

Approche en soins primaires pour les problèmes de consommation de cannabis

Plein feu sur les jeunes et autres usagers à risque élevé

Suzanne D. Turner MD MBS CCFP Sheryl Spithoff MD CCFP Meldon Kahan MD MHSc FRCPC CCFP

Résumé

Objectif Étudier les caractéristiques et complications cliniques de la consommation à risque de cannabis et du trouble de consommation de cannabis, et présenter un protocole en cabinet pour le dépistage, l'identification et la prise en charge de ces problèmes.

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- L'usage de cannabis est associé à des effets néfastes, particulièrement chez les jeunes et les usagers réguliers, notamment la dépendance, le dysfonctionnement social, la psychose, le déficit cognitif, les affections cardiorespiratoires et les collisions de véhicules motorisés.
- Les médecins devraient effectuer au moins une fois chez tous les patients de leur pratique un test de dépistage de l'usage de cannabis. Les groupes qui présentent un taux supérieur de consommation et les groupes à risque élevé devraient subir un test de dépistage plus souvent, soit au moins tous les ans.
- Les médecins peuvent aider les patients qui consomment du cannabis à fixer des objectifs et leur donner des stratégies pratiques pour atteindre ces objectifs. Ils devraient aiguiller les patients dont la consommation est problématique vers des soins spécialisés, tout en veillant à ce qu'ils gardent contact avec leur généraliste. De plus, les médecins devraient donner à tous les usagers de cannabis de l'information sur la consommation à faible risque de cannabis.



Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à www.cfp.ca et cliquez sur le lien vers Mainpro.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2014;60:e423-32.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the September 2014 issue on page 801.

Sources des données Une recherche des essais contrôlés, des études d'observation et des révisions sur l'usage de cannabis par les adolescents et les jeunes adultes; les méfaits psychiatriques et médicaux liés au cannabis; le trouble de consommation de cannabis et son traitement; et les lignes directrices sur la consommation à faible risque de cannabis a été effectuée dans PubMed.

Message principal Les médecins doivent questionner tous leurs patients quant à leur usage de cannabis. Ils doivent questionner plus souvent les adolescents et jeunes adultes de même que les personnes qui présentent un risque élevé de problèmes liés au cannabis (qui ont un trouble psychiatrique ou de consommation de drogue concomitant). Les problèmes pouvant être causés par le cannabis, comme les troubles de l'humeur, la psychose et les symptômes respiratoires, devraient susciter des questions sur la consommation de cannabis. Aux patients qui rapportent un usage de cannabis, les médecins devraient poser des questions sur la fréquence et la quantité consommée, la présence de symptômes de tolérance ou de sevrage, les tentatives de réduire leur consommation et la présence de problèmes liés au cannabis. Les usagers à faible risque fument, inhalent ou ingèrent le cannabis occasionnellement sans aucun signe de dysfonctionnement scolaire, professionnel ou social; les personnes dont l'usage est problématique consomment tous les jours ou presque tous les jours, ont de la difficulté à réduire leur consommation et leur fonctionnement scolaire, professionnel et social est perturbé. Les médecins devraient offrir à tous les patients dont l'usage est problématique des conseils et un bref counseling, en insistant sur les effets du cannabis sur la santé et en visant l'abstinence (certains groupes à risque élevé devraient s'abstenir complètement de consommer du cannabis) ou la réduction de la consommation, et ils doivent fournir des stratégies pratiques de réduction de la consommation. Les techniques d'entrevue motivationnelle doivent faire partie des séances de counseling. Les médecins devraient aiguiller les patients qui sont incapables de réduire leur consommation ou qui présentent des problèmes liés à leur usage de cannabis vers des soins spécialisés, tout en veillant à ce qu'ils demeurent en contact avec leur généraliste. De plus, les médecins devraient donner à tous les usagers de cannabis de l'information sur la consommation à faible risque.

Conclusion Les médecins devraient effectuer au moins une fois chez tous leurs patients de leur pratique un test de dépistage de l'usage de cannabis, particulièrement chez les patients qui présentent des problèmes pouvant être causés par le cannabis. Les tests de dépistage doivent être plus fréquents chez les personnes à risque, soit au moins tous les ans. Il faut savoir distinguer la consommation à faible risque de l'usage problématique. Les patients dont l'usage est problématique doivent recevoir de brèves séances de counseling et ces patients doivent être aiguillés vers un spécialiste s'ils sont incapables de réduire leur consommation ou d'y mettre un terme.

L'usage de cannabis est très répandu au Canada, surtout chez les jeunes. En 2011, l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues a révélé que 21,6 % des jeunes de 15 à 24 ans avaient consommé du cannabis dans l'année écoulée, comparativement à 6,7 % des personnes de plus de 24 ans¹. Une étude menée en 2013 par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance auprès d'un groupe d'âge plus jeune (11 à 15 ans) a révélé un taux encore plus élevé de consommation parmi les jeunes Canadiens; environ 28 % avaient en effet fait usage de cannabis au moins une fois durant l'année écoulée, le taux le plus élevé dans le monde occidental². Un nombre élevé de jeunes ayant fait usage de cannabis dans l'année écoulée ont admis avoir consommé toutes les semaines ou tous les jours (22 % des hommes et 10 % des femmes)³.

Description de cas

A.N., une étudiante de 21 ans à l'université se présente à son rendez-vous pour un examen annuel. Dans le cadre de votre examen, vous lui demandez si elle consomme du cannabis. Elle répond qu'elle fume de la marijuana. Après avoir posé d'autres questions, elle révèle qu'elle fume environ 1 joint par jour durant la semaine, et au moins 2 joints par jour la fin de semaine. Elle ne fume pas la cigarette et ne boit que quelques bières par semaine. Elle ne consomme pas d'autres substances. Elle est célibataire, vit avec des amis et visite ses parents quelques fois par mois. Elle a échoué plusieurs cours cette année, mais elle a toujours été une excellente étudiante auparavant. Elle n'a pas son permis de conduire, mais elle est montée dans une voiture avec un ami qui était « high ». Elle est d'« assez bonne » humeur. Elle signale une grande anxiété et a récemment eu quelques épisodes d'anxiété insurmontable, d'essoufflement et de douleur thoracique. Elle s'est rendue à l'urgence et a reçu un diagnostic de crise de panique. Son électrocardiogramme et les résultats de ses tests de laboratoire, y compris le taux de thyroïdostimuline, étaient normaux. Vous êtes d'avis que sa consommation de cannabis est problématique et cause probablement, ou contribue à tous les moins, à certaines de ses difficultés scolaires et de ses affections médicales. Qu'allez-vous faire?

Sources des données

Une recherche des essais contrôlés, des études d'observation et des révisions sur l'usage de cannabis par les adolescents et les jeunes adultes; les problèmes psychiatriques et médicaux liés au cannabis; le trouble de consommation de cannabis et son traitement; et les lignes directrices de consommation à faible risque de cannabis a été effectuée dans PubMed.

Généralités

Cannabis est un terme générique qui désigne une variété de préparations faites à partir de la plante *Cannabis sativa*⁴. La forme la plus répandue de cannabis récréatif est la marijuana (les fleurs et feuilles séchées de *C. sativa*). Il est souvent roulé dans un « joint » et fumé, ou réchauffé avec un vaporisateur et inhalé. Un joint contient environ 0,5 à 1 g de cannabis. Le delta 9-tétrahydrocannabinol (THC) est l'ingrédient psychotrope causant les effets intoxicants des préparations de cannabis. La concentration de THC dans la marijuana varie habituellement de 5 à 15 %. Le hach et l'huile de hach, aussi dérivés de *C. sativa*, contiennent des concentrations supérieures de THC. Les termes *cannabis* et *marijuana* sont utilisés de manière interchangeable dans cet article étant donné l'omniprésence des préparations de marijuana au Canada. Dans cet article, le terme *cannabinoides* désigne les composés synthétiques analogues du THC qui sont présents dans les produits pharmaceutiques comme le dronabinol et le nabilone. D'autres produits cannabinoïdes de synthèse contenant de nombreux composés analogues au THC sont vaporisés sur des herbes inertes et vendues sous les noms de « spice » et « K2 »⁵. Ces cannabinoïdes non pharmaceutiques causent souvent un effet psychotrope très intense chez l'utilisateur. Les différentes préparations de cannabinoïdes peuvent aussi être ingérées.

Effets psychotropes. Le cannabis suscite un état euphorique léger chez la plupart des usagers. Il atténue l'anxiété, améliore l'humeur et stimule l'appétit. Il fausse le jugement, entrave la résolution des problèmes et perturbe l'apprentissage; il altère la notion du temps et aiguise les perceptions visuelles et auditives. Chez certains usagers, surtout à de fortes doses de THC, il peut causer la dysphorie et l'anxiété. Le délai de l'effet dépend de la voie d'administration, passant de quelques minutes lorsqu'il est fumé à plusieurs heures lorsqu'il est ingéré. L'effet euphorique se dissipe habituellement en 1 ou 2 heures, selon la préparation consommée^{4,6}. La fonction cognitive, en particulier la fonction exécutive, peut être perturbée pendant jusqu'à 6 heures, des effets résiduels persistant parfois jusqu'à 20 jours après la consommation⁷.

Sevrage. Les usagers de cannabis qui consomment tous les jours présentent souvent un syndrome

de sevrage prévisible, caractérisé par des symptômes d'hypersomnie ou d'insomnie, de fatigue, d'anxiété, de dépression et d'état de manque⁸. Les symptômes apparaissent habituellement environ 24 à 48 heures après la dernière consommation de cannabis, et disparaissent rapidement avec un nouvel usage. L'effet de renforcement négatif du sevrage multiplie les rechutes durant cette période.

Effets néfastes. Parmi les personnes de plus de 15 ans ayant rapporté un usage de cannabis, environ 90 % n'ont rapporté aucun problème lié à leur usage⁹. La consommation de cannabis est toutefois liée à des effets néfastes bien établis, et les usagers réguliers présentent un risque beaucoup plus élevé de les subir.

Dépendance et usage problématique : Environ 9 % des personnes qui font l'essai du cannabis développent une dépendance (comparativement à 11 % de ceux qui font l'essai de l'alcool, 15 % de ceux qui font l'essai de la cocaïne et 24 % de ceux qui font l'essai de l'héroïne)¹⁰. De plus, nombreux sont les usagers qui ne répondent pas aux critères de dépendance, mais qui présentent quand même des problèmes liés à leur usage de cannabis. L'Enquête sur les toxicomanies au Canada en 2004 a révélé que, parmi un échantillon de 1800 usagers de cannabis dans l'année écoulée, 4,9 % ont signalé que le cannabis avait causé des problèmes de santé, sociaux et juridiques dans les 3 derniers mois, alors que 6,9 % ont rapporté avoir déçu les attentes⁹.

Schizophrénie et psychose : Des études cas-témoins et de cohortes ont fait ressortir un lien entre la consommation de cannabis et l'apparition de la psychose^{11,12}. Dans une méta-analyse, le risque relatif approché de psychose chez les sujets qui avaient déjà consommé du cannabis était de 1,41 et il était de 2,09 chez les sujets dont l'usage est fréquent¹³.

Affections respiratoires et cardiaques : Quoique les études antérieures ne soient pas probantes, de nouvelles données portent à croire que la fumée de cannabis est associée à des méfaits respiratoires et cardiaques. Dans une étude de cohortes rétrospective de 40 ans menée auprès de 50 000 sujets suédois de sexe masculin, le cannabis fumé était associé à un risque 2 fois plus élevé de cancer du poumon, même après le contrôle des résultats en fonction du tabagisme et d'autres facteurs¹⁴. En outre, dans une revue systématique, le fait de fumer régulièrement le cannabis était associé à un risque de bronchite, de respiration sifflante et d'essoufflement¹⁵. Fumer le cannabis semble également précipiter l'angine et l'infarctus du myocarde à brève échéance¹⁶.

Les vaporisateurs, des dispositifs qui réchauffent la marijuana au lieu de la brûler, minimiseraient les méfaits associés au fait de fumer le cannabis. De brèves études de faible envergure ont fait ressortir une atténuation de certains symptômes respiratoires rapportés

par les patients et une baisse du monoxyde de carbone expiré¹⁷. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire d'effectuer des études prolongées sur les résultats à ce sujet¹⁸.

Effets cognitifs : La consommation de cannabis cause des difficultés d'attention, de résolution des problèmes, de jugement, de prise de décisions et d'apprentissage. Les effets aigus du cannabis sur la fonction exécutive disparaissent dans les 6 heures, quoique certaines personnes voient leur fonction exécutive affaiblie pendant jusqu'à 3 semaines d'abstinence. Cependant, le déficit cognitif pourrait être prolongé chez les personnes dont l'usage était régulier avant l'âge de 18 ans⁷.

Risques au volant : L'intoxication par le cannabis multiplie par 1,5 à 3 fois le risque de morbidité et de mortalité liées aux collisions de véhicules motorisés^{19,20}, et le risque de collision est proportionnel à la concentration sérique de THC^{4,21-23}. Bien que cette hausse du risque soit moindre que chez les conducteurs intoxiqués par l'alcool, il est quand même substantiel. Dans l'Enquête sur les toxicomanies au Canada en 2004, 4,6 % des Canadiens qui avaient fait l'essai du cannabis ont rapporté l'avoir fait avant de prendre le volant au moins une fois³, et cela est préoccupant.

Effets sur la reproduction : Durant la grossesse, l'usage de cannabis a invariablement été associé à de subtils effets néfastes sur le développement neurodéveloppemental des enfants, comme le trouble déficitaire de l'attention. L'association est plus forte lorsque le cannabis est fumé quotidiennement que lorsqu'il est fumé peu fréquemment. Même si ces études ont tenté de contrôler les facteurs de confusion connus, il est possible que des facteurs maternels ou sociaux non identifiés aient influé sur cette association²⁴⁻²⁶. Certaines études ont établi un lien entre la consommation de cannabis durant la grossesse et un taux supérieur de mort-nés; cependant, ces résultats pourraient être influencés par des taux supérieurs de consommation d'alcool et de tabac parmi les usagers de cannabis²⁷. Dans certaines études, l'exposition au cannabis a été liée à un faible poids à la naissance, à des nouveau-nés de petite taille pour leur âge gestationnel et à des accouchements prématurés; cependant, il existe une controverse selon laquelle ces résultats ne sont peut-être pas statistiquement significatifs et les facteurs de confusion possibles sont préoccupants^{28,29}. En général, les effets de la consommation de cannabis durant la grossesse sur le fœtus en développement sont grandement inconnus en raison de l'absence d'études bien conçues³⁰. Il faut conseiller les patientes enceintes et celles qui planifient être enceintes ou qui sont à risque de le devenir quant à la possibilité des effets décrits ci-dessus, en mettant l'accent sur les effets néfastes sur le développement neurodéveloppemental.

Jeunes. Les jeunes présenteraient un risque particulièrement élevé de certains types de problèmes liés au

cannabis. Cet état de fait serait lié à un système neurologique en développement qui est plus vulnérable aux effets psychotropes du cannabis. En Ontario, et au contraire d'autres substances (alcool, cocaïne, opioïdes), la personne typique qui recherche un traitement pour un problème de cannabis est un jeune de moins de 20 ans, de sexe masculin, qui fréquente l'école secondaire³¹. Dans un sondage mené auprès d'un échantillon communautaire de 2500 jeunes adultes, 30 % avaient fait usage de cannabis, et 35 % des usagers de cannabis ont rapporté au moins 1 critère de dépendance, tel que le sevrage (17 %) ou la poursuite de la consommation malgré un problème de santé (13 %)³². Chez les patients qui présentent un risque élevé de psychose, plus le patient a commencé à consommer à un jeune âge, plus les symptômes psychotiques avant-coureurs apparaissent à un jeune âge, la consommation de cannabis précédant habituellement l'apparition des symptômes³³. Les jeunes seraient plus sensibles aux effets cognitifs du cannabis; les usagers réguliers de moins de 18 ans pourraient ressentir des effets cognitifs toute leur vie⁷. Une étude de cohortes prospective menée auprès de plus de 1000 personnes a conclu que les sujets qui avaient consommé le cannabis régulièrement durant l'adolescence présentaient un déficit cognitif persistant qui ne disparaissait pas avec l'abstinence³⁴. L'effet était corrélé à l'âge précoce de l'initiation et à la dose totale de cannabis. D'autres chercheurs se sont penchés sur ces données et ont remis les résultats en question³⁵. Quoi qu'il en soit, même si le déficit n'est pas persistant, l'adolescence est une période cruciale du développement et des perturbations cognitives durant cette période auraient des conséquences substantielles pour le reste de la vie³⁶. De plus, il existe une corrélation étroite entre la consommation régulière de cannabis et le taux élevé de dysfonctionnement social, d'anxiété, de dépression et de consommation d'alcool et de drogues illicites³⁷⁻³⁹. Cette association n'est peut-être pas de cause à effet, mais elle est préoccupante.

Message principal

Appliquer le modèle de dépistage, d'intervention brève et d'aiguillage vers un traitement. Le modèle de dépistage, d'intervention brève et d'aiguillage vers un traitement est une approche factuelle bien établie de recherche de cas et d'intervention dans le domaine des troubles de consommation. Il est accompagné des données les plus solides étayant son application au traitement des troubles de consommation d'alcool; les données probantes étayant son application dans les troubles de consommation d'autres drogues s'accumulent toutefois⁴⁰. Ce modèle a été conçu précisément à titre d'approche en santé publique de recherche de cas dans des milieux autres que celui du traitement de la consommation abusive de substances. Les interventions auprès

des patients dont les résultats de dépistage sont positifs pour un trouble possible de consommation de substances doivent être de 5 à 30 minutes (comme décrit ci-dessous). Ces caractéristiques en font un modèle idéal pour les médecins de famille.

Poser à tous les patients des questions sur la consommation de cannabis. Effectuer un dépistage plus fréquent auprès des jeunes et d'autres groupes à risque de problèmes liés au cannabis. Au départ, les médecins devraient demander à tous les patients de leur pratique s'ils ont fumé de la marijuana (ou ont consommé du cannabis, peu importe la forme) dans l'année écoulée. Les questions générales comme « Avez-vous consommé des drogues de la rue? » ou « Avez-vous consommé des drogues illicites? » sont déconseillées, car de nombreux patients ne perçoivent pas le cannabis comme une drogue de la rue ni une drogue illicite. Les médecins devraient surveiller les patients qui ont signalé avoir consommé du cannabis, même si leur consommation est occasionnelle et non problématique.

Le dépistage doit être plus fréquent chez les patients qui présentent un risque accru d'effets néfastes liés au cannabis, surtout si le motif de la consultation pourrait être relié à l'usage de cannabis⁴¹. Les groupes à risque élevé sont notamment les adolescents et jeunes adultes; les patients atteints d'un trouble de l'humeur, d'anxiété ou psychotique; les patients qui font une consommation abusive d'alcool, fument la cigarette ou font un mauvais usage d'autres substances; et les patients qui ont un piètre rendement au travail ou à l'école. Il faut interroger annuellement ces patients sur leur usage de cannabis et lors des visites de routine pour ces motifs en particulier. Il faut interroger les patients qui souffrent de douleur chronique mal maîtrisée sur leur usage de cannabis aux fins d'algésie.

Poser des questions sur l'usage de cannabis aux patients dont les problèmes pourraient être causés par le cannabis. Les médecins devraient aussi poser des questions sur l'usage de cannabis aux patients dont les symptômes et affections pourraient être causés ou exacerbés par le cannabis (**Encadré 1**). La liste de l'**Encadré 1** n'est pas exhaustive, mais ces problèmes sont rencontrés en soins primaires et doivent servir de point de départ pour le dépistage d'un trouble de consommation de cannabis. Les problèmes courants causés par le cannabis sont les troubles d'anxiété, de l'humeur et psychotiques; les infections respiratoires et la toux chronique; les perturbations du sommeil, les difficultés dans les relations; et le piètre rendement professionnel ou scolaire. Nausées et vomissements sont également liés à la consommation de cannabis. L'hyperémèse cannabique découlerait de la consommation chronique de cannabis et a fait l'objet de plusieurs rapports de cas récemment⁴²⁻⁴⁴.

Encadré 1. Problèmes courants liés à l'usage de cannabis

Les problèmes courants liés à l'usage de cannabis sont les suivants :

- Dépression et anxiété
- Psychose
- Infections des voies respiratoires récidivantes
- Toux chronique
- Perturbations du sommeil
- Piètre rendement professionnel ou scolaire
- Difficultés dans les relations
- Nausées et vomissements

Faire la différence entre l'usage à faible risque et l'usage problématique de cannabis. Il faut demander aux patients qui reconnaissent avoir consommé du cannabis durant l'année écoulée quelle quantité et à quelle fréquence ils consomment. La quantité peut être exprimée en nombre de joints fumés par jour ou par semaine, ou en nombre de grammes de cannabis séché acheté par période. Cette information sera moins précise qu'elle ne l'est pour la consommation d'alcool, car la puissance du cannabis séché varie de même que la dose biologique de THC en fonction de la taille du joint et des pratiques de l'usager lorsqu'il fume. De plus, les joints sont souvent partagés.

Les patients dont l'usage est problématique fument habituellement (ou inhalent ou ingèrent) le cannabis tous les jours ou presque tous les jours. Ils se tournent vers le cannabis pour ses effets sur l'humeur (relaxation et soulagement de l'anxiété). Ils ont souvent de la difficulté à arrêter ou à réduire leur usage, car l'arrêt brutal peut causer des symptômes de sevrage ou une anxiété de rebond affligeante. Ils présentent aussi souvent un déficit marqué de leur fonctionnement psychosocial. Ainsi, l'usage problématique doit être envisagé si le patient rapporte un des problèmes suivants : consommation quotidienne ou presque quotidienne, dysfonctionnement social, piètre fonctionnement professionnel ou scolaire, tentatives répétées et infructueuses d'arrêter ou de réduire la consommation, et inquiétudes exprimées par la famille et les amis (Encadré 2).

Un questionnaire de dépistage de l'usage de cannabis, telle l'Échelle de sévérité de la dépendance peut être remis aux patients qui consomment le cannabis au moins de façon hebdomadaire afin de déterminer rapidement la sévérité de la dépendance psychologique ou physique (Encadré 3)⁴⁵. Un diagnostic formel de dépendance au cannabis, appelé *trouble de consommation de cannabis*, s'appuie sur les critères de la 5^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, et selon la sévérité des symptômes, il peut être modéré ou sévère (Encadré 4)⁴⁶.

Les médecins doivent fortement soupçonner un usage problématique chez les patients (surtout les jeunes) aux prises avec des troubles psychotiques ou de l'humeur et qui font une consommation abusive d'alcool ou d'autres substances. Ils doivent envisager le recours à un questionnaire de dépistage validé, comme le questionnaire ADOSPA (Encadré 5)⁴⁷, pour identifier un usage problématique, surtout si la pratique du médecin est fréquentée par un grand nombre d'adolescents et de jeunes adultes.

Fournir de brèves séances de counseling à tous les patients dont l'usage est problématique. De brefs conseils fournis par le médecin généraliste se sont montrés efficaces pour réduire la consommation d'alcool chez les buveurs à risque⁴⁸. La recherche préliminaire sur l'intervention brève auprès des usagers de cannabis a donné des résultats prometteurs⁴⁹. Nous recommandons donc que les médecins fournissent plusieurs séances de counseling brèves (5 à 30 minutes) à tous les patients dont l'usage de cannabis

Encadré 2. Indicateurs cliniques d'un usage problématique de cannabis

Les indicateurs cliniques d'un usage problématique de cannabis sont les suivants :

- Consommation quotidienne ou presque quotidienne
- Raison principale pour consommer du cannabis : soulagement de l'anxiété
- Tentatives infructueuses répétées de réduire la consommation ou d'y mettre un terme
- Problèmes médicaux, sociaux ou juridiques découlant de l'usage de cannabis
- Inquiétude exprimée par la famille et les amis

Encadré 3. Échelle de sévérité de la dépendance pour l'usage du cannabis : Chaque item reçoit un score sur une échelle de 4 points (0-3); le score total est la somme des scores de chaque item. Plus le score total est élevé, plus la dépendance est intense.

Demander aux patients de répondre à ces questions en ce qui a trait aux 3 derniers mois :

- Avez-vous déjà pensé que votre consommation de cannabis était hors de contrôle?
- La possibilité de manquer un joint vous rend-elle très anxieux ou inquiet?
- Votre consommation de cannabis vous inquiète-t-elle?
- Aimerez-vous pouvoir arrêter?
- Est-ce que vous trouveriez difficile d'arrêter ou de vous en passer?

D'après le National Cannabis Prevention and Information Centre⁴⁵

Encadré 4. Critères du trouble de consommation de cannabis de la 5^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* : La sévérité de la dépendance est modérée si le patient rapporte 2 ou 3 critères, et grande s'il rapporte 4 critères ou plus. Le médecin doit préciser si une dépendance physiologique (tolérance ou sevrage) est présente.

Augmentation de la **quantité**

Incapacité de contrôler

L'usage **interfère** avec le fonctionnement

Plus de **temps** consacré à la consommation

État de manque

Consommation dans des situations **dangereuses** (conduite automobile, commandes de machinerie lourde)

Usage **continu** malgré la survenue de problèmes

Problèmes interpersonnels découlant de l'usage (disputes ou batailles)

Besoin d'une plus grande quantité pour obtenir le même effet (tolérance)

Autres aspects de la vie perturbés

Symptômes de **sevrage** s'il est impossible de consommer ou consomme pour gérer le sevrage

D'après l'American Psychiatric Association⁴⁶

Encadré 5. Questionnaire ADOSPA : Chaque réponse affirmative marque 1 point; un score total de 2 ou plus indique qu'une évaluation additionnelle est nécessaire.

A—Êtes-vous déjà monté(e) dans une **auto** conduite par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e)?

D—Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous **détendre**, vous sentir mieux ou tenir le coup?

O—Avez-vous **oublié** des choses que vous avez faites quand vous aviez utilisé de l'alcool ou d'autres drogues?

S—Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes **seul(e)**?

P—Avez-vous déjà eu des **problèmes** en consommant de l'alcool ou d'autres drogues?

A—Vos **amis** ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues?

D'après Knight et collab.⁴⁷

est problématique. Les séances peuvent être incorporées aux rendez-vous ou être planifiées séparément et elles doivent inclure le partage d'information et la technique d'entrevue motivationnelle. Quoi qu'il en soit, puisque le prédicteur de résultat le plus important n'est pas le type de counseling, mais plutôt une relation thérapeutique positive, les médecins doivent

s'assurer qu'ils démontrent de l'empathie et encouragent l'auto-efficacité.

Pour commencer, le médecin devrait souligner le lien entre la consommation de cannabis et les conséquences médicales et sociales sur la vie de l'utilisateur. Chez certains patients, les conséquences pourraient être subtiles; il est donc important d'explorer les domaines comme le rendement professionnel et scolaire, l'humeur, la concentration et le sommeil.

Les médecins doivent aider les patients à se fixer des objectifs. La réduction de la consommation est un objectif raisonnable pour la plupart des usagers. Cependant, certains patients doivent viser l'abstinence, et le médecin doit les encourager fortement à le faire. Ces patients sont notamment ceux atteints d'une maladie cardiovasculaire, ceux ayant des antécédents personnels de dépendance à n'importe quelle substance, ceux ayant des antécédents personnels ou familiaux de psychose et les femmes enceintes. En outre, il faut fortement encourager les jeunes de 24 ans ou moins à s'abstenir de consommer du cannabis ou à en consommer très peu. Finalement, il est difficile pour les patients ayant une dépendance au cannabis de réduire leur usage; ces patients devraient donc aussi viser l'abstinence. Quoi qu'il en soit, les médecins doivent toujours appuyer les efforts des patients et encourager une approche de réduction des effets néfastes auprès des groupes qui ne sont pas prêts pour l'abstinence ou qui sont incapables de l'atteindre.

Certains patients ne sont pas prêts à changer ni disposés à discuter de leur usage de cannabis et à se fixer des objectifs. Les médecins doivent reconnaître cette décision et montrer leur préoccupation, tout en continuant d'appuyer le patient.

Certains patients pensent à changer, mais demeurent ambivalents (stade de la contemplation). Les médecins doivent aider les patients à explorer les pour et les contres de l'usage de cannabis. Cela aide souvent les patients à progresser au stade de la planification et de l'établissement d'objectifs.

Les médecins doivent aider les patients qui sont prêts à faire des changements et à se fixer des objectifs (stade de la planification) à élaborer des plans. Ils doivent encourager les patients à se fixer des objectifs précis en ce qui concerne la quantité et la fréquence de la consommation, ainsi qu'une échéance pour atteindre ces objectifs (**Encadré 6**). Les médecins doivent aussi encourager ce groupe de patients à consigner leur consommation de cannabis dans un calendrier ou un agenda. Ils doivent donner aux patients des stratégies pour réduire leur consommation, comme des « temps morts » entre les joints (**Encadré 7**). Aussi, les médecins doivent demander à ce groupe de patients de cerner les obstacles au changement et les déclencheurs d'une rechute et de penser à une solution pour les

Encadré 6. Exemple d'objectifs précis

Voici des exemples d'objectifs précis :

- Ce mois-ci : pas plus de 1 (0,5 g) joint par jour les fins de semaine et jusqu'à 1 joint additionnel durant une fête
- Le mois prochain : seulement 1 (0,5 g) joint par fin de semaine et jusqu'à 1 joint additionnel dans les situations sociales

éliminer (**Encadré 8**). Ils doivent conseiller les patients sur les façons de réduire au minimum les symptômes de sevrage (**Encadré 9**). L'organisme BC Partners for Mental Health and Addictions a de l'excellente documentation sur la réduction de la consommation à l'intention des patients⁵⁰. L'**Encadré 10** contient des conseils précis pour travailler avec les usagers de cannabis adolescents.

Pour les patients qui ont déjà apporté des changements (stade d'action), les médecins doivent renforcer et affirmer les succès, même s'ils n'ont pas atteint leurs objectifs. Le médecin doit continuer d'aider les patients à résoudre les problèmes posés par les obstacles et les déclencheurs. Aux rendez-vous de suivi, les médecins doivent réviser les objectifs que les patients se sont fixés,

Encadré 7. Exemple de stratégies pour réduire la consommation de cannabis

Voici des exemples de stratégies pour réduire la consommation de cannabis :

- Consigner sa consommation dans un calendrier ou un agenda
- Acheter de petites quantités
- Préparer de plus petites quantités (p. ex. rouler des joints plus petits)
- Attendre 10 minutes entre les inhalations
- Respecter un « temps mort » de 20 minutes entre les joints ou utiliser une pipe à eau (« bong ») ou un vaporisateur
- Réserver un certain nombre de jours par semaine sans consommer de cannabis
- Ne consommer le cannabis que durant la fin de semaine
- Éviter d'inhaler profondément

Encadré 8. Solutions aux obstacles et aux déclencheurs

Les exemples suivants sont des solutions fournies par les patients pour éliminer les obstacles et les déclencheurs :

- Éviter les situations et les personnes à risque élevé, du moins au début
- Trouver des façons de composer avec le stress sans avoir recours aux substances—manger, faire de l'exercice, parler à un ami qui ne consomme pas, trouver un « parrain »

Encadré 9. Réduire les symptômes de sevrage au minimum

Voici des suggestions de façons de réduire au minimum les symptômes de sevrage :

- Réduire la consommation lentement et graduellement
- Penser à l'admission dans un établissement de désintoxication dans le cas de symptômes sévères
- Envisager de réduire graduellement avec l'aide de cannabinoïdes par voie orale

Encadré 10. Conseils pour travailler avec les adolescents

Voici des conseils sur la façon de travailler de manière constructive avec les adolescents qui font usage de cannabis :

- Établir un rapport—il s'agit de l'aspect le plus important de la rencontre
- Clarifier l'aspect confidentiel de la rencontre (p. ex. « Ce qui se dit dans cette pièce reste dans cette pièce, à moins qu'il y ait un risque sérieux pour vous ou une autre jeune personne »)
- Encourager l'auto-efficacité en déclenchant les pensées, objectifs et motivation à changer de l'adolescent. Souligner ses points forts et ses réussites précédentes
- Suivre le rythme de la résistance. Ne pas sermonner ni juger. Tenter d'éliminer l'écart entre les objectifs et les valeurs de l'adolescent et les choix qu'il ou qu'elle fait
- Demander la permission d'aborder le sujet une autre fois si l'adolescent n'est pas prêt à changer

les stades du changement et les progrès. De nombreux patients apportent des changements significatifs avec quelques séances de counseling seulement.

Il est important de poursuivre la surveillance des patients qui ont réussi; les problèmes de consommation de substances sont souvent des maladies chroniques avec des périodes qui alternent entre la rechute et la rémission. Il faut encourager les patients qui ont une rechute à reprendre le traitement. Les médecins doivent insister sur le fait que les rechutes sont courantes et elles ne signifient pas que le patient sera incapable de se rétablir à long terme.

Aiguiller les patients vers des spécialistes de la toxicomanie ou autres soins spécialisés. Aiguiller tous les patients qui sont incapables de réduire leur consommation ou d'y mettre un terme, surtout ceux qui présentent déjà des effets néfastes, vers un médecin spécialiste en toxicomanie ou à d'autres soins spécialisés. Le traitement devra être plus intensif chez certains usagers de cannabis, surtout s'ils n'ont pas répondu à des conseils brefs, consomment le cannabis quotidiennement de manière abusive, présentent des

effets néfastes découlant de leur usage de cannabis, font un usage problématique d'autres substances, ou sont atteints d'un trouble psychotique, de l'humeur ou d'anxiété concomitant. Dans ces cas, il faut envisager l'aiguillage vers un spécialiste en toxicomanie. Toutefois, s'il est impossible d'accéder à un spécialiste en toxicomanie, un psychiatre ayant un intérêt en toxicomanie, les établissements de désintoxication, les conseillers en toxicomanie, les programmes Narcotiques Anonymes ou les programmes de désintoxication en résidence ou de jour peuvent tous être des sources de soins spécialisés et de soutien.

Même après l'aiguillage, les généralistes devraient maintenir une surveillance continue et jouer un rôle dans la prévention des rechutes. Lors des rendez-vous réguliers, les médecins doivent poser des questions sur l'usage de cannabis, encourager les patients à recevoir des soins spécialisés et encourager la participation aux activités professionnelles, scolaires et sociales. Les médecins doivent attirer l'attention sur les réussites et faire le lien entre les réductions de l'usage et les changements positifs sur la santé et le fonctionnement.

Fournir à tous les usagers des lignes directrices sur la consommation à plus faible risque de cannabis. À l'instar de l'alcool, le cannabis s'accompagne de risques, même pour les usagers occasionnels. En conséquence, tous les usagers devraient recevoir des conseils sur la consommation à plus faible risque de cannabis.

En 2011, Fischer et collab. ont proposé des lignes directrices sur la consommation à plus faible risque de cannabis⁵¹, lesquelles précisaient les groupes de patients qui devraient soit s'abstenir complètement de consommer du cannabis, soit en consommer rarement et en petites quantités. Les lignes directrices décrivent également des stratégies pour prévenir l'intoxication par le cannabis et réduire les dommages à long terme, de même que des stratégies pour réduire l'exposition aux produits dérivés toxiques de la fumée de cannabis. L'**Encadré 11** résume les lignes directrices concernant une consommation à plus faible risque⁵¹.

Vancouver Coastal Health⁵² produit un excellent dépliant à distribuer aux patients contenant la même information que celle qui est disponible ligne.

Résolution du cas

Vous parlez à A.N. du lien possible entre son piètre rendement scolaire, ses symptômes d'anxiété et sa consommation de cannabis. Elle admet avoir les mêmes inquiétudes. Vous lui parlez aussi des conséquences juridiques possibles de la consommation continue d'une substance illégale. A.N. a déjà tenté de réduire sa consommation, mais elle a été incapable de dormir et elle s'est sentie plus agitée. Vous la rassurez en lui disant que c'est probablement l'effet du sevrage et que ces symptômes

Encadré 11. Lignes directrices sur la consommation à plus faible risque de cannabis

Voici un résumé des lignes directrices de consommation à faible risque de cannabis :

- Retarder la première consommation de cannabis à un âge plus avancé, idéalement après 18 ans, en raison du risque de dépendance, de schizophrénie et d'autres méfaits lorsque la consommation est commencée à un jeune âge
- L'usage quotidien ou presque quotidien est lié à un risque accru de dépendance, de psychose, de déficit de la mémoire et d'apprentissage, entre autres méfaits
- Pour réduire au minimum les méfaits respiratoires, éviter de fumer le tabac; éviter d'inhaler profondément et de retenir la respiration; et penser à utiliser un vaporisateur
- Consommer le cannabis puissant avec prudence, car il accroît le risque de psychose
- Attendre au moins 4 heures après avoir fumé avant de prendre le volant, ou plus longtemps si les symptômes persistent (conduire durant un « high » accroît de 1,5 à 3 fois le risque de collision de véhicule motorisé)
- Certains groupes devraient s'abstenir complètement de consommer du cannabis : femmes enceintes, personnes atteintes d'une maladie cardiaque et celles ayant des antécédents personnels ou familiaux de psychose

D'après Fischer et collab.⁵¹

devraient disparaître avec le temps. Elle se sent prête à tenter de réduire sa consommation encore une fois. Vous lui parlez des bienfaits de l'abstinence; cependant, elle est seulement prête à réduire sa consommation pour l'instant. Pour approfondir votre alliance thérapeutique, vous reconnaissez le besoin de respecter l'objectif de réduction de la patiente. Son objectif consiste à fumer seulement la fin de semaine et le soir. Avec votre aide, elle élabore un plan qui lui permettra de réduire sa consommation graduellement au cours du mois prochain. Elle consignera sa consommation dans son agenda. Elle parlera de son plan avec ses colocataires et demandera leur soutien.

Vous examinez les lignes directrices sur la consommation à plus faible risque avec elle, y compris éviter de monter dans une voiture avec une personne intoxiquée. Vous l'encouragez à utiliser un vaporisateur afin de réduire les méfaits respiratoires. Vous examinez sa méthode de contraception. Vous proposez de la revoir dans 2 semaines.

Conclusion

L'usage de cannabis est très répandu au Canada; environ 22 % des personnes de 14 à 24 ans et 6 % des personnes de 25 ans et plus ont consommé du cannabis dans l'année écoulée. L'usage de cannabis est associé à des effets néfastes, particulièrement chez les jeunes et les usagers réguliers, notamment la dépendance, le dysfonctionnement social, la psychose, le déficit cognitif, les affections cardiorespiratoires et les collisions de véhicules motorisés.

Les médecins devraient effectuer au moins une fois chez tous les patients de leur pratique un test de dépistage de l'usage de cannabis. Les groupes qui présentent un taux supérieur de consommation et les groupes à risque élevé devraient subir un test de dépistage plus souvent, soit au moins tous les ans. Chez les patients qui font usage de cannabis, les médecins doivent savoir faire la différence entre l'usage à faible risque et l'usage problématique. Ils doivent savoir aussi identifier les patients à risque élevé qui devraient s'abstenir complètement. Les patients dont l'usage est problématique doivent tous recevoir de brèves séances de counseling, lesquelles devraient incorporer les techniques simples d'entrevue motivationnelle et de partage d'information. Les médecins doivent aider les patients à se fixer des objectifs (abstinence ou réduction de l'usage avec cibles spécifiques) et leur offrir des stratégies pratiques pour les atteindre. Les patients dont l'usage est problématique doivent être aiguillés vers des soins spécialisés, tout en veillant à ce que ces patients poursuivent leur relation avec leur généraliste. De plus, les médecins devraient donner à tous les usagers de cannabis de l'information sur la consommation à plus faible risque.

D^r Turner est médecin de famille et spécialisée en médecine de la dépendance au Département de médecine familiale et communautaire et au Service de médecine de la dépendance de l'Hôpital St. Michael's à Toronto, Ont. **D^r Spithoff** est médecin de famille et spécialisée en médecine de la dépendance au Département de médecine familiale et au Service toxicomanie de l'Hôpital Women's College à Toronto. **D^r Kahan** est directeur médical du Service de toxicomanie à l'Hôpital Women's College.

Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué à la revue et à l'interprétation de la littérature, et à la préparation du manuscrit aux fins de soumission.

Intérêts concurrents

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

Correspondance

D^r Suzanne D. Turner, St Michael's Hospital, 30 Bond St, Toronto, ON M5B 1W8; courriel : TurnerSu@smh.ca

Références

1. Santé Canada [site Web]. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et d'autres drogues. Tableaux—2011*. Ottawa, ON : Santé Canada; 2012. Accessible à : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/stat/_2011/tables-tableaux-fra.php. Réf. du 18 avril 2014.
2. Adamson P. *Le bien-être des enfants dans les pays riches. Vue d'ensemble comparatif. Bilan Innocenti 11*. Florence, Ital : Centre de recherche du Fonds des Nations Unies pour l'enfance; 2013. Accessible à : http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_fre.pdf. Réf. du 18 avril 2014.
3. Stockwell T, Sturge J, Jones W, Fischer B, Carter C. *Cannabis use in British Columbia : patterns of use, perceptions, and public opinion as assessed in the 2004 Canadian Addiction Survey*. Victoria, BC : Centre for Addictions Research of British Columbia; 2006. Accessible à : <http://carbc.ca/portals/0/propertyagent/558/files/19/carbcbulletin2.pdf>. Réf. du 18 avril 2014.
4. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet* 2009;374(9698):1383-91.
5. Castellanos D, Thornton G. Synthetic cannabinoid use: recognition and management. *J Psychiatr Pract* 2009;18(2):86-93.
6. Iversen LL. *The science of marijuana*. 2^e éd. New York, NY : Oxford University Press; 2008.
7. Crean RD, Crane NA, Mason BJ. An evidence based review of acute and long-term effects of cannabis use on executive cognitive functions. *J Addict Med* 2011;5(1):1-8.
8. Hasin DS, Keyes KM, Alderson D, Wang S, Aharonovich E, Grant BF. Cannabis withdrawal in the United States: results from NESARC. *J Clin Psychiatry* 2008;69(9):1354-63. Publication en ligne du 9 sept. 2008.
9. Begin P, Weekes J, Thomas G. *L'Enquête sur les toxicomanies au Canada : usage et abus de substances psychoactives au sein de la population canadienne*. Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2004. Accessible à : http://www.csc-ccc.gc.ca/publications/forum/e181/e181d_f.pdf. Réf. du 22 juillet 2014.

10. Budney AJ, Roffman R, Stephens RS, Walker D. Marijuana dependence and its treatment. *Addict Sci Clin Pract* 2007;4(1):4-16.
11. Hall W, Degenhardt L. Cannabis use and the risk of developing a psychotic disorder. *World Psychiatry* 2008;7(2):68-71.
12. Arsenault L, Cannon M, Wittou J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry* 2004;184:110-7.
13. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et collab. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007;370(9584):319-28.
14. Callaghan RC, Allebeck P, Sidorchuk A. Marijuana use and risk of lung cancer: a 40-year cohort study. *Cancer Causes Control* 2013;24(10):1811-20. Publication en ligne du 12 juillet 2013.
15. Tetrault JM, Crothers K, Moore BA, Mehra R, Concato J, Fiellin DA. Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: a systematic review. *Arch Intern Med* 2007;167(3):221-8.
16. Singla S, Sachdeva R, Mehta JL. Cannabinoids and atherosclerotic coronary heart disease. *Clin Cardiol* 2012;35(6):329-35. Publication en ligne du 25 janv. 2012.
17. Abrams DI, Vizoso HP, Shade SB, Jay C, Kelly ME, Benowitz NL. Vaporization as a smokeless cannabis delivery system: a pilot study. *Clin Pharmacol Ther* 2007;82(5):572-8. Publication en ligne du 11 avril 2007.
18. Van Dam NT, Earleywine M. Pulmonary function in cannabis users: support for a clinical trial of the vaporizer. *Int J Drug Policy* 2010;21(6):511-3. Publication en ligne du 6 mai 2010.
19. Gerberich SG, Sidney S, Braun BL, Tekawa IS, Tolan KK, Quesenberry CP. Marijuana use and injury events resulting in hospitalization. *Ann Epidemiol* 2003;13(4):230-7.
20. Mura P, Kintz P, Ludes B, Gaulier JM, Marquet P, Martin-Dupont S, et collab. Comparison of the prevalence of alcohol, cannabis and other drugs between 900 injured drivers and 900 control subjects: results of a French collaborative study. *Forensic Sci Int* 2003;133(1-2):79-85.
21. Drummer OH, Gerostamoulos J, Batziris H, Chu M, Caplehorn J, Robertson MD, et collab. The involvement of drugs in drivers of motor vehicles killed in Australian road traffic crashes. *Accid Anal Prev* 2004;36(2):239-48.
22. Laumon B, Gadegebeku B, Martin JL, Biecheler MB, SAM Group. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. *BMJ* 2005;331(7529):1371. Publication en ligne du 1^{er} déc. 2005. Erratum dans : *BMJ* 2006;332(7553):1298.
23. Grotenhermen F, Leson G, Berghaus G, Drummer OH, Krüger HP, Longo M, et collab. Developing limits for driving under cannabis. *Addiction* 2007;102(12):1910-7. Publication en ligne du 4 oct. 2007.
24. Wong S, Ordean A, Kahan M; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Substance use in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33(4):367-84.
25. Huizink AC, Mulder EJ. Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring. *Neurosci Biobehav Rev* 2006;30(1):24-41. Publication en ligne du 10 août 2005.
26. Goldschmidt L, Richardson GA, Willford JA, Severson SG, Day NL. School achievement in 14-year-old youths prenatally exposed to marijuana. *Neurotoxicol Teratol* 2012;34(1):161-7. Publication en ligne du 22 août 2011.
27. Saurel-Cubizolles MJ, Prunet C, Blondel B. Cannabis use during pregnancy in France in 2010. *BJOG* 2014;121(8):971-7. Publication en ligne du 24 fév. 2014.
28. Hayatbakhsh MR, Flenady VJ, Gibbons K, Kingsbury AM, Hurrion E, Mamun AA, et collab. Birth outcomes associated with cannabis use before and during pregnancy. *Pediatr Res* 2012;71(2):215-9. Publication en ligne du 21 déc. 2011.
29. Fergusson DM, Horwood LJ, Northstone K; ALSPAC Study Team. Maternal use of cannabis and pregnancy outcome. *BJOG* 2002;109(1):21-7.
30. Jaques SC, Kingsbury A, Henshcke P, Chomchai C, Clews S, Falconer J, et collab. Cannabis, the pregnant woman and her child: weeding out the myths. *J Perinatol* 2014;34(6):417-24. Publication en ligne du 23 janv. 2014.
31. Urbanoski KA, Strike CJ, Rush BR. Individuals seeking treatment for cannabis-related problems in Ontario: demographic and treatment profile. *Eur Addict Res* 2005;11(3):115-23.
32. Nocon A, Wittchen HU, Pfister H, Zimmermann P, Lieb R. Dependence symptoms in young cannabis users? A prospective epidemiological study. *J Psychiatr Res* 2006;40(5):394-403. Publication en ligne du 15 sept. 2005.
33. Dragt S, Nieman DH, Schultze-Lutter F, van der Meer F, Becker H, de Haan L, et collab. Cannabis use and age at onset of symptoms in subjects at clinical high risk for psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125(1):45-53. Publication en ligne du 29 août 2011.
34. Meier MH, Caspi A, Ambler A, Harrington H, Houts R, Keefe RSE, et collab. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2012;109(40):E2657-64. Publication en ligne du 27 août 2012.
35. Froom A. Pot smokers might not turn into dopes after all. Revisiting data casts doubts on link between heavy cannabis use and declining IQ. *Nature* 2013 Jan 14. DOI:10.1038/nature.2013.12207.
36. Brook JS, Lee JY, Brown EN, Finch SJ, Brook DW. Developmental trajectories of marijuana use from adolescence to adulthood: personality and social role outcomes. *Psychol Rep* 2011;108(2):339-57.
37. Degenhardt L, Coffey C, Romaniuk H, Swift W, Carlin JB, Hall WD, et collab. The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. *Addiction* 2013;108(1):124-33. Publication en ligne du 18 oct. 2012.

38. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction* 2002;97(9):1123-35.
39. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction* 2006;101(4):556-69.
40. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) in behavioral health-care*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2011. Accessible à : http://beta.samhsa.gov/sites/default/files/sbirtwhitepaper_0.pdf. Réf. du 29 juil. 2014.
41. Copeland J, Frewen A, Elkins K. *Management of cannabis use disorder and related issues. A clinician's guide*. Sydney, Aust: National Cannabis Prevention and Information Centre, University of South Wales; 2009.
42. Galli JA, Sawaya RA, Friedenber FK. Cannabinoid hyperemesis syndrome. *Curr Drug Abuse Rev* 2011;4(4):241-9.
43. Simonetto DA, Oxentenko AS, Herman ML, Szostek JH. Cannabinoid hyperemesis: a case series of 98 patients. *Mayo Clin Proc* 2012;87(2):114-9.
44. Cheung E, Ng C, Foote J. A hot mess. A case of hyperemesis. *Can Fam Physician* 2014;60:633-7.
45. National Cannabis Prevention and Information Centre. *Cannabis use—Severity of Dependence Scale (SDS)*. Sydney, Aust: National Cannabis Prevention and Information Centre, University of South Wales. Accessible à : <http://ncpic.org.au/static/pdfs/resources-gp/severity-of-dependence-scale.pdf>. Réf. du 17 avr. 2014.
46. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5^e éd. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
47. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156(6):607-14.
48. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Care* 2000;38(1):7-18.
49. D'Amico EJ, Miles JNV, Stern SA, Meredith LS. Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: a randomized pilot study in a primary care clinic. *J Subst Abuse Treat* 2008;35(1):53-61. Publication en ligne du 26 nov. 2007.
50. BC Partners for Mental Health and Addictions Information. *Tips for cutting back or quitting using cannabis*. Victoria, C-B : Centre for Addictions Research of BC; 2008. Accessible à : www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/images/cannabis_cuttingback.pdf. Réf. du 19 avril 2014.
51. Fischer B, Jeffries V, Hall W, Room R, Goldner E, Rehm J. Lower Risk Cannabis Use Guidelines for Canada (LRCUG): a narrative review of evidence and recommendations. *Can J Public Health* 2011;102(5):324-7.
52. Vancouver Coastal Health. *Take care with cannabis*. Vancouver, C-B : Vancouver Coastal Health, Centre for Addictions Research of BC. Accessible à : www.vch.ca/media/TakeCarewithCannabis.pdf?xprOpenPopup=1. Réf. du 19 avril 2014.

La Série sur la médecine de la dépendance est une initiative du Comité de programme sur la médecine de la dépendance du Collège des médecins de famille du Canada en collaboration avec *Le Médecin de famille canadien* dans le but de publier des articles sur des sujets liés à la toxicomanie rédigés par des médecins de famille pour des médecins de famille.
