab. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 2010;108(1-2):56-64.
- Turner SD, Spithoff S, Kahan M. Approach to cannabis use disorders in primary care. Focus on youth and other high-risk users. *Can Fam Physician* 2014;60:801-8 (ang), e423-32 (fr).
- Levy SJ, Kokotailo PK. Substance use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for pediatricians. *Pediatrics* 2011;128(5):e1330-40.
- Ackard DM, Neumark-Sztainer D. Health care information sources for adolescents: age and gender differences on use, concerns, and needs. *J Adolesc Health* 2001;29(3):170-6.
- Winters KC, Fahnhorst T, Botzet A, Lee S, Lalone B. Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting: outcomes and mediating factors. *J Subst Abuse Treat* 2012;42(3):279-88.
- Patton R, Deluca P, Kaner E, Newbury-Birch D, Phillips T, Drummond C. Alcohol screening and brief intervention for adolescents: the how, what and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people. *Alcohol Alcohol* 2014;49(2):207-12.
- D'Amico EJ, Miles JN, Stern SA, Meredith LS. Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: a randomized pilot study in a primary care clinic. *J Subst Abuse Treat* 2008;35(1):53-61.
- Haller DM, Meynard A, Lefebvre D, Ukoumunne OC, Narring F, Broers B. Effectiveness of training family physicians to deliver a brief intervention to address excessive substance use among young patients: a cluster randomized controlled trial. *CMAJ* 2014;186(8):e263-72.
- Vancouver Coastal Health. *Take care with cannabis*. Vancouver, CB: Vancouver Coastal Health. Accessible à: www.vch.ca/media/TakeCarewithCannabis.pdf?xprOpenPopUp=1. Réf. du 16 juillet 2014.
- Kahan M, Wilson L, Midmer D, Ordean A, Lim H. Short-term outcomes in patients attending a primary care-based addiction shared care program. *Can Fam Physician* 2009;55:1108-9.e1-5. Accessible à: www.cfp.ca/content/55/11/1108.full.pdf+html. Réf. du 16 juillet 2014.
- Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, Moore C, Lu Y. Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286(14):1715-23.
- CASA Columbia. *Addiction medicine: closing the gap between science and practice*. New York, NY: Columbia University; 2012. Accessible à: www.casacolumbia.org/upload/2012/20120626addictionmed.pdf. Réf. du 16 juillet 2014.
- Buchanan J. *Tackling problem drug use: a new conceptual framework*. Berkeley, CA: Bepress; 2004. Accessible à: <http://epubs.glyndwr.ac.uk/siru/3>. Réf. du 16 juillet 2014.
- Moos RH, Moos BS. Long-term influence of duration and intensity of treatment on previously untreated individuals with alcohol use disorders. *Addiction* 2003;98(3):325-37.