

DISSIPER LA FUMÉE

Éclairer les conversations à propos du cannabis — Document à l'intention des prestataires de services en santé mentale et en toxicomanie destinés aux enfants et aux adolescents

UN RÉSUMÉ DES DONNÉES PROBANTES

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE DU RAPPORT	3
ÉQUIPE DE PROJET	3
HISTORIQUE.....	3
OBJECTIFS DU PROJET	4
STRATÉGIE DE RECHERCHE.....	5
TERMES DE RECHERCHE	5
SECTION 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	6
INTRODUCTION À LA CONSOMMATION DE CANNABIS CHEZ LES ADOLESCENTS.....	6
CONSOMMATION DE CANNABIS.....	10
<i>Usage médicale du cannabis chez les enfants et les adolescents</i>	<i>10</i>
<i>Usage de cannabis à des fins non médicales chez les enfants et les adolescents.....</i>	<i>12</i>
<i>Usage de cannabis et problèmes de santé mentale.....</i>	<i>12</i>
<i>Facteurs associés à l’usage de drogues, en particulier l’usage non médical de cannabis</i>	<i>13</i>
<i>Facteurs influençant la décision de consommer (ou non) du cannabis.....</i>	<i>16</i>
<i>Approches pour la prévention et la réduction des dommages.....</i>	<i>17</i>
OUTILS DE DÉPISTAGE ET D’ÉVALUATION POUR LA CONSOMMATION DE DROGUES, Y COMPRIS LE CANNABIS	19
SECTION 2 : ANALYSE DU CONTEXTE DES MEILLEURES PRATIQUES.....	22
TYPES DE PROGRAMME	23
<i>Programmes scolaires.....</i>	<i>23</i>
<i>Programmes familiaux.....</i>	<i>24</i>
<i>Programmes communautaires.....</i>	<i>25</i>
<i>Programmes axés sur les pairs.....</i>	<i>25</i>
<i>Programmes en ligne</i>	<i>26</i>
CONSIDÉRATIONS POUR LA CONCEPTION DE PROGRAMMES VISANT DES POPULATIONS VULNÉRABLES	27
<i>Considérations pour les populations vulnérables.....</i>	<i>28</i>
<i>Considérations liées au développement.....</i>	<i>29</i>
GLOSSAIRE	32
RÉFÉRENCES.....	35
ANNEXE A : SOMMAIRE DU SONDAGE POUR LES ADOLESCENTS ET LES FAMILLES	41
ANNEXE B : RÉSULTATS DU GROUPE DE DISCUSSION SUR LES ADOLESCENTS ET LES FAMILLES	45
ANNEXE C : DÉTAILS SUR LES PROGRAMMES CLIMATE SCHOOLS: ALCOHOL AND CANNABIS ET CLIMATE SCHOOLS PLUS	47

Contexte du rapport

Dans ce document, nous examinons les liens entre la santé mentale et la consommation de substances psychoactives, en particulier la consommation de cannabis chez les jeunes de moins de 25 ans. Nous résumons des opinions d'experts ainsi que les résultats d'une recherche non systématique des recherches et de la littérature grise disponible au moment de la rédaction, avec la réserve que la connaissance sur des pratiques fondées sur les données probantes évoluera avec le temps. Bien que ce rapport décrive les meilleures pratiques ou les meilleurs éléments de programmes fondés sur les données probantes, nous ne cautionnons aucune pratique ni aucun programme. En outre, comme la documentation résumée ici ne représente qu'un seul type de données probantes, nos prochaines étapes intégreront dans une ressource d'apprentissage ces conclusions avec les réflexions de fournisseurs de services en santé mentale et en dépendances, en plus des expériences vécues par des enfants, des jeunes et des familles.

Équipe de projet

Le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents (le Centre) collabore avec Dépendances et santé mentale d'Ontario (AMHO, pour Addictions and Mental Health Ontario) sur le projet plus large (*Dissiper la fumée : Éclairer les conversations à propos du cannabis – Document à l'intention des prestataires de services en santé mentale et en toxicomanie destinés aux enfants et aux adolescents*) qui 1) rassemble les données probantes sur le sujet; et 2) les utilise pour la conception d'une ressource d'apprentissage pour les fournisseurs de services en santé mentale des enfants et des adolescents et en dépendances pour les jeunes de moins de 25 ans souffrant de problèmes de santé mentale ou de dépendances.

Un comité consultatif comprenant des représentants des secteurs des dépendances, de la santé mentale, de l'éducation, de la justice et de la santé publique a affiné l'objectif et la direction du rapport ainsi qu'offert des conseils et des recommandations tout au long de son développement. Le financement de ce projet a été fourni par le gouvernement de l'Ontario.

Historique

En avril 2017, le gouvernement fédéral a déposé la *Loi sur le cannabis (projet de loi C-45)* visant à légaliser et à réglementer la consommation de cannabis à des fins non médicales au Canada. La *Loi sur le cannabis* a reçu la sanction royale le 21 juin 2018 et a créé des règles concernant la production, la consommation et la vente de cannabis à travers le Canada. Le cannabis a été légalisé dans l'ensemble du Canada le 17 octobre 2018. Le cadre juridique du Canada prend une approche fédérale en matière de santé publique pour la légalisation et la réglementation du cannabis visant à mieux empêcher les jeunes d'accéder au cannabis, de supplanter le marché illégal du cannabis et de protéger la santé publique et la sécurité publique, au moyen d'exigences en matière de qualité et de sécurité pour le cannabis¹.

Dans la *Loi sur le cannabis*, il existe une distinction claire entre l'usage médical et non médical (appelé également « usage récréatif »). La consommation de cannabis à des fins médicales est légale si elle est autorisée par un professionnel des soins de santé et que l'on achète le cannabis d'un producteur titulaire d'une licence approuvée par Santé Canada². Aucun changement n'a été apporté à la consommation de cannabis à des fins médicales du fait de la légalisation de la consommation de cannabis à des fins non médicales, et Santé Canada continuera à offrir un accès raisonnable au cannabis à des fins médicales. Les gens peuvent continuer à acheter du cannabis directement auprès d'un

producteur titulaire d'une licence fédérale, à s'inscrire pour produire une quantité limitée de cannabis pour leur propre usage médical ou désigner quelqu'un pour le produire pour eux³.

En Ontario, l'âge minimum pour acheter, consommer, posséder et cultiver du cannabis est maintenant de 19 ans. La légalisation du cannabis a entraîné plusieurs modifications législatives et maintenant, les adultes de plus de 19 ans en Ontario peuvent, entre autres⁴ :

- posséder jusqu'à 30 grammes de cannabis légal;
- partager jusqu'à 30 grammes de cannabis légal avec d'autres adultes (pas avec des jeunes);
- acheter du cannabis séché ou frais et de l'huile de cannabis d'un détaillant titulaire d'une licence provinciale;
- cultiver jusqu'à quatre plants de cannabis par résidence à partir de graines ou de semis de source légale à des fins personnelles;
- fabriquer à la maison des produits de cannabis, comme des aliments ou des boissons, pourvu qu'aucun solvant organique dangereux n'entre dans la fabrication des produits concentrés.

Il est important de noter qu'en Ontario, les produits comestibles au cannabis ne seront pas légalisés avant l'automne 2019. Chaque province, territoire ou communauté autochtone à l'échelle du Canada peut établir l'âge minimal légal de consommation du cannabis, les endroits où le cannabis peut être acheté et utilisé et la quantité de cannabis qu'une personne peut posséder².

Les liens entre la santé mentale et la consommation de substances psychoactives chez les enfants et les jeunes sont complexes et, bien que nous disposions de certaines informations, il nous en faut davantage pour comprendre complètement la façon dont elles sont reliées. Depuis 2014-2015, les agences recevant des fonds publics pour des programmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents doivent filtrer leurs clients afin de déterminer le nombre d'enfants et d'adolescents requérant des services en toxicomanie. En outre, les fournisseurs de services en santé mentale et dépendances sont requis par le ministère subventionnaire de collaborer effectivement avec d'autres secteurs desservant les enfants et les adolescents pour concevoir des partenariats, des protocoles et des chemins d'accès aux soins afin de permettre une approche coordonnée pour la prestation de services. Les jeunes souffrant de problèmes de santé mentale présentent des risques accrus d'usage problématique de drogues, du fait de divers facteurs de risque. De plus, la consommation de drogues peut révéler des problèmes de santé mentale sous-jacents ou aggraver ceux-ci. Être au fait de cette relation complexe peut aider les fournisseurs de services en santé mentale et dépendances à prévenir, déterminer et traiter des troubles problématiques liés à la consommation de drogues.

Objectifs du projet

Pour aider les fournisseurs de services en santé mentale et dépendances offrant des traitements aux enfants et aux adolescents souffrants de problèmes de santé mentale ou de dépendances ultérieurs à la légalisation du cannabis, le but de ce projet est double :

1. Rassembler les connaissances les plus récentes sur les liens entre la santé mentale et l'usage de drogues (en particulier la consommation de cannabis) chez les jeunes de moins de 25 ans;
2. Utiliser ces données probantes pour concevoir des ressources d'apprentissage pour les fournisseurs de services en santé mentale et dépendances à l'attention des enfants et des adolescents.

Ce document présente les conclusions de notre examen de la littérature pertinente sur les facteurs associés aux problèmes de consommation de drogues, de santé mentale et de dépendances. Il offre également un survol des meilleures pratiques de prévention et de réduction des préjudices, ciblées et adaptées au développement, répondant aux préoccupations en matière de consommation de cannabis et de santé mentale. Une attention particulière a été portée aux renseignements concernant les expériences et les aides pour les populations à risque.

Les renseignements contenus dans ce document ont par ailleurs servi à concevoir des produits de connaissance et des ressources d'apprentissage visant à améliorer la capacité des fournisseurs de services en santé mentale et dépendances de l'Ontario pour tous les secteurs (p. ex. la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les adolescents), afin de prévenir et de traiter les problèmes de santé mentale et d'usage de drogue pouvant survenir chez les enfants et les adolescents. La modalité, le contenu et le mécanisme de diffusion propres à ces produits et ressources seront déterminés selon les conseils et les recommandations du comité consultatif, des fournisseurs de service dans les agences de santé mentale et de dépendances chez les enfants et les adolescents, en plus des jeunes et du personnel soignant.

Stratégie de recherche

Les bases de données et les contacts utilisés pour produire ce rapport incluent : le portail autochtone de l'UBC et de Ryerson, le portail canadien des pratiques exemplaires, Clearinghouse (Californie), l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), le NREPP (États-Unis), PracticeWise, PsycINFO, Proquest, PubMed et la SAMHSA (États-Unis).

Termes de recherche

Nous avons utilisé les termes suivants pour trouver des documents pertinents : cannabis, consommation de cannabis, marijuana, consommation de marijuana, toxicomanie, toxicomanie, prévention, intervention, programmes scolaires, prévention de la toxicomanie dans la communauté, causes fondamentales, cause fondamentale, corrélation avec la santé mentale, occurrence des troubles de santé mentale, fréquence des troubles de santé mentale, relation avec la santé mentale, prévalence des troubles de santé mentale, facteur de risque, facteur protecteur, évaluation, outils d'évaluation, méthode d'évaluation, dépistage, outil de dépistage et méthode de dépistage.

Section 1 : Revue de la littérature

Dans cette revue de la littérature, nous offrons une vue d'ensemble des liens complexes entre la santé mentale et l'usage de drogues, en particulier la consommation de cannabis à des fins médicales et non médicales chez les adolescents. Aux fins de cet examen, nous définissons les « adolescents » comme des personnes âgées de 12 à 18 ans et les « jeunes adultes » comme des personnes âgées de 19 à 25 ans. Les études dans cet examen ont été évaluées en matière de qualité et choisies dans la mesure de leur pertinence pour les objectifs de ce projet*. Dans les sections suivantes, nous allons :

- présenter les estimations actuelles en ce qui concerne la consommation de cannabis chez les adolescents en Ontario;
- décrire ce qu'est le cannabis ainsi que ses effets sur le développement du cerveau;
- décrire les liens entre la consommation de cannabis et la santé mentale;
- discuter des facteurs associés à la toxicomanie, particulièrement à la consommation de cannabis à des fins non médicales;
- fournir des données probantes sur les outils de dépistage et d'évaluation pour déterminer la toxicomanie, en particulier en ce qui a trait au cannabis.

Introduction à la consommation de cannabis chez les adolescents

Le cannabis est une substance dérivée des plantes *Cannabis sativa* et *Cannabis indica* et qui est utilisée pour ses effets psychoactifs et thérapeutiques. Il existe plusieurs types de cannabis, formés de substances chimiques appelées « cannabinoïdes » qui sont propres à la plante de cannabis. Les deux cannabinoïdes les plus largement connus sont 1) le tétrahydrocannabinol (THC); et 2) le cannabidiol (CBD). Le THC est le principal cannabinoïde psychoactif responsable des effets mentaux et physiques entraînant la sensation d'euphorie. Quant à lui, le CBD est un cannabinoïde connu pour contrer certains des effets du THC; on a découvert qu'il présentait peu ou pas d'effets psychoactifs, ainsi le consommateur ne se sent pas euphorique⁵.

Le cannabis est également connu sous le nom de « marijuana ». D'autres appellations du cannabis comportent notamment « mari », « pot », « herbe », « ganja », « marie-jeanne » et « joint ». Il s'agit des fleurs séchées verdâtres ou brunâtres, des fruits et des feuilles de la plante. Le cannabis peut être consommé de multiples manières, entre autres⁶ :

- il peut être fumé sous forme de cigarette (aussi connue sous le nom de joint, spliff ou pétard), à la pipe ou à la pipe à eau;
- il peut être vapoté en utilisant une cigarette électronique;
- il peut être ingéré sous une forme comestible en mélange avec une boisson ou des aliments (thé, brownies, bonbons et friandises);
- il peut être ingéré en teinture de cannabis (un extrait à base d'alcool utilisé seul ou ajouté à des aliments ou à des boissons);

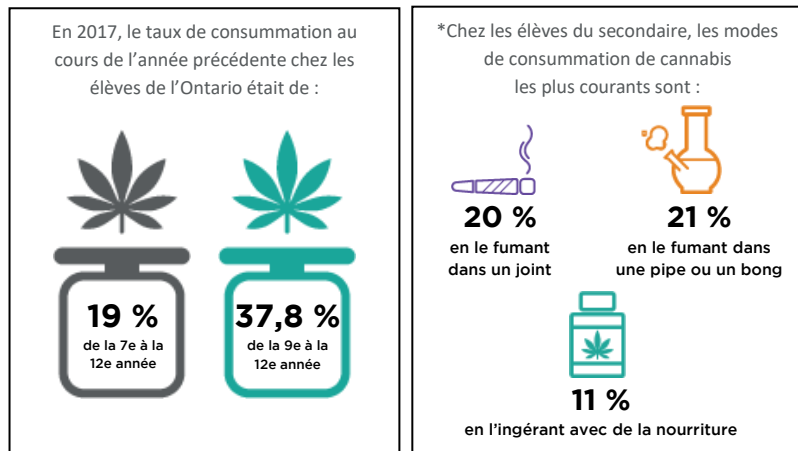
* Des études ont été évaluées selon leur alignement sur les objectifs du projet. Toutes les études pertinentes ont été évaluées individuellement et les renseignements pertinents de chaque étude ont été extraits à des fins de synthèse. Les forces tout comme les faiblesses ont été prises en compte. Les lacunes et les faiblesses de chaque étude ont été évaluées afin de comprendre leur impact sur les conclusions de celle-ci.

- il peut être inhalé après avoir été chauffé (tamponnage ou dabbing) sous forme d'huile ou de cire ou encore sous une forme qu'on appelle shatter, extraite de la résine de cannabis ou de hachisch (sécrétion résineuse sèche obtenue des sommités florales de la plante de cannabis).

On a constaté que la consommation chronique de cannabis ou d'autres substances interfère avec la réalisation d'étapes clés chez une jeune personne et que cela peut nuire ultérieurement à sa santé mentale^{7,8}. En 2012, 41 % des adolescents et des jeunes adultes en Ontario (hommes et femmes) âgés de 15 à 24 ans ont rapporté avoir consommé du cannabis ou du hachich au moins une fois dans leur vie, par rapport à 44,8 % dans l'ensemble du Canada⁹. En 2015, le **taux de consommation de cannabis lors de l'année précédente était de 20,6 % chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans et de 29,7 % chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans.**

Un tiers (33 %) des Canadiens âgés d'au moins 15 ans ont rapporté avoir consommé du cannabis au cours des trois derniers mois. En moyenne, les adolescents ont rapporté avoir commencé à consommer du cannabis à 15,4 ans, alors que les jeunes adultes ont rapporté avoir commencé à consommer à 16,5 ans⁹.

Selon le Sondage sur la consommation de drogues et la santé auprès des élèves de l'Ontario (2017), l'âge moyen de la première consommation de cannabis chez les élèves de 12^e année était de 15,3 ans. Environ 1 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont rapporté avoir consommé du cannabis quotidiennement, ce qui représente près de 13 100 élèves en Ontario¹⁰.



Les adolescents âgés de 13 à 19 ans qui se sont identifiés comme des membres de la communauté LGBTQ sont plus susceptibles que les autres à consommer des substances¹¹. Dans une étude menée en Colombie-Britannique sur les adolescents âgés de 12 à 19 ans, les taux de consommation de cannabis chez les membres de la communauté LGBTQ étaient les suivants :

- 40 % chez les individus qui se sont identifiés comme homosexuels
- 50 % chez les personnes qui se sont identifiées comme lesbiennes
- 53 % chez les individus qui se sont identifiés comme hommes bisexuels
- 62 % chez les personnes qui se sont identifiées comme femmes bisexuelles

Cependant, il est important de noter que les données canadiennes présentent des lacunes significatives en ce qui concerne la consommation de drogues et les risques associés dans la communauté LGBTQ, en plus des stratégies de prévention et de réduction des préjudices. Des connaissances supplémentaires

sont requises en raison de facteurs sociaux, économiques et politiques uniques pouvant influencer les taux de consommation dans la communauté LGBTQ.

Dans le cadre de ce projet, nous avons demandé aux professionnels de la santé mentale et des dépendances dans les secteurs de la santé mentale et des dépendances chez les enfants et les adolescents de l'Ontario de partager leurs expériences et leurs questions sur la façon d'aborder l'usage de drogues, particulièrement le cannabis, chez les jeunes de moins de 25 ans. À partir d'un sondage à participation volontaire qui a été distribué en mai 2018, 18 % des agences de santé mentale pour enfants et adolescents et 34 % des agences traitant de dépendances ont rapporté avoir mis en place des formations sur la légalisation du cannabis et de ses effets anticipés sur les jeunes. De plus, 26 % des agences de santé mentale pour enfants et adolescents et 55 % des agences traitant de dépendances offrent des formations sur les stratégies de réduction des préjudices associés à l'usage de drogues. Étant donné la récente légalisation du cannabis, les professionnels de la santé mentale et des dépendances avaient des questions sur les impacts à court terme et à moyen terme de la consommation de cannabis sur la santé mentale; les effets du cannabis sur le développement cérébral et cognitif; ses interactions avec des médicaments et d'autres substances; ainsi que les facteurs de risque de la consommation de cannabis chez les adolescents.

L'adolescence est un stade crucial du développement. Il s'agit d'une période de transition dans laquelle les jeunes font face à plusieurs défis dans leur vies personnelle, scolaire, sociale et professionnelle. Il est important de comprendre les effets de la consommation de cannabis sur le cerveau en développement. Comme le système endocannabinoïde[†] subit des modifications importantes pendant l'adolescence, cela soulève la possibilité qu'une exposition répétée à des cannabinoïdes (comme la consommation de THC par l'adolescent) puisse avoir un effet sur les fonctions cérébrales et les comportements pouvant persister à l'âge adulte⁹. Cela est particulièrement vrai pour les jeunes de moins de 25 ans pour lesquels le développement du cerveau en cours pourrait être compromis.

La consommation de cannabis pendant l'adolescence a des répercussions sur le développement du cerveau¹². Des études en neuro-imagerie montrent que, par rapport à des personnes qui consomment peu ou pas de cannabis, celles qui consomment du cannabis de façon chronique et celles qui présentent des schémas problématiques d'usage de cannabis, affichent des volumes cérébraux inférieurs, des structures de replis sinueux différentes, un amincissement du cortex cérébral, une connectivité neurale réduite et une intégrité inférieure de la matière blanche⁷. Celles qui consomment fréquemment du cannabis montrent plus d'activité cérébrale — particulièrement dans les régions frontales — lors de l'exécution de tâches de résolution de problème informatisées⁷, ce qui suggère que leur cerveau doit travailler davantage lors de la réalisation de tâches scolaires ou professionnelles. Cela peut influencer à la fois le temps de réaction immédiat et la capacité de coordination, ainsi que causer des problèmes à long terme pour prêter attention, se souvenir de choses ou en apprendre, et prendre des décisions.

La consommation de cannabis peut causer, à court terme, des problèmes de mémoire, d'attention et de fonction exécutive¹³; mais la fréquence de consommation et la puissance du cannabis à l'origine de ces effets ne sont pas connues. À court terme, la consommation de cannabis a également été liée à un affaiblissement du jugement, une mauvaise coordination motrice et des facultés de conduite compromises¹⁴. Le risque de consommation problématique de cannabis peut augmenter avec une exposition précoce au cannabis, car cela peut altérer les voies biochimiques de récompense du

[†] Un système de communication dans le cerveau et le corps humain qui influence la façon dont une personne se sent, se déplace et réagit à des stimuli.

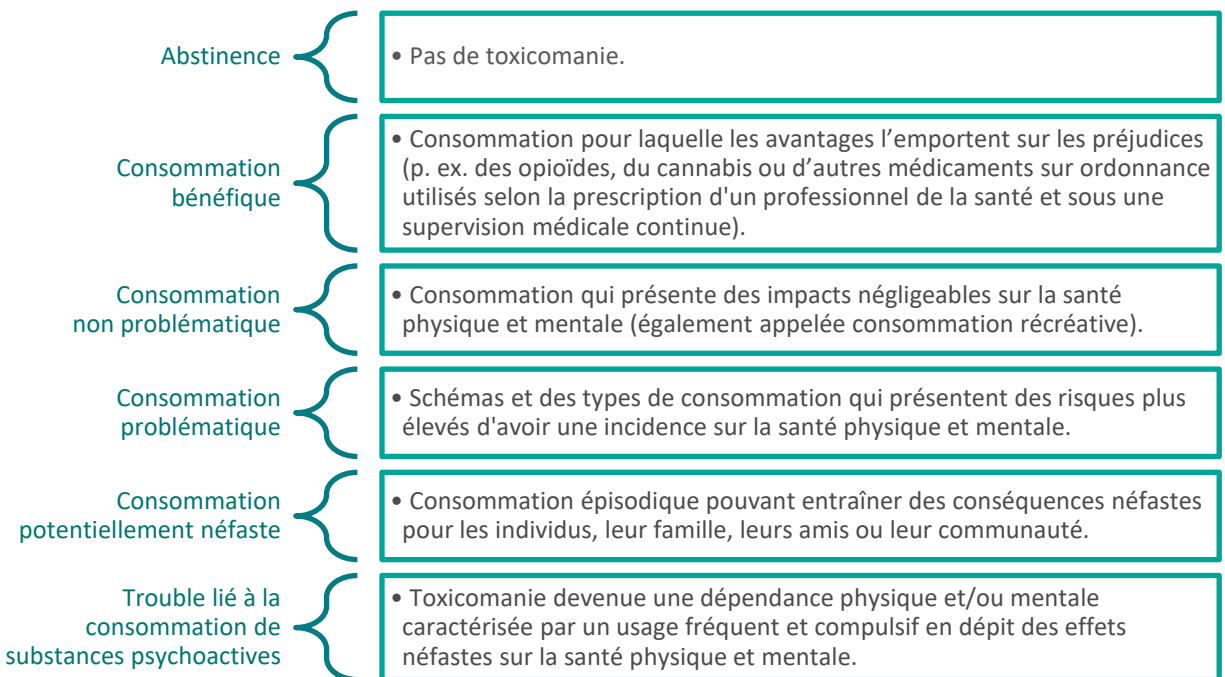
cerveau¹⁵. Une consommation importante de cannabis peut également ralentir la vitesse de traitement de l'information, la capacité à se concentrer et les fonctions du cortex préfrontal¹⁶. On a constaté que la consommation de cannabis altérerait le développement normal des systèmes de dopamine du cerveau, ce qui peut augmenter le risque de schizophrénie¹⁶. En contrepartie, l'étendue des déficits cognitifs persistants provenant de l'exposition au cannabis n'est généralement ni définitive, ni claire.

Consommation de cannabis

Le cannabis peut être utilisé à des fins médicales et non médicales. Dans le cas d'une **consommation de cannabis à des fins médicales**, l'utilisation a été autorisée par un professionnel de la santé et le produit de cannabis consommé est fourni par un producteur autorisé par Santé Canada qui est titulaire d'une licence². La consommation de cannabis à des fins médicales est généralement prévue pour améliorer la qualité de vie de l'utilisateur en lui permettant de prendre en charge ses problèmes physiques et mentaux tout en protégeant sa santé globale¹⁷.

La **consommation de cannabis à des fins non médicales** est une utilisation de cannabis qui n'a pas été autorisée par un professionnel de la santé. Des personnes peuvent utiliser du cannabis à des fins non médicales dans des contextes sociaux pour améliorer leur qualité de vie ou pour les aider à relaxer, à se concentrer ou à rendre des activités plus agréables¹⁷. Ce type de consommation dans le cadre de laquelle le cannabis est utilisé sans justification médicale est aussi nommé « consommation récréative ».

La consommation de cannabis varie d'une personne à l'autre en ce qui concerne tant le volume que la fréquence, et peut être classée selon le spectre suivant¹⁸ :



Usage médicale du cannabis chez les enfants et les adolescents

Dans les anciennes cultures, le cannabis était utilisé à des fins médicales pour traiter diverses maladies (comme les maux de tête, les problèmes gastro-intestinaux, les problèmes inflammatoires, les convulsions et la douleur)^{19,20}. Au 18^e et au 19^e siècles, le cannabis était utilisé dans les cultures occidentales pour le traitement de troubles comme l'asthme, l'anorexie, la coqueluche, les convulsions, les nausées et les vomissements, ainsi que les dysfonctions sexuelles²¹. Depuis le 20^e siècle, le cannabis est utilisé comme sédatif ou à des fins hypnotiques (p. ex. pour traiter l'insomnie, la mélancolie, la manie, l'état confusionnel aigu, le tétanos, la rage, le rhume des foies, la bronchite, la tuberculose pulmonaire, la toux, les spasmes de la vessie, la gonorrhée et des troubles neurologiques); comme analgésique (p. ex. pour les maux de tête, les migraines, la fatigue oculaire, la ménopause, les tumeurs cérébrales, les névralgies, l'ulcère gastrique, l'indigestion, les douleurs, les inflammations chroniques, les

hémorragies postpartum, les rhumatismes aigus, l'eczéma et le soulagement des douleurs dentaires) et une multitudes d'autres raisons (p. ex. pour améliorer l'appétit et la digestion, la dyspepsie, la diarrhée, le choléra, la néphrite, le diabète sucré, les palpitations cardiaques et les vertiges)²².

Les cannabinoïdes ont des répercussions physiques, mentales et cognitives sur le corps humain qui varient selon l'individu. Bien que le cannabis présente de nombreux usages médicaux bénéfiques, les données probantes appuyant ces usages ne sont toutefois pas cohérentes. Il a été déterminé que le cannabis pouvait traiter les symptômes d'un large éventail de conditions médicales, incluant :

- les spasmes musculaires, les tremblements et les contractions douloureuses des muscles chez des personnes atteintes de la sclérose en plaques^{19,23}
- les douleurs reliées au cancer et d'autres types de douleurs chroniques, incluant la fibromyalgie et les douleurs neuropathiques reliées au diabète sucré, de façon indépendante ou s'il est associé à d'autres analgésiques¹⁵
- la polyarthrite rhumatoïde, l'arthrose et divers autres types de douleurs musculosquelettiques aiguës et chroniques²³
- le traitement de troubles convulsifs et chez les individus atteints d'un cancer et qui souffrent de vomissements et de nausées pendant la chimiothérapie²³

Au Canada, les cannabis et certains cannabinoïdes sont approuvés pour les traitements suivants²⁴ :

- soulagement et prévention des nausées et des vomissements causés par la chimiothérapie contre le cancer et le VIH
- stimulation de l'appétit chez les patients atteints du SIDA présentant une perte de poids grave
- soulagement des douleurs neuropathiques (c.-à-d. les douleurs causées par des maladies du système nerveux), de la douleur et de la spasticité (raideur musculaire) causées par la sclérose en plaques, et des douleurs aiguës causées par des cancers avancés

Bien qu'il existe des études de cas et des rapports appuyant les bénéfices des cannabinoïdes, il n'existe pas suffisamment de tests à grande échelle et bien contrôlés pour offrir des preuves suffisantes de résultats cliniques concrets^{19,23}. Même dans les cas où les données suggèrent une efficacité pour des patients souffrant d'un trouble particulier, les résultats ne peuvent pas être généralisés car les caractéristiques individuelles des patients varient¹⁵ et la recherche n'est pas robuste. De ce fait, les données probantes varient selon les applications en ce qui concerne la quantité et la qualité de leur soutien scientifique²⁴.

Il est important de noter que le cannabis peut également nuire au corps humain. Il a des effets sévères sur le système cardiovasculaire, y compris une augmentation du rythme cardiaque et de la tension artérielle, ainsi qu'une augmentation du risque d'accident ischémique cérébral aigu. Fumer du cannabis de façon chronique a été associé à des difficultés respiratoires, comme l'inflammation ou l'obstruction des voies respiratoires, et des symptômes similaires à ceux du tabagisme (p. ex. une respiration sifflante, la toux et une augmentation des expectorations)¹⁵. La consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis est également associée à des vomissements cycliques (également connu sous le nom de « syndrome cannabinoïde »)²⁵.

Les bénéfices potentiels de la consommation de cannabis peuvent également être pondérés par rapport à ses effets néfastes possibles. Par exemple, on a constaté que le cannabis était bénéfique pour atténuer les effets secondaires (nausées et vomissements) de la chimiothérapie chez des personnes atteintes du

cancer¹⁵. Parallèlement, la fumée de cannabis contient également la plupart des mêmes produits chimiques causant le cancer que la fumée de tabac²⁵. D'autres études utilisant des méthodes robustes sont requises pour déterminer les conditions sous lesquelles les bénéfices de la consommation de cannabis peuvent être maximisés, tout en réduisant ses effets néfastes.

Usage de cannabis à des fins non médicales chez les enfants et les adolescents

La consommation de cannabis comme automédication (sans indication par un professionnel des soins de santé) doit également être prise en compte car elle est associée à des risques graves pour la santé, à court terme et à long terme, particulièrement chez les jeunes qui choisissent de commencer à consommer du cannabis à un âge précoce²⁶. On a constaté que cela faisait ressentir aux consommateurs de cannabis diverses émotions, comme par exemple la joie, la relaxation, la somnolence, la panique, la confusion et la distraction. De plus, la consommation de cannabis peut causer des hallucinations et une altération des perceptions. On a constaté que le début de la consommation récréative de cannabis avait lieu le plus souvent à l'adolescence, où le risque de dépendance au cannabis est de 1 pour 6 pour ceux qui commencent à consommer du cannabis lorsqu'ils sont adolescents²⁶.

Les impacts sur la santé de la consommation non médicale de cannabis varient selon différents facteurs, comme l'âge de la personne choisissant de consommer du cannabis, le niveau de THC dans le type de cannabis consommé ainsi que la méthode et la fréquence de consommation²⁶. Fumer du cannabis est la méthode la plus courante de consommation récréative de cannabis, et on a constaté que cela déclenchait des problèmes cardiovasculaires, de l'asthme, des cancers et de nombreux problèmes respiratoires. On a également constaté que la consommation récréative de cannabis avait des effets négatifs à court terme (c.-à-d. inattention, perte de jugement, altération de la capacité à prendre des décisions et difficultés de traitement et de rétention de l'information) et à long terme (c.-à-d. difficultés pour la résolution de problème et l'apprentissage, problèmes de mémoire et difficultés à traiter des informations complexes) sur la pensée rationnelle (cognition). Il est par contre nécessaire d'obtenir plus de données sur les impacts cognitifs du cannabis²⁶.

Usage de cannabis et problèmes de santé mentale

Il existe un corpus de recherche croissant explorant le lien entre la consommation de cannabis et les conséquences sur la santé mentale, puisque l'usage fréquent de cannabis sur une période de temps prolongée a été associée à des troubles psychologiques et des problèmes de toxicomanie graves^{16,27,28}. Il est important de noter qu'étant donné la nature corrélationnelle de la plupart des études actuelles, il n'est pas possible de tirer des conclusions causales à propos du lien entre la consommation de cannabis et les états mentaux chez les adolescents.

La relation entre la consommation fréquente de cannabis et la présence de troubles de l'humeur est particulièrement forte chez les individus qui commencent à consommer du cannabis tôt dans leur vie (âgés de moins de 17 ans)^{15,16,29,30}. De la même façon, la consommation fréquente de cannabis a été liée à des troubles anxieux, particulièrement chez les individus qui consomment beaucoup de cannabis à l'adolescence^{16,31,32}. Chez ceux dont le diagnostic indique des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, une exposition continue au cannabis peut aggraver ces problèmes. Une large proportion des individus qui consomment fréquemment du cannabis ne souffre pas de dépression ou d'anxiété et tous ceux qui présentent des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux ne consomment pas de cannabis. En revanche, on a constaté que la consommation de cannabis déclenchait l'apparition de dépression et de troubles anxieux chez les adolescents qui présentaient peut-être déjà des facteurs de prédisposition biologiques, sociaux, environnementaux ou dans leur personnalité³¹.

La consommation de cannabis a également été liée à l'apparition de symptômes psychotiques et de schizophrénie¹³. Dans le monde entier, plusieurs études de cohorte ont constaté une association entre la consommation de cannabis chez les jeunes et un diagnostic ultérieur de schizophrénie ou de trouble schizophréniforme^{13,15}. Il n'a pas encore été déterminé que la consommation de cannabis influence l'apparition de psychoses ou que les psychoses peuvent être une conséquence directe d'une importante consommation de cannabis. De plus, on trouve peu d'information sur les quantités particulières de cannabis ou la puissance des variétés de cannabis requises pour déclencher l'apparition de psychoses^{15,33}. Les données indiquent cependant que le cannabis peut précipiter l'apparition de psychoses chez des individus qui présentent un risque génétique élevé de développement de schizophrénie³⁴. En fait, 25 % des individus présentant un diagnostic de schizophrénie répondent aux critères de trouble lié à la consommation de cannabis, ce qui en fait l'une des substances les plus couramment utilisées chez cette population de patients³⁴. On a également constaté que le cannabis était la drogue la plus largement utilisée chez les patients avec un premier épisode psychotique. La consommation de cannabis peut être un facteur de risque qui influence l'âge de l'apparition d'une psychose³⁵. Les individus consommant du cannabis présentent plus de symptômes psychotiques, répondent moyennement aux neuroleptiques et présentent une conformité moindre au traitement et des résultats cliniques médiocres tout en souffrant de rechutes plus fréquentes et plus d'admissions à l'hôpital que ceux qui ne consomment pas de cannabis³⁴.

Collectivement, les données probantes existantes suggèrent qu'une importante consommation de cannabis ou l'utilisation régulière de produits du cannabis avec un taux de THC élevé peut augmenter le risque de développement de psychoses et de schizophrénie, particulièrement chez les individus présentant un risque préexistant pour ces conditions. Cependant, d'autres études sont requises pour comprendre la façon dont des caractéristiques individuelles (génétiques, biologiques et environnementales, par exemple) interagissent avec la consommation de cannabis (dans chacune de ses formes) pour augmenter la susceptibilité aux psychoses et à la schizophrénie.

Facteurs associés à l'usage de drogues, en particulier l'usage non médical de cannabis

Il existe plusieurs facteurs dans l'environnement social et physique d'un enfant ou d'un adolescent pouvant augmenter la probabilité de dommages liés à l'abus de substances (c.-à-d. des facteurs de risque) et d'autres facteurs pouvant mitiger ces risques (c.-à-d. des facteurs de protection). Nous résumons ici les facteurs de risque et de protection pour la consommation de cannabis au niveau de l'individu et dans le contexte de la famille et des pairs, lorsque des données probantes étaient disponibles. Il s'agit d'un sommaire général des conclusions, sans prise en compte particulière des plages de sexe, de genre ou d'âge. D'autres facteurs (comme la race, la stigmatisation, la discrimination et la violence familiale) ont été considérés mais n'ont pas été inclus car les données probantes disponibles n'étaient pas suffisantes. Avec le temps, nous souhaitons investir dans d'autres études sur la façon dont ces facteurs sont reliés à la consommation de cannabis.

FACTEURS AU NIVEAU INDIVIDUEL	
FACTEUR DE RISQUE	DESCRIPTION DES CONCLUSIONS PRINCIPALES
Statut socioéconomique (SSE)	<ul style="list-style-type: none"> Les jeunes présentant un SSE bas ont 22 % plus de chances de se livrer à la consommation de cannabis^{7,36} On a constaté que les adolescents présentant un SSE familial plus élevé ont plus de chances de faire l'expérience du cannabis que ceux dont le SSE familial est moins élevé, principalement en raison du coût élevé du cannabis par rapport à celui du tabac²⁸ On a constaté que les individus sans emploi sont plus souvent des consommateurs de cannabis que ceux qui ont un emploi stable³⁷ Les individus nés ou élevés dans des familles vivant dans la pauvreté extrême peuvent avoir souffert de dommages associés à la toxicomanie³⁸
Éducation	<ul style="list-style-type: none"> La consommation précoce de cannabis peut interférer avec le niveau de scolarité³⁷ On a constaté que les individus qui n'avaient pas obtenu un diplôme d'études secondaires ou qui ont <i>uniquement</i> obtenu un diplôme d'études secondaires sont des consommateurs plus fréquents³⁴ On a constaté que les individus qui n'avaient pas obtenu un diplôme d'études secondaires présentaient un risque plus élevé de consommation de cannabis de façon régulière que ceux qui avaient obtenu un diplôme d'études secondaires ou un diplôme d'études postsecondaires³⁹ De mauvaises notes, un faible attachement à l'école secondaire et l'échec scolaire avant la fin des études secondaires peuvent causer des problèmes de toxicomanie chez les jeunes adultes³⁸
Santé mentale et comportements de l'individu	<ul style="list-style-type: none"> Des perturbations émotionnelles peuvent augmenter la probabilité de consommation de drogues chez les adolescents⁴⁰ On a constaté que l'agressivité chez l'adolescent était reliée à un début de consommation de drogues précoce^{38,41} Des adolescents avec des problèmes de régulation de l'affect sont plus susceptibles d'exprimer des comportements agressifs, ce qui peut les rendre susceptibles à un début de consommation de drogues⁴⁰ Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) peut être un facteur de risque pour le trouble de consommation de cannabis; la prévalence du TDAH est disproportionnellement élevée chez les jeunes personnes atteintes de troubles liés à la consommation de cannabis ou d'autres substances⁴² On a constaté que la délinquance lors de l'adolescence était un facteur de risque pour les troubles problématiques liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances³⁸
Puissance	<ul style="list-style-type: none"> On a constaté que les produits du cannabis avec des dosages élevés de THC accompagnés d'une méthode d'ingestion rapide (comme la fumée ou le vapotage) étaient associés à un usage répété du cannabis et au développement du trouble de l'usage du cannabis (TUC)⁴³
Religion	<ul style="list-style-type: none"> On a constaté que la pratique d'une religion protégeait la personne contre la consommation de cannabis, cela découlant de la désapprobation de l'usage de substances psychotropes dans la plupart des religions⁴⁴
Tempérament et comportement initial	<ul style="list-style-type: none"> Un tempérament facile pendant la petite enfance est un facteur protecteur pour une adaptation positive de l'enfant et cela réduit l'influence des autres facteurs de risque, ce qui à son tour peut entraîner de faibles taux de participation à un usage dangereux de drogues³⁸ On a constaté qu'un tempérament timide et prudent pendant l'enfance réduisait l'influence des facteurs de risque pour le jeune adolescent d'un usage de multiples drogues illégales au début de l'âge adulte³⁸
Compétence sociale et émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> On a constaté que la compétence sociale et émotionnelle réduisait l'influence des facteurs de risque pour la consommation d'alcool ou d'autres substances³⁸

RELATIONS AVEC LA FAMILLE ET LES PAIRS	
FACTEUR DE RISQUE	DESCRIPTION DES CONCLUSIONS PRINCIPALES
Réseaux de pairs	<ul style="list-style-type: none"> On a constaté que les réseaux de pairs avaient une forte influence sur le début et la poursuite de la consommation de cannabis^{7,27,36,45,46} Disposer de liens sociaux avec des pairs consommant du cannabis peut entraîner le jeune à rechercher de nouvelles amitiés avec d'autres jeunes consommant du cannabis ce qui, en retour, encourage le début de la consommation et augmente le risque de poursuite de la consommation³⁶ Des relations avec des pairs qui consomment des drogues à la fin de l'enfance ou à l'adolescence ont été associées à une consommation problématique d'alcool ou d'autres substances³⁸
Structure familiale	<ul style="list-style-type: none"> Des structures familiales non traditionnelles (comme des parents séparés, divorcés ou qui élèvent leur enfant de façon monoparentale) peuvent augmenter la probabilité de consommation de cannabis de 67 % pour les adolescents grandissant dans ces environnements^{36,45} Un faible niveau d'attachement entre les parents et l'enfant peut augmenter la probabilité d'une consommation plus fréquente de drogues à l'adolescence³⁸
Dynamique familiale	<ul style="list-style-type: none"> De faibles niveaux de supervision parentale, une communication familiale déficiente, un style parental inapproprié, de mauvaises relations entre les parents et l'enfant, une augmentation des problèmes socio-émotionnels familiaux et la toxicomanie parentale peuvent multiplier les conflits familiaux et entraîner une dégradation des liens familiaux ce qui, à son tour, peut entraîner une consommation précoce de drogues^{7,36,44} La négligence et la maltraitance de l'enfant sont des facteurs de risque pour un retard de développement chez celui-ci, et on a constaté que cela pouvait potentiellement entraîner des difficultés d'adaptation chez l'enfant et la consommation subséquente dangereuse de drogues³⁸ Des règles parentales permettant la consommation de drogues à l'enfance ou à l'adolescence constituent un facteur de risque pour une consommation de drogues à un âge précoce³⁸
Consommation parentale	<ul style="list-style-type: none"> La consommation de cannabis par les parents a été associée à la consommation de cannabis par l'adolescent²⁸ L'utilisation de substances psychoactives légales sous ordonnance ou récréatives a été liée à la consommation de marijuana par l'adolescent⁴⁷
Surveillance parentale	<ul style="list-style-type: none"> On a constaté que le manque de surveillance parentale était un facteur de risque pour la consommation de cannabis par un jeune adolescent, car cela crée plus d'occasions d'association avec des pairs consommant du cannabis ou d'autres substances³⁶
Santé mentale parentale	<ul style="list-style-type: none"> Une maladie psychiatrique parentale et un dysfonctionnement familial ont été associés à des troubles de consommation du cannabis et des troubles mentaux communs³⁶
Dynamique familiale	<ul style="list-style-type: none"> Une bonne communication parentale au début de l'adolescence peut réduire l'influence des facteurs de risque pour une consommation dangereuse de substances par l'adolescent³⁸
Situation matrimoniale	<ul style="list-style-type: none"> Être mariées peut être un facteur protecteur pour la consommation de cannabis ou d'autres substances chez les jeunes femmes³⁸
Religion	<ul style="list-style-type: none"> La pratique religieuse à l'adolescence peut réduire l'influence des facteurs de risque pour une consommation dangereuse de substances³⁸

Facteurs influençant la décision de consommer (ou non) du cannabis

Certains adolescents rapportent que le cannabis est la drogue la plus facile à obtenir et la plus sécuritaire parmi toutes les autres drogues à consommer, croyant qu'il présente moins d'effets secondaires que d'autres substances, car il « vous rend tout simplement heureux »⁴⁸. Une gamme de perceptions influencent les décisions des jeunes à consommer ou non du cannabis. Par exemple, dans une étude menée en 2017, des élèves de 7^e et de 8^e année ont rapporté qu'ils croyaient que la consommation régulière de cannabis était associée à un risque plus élevé de dommages, alors que des élèves de la 9^e à la 12^e année ont rapporté qu'ils croyaient que la consommation de cannabis était moins dangereuse que celle d'autres substances¹⁰. Les adolescents ont rapporté qu'ils se sentaient plus en contrôle sous l'influence du cannabis par rapport à d'autres substances, et certains adolescents utilisaient également le cannabis à des fins médicales sous ordonnance d'un médecin ou par automédication pour surmonter leurs propres problèmes de santé mentale⁴⁹. Cependant, de nombreux adolescents choisissent de ne pas consommer de cannabis par peur des conséquences parentales et légales, de ses effets négatifs sur le corps et l'esprit et de la stigmatisation d'être perçu comme un toxicomane⁴⁹.

L'une des raisons principales du choix de consommation de cannabis par un adolescent est de s'intégrer avec ses pairs²³. Pour les adolescents s'efforçant de trouver leur identité, la consommation de drogues peut les aider à se sentir inclus dans des groupes de pairs et des événements sociaux. La famille d'une jeune personne peut également influencer la décision de l'adolescent à consommer du cannabis, car les adolescents sont plus portés à consommer du cannabis si les parents ou les frères et sœurs en consomment également. D'autres raisons pour l'usage de cannabis incluent la consommation dans le but de se rebeller contre des parents excessivement stricts, l'ennui (particulièrement pour les adolescents vivant dans des zones rurales et ne disposant pas d'autant d'options de divertissement que ceux qui vivent en milieu urbain), et la facilité d'accès (par exemple à des fêtes ou par l'intermédiaire d'une personne qui distribue des drogues de rue).

Puisque l'information sur le cannabis est facilement disponible sous forme de vidéos, de mèmes (en anglais, *memes*), d'articles et de statistiques, les adolescents rapportent que le cannabis est représenté dans les médias (les nouvelles, les films et les chansons, par exemple) comme étant utilisé par des personnes qui sont heureuses et drôles, et qui ne sont pas confrontées à des dommages physiques ou mentaux causés par sa consommation⁴⁹. Les images publiques décrivant les conséquences négatives et légales de la consommation et de la possession de cannabis sont rares. L'utilisation des médias sociaux comme plateforme de promotion de la consommation de cannabis peut entraîner les adolescents à former une opinion excessivement positive sur le cannabis, ce qui en retour peut augmenter la probabilité de sa consommation.

Même s'ils connaissent les risques posés par le cannabis en général, de nombreux jeunes rapportent qu'ils ne s'en préoccupent pas, car ils estiment que sa consommation ne cause pas de conséquences négatives immédiates ou permanentes. Par exemple, alors que les adolescents comprennent que la consommation de cannabis peut diminuer les temps de réaction et les réflexes, affecter les fonctions cognitives et les facultés motrices, distordre la perception du temps et de l'espace et provoquer de la confusion, de la désorientation, des hallucinations et de la somnolence, ils continuent à consommer du cannabis, croyant que ses effets sont temporaires. De plus, étant donné que des variétés particulières de cannabis provoquent des effets divers pouvant affecter chaque personne différemment, les adolescents sont prêts à prendre le risque et croient qu'ils ne subiront aucune des conséquences négatives possibles de la consommation de cannabis. Globalement, les adolescents comprennent que bien que certains d'entre eux peuvent bien fonctionner sous l'influence du cannabis, d'autres ne le peuvent pas⁴⁹. De ce fait, des messages de santé publique concernant les effets à retardement de la

consommation de cannabis et des risques associés à diverses méthodes de consommation doivent être conçus et mis en œuvre à la suite de la légalisation.

Approches pour la prévention et la réduction des dommages

Les opinions des adolescents concernant le cannabis se développent généralement à travers des conversations entre amis, avec ceux qui vendent des drogues de rue, et par rapport à leurs propres expériences avec l'usage de drogues. Les adolescents croient qu'ils ont la compétence pour prendre des décisions concernant la consommation de cannabis, du fait de la facilité d'accès à des ressources en ligne discutant des bienfaits tout comme des méfaits du cannabis. En dépit de l'énorme quantité d'informations disponibles en ligne, la majorité de celles-ci sont contradictoires. Par conséquent, les adolescents ont parfois du mal à faire un choix informé car ils se demandent si ces sources sont crédibles ou non. Voici certaines des stratégies que les adolescents estiment être bénéfiques pour informer leur décision sur la consommation de cannabis⁴⁹ :

- **Information offerte par une personne ayant de l'expérience** : Les adolescents croient que les bienfaits tout comme les méfaits du cannabis doivent leur être présentés par une personne ayant une expérience vécue de consommation de cannabis, une personne de leur tranche d'âge en particulier. Cela leur donnerait l'occasion de poser des questions sans crainte d'être jugés ou d'avoir des ennuis.
- **Renseignements non biaisés, fondés sur des données probantes** : Dire tout simplement aux adolescents de ne pas consommer de cannabis n'est pas efficace. Les adolescents veulent des faits étayés par des données probantes solides pour appuyer leur prise de décision. Des données probantes sur la façon dont diverses quantités et variétés de cannabis — et les risques qui y sont reliés (comme l'augmentation du risque de psychose) — doivent être partagées avec les adolescents, en plus de l'information sur les implications légales de la consommation (pour les jeunes de moins de 18 ans et ceux qui sont âgés de 19 à 25 ans).
- **Réduction des dommages** : Une approche de réduction des dommages semble être la plus efficace auprès des jeunes populations car prêcher l'abstinence ne fonctionne généralement pas.
- **Éducation précoce avec un suivi régulier** : Il est préférable de commencer à informer les adolescents avant qu'ils aient l'occasion de consommer des substances (par le biais de cours sur la santé, cours d'éducation routière, assemblées scolaires, etc.), avec un suivi systématique à des moments clés, au fil du temps.
- **Approches ciblées** : Différentes approches pour éduquer et informer les adolescents doivent être prises en compte à la fois pour les individus présentant un risque faible ou un risque élevé. Les différences concernant le genre, l'ethnicité, les relations avec les pairs et la famille, en plus des niveaux préalables de connaissances et de pratique de toxicomanie doivent être pris en compte, et l'information doit être adaptée à des publics particuliers.

Jenkins et coll. (2017) ont examiné les perspectives des adolescents sur les approches de réduction des dommages et constaté que les expériences, les croyances et les stratégies reliées à la consommation des adolescents dépendent des contextes géographiques, sociaux et culturels. Dans un contexte urbain, la plupart des participants adolescents ont rapporté qu'ils ne consommaient pas d'alcool ou de drogues, et ceux qui le faisaient décrivaient une consommation d'alcool ou de cannabis de façon occasionnelle ou peu fréquente. Les adolescents ont rapporté qu'une stratégie de gestion de la toxicomanie était de

rester à l'écart des événements et des groupes de pairs où les jeunes pouvaient s'adonner à la toxicomanie. La connaissance de méfaits particuliers avait tendance à provenir du fait d'avoir vu des personnes de la communauté affectées négativement par la consommation de drogues, plutôt que par une formation formelle sur les drogues dans des contextes scolaires ou communautaires.

Dans le contexte suburbain, il existe une division claire entre ceux qui ont rapporté une consommation généralisée à l'école et ceux qui ont rapporté qu'ils « ne connaissaient personne qui consommait » ou qui se décrivaient comme étant « à l'abri ». Les interactions entre ceux qui consommaient et les autres étaient limitées. De nombreux adolescents dans l'environnement suburbain faisaient des efforts pour minimiser les méfaits potentiels en évitant les personnes et les groupes sociaux qui consomment, ainsi qu'en limitant ou en évitant les amitiés avec des individus qui consomment. Dans le contexte rural, les adolescents ont décrit la consommation comme étant courante parmi leurs pairs, l'ennui étant la raison principale de la consommation car l'environnement proposait peu de services, d'activités ou d'espaces pour les jeunes. Dans ces contextes, les jeunes voyaient ainsi la consommation de substances comme une activité en soi. Comme les adolescents en contexte suburbain, les adolescents vivant dans les régions rurales décrivaient également que la réduction des méfaits était le résultat de l'exposition ou de l'expérience des effets négatifs de la consommation⁴⁸.

Les données probantes dévoilent que de nombreux dommages reliés à la consommation de cannabis et la gravité de ceux-ci sont influencés par des facteurs comportementaux modifiables (c.-à-d. des choix individuels). En se basant sur des données probantes, un groupe d'experts internationaux a élaboré *Les recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque* afin de réduire les méfaits sur la santé physique et mentale reliés à la consommation de cannabis⁵⁰. Les 10 recommandations décrites ci-dessous s'adressent aux adolescents qui ont décidé de consommer du cannabis et elles visent à réduire les risques pour la santé⁵⁰ :

1. La façon la plus efficace d'éviter tout risque lié à la consommation de cannabis est de ne pas en consommer du tout.
2. Si vous choisissez de consommer du cannabis, évitez de commencer à l'adolescence. Les problèmes de santé liés au cannabis peuvent être diminués en reportant sa consommation à plus tard dans sa vie.
3. Informez-vous sur les diverses compositions des produits du cannabis et leurs effets, car les produits à teneur élevée en THC sont associés à des risques plus élevés de divers problèmes de santé mentale.
4. Évitez de consommer des cannabinoïdes synthétiques, car ils sont associés à des effets néfastes plus aigus et plus sévères.
5. Informez-vous sur les divers modes de consommation du cannabis et sur leurs impacts respectifs, car fumer du cannabis entre autres causer plus effets néfastes sur la santé respiratoire que le vapotage.
6. Évitez les pratiques comme l'inhalation profonde ou la retenue de la respiration lorsque vous fumez du cannabis, car cela augmente l'absorption de substances toxiques.
7. Limitez et réduisez votre prise de cannabis, car son usage fréquent (c.-à-d. quotidiennement ou presque) est associé à des risques plus élevés d'effets néfastes.
8. Ne conduisez pas et n'opérez pas de machinerie lourde ou tout autre véhicule sous l'influence du cannabis (quelle que soit la quantité consommée).

9. Connaissez-vous et connaissez vos propres facteurs de risque. Certaines populations (comme les femmes enceintes, les personnes avec des antécédents familiaux de problèmes de santé mentale) présentent un risque plus important d'effets néfastes liés au cannabis et elles devraient éviter d'en consommer.
10. Évitez de combiner les comportements à risque mentionnés ci-dessus. Plus vous agissez de façon risquée, plus les risques de dommages sont élevés.

Bien que les données probantes suggèrent que des stratégies de prévention de la toxicomanie peuvent réduire la fréquence ou la quantité de substances consommées, les adolescents rapportent que les programmes d'abstinence et de prévention sont inefficaces⁴⁸. En particulier, ils croient que la plupart des programmes de prévention actuels présentent de l'information dans un format didactique, ce qui peut être ennuyeux et inefficace. De plus, ces approches ne trouvent pas d'écho chez les jeunes car l'accent sur les conséquences potentielles est vu comme une « tactique d'intimidation »⁴⁸. Ce type de programme de prévention ne reconnaît pas que les adolescents font l'usage de drogues pour le plaisir et les joies de l'intoxication, et au lieu de cela il présente l'usage de drogues comme un signe de détresse ou de mauvais jugement. Les approches souhaitables devraient se concentrer sur le contexte social et interpersonnel de la toxicomanie, ainsi que sur l'éducation et l'acquisition de compétences et de stratégies chez les adolescents afin qu'ils puissent atténuer les dommages liés à la toxicomanie⁴⁸.

Outils de dépistage et d'évaluation pour la consommation de drogues, y compris le cannabis

Pour éviter l'établissement de schémas de consommation problématique du cannabis, un dépistage précoce peut aider à déterminer les jeunes le plus à risque de dommages liés à l'usage de drogues⁵¹. Alors que nous ne connaissons pas complètement la mesure dans laquelle ces outils contribuent à une réduction de la consommation et des difficultés qui y sont associées, des données valables suggèrent que les outils de dépistage sont efficaces pour la détection de problèmes potentiels et pour guider des interventions précoces. Nous décrivons ci-dessous une gamme d'outils à cet effet, et nous partageons des données probantes sur leur validité et leur fiabilité, le cas échéant.

OUTIL	DESCRIPTION	DONNÉES ACTUELLES	ESTIMATION DU DÉLAI D'ADMINISTRATION
AADIS (échelle d'implication de l'adolescent dans l'alcool et la drogue)	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage de problèmes de consommation d'alcool et d'autres substances chez les adolescents⁵² • Une combinaison de deux outils : l'ADIS (échelle d'implication de l'adolescent dans la drogue) et l'AAIS (échelle d'implication de l'adolescent dans l'alcool)⁵² • Cela permet une différenciation entre ceux qui ne présentent pas de troubles de l'usage d'une substance et ceux qui en présentent au moins un⁵² 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune documentation ne détaille explicitement des propriétés psychométriques de cet outil 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun document ne définit explicitement cet élément

OUTIL	DESCRIPTION	DONNÉES ACTUELLES	ESTIMATION DU DÉLAI D'ADMINISTRATION
ASSIST (test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances)	<ul style="list-style-type: none"> Détection d'usage problématique de substances (y compris le cannabis) et détermination des individus requérant une intervention⁵³ Cela permet la distinction entre un usage occasionnel et problématique de substances⁵⁴ La version d'ASSIST (v3.1 ou v3.0) contient 8 questions couvrant le tabac, l'alcool, le cannabis, la cocaïne, les stimulants de type amphétamine (y compris l'ecstasy), les produits à inhaler, les sédatifs, les hallucinogènes, les opioïdes et « d'autres substances »⁵⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> On rapporte une bonne validité discriminative, pour de nombreuses substances, incluant le cannabis⁵⁴ On rapporte une sensibilité de 91 % et une spécificité de 90 %⁵⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> Environ 7 à 10 minutes pour la version papier et crayon; environ 5 minutes pour la version électronique⁵⁵
CAGE-AID (questionnaire CAGE adapté pour inclure les drogues)	<ul style="list-style-type: none"> Une version modifiée du questionnaire CAGE conçue pour détecter une consommation problématique d'alcool⁵⁷ qui permet un dépistage pour des substances⁵⁸ Contient 4 éléments⁵⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> On rapporte une bonne validité chez les patients adultes en milieu hospitalier; cependant, les données appuyant la sensibilité et la fiabilité de l'outil chez les adolescents ne sont pas adéquates⁵⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> Moins de 1 minute⁵⁸
CRAAFT (outil de dépistage de l'abus de substances chez les adolescents)	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage de la consommation d'alcool et d'autres substances chez les adolescents^{59,60} Les questions sont appropriées au niveau du développement des adolescents, particulièrement ceux qui sont dans des contextes hospitaliers⁶⁰ Contient 6 éléments⁵⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats d'une étude pilote suggèrent que cet outil offre une validité concourante prometteuse⁶⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun document ne définit explicitement cet élément
CAST (test de dépistage d'abus de cannabis)	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage d'une consommation problématique de cannabis^{61,62} Évaluation des aspects suivants de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois : usage non récréatif, troubles de la mémoire, reproches de la part de la famille ou d'amis, tentatives de cessation infructueuses, et problèmes liés à la consommation de cannabis⁶³ 	<ul style="list-style-type: none"> On rapporte que cet outil est approprié pour le dépistage de problèmes liés au cannabis chez les adolescents⁶³ 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun document ne définit explicitement cet élément

OUTIL	DESCRIPTION	DONNÉES ACTUELLES	ESTIMATION DU DÉLAI D'ADMINISTRATION
<p>CUDIT (test d'identification des troubles liés à l'usage de cannabis)</p> <p>CUDIT-R (test d'identification des troubles liés à l'usage de cannabis, révisé)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage de troubles présents liés à l'usage de cannabis selon les critères DSM-IV⁶² Différentiation entre divers niveaux de consommation de cannabis et troubles liés à l'usage du cannabis⁶⁴ Utile dans des contextes cliniques pour dépister des cas et évaluer la gravité des problèmes, ce qui permet d'émettre des diagnostics et des traitements appropriés⁶⁴ Contient 10 éléments⁶⁴ CUDIT-R est la version révisée de l'outil CUDIT qui contient 8 éléments, dont 4 éléments provenant de la version originale et 4 nouveaux⁶⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> On rapporte qu'il offre des propriétés psychométriques adéquates⁶⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun document ne définit explicitement cet élément
<p>DAST (test de dépistage d'abus de drogues)</p> <p>DAST-28</p> <p>DAST-20</p> <p>DAST-10</p> <p>DAST-A</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il permet de mesurer un usage problématique de substances⁶⁵ Il évalue l'usage de drogues dans une variété de groupes, incluant des personnes souffrant de problèmes d'alcool et de drogues, des patients psychiatriques internes et externes, et des adolescents⁶⁵ DAST contient 28 éléments⁶⁵ DAST-10 est la version condensée de l'outil DAST contenant 10 éléments⁶⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> On rapporte qu'il offre une validité apparente élevée et une bonne fiabilité⁶⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> Moins de 8 minutes⁶⁶
<p>GAIN (évaluation globale de besoins individuels)</p> <p>GAIN-I</p> <p>GAINS</p> <p>GAIN-SS</p> <p>GAIN-Q3</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dépistage de troubles psychiatriques et de troubles liés à l'usage de substances⁶⁷ Contient 8 sections principales (antécédents, usage de drogues, santé physique, comportements à risque, santé mentale, environnement, juridique, professionnel)⁶⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> On rapporte que cela offre une cohérence interne et une validité de qualité très moyenne⁶⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun document ne définit explicitement cet élément
<p>MAPI (répertoire des problèmes des adolescents liés à la marijuana)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation de la gravité d'une consommation problématique de cannabis⁶⁹ Contient 23 éléments⁶⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> On rapporte que cela offre une bonne fiabilité⁶⁹ 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun document ne définit explicitement cet élément
<p>POSIT (instrument de dépistage axé sur les problèmes pour les adolescents)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identification des problèmes requérant une évaluation en profondeur et le besoin potentiel de services pour 10 domaines fonctionnels, incluant l'abus de substances⁷⁰ Contient 139 éléments au total avec une sous-échelle de 17 éléments sur l'usage de substances⁷¹ 	<ul style="list-style-type: none"> On rapporte que cela offre une bonne validité⁷¹ On rapporte une précision de 86 %, une sensibilité de 95 % et une spécificité de 79 %⁵⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> Entre 20 et 30 minutes⁷¹
<p>SDS (échelle de sévérité de la dépendance)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mesure du degré de dépendance au cannabis⁷² Contient 5 éléments⁶² 	<ul style="list-style-type: none"> On rapporte une sensibilité de 64 % et une spécificité de 94 % chez les jeunes qui ne sont pas en contexte clinique 	<ul style="list-style-type: none"> Moins de 1 minute⁷²

Section 2 : Analyse du contexte des meilleures pratiques

Dans le cadre de ce projet, nous avons demandé à des fournisseurs de services en matière de santé mentale et de dépendances qui desservent des enfants et des adolescents de l'Ontario de partager leurs expériences et questions quant à la façon de répondre à la consommation de substances, en particulier le cannabis, chez les jeunes de moins de 25 ans. Les conclusions de ce sondage ont révélé que 18 % des agences de santé mentale et 34 % des agences de dépendances que des formations étaient en place concernant la légalisation du cannabis à des fins récréatives et ses effets anticipés sur les adolescents. En outre, 26 % des agences de santé mentale et 55 % des agences de dépendances offrent des formations sur les stratégies de réduction des méfaits de la consommation de substances[‡]. Étant donné la récente légalisation du cannabis aux fins récréatives, des fournisseurs de services en santé mentale et en dépendances avaient des questions concernant les impacts à court terme et à long terme de la consommation de cannabis sur la santé mentale; les effets du cannabis sur le cerveau et le développement cognitif; ses interactions avec les médicaments et d'autres substances; ainsi que les facteurs de risque pour la consommation de cannabis chez les adolescents.

Il existe plusieurs programmes de prévention et d'intervention traitant de l'usage de substances chez les jeunes. Des programmes qui encouragent la santé mentale des jeunes personnes peuvent réduire la prévalence de l'usage de substances³⁴ en améliorant les connaissances sur les substances et en renforçant les compétences sociocognitives afin de créer une résistance à l'usage récréatif de substances. Les programmes de formation en compétences générales enseignent des compétences de vie générales comme des compétences en prise de décision, résolution de problèmes, communication, affirmation de soi et adaptation; on a constaté que ces programmes avaient des résultats mitigés pour prévenir l'usage problématique de substances⁷³. D'un autre côté, les programmes d'influence sociale réduisent l'usage de substance en informant les individus des influences de l'usage de substances et en encourageant les compétences permettant d'y résister, tout en renforçant également la sensibilisation des adolescents aux conséquences négatives immédiates de l'usage problématique de cannabis⁷⁴. Il existe également des interventions ciblées pour des substances illicites qui incluent diverses composantes psychosociales; on a constaté que celles qui adoptaient une approche de compétence ou d'influence sociale étaient efficaces. En vue d'assurer leur efficacité, les interventions doivent néanmoins aller au-delà du simple partage d'informations ou de la diffusion d'éducation²⁸.

Dans de nombreux cas, en dépit de données probantes prometteuses appuyant leur utilisation, il n'y a pas un seul ensemble de critères convenus permettant d'identifier des programmes modèles. Même lorsqu'ils sont considérés comme étant exemplaires, il n'est pas garanti que ces programmes fonctionnent dans de multiples contextes. En outre, les recherches qui démontrent que les effets d'un programme sont durables dans le temps et à travers diverses phases du développement d'un enfant sont limitées. Un examen en profondeur de chaque programme ou intervention dépasse le cadre du présent travail. Dans cette section, nous offrons plutôt une vue d'ensemble des éléments essentiels qui semblent contribuer au succès d'un programme. Cette analyse inclut des renseignements provenant de la littérature sur les cadres communs, des compétences essentielles pour la formation des fournisseurs de services en santé mentale et en dépendances, des programmes et des approches incluant les parents, la famille, la communauté, l'école, les pairs et l'individu, ainsi que des programmes offerts à travers une plateforme en ligne.

[‡] Malheureusement, l'information concernant les sources de financement pour chaque organisme répondant n'a pas été obtenue. En outre, il ne fut pas demandé aux répondants de déterminer s'ils offraient un soutien communautaire spécialisé ou général en matière de santé mentale ou de dépendances aux jeunes en transition vers l'âge adulte. Ainsi, les conclusions partagées ici peuvent ne pas s'appliquer au secteur élargi et à la gamme de fournisseurs de services qui s'y trouvent.

Types de programme

Les programmes et les interventions peuvent être classés selon le lieu, le public ciblé et leur objectif (p. ex. écoles, familles, communauté ou pairs). La plupart des programmes efficaces requièrent une combinaison d'éléments, incluant ceux qui sont ciblés sur l'individu (p. ex. le partage de connaissances sur les drogues, le soutien au renforcement de la résistance et les compétences sociocognitives)⁷⁴. Alors qu'un examen en profondeur de chaque programme et de ses éléments particuliers dépasse le cadre du présent travail, nous offrons ici une vue d'ensemble de ce qui fonctionne, de ce qui ne fonctionne pas et de ce que nous ignorons encore au sujet de cette gamme de programmes, organisée par milieu.

Programmes scolaires

CE QUI FONCTIONNE

- Les programmes basés sur les modèles d'influence sociale⁵ qui font la promotion des éléments suivants pour réduire la consommation de cannabis chez les jeunes de 12 à 19 ans⁷⁵ :
 - adopter des modèles de référence pour l'abstinence
 - accepter de ne pas consommer de cannabis est une option
 - renforcer la confiance visant à résister à la pression des pairs quant à l'usage de substances
 - éduquer les adolescents sur les conséquences de la consommation de cannabis et les bienfaits de l'abstinence
- Des niveaux élevés d'interactivité, des exercices en petits groupes et des jeux de rôle⁷⁵
- Une personne autre qu'un enseignant (comme un clinicien en santé mentale disposant d'expérience, de formation et de connaissances spécialisées) animant les programmes⁴⁰
- Les programmes ciblant des adolescents plus âgés, allant au secondaire (de plus de 14 ans) sont généralement plus efficaces que ceux qui ciblent des élèves plus jeunes (de moins de 14 ans)⁷⁵

CE QUI NE FONCTIONNE PAS

- Se concentrer *seulement* sur les connaissances et la sensibilisation aux méfaits de l'usage de substances⁴¹
- Les formats de type cours magistral⁷⁵

CE QUE NOUS IGNORONS

- La longueur et la durée idéales d'un programme ne sont pas claires :
 - Les données probantes concernant la durée optimale d'un programme sont mitigées, certaines analyses rapportant une différence infime entre programmes courts et programmes longs, alors que d'autres rapportent une meilleure efficacité des programmes longs (c.-à-d. d'une moyenne de 16 heures par rapport à 6 heures)⁷⁵
 - Peu de données probantes existent pour montrer l'efficacité universelle des programmes scolaires de prévention de l'usage de substances en général^{76,77}
- Les politiques de tolérance zéro^{**} sont mollement imposées, elles ne traitent pas la cause fondamentale de l'usage de substances, et leur impact sur la réduction de l'usage de substances n'est pas clair⁴³

MESSAGES CLÉS

- Les programmes scolaires constituent la méthode la plus courante de prévention de l'usage de drogues chez les adolescents, du fait de la facilité de l'exécution de programme et d'accès aux jeunes⁴¹
- La plupart du temps, les enseignants animent ces programmes, ce qui limite leur succès pour les raisons suivantes :
 - Pas suffisamment de temps consacré à la formation adéquate des enseignants pour l'animation de ces programmes⁷⁵
 - Les enseignants ne sont pas considérés comme des sources d'information crédibles par les élèves⁴⁰
- Le succès du programme dépend de la formation adéquate des enseignants pour présenter le contenu de façon intéressante, interactive et non pas comme un cours magistral⁴⁰
- Les programmes scolaires n'ont le potentiel d'atteindre que des adolescents qui vont à l'école; de ce fait, ceux qui sont fréquemment absents, ceux qui ont arrêté d'aller à l'école (un groupe à risque) et ceux qui sont éduqués à domicile ne sont pas rejoints par ces programmes⁴¹

⁵ Programmes qui motivent à éviter l'usage de drogues tout en aidant à identifier des stratégies spécifiques pour y résister.

^{**} Dans certaines juridictions, un usage fréquent de cannabis par des étudiants pendant les heures d'études a entraîné une suspension de cinq jours pour tout adolescent qui va en classe sous l'influence d'une substance.

Programmes familiaux

CE QUI FONCTIONNE

- Les programmes qui mettent l'accent sur la façon dont les pratiques parentales et les schémas d'interaction familiale peuvent influencer l'usage de substances chez l'adolescent⁷⁸
- Des composantes de programme qui se concentrent sur le développement des éléments suivants^{42,79} :
 - Relations familiales positives
 - Compétences en résolution de problèmes
 - Tactiques de résistance à la pression exercée par les pairs
 - Orientation sur des objectifs futurs
 - Établissement de règles strictes contre l'usage de substances chez les mineurs
 - Amélioration de la communication entre les parents et l'enfant
 - Surveillance des activités de l'enfant ou de l'adolescent lorsqu'il n'est pas sous une supervision parentale directe
- Une formation parentale (à l'aide d'une thérapie cognitive du comportement), une formation en compétences familiales et une thérapie familiale structurée peuvent prévenir un usage illicite de substances chez de jeunes individus, tant à risque faible qu'à risque élevé⁴¹
- Des programmes qui offrent de l'information sur l'usage de substances, qui développent des règles et des paramètres pour un usage potentiel de substances et qui encouragent la surveillance et la supervision parentale pour améliorer la communication entre les parents et l'enfant⁵¹

CE QUI NE FONCTIONNE PAS

- Éduquer uniquement les parents et ne pas inclure l'adolescent dans le cadre du programme de formation⁴¹

CE QUE NOUS IGNORONS

- Des renseignements particuliers sur les domaines qui requièrent une attention supplémentaire dans des cas où des études divergentes suggèrent des résultats contradictoires

MESSAGES CLÉS

- Les programmes familiaux qui mettent l'accent sur les pratiques parentales et les schémas d'interaction familiale peuvent influencer l'usage de substances par l'adolescent⁷⁸
- Des cliniciens peuvent travailler avec des membres de la famille pour modifier et gérer les émotions, la cognition et les comportements de chaque membre de la famille afin de créer des changements positifs dans la façon dont les membres de la famille interagissent entre eux⁴²
- Pour produire des changements positifs dans le comportement d'une jeune personne, les parents doivent :
 - S'assurer de surveiller les activités de l'adolescent
 - S'engager dans une résolution constructive des problèmes entre les parents et l'enfant
 - Augmenter leur participation à la vie quotidienne de la jeune personne⁴²
- L'intégration du programme pour l'adolescent, les parents et la famille peut produire de meilleurs résultats que si les enfants et les parents sont ciblés séparément⁴²

Programmes communautaires

CE QUI FONCTIONNE
<ul style="list-style-type: none">La combinaison d'au moins deux éléments de différents types de programmes, de programmes familiaux et de programmes scolaires, par exemple, peut être plus efficace qu'un simple programme seul (Spath, Redmond, Shin et Azevedo, 2004)⁸¹Offrir des messages cohérents à l'échelle de la communauté dans différents milieux⁸²
CE QUI NE FONCTIONNE PAS
<ul style="list-style-type: none">Aucune documentation n'identifie explicitement les facteurs qui étaient inefficaces
CE QUE NOUS IGNORONS
<ul style="list-style-type: none">Les facteurs particuliers à éviter ou qui pourraient être nocifs ou préjudiciables
MESSAGES CLÉS
<ul style="list-style-type: none">La littérature sur les programmes communautaires a tendance à référer principalement le <i>lieu</i> où les programmes sont basés, pas nécessairement le <i>contenu</i> des programmes eux-mêmes⁸²Les programmes de prévention communautaires peuvent atteindre des populations dans de multiples lieux comme les écoles, les clubs, les organisations religieuses et les médias⁸²Les programmes ont tendance à être des versions de programmes mentionnés précédemment, comme des programmes familiaux ou axés sur les pairs^{79,80}

Programmes axés sur les pairs

CE QUI FONCTIONNE
<ul style="list-style-type: none">Faire participer l'adolescent aux initiatives de développement et lui permettre de présenter le programme à ses pairs⁴⁹Si les animateurs pairs semblent ne pas appuyer le cannabis, l'adolescent serait plus enclin à rejeter la substance et à s'abstenir d'en consommer⁷⁶Consulter divers adolescents pour façonner les interventions faisant appel aux pairs quant à l'usage de substances est une étape cruciale pour s'assurer de l'efficacité du programme⁸³La participation des adolescents dans le développement des programmes est associée à une amélioration de l'efficacité des programmes de prévention de la toxicomanie, car elle permet de mieux comprendre la façon dont leur vie est influencée selon la race, la classe, le genre, l'âge et l'orientation sexuelle, et en retour la façon dont cela influence les décisions de consommer ou non des substances; cela permet d'assurer que l'éducation sur les drogues est pertinente pour leurs besoins uniques⁸³L'implication de l'adolescent peut entraîner sa participation à l'exécution des programmes, ce qui a montré des résultats assez prometteurs en prévention de l'usage de drogues, particulièrement pour l'amélioration de la compréhension et le changement comportemental⁸³Des programmes de prévention de l'usage de drogues dirigés par des pairs peuvent être aussi efficaces que des programmes dirigés par des adultes, avec une formation et un soutien appropriés⁷⁵
CE QUI NE FONCTIONNE PAS
<ul style="list-style-type: none">Fournir simplement de l'information sans adaptation appropriée au public de pairs⁸³
CE QUE NOUS IGNORONS
<ul style="list-style-type: none">Aucune documentation n'identifie explicitement les facteurs qui étaient inefficaces
MESSAGES CLÉS
<ul style="list-style-type: none">Les programmes dirigés par des pairs créent un environnement confortable permettant aux adolescents de discuter de leurs expériences avec un jeune animateur formé, et ce, sans jugement⁴⁹Les pairs sont considérés comme étant plus crédibles que les adultes, car ils partagent une compréhension commune de la culture des pairs et des normes en vigueur chez les jeunes; en retour, cela aide les messages à résonner après des groupes de pairs et améliore l'efficacité⁸³

Programmes en ligne

CE QUI FONCTIONNE
<ul style="list-style-type: none">• Cibler des élèves de 13 à 14 ans pour les atteindre avant qu'ils ne soient très exposés à l'alcool et d'autres substances^{34,84,85}• Des modules en ligne, basés sur des bandes dessinées, peuvent retenir l'attention des adolescents et ils sont faciles à comprendre^{34,84}• Des programmes sur demande, en ligne, sont faciles d'accès et pratiques à utiliser⁸²
CE QUI NE FONCTIONNE PAS
<ul style="list-style-type: none">• L'inscription soutenue et l'utilisation continue du programme⁴¹
CE QUE NOUS IGNORONS
<ul style="list-style-type: none">• On a soulevé des préoccupations concernant la qualité des évaluations effectuées sur ces types de programmes⁴¹• Les données probantes suggèrent qu'un programme pair à pair par le biais de médias sociaux peut être une stratégie efficace, mais d'autres études sont requises afin d'en faire la surveillance au fil du temps⁷⁸
MESSAGES CLÉS
<ul style="list-style-type: none">• Certains programmes en ligne, gérés par des écoles, ont été efficaces pour réduire la consommation d'alcool et de cannabis chez les adolescents en Australie et au Royaume-Uni⁸⁵⁺⁺,• Les programmes en ligne sont intéressants, car ils permettent aux utilisateurs de gérer le rythme de l'intervention, d'assurer la confidentialité, d'adapter le contenu à leurs besoins, d'utiliser des multimédias séduisants et, potentiellement, de toucher davantage le public à un coût relativement faible⁴¹• Ces interventions sont généralement courtes et elles comprennent des tâches informatisées qui incluent diverses interventions adaptées et une rétroaction sur la consommation; cependant, l'adhésion à ces programmes est généralement médiocre avec une faible adoption et de piètres évaluations⁴¹

++ Un exemple d'un tel programme est celui de Climate Schools: Alcohol and Cannabis et Climate Schools Plus. Des détails sur ce programme se trouvent à l'Annexe C.

Considérations pour la conception de programmes visant des populations vulnérables

Afin de s'assurer de leur efficacité, les programmes de prévention ciblés devraient être adaptés pour tenir compte de l'équité en matière de santé et des risques particuliers aux caractéristiques de la population ou du public visé (comme l'âge, le genre et l'ethnicité)⁸⁶. Dans cette section, nous résumons la littérature qui se concentre sur l'usage du cannabis parmi quelques populations de jeunes vulnérables. À part les études sur les individus atteints du trouble du spectre autistique (TSA) ou du trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), les données probantes sont limitées ou ténues en ce qui concerne la compréhension du lien entre une population particulière identifiée ci-dessous et l'usage de cannabis y étant associé. En outre, il existe peu d'études sur les programmes ciblant ces populations particulières et, dans les cas où elles existent, les données sur l'efficacité de ces programmes ne sont pas cohérentes. Étant donné l'importance d'offrir des services à ces populations à risque, les recherches sur les considérations à prendre lorsque l'on offre des traitements pour usage de cannabis et qu'on met en œuvre des efforts de prévention doivent être prioritaires.

POPULATION	CONSIDÉRATIONS
Rurale ou éloignée	<ul style="list-style-type: none"> Les adolescents vivant dans des régions rurales sont plus enclins à consommer du cannabis, car il n'existe que peu d'autres options de divertissement⁴⁹ D'après nos recherches, il n'y a qu'un nombre restreint d'études explorant la disponibilité de ressources de prévention ou de traitement pour l'usage de cannabis en milieu rural canadien
Trouble concomitant incluant le TSA et le TDAH	<ul style="list-style-type: none"> On a constaté qu'un diagnostic de TDAH lors de la petite enfance était associé à un risque accru d'usage, de mauvais usage ou de dépendance à des substances à la période de l'adolescence et de l'âge adulte⁸⁷ Les individus qui ne reçoivent pas un traitement précoce pour le TSA ou le TDAH présentent un risque accru d'usage de substances et de dépendance Le cannabis est la substance la plus couramment utilisée chez les personnes atteintes du TDAH⁸⁰ Les taux de trouble de l'usage d'une substance sont généralement plus bas pour les échantillons de TSA, mais l'écart n'est pas statistiquement considérable d'une étude à l'autre⁸⁸ D'après nos recherches, il n'existe que peu d'études explorant la relation entre le TSA et l'usage de substances, et encore moins d'études qui ont traité des caractéristiques des individus présentant un double diagnostic de trouble de l'usage d'une substance et de TSA
Adolescent en transition/en transition vers l'âge adulte	<ul style="list-style-type: none"> Selon Statistique Canada (2013), les jeunes de 15 à 24 ans sont plus enclins à rapporter des problèmes de santé mentale et un usage ou un abus de substances que tout autre groupe d'âge; les programmes de prévention visent les populations générales à des points de transition cruciaux, comme la transition vers le collège On a constaté que les programmes visant les populations générales à des points de transition cruciaux (comme la transition au collège) produisaient des effets bénéfiques, même chez les familles et les enfants à risque élevé⁸⁹
Contextes sociaux et culturels divers (p. ex. minorités ethniques, réfugiés, nouveaux immigrants)	<ul style="list-style-type: none"> On a constaté que la probabilité de consommer du cannabis était inférieure chez les jeunes immigrants de première et de seconde génération au Canada par rapport à ceux des générations suivantes Les jeunes immigrants de seconde génération s'abstiennent de consommer du cannabis pour des raisons ancrées dans leurs croyances culturelles, des liens familiaux plus forts et un accent sur la réussite scolaire et professionnelle⁹⁰ Des parents ayant fait des études universitaires peuvent protéger les jeunes immigrants de seconde génération de l'usage de cannabis⁹¹ En Ontario, les jeunes provenant du sud, de l'est ou du sud-est de l'Asie présentent une probabilité moins élevée de consommer du cannabis que ceux qui sont blancs, noirs ou de race mixte⁹² En Ontario, les jeunes de race mixte ont une probabilité plus élevée de consommer du cannabis par rapport aux jeunes de race blanche⁹² Les jeunes nés à l'étranger sont moins enclins à consommer du cannabis que des jeunes nés au Canada⁹²

Considérations pour les populations vulnérables

En dépit de notre connaissance des liens entre les déterminants sociaux de la santé et l'usage de cannabis, les données probantes de recherche qui décortiquent ces relations chez les populations vulnérables sont faibles. La Société canadienne de pédiatrie rapporte des variations régionales dans la fréquence d'usage du cannabis au Canada, indiquant particulièrement que les provinces de l'ouest et de l'Atlantique présentent un taux d'usage du cannabis supérieur à celui des autres régions⁸. Bien qu'il existe des données probantes sur la prévalence de l'usage du cannabis dans la communauté LGBTQ+, la prise en compte de ses besoins uniques fait défaut.

On a constaté que les taux d'usage de cannabis dans les communautés autochtones étaient considérablement supérieurs à ceux de la population générale⁹³. Le cannabis est la principale substance utilisée par les jeunes des Premières Nations, 89 % des jeunes rapportent un usage fréquent⁹¹. Dans les communautés autochtones, le cannabis est utilisé principalement des deux façons suivantes⁹⁴ :

1. comme agent topique pour soulager la douleur, pour des maladies comme l'arthrite
2. lors de cérémonies pour diminuer les symptômes d'une psychose non diagnostiquée, pour des maladies comme la schizophrénie

Les Anciens de ces communautés rapportent que le cannabis n'est ni ingéré ni fumé; il est utilisé aux fins médicales décrites ci-dessus⁹⁴. Lorsque le médicament est mal utilisé, il est moins efficace. De ce fait, il est important que l'esprit de la plante de cannabis soit respecté dans la préparation et l'utilisation⁹⁴.

Au sein des communautés autochtones, le cannabis est la substance utilisée la plus répandue chez les adolescents⁹⁵, et les taux d'usage de cannabis sont quatre fois plus importants au Nunavik par rapport au sud du Québec (à 16 %) et au reste du Canada (à 14 %). Selon l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik, on a constaté une augmentation de l'usage de cannabis chez les Inuits de 15 à 19 ans de 38 % en 1992 à 78 % en 2004. La Société canadienne de pédiatrie a constaté que les adolescents autochtones étaient particulièrement à risque pour l'usage de cannabis, avec près des deux tiers des Inuits participants du Nunavik et du Québec, âgés de 15 à 19 ans, rapportant un usage au cours de la dernière année⁸. Selon une étude, dans un échantillon transversal de 340 personnes, les hommes des Premières Nations ont rapporté un usage plus important du cannabis que les femmes⁹³, ce qui rend essentielle une approche tenant compte du genre pour la compréhension et la prévention de l'usage du cannabis au sein de cette population.

Le tabagisme demeurant une préoccupation de santé publique chez les Premières Nations, les données probantes montrent qu'un usage concomitant de tabac et de cannabis augmente le risque de troubles de l'usage du cannabis ainsi que de problèmes psychosociaux⁹³. Ainsi, les stratégies de prévention au sein de cette population doivent également se concentrer sur un usage concurrent du tabac et du cannabis⁹³ et inclure des messages concernant le risque accru de dépendance au tabac lorsque l'on fume du cannabis. On doit rendre disponibles plus de programmes et de services pour la prise en charge des problèmes d'usage de substances à l'attention des jeunes autochtones, car il s'agit d'une préoccupation pour cette population⁹³.

Considérations liées au développement

Les réponses à l'usage de substances doivent être adaptées à l'étape de développement de la jeune personne. Dans cette section, nous résumons diverses stratégies basées sur des données probantes de prévention ou de réduction de l'usage de substances selon l'étape de développement^{96,97}.

Petite enfance (moins de 5 ans)

Les jeunes enfants avec des parents qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale et d'usage de substances sont parfois retirés du domicile familial, dans les cas où des soins sécuritaires et efficaces ne sont pas offerts. On a constaté que les approches de santé publique qui se concentrent sur le renforcement des comportements parentaux étaient efficaces pour améliorer les résultats, autant pour l'enfant que pour la famille⁹⁸. Le programme *ABC (Attachment and Biobehavioral Catch-up)*, par exemple, est une intervention axée sur l'attachement, pour adultes s'occupant de jeunes enfants à risque d'être exposés à de mauvais traitements et de la négligence. Il se concentre sur l'augmentation de la sensibilité et de la capacité de réconfort des parents tout en renforçant la capacité de maîtrise de soi de l'enfant⁹⁹.

Phase intermédiaire de l'enfance (de 5 à 10 ans)

Pendant cette phase, les enfants développent la capacité de penser logiquement et concrètement. Ils apprennent à coordonner des actions, développent des compétences de résolution de problèmes et comprennent la différence entre le bien et le mal. Leurs principales sources de renforcement sont les parents et les enseignants. Ils commencent à comprendre les besoins des autres et à s'y ajuster tout en essayant d'atteindre des intérêts mutuels et à former des amitiés qui tournent autour de la loyauté et de l'intimité⁹⁷. Étant donné que l'usage de substances n'est pas courant pour cette tranche d'âge, plutôt que de traiter les risques d'usage de substances, les programmes devraient se concentrer sur les compétences de base des enfants qui peuvent les aider à réussir dans un contexte scolaire et social (p. ex. des compétences sociales, la maîtrise de soi, des comportements sains, des compétences de résolution de problèmes efficaces)⁹⁷.

Début de l'adolescence (de 11 à 12 ans)

Au début de l'adolescence, le principal développement est la réévaluation de soi et l'émergence de l'identité. Au début de l'adolescence, les jeunes passent par de nombreux changements biologiques, cognitifs et psychosociaux et se concentrent sur l'adaptation à leur corps en changement et sur leurs pensées et comportements qui leurs sont propres. Les préadolescents deviennent plus concernés par les relations avec les pairs, où l'acceptation sociale est cruciale. Les programmes qui utilisent l'approche d'influence sociale s'assurent que les élèves sont conscients des pressions sociales quant à l'usage de substances et leur permettent d'être préparés à résister à l'influence des autres. L'utilisation de stratégies de norme sociale (comme la rétroaction normative) peut mener les élèves à s'engager publiquement à ne pas consommer de substances⁹⁷. Alors que le mentorat et l'éducation par des pairs ont été associés à des résultats positifs chez les jeunes adolescents, il n'est pas garanti que ces interventions puissent permettre aux adolescents de résister à l'usage de substances lié à la pression des pairs. On a constaté qu'une formation en capacité de refus était une approche inefficace; alors qu'un renforcement des compétences de base, comme la maîtrise de soi et la prise de décision positive, était bénéfique pour la prévention de l'usage de substances chez les jeunes adolescents⁹⁹. La participation parentale peut également être une stratégie efficace pour la prévention de l'usage de substances chez les jeunes adolescents. En appuyant les compétences de gestion de comportement parental et en créant de solides relations entre les parents et l'enfant, on peut réduire les problèmes de comportement et d'usage de substances au début de l'adolescence⁸⁹.

Phase intermédiaire de l'adolescence (de 13 à 14 ans)

Pour cette tranche d'âge, la tâche de développement principale est l'atteinte de l'indépendance et de l'autonomie. Les adolescents commencent à développer une meilleure compréhension des sentiments et des perspectives des autres. À travers leurs pairs, les adolescents deviennent de plus en plus conscients des bénéfices potentiels de l'usage de cannabis et moins convaincus de ses risques. La prévention de l'usage de substances est extrêmement difficile à cette étape de développement, car les adolescents ne sont généralement pas ouverts aux opinions des adultes. Comme les pairs constituent la principale source de renforcement, les meilleurs résultats en prévention de l'usage de substances sont obtenus à travers l'éducation par des pairs⁹⁷. Les élèves qui sont à risque d'usage de substances tirent le plus profit des programmes basés sur les principes de la thérapie comportementale et cognitive, pouvant enseigner aux élèves à faire face au stress et à l'anxiété. Cependant, de tels traitements peuvent être difficiles à obtenir car ils sont généralement réservés à des individus dont les besoins identifiés sont plus importants ou complexes. Bien qu'un changement comportemental soit possible au milieu de l'adolescence, cela ne semble possible que lorsque les adolescents font déjà preuve (de problèmes) d'usage de substances et d'une volonté de changer⁹⁹.

Fin de l'adolescence (de 15 à 17 ans)

Pour cette tranche d'âge, la tâche de développement principale des adolescents est d'explorer leur identité et de se comparer les uns aux autres pour réussir leur transition vers l'âge adulte. Durant cette période, les adolescents sont de plus en plus enclins à consommer des substances et de l'alcool. Les données probantes suggèrent que les programmes ciblant les élèves de la 7^e à la 10^e année sont légèrement plus efficaces que ceux qui ciblent les élèves jusqu'à la 6^e année ou ceux qui ciblent les élèves de 10^e et 12^e année⁴¹. De 15 à 17 ans, les adolescents ont tendance à tirer profit de programmes universels qui utilisent l'approche d'influence sociale en enseignant la capacité de refus. Une éducation sanitaire sur la façon dont l'usage de substances peut interférer sur les objectifs personnels est une stratégie efficace de prévention de l'usage de substances. On a constaté qu'une formation sur des compétences particulières, comme la maîtrise de soi, la résolution de problèmes et la prise de décisions, était efficace à cette phase du développement¹⁰. La participation des parents peut également aider à produire des résultats positifs, particulièrement chez les adolescents à risque⁹⁹.

Début de l'âge adulte (de 17 à 25 ans)

Pour cette tranche d'âge, la tâche de développement principale des adolescents est de développer une compréhension de leur identité et de leurs relations, de prendre de nouvelles responsabilités et de se définir eux-mêmes comme de jeunes adultes. Pendant cette phase, les jeunes font l'expérience de fréquents changements dans leur vie, tels que la transition d'une vie de famille à une autre, les fréquentations et les relations conjugales, la cohabitation avec des partenaires ou la vie indépendante, l'entrée sur le marché du travail ou les changements d'emploi, l'entrée au collège ou à l'université ou la complétion des études¹⁰. On a constaté que l'utilisation des principes de réduction des méfaits, avec du soutien visant à aider les adultes émergents à comprendre l'usage de substances, était efficace. Par exemple, The Umbrella Project utilise une approche de réduction des méfaits pour traiter les problèmes de santé mentale et d'usage de substances éprouvés par des adultes émergents au sein d'un établissement postsecondaire¹⁰⁰. Ce programme vise à former des membres au sein de l'établissement (des professeurs, conseillers, agents de sécurité ou étudiants) à la façon d'utiliser et de mettre en œuvre des mesures de réduction des méfaits concernant l'usage de substances¹⁰⁰.

Dans ce document probant, nous avons examiné les renseignements disponibles les plus récents sur l'usage médical et non médical du cannabis chez les adolescents, et mis l'accent sur ses liens avec des problèmes de santé mentale chez les jeunes de moins de 25 ans. Pour aider les professionnels travaillant avec des adolescents dans un contexte de santé mentale des enfants et des adolescents ou de dépendances, nous avons également décrit les diverses approches et divers outils de dépistage ou d'évaluation disponibles. Dans la dernière partie de ce document, nous avons effectué une analyse environnementale des meilleures pratiques fonctionnant avec les adolescents qui pourraient consommer du cannabis tout en présentant également un problème de santé mentale, de même que conclu en partageant des considérations propres à des populations particulièrement vulnérables et à des étapes de développement. Ces renseignements constituent la base d'un ensemble complémentaire de ressources prévues pour aider les travailleurs en santé mentale et en dépendances auprès des enfants et des adolescents qui offrent des services aux jeunes populations. Pour de plus amples renseignements, visiter le site excellencepourenfantsados.ca.

Glossaire

Abstinence : Renoncer à la consommation de substances (c.-à-d. pas de consommation)¹⁸.

Dépendance : Schémas d'usage intensif et compulsif de substances psychoactives et une incapacité à en faire l'arrêt, en dépit de problèmes graves sur le plan clinique dans multiples domaines de la vie de l'individu (p. ex. lorsque l'usage de substances devient physiquement dangereux; provoque des manquements à des obligations au travail, à l'école ou à la maison; ou crée des problèmes juridiques, sociaux ou interpersonnels). Le terme « dépendance » fait non seulement référence au trouble de l'usage de substances, le sujet de ce rapport, mais également à d'autres dépendances comportementales non liées à des substances, comme le jeu pathologique⁹⁶.

Usage bénéfique d'une substance : Un usage de substances dont les bienfaits l'emportent sur les méfaits (p. ex. des opioïdes, du cannabis ou d'autres médicaments sur ordonnance pris de la façon prescrite par un fournisseur de soins de santé sous une supervision médicale continue)¹⁸.

Trouble de l'usage du cannabis : Un schéma problématique d'usage de cannabis entraînant une dégradation ou une souffrance cliniquement significative, présentant au moins deux des éléments suivants au cours d'une période de 12 mois¹⁰¹ :

- Consommation de plus grandes quantités ou de plus longue durée que prévu
- Désir persistant ou efforts infructueux de réduire ou de contrôler la consommation de cannabis
- Allocation de temps importante à des activités nécessaires pour obtenir du cannabis, consommer du cannabis ou récupérer de ses effets
- Envie irrésistible, désir profond ou forte envie de consommer du cannabis
- Usage récurrent de cannabis entraînant un manquement à des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison
- Usage continu de cannabis en dépit de problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par les effets du cannabis
- Abandon ou réduction des activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes à cause de l'usage de cannabis
- Usage récurrent de cannabis dans des situations qui sont physiquement dangereuses
- Usage continu de cannabis en dépit de la connaissance de problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents qui ont probablement été causés ou exacerbés par le cannabis
- Tolérance, telle que définie soit par (1) un besoin d'augmenter considérablement l'usage de cannabis pour atteindre l'intoxication ou l'effet souhaité; ou (2) un effet considérablement diminué avec un usage continu de la même quantité de substance
- Sevrage, tel que manifesté soit par (1) le syndrome de sevrage caractéristique pour le cannabis; ou (2) le cannabis est pris pour soulager ou éviter les symptômes du sevrage.

Enfant : Une personne de moins de 11 ans (ministère des Enfants et des Services sociaux et communautaires).

Troubles concomitants: Fait référence à l'existence de diagnostics simultanés de maladie mentale et de trouble de l'usage d'une substance (*Diagnostic and Statistical Manual Fifth Edition*)¹⁰².

Remarque : Bien que les troubles concomitants puissent parfois faire référence à d'autres combinaisons de troubles présents simultanément (comme un handicap intellectuel et une maladie mentale), l'usage du terme « troubles concomitants » dans ce rapport est limité à une maladie mentale et des troubles de l'usage de substances.

Réduction des méfaits : Fait référence aux politiques, aux programmes et aux pratiques visant à réduire les conséquences néfastes pour la santé, ainsi que sur le plan social et économique, de l'usage légal ou illégal de substances psychoactives sans nécessairement réduire la toxicomanie. Les stratégies de réduction des méfaits respectent les droits des personnes à consommer des substances à leur discrétion¹⁸.

Usage du cannabis à des fins médicales : L'usage de cannabis à des fins médicales particulières, de nature thérapeutique. Il est autorisé par un professionnel de la santé qui fournit un document médical (c.-à-d. une ordonnance) pour le soulagement de symptômes associés à une variété de pathologies qui n'ont pas répondu à des traitements médicaux conventionnels. Les symptômes ou les maladies peuvent inclure¹⁰³ :

- Nausées réfractaires et vomissements sévères associés à une chimiothérapie contre le cancer
- Perte de l'appétit et de masse corporelle chez des patients atteints du cancer ou du VIH/SIDA
- Douleurs et spasmes musculaires associés à la sclérose en plaques
- Douleurs chroniques non liées au cancer (principalement, des douleurs neuropathiques)
- Douleurs réfractaires sévères associées au cancer
- Insomnie et humeur dépressive associées à des maladies chroniques (VIH/SIDA, douleurs chroniques non liées au cancer)
- Symptômes rencontrés dans des situations de soins palliatifs et de fin de vie

Usage non problématique de substances : Usage de substances présentant des impacts physiques et mentaux négligeables (appelé également « usage récréatif »)¹⁸.

Usage potentiellement dangereux de substances : Usage épisodique de substances pouvant entraîner des conséquences dangereuses pour la personne, sa famille, ses amis et sa communauté (p. ex. usage à un jeune âge, consommation excessive, conduite avec les facultés affaiblies sous l'influence de substances, modalités de consommation dangereuses)¹⁸.

Prévention : Une approche qui se concentre sur la réduction des facteurs qui augmentent le risque de développement de problèmes d'usage de substances. Ces interventions visent à retarder l'usage de substances en général ou à augmenter les facteurs de protection reliés à l'usage de substances¹⁸.

Usage problématique de substances : Fait référence à des schémas et des types d'usage qui présentent un risque plus élevé d'impacts sur la santé physique et mentale¹⁸.

Facteurs de protection : Les caractéristiques associées à une probabilité inférieure de résultats négatifs ou réduisant l'impact d'un facteur de risque. Les facteurs de protection peuvent être des événements de prévention positifs¹⁰⁴.

Facteurs de risque : Les caractéristiques sur les plans biologique, psychologique, familial, communautaire ou culturel qui précèdent des résultats négatifs ou qui sont associées à une probabilité supérieure de résultats négatifs¹⁰⁴.

Trouble de l'usage d'une substance : Un usage de substances qui est devenu une dépendance physique ou mentale caractérisée par un usage fréquent et compulsif, en dépit d'effets physiques et mentaux préjudiciables¹⁸. Cela est également caractérisé par un schéma problématique d'usage d'une substance entraînant une détérioration de la vie quotidienne ou une détresse notable illustrée par au moins deux des symptômes suivants, sur une période de 12 mois¹⁰¹ :

- Consommation d'une dose d'une substance plus importante que celle prévue au départ
- Inquiétudes quant à l'arrêt de la consommation ou l'échec systématique de contrôler l'usage
- Temps important consacré à l'usage de substances ou à l'obtention de substances
- Usage de la substance entraînant un manquement aux responsabilités et aux obligations au travail, à l'école ou à la maison
- Sensation d'être « en manque » d'une substance
- Usage continu d'une substance en dépit de problèmes de santé causés ou aggravés par cet usage
- Usage continu d'une substance en dépit de ses effets négatifs sur les relations avec d'autres personnes
- Usage répété de la substance dans une situation dangereuse (en conduisant une voiture, par exemple)
- Abandon ou diminution des activités dans la vie d'une personne en raison de la substance
- Développement d'une tolérance à la substance.
- Symptômes de sevrage après avoir arrêté de consommer

Usage de substances : L'usage d'une substance psychoactive. Cela va de l'abstinence à un usage bénéfique, à un usage non problématique, à un usage problématique, à un usage potentiellement dangereux et à un trouble de l'usage d'une substance¹⁸.

Jeune en transition vers l'âge adulte : Jeune adulte de 16 à 24 ans. Le terme « en transition vers l'âge adulte » renvoie à une réalité qui inclut les difficultés éprouvées par ces jeunes lorsqu'ils passent des services de santé mentale et de dépendances destinés aux enfants et adolescents à ceux destinés aux adultes (Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents).

Adolescent : Une personne de 12 à 18 ans.

Jeune adulte : Jeune de 19 à 24 ans qui passe de la fin de l'adolescence au début de l'âge adulte.

Populations vulnérables : Populations qui présentent des facteurs de risque particuliers et, selon les données de prévalence disponibles, sont des groupes particuliers qui, en raison de leurs expériences uniques avec la dépendance, sont considérées vulnérables : groupe de la rue (jeunes sans-abris, marginalisés, jeunes de la rue), protection de l'enfance (des jeunes qui ont expérimenté les services d'aide à l'enfance), délinquance (des jeunes qui ont été impliqués dans le système judiciaire), autochtones (jeunes des Premières Nations, Inuits, Métis), jeunes LGBTQ2+, les jeunes nouveaux arrivants et de minorités ethniques, les jeunes francophones¹⁰⁵.

Références

1. Gouvernement du Canada. 2018 (n.d.). Le cannabis crée-t-il une dépendance? Dossier de preuves sur le cannabis.
2. Gouvernement du Canada. 2018 (n.d.). Légalisation et réglementation du cannabis.
3. Gouvernement du Canada. 2018 (n.d.). Le cannabis à des fins médicales en vertu de la Loi sur le cannabis : renseignements et améliorations.
4. Gouvernement du Canada. 2018 (n.d.). Légalisation et réglementation du cannabis.
5. Centre de toxicomanie et de santé mentale. 2018 (n.d.). Cannabis.
6. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. 2018 (n.d.). Cannabis.
7. Terzic Supic,Z., Santric Milicevic,M., Sbutega,I. et Vasic,V. (2013). The importance of family relations for cannabis users: The case of Serbian adolescents. *Iranian Journal of Public Health*, 42(3), 249-260.
8. Grant,C.N. et Bélanger,R.E. (2017). Cannabis and Canada's children and youth. *Paediatrics & Child Health*, 22(2), 98-102.
9. Statistique Canada. 2018 (n.d.). Centre de statistiques sur le cannabis.
10. Boan,A., Hamilton,H.A., Adalf,E.M. et Mann,R.E. 2018 (n.d.). Le Sondage sur la consommation de drogues et la santé auprès des élèves de l'Ontario.
11. Santé arc-en-ciel Ontario. 2018 (n.d.). LGBTQ people, drug use & harm reduction.
12. Chadwick,B., Miller,M.L. et Hurd,Y.L. (2013). Cannabis Use during Adolescent Development: Susceptibility to Psychiatric Illness. *Frontiers in Psychiatry*, 4 (octobre), 1-8.
13. Castle,D.J. (2013). Cannabis and psychosis: what causes what? *F1000 medicine reports*, 5 (janvier), 1.
14. Choi,N.G., DiNitto,D.M., Marti,C.N. et Choi,B.Y. (2016). Relationship between marijuana and other illicit drug use and depression/suicidal thoughts among late middle-aged and older adults. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 577-589.
15. Trezza,V., Cuomo,V. et Vanderschuren,L.J.M.J. (2008). Cannabis and the developing brain: Insights from behavior. *European Journal of Pharmacology*, 585(2-3), 441-452.
16. Cohen,M., Solowij,N. et Carr,V. (2008). Le cannabis, les cannabinoïdes et la schizophrénie : Intégration des données probantes. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 357-368.
17. Capler,R. 2009 (n.d.). Why People Use Cannabis.
18. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. 2018 (n.d.). Directive de prévention de la toxicomanie et de réduction des méfaits, 2018.
19. Ciccone,C.D. (2017). Medical Marijuana: Just the Beginning of a Long, Strange Trip? *Physical Therapy*, 97(2), 239-248.
20. Grant,C.N. et Bélanger,R.E. 2017 (n.d.). Cannabis and Canada's children and youth. *Paediatrics & Child Health*, 98-102.
21. Ryan, Jennie; Sharts-Hopko,N. (2017). The experiences of medical marijuana patients: A scoping review of qualitative literature. *Journal of Neuroscience Nursing*, 49(3), 183-190.
22. Zuardi,A.W. (2006). History of cannabis as a medicine: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 153-157.
23. van Ours,J.C. et Williams,J. (2012). The effects of cannabis use on physical and mental health. *Journal of Health Economics*, 31(4), 564-577.
24. Kalant,H. et Porath-Waller,A.J. 2016 (n.d.). Dissiper la fumée entourant le cannabis: Usage de cannabis et de cannabinoïdes à des fins médicales.
25. Retail Marijuana Public Health Advisory Committee. 2016 (n.d.). Monitoring Health Concerns Related to Marijuana in Colorado: 2016. *Harm Reduction Journal*, 71-80.
26. Ontario Medical Association. (n.d.). Talking to Kids About Recreational Cannabis.
27. Fergusson,D.M. et Boden,J.M. (2008). Cannabis use and later life outcomes. *Addiction*, 103(6), 969-976.
28. Legleye,S., Beck,F., Khlal,M., Peretti-Watel,P. et Chau,N. (2012). The influence of socioeconomic status on cannabis use among French adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 50(4), 395-402.

29. Copeland,J., Rooke,S. et Swift,W. (2013). Changes in cannabis use among young people: Impact on mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(4), 325-329.
30. Fairman,B.J. et Anthony,J.C. (2012). Are early-onset cannabis smokers at an increased risk of depression spells? *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 54-62.
31. Degenhardt,L., Coffey,C., Romaniuk,H. et coll. (2013). The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. *Addiction*, 108(1), 124-133.
32. Cheung,J.T.W., Mann,R.E., Ialomiteanu,A. et coll. (2010). Anxiety and Mood Disorders and Cannabis Use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(2), 118-122.
33. Galvez-Buccollini,J.A., Proal,A.C., Tomaselli,V. et coll. (2012). Association between age at onset of psychosis and age at onset of cannabis use in non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*, 139(1-3), 157-160.
34. Saurel-Cubizolles,M.J., Prunet,C. et Blondel,B. (2014). Cannabis use during pregnancy in France in 2010. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(8), 971-977.
35. Gonzalez-Ortega,I., Echeburua,E., Garcia-Alocen,A., Vega,P. et Gonzalez-Pinto,A. (2016). Cognitive behavioral therapy program for cannabis use cessation in first-episode psychosis patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 372.
36. Hyshka,E. (2013). Applying a social determinants of health perspective to early adolescent cannabis use – An overview. *Drogues : éducation, prévention et politiques*, 20(2), 110-119.
37. Palali,A. et van Ours,J.C. (2017). Cannabis use and support for cannabis legalization. *Empirical Economics*, 53(4), 1747-1770.
38. Nova Scotia Health Promotion and Protection. 2008 (n.d.). Best practices for preventing substance use problems in Nova Scotia.
39. Pacek,L.R., Mauro,P.M. et Martins,S.S. (2015). Perceived risk of regular cannabis use in the United States from 2002 to 2012: Differences by sex, age, and race/ethnicity. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 232-244.
40. Chabrol,H., Ducongé,E., Casas,C., Roura,C. et Carey,K.B. (2005). Relations between cannabis use and dependence, motives for cannabis use and anxious, depressive and borderline symptomatology. *Addictive Behaviors*, 30(4), 829-840.
41. Mathias,C.W., Duffing,A.A., Charles,N.E. et coll. (2016). Aggression as a Predictor of Early Substance Use Initiation among Youth with Family Histories of Substance Use Disorders. 14(4), 230-240.
42. Gignac,M., Wilens,T.E., Biederman,J., Kwon,A., Mick,E. et Swezey,A. (2005). Assessing Cannabis Use in Adolescents and Young Adults: What Do Urine Screen and Parental Report Tell You? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(5), 742-750.
43. Budney,A.J. et Borodovsky,J.T. (2017). The potential impact of cannabis legalization on the development of cannabis use disorders. *Preventive Medicine*, 104, 31-36.
44. el Marroun,H., Tiemeier,H., Jaddoe,V.W.V. et coll. (2008). Demographic, emotional and social determinants of cannabis use in early pregnancy: The Generation R study. *Drug and Alcohol Dependence*, 98(3), 218-226.
45. Fergusson,D.M., Horwood,L.J. et Swain-Campbell,N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction (Abingdon, England)*, 97(9), 1123-1135.
46. Kohn,L., Kittel,F. et Piette,D. (2004). Peer, family integration and other determinants of cannabis use among teenagers. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 16(4), 359-370.
47. Sadava,S.W. et Forsyth,R. (1977). Turning on, turning off, and relapse: Social psychological determinants of status change in cannabis use. *Substance Use and Misuse*, 12(4), 509-528.
48. Jenkins,E.K., Slemon,A. et Haines-Saah,R.J. (2017). Developing harm reduction in the context of youth substance use: Insights from a multi-site qualitative analysis of young people's harm minimization strategies. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 1-11.
49. Mckiernan,A. et Fleming,K. 2017 (n.d.). Les perceptions des jeunes Canadiens sur le cannabis. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
50. Fischer,B., Russell,C., Sabioni,P. et coll. (2017). Canada's Lower-Risk Cannabis Use Guidelines (LRCUG) Why Lower-Risk Cannabis Use Guidelines? How were the LRCUG developed? Who are the LRCUG for? *American Journal of Public Health*, 107(8).
51. Stockings,E., Hall,W.D., Lynskey,M. et coll. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 280-296.

52. Winters,K.C., Ph,D., Botzet,A., Anderson,N., Bellehumeur,T. et Egan,B. 2001 (n.d.). Étude sur le dépistage et l'évaluation.
53. Sznitman,S.R. et Room,R. (2018). Rethinking indicators of problematic cannabis use in the era of medical cannabis legalization. *Addictive Behaviors*, 77 (juin 2017), 100-101.
54. Humeniuk,R. et Ali,R. 2006 (n.d.). Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) and pilot brief intervention: A technical report of phase II findings of the WHO ASSIST project.
55. Gouvernement d'Afrique du Sud. 2012 (n.d.). ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test).
56. Copeland,J., Frewen,A. et Elkins,K. 2009 (n.d.). Management of cannabis use disorder and related issues: A clinician's guide. National Cannabis Prevention and Information Centre.
57. Malet,L., Schwan,R., Boussiron,D., Aublet-Cuvelier,B. et Llorca,P.M. (2005). Validity of the CAGE questionnaire in hospital. *European Psychiatry*, 20(7), 484-489.
58. Alcohol & Drug Abuse Institute. (n.d.). CAGE - Adapted to Include Drugs (CAGE-AID).
59. Alcohol & Drug Abuse Institute. (n.d.). CRAFFT (CRAFFT).
60. Knight,J.R., Sherritt,L., Shrier,L.A., Kim Harris,S. et Chang,G. (2002). Validity of the 'crafft' substance abuse screening test among general adolescent clinic outpatients. *Journal of Adolescent Health*, 30(2), 97.
61. Legleye,S., Eslami,A. et Bougeard,S. (2017). Assessing the structure of the CAST (Cannabis Abuse Screening Test) in 13 European countries using multigroup analyses. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26(1).
62. Piontek,D., Kraus,L. et Klempova,D. (2008). Short scales to assess cannabis-related problems: A review of psychometric properties. *Abus de substance : traitement, prévention et politiques*, 3, 1-10.
63. Legleye, Stephane; Piontek, Daniela; Kraus, Ludwig; Morand, Elisabeth; Falissard,B. (2013). A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(S1), S16-S23.
64. Adamson,S.J., Kay-Lambkin,F.J., Baker,A.L. et coll. (2010). An improved brief measure of cannabis misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R). *Drug and Alcohol Dependence*, 110(1-2), 137-143.
65. Yudko,E., Lozhkina,O. et Fouts,A. (2007). A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(2), 189-198.
66. SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions. (n.d.). Outils de dépistage.
67. McDonell,M.G., Comtois,K.A., Voss,W.D., Morgan,A.H. et Ries,R.K. (2009). Global appraisal of individual needs short screener (gss): Psychometric properties and performance as a screening measure in adolescents. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(3), 157-160.
68. Dennis,M.L., Funk,R., Godley,S.H., Godley,M.D. et Waldron,H. (2004). Validation croisée des mesures de consommation d'alcool et de cannabis dans GAIN (évaluation globale des besoins individuels) et calendrier de retraçage (TLFB; formulaire 90) chez les adolescents dans un traitement d'abus de substance. *Addiction*, 99(s 2), 120-128.
69. Knapp,A.A., Babbin,S.F., Budney,A.J. et coll. (2018). Psychometric assessment of the marijuana adolescent problem inventory. *Addictive Behaviors*, 79 (octobre 2017), 113-119.
70. Alcohol & Drug Abuse Institute. (n.d.). Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT).
71. Kelly,S.M., O'Grady,K.E., Gryczynski,J., Mitchell,S.G., Kirk,A. et Schwartz,R.P. (2017). The concurrent validity of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) substance use/abuse subscale in adolescent patients in an urban federally qualified health center. *Substance Abuse*, 38(4), 382-388.
72. Association canadienne de santé publique. (n.d.). Outils de dépistage du cannabis.
73. Mazerolle,L., Soole,D.W. et Rombouts,S. (2008). School-Based Drug Prevention Programs: A Review of What Works. *THE AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND JOURNAL OF CRIMINOLOGY*, 41(2), 259-286.
74. Brounstein,P.J., Gardner,S.E. et Backer,T.E. 2002 (n.d.). Research to Practice: Bringing Effective Prevention to Every Community. *Prévention de l'abus de substance chez les adolescents : programmes axés sur la science pour les enfants et les adolescents*, 41-64.
75. Porath-Waller,A.J., Beasley,E. et Beirness,D.J. (2010). A Meta-Analytic Review of School-Based Prevention for Cannabis Use. *Health Education & Behavior*, 37(5), 709-723.

76. Stewart-Brown,S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and , specifically , what is the effectiveness of the health promoting schools approach ? *World Health, (mars)*, 1-26.
77. Hodder,R.K., Freund,M., Wolfenden,L. et coll. (2017). Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. *Preventive Medicine, 100*, 248-268.
78. Ryzin,M.J. Van, Roseth,C.J., Fosco,G.M., Lee,Y.-K. et Chen,I.-C. (2016). A component-centered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical Psychology Review, 45*, 72-80.
79. Sandra,K. et Emmanuel,K. (2016). Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use — A systematic literature review. *Clinical Psychology Review, 45*, 89-101.
80. Spoth,R., Redmond,C., Shin,C. et Azevedo,K. (2004). Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: School-level growth curve analyses 6 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72(3)*, 535-542.
81. Stormshak,E.A., Dishion,T.J., Light,J. et Yasui,M. (2005). Implementing family-centered interventions within the public middle school: Linking service delivery to change in student problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33(6)*, 723-733.
82. Hawkins,J.D., Catalano,R.F. et Arthur,M.W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors, 27(6)*, 951-976.
83. Valleriani,J. 2018 (n.d.). Sensible Cannabis Education A Toolkit for Educating Youth. Canadian Students for Sensible Drug Policy.
84. Passey,M.E., Sanson-Fisher,R.W., D'Este,C.A. et Stirling,J.M. (2014). Tobacco, alcohol and cannabis use during pregnancy: Clustering of risks. *Drug and Alcohol Dependence, 134(1)*, 44-50.
85. Teesson,M., Newton,N.C. et Barrett,E.L. (2012). Australian school-based prevention programs for alcohol and other drugs: A systematic review. *Drug and Alcohol Review, 31(6)*, 731-736.
86. Lenoue,S.R. et Riggs,P.D. 2016 (n.d.). Substance Abuse Prevention.
87. Kelly, Castellanos, Tomaselli et coll. (2017). NeuroImage : Clinical Distinct effects of childhood ADHD and cannabis use on brain functional architecture in young adults. *NeuroImage: Clinical, 13*, 188-200.
88. Arnevik,E.A. et Helverschou,S.B. (2016). Autism spectrum disorder and co-occurring substance use disorder - A systematic review. *Substance Abuse: Research and Treatment, 10*, 69-75.
89. Dishion,T.J., Kavanagh,K., Schneiger,A., Nelson,S. et Kaufman,N.K. (2002). Preventing Early Adolescent Substance Use:A Family-Centered Strategy for the Public Middle School. *Prevention Science, 3(3)*, 191-201.
90. Ordre des conseillers en ressources humaines agréés. 2017 (n.d.). Comment s'adapter à la légalisation du cannabis dans les milieux de travail.
91. Hamilton,H.A., Danielson,A.M., Mann,R.E. et Paglia-Boak,A. (2012). The roles of family, peer, school, and attitudinal factors in cannabis use across immigrant generations of youth. *Journal of Drug Issues, 42(1)*, 46-58.
92. Boak,A., Hamilton,H.A., Adalf,E.M. et Mann,R. 2017 (n.d.). Consommation de drogues chez les étudiants de l'Ontario de 1977 à 2017 : Conclusions détaillées du Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario (SCDSEO).
93. Spence,N., Wells,S., George,J. et Graham,K. (2014). An Examination of Marijuana Use Among a Vulnerable Population in Canada. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 1(4)*, 247-256.
94. Thunderbird Partnership Foundation. 2017 (n.d.). Legalized cannabis: The pros and cons for indigenous communities, 1-12.
95. Muckle,G., Boucher,O., Laflamme,D., Chevalier,S. et Rocheet.,L. 2007 (n.d.). Consommation d'alcool, de drogues et utilisation des jeux de hasard et d'argent chez les Inuits du Nunavik : profil épidémiologique.
96. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. 2014 (n.d.). Voies menant aux troubles liés aux substances dans l'enfance et l'adolescence.
97. Onrust,S.A., Otten,R., Lammers,J. et Smit,F. (2016). School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clinical Psychology Review, 44*, 45-59.
98. Association canadienne de santé publique. (2018). Health Canada's Consultation on the Proposed Approach to the Regulation of Cannabis.

99. Dozier, M. et Bernard, K. (2017). Attachment and Biobehavioral Catch-up: addressing the needs of infants and toddlers exposed to inadequate or problematic caregiving. *Current Opinion in Psychology*, 15, 111-117.
100. College Libraries Ontario. 2018 (n.d.). The umbrella project: A harm reduction toolkit.
101. American Psychiatric Association. 2013 (n.d.). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5^e édition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
102. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2010). Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants.
103. Gouvernement du Canada. 2016 (n.d.). Renseignements pour le consommateur - Cannabis.
104. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2018 (n.d.). Facteurs de risque et de protection.
105. Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances de l'Ontario. 2017 (n.d.). Santé mentale et lutte contre les dépendances : Réaliser la vision.
106. Thornton, L.K., Chapman, C., Leidl, D. et coll. (2018). Climate schools plus: An online, combined student and parent, universal drug prevention program. *Internet Interventions*, 12 (mars), 36-45.

ANNEXES

Annexe A : Sommaire du sondage pour les adolescents et les familles

Tableau 1.0 : Caractéristiques des répondants

ETHNICITÉ	FAMILLE (% DE RÉPONDANTS)	ADOLESCENTS (% DE RÉPONDANTS)
Blanc (européen ou Canadien, par exemple)	72	45
Autochtone (c.-à-d. Premières Nations, natif, Indien, Métis, Inuit)	2	1
Arabe	0	0
Est de l'Asie (Chinois, Coréen, Japonais, etc.)	0	1
Sud-Est de l'Asie (Vietnamien, Cambodgien, Malaysien, Laotien, etc.)	0	2
Sud de l'Asie (Indien de l'est, Pakistanais, Sri Lankais, etc.)	0	2
Ouest de l'Asie (Iranien, Afghan, etc.)	0	1
Noir (Caraïbes) (Jamaïcain, Trinidadien, etc.)	0	0
Noir (Africain) (Éthiopien, Somalien, Nigérian, etc.)	0	1
Philippin	0	1
Hispanique ou Latino-Américain	1	1
Préfère ne pas répondre	0	2
Autre : (veuillez préciser)	2	1
Plus d'une ethnicité	8	8
Vide	14	35

Localisation des répondants

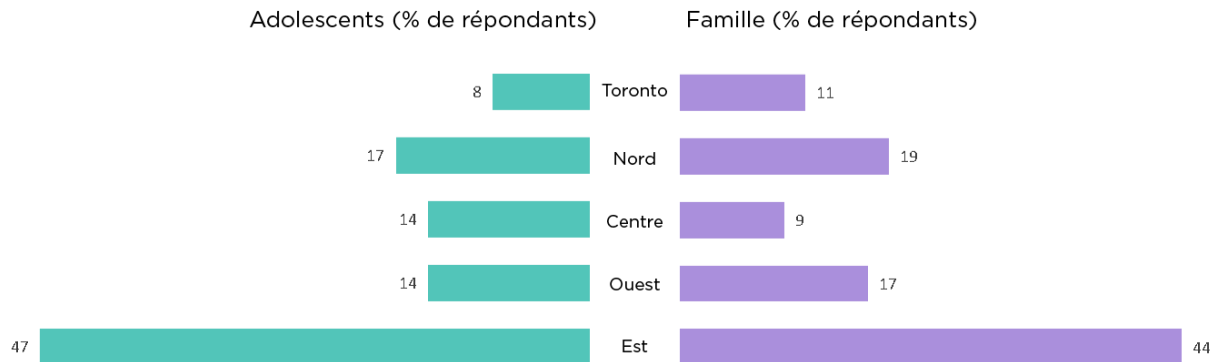


Figure 1.0 : Localisation des répondants

LOCALISATION DES RÉPONDANTS	ADOLESCENTS (% DE RÉPONDANTS)	FAMILLE (% DE RÉPONDANTS)
Toronto	8	11
Nord	17	19
Centre	14	9
Ouest	14	17
Est	47	44

Quelles informations souhaitez-vous que les fournisseurs de services partagent avec vous concernant les liens entre le cannabis et la santé mentale?

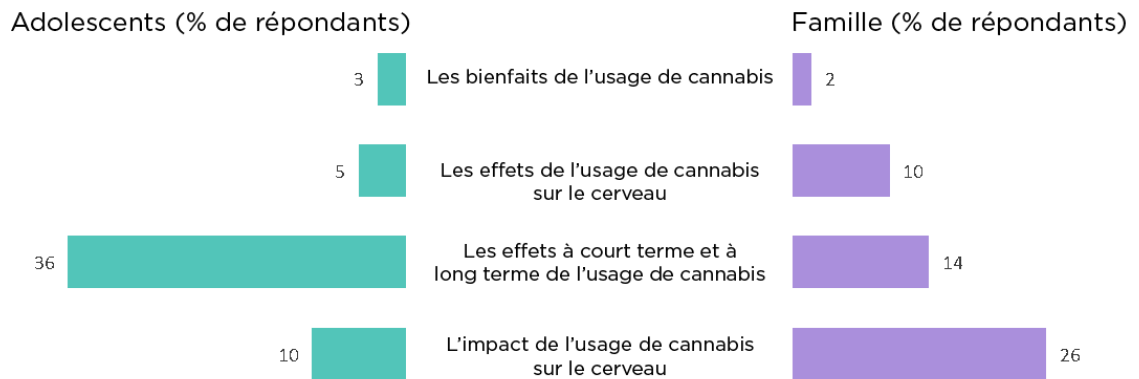


Figure 1.1 : Besoins en connaissances des fournisseurs de service sur les liens entre le cannabis et la santé mentale

Quelles informations souhaitez-vous que les fournisseurs de services partagent avec vous concernant les liens entre le cannabis et la santé mentale?

INFORMATIONS	ADOLESCENTS (% DE RÉPONDANTS)	FAMILLE (% DE RÉPONDANTS)
Les bienfaits de l'usage de cannabis	3	2
Les effets de l'usage de cannabis sur le cerveau	5	10
Les effets à court terme et à long terme de l'usage de cannabis	36	14
L'impact de l'usage de cannabis sur le cerveau	10	26

Que souhaitez-vous que les fournisseurs de services sachent sur la relation entre le cannabis et la santé mentale?

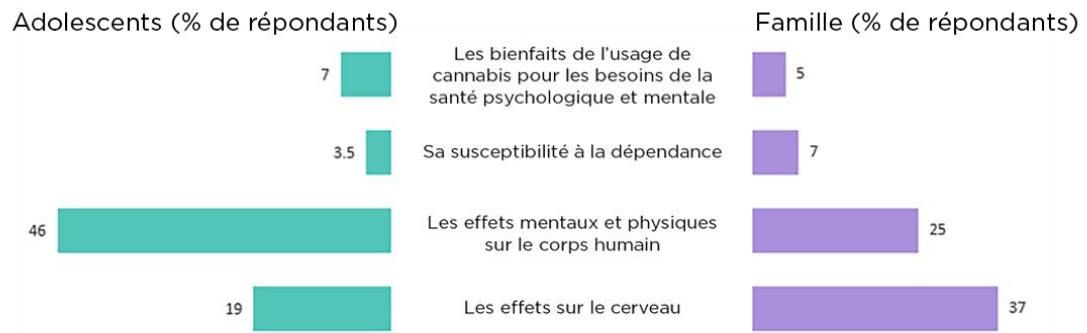


Figure 1.2 : Besoins en connaissances des fournisseurs de service sur la relation entre le cannabis et la santé mentale

Que souhaitez-vous que les fournisseurs de services sachent sur la relation entre le cannabis et la santé mentale?

RELATION	ADOLESCENTS (% DE RÉPONDANTS)	FAMILLE (% DE RÉPONDANTS)
Les bienfaits de l'usage de cannabis pour les besoins de la santé psychologique et mentale	7	5
Sa susceptibilité à la dépendance	3,5	7
Les effets mentaux et physiques sur le corps humain	46	25
Les effets sur le cerveau	19	37

Annexe B : Résultats du groupe de discussion sur les adolescents et les familles

Thème : Accès aux services

OBJECTIFS : Apprendre la façon dont les familles accèdent à des services de santé mentale ou de dépendances.

QUE FAITES-VOUS POUR OBTENIR DE L'AIDE POUR VOS BESOINS EN SANTÉ MENTALE OU EN DÉPENDANCES?	
<p>Adolescents Les adolescents pensent tout d'abord à leur médecin de famille, mais ils explorent toute une gamme de traitements provenant d'organismes communautaires, de médecins, de psychologues et de cliniques privées.</p>	<p>Familles Consultations privées et traitement basés aux États-Unis. Essentiellement, tous les traitements en établissement.</p>
QUELS TYPES DE SOUTIEN ESPÉRIEZ-VOUS OBTENIR DE CETTE RENCONTRE (P. EX. DIAGNOSTIC, RECOMMANDATION, SOUTIEN ÉMOTIONNEL, ÉDUCATION)? CELA A-T-IL ÉTÉ CONCLUANT?	
<p>Adolescents Un diagnostic précis est important et recherché. Une thérapie appropriée à l'âge et des options, en plus de la médication, pour renforcer les compétences, et ensuite le bien-être.</p>	<p>Familles Du soutien qui prend au sérieux la notion du cannabis comme substance addictive, un traitement qui intègre l'usage de substances et la santé mentale, du soutien pour la famille.</p>

Thème : Connaissances

OBJECTIFS : En apprendre davantage sur les attentes des familles en ce qui concerne la compétence des fournisseurs de services à ce sujet.

QU'ESPÉRIEZ-VOUS QUE VOTRE FOURNISSEUR DE SERVICES SACHE À PROPOS DE LA RELATION ENTRE LE CANNABIS ET LA SANTÉ MENTALE?	
<p>Adolescents L'accent devrait être mis sur l'éducation de l'adolescent plutôt que de prendre position. Explorer les raisons de l'usage.</p>	<p>Familles Que le cannabis peut être une substance addictive pour certains, une divulgation honnête de ce que nous savons et ignorons sur le cannabis et ses usages médicaux, des tactiques de non-utilisation basées sur la peur avec les adolescents, et qu'il ne faut pas attendre jusqu'à ce que l'adolescent soit âgé de 14 ou 15 ans pour en parler.</p>
QUELS RENSEIGNEMENTS SOUHAITEZ-VOUS QUE VOTRE FOURNISSEUR DE SERVICES PARTAGE AVEC VOUS?	
<p>Adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Questions essentielles : ○ Est-il dangereux d'en prendre avec d'autres médicaments? ○ Est-il dangereux de conduire sous son influence? Les limites légales? ○ Où peut-on en acheter sans crainte? ● Connaissances essentielles : ○ Être un expert sur tout de A à Z ○ Être au courant des légalités exactes 	<p>Familles Elles veulent qu'on leur dise que cette situation est principalement de l'autogestion de la santé, car lorsque les enfants atteignent un certain âge, les parents ne peuvent plus faire grand-chose (sur le plan pratique comme juridique). Partager des expériences vécues, le cas échéant, pour servir de source d'inspiration.</p>

Thème : Prestation de services

OBJECTIFS : En apprendre davantage sur les attentes des familles concernant les renseignements, l'éducation et les soins offerts par des fournisseurs de services.

À VOTRE AVIS, QUELS SONT LES PRINCIPAUX OBSTACLES, DÉFIS OU PROBLÈMES CONCERNANT LA PRESTATION DE SERVICES POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS AVEC DES PROBLÈMES D'USAGE DE SUBSTANCES OU À RISQUE D'EN PRÉSENTER?	
<p>Adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stigmatisation • Tabou culturel d'accepter la santé mentale comme légitime • Peur d'une hospitalisation (forcée) • Peur d'une bataille juridique ou de garde légale 	<p>Familles</p> <ul style="list-style-type: none"> • La barrière du consentement, le manque d'information retransmise aux parents au sujet de leur enfant ou adolescent • Naviguer dans le système et trouver de l'aide ou un gestionnaire de cas
QU'EST-CE QUI FACILITERAIT POUR VOUS L'ACCÈS À L'AIDE DONT VOUS AVEZ BESOIN CONCERNANT L'USAGE DE SUBSTANCES?	
<p>Adolescents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un fournisseur de services qui donne des options • Un atelier éducatif invitant les adolescents du quartier à en apprendre davantage sur la santé mentale et où aller pour obtenir plus de renseignements • Réduire la barrière du coût • Des aides pour que certaines personnes puissent accéder à certaines thérapies 	<p>Familles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre en compte les impacts au niveau de la famille • Que l'idée du cannabis comme substance addictive soit prise au sérieux • Une espèce de navigateur du système ou un gestionnaire de cas
À QUOI POURAIT RESSEMBLER UNE EXPÉRIENCE IDÉALE AVEC UN FOURNISSEUR DE SERVICES?	
<p>Adolescents</p> <p>Avoir quelqu'un au niveau communautaire (possiblement en ligne) qui peut parler ouvertement et franchement de la marijuana et des dépendances, et prendre le problème au sérieux.</p>	<p>Familles</p> <p>Une espèce d'évaluation immédiate et des mécanismes de prise en charge pour traiter le problème et une admission honnête de ne pas savoir comment procéder, mais de mettre la famille en contact avec quelqu'un qui peut aider, en lien avec le médecin de famille.</p>

Annexe C : Détails sur les programmes Climate Schools: Alcohol and Cannabis et Climate Schools Plus

Il s'agit d'une intervention par Internet utilisée dans des écoles et qui se fonde sur des bandes dessinées pour la prévention de l'usage d'alcool et de cannabis chez les adolescents¹⁰⁶. Son public cible est constitué d'élèves de 13 à 14 ans; on espère atteindre ces adolescents avant qu'ils soient très exposés à l'alcool et aux drogues^{34,84,85}. Le programme en ligne comprend deux ensembles de six leçons offertes à environ six mois d'écart au cours de l'année scolaire. Une étude pilote examinant l'efficacité de cette intervention a été bien reçue par les adolescents, car ils ont rapporté être capables de se souvenir de l'information enseignée dans les programmes en ligne, et constaté qu'elle était facile à comprendre. Les enseignants ont remarqué que les bandes dessinées retenaient l'attention des élèves, mais ont estimé que le module était trop long et qu'il manquait de composantes interactives. Les enseignants ont par contre indiqué que c'était un programme facile à mettre en œuvre à l'école. Les élèves ont généralement apprécié l'apprentissage à l'aide d'un module en ligne basé sur des bandes dessinées ayant retenu leur attention, lequel était facile à apprendre et à comprendre^{34,84}.

Il existe également un programme Climate Schools Plus qui cible les parents. Il s'agit d'une plateforme en ligne d'apprentissage par module pour les parents visant à leur apprendre les approches de réduction des méfaits de la consommation d'alcool et de cannabis¹⁰⁶. Le contenu provenant des leçons données aux élèves est résumé afin de produire les sommaires des leçons pour les parents. Chaque semaine, les sommaires sont envoyés par courriel aux parents, pendant que les élèves travaillent sur les leçons en classe. Offerts aux parents sous forme de webinaires, ceux-ci traitent de l'information essentielle concernant l'usage de substances chez les adolescents et soulignent les facteurs parentaux tout en mettant l'accent sur l'importance de l'établissement de règles pour prévenir l'usage de substances chez l'adolescent. Ces sommaires enseignent aux parents la prévalence, les schémas d'usage et les effets à court terme et à long terme de l'usage d'alcool et de cannabis, et ils suivent le programme d'apprentissage des élèves. Dans l'ensemble, le programme a été bien reçu par les parents, ces derniers considérant que le programme était facile à utiliser et le contenu pertinent⁸².