Un guide de pratique à l'intention des professionnels
de la santé mentale en milieu scolaire :

Interventions en milieu scolaire liées à la consommation du cannabis par les élèves

School Mental Health Ontario
Santé mentale en milieu scolaire Ontario

Nous travaillons en collaboration avec les conseils scolaires de l'Ontario pour favoriser la santé mentale des élèves

Santé mentale en milieu scolaire Ontario est une équipe de soutien à la mise en œuvre provinciale. Nous aidons les conseils scolaires à améliorer la santé mentale des élèves au moyen de stratégies et de services fondés sur des données probantes.

Santé mentale en milieu scolaire Ontario offre:

- **une direction et une orientation vers les pratiques exemplaires en matière de santé mentale en milieu scolaire;**
- **un coaching de soutien à la mise en œuvre;**
- **des ressources co-créées sur mesure;**
- **une littératie en matière de santé mentale pour le personnel scolaire, les directions d'écoles et les leaders du système;**
- **de la formation pour les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire;**
- **de la sensibilisation à la santé mentale pour les parents, les tuteurs et les aidants naturels;**
- **une plateforme pour que les élèves fassent entendre leur voix et exercent leur leadership en matière de santé mentale en milieu scolaire.**

Par ces services, nous visons à améliorer la qualité et la cohérence des programmes de promotion, de prévention et d'intervention précoce dans les écoles de l'Ontario.

School Mental Health Ontario

Santé mentale en milieu scolaire Ontario

Table de matières

1 Présentation 04

2 Objectif de la présente ressource 05

3 Renseignements généraux 06
3.1 Combien de jeunes consomment du cannabis? 06
3.2 Le cannabis, de quoi s'agit-il? 08
3.3 Comment le cannabis agit-il sur le cerveau et comment pourrait-il être lié à des problèmes de santé mentale? [18] 10
3.4 Préoccupations cliniques liées à la consommation de cannabis 12
3.5 Le cannabis et d'autres substances 14
3.6 Cannabis à des fins médicales 15
3.7 Continuum de consommation de cannabis 16
3.8 Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque 17

4 Évaluation clinique et interventions 18
4.1 Harmonisation avec la CIBLE (Cliniciens et cliniciennes : intervention brève dans les écoles) 21
4.2 Facteurs essentiels de l'évaluation de la consommation de cannabis 22
4.3 L'entretien motivationnel et le modèle transthéorique 24
4.4 Brèves interventions motivationnelles 28
4.5 L'utilisation de la TCC dans les écoles pour répondre à la consommation de cannabis et à d'autres problèmes de santé mentale 32
4.6 Organisation des contingences, activités alternatives et exploration des valeurs 38

5 Sommaire et organigramme clinique 39

6 Explorer les aiguillages 41

7 Reconnaissance 42
7.1 Reconnaissance des limites des données probantes 42
7.2 Équipe de consultation des documents 42

8 Ressources principales 43

9 Références 46

Annexe A. 52
Enquête sur la prévention et l'intervention en matière de consommation de substances à l'intention des professionnels de la santé mentale en milieu scolaire – Rapport sommaire

Annexe B. 56
Fréquence de la consommation de cannabis au cours du dernier mois chez les élèves de la 7e à la 12e année en Ontario[11]

Annexe C. 60
Critères relatifs aux troubles liés à la consommation de cannabis – DSM 5

Annexe D. 62
Dépistage des symptômes de psychose[67]

Annexe E. 63
Outil d'autoréflexion pour les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire

Annexe F. 64
Le test d'identification des troubles liés à la consommation de cannabis (CUDIT) - Outil de dépistage

Annexe G. 65
Feuille de travail sur l'échelle de disposition au changement

Annexe H. 66
Fiche de conseils sur l'entretien motivationnel

Annexe I. 68
Adapter les interventions aux étapes du changement[77, 101, 102]

Annexe J. 70
Feuille de travail de la matrice décisionnelle

Annexe K. 71
Données normatives de référence spécifiques à l'année d'études et au sexe

Annexe L. 74
Exemple d'analyse fonctionnelle

Annexe M. 75
Feuille de travail du formulaire de suivi de la pensée

1

Présentation

La légalisation du cannabis récréatif pour les adultes de 19 ans et plus a suscité une plus grande discussion sur cette substance dans les écoles et dans nos communautés. Cette discussion accrue peut amener un plus grand nombre de jeunes, de parents, de tuteurs et de membres du personnel scolaire à poser des questions aux professionnels de la santé mentale en milieu scolaire et à leur parler de leur consommation de cannabis. Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire jouent un rôle essentiel en aidant le personnel scolaire, les élèves et leurs familles à comprendre les effets du cannabis (psychoéducation). Comme les jeunes sont les plus susceptibles de recevoir des services de santé mentale à l'école[1-3], les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire sont dans une position idéale pour s'engager dans des services de promotion, de prévention, de réduction des méfaits et de dépistage et d'intervention précoces liés à la santé mentale et à la consommation de substances.[4, 5]. Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire sont bien placés pour **cerner les conséquences néfastes possibles de la consommation de substances et y réagir; pour engager avec les élèves une discussion éclairée par les données probantes** sur la prise de décisions personnelles concernant la consommation de substances (notamment la façon de réduire les méfaits associés à la consommation), et d'aider les élèves à **explorer et suivre le trajet** vers un traitement plus intensif. Dans l'ensemble, le travail des professionnels de la santé mentale en milieu scolaire est un complément aux interventions scolaires globales qui adoptent une approche universelle de la consommation de substances en favorisant le bien-être, en créant des milieux accueillants et en intégrant des programmes efficaces.[6]

2

Objectif de la présente ressource

Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire font déjà participer et soutiennent les jeunes qui ont des préoccupations liées à la santé mentale et à la consommation de substances. Cette ressource a été élaborée en réponse aux besoins déterminés par les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire, afin d'avoir des stratégies plus spécifiques pour identifier et soutenir les élèves aux prises avec des problèmes de consommation.

En avril 2019, un sondage sur la prévention et l'intervention en matière de consommation de substances a été envoyé aux professionnels de la santé mentale en milieu scolaire de tous les conseils scolaires de l'Ontario (voir le rapport complet en Annexe A). Des 294 répondants, 92 % ont indiqué qu'ils utiliseraient une ressource imprimée ou en ligne liée au cannabis et à d'autres substances, et ils reconnaissaient fortement le besoin d'avoir d'une ressource, en plus d'une formation, pour fournir de l'information sur les éléments suivants :

1. Renseignements **psychoéducatifs** à jour sur la consommation de cannabis (notamment les méthodes de consommation et leurs effets).
2. **Dépistage et évaluation** de la consommation de cannabis et d'autres substances préoccupantes.
3. **Stratégies d'intervention précoce** pour aborder et prévenir les conséquences de la consommation de cannabis et d'autres substances.
4. **Voies d'accès et aiguillages** pour les élèves qui ont besoin d'un traitement plus intensif lié au cannabis et à d'autres problèmes liés à la consommation de substances.

Le **Guide de pratique à l'intention des professionnels de la santé mentale en milieu scolaire : interventions en milieu scolaire liées à la consommation du cannabis par les élèves** se concentre sur le cannabis, mais peut s'appliquer à d'autres substances. Il comprend un aperçu de la recherche spécifique sur le cannabis avec des implications pour les interventions ciblées des professionnels de la santé mentale en milieu scolaire. Chaque section présente des « Faits saillants » qui résument les points importants éclairés par des données probantes à prendre en considération dans vos discussions avec les jeunes, le personnel et les familles.

3

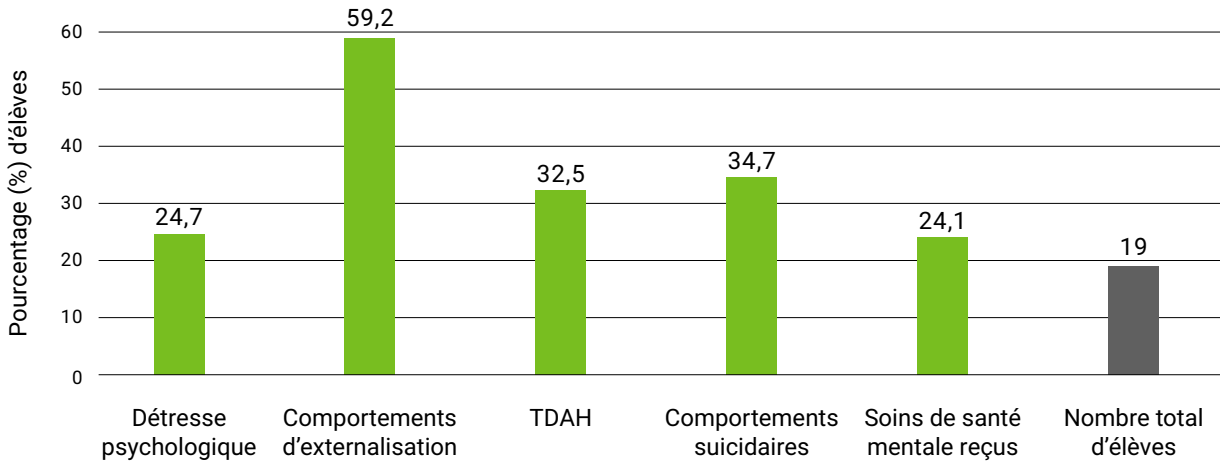
Renseignements généraux

3.1 Combien de jeunes consomment du cannabis?

Le cannabis est l'une des substances psychoactives les plus couramment utilisées [7]. Le taux de consommation chez les jeunes Canadiens est le plus élevé de tous les pays développés, [8, 9] l'augmentation récente ayant débuté avant la légalisation nationale[10]. En 2017, 19 % des élèves de la 7e à la 12e année en Ontario avaient déclaré avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année (les élèves plus âgés ont déclaré en avoir consommé davantage)[11]. Au cours des dernières années, il y a eu une réduction des risques perçus associés à la consommation de cannabis (à l'occasion et régulièrement) et une augmentation de l'acceptabilité sociale perçue de la consommation du cannabis[12-15]. Ce changement d'attitude à l'égard du cannabis peut influer sur les décisions des jeunes quant à leur consommation, ainsi que sur leur capacité de reconnaître quand ils doivent demander de l'aide.

Les jeunes peuvent ne pas être conscients de la relation entre leur santé mentale et leur consommation de cannabis. En général, les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale sont **deux fois** plus susceptibles d'avoir des problèmes de consommation de substances que les personnes qui n'en ont pas[16]. Cette cooccurrence de problèmes de consommation de drogues et de santé mentale est plus élevée chez les adolescents plus âgés[16]. Les adultes atteints d'un trouble de santé mentale sont presque 10 fois plus susceptibles de consommer du cannabis au moins une fois par semaine que ceux qui n'en souffrent pas[17]. C'est également le cas chez les jeunes de l'Ontario. Les élèves qui font état d'une consommation plus élevée de cannabis en Ontario signalent également les symptômes suivants : détresse psychologique, des comportements extériorisants (c.-à-d., des comportements antisociaux comme le vol, les bagarres, les fugues, le vandalisme, etc.), le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), des pensées ou des tentatives suicidaires, et qui ont bénéficié de l'appui de services en santé mentale au cours de la dernière année (voir l'illustration 1)[11]. De plus, les élèves qui signalent des problèmes de santé mentale consomment également du cannabis plus fréquemment que ceux qui ne présentent pas de symptômes (voir l'Annexe B pour des précisions sur les mesures et la fréquence de la consommation). Comme le cannabis peut agir sur le développement et le pronostic de divers problèmes de santé mentale, la consommation de cannabis est devenue une cible pour la prévention et le traitement des patients souffrant de problèmes de santé mentale. Les données de l'Ontario renforcent l'importance de se concentrer simultanément sur la santé mentale et la consommation de cannabis.

Illustration 1. Pourcentage d'élèves de l'Ontario de la 7e à la 12e année déclarant avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année en général et dans les sous-groupes d'élèves présentant des symptômes de santé mentale. Les données proviennent de l'Enquête sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario de 2017. (OSDUHS)[11].



Ce graphique montre que 19 % des élèves de la 7e à la 12e année déclarent avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année. Chez les élèves présentant des niveaux élevés de symptomatologie en santé mentale, la consommation au cours de la dernière année est plus élevée. Par exemple, 59,2 % des élèves qui ont signalé des niveaux élevés de comportements extériorisants ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année.

3.1 Points saillants

- La consommation de cannabis est courante chez les jeunes, **environ un jeune sur cinq** a déclaré en avoir consommé au cours de la dernière année.
- Les jeunes ayant des problèmes de santé mentale sont **plus susceptibles de consommer** du cannabis et **d'en consommer fréquemment.**
- Le fait que la consommation de cannabis et les problèmes de santé mentale soient concomitants fait valoir la nécessité d'adresser ces problèmes en même temps.

3.2 Le cannabis, de quoi s'agit-il? [18, 19]

Le cannabis est une plante composée de plus de 500 composés différents dont un groupe de produits chimiques appelés cannabinoïdes[20]. Les cannabinoïdes agissent sur le système **endocannabinoïde naturel de notre corps** , ce qui entraîne une vaste gamme d'effets physiques et psychologiques[21]. **Δ-9-tétrahydrocannabinol (THC)** et **le Cannabidiol** (CBD) sont les plus couramment étudiés à l'heure actuelle et dont on pense qu'ils ont des effets psychologiques[20]. Contrairement au THC, le CBD ne fait pas ressentir d'extase ou ne produit pas une intoxication.

Le « cannabis » est un terme général qui désigne un grand nombre de variétés ou d'espèces différentes. Ces variétés de cannabis (communément appelées « souches ») ont été historiquement divisées en trois grandes catégories : sativas (considérées comme « énergisantes »), indicas (considérées comme « calmantes ») et hybrides[22]. Toutefois, étant donné la façon dont les souches de cannabis ont été croisées, on comprend maintenant que cette distinction est probablement inexacte, malgré l'acceptation de cette catégorisation par de nombreuses personnes qui consomment du cannabis. De plus, ces souches de cannabis n'ont souvent pas d'effets universellement cohérents, et les effets de souches particulières de cannabis semblent être très spécifiques à chaque personne[23, 24].

La classification du cannabis devient de plus en plus complexe et raffinée pour pouvoir saisir les nombreuses combinaisons de cannabinoïdes et les ingrédients qui peuvent se trouver dans le cannabis (c'est-à-dire plus de 500 composés dans diverses combinaisons qui ne sont pas uniformes pour tous les produits). Au fur et à mesure que nous en savons plus sur le cannabis, les élèves peuvent parler des différents ***terpènes*** (c'est-à-dire les huiles végétales volatiles qui donnent au cannabis son odeur) et des ***flavonoïdes*** (c'est-à-dire les composés qui affectent son goût) et des diverses souches ou marques qui sont censées influencer l'effet du produit. Dans la recherche, cette classification complexe du cannabis est appelée « cartographie chimiovare »[25], mais cette recherche n'en est qu'à ses débuts et il y a peu de preuves que les chimiovaires, les terpènes ou les flavonoïdes ont un impact sur les effets du cannabis.

La plupart des recherches préexistantes sur les effets du cannabis chez les jeunes – tant dans la population générale que dans les populations cliniques – portent uniquement sur le THC et la CBD et ne portent pas sur les autres ingrédients. Habituellement, nous mesurons la consommation de cannabis en posant des questions sur **toute** consommation de cannabis ou de marijuana, et non sur leur composition. Par conséquent, les recherches préexistantes sur l'usage non médicinal (récréatif) du cannabis évaluent couramment le produit moyen du cannabis récréatif qui a typiquement un THC élevé et faible en CBD.

Le cannabis peut être utilisé de différentes manières, notamment[11, 19, 26] les suivantes :

- On peut le fumer comme une cigarette, qu'on appelle « joint », « spliff » ou « blunt ». DEVRAIT ÊTRE LIBELLÉ COMME SUIT : On peut le fumer comme une cigarette, qu'on appelle « joint » (roulé dans du papier enveloppe légèrement translucide) ou « blunt » (roulé dans du papier enveloppe pour tabac).
- Fumé ou vaporisé (appelé vapotage) à travers une pipe, un bang ou une e-cigarette.
- Mélangé à une boisson ou à un aliment, comme le thé, les brownies, les gommes à mâcher et les bonbons (c.-à-d., les aliments comestibles).
- Consommé sous forme de teinture (extrait à base d'alcool) à part entière ou ajouté aux aliments ou aux boissons.
- Chauffé et inhalé (appelé tamponnage) sous forme d'huile, de cire ou d'éclats de résine de cannabis ou de haschisch. Ces résines peuvent contenir jusqu'à 80 % de THC.
- Il existe aussi des cannabinoïdes synthétiques (souvent appelés K2 ou épices). Ces produits sont fabriqués en laboratoire et n'ont aucun rapport avec les composés de la plante de cannabis.

Termes que les jeunes peuvent utiliser pour parler du cannabis

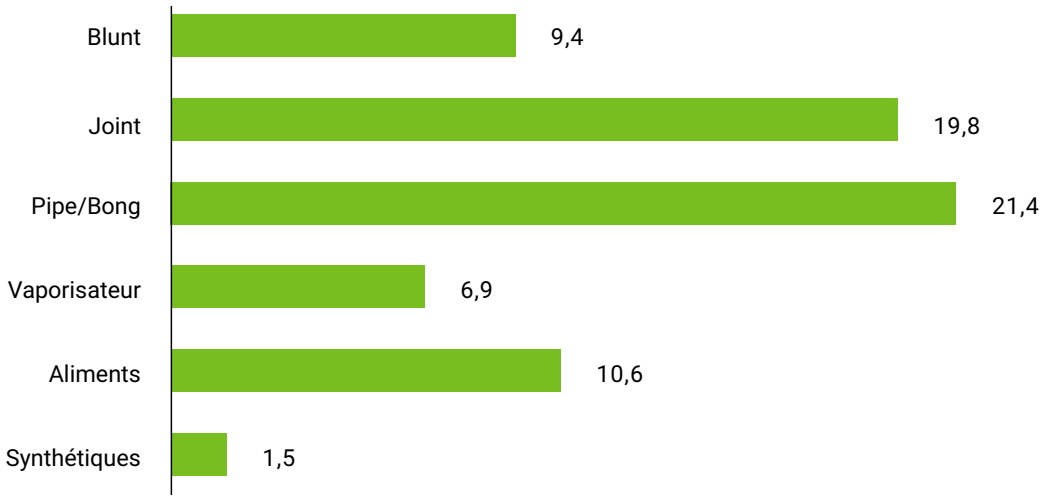
Marijuana, marron, dope, TH, hash, drogue, ganja, foin, billot, haschisch, herbe, joint, bat, marie-jeanne, mari, pot, reefer, sinsemilla, skunk, smoke, pétard, weed.

Comment avoir l' « extase » en consommant du cannabis?

On pense que la composante THC du cannabis est responsable de l' « extase », et les produits à THC élevé sont considérés comme plus puissants. À court terme, le THC donne aux gens la sensation d' « extase », c.-à-d. qu'ils ressentent des choses comme :

- Sens altérés et amplifiés
- Modification du sens du temps
- Changements d'humeur
- Déficiences dans les mouvements et la coordination du corps
- Difficulté à penser et à résoudre les problèmes
- Troubles de la mémoire
- Hallucinations, délires et psychoses (à fortes doses)

Illustration 2. **Pourcentage des élèves de la 9e à la 12e année en Ontario qui affirment utiliser différentes méthodes de consommation de cannabis (SCDSEO, 2017)**



Différentes façons d'utiliser le cannabis produisent différentes façons de ressentir l' « extase ». Le moment et l'intensité de ces effets intoxicants dépendent des différents taux d'absorption, de distribution et de métabolisme du THC et d'autres cannabinoïdes. Le vapotage et le tabagisme ont des effets similaires qui commencent rapidement après l'inhalation, ont de forts effets d' « extase » (selon la teneur en THC) et sont de courte durée[27]. Cela s'explique en grande partie par l'absorption et la distribution rapides du THC dans le cerveau lorsque le cannabis est inhalé. L'extase des produits comestibles prend plus de temps à se faire sentir, est d'une intensité plus faible, mais dure beaucoup plus longtemps[21]. L'apparition tardive et la réduction de l'intensité avec les aliments sont attribuables à une absorption plus lente et à un métabolisme important du THC qui se produit par le tractus gastro-intestinal. Il est crucial d'éduquer les jeunes sur ces différences, car ils peuvent mal interpréter les effets retardés lorsqu'ils consomment des aliments et donc en consommer encore davantage. Cela augmente le risque d'effets indésirables et d'empoisonnement au cannabis. Nous ne savons pas si ces méthodes ont différents effets à long terme sur la santé mentale.

Lorsque les jeunes mélangent le cannabis et le tabac (et l'inhalent en même temps), on parle d'un « **popper** » (si on utilise une pipe à eau) ou un **spliff** (si on utilise une cigarette de cannabis). Il est important d'en tenir compte, car ce mélange augmente les risques associés à la consommation (notamment celui de la dépendance et de la difficulté à réduire sa consommation ou à l'arrêter).

3.2 Points saillants

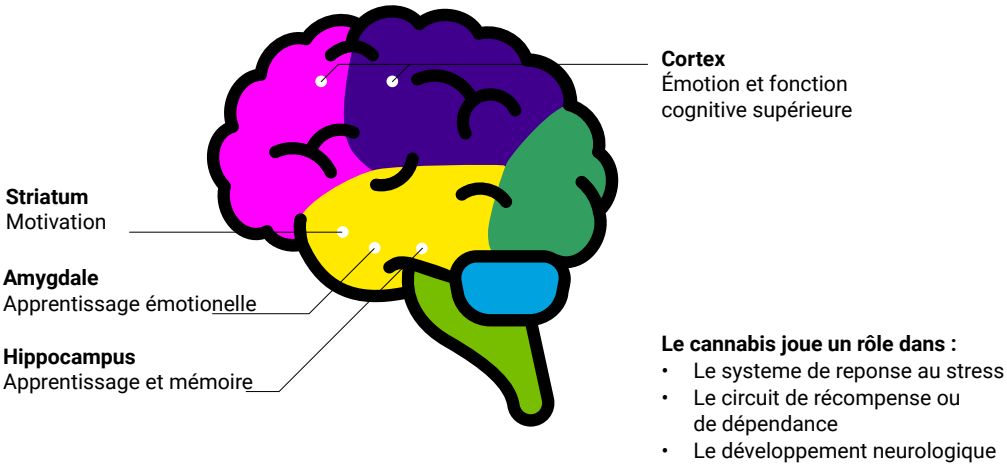
- Le cannabis n'est pas toujours le même. La plante de cannabis est complexe et contient des centaines de composants chimiques différents.
- La plupart des recherches qui ont établi des liens entre la consommation de cannabis et les méfaits ou les conséquences ont été effectuées sur les produits à dominance en THC (qui sont le type de cannabis le plus souvent utilisé à des fins récréatives).
- Bien que des souches particulières (qui peuvent être catégorisées par l'étiquetage des terpènes) soient souvent commercialisées comme ayant des effets spécifiques, il n'existe aucune recherche pour appuyer ces allégations.
- Il y a beaucoup de variabilité dans la puissance du cannabis (taux de THC) et des autres ingrédients présents.
- La méthode de consommation de cannabis a un impact considérable sur la rapidité avec laquelle les jeunes ressentiront les effets et sur leur durée.

3.3 Comment le cannabis agit-il sur le cerveau et comment pourrait-il être lié à des problèmes de santé mentale?[18]

On pense que la plupart des effets psychologiques du cannabis sont dus à l'action du THC sur les récepteurs de cannabinoïdes 1 (CB1R) dans le cerveau[21, 28-30]. Les CB1R se trouvent surtout dans des régions du cerveau, comme les suivantes[28, 30] :

- hippocampe (apprentissage et mémoire)
- striatum (motivation)
- cortex (émotion et fonction cognitive supérieure)
- amygdale (apprentissage émotionnel)

Illustration 3. Effets du cannabis sur le cerveau



Le système endocannabinoïde joue un rôle clé dans la réponse au stress, les voies de récompense/dépendance dans le cerveau et le développement du cerveau[21, 28-30]. Notre corps crée ses propres endocannabinoïdes naturels qui agissent sur les CB1R, mais ceux-ci sont étroitement régulés par notre corps et sont créés et détruits sur demande[28, 30]. Les cannabinoïdes, *qui ne sont pas* fabriqués par notre corps, comme le **THC**, se lient beaucoup plus fortement aux CB1R et durent beaucoup plus longtemps [21], ce qui peut surstimuler le système. Cela peut mener à une nouvelle « norme » dans le cerveau, et peut modifier le fonctionnement du système et exposer les gens à un plus grand risque d'altération du fonctionnement dans toutes ces parties du cerveau, ce qui les expose à des déficiences associées aux fonctions exécutives, à la dépendance aux substances et aux problèmes de santé mentale[30, 31].

Les effets du cannabis sur le système endocannabinoïde sont particulièrement importants chez les jeunes. En effet, le cerveau se développe encore jusqu'au milieu de la vingtaine et le système endocannabinoïde joue un rôle essentiel sur le bon développement du cerveau[32].

Le cortex préfrontal est la dernière zone du cerveau à mûrir au niveau du développement et est lié au **fonctionnement exécutif**, qui est influencé par le cannabis.

Il est important de noter qu'à court terme, avant que le cerveau ne s'adapte et ne change en réaction à la consommation continue de cannabis, ce dernier produira probablement à court terme les effets positifs souhaités sur l'humeur et l'anxiété. Les jeunes disent souvent : *« quand j'ai commencé à consommer du cannabis, mon humeur/ anxiété s'est amélioré ».*

Au début, le cannabis produit l'effet désiré, mais avec une consommation répétée et continue, il peut changer la structure et les fonctions du cerveau, ce qui cause davantage de problèmes, pas moins.

Lorsqu'on commence à consommer du cannabis avant que le cerveau ne soit complètement développé, des troubles cognitifs durables (problèmes de mémoire, d'attention, de rendement scolaire et professionnel à long terme)[33] peuvent survenir. Chez les adultes, ces déficits cognitifs semblent réversibles après un mois d'abandon, mais ce n'est peut-être pas le cas chez les jeunes[34]. Bien que l'effet *puisse* être réversible, *pendant qu'un jeune consomme activement* du cannabis, il est probable qu'il éprouve des problèmes d'apprentissage, de mémoire, d'attention, de rendement scolaire et de réussite[34.] De plus, la recherche indique que le système endocannabinoïde se développe et agit différemment chez les femmes biologiques par rapport aux hommes biologiques[18]. De nouvelles données indiquent également que la consommation de cannabis chez les femmes cause plus de problèmes de santé mentale que chez les hommes[35].

Le lien entre le cannabis et les problèmes de santé mentale peut être lié à la quantité de THC et de CBD contenue dans le cannabis[21, 36].

- Des taux plus élevés de THC sont associés à un risque accru de problèmes.
- La CDB peut atténuer certains des effets psychoactifs du THC.
- D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer comment les caractéristiques individuelles (p. ex., génétiques, biologiques, environnementales) interagissent avec divers produits du cannabis afin d'accroître la susceptibilité aux problèmes de santé mentale comme la psychose et la schizophrénie.

Il est important de noter que l'activité du THC dans les produits typiques du cannabis a considérablement augmenté ces dernières années. Inversement, la CBD (la partie du cannabis qui atténue la puissance et peut avoir des effets bénéfiques) a diminué[37, 38, 39]. En 2016, les 12 produits du cannabis les plus populaires à Toronto ont été testés et ont révélé des niveaux **moyens de THC de 20 %** et **aucun CBD**[39], comparativement à des niveaux moyens de 4 % de THC en 1995 et de 0,5 % de CBD. En 2018, avec la légalisation nationale, la Société ontarienne du cannabis a commencé à vendre des produits avec des taux de THC entre 0 et 27 % et des taux de CBD entre 0 et 18 %[40].

Les règlements, les tests et l'étiquetage relatifs au cannabis acheté légalement *peuvent* offrir des possibilités de psychoéducation et de réduction des méfaits, permettant aux individus de prendre des décisions plus éclairées concernant la teneur en THC et en CBD (bien que, même avec l'étiquetage, il existe un risque d'imprécisions). Toutefois, les mêmes possibilités et la même confiance dans la qualité et la composition du produit ne peuvent pas être étendues au cannabis acquis illégalement (par exemple auprès d'un dealer ou d'amis), que les jeunes consomment généralement.

3.3 Points saillants

- Au début, le cannabis peut entraîner les effets désirés liés à l'anxiété et à l'humeur, mais une consommation répétée peut entraîner des changements structurels et fonctionnels dans le cerveau, aggravant ainsi les problèmes.
- Du cannabis plus puissant (c.-à-d., le THC) peut entraîner plus d'effets psychologiques et cognitifs et de changements cérébraux.
- Aujourd'hui, le cannabis est plus puissant qu'autrefois.

3.4 Préoccupations cliniques liées à la consommation de cannabis

Dans la population générale des jeunes...

Les jeunes sont particulièrement vulnérables aux effets de la consommation de cannabis et d'autres substances – même s'ils ne répondent pas aux critères d'un trouble lié à la consommation de substances, étant donné le développement continu du cerveau[30, 41]. Une consommation régulière de cannabis, en particulier pendant l'adolescence alors que le cerveau est encore en développement, peut avoir un impact négatif sur le développement sain du cerveau, en particulier dans les zones du cerveau associées à la cognition et aux émotions[18, 34, 42].
Les conséquences suivantes ont été associées à une consommation régulière de cannabis chez les jeunes :

- Déficiences cognitives légères, notamment les suivantes :
    - Difficultés d'apprentissage, de mémoire et d'attention à court terme[34, 42]
    - Manque de motivation[42]
    - Faible rendement scolaire et décrochage scolaire[33]
- Problèmes de santé mentale, notamment les suivants :
    - Dépression, anxiété, et tendances suicidaires[18, 43]
    - TDAH[44, 45]
    - Troubles extériorisées et comportements agressifs[46]
    - Symptômes de psychose et développement de troubles psychotiques, en particulier avec facteurs de risque génétiques préexistants[34, 42, 47]
    - Développer une dépendance au cannabis (c.-à-d., 30 % des personnes qui consomment du cannabis présentent des symptômes de trouble lié à la consommation de cannabis[48], et la probabilité de développer une dépendance est au moins quatre fois plus élevée chez les personnes qui commencent à consommer avant l'âge de 18 ans[49])
    - Développer d'autres dépendances (y compris les dépendances alimentaires et autres dépendances aux substances[18])

À l'**heure actuelle, il n'est pas encore clair si le cannabis est une cause, une conséquence ou une corrélation des problèmes cognitifs et de santé mentale; toutefois, ces préoccupations se manifestent constamment avec la consommation de cannabis et sont des considérations importantes lorsqu'on travaille avec les jeunes.**
La coexistence de la consommation de cannabis et de problèmes de santé mentale peuvent être plus prononcée chez les jeunes qui :

1. commencent à en consommer à un âge plus précoce, plus fréquemment et pour une plus longue durée[18, 49, 50] *(données probantes constantes)*.
2. ont une faible tolérance à la détresse et/ou affirment consommer du cannabis (et d'autres substances) pour faire face à une situation[51-53] *(nouvelles données probantes)*.
3. sont des femmes. Même si les hommes sont plus susceptibles de consommer des substances et d'avoir un trouble lié à leur consommation, les femmes qui en consomment sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale concomitants[53-57] *(nouvelles données probantes)*.

Le contexte social semble également important. La consommation accrue de cannabis par les pairs, les frères et sœurs ou les parents et la consommation de cannabis à des fins sociales sont associées à une consommation plus fréquente et à un plus grand nombre de problèmes connexes[58]. Toutefois, la consommation de cannabis de façon solitaire a également été associé à une consommation accrue et à des problèmes chez les adolescents[58].

Dans la population clinique des jeunes…

Seulement **15 %** de jeunes environ ayant un trouble lié à la consommation de substances ont accès à des services professionnels[59]. Cependant, comme nous l'avons indiqué ci-dessus, de nombreux jeunes qui se présentent à d'autres services de santé mentale auront une consommation concomitante de cannabis et/ou d'autres substances qui peuvent grandement agir sur leurs symptômes actuels, leur engagement thérapeutique et leur pronostic. Au niveau des systèmes, l'une des principales priorités déterminées par les intervenants pour les projets liés au traitement de la toxicomanie en Ontario était une collaboration accrue dans les services de toxicomanie et de santé mentale[60].

Certaines données suggèrent que les personnes atteintes d'un trouble de la santé mentale qui consomment également du cannabis (même si ce n'est pas au niveau d'un trouble lié à la consommation de cannabis) peuvent :

- avoir des symptômes plus graves[61]
- un pronostique qui est pire[61]
- une amélioration des résultats du traitement lorsqu'ils réduisent leur consommation de cannabis[62, 63, 64]

Il est possible que les personnes atteintes de troubles mentaux présentent un risque accru de dépendance au cannabis (voir l'Annexe C pour les critères et les symptômes du sevrage du cannabis). Pour les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire, cette possibilité souligne la pertinence d'une approche simultanée du dépistage, de l'évaluation, du counselling et de l'aiguillage. La consommation d'autres substances a des implications cliniques similaires pour les personnes atteintes de troubles de santé mentale[35]. Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie[65] a indiqué la nécessité d'améliorer les soins et le traitement des troubles concomitants de la santé mentale et de préoccupations liées à la consommation de substances, notamment en améliorant la détection, le diagnostic et le traitement simultané (ou la sensibilisation) de ces deux problèmes. Ce document reconnaît **l'absence de données probantes** sur les options de traitement et les pratiques exemplaires en matière de troubles concomitants, bien que le traitement simultané de ces deux problèmes soit préférable à leur traitement distinct.

Les jeunes peuvent éprouver des symptômes de psychose liés à des troubles de santé mentale et à la consommation de substances.[47, 66]. Lorsqu'ils travaillent avec des élèves qui consomment du cannabis, les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire sont encouragés à se renseigner sur les effets ressentis et à prendre en considération les symptômes des psychoses[67] (voir l'Annexe D pour un bref outil de dépistage des symptômes de psychose chez les jeunes). Il est important de noter que même s'il peut y avoir un lien entre la psychose et la consommation de substances, les symptômes de la psychose chez les jeunes ne sont pas tous liés à l'alcool et aux drogues. Les symptômes psychotiques peuvent se manifester sans consommation de substances et peuvent être le symptôme d'une maladie mentale ou physique[66]. Par conséquent, si ou quand un jeune présente des symptômes de psychose, un aiguillage vers un professionnel de la santé pour une évaluation est recommandée.

Lorsqu'ils travaillent avec des élèves qui vivent une psychose, les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent accéder à des ressources utiles fournies par EPION (Early Psychosis Intervention Ontario Network, le Réseau d'intervention précoce dans le traitement de la psychose en Ontario), qui se trouve dans la section Ressources du présent guide.

3.4 Points saillants

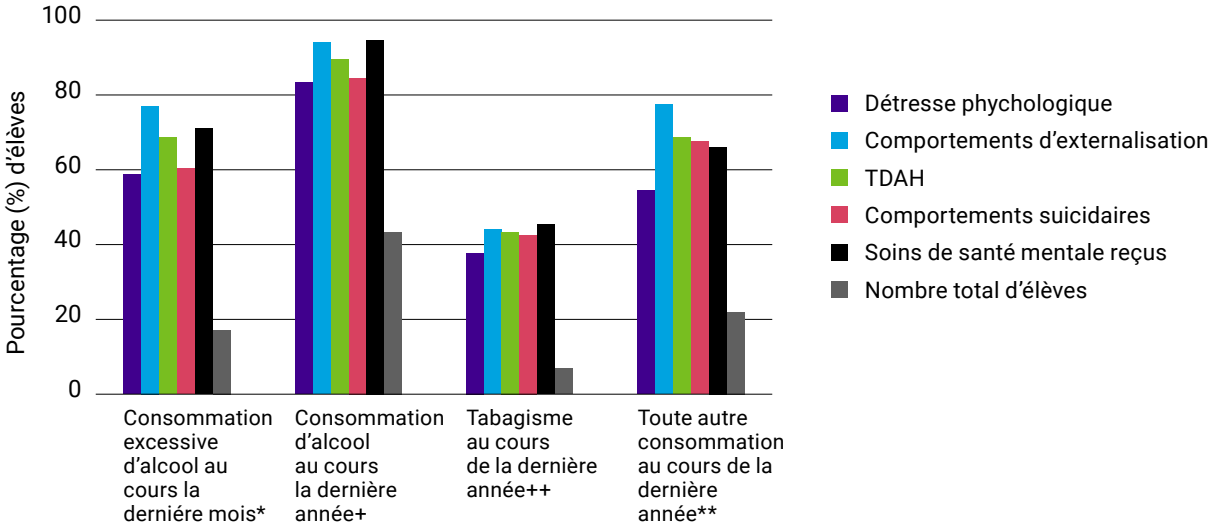
- La consommation de cannabis est associée à des problèmes cognitifs et de santé mentale dans la population générale et dans les échantillons cliniques.
- L'âge précoce du premier usage, l'usage plus fréquent, l'usage à des fins d'adaptation et le contexte social dans lequel les jeunes consomment du cannabis semblent augmenter le risque de problèmes liés à leur consommation.
- La consommation de cannabis chez les personnes souffrant de problèmes de santé mentale semble s'intensifier en raison des symptômes et avoir un impact négatif sur le pronostic.

3.5 Le cannabis et d'autres substances

La consommation de cannabis se produit rarement de façon isolée, surtout chez les jeunes ayant des problèmes de santé mentale. Certaines recherches portent à croire que la consommation de cannabis précède l'initiation d'autres drogues illicites « plus dures » et agit comme une « drogue d'introduction ». L'hypothèse de la porte d'entrée, c'est-à-dire que la consommation d'alcool et de tabac, puis de cannabis et d'autres drogues illicites, se déroule dans un ordre particulier depuis au moins les années 1970, a fait l'objet de vifs débats[68]. En résumé, la justification théorique de cette séquence de consommation de substances provient à la fois des sciences neurobiologiques et des sciences sociales. Lorsqu'il se concentre spécifiquement sur le cannabis, le THC peut amorcer le cerveau, le rendant plus susceptible de développer d'autres dépendances[8, 69, 70]. Cependant, ce n'est pas seulement la vulnérabilité neurobiologique qui est à l'origine de la séquence proposée, mais plutôt une série d'étapes qui augmentent le risque de passer de substances légales et plus socialement acceptables (c.-à-d., alcool, tabac et maintenant cannabis) à des substances illégales et plus stigmatisées (c.-à-d., drogues illicites « dures »). Cela étant, les preuves à l'appui de l'hypothèse de la porte d'entrée sont incohérentes et plus réfutées que corroborées.

Peu importe la séquence, le cannabis est modérément corrélé à la consommation d'autres substances et peut augmenter la probabilité que les individus consomment d'autres drogues illicites. À l'aide de données provenant d'élèves de l'Ontario, nous pouvons constater que les élèves qui consomment du cannabis consomment couramment d'autres substances comme l'alcool, de façon modérée ou excessive, la cigarette et d'autres drogues; la consommation conjointe d'autres substances est plus élevée chez les élèves qui présentent des symptômes de problèmes de santé mentale (illustration 4). Le fait d'étiqueter le cannabis comme une « drogue d'introduction » peut nuire à la capacité d'engager avec un élève une discussion sur la consommation. Cependant, il peut être utile d'obtenir l'opinion d'un élève sur la façon dont sa consommation de cannabis et d'autres substances peut être liée pour entamer une discussion et explorer des idées sur la consommation (pour plus d'information, voir la section sur l'entretien motivationnel et le modèle transthéorique dans cette ressource).

Illustration 4. Le pourcentage d'élèves de la 7e à la 12e année consommant d'autres substances, parmi ceux qui ont déclaré consommer du cannabis au moins une fois par mois.



Remarque : *boire au moins cinq verres ou plus en une occasion au moins une fois au cours du mois écoulé; + sauf quelques gorgées juste pour goûter; ++ sauf quelques bouffées juste pour essayer; ** parmi les élèves du secondaire seulement (9e à 12e année) et comprend la consommation non médicale de médicaments sur ordonnance.

Par exemple, ce graphique montre que parmi tous les élèves de la 7e à la 12e année qui ont consommé du cannabis au cours du dernier mois, moins de 20 % ont déclaré avoir beaucoup bu au cours de la même période. Cependant, parmi les élèves qui ont consommé du cannabis au cours du dernier mois et qui présentent également des taux élevés de détresse psychologique, près de 60 % de ces élèves ont consommé beaucoup d'alcool.

3.5 Points saillants

- Les données indiquent que les élèves qui consomment du cannabis ont des taux d'utilisation d'autres substances plus élevés que ceux qui n'en consomment pas.
- Si les élèves consomment du cannabis, les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire sont encouragés à faire un dépistage des autres substances qu'ils consomment afin de déterminer les possibilités d'intervention.

3.6 Cannabis à des fins médicales

Au Canada, la consommation de cannabis à des fins médicales est légalement disponible depuis 1999. Les changements les plus récents de cette législation ont eu lieu en 2016 avec le règlement actuel intitulé « Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales (RACMPR)».)[71] » Plus de 340 000 Canadiens sont inscrits pour consommer du cannabis à des fins médicales[72]. Le cannabis à des fins médicales peut être prescrit pour plus de 30 affections (troubles physiques et psychologiques), mais nous sommes conscients qu'il faut mener des recherches plus approfondies sur les bienfaits thérapeutiques de toutes ces affections et sur les risques qui y sont associés [73].

Les recommandations actuelles concernant la prescription de cannabis à des fins médicales découragent l'usage du tabac et suggèrent que **le cannabis médicinal n'est pas un traitement approprié pour les personnes de moins de 25 ans**, celles qui ont des antécédents personnels ou familiaux de troubles mentaux graves (c.-à-d., schizophrénie, psychose, dépression ou trouble bipolaire) ou de problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues [74].

Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent travailler avec des élèves dont la famille consomme du cannabis à des fins médicales. Il est également possible qu'on ait prescrit du cannabis médicinal à certains élèves pour traiter des conditions particulières[75]. Lorsque vous travaillez avec des jeunes, découvrir ce qu'ils pensent sur la façon dont le cannabis interagit avec leurs symptômes de maladie mentale peut bien vous renseigner et créer des occasions d'engagement. Malgré l'absence de données probantes, les jeunes peuvent déclarer consommer du cannabis pour atténuer les symptômes de leur maladie mentale[44]. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer s'il est possible qu'un composant ou un type spécifique de cannabis puisse être bénéfique pour la santé mentale en raison de l'action sur le système endocannabinoïde. Cependant, il n'existe actuellement aucune preuve ou ligne directrice qui suggère que les jeunes devraient consommer du cannabis pour traiter les symptômes ou les troubles de santé mentale. Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire sont encouragés à utiliser une approche de l'entretien motivationnel pour explorer le sujet du cannabis médicinal lorsqu'il est abordé par les élèves.

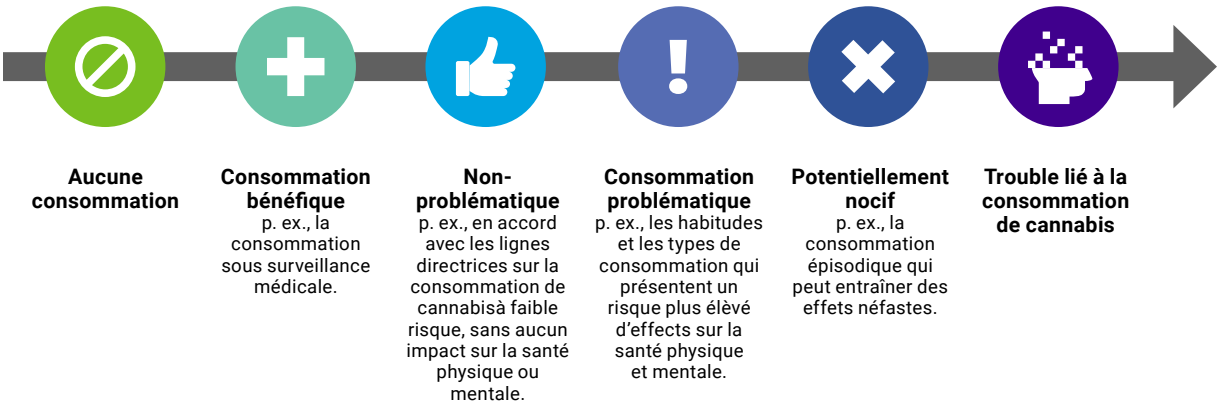
3.6 Points saillants

- Les adultes peuvent légalement se procurer du cannabis à des fins médicales pour un large éventail d'états de santé physique et psychologique.
- Les données probantes sur l'efficacité thérapeutique sont dans la plupart des cas non concluantes.
- Les élèves peuvent certes consommer du cannabis médicinal ou y être exposés, il faut donc adopter une approche sans jugement pour explorer les risques et les avantages et réduire la stigmatisation et promouvoir l'engagement.

3.7 Continuum de consommation de cannabis

De nombreux organismes de traitement pour les jeunes utilisent le concept d'un continuum de consommation de substances pour les aider à évaluer les méfaits potentiels de la consommation et comme outil d'engagement auprès des jeunes. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a élaboré une directive sur la prévention de la consommation de substances et la réduction des méfaits (2018)[76]. Dans cette directive, on indique que la consommation de substances se produit le long d'un spectre allant de l'absence totale de consommation à l'apparition d'un trouble lié à la consommation d'alcool et d'autres drogues. L'illustration 5 présente un continuum de consommation de cannabis, éclairé par cette gamme de consommation de substances.

Illustration 5. Continuum de consommation de cannabis



La consommation de cannabis des jeunes peut être envisagée dans le continuum suivant :

1. **Aucune consommation.** Un jeune n'a pas encore commencé à consommer de cannabis et n'éprouve donc pas de problèmes liés à la consommation. Le jeune peut envisager ou non de consommer du cannabis.
2. **Consommation bénéfique.** Les jeunes peuvent consommer du cannabis à des fins médicales prescrites par un médecin qui peut leur procurer certains avantages physiques ou psychologiques. Il est également important de noter que les jeunes peuvent déclarer avoir bénéficié d'avantages tels que l'amélioration de leurs relations sociales ou un sentiment d'appartenance lié à leur consommation de cannabis.
3. **Consommation non-problématique.** Les jeunes consomment peut-être du cannabis d'une manière qui ne pose aucun problème. Cependant, étant donné la vulnérabilité neurodéveloppementale des jeunes aux effets négatifs potentiels du cannabis sur leur santé et leur bien-être à long terme, toute consommation chez les jeunes peut poser un certain degré de « problèmes ».
4. **Consommation problématique.** Les jeunes qui consomment du cannabis sont plus à risque d'effets indésirables en raison de leur vulnérabilité neurodéveloppementale, car leur cerveau n'est pas encore complètement développé. Les jeunes peuvent aussi consommer de façon « plus risquée », c.-à-d. non conforme aux autres suggestions des lignes directrices sur la consommation à faible risque. Toutefois, cette consommation « problématique » n'est pas nécessairement liée à la déficience actuelle.
5. **Potentiellement nocif.** Les jeunes peuvent consommer du cannabis d'une manière qui leur cause des problèmes, mais ils n'éprouvent pas encore tous les symptômes associés à un trouble lié à la consommation de cannabis.
6. **Trouble lié à la consommation de cannabis.** Les jeunes peuvent développer des symptômes qui sont considérés comme un diagnostic clinique d'un trouble lié à la consommation de cannabis.

3.8 Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque

Les Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque sont l'un des outils disponibles pour aider les personnes qui choisissent de consommer du cannabis à réduire les risques qu'elles peuvent encourir en conséquence. Une approche de réduction des méfaits tient compte du fait que certaines personnes consommeront du cannabis, et en consomment actuellement, et que l'information et le soutien pour réduire les méfaits donne de meilleurs résultats.

Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent utiliser l'information contenue dans la présente ressource pour aider les élèves qui consomment actuellement du cannabis à réduire ses méfaits, en admettant que ce ne sont pas tous les jeunes qui sont axés sur l'abstinence. Dans l'ensemble, il importe qu'il existe différentes façons de consommer du cannabis et que certaines sont plus **sûres** que d'autres. Voici un résumé des principales recommandations tirées des Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque, fournies par le Centre de toxicomanie et de santé mentale. Ces recommandations ne constituent pas une liste exhaustive et devraient être prises en considération en même temps que d'autres données probantes (comme celles présentées dans le présent document) et l'expertise clinique :

1. Encourager **une consommation à moindre risque**. Encouragez les jeunes à essayer de choisir :
    - **a.** des produits à faible teneur en THC ou à teneur en CBD plus élevée que les produits à teneur en THC.
    - **b.** des produits naturels de cannabis et à éviter les cannabinoïdes synthétiques.

2. Expliquer que le cannabis présente plus de risques pour **certaines personnes**. Encouragez les jeunes à :
    - **a.** essayer de retarder leur consommation de cannabis jusqu'à ce qu'ils soient plus âgés pour réduire les risques.
    - **b.** éviter de consommer du cannabis quand on est enceinte ou on allaite.
    - **c.** éviter de consommer du cannabis s'ils ont des antécédents personnels ou familiaux de psychose ou de toxicomanie.
    - **d.** ne jamais conduire ou monter dans une voiture avec un conducteur qui est sous l'influence du cannabis.

3. Si les jeunes décident de consommer du cannabis, encouragez-les à :
    - **a.** limiter leur consommation, comme seulement les fins de semaine ou une fois par semaine.
    - **b.** attendre au moins six heures avant de conduire ou d'utiliser une machine. S'ils ont l'intention de conduire, encouragez-les à ne pas consommer de cannabis, d'alcool ou d'autres drogues.
    - **c.** essayer d'éviter de l'inhaler profondément ou de retenir leur respiration.
    - **d.** commencer lentement – encouragez les jeunes à commencer par de faibles doses et à attendre d'en ressentir les effets avant de choisir d'en consommer davantage (surtout dans le cas des aliments dont les effets commencent à se faire sentir plus tard).

Les recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque destinées aux jeunes sont énoncées sur le site Web dont l'adresse figure dans la section des Ressources du présent guide.

4

Évaluation clinique et interventions

Bon nombre des stratégies d'évaluation et d'intervention déjà utilisées par les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire qui travaillent avec des élèves dans des domaines non liés à la consommation de substances seront également efficaces pour traiter la consommation de cannabis et d'autres drogues. L'information qui suit vise à offrir des stratégies cliniques pour favoriser l'engagement des jeunes à l'égard du cannabis, tout en reconnaissant que bon nombre des compétences que possèdent et utilisent déjà les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire pour mobiliser les jeunes et établir des relations d'entraide, explorer leurs préoccupations et établir des objectifs sont essentielles.

Voici les plus importantes connaissances et compétences à appliquer lorsqu'on travaille avec des jeunes qui consomment des substances : ne pas porter de jugement, apprendre comment les jeunes comprennent ce qui se passe dans leur vie et établir des objectifs en collaboration.

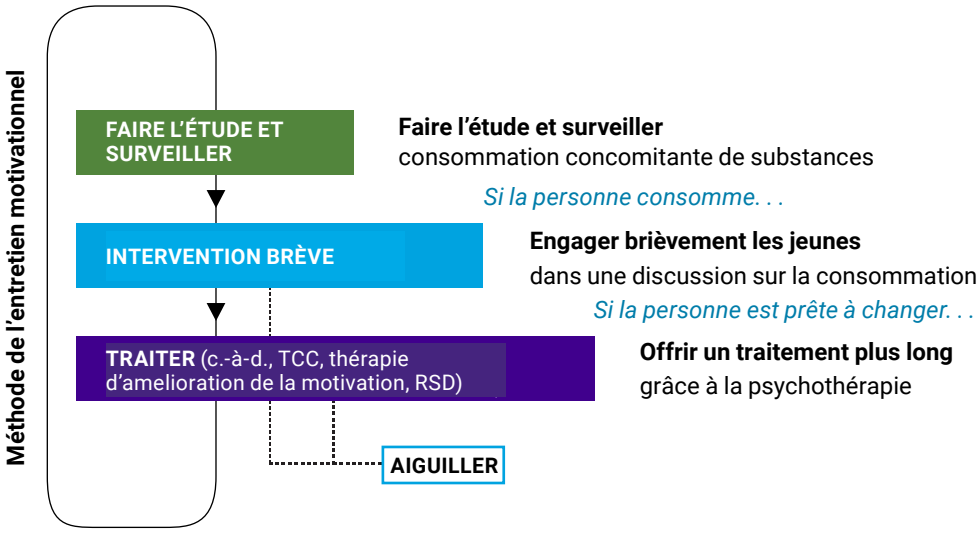
Cette information est destinée à s'ajouter à votre « boîte à outils » existante en fonction des données probantes et des considérations pratiques liées aux interventions en milieu scolaire. Bien que l'information contenue dans le présent guide porte sur les interventions individuelles auprès des élèves, son contenu peut être utilisé pour soutenir les professionnels de la santé en milieu scolaire dans leurs activités de counseling, comme les aidants et les pairs.

Le National Institute on Drug Abuse[77] et UpToDate[78] (un texte clinique sommaire) recommandent la psychothérapie, notamment **la thérapie d'amélioration de la motivation, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)**, ou une combinaison de ces interventions psychosociales pour traiter les problèmes de cannabis (recommandation conditionnelle). À l'heure actuelle, les stratégies d'entretien motivationnel (EM) ou de thérapie d'amélioration de la motivation sont celles qui reposent le plus sur des données probantes pour le traitement des problèmes liés au cannabis. Reconnaître l'état de préparation au changement et considérer le changement comme un processus est un élément clé des interventions en matière de consommation de cannabis. **Le modèle transthéorique** permet de reconnaître les étapes du changement que nous franchissons à mesure que nous nous préparons au changement de comportement. Il est également important de noter que l'on conseille également la TCC comme traitement psychothérapeutique de première ligne pour les troubles anxieux et dépressifs chez les jeunes. Ces troubles surviennent souvent en même temps que les problèmes de consommation de cannabis[79, 80]. Si les individus ne répondent pas à la TCC ou à la thérapie d'amélioration de la motivation, on recommande d'ajouter des stratégies de gestion des urgences. Concernant la gestion des urgences, on s'intéresse de plus en plus à l'utilité des activités de renforcement sans drogue (appelé RSD dans le présent guide) ou des activités alternatives comme moyen d'aborder le traitement de la consommation de substances[81].

Le continuum du cannabis (illustration 5) illustre la nécessité d'adopter une approche graduelle de soins pour répondre aux problèmes de consommation de cannabis et d'autres substances chez les jeunes. L'illustration 6 reflète une approche graduelle des soins pour évaluer et traiter les problèmes de consommation de cannabis et d'autres substances chez les jeunes qui se présentent à des professionnels de la santé mentale en milieu scolaire. En résumé, en plus de soutenir les efforts de promotion et de prévention de la santé mentale liés à

la consommation de substances en général, il est recommandé que les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire s'engagent dans la détection et l'intervention précoces en commencent par évaluer et surveiller la consommation concomitante de cannabis chez les élèves qui demandent de l'aide. Si un élève consomme des substances, les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire devraient l'encourager à parler de sa consommation. Si l'élève éprouve des problèmes et qu'il est prêt à modifier sa consommation de substances, les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent utiliser des stratégies comme la TCC, la thérapie d'amélioration de la motivation ou d'autres mesures de renforcement sans drogue.

Illustration 6. Soins par étapes pour évaluer et aborder la consommation de cannabis et d'autres drogues chez les jeunes qui se présentent à des professionnels de la santé mentale en milieu scolaire.



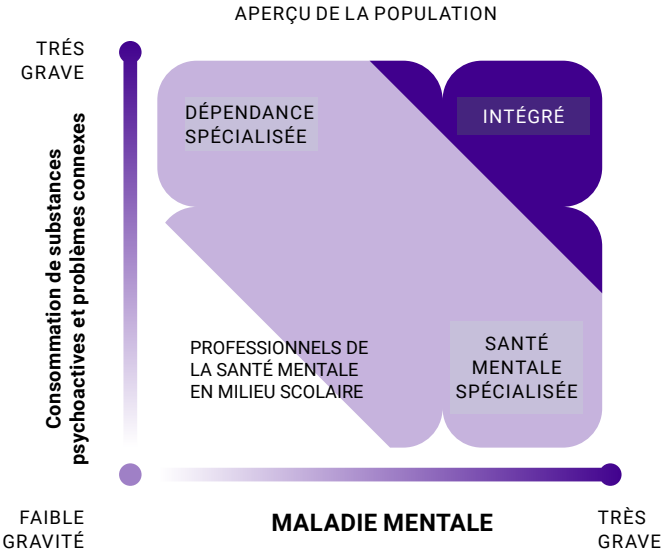
Remarque. TCC=Thérapie cognitivo-comportementale; EM=entretien motivationnel; RSD=renforcement sans drogue

Comme le montre l'illustration 6, l'aiguillage peut être indiqué selon la gravité de l'état de l'élève et les problèmes qui surviennent en même temps. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale a proposé un modèle à quatre quadrants qui tient compte à la fois de la gravité des problèmes de santé mentale et des problèmes de consommation de substances (voir l'illustration 7). Lorsque les deux surviennent simultanément, on parle de troubles concomitants. Plus l'état est grave, plus les services doivent être spécialisés (comme c'est le cas pour les autres problèmes de santé mentale). Les sections qui suivent traitent des interventions que les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent utiliser pour aborder la consommation concomitante d'alcool et d'autres drogues chez les élèves, mais il est également important de savoir quand aiguiller les élèves vers des services communautaires spécialisés. Les indicateurs qu'un élève peut avoir besoin de services plus spécialisés sont les suivants :

- Une consommation continue de cannabis qui entraîne des déficiences graves qui ne s'améliorent pas avec les interventions motivationnelles et cognitives comportementales offertes en milieu scolaire.
- La divulgation de la part de l'élève, de sa famille ou du personnel de l'école indique que les problèmes de santé mentale liés à la consommation de substances s'aggravent (p. ex., psychose pendant ou après la consommation, automutilation ou risque de suicide pendant ou après la consommation).
- Une consommation régulière d'autres drogues illicites (comme les opioïdes).
- Une consommation quotidienne d'alcool présentant des symptômes de troubles liés à la consommation d'alcool (le sevrage de l'alcool peut mettre la vie en danger et la réduction ou l'arrêt de cette consommation doit être surveillé par un professionnel de la santé).

Lorsque vous aiguillez des élèves vers d'autres services, il est toujours important de continuer à les soigner et à les soutenir selon votre emploi du temps et votre expertise. Il peut s'agir notamment de faciliter la transition de l'élève vers les services spécialisés et d'appuyer son retour à l'école.

Illustration 7. Modèle adapté à 4 quadrants de troubles concomitants à l'intention des professionnels de la santé mentale en milieu scolaire [82]



Les sections suivantes vous guideront sur la façon dont les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent mettre en place des stratégies éclairées par des données probantes pour de brèves interventions et des traitements liés aux problèmes liés à la consommation de substances chez les jeunes. Cette section comprendra un aperçu de chacune de ces approches recommandées et examinera en quoi elles sont liées à la CIBLE (Cliniciens et cliniciennes : intervention brève dans les écoles).

Introduction, donner le ton et faire le point.

Il est important de créer un environnement thérapeutique confortable et sans jugement pour parler de la consommation de cannabis. Avant de parler de la consommation de cannabis ou d'autres substances, certains des énoncés suivants peuvent être utiles pour donner le ton à votre discussion :

> *« Le temps que nous passons ensemble aujourd'hui est l'occasion de parler de l'impact que votre santé mentale peut avoir sur votre vie et sur votre capacité de réussir à l'école. J'interroge aussi souvent les élèves que je vois au sujet de leur consommation de substances. Parfois, la consommation de substances peut aussi avoir un impact sur votre vie et peut être liée à la façon dont vous vous sentez ou dont vous fonctionnez ».*
>
> *« Je ne suis pas là pour vous dire quoi faire. Je veux que ce temps que nous avons ensemble soit l'occasion d'avoir une conversation franche. Comment, quand, pourquoi, ou si vous décidez d'apporter des changements dans votre vie dépend entièrement de vous ».*
>
> *« Qu'en dites-vous? Qu'en pensez-vous? ».*

Les élèves peuvent être habitués à ce que les discussions sur le cannabis avec des adultes se transforment en débats.

Les ressources canadiennes qui fournissent des conseils sur la façon de parler du cannabis avec les jeunes et le langage recommandé pour répondre aux questions et aux énoncés sur la consommation de cannabis se trouvent dans la section Ressources du présent guide. Ces ressources ont été élaborées en consultation avec les jeunes et utilisent une méthode d'amélioration de la motivation pour soutenir un dialogue franc et bien informé.

Confidentialité

Au début de toute session avec un élève, quelle que soit la raison de l'aiguillage, les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire examinent la protection de la vie privée et les limites de la confidentialité. Cette discussion peut également porter sur des politiques particulières de l'école et du conseil scolaire.

Les élèves peuvent être préoccupés par le fait que leur consommation de substances soit signalée à l'administration scolaire, aux parents ou aux tuteurs et à d'autres organismes communautaires, selon leur situation personnelle (par exemple, s'ils ont affaire aux services de probation ou à la société d'aide à l'enfance). Il est important de savoir clairement *si et quand* les autres seront au courant des révélations de l'élève.

Il est important d'être clair sur les limites de la confidentialité propres à la consommation de cannabis et d'autres substances pour l'établissement d'une relation clinique.

4.0 Points saillants

- Il est important d'évaluer et de traiter simultanément les problèmes de santé mentale et de consommation de drogue chez les jeunes.
- Abordez vos discussions sans porter de jugement.
- Discutez de la protection de la vie privée et de la confidentialité – quels renseignements seront et ne seront pas communiqués à d'autres personnes?
- Vous avez les compétences nécessaires pour participer à ces conversations.

4.1 Harmonisation avec la CIBLE

Les professionnels de la santé en milieu scolaire en Ontario appliquent de plus en plus la **CIBLE (Cliniciens et cliniciennes : intervention brève dans les écoles)** dans leur pratique. Cette intervention ponctuelle dirigée par l'élève offre une approche structurée qui met l'accent sur la résolution efficace de problèmes et l'acquisition de compétences. Les interventions relatives à la consommation de cannabis peuvent être alignées sur la CIBLE des façons suivantes :

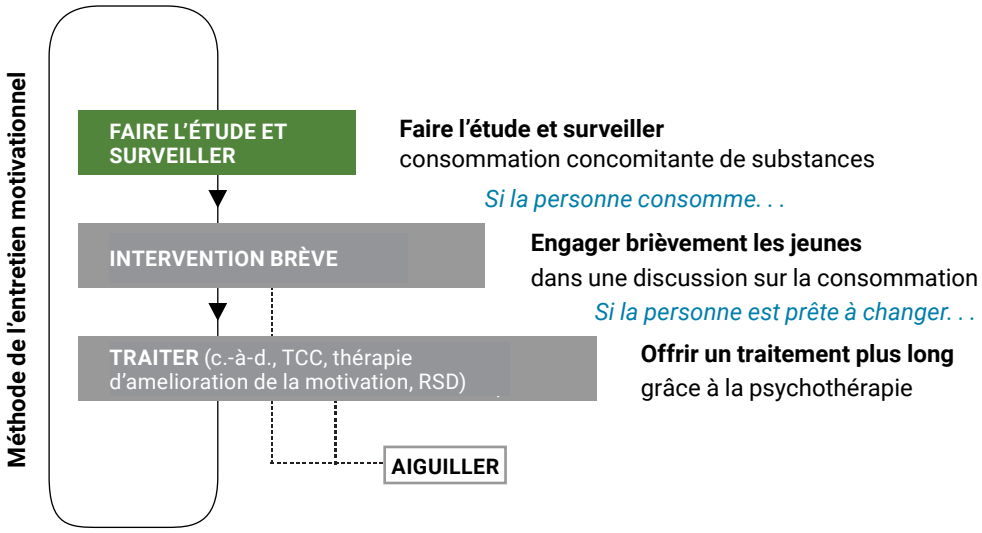
- **En général**
    - Une approche graduelle de soins axée sur la résolution de problèmes qui inclut la consommation de cannabis comprendrait des stratégies visant à réduire les méfaits, tel que décrit dans cette ressource.
    - Les questions directrices l'intervention de la CIBLE correspondent aux stratégies d'entretien motivationnel (une approche fondée sur des données probantes pour accroître l'état de préparation au changement en matière de consommation de substances).
- **Dans la session 1 :**
    - Contrôler la consommation de cannabis comme comportement principal sur lequel se concentrer ou comme un aspect du moment où un problème survient (p. ex., la consommation de cannabis peut être un facteur connexe dans les préoccupations relationnelles, dans la gestion du stress, etc.)
    - Le processus de surveillance est particulièrement complémentaire de l'état de préparation au changement (voir le modèle transthéorique dans cette ressource).
    - Une discussion ouverte sur la consommation de substances et ses effets sur l'humeur et sur divers aspects de la vie scolaire et personnelle donne aux élèves l'occasion d'examiner comment leur propre consommation peut influer sur leurs préoccupations (cela pourrait être suscité par l'examen des résultats des QPS9, des GAD7 et de l'autoévaluation du fonctionnement scolaire et des liens possibles entre l'usage du cannabis et les éléments approuvés comme préoccupations).
- **Dans la session 2 :**
    - Les élèves peuvent nommer la consommation de cannabis comme un problème dans leur liste de problèmes.
    - Repérer des facteurs de stress et des stratégies de gestion du stress peut comprendre le fait de divulguer la consommation de cannabis ou d'autres substances.
    - Déterminer les avantages et les obstacles à la prise de petites mesures de changement peut aider à résoudre l'ambivalence que les élèves sont susceptibles d'éprouver en raison de leur consommation de substances.
- **Dans la session 3 :**
    - Les élèves peuvent choisir de se concentrer sur la consommation de cannabis comme problème après la surveillance.

- La discussion sur les facteurs de stress liés à la consommation de cannabis peut porter sur le processus de résolution de l'ambivalence et d'amélioration de l'état de préparation au changement.
- Si la réduction de la consommation de cannabis ou la réduction des méfaits est présentée comme un objectif de l'élève dans le cadre d'un plan de résolution de problèmes, se reporter à l'information sur la réduction des méfaits dans la présente ressource.
- Les petites étapes (faire l'expérience du changement) pourraient inclure des stratégies de TCC, notamment la reconnaissance des pensées automatiques au sujet de la consommation (p. ex., la consommation de cannabis après un événement stressant).

- **Dans la session 4 :**
  - Au cours de cette session, les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire reconnaissent ce que l'élève a accompli jusqu'à présent, même s'il s'agit de petit pas, et déterminent les prochaines étapes. Ce point est essentiel pour réduire les méfaits puisqu'il reconnaît les petits changements dans la consommation de cannabis (consommation une fois de moins dans la semaine, ou réduire la quantité).
  - Les stratégies de gestion du stress et de l'humeur peuvent aider à gérer les envies de consommer des substances comme le cannabis et à renforcer les stratégies d'adaptation.
  - La consommation régulière de substances peut accroître la vulnérabilité au stress. Cet aspect peut être abordé dans les sessions.
  - Prendre des mesures positives en tenant compte de l'humeur et des pensées et en modifiant son comportement reflète l'approche de la TCC.

4.2 Facteurs essentiels de l'évaluation de la consommation de cannabis

Illustration 8.



Même lorsque la consommation de substances n'est pas mentionnée dans un aiguillage, il est recommandé que les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire évaluent cette consommation actuelle et antérieure (cette recommandation s'applique aussi aux autres prestataires de soins de santé et de santé mentale[18]). Parler aux jeunes de leur consommation de substance ne les incite pas à en consommer. Les équipes de santé mentale en milieu scolaire peuvent envisager certains des outils suivants pour aider avec le dépistage et l'évaluation, mais la première recommandation est de parler aux jeunes sans porter de jugement sur leur consommation.

L'équipe de santé mentale de votre conseil scolaire peut décider d'intégrer un outil de dépistage spécifique à votre processus d'évaluation. Il existe un certain nombre d'outils de dépistage et d'évaluation validés spécifiquement pour la consommation de cannabis, dont les plus performants sont les suivants : le Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT)[83], le Cannabis Abuse Screening Test (CAST)[84], Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT)[85], et Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)[86]. Le CUDIT et le CAST portent sur le cannabis, tandis que le DUDIT et ASSIST s'appliquent aux substances d'une manière générale. Le CUDIT est un outil de dépistage auto-administré du domaine public et disponible pour les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire (voir l'Annexe F pour le CUDIT)

Comme le montre l'illustration 9, tout élève qui se présente à des professionnels de la santé mentale en milieu scolaire devrait faire l'objet d'une évaluation de sa consommation actuelle et antérieure de cannabis et d'autres substances avant de planifier son approche thérapeutique. Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire devraient continuer à surveiller sa consommation de cannabis et d'autres substances pendant le traitement (même si le jeune n'en consomme pas au début ou s'il n'en consomme pas d'une manière qui est liée à des problèmes). Si un élève ne répond pas au traitement, il est important de réévaluer la concomitance potentielle de problèmes liés à la consommation de substances qui peuvent compliquer sa présentation et ralentir ses progrès.

> J'interroge tous les élèves que je vois au sujet de leur consommation de substances. Consommez-vous des substances de nos jours? Que dire de l'alcool, du cannabis, etc.

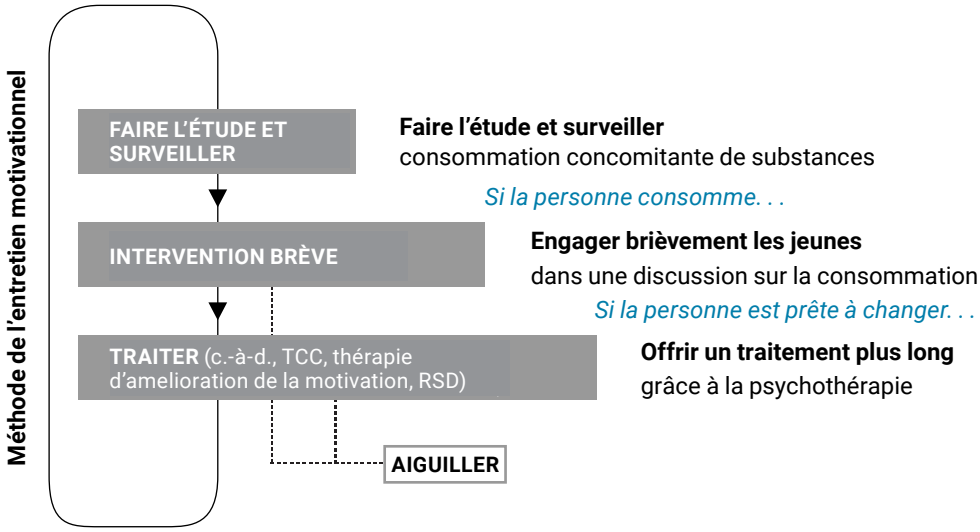
Illustration 9. Évaluation et surveillance de la consommation de substances concomitantes

4.2 Points saillants

- Il est important d'évaluer la consommation actuelle et antérieure de substances, en particulier chez les jeunes qui viennent voir des professionnels de la santé mentale en milieu scolaire.
- De brefs outils normalisés ont été validés pour être utilisés auprès des jeunes et qui peuvent être utilisés dans le cadre d'interventions en milieu scolaire.
- Le CUDIT est un outil de dépistage auto-administré du domaine public et disponible pour les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire.

4.3 L'entretien motivationnel et le modèle transthéorique

Illustration 10.



Les méthodes d'entretien motivationnel (EM) sont les plus couramment utilisées dans la recherche interventionnelle (voir l'Annexe H pour une fiche-conseil sur l'entretien motivationnel). Ces méthodes sont fondées sur la communication sans jugement qui a pour but d'accroître et de susciter la motivation au changement et le changement de comportement subséquent. L'EM y parvient en résolvant l'ambivalence et en créant une motivation intrinsèque pour le changement, plutôt que de se concentrer sur des motivations externes (comme les punitions, les conséquences ou les récompenses de la famille, de l'école ou du système judiciaire) [87]. Les **principes** de l'EM sont définis par l'instruction mnémonique, RCÉD [88] :

RCÉD

- **R**econnaître et résister à l'envie de corriger ou d'informer (le réflexe du redressement, ou notre besoin inné de corriger les clients et de prescrire des solutions).
- **C**omprendre le point de vue de l'élève.
- **É**couter en réfléchissant à l'expérience de l'élève de sa propre consommation.
- **D**onner au client les moyens d'explorer le changement.

Les cliniciens qui opèrent dans le cadre d'une méthode de l'EM utilisent les **compétences** définies par l'approche pneumonique, QARR [88].:

OARR

- **Questions ouvertes**
- **A**ffirmations (reconnaitre leurs compétences actuelles ou les étapes qui mènent au changement)
- **R**éflexions (empathie précise et reflétant ce qu'ils ont dit et/ou ce qu'ils peuvent vivre – même s'ils ne l'ont pas vocalisé)
- **R**ésumés (aident à organiser les pensées et à mettre l'accent sur la « discussion sur le changement »)

L'EM met l'accent sur l'évocation d'énoncés de la part du client qui reflètent sa motivation et son engagement internes à l'égard du changement, y compris des mesures de changement pouvant faire l'objet d'une action. Les stratégies de l'EM fonctionnent dans le contexte d'une relation clinique de soutien[89].

Exemples de types de discussion sur le changement		Exemples d'énoncés déclencheurs
Entretien préparatoire au changement (DCRB)		
D	**D**ésir « Je/J' *veux/espère/souhaite* pouvoir changer. »	*« Qu'est-ce qui vous donne envie de changer votre consommation? »*
C	**C**apacité « Je *pense* que je peux m'arrêter si je le souhaite. »	*« Si vous décidiez de changer votre consommation, comment pensez-vous que vous vous y prendriez pour le faire? À quel point pensez-vous que ce serait difficile? Avez-vous déjà fait des changements? »*
R	**R**aisons « Si je change ma consommation, ma relation avec mes parents sera *meilleure.* »	*« Qu'est-ce que vous n'aimez pas dans la consommation de cannabis? » (c.-à-d., les inconvénients de la consommation)*
B	**B**esoin « J'ai *besoin* d'apporter des changements sinon ma copine va me laisser. »	*« Que se passerait-il si vous réduisiez ou arrêtiez de consommer du cannabis? »*
Mobiliser le dialogue sur le changement (EAP)		
E	**E**ngagement « Je *vais/compte arrêter* de consommer avant d'aller me coucher. »	*« Quel est votre objectif pour votre consommation de cannabis, si vous en avez un? Comment comptez-vous atteindre cet objectif ou apporter des changements? »*
A	**A**ctivation « Bien que j'en aie encore à la maison, je n'ai pas fait de réapprovisionnement au cours de la semaine dernière. »	*« Qu'êtes-vous prêt à faire maintenant? »*
P	**P**rendre des mesures « J'ai arrêté de consommer pendant la journée scolaire. »	*« Quelle est la prochaine étape? »*

Au cours de l'EM, vous entendrez le terme *« progresser avec la résistance »*, qui est un encouragement à reconnaître l'état de préparation d'une personne au changement plutôt que de se battre avec une personne pour la convaincre de changer. L'objectif de l'EM est de créer un partenariat collaboratif qui facilite une exploration commune du changement. Il s'agit d'un lien naturel entre l'utilisation de la CIBLE et du modèle transthéorique du changement.

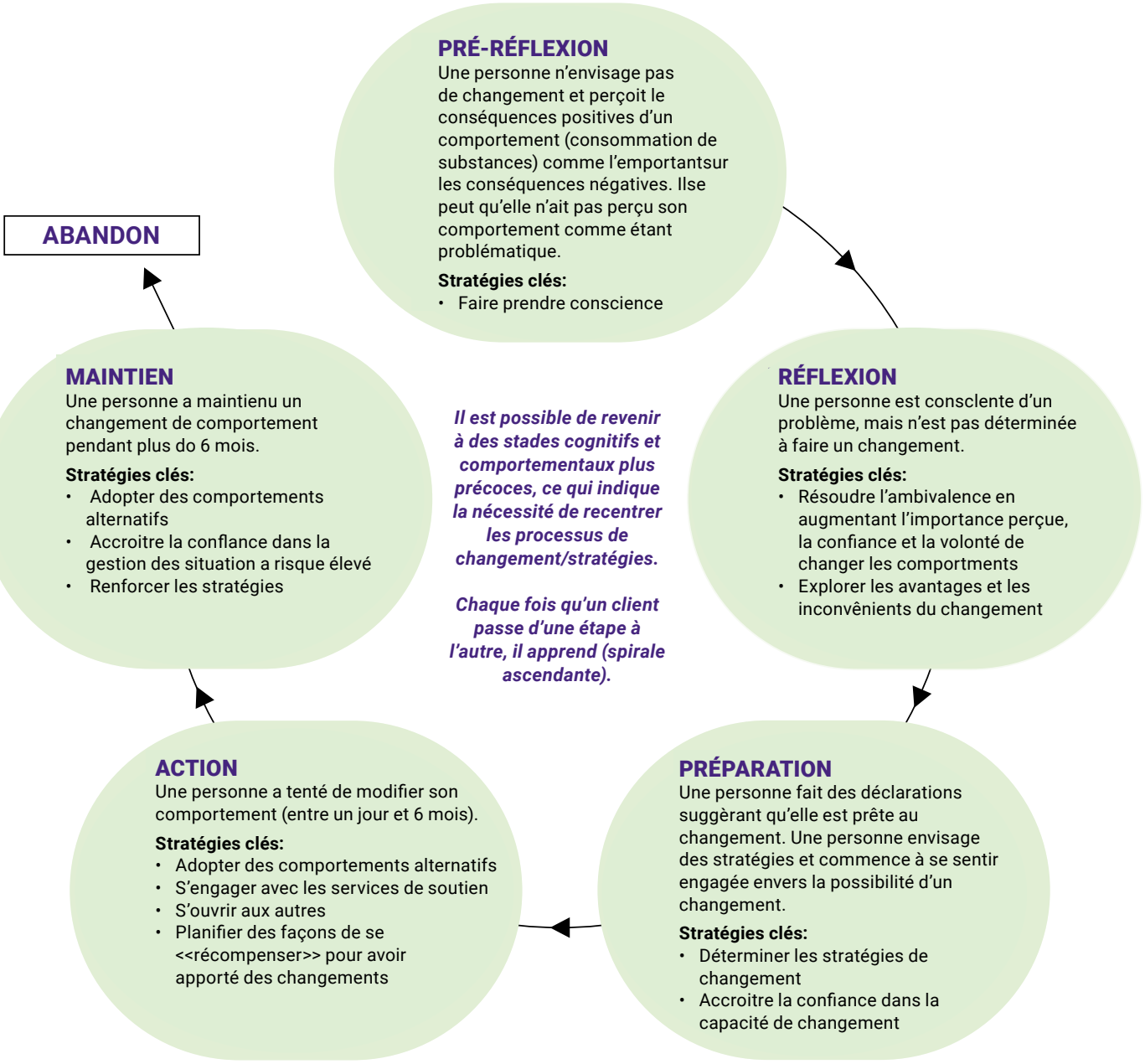
4.3.1 Modèle transthéorique du changement

Une étape essentielle quand on travaille avec une personne qui consomme des substances est de comprendre quand elle est **prête à changer**. Trop souvent, nous supposons qu'une personne qui consomme des substances voudra se fixer un objectif d'abstinence et pourra mettre en œuvre une intervention qui ne correspond pas à son expérience ou à son objectif [90]. L'hypothèse selon laquelle on ne peut rien pour une personne qui n'est pas prête à changer sa consommation de substances est tout aussi problématique. Le mythe selon lequel une personne doit « admettre qu'elle a un problème » de consommation de substances avant d'obtenir de l'aide peut avoir un effet négatif sur notre capacité de communiquer avec les consommateurs de drogues.

Le modèle transthéorique de changement (aussi appelé modèle des étapes du changement) est largement accepté comme une approche directrice utile dans le domaine des dépendances[91]. Ce modèle permet de comprendre dans quelle mesure une personne peut être prête à envisager de modifier son comportement et de déterminer le domaine d'intérêt pour chaque étape de la préparation. Il peut également être utilisé pour d'autres changements de comportement et constitue un complément à l'approche cognitivo-comportementale et aux stratégies d'entretien motivationnel dont il sera question dans cette ressource. Comprendre les étapes du changement d'un élève lié à un comportement problématique comme la consommation de substances aidera un professionnel de la santé mentale en milieu scolaire à déterminer comment utiliser la thérapie comportementale cognitive et les stratégies d'entretien motivationnel.

Le modèle transthéorique du changement explique que le changement se produit en six étapes :***pré-réflexion***, ***réflexion***, ***préparation***, ***action***, ***maintien***, et ***abandon*** [91] (voir l'illustration 9). Il est important de reconnaître qu'il ne s'agit pas d'un processus linéaire et que les individus reviendront souvent aux étapes antérieures (comme l'indique l'image ci-dessous) [91]. Il est important de noter que les individus peuvent se trouver à un stade différent de changement selon le comportement (et les substances). Ainsi, un élève peut être au stade de la *pré-réflexion* pour sa consommation de cannabis et au stade de *Préparation* pour sa consommation d'alcool. Pour chaque étape du changement, différentes stratégies d'intervention sont jugées efficaces pour aider une personne à passer à l'étape suivante du changement (voir les Annexes F, G et H). Il est également important de noter que le changement de comportement lié à la consommation de substances peut ne pas être axé sur un objectif d'abstinence.

Illustration 11. Modèle adapté des étapes du changement

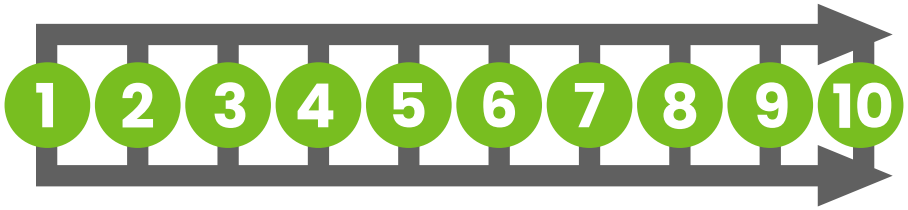


Vous pouvez évaluer l'état de préparation au changement d'un élève à l'aide de votre jugement clinique et par le type de conversation avec l'élève :

DISCOURS DE CHANGEMENT		DISCOURS DE MAINTIEN
p. ex. J'aimerais… Je pourrais… C'est important parce que… Je dois… Je vais…Je suis prêt(e)…J'ai essayé… Je suis en train de… »)	**Versus**	p. ex. Vous ne comprenez pas… Je ne suis pas prêt(e)…J'ai déjà essayé mais ça n'a pas marché…Je ne vois pas l'intérêt…Il n'y a pas de raison…

Vous pouvez également demander directement à l'élève dans quelle mesure il croit important de changer sa consommation, dans quelle mesure il est prêt à faire un changement et dans quelle mesure il est confiant dans sa capacité à changer. Vous pouvez poser ces questions directement aux élèves à l'aide des échelles de disposition au changement[88] (voir G pour une feuille de travail sur l'échelle de disposition au changement) :

Illustration 12. Échelle de disposition au changement



Une fois qu'un élève vous donne sa réponse sur l'échelle, il peut être utile de discuter de la raison d'être de son auto-évaluation. Après avoir évalué son état de préparation au changement, il est important d'aligner votre approche avec l'étape du changement ou de « vous aligner avec l'élève » (voir l'Annexe I pour plus de détails sur l'adaptation des approches à cette étape du changement).

1. Dans quelle mesure est-il **important** pour vous de changer votre consommation de cannabis en ce moment?

2. Dans quelle mesure êtes-vous **prêt(e)** à changer votre consommation de cannabis en ce moment?

3. Dans quelle mesure êtes-vous **confiant(e)** quant à la possiblilité d'apporter un changement à votre consommation de cannabis?

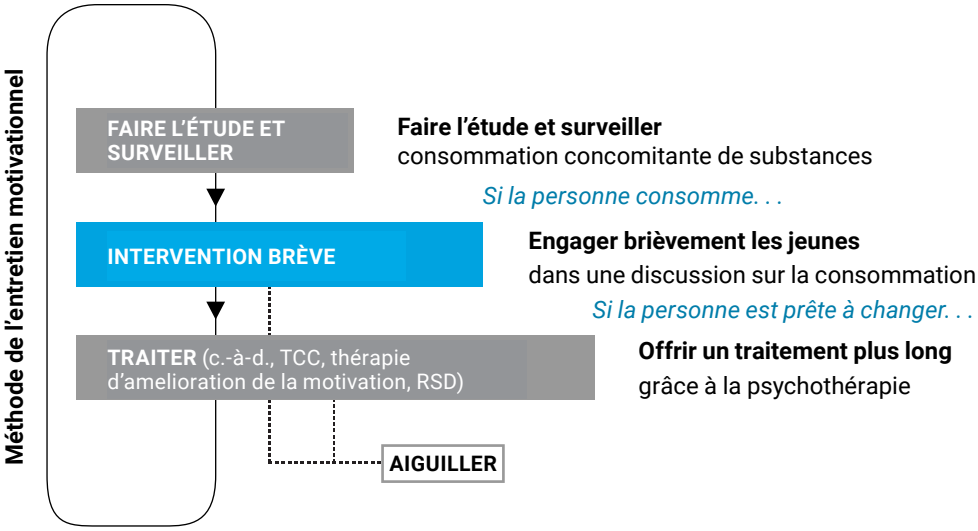
Vous avez dit que votre taux de confiance est de 3 sur 10. Qu'est-ce qui vous fait dire 3 au lieu de 0?…Que doit-il se passer pour que vous vous sentiez à 10?

4.3 Points saillants

- L'entretien motivationnel pour travailler avec les élèves qui consomment du cannabis démontre de l'empathie et reconnaît l'autonomie individuelle dans l'établissement d'objectifs.
- Abordez vos conversations sans porter de jugement et avec curiosité.
- Lorsque vous travaillez avec un élève pour explorer la possibilité d'un changement, vous pourrez : (1) suggérer un discours de changement et y réfléchir et (2) demander l'autorisation de proposer des informations, des commentaires et des conseils qui sont adaptés à l'étape du changement de l'élève et liés à sa consommation de substances.
- Lorsque vous vous engagez avec un élève à explorer la possibilité d'un changement, vous aurez l'occasion de donner des informations, de la rétroaction et des conseils adaptés à l'étape de changement de l'élève en ce qui concerne sa consommation de substances.

4.4 Brèves interventions motivationnelles

Illustration 13.



Une intervention brève est souvent définie comme une intervention qui dure 1 à 2 sessions. La plupart des interventions brèves les plus courantes pour gérer la consommation de cannabis chez les jeunes sont des interventions d'une seule session, en personne, souvent offertes dans des écoles qui ont recours à l'EM ou à la thérapie d'amélioration de la motivation. Ces brèves interventions ont démontré une réduction faible mais significative des symptômes du trouble lié à la consommation de cannabis et une augmentation de l'abstinence lors du suivi à court terme [92]. Cela démontre que **les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent aider les élèves qui consomment du cannabis, même avec des contraintes de temps**.

4.4.1 Explorer les avantages et les inconvénients de la consommation

L'exploration des **avantages et les inconvénients** de la consommation, souvent appelé exercice d'équilibre décisionnel, consiste à discuter des avantages et des inconvénients à la fois de consommer du cannabis et de changer sa consommation de cannabis. En général, cette discussion implique de travailler à travers la matrice suivante :

Les bonnes choses à propos de la consommation	**Les moins bonnes choses à propos de la consommation**
Les coûts liés au changement	**Les avantages tirés des changements**

Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire sont encouragés à travailler à travers les quadrants de cette matrice en explorant d'abord les avantages de la consommation (ou les « bonnes choses »), puis les coûts de l'utilisation (les « moins bonnes choses »). Il peut s'agir d'une feuille de travail (Annexe J) ou d'un dessin à faire avec un élève lors d'une rencontre. En réalisant cet outil ensemble, vous aurez l'occasion de discuter de la fonction de la consommation de cannabis en vous renseignant sur les avantages qui en découlent. De plus, cette discussion permet à un professionnel de la santé mentale en milieu scolaire d'envisager des moyens d'accroître la motivation pour apporter des changements en permettant à l'élève d'envisager les coûts de sa consommation en des termes plus clairs. Lorsque vous examinez les inconvénients, approfondissez la question et essayez d'obtenir du client plus d'inconvénients que ce qui est indiqué.

Trop souvent, on se concentre sur la mesure dans quelle les choses s'amélioreront si une personne change sa consommation de substances (la réduit ou s'en abstient). Cet outil favorise un dialogue transparent sur les coûts perçus ou ceux du changement, ce qui est un travail essentiel dans la phase de la réflexion. Les coûts perçus du changement peuvent révéler des domaines d'intérêt pour développer certaines habiletés à l'aide de stratégies de TCC. Si une personne est au stade de la *pré-réflexion*, on suggère de se concentrer uniquement sur les avantages et les inconvénients de la *consommation* et de ne pas discuter des coûts/avantages liés au *changement* (puisqu'elle n'est pas en train d'envisager le changement et qu'elle aura probablement de la difficulté à déterminer les avantages du changement, même avec des questions-guide – et à augmenter sa résistance). De plus, les personnes aux stades *ultérieurs du changement* n'auront peut-être pas du tout besoin de travailler sur cette matrice (puisqu'elles sont déjà prêtes à changer).

Exemple :

Les bonnes choses à propos de la consommation Facteurs sociaux Mes amis le font Ça me détend Ça m'aide à dormir	**Les moins bonnes choses à propos de la consommation** Argent Disputes à la maison
Les coûts liés au changement Je risque de perdre des amis Difficultés à dormir Sentiment d'appartenance	**Les avantages des changements** Davantage d'argent – pour obtenir un permis, sortir plus, etc. De vieux amis que je pourrais voir plus souvent (ils n'en consomment pas autant) Se souvenir de plus de choses à l'école et y aller plus souvent

Calculez le coût de la consommation et ajoutez le montant à la matrice

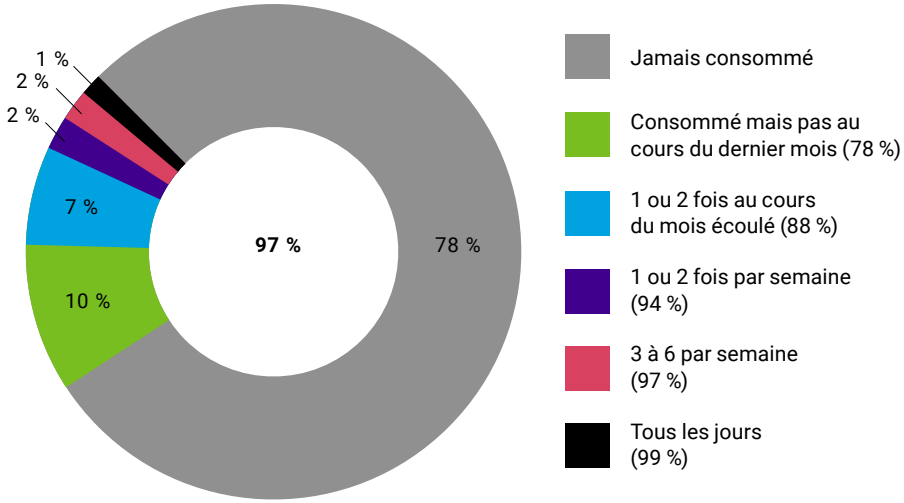
Posez des questions pertinentes – quel est l'impact sur les relations familiales, etc.

Remarque : Si nécessaire, en raison de contraintes de temps pour rencontrer les élèves à l'école, cette tâche peut être effectuée en dehors de la session et peut être examinée plus en détail lors d'une prochaine session.

4.4.2 Fournir une rétroaction normative

L'information et la rétroaction personnalisée peuvent inclure le **référencement des normes** lorsqu'un professionnel de la santé en milieu scolaire fournit de l'information qui peut mettre en contexte la consommation de l'élève avec ses pairs. Cela peut aider une personne à passer du stade de la pré-réflexion à la réflexion. En ce qui concerne le cannabis, le fait de fournir des données sur la consommation par les pairs peut aider à dissiper la croyance que « tout le monde consomme », ce qui peut contribuer au processus de prise de conscience (voir l'illustration 11 pour un exemple et l'Annexe K pour des données normalisées selon l'année scolaire, le sexe et le genre.[11]).

Illustration 14. Exemple d'une rétroaction normative. « Vous avez dit que vous consommiez du cannabis 4 fois par semaine. Vous êtes donc le groupe orange. Cela signifie que, comparativement à tous les élèves de la 7e à la 12e année de l'Ontario, vous consommez du cannabis plus fréquemment que 97 % des autres élèves »



4.4.3 S'engager dans l'établissement d'objectifs

Avant de **fixer des objectifs**, il est utile d'évaluer l'état de préparation au changement des élèves à l'aide des échelles de disposition au changement et de « se mettre au niveau de l'élève ». Après avoir fourni un bref résumé de votre discussion avec l'élève (pour et contre, commentaires normatifs), vous voudrez peut-être lui demander :

Il peut être utile de discuter des recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque. La méthode de l'EM suggère de demander à un élève de partager de l'information plutôt que de procéder sans qu'il soit intéressé ou sans obtenir la permission de fournir de l'information. Si l'élève exprime le désir d'apporter des changements, sa consommation de substances peut devenir un objectif pour un traitement continu. Si l'élève déclare qu'il ne souhaite pas apporter de changements pour le moment, il peut être utile de lui demander :

> En ce moment, où en êtes-vous avec votre consommation de cannabis? Pensez-vous que vous voulez apporter des changements, ou êtes-vous satisfait avec votre situation actuelle?

« À quel moment voudriez-vous apporter un changement? »

ou

« Qu'est-ce qui pour vous constituerait un signal qu'un changement de consommation pourrait être envisageable?» (Par exemple, si vous entrez à l'université et que vous commencez à manquer des cours, si vous commencez à avoir des problèmes avec vos amis à cause de votre consommation de cannabis etc.)

Si vous rencontrez un élève au fil du temps, il peut être utile de revoir comment l'élève perçoit l'importance de changer sa consommation de cannabis et son état de préparation et sa confiance pour faire de petits pas. Il peut y avoir un mouvement dans l'une ou l'autre direction. L'objectif de l'entretien motivationnel est d'accroître ***l'importance perçue du changement*** (par le biais de la psychoéducation et en soulignant l'impact de la consommation); d'accroître la ***réceptivité au changement*** (en mettant en évidence leurs « discussions sur le changement » et en signalant la discordance entre ce qu'ils disent vouloir et leurs comportements actuels, par exemple, je veux être plus proche de mes parents... mais ma consommation de cannabis cause des problèmes avec mes parents), et accroître la ***perception d'auto-efficacité*** pour le changement (en augmentant la capacité d'adaptation et en fournissant un renforcement positif de la capacité de changement).

4.4 Points saillants

- Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent brièvement engager l'élève dans une conversation sans porter de jugement sur sa consommation.
- Les stratégies comprennent l'exploration des avantages et des inconvénients de sa consommation, de la communication, de la rétroaction normative et de la participation à l'établissement d'objectifs précis.
- Ces approches, bien que brèves, peuvent faciliter la réduction des risques et les améliorations en matière de consommation de cannabis et de préoccupations connexes.
- La méthode de l'EM peut être utilisée tout au long du traitement pour les problèmes de consommation et d'autres problèmes de santé mentale liés au changement de comportement (c.-à-d., en suivant la RCÉD et en incitant les élèves à parler du changement).

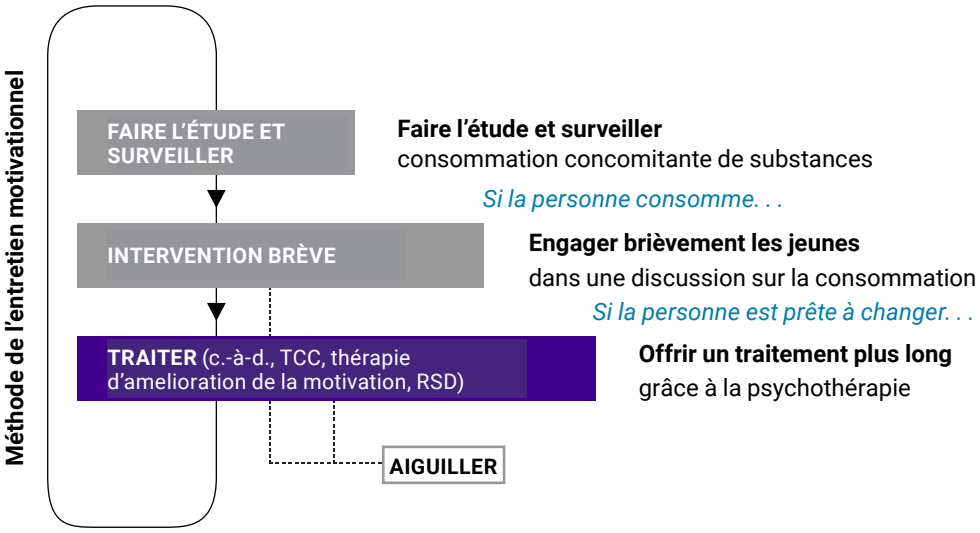
L'Organisation mondiale de la santé fournit des questions précises pour aider à guider la création d'objectifs précis en matière de consommation de substances, notamment :

1. À quelle fréquence allez-vous consommer des substances?
2. Combien consommerez-vous chaque jour?
3. Combien de jours sans cannabis aurez-vous par semaine ou par mois?
4. Combien en consommerez-vous par semaine ou par mois?
5. Quelles sont les situations à risque élevé où vous éviterez d'en consommer?
6. Comment allez-vous consommer du cannabis (c.-à-d., fumer, consommer des aliments, etc.)?
7. Comment allez-vous réduire le risque de préjudice?

Guide complet ici : https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Substance_Use_Guide.pdf

4.5 L'utilisation de la TCC dans les écoles pour répondre à la consommation de cannabis et à d'autres problèmes de santé mentale

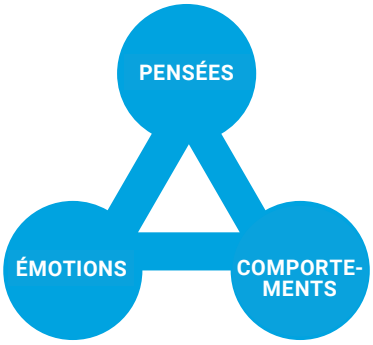
Illustration 15.



« Vos émotions suivent vos pensées de la même façon que les canetons suivent leur mère. Mais le fait que les canetons la suivent en toute confiance ne prouve pas que leur mère sait où elle s'en va. » **-David Burns**

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une intervention thérapeutique fondée sur des données probantes qui se concentre sur des pensées, des émotions et des comportements qui sont interconnectés et associés à des comportements à problèmes (consultez l'illustration 12 pour une représentation du « triangle de la thérapie cognitivo-comportementale ») [93, 94].
À l'aide de cette thérapie, les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent soutenir les élèves afin qu'ils apprennent à reconnaître, à explorer et à modifier leurs pensées, leurs attitudes, leurs croyances et leurs hypothèses reliées à leur consommation de substances et à d'autres réactions problématiques à des situations particulières [95]. Dans le contexte de la consommation de substances, commencer avec le comportement de la consommation peut être tout naturellement l'endroit où commencer dans le triangle.

Illustration 16. Le triangle de la thérapie cognitivo-comportementale



Si les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire utilisent déjà la thérapie cognitivo-comportementale, ils peuvent intégrer un volet sur la consommation de substance de différentes façons. La consommation de substances fait intervenir des pensées automatiques qui peuvent ne pas aller de soi. Travailler auprès d'un élève afin de l'aider à cerner les situations qui se produisent avant sa consommation offre une occasion de l'aider à explorer les pensées qui peuvent déclencher sa consommation. Ceci peut en partie les aider lorsqu'on travaille avec des élèves qui sont en voie de modifier leur consommation, qui ont augmenté la quantité qu'ils consomment, la manière dont ils consomment est à plus haut risque ou qui consomment des substances qu'ils auraient évitées auparavant.

Si un élève semble prêt à réduire ou à modifier sa consommation de cannabis, des stratégies de thérapie cognitivo-comportementale peuvent être une bonne approche pour l'aider dans son exploration. Ces stratégies seront expliquées à la prochaine section.

Questions à poser pour cerner les **comportements** :

- *Qu'est-ce que je vous verrais faire si je vous regardais sur un vidéo?*
- *Avec qui étiez-vous? Quel type de cannabis consommiez-vous? Quelle heure était-il? Où étiez-vous?*

Questions à poser pour cerner **les impressions et les émotions** :

- ***En un seul mot**, comment pouvez-vous décrire la façon dont vous vous sentiez avant de consommer du cannabis ?*
- *Avec quelle intensité ressentiez-vous cette humeur, cette émotion ou cette impression?*

Questions à poser pour cerner **les pensées** :

- *Qu'est-ce qui vous passait par la tête juste avant de commencer à consommer du cannabis?*
- *Qu'est-ce que vous vous disiez à vous-même en consommant du cannabis?*
- *Que signifie consommer du cannabis pour vous? Votre vie? Votre avenir?*
- *Qu'avez-vous peur qu'il puisse arriver? Quelle est la pire chose qui pourrait arriver si cela était vrai?*

Pourquoi utiliser la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)?

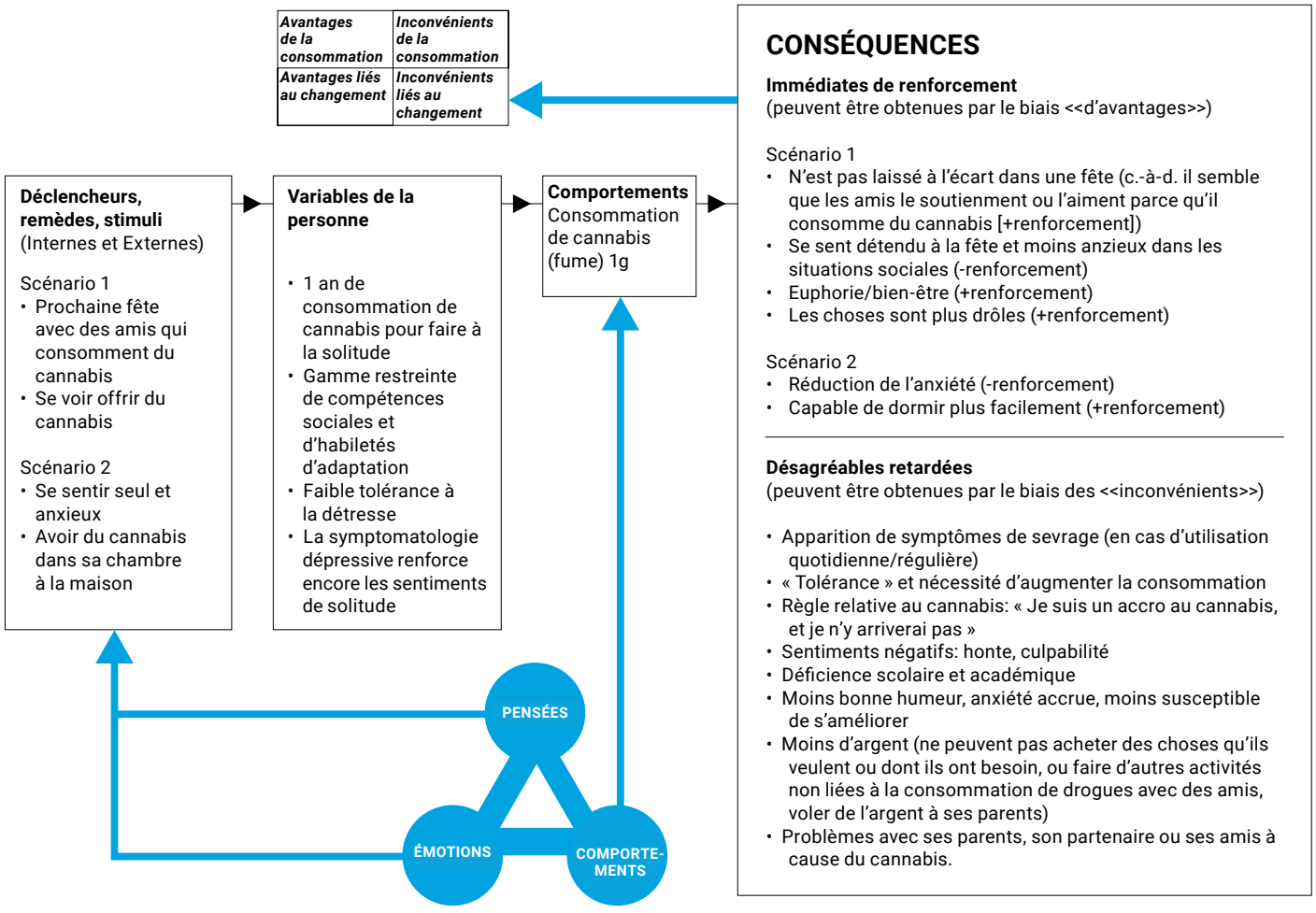
- La TCC est structurée;
- La TCC est limitée dans le temps;
- La TCC est centrée sur les problèmes et orientée vers un objectif;
- La TCC enseigne des stratégies et des compétences;
- La TCC est fondée sur relation thérapeutique proactive et partagée entre le thérapeute et le client.

4.5.1 Analyse fonctionnelle de la consommation de cannabis

Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent explorer les substances qui sont consommées, de quelles façons elles sont consommées et apprendre avec les élèves où, quand et pourquoi ils consomment. Ceci peut comprendre de créer une analyse fonctionnelle de la consommation de substance des élèves qui porte sur :

- Les déclencheurs, les indices, les stimuli (internes et externes) qui précèdent la consommation de cannabis.
- Les caractéristiques sociodémographiques et environnementales personnelles qui accroissent leur vulnérabilité à la consommation de cannabis.
- Des conséquences immédiates qui renforcent le comportement de la consommation de cannabis (peut être obtenu par des « avantages »).
- Des conséquences désagréables retardées à la consommation de cannabis (peut être obtenu par des « inconvénients »).

Illustration 17. Exemple d'analyse fonctionnelle



Exemple de questions à poser portant sur des antécédents de consommation ou des déclencheurs[96] :

- « Quand, ou dans quelle situation, consommez-vous du cannabis? »
- « Qu'est-ce qui se passe juste avant que vous consommiez du cannabis? »
- « Si vous pensez à la dernière fois que vous avez consommé du cannabis, que se passait-il alors? »
- « Est-ce que cela se produit habituellement lorsque vous êtes entouré d'autres personnes ou que vous êtes seul? »
- « Avant de consommer du cannabis, avez-vous habituellement certaines pensées ou certaines impressions? »
- « Avant de consommer du cannabis, pensez-vous à ce qui pourrait arriver si vous en consommez? »

Remarque : cela peut aider les élèves à reconnaître les situations à haut risque pour la consommation qui peuvent ensuite être utilisées pour se fixer des objectifs et cibler des stratégies permettant de gérer les déclencheurs ou de les éviter.

Exemples de questions à poser portant sur les conséquences de la consommation de cannabis (avantages et inconvénients)[96] :

- « Qu'est-ce qui se passe juste avant que vous consommiez du cannabis? »
- « Que vous apporte la consommation de cannabis? »
- « Lorsque vous consommez du cannabis, êtes-vous conscient de changements dans la façon dont vous vous sentez? »
- « Si vous consommez avec d'autres personnes, de quelle façon réagissent-elles lorsque vous le faites? »
- « Y a-t-il des occasions où vous ne consommez pas? Si oui, que se passe-t-il alors et en quoi cela est-il différent? »
- « Est-ce qu'il se passe des choses par après, causées par le fait que vous avez consommé du cannabis? »

Nota : Ces questions peuvent être posées dans le contexte d'exploration des avantages et des inconvénients décrits ci-dessus à l'aide d'une méthode de l'EM.

Voir l'Annexe L pour un exemple d'analyse fonctionelle.

4.5.2 Cerner les déformations de pensée associées à la consommation de cannabis

Similaires aux autres comportements, les pensées associées aux problèmes de consommation peuvent aussi être liées à des règles ou des suppositions inutiles ou à des déformations cognitives ou de la pensée qui peuvent accroître la probabilité de consommer. Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent aider un élève à cerner et contester ces déformations de sa pensée. Une partie de l'analyse fonctionnelle décrite ci-dessus cible les pensées potentielles associées à la consommation de cannabis. Tout comme avec la thérapie cognitivo-comportementale, ces professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent aider les élèves à cerner et contester la déformation de leurs pensées en lien avec le cannabis. Voyez plus bas pour un exemple de formulaire de surveillance des pensées et consultez l'Annexe M pour obtenir une grille d'analyse.

Exemple de formulaire de surveillance de la pensée.

Situation dans laquelle un élève a consommé du cannabis	Émotion et intensité (0-100)	Pensées, croyances et interprétations	Pensées alternatives (« faits »)	Pensées bien balancées
Exemple. Une fête avec des amis	Nerveux/inquiet (70 %)	Les gens ne m'aimeront pas si je ne consomme pas de cannabis (pensée dichotomique).	Mes amis se tiennent encore avec moi lorsque je ne consomme pas de cannabis. Certains de mes amis ne consomment pas de cannabis et sont toujours dans notre groupe d'amis.	Je ne passe peut-être pas autant de temps avec mes amis qui consomment du cannabis à la fête ce soir, mais ils sont quand même mes amis et ils se tiendront avec moi une fois qu'ils auront terminé.

4.5.3 Enseigner des stratégies permettant de gérer les impressions et les pensées qui peuvent déclencher la consommation

Après avoir cerné certaines pensées et certaines impressions qui sont liées à la consommation de cannabis des élèves, les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent déterminer des cibles de traitements ou des occasions d'enseignement psychoéducatif. Comme nous l'avons décrit de façon similaire pour l'EM, il peut être utile d'éliciter ce que les élèves ont fait correctement (si tel est le cas) en ce moment ou par le passé afin de modifier leur consommation de cannabis. On peut aussi appliquer cette technique à l'évaluation de leurs stratégies d'adaptation actuelles en lien avec des déclencheurs spécifiques associés à leur consommation qui ont été ciblés par l'analyse fonctionnelle ou par les pensées qu'ils ont notées.

Exemples de questions à poser portant sur l'évaluation de efficacité des stratégies d'adaptation [96] :

- « Avez-vous déjà essayé de réduire ou de cesser votre consommation de cannabis par le passé? Si tel est le cas, qu'avez-vous essayé pour réduire ou cesser votre consommation de cannabis? Est-ce que cela a fonctionné? »
- « Comment vous adaptez-vous aux situations difficiles? Lorsque vous le faites, est-ce cela vous aide? Est-ce que cette façon de vous adapter vous cause d'autres problèmes? »

À partir des réponses à ces questions, les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent renforcer et soutenir les habiletés et les capacités actuelles des élèves (méthode de l'EM) et ensuite les aider à poursuivre le développement de leurs habiletés (avec leur permission, à l'aide de la même méthode). Ceci peut vouloir dire de pratiquer des stratégies permettant de se retirer d'une situation ou de refuser de consommer.

4.5.4 Créer des occasions pour des activités alternatives

Les élèves peuvent cerner les activités qui déclenchent la consommation – comme aller à une fête. En accord avec les données probantes émergentes associées à l'examen d'activités alternatives de renforcement sans drogue, les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent aider les élèves à trouver et à créer des occasions pour faire des activités autres que la consommation de substances.

« ...les traitements devraient aller au-delà de la réduction ou de la cessation de la consommation de substance afin de cibler un meilleur accès et de plus longues périodes de temps consacrées à des expériences qui seront agréables ou enrichissantes pour les clients. » **–McKay, 2017 Addiction** *[en anglais]*[81]

Ces activités alternatives devraient offrir des récompenses ou des expériences agréables. Faciliter ou souligner ces activités peut aider les adolescents à atteindre une réduction à long terme de leur consommation de substances – nous pouvons les aider à trouver des agents renforçeurs naturels permettant de réduire ou de cesser leur consommation. Certaines de ces alternatives peuvent comprendre :

- **Élaborer et maintenir des réseaux sociaux sains.**
- **Participer à des activités récréatives sans consommation de substances (p. ex. exercice, activités créatives, clubs).**
- **Connaître la réussite scolaire (et plus tard, en milieu de travail).**

4.5 Points saillants

- Comme d'autres actions, la consommation de cannabis est liée aux pensées et aux émotions.
- Les stratégies pour explorer le lien entre les pensées, les émotions et les actions liées à la consommation de cannabis englobent :
    - Des **analyses fonctionnelles** qui peuvent être utilisées pour comprendre le qui, quoi, quand, où et pourquoi de la consommation de cannabis.
    - Le **suivi de la pensée** et des difficultés.
    - Des **compétences pédagogiques pour gérer** les pensées et les déclencheurs émotionnels.
    - L'exploration d'**autres activités**.

4.6 Organisation des contingences, activités alternatives et exploration des valeurs

La stratégie de renforcement sans drogue la plus étudiée est l'**organisation des contingences.** L'organisation des contingences offre généralement des incitatifs financiers dans le but de maintenir l'abstinence (habituellement confirmée par des mesures objectives, comme des analyses d'urine). Les données probantes actuelles suggèrent que si une personne qui fait face à des problèmes liés à la consommation de cannabis ne répond pas bien à l'EM, à la thérapie d'amélioration de la motivation ou à la thérapie cognitivo-comportementale, l'organisation des contingences devrait être prise en considération [77, 78]. Il a été démontré dans plusieurs essais cliniques que cette technique augmente l'abstinence à court et long terme chez les adolescents [97]. Cependant, offrir un renforcement financier n'est pas une stratégie réaliste pour les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire et moins répandu au Canada (la plupart de ces interventions ont été réalisées aux États-Unis). Malgré tout, **trouver des moyens de renforcer positivement la réduction ou l'abstinence face à la consommation de substances** peut quand même être fait à l'aide de moyens alternatifs et plus réalistes.

Comme nous l'avons décrit précédemment, les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent aider les élèves à cibler et à participer à ces activités alternatives sans consommation de substances. Ces activités peuvent offrir un renforcement positif aux élèves en fournissant des moyens amusants de passer le temps et d'interagir avec d'autres adolescents qui n'éprouvent pas le besoin de consommer de substances. De plus, ces professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent offrir des confirmations ou des félicitations verbales pour les efforts que les élèves font (ou ont faits) afin de réduire leur consommation.

Qui plus est, il peut être utile de soutenir les adolescents dans **la détermination de leurs intérêts, de leurs valeurs et de leurs objectifs de vie et d'orienter leur existence en conséquence.** Des travaux de recherche émergents suggèrent que déterminer leurs valeurs, leurs objectifs et les étapes à franchir pour les atteindre peut aider les adolescents à réduire leur consommation de substances [98, 99]. Souvent, ces stratégies sont comprises dans des interventions motivationnelles brèves (c.-à-d., dans une récente revue systématique de la littérature, 68 % des interventions motivationnelles brèves comprenaient une forme ou une autre d'exploration des valeurs)[92]. L'exploration et la discussion des valeurs sont aussi comprises dans la CIBLE (Cliniciens et cliniciennes : intervention brève dans les écoles) que les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire utilisent pour d'autres difficultés. Pour pousser encore plus le lien entre les valeurs et les objectifs de vie avec la consommation de substances, il peut être utile de poser la question aux adolescents *« Comment votre consommation de substances affecte-t-elle vos valeurs et vos objectifs (si tel est le cas)? » et « Si vous décidiez de réduire ou de cesser votre consommation, de quelle façon cela pourrait-il influencer votre capacité à vivre selon vos valeurs et atteindre vos objectifs? »*

4.6 Points saillants

Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent utiliser des stratégies de gestion des urgences, notamment :

- Trouver des moyens de renforcer de manière positive la réduction ou la non-consommation de substances.
- Aider l'élève à s'identifier et à vivre en accord avec ses intérêts, ses valeurs et ses objectifs de vie.

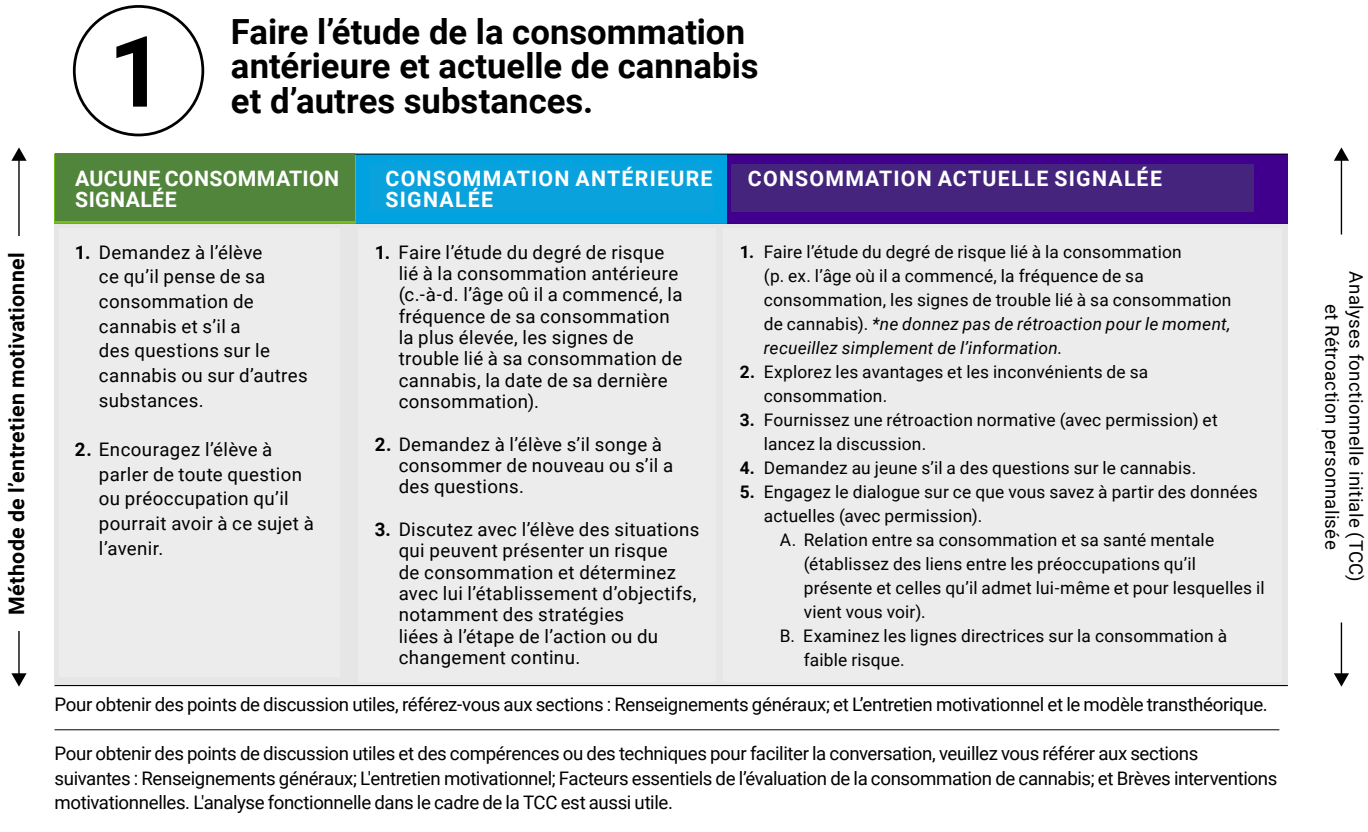
5

Sommaire et organigramme clinique

Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire vont souvent voir des élèves qui consomment du cannabis (et d'autres substances). Chez les adolescents, la consommation de substances est associée à des préoccupations de santé mentale et à des problèmes de développement et de fonctionnement sains. La consommation co-occurrente de substances peut être liée à une faible réponse des élèves au traitement conseillé par les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire.

Le présent guide fournit des renseignements et des outils utiles à ces professionnels de la santé mentale en milieu scolaire afin de : (1) évaluer et surveiller la consommation co-occurrente de substances et les problèmes de consommation de substances; (2) entreprendre des méthodes d'entretien motivationnel et de psychoéducation avec tous les élèves qui mentionnent consommer des substances (intervention brève); (3) traiter de façon concurrente les problèmes de consommation de substances et les préoccupations de santé mentale à l'aide d'outils et de techniques existants utilisés par ces professionnels (c.-à-d., des approches d'entrevues motivationnelles et de thérapies cognitivo-comportementales); (4) cibler les adolescents à haut risque et faciliter l'aiguillage vers les services appropriés. Voir l'illustration 18 pour un organigramme clinique permettant d'aider les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire à aborder la manière d'évaluer et de résoudre la consommation de substances des élèves.

Illustration 18. Organigramme clinique



2 Faire l'étude de l'importance, de la confiance et de l'état de préparation au changement.

Référez-vous au **Modèle transthéorique du changement**

Méthode de l'entretien motivationnel

PRÉ-REFLEXION	RÉFLEXION	PRÉPARATION	ACTION
1. Résumez la discussion (p. ex. analyse fonctionnelle préliminaire et état de préparation au changement). 2. Demandez aux jeunes s'il y a quelque chose qui pourrait leur indiquer qu'ils veulent changer à l'avenir. 3. Demandez-leur la permission de vérifier auprès d'eux s'ils consomment de nouveau ces substances lors d'une séance ultérieure. 4. Fournissez de l'informatioin, sans porter de jugement, sur la consommation et les liens possibles avec d'autres problèmes présentés (p. ex. l'anxiété). 5. Lorsque vous offrez des traitements et des compétences liés à d'autres préoccupations, donnez des exemples de la façon dont ils peuvent s'appliquer à la consommation de substances en général.	1. Résumez la discussion (p. ex. analyse fonctionnelle préliminaire et état de préparation au changement). 2. Demandez aux jeunes s'il y a quelque chose qui pourrait leur indiquer qu'ils veulent changer à l'avenir. 3. Dites aux jeunes que les stratégies pour les aider avec leur consommation de cannabis (ou d'autres substances) sont semblables aux stratégies qu'ils apprennent déja au cours de vos séances. S'ils décident qu'ils sont prêt à apporter des changements, vous pouvez commencer à discuter activement du cannabis, en plus d'autres préoccupations, pendant les séances. . Suggérez des outils d'auto-contrôle ou d'auto-évaluation (s'ils sont jugés appropriés sur le plan clinique). . Proposez des activités alternatives ou des stratégies de renforcement sans drogue (si elles sont jugées appropriées sur le plan clinique). 4. Demandez-leur la permission de vérifier auprès s'ils utilisent de nouveau ces produits lors d'une séance ultérieure. 5. Lorsque vous offrez des traitements et des compétences liés à d'autres préoccupations, donnez des exemples de la façon dont ils peuvent s'appliquer à leur consommation de substances.	1. Résumez la discussion (p. ex. analyse fonctionnelle préliminaire et état de préparation au changement). 2. Dites aux jeunes que les stratégies pour les aider avec leur consommation de cannabis (ou d'autres substances) sont semblables aux stratégies qu'ils apprennent déja au cours de vos séances. Demandez la permission d'inclure la consommation de cannabis (et/ou d'autres substances) dans les discussions et les compétences futures. • Suggérez l'auto-contrôle ou des cahiers dexercices. • =Proposez des activités alternatives ou des stratégies de renforcement sans drogue.

3 Incorporez le cannabis (et/ou d'autres substances) dans le traitement subséquent des personnes à l'étape de l'action.

Référez-vous à **L'utilisation de la TCC dans les écoles**

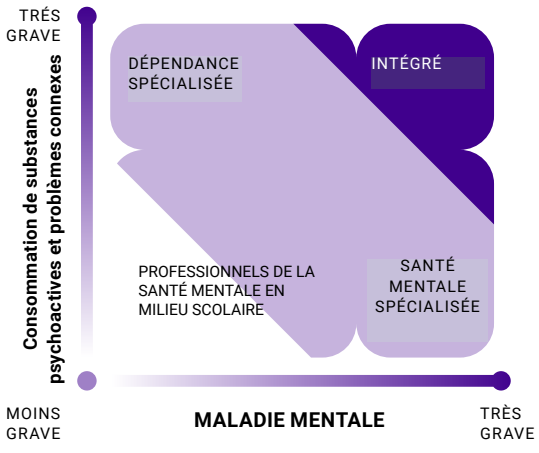
4 Envisagez l'aiguillage vers un fournisseur de soins médicaux communautaires spécialisés et/ou vers programmes de traitement de la consommation de substances ou des troubles concomitants.

Référez-vous à **Explorer les aiguillages**

Voici des indices que l'élève peut avoir besoin d'être aiguillé:

- Sa consommation continue de cannabis entraîne des déficiences graves qui ne s'améliorent pas avec les interventions motivationnelles et cognitives comportementales offertes en milieu scolaire.
- La divulgation de la part de l'élève, de sa famille ou du personnel de l'école indique que ses problème de santé mentale liés à sa consommation de substances s'aggravent (p. ex. psychose pendant ou après la sonsommation, automutilation ou risque de suicide pendant ou après la consommation).
- Consommation régulière d'autres drogues illicites (commes les opioïdes).
- Consommation quotidienne d'alcool présentant des symptômes de troubles liés à la consommation d'alcool (le sevrage de l'alcool peut mettre la vie en danger et la réduction ou l'arrêt de cette consommation doit être surveillé par un professionel de la santé).

continuez à soutenir l'élève selon votre emploi du temps et votre expertise lorsque vous l'aiguillez.



6

Explorer les aiguillages

Les ressources d'aiguillage peuvent varier selon les régions et les équipes de santé mentale des conseils scolaires créent souvent des liens et des ententes de partenariat avec des partenaires communautaires afin de soutenir de meilleures voies vers les soins. Le Document ressource Cercle de soutien de Santé mentale en milieu scolaire Ontario est un guide pour les équipes de direction en santé mentale pour soutenir une approche coordonnée de l'élaboration de plans d'aiguillage qui reflètent les ressources locales et les occasions de chaque conseil scolaire.

Comme détaillés dans ce guide, les élèves recevront souvent des conseils en matière de consommation de cannabis liés à d'autres préoccupations présentes. Plusieurs services communautaires de lutte contre les dépendances (non résidentiels ou patients externes) soutiendront les adolescents qui n'ont pas d'objectif défini de réduction ou d'abstinence et qui emploieront le modèle transthéorique de changement de comportement dans leur approche afin de soutenir un élève qui considère, qui se prépare ou qui fait des changements à sa consommation de cannabis.

Envisagez l'aiguillage vers un fournisseur de soins médicaux communautaires local ou spécialisé qui emploie des programmes de traitement de la dépendance ou des troubles concomitants.

- La consommation continue de cannabis entraîne des déficiences graves qui ne s'améliorent pas avec les interventions comportementales motivationelles et cognitives comportementales pouvant être offertes en milieu scolaire.
- La divulgation de la part de l'élève, de sa famille ou du personnel de l'école indique que les problèmes de santé mentale liés à la consommation de substances s'aggravent (p. ex., psychose pendant ou après la consommation, automutilation ou risque de tentative de suicide pendant ou après la consommation).
- Consommation régulière d'autres drogues illicites (comme les opioïdes).
- Consommation quotidienne d'alcool présentant des symptômes de troubles liés à la consommation d'alcool (le sevrage de l'alcool peut mettre la vie en danger et la réduction ou l'arrêt de cette consommation doit être surveillé par un professionnel de la santé).

Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent accéder aux renseignements communautaires au sujet : des services de traitement, des lignes d'écoute téléphonique, des groupes d'entraide, des centres de détresse et des services familiaux par le biais de ConnexOntario. https://www.connexontario.ca/fr 1-866-531-2600

Les équipes de direction en santé mentale des conseils scolaires sont encouragées à échanger avec les ressources communautaires qui conseillent les adolescents en matière de consommation de substances et de dépendance pour ceux qui ont besoin d'une consultation potentielle, d'aiguillages et de collaboration.

7

Reconnaissance

7.1 Reconnaissance des limites des données probantes

Le cannabis est un sujet complexe. Une grande partie des travaux de recherche actuels portant sur les méfaits potentiels pouvant être corrélés à la consommation de cannabis sont fondés sur la consommation de cannabis **peu importe la sorte** – ne prenant pas en considération la composition, l'âge du début de la consommation, le mode de consommation dans la journée, les méthodes d'approvisionnement, etc. De sorte que la plupart des « risques » potentiels sont fondés sur des travaux de recherche portant sur des produits typiques du cannabis consommés par la population en général (et non spécifique à la personne). De façon similaire, il existe peu de travaux réalisés sur des traitements particuliers aux problèmes de consommation du cannabis, tout spécialement lorsque certaines sous-populations sont étudiées (par exemple, la cooccurrence de la consommation de cannabis, du TDAH et de la dépression chez les adolescents). Le présent guide est basé sur les meilleurs travaux de recherche **disponibles** – mais il est important de reconnaître les limites de cette revue de la littérature. Par contre, en raison de la légalisation et de l'intérêt grandissant de la santé publique et du gouvernement envers les effets de la consommation de cannabis (ses bienfaits comme ses méfaits) et le traitement des problèmes qui y sont reliés, on prévoit ***prochainement un plus grand nombre de travaux de recherche de qualité.***

7.2 Équipe de consultation des documents

Le présent sommaire de données probantes a été créé par Allison Potts, MTS, TSA et Jillian Halladay, BSc, IA, MSc en collaboration et en consultation avec des partenaires provinciaux et des parties prenantes clés.

Nous sommes reconnaissants pour la collaboration et la consultation des personnes suivantes : les cliniciens et les chercheurs affiliés au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH); Catherine Munn, la psychiatre en chef au Centre de bien-être des étudiants de l'Université McMaster et directrice des stratégies de santé mentale à l'Université McMaster; Dr James MacKillop et Dr Michael Amlung du Peter Boris Centre for Addictions Research et du Michael G. DeGroote Centre for Medicinal Cannabis Research de l'université McMaster; Dre Angie Kirby, coordonnatrice clinique au Pinewood Health Centre de Lakeridge Health; une équipe d'informateurs clés des leaders en santé mentale (Patrick Carney, Petra Duschner, Jenny Marino, Michelle Neville) et les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire de l'Ontario par leurs réponses au sondage.

8

Ressources principales

La liste des ressources suivantes offre des renseignements additionnels pour les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire de même que des renseignements qui peuvent être transmis au personnel scolaire, aux adolescent(e)s, aux parents et aux tuteurs(trices). L'inscription sur cette liste ne tient pas lieu de cautionnement. Il est conseillé de réviser les documents, quels qu'ils soient, avant de les transmettre et que les équipes de direction en santé mentale des conseils scolaires mettent en place des occasions et des ressources additionnelles avant de les partager.

Pour davantage de perfectionnement professionnel en matière de cannabis et de consommation de substance :

- Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) offre différentes occasions et ressources de perfectionnement professionnel, dont un cours en ligne nommé *The Fundamentals of Addiction*. La description du cours mentionne que ce cours vise à aider les apprenants à approfondir leur compréhension du comportement de dépendance, lequel comprend, selon le plus récent Manuel diagnostique et statistique, les problèmes de consommations de substances et les problèmes de jeu compulsif. Le cours emploie le modèle de dépendance biopsychosocial plus (BPS+), lequel offre des voies de compréhension multidimensionnelles de ce domaine complexe. Les renseignements à propos de ce cours et d'autres ressources du CAMH peuvent être trouvés à l'adresse : https://www.camh.ca/fr [en anglais]

  Les renseignements concernant le cours The Fundamentals of Addiction peuvent être trouvés en suivant le lien : https://www.camh.ca/en/education/continuing-education/continuing-education-programs-and-courses/fundamentals-of-addiction-online-course [en anglais]

- Le Peter Boris Centre for Addictions Research, le Michael G. DeGroote Centre for Medicinal Cannabis Research, et le McMaster Continuing Education offre un programme de perfectionnement professionnel nommé The Science of Cannabis program. Il s'agit d'un programme en ligne qui se concentre sur l'étude du cannabis d'un point de vue scientifique et de recherche. Des renseignements sur le programme peuvent être trouvés à l'adresse : https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis.html [en anglais]

Ressources offrant des renseignements spécifiques au cannabis (contenu canadien) –

- Renseignements de Santé Canada destinés aux professionnels de la santé : https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/drugs-medication/cannabis/information-medical-practitioners/information-health-care-professionals-cannabis-cannabinoids-eng.pdf
- Renseignements du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) sur le cannabis – *Dissiper la fumée entourant le cannabis* : http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Clearing-the-Smoke-on-Cannabis-Highlights-2016-en.pdf
- Les ressources documentaires du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO) comprennent des liens vers des documents utiles : *Dissiper la fumée éclairer les conversations à propos du cannabis – document à l'intention des prestataires de services en santé mentale et en toxicomanie destiné aux enfants et aux adolescents* http://www.excellencepourenfantsados.ca/carrefour-des-ressources/dissiper-la-fum-e-clairer-conversations-propos-du-cannabis-document-l
- Le carrefour pédagogique d'Ophea offre des outils d'enseignement pour le personnel scolaire https://carrefourpedagogique.ophea.net/ressources/ressources-deducation-sur-le-cannabis/consommation-dependance-et-comportements-associes

Ressources qui offrent des recommandations pour discuter du cannabis spécifiquement avec les adolescents

- Le document *Parler cannabis* de Jeune sans drogue Canada fournit des renseignements aux parents sur la manière de discuter avec les adolescents à propos du cannabis : https://www.drugfreekidscanada.org/wp-content/uploads/pdf/Parler-Cannabis_FR.pdf
- Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances fournit un guide pour les alliés des adolescents sur la façon d'engager la conversation à propos du cannabis nommé *Parler pot avec les jeunes :* https://www.ccsa.ca/fr/parler-pot-avec-les-jeunes-un-guide-de-communication-sur-le-cannabis-pour-les-allies-des-jeunes
- Le Canadian Students for Sensible Drug Policy a créé une ressource qui fait des recommandations à propos du cannabis, *Sensible Cannabis Education: A Toolkit for Educating Youth:* https://cssdp.org/uploads/2018/04/Sensible-Cannabis-Education-A-Toolkit-for-Educating-Youth.pdf [en anglais]

Ressources pour soutenir les adolescents en autosurveillant leur consommation de cannabis

- Qu'est-ce que le cannabis http://whatswithweed.ca/ [en anglais]
- Manuel d'autosurveillance de la consommation de substance http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Substance_Use_Guide.pdf [en anglais]
- Recommandations canadiennes pour l'usage du cannabis à moindre risque (ressource CAMH : l'une est dédiée aux adolescents, l'autre à la population en général)
- https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/lrcug-youthversion-fr-pdf
- https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---reports-and-books---research/canadas-lower-risk-guidelines-cannabis-pdf.pdf [en anglais]

Ressources sur la psychose et le cannabis pour les adolescents, les familles et le personnel scolaire

- EPION (Early Psychosis Intervention Ontario Network) – renseignements sur le cannabis http://mycannabisiq.ca/ [en anglais]
- EPION fournit aussi des ressources infographiques utiles afin de soutenir les membres du personnel scolaire qui interviennent auprès de possibles symptômes de psychose. http://help4psychosis.ca/wp-content/uploads/2016/03/What-can-Educators-Do_infographicSept2015-FINAL-1.pdf [en anglais]

Ressources pour soutenir les initiatives de prévention ciblées et à l'échelle de l'école

Les équipes de santé mentale à l'échelle des districts et des écoles sont encouragées à utiliser les outils de soutien à la prise de décision offerts par Santé mentale en milieu scolaire Ontario afin de guider une sélection d'activités de sensibilisation et de prévention.

- L'Agence de la santé publique du Canada a mis sur pied un partenariat avec Western University pour élaborer des ressources éducatives destinées aux parties prenantes du milieu scolaire au Canada. Le but de ce projet est de faire la promotion d'initiatives issues du milieu scolaire qui améliorent le développement positif des adolescents comme un moyen d'aborder la consommation de substances problématique et d'autres répercussions négatives chez les adolescents. Les ressources comprennent un document infographique, des résumés de recherche et des vidéos pour tableaux blancs électroniques qui sont disponibles en anglais et en français. https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/au-dela-education-sante-prevenir-consommation-problematique-substances-amelioration-bien-etre-eleves/infographique.html
- Le Western University Centre for School Mental Health offre d'autres renseignements sur leur site Web liés à la prévention de la consommation problématique de substances par le développement positif des adolescents : https://www.csmh.uwo.ca/research/positive-youth-development.html [en anglais]
- OPHEA offre une base de données de ressources et des ressources éducatives sur le cannabis pour le personnel scolaire https://carrefourpedagogique.ophea.net/supplements/cannabis-education-resource
- Pour de plus amples conseils liés au soutien des partenariats collaboratifs entre les conseils scolaires, les écoles et les conseils de santé, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis sur pied la Ligne directrice sur la santé en milieu scolaire (2018) afin de fournir une direction aux conseils de santé sur les approches requises pour élaborer et mettre en œuvre les programmes et les services : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/School_Health_Guideline_2018FR.pdf
- En planifiant les activités de sensibilisation et de prévention, les équipes peuvent accéder aux ressources offertes par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances https://www.ccsa.ca/fr
- Santé Canada fournir plusieurs liens liés au cannabis dont des lois et des règlements, des risques pour la santé (dont les risques associés à la grossesse) et des renseignements au sujet des rappels de produits et des réactions indésirables à l'adresse https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis.html

9

Références

Références documentaires

1. Costello, E.J., He J.P., Sampson, N.A., Kessler, R.C., Merikangas, K.R. Services for adolescents with psychiatric disorders: 12-month data from the National Comorbidity Survey-Adolescent. *Psychiatric Services*. 2014;65(3):359-66. Disponible à : doi: 10.1176/appi.ps.201100518.
2. Merikangas, K.R., He, J.P., Burstein, M., Swendsen, J., Avenevoli, S., Case, B., et coll. Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2011;50(1):32-45. Disponible à : https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.10.006.
3. Ryan, S.M., Toumbourou, J.W., Jorm, A.F. Factors associated with service use for young adolescents with mental health problems: Findings from an Australian longitudinal study. *SAGE open.* 2014;4(4). Disponible à : https://doi.org/10.1177/2158244014556286.
4. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances, 2011.* Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf. [Consulté le : 18 juillet 2019].
5. Commission de la santé mentale du Canada. *Changer des orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Calgary, AB. Disponible à : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf [Consulté le : 18 juillet 2019].
6. Agence de la santé publique du Canada. *Promotion du bien-être : Favoriser le bien-être des élèves peut réduire le risque de consommation problématique de substances.* Disponible à : https://www.csmh.uwo.ca/docs/FR-BLAM1-Final-Web.pdf. [Consulté le : 18 juillet 2019].
7. National Institute on Drug Abuse. *Most commonly used addictive drugs*. Disponible à : https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/most-commonly-used-addictive-drugs. [Consulté le : 18 juillet 2019].
8. Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., et coll. Déterminants sociaux de la santé et du bien-être chez les jeunes. *Enquête sur le comportement des jeunes d'âge scolaire en matière de santé (HBSC) : rapport international sur l'étude de 2009/2010.* Copenhague : Organisation mondiale de la santé; 2012.
9. UNICEF Office of Research. Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview. *Innocenti Report Card 11*, UNICEF Office of Research, Florence; 2013.
10. Zuckermann, A.M.E., Battista, K., de Groh, M., Jiang, Y., Leatherdale, S.T.. Prelegalisation patterns and trends of cannabis use among Canadian youth: results from the COMPASS prospective cohort study. *BMJ Open.* 2019;9(3):e026515. Disponible à : doi:10.1136/ bmjopen-2018-026515.
11. Boak, A., Hamilton, H.A., Adlaf, E.M., Mann, R.E.. *Drug use among Ontario students, 1977-2017: Detailed Findings from the Ontario Student Drug Use and Health Survey (OSDUHS) (CAMH Research Document Series No. 46).* Toronto, ON : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2017.
12. Okaneku, J., Vearrier, D., McKeever, R.G., LaSala. G.S., Greenberg, M.I.. Change in perceived risk associated with marijuana use in the United States from 2002 to 2012. *Clinical Toxicology.* 2015;53(3):151-5. Disponible à : https://doi.org/10.3109/15563650.2015.1004581.

13. Berg, C.J., Stratton, E., Schauer, G.L., Lewis, M., Wang, Y., Windle, M., Kegler, M.. Perceived harm, addictiveness, and social acceptability of tobacco products and marijuana among young adults: marijuana, hookah, and electronic cigarettes win. *Substance use & misuse.* 2015 Jan 2;50(1):79-89. Disponible à : https://doi.org/10.3109/10826084.2014.958857

14. Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., Schulenberg, J.E., Miech, R.A.. *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2014: Volume 2, College students and adults ages 19–55.* Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, University of Michigan; 2015.

15. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Detailed tables.* Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Office of Applied Studies; 2014. Disponible à : https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DetTabs2013.pdf. [Consulté le : 18 juillet 2019].

16. Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T.C., Strike, C., et coll. Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry.* 2008;53(12):800-9. Disponible à : https://doi.org/10.1177/070674370805301206.

17. Lev-Ran, S., Le Foll, B., McKenzie, K., George, T.P., Rehm, J.. Cannabis use and cannabis use disorders among individuals with mental illness. *Comprehensive Psychiatry.* 2013;54(6):589-98. Disponible à : https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2012.12.021.

18. Halladay, J., MacKillop, J., Munn, C., Jack, S.M., Georgiades, K.. Cannabis Use as a Risk Factor for Depression, Anxiety and Suicidality: Epidemiological Associations and Implications for Nurses. *Journal of Addictions Nursing.* sous presse.

19. National Institute on Drug Abuse. *Marijuana.* Disponible à : https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana. [Consulté le : 18 juillet 2019].

20. ElSohly, M.A., Radwan, M.M., Gul, W., Chandra, S., Galal, A.. Phytochemistry of Cannabis sativa L. *Progress in the Chemistry of Organic Natural Products.* 2017;103:1-36. Disponible à : doi: 10.1007/978-3-319-45541-9_1.

21. Santé Canada. *Renseignements destinés aux professionnels de la santé : Le cannabis (marihuana, marijuana) et les cannabinoïdes 2013.* Disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/marihuana/med/infoprof-fra.pdf. [Consulté le : 18 juillet 2019].

22. Canadian Students for Sensible Drug Policy. *Sensible Cannabis Education: A Toolkit for Educating Youth.* Disponible à : https://cssdp.org/uploads/2018/04/Sensible-Cannabis-Education-A-Toolkit-for-Educating-Youth.pdf. [Consulté le : 18 juillet 2019].

23. Ormiston, S.. What's in your weed: Why cannabis strains don't all live up to their billing. *CBC News;* 2018. Disponible à : https://www.cbc.ca/news/thenational/ormiston-pot-marijuana-cannabis-weed-genetics-1.4489974. [Consulté le : 18 juillet 2019].

24. Cain, P.. Why the labels 'sativa' and 'indica' tell you very little about your pot. *Global News;* 2018. Disponible à : https://globalnews.ca/news/4678421/labels-sativa-indica-pot/. [Consulté le : 18 juillet 2019].

25. Hazekamp, A., Tejkalová, K., Papadimitriou, S.. Cannabis: from cultivar to chemovar II—a metabolomics approach to Cannabis classification. *Cannabis and Cannabinoid Research.* 2016;1(1):202-15. Disponible à : https://doi.org/10.1089/can.2016.0017.

26. Santé mentale en milieu scolaire Ontario. *Le cannabis : ce que les parents, tuteurs et aidants doivent savoir.* Disponible à : https://smh-assist.ca/wp-content/uploads/French-Cannabis-Parent-Infosheet.pdf. [Consulté le : 18 juillet 2019].

27. Abrams, D.I., Vizoso, H.P., Shade, S.B., Jay, C., Kelly, M.E., Benowitz, N.L.. Vaporization as a smokeless cannabis delivery system: a pilot study. *Clinical Pharmacology and Therapeutics.* 2007;82(5):572-8. Disponible à : https://doi.org/10.1038/sj.clpt.6100200.

28. Solinas, M., Tanda, G., Wertheim, C.E., Goldberg, S.R.. Dopaminergic augmentation of delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) discrimination: possible involvement of D(2)-induced formation of anandamide. *Psychopharmacology.* 2010;209(2):191-202. Disponible à : doi: 10.1007/s00213-010-1789-8.

29. Colizzi, M., McGuire, P., Pertwee, R.G., Bhattacharyya, S.. Effect of cannabis on glutamate signalling in the brain: A systematic review of human and animal evidence. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2016;64:359-81. Disponible à : doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.03.010.

30. Volkow, N.D., Hampson, A.J., Baler, R.D.. Don't Worry, Be Happy: Endocannabinoids and Cannabis at the Intersection of Stress and Reward. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology.* 2017;57:285-308. Disponible à : doi: 10.1146/annurev-pharmtox-010716-104615.

31. Tambaro, S., Tomasi, M.L., Bortolato, M.. Long-term CB(1) receptor blockade enhances vulnerability to anxiogenic-like effects of cannabinoids. *Neuropharmacology.* 2013;70:268-77. Disponible à : doi: 10.1016/j.neuropharm.2013.02.009.

32. Gavin, L., MacKay, A.P., Brown, K., et coll. Sexual and Reproductive Health of Persons Aged 10--24 Years --- United States, 2002--2007. *MMWR Surveillance Summaries*. 2009;58(SS06):1-58. Disponible à : https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5806a1.htm. [Consulté le : 18 juillet 2019].

33. Volkow, N.D., Compton, W.M., Weiss, S.R.. Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine.* 2014;371(9):879. Disponible à : doi: 10.1056/NEJMra1402309.

34. McInnes, O.A., Porath-Waller, A.. Dissiper la fumée entourant le cannabis : Usage régulier et fonctionnement cognitif. *Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.* Disponible à : https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Cannabis-Use-Cognitive-Effects-Report-2019-fr.pdf. [Consulté le : 18 juillet 2019].

35. Halladay, J.E., Boyle, M.H., Munn, C., Jack, S.M., Georgiades, K.. Sex Differences in the Association Between Cannabis Use and Suicidal Ideation and Attempts, Depression, and Psychological Distress Among Canadians. *Canadian Journal of Psychiatry.* 2018;64(5):345-350. Disponible à : doi: 10.1177/0706743718804542.

36. Atakan, Z., Bhattacharyya, S., Allen, P., Martin-Santos, R., Crippa, J., Borgwardt, S., et coll. Cannabis affects people differently: Inter-subject variation in the psychotogenic effects of DELTA9-tetrahydrocannabinol: A functional magnetic resonance imaging study with healthy volunteers. *Psychological Medicine.* 2013;43(6):1255-67. Disponible à : doi: 10.1017/S0033291712001924.

37. Cascini, F., Aiello, C., Di Tanna, G.. Increasing delta-9-tetrahydrocannabinol (Delta-9-THC) content in herbal cannabis over time: systematic review and meta-analysis. *Current Drug Abuse Reviews.* 2012;5(1):32-40. Disponible à : **doi**: 10.2174/1874473711205010032.

38. ElSohly, M.A., Mehmedic, Z., Foster, S., Gon, C., Chandra, S., Church, J.C.. Changes in Cannabis Potency Over the Last 2 Decades (1995-2014): Analysis of Current Data in the United States. *Biological Psychiatry.* 2016;79(7):613-9. Disponible à : doi: doi: 10.1016/j.biopsych.2016.01.004.

39. CBC Marketplace. *What's really in your weed?* Disponible à : https://www.cbc.ca/news/canada/what-s-really-in-your-weed-1.3866482. [Consulté le : 18 juillet 2019].

40. Société ontarienne du cannabis. 2019. Disponible à : https://ocs.ca/. [Consulté le : 18 juillet 2019].

41. National Institute on Drug Abuse. *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. Disponible à : https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide. [Consulté le : 18 juillet 2019].

42. Volkow, N.D., Swanson, J.M., Evins, A.E., DeLisi, L.E., Meier, M.H., Gonzalez, R., et coll. Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: a review. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(3):292-7. Disponible à : doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.3278.

43. Gobbi, G.A.T., Zytynski, T., et coll. Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2019; 76(4):426-434. Disponible à : doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4500.

44. Mitchell, J.T., Sweitzer, M.M., Tunno, A.M., Kollins, S.H., McClernon, F.J.. "I Use Weed for My ADHD": A Qualitative Analysis of Online Forum Discussions on Cannabis Use and ADHD. *PloS one.* 2016;11(5):e0156614. Disponible à : doi: 10.1371/journal.pone.0156614.

45. Lee, S.S., Humphreys, K.L., Flory, K., Liu, R., Glass, K.. Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review.* 2011;31(3):328-41. Disponible à: doi: 10.1016/j.cpr.2011.01.006.

46. Farmer, R.F., Seeley, J.R., Kosty, D.B., Gau, J.M., Duncan, S.C., Lynskey, M.T., et coll. Internalizing and externalizing psychopathology as predictors of cannabis use disorder onset during adolescence and early adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2015;29(3):541. Disponible à : doi: 10.1037/adb0000059.

47. Mustonen, A., Niemelä, S., Nordström, T., Murray, G.K., Mäki, P., Jääskeläinen, E., et coll. Adolescent cannabis use, baseline prodromal symptoms and the risk of psychosis. *The British Journal of Psychiatry.* 2018;212(4):227-33. Disponible à : doi: https://doi.org/10.1192/bjp.2017.52.

48. Hasin, D.S., Saha, T.D., Kerridge, B.T., Goldstein, R.B., Chou, S.P., Zhang, H., et coll. Prevalence of marijuana use disorders in the United States between 2001-2002 and 2012-2013. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(12):1235-42. Disponible à : doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1858.

49. Winters, K.C., Lee, C.-Y.S. Likelihood of developing an alcohol and cannabis use disorder during youth: association with recent use and age. *Drug and Alcohol Dependence.* 2008;92(1-3):239-47. Disponible à : doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.08.005.

50. Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P., van den Brink, W., Le Foll, B., Hall, W., et coll. Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: A Comprehensive Update of Evidence and Recommendations. *American Journal of Public Health.* 2017;107(8):e1-e12. Disponible à : doi: 10.2105/AJPH.2017.303818.

51. Fox, C.L., Towe, S.L., Stephens, R.S., Walker, D.D., Roffman, R.A.. Motives for cannabis use in high-risk adolescent users. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2015;29(3):541. Disponible à : doi: 10.1037/a0024331.

52. van der Pol, P., Liebregts, N., de Graaf, R., Korf, D.J., van den Brink, W., van Laar, M.. Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: A three-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013;133(2):352-9. Disponible à : doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.06.009.

53. Bujarski, S.J., Norberg, M.M., Copeland, J.. The association between distress tolerance and cannabis use-related problems: The mediating and moderating roles of coping motives and gender. *Addictive Behaviors.* 2012;37(10):1181-4. Disponible à : doi: 10.1016/j.addbeh.2012.05.014

54. du Roscoat, E., Legleye, S., Guignard, R., Husky, M., Beck, F.. Risk factors for suicide attempts and hospitalizations in a sample of 39,542 French adolescents. *Journal of Affective Disorders.* 2016;190:517-21. Disponible à : doi: 10.1016/j.jad.2015.10.049.

55. Foster, K.T., Li, N, McClure, E.A., Sonne, S.C., Gray, K.M.. Gender differences in internalizing symptoms and suicide risk among men and women seeking treatment for cannabis use disorder from late adolescence to middle adulthood. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2016;66:16-22. Disponible à : doi: 10.1016/j.jsat.2016.01.012.

56. Danielsson, A.-K., Lundin, A., Allebeck, P., Agardh, E.. Cannabis use and psychological distress: An 8-year prospective population-based study among Swedish men and women. *Addictive Behaviors.* 2016;59:18-23. Disponible à : doi: 10.1016/j.addbeh.2016.03.005.

57. Dawson, D.A., Goldstein, R.B., Moss, H.B., Li, T.K., Grant, B.F.. Gender differences in the relationship of internalizing and externalizing psychopathology to alcohol dependence: likelihood, expression and course. *Drug and Alcohol Dependence.* 2010;112(1-2):9-17. Disponible à : doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.04.019.

58. Courtney, K.E., Mejia, M.H., Jacobus, J.. Longitudinal Studies on the Etiology of Cannabis Use Disorder: A Review. *Current Addiction Reports*. 2017;4(2):43-52. Disponible à : doi: 10.1007/s40429-017-0133-3.

59. Gulliver, A., Griffiths, K.M., Christensen, H.. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2010;10:113. Disponible à : https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113.

60. Urbanoski, K.. *Strengthening Performance Measurement for Mental Health and Addiction in Ontario.* Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2017. Disponible à : https://eenet.ca/sites/default/files/pdfs/DTFP-ON_Performance%20Measurement%20for%20MHA_FINAL.pdf. [Consulté le : 18 juillet 2019].

61. Mammen, G., Rueda, S., Roerecke, M., Bonato, S., Lev-Ran, S., Rehm, J.. Association of Cannabis With Long-Term Clinical Symptoms in Anxiety and Mood Disorders: A Systematic Review of Prospective Studies. *Journal of Clinical Psychiatry.* 2018;79(4). Disponible à :doi: 10.4088/JCP.17r11839.

62. Moitra, E, Anderson, B.J., Stein, M.D.. Reductions in cannabis use are associated with mood improvement in female emerging adults. *Depression and Anxiety.* 2016;33(4):332-8. Disponible à : https://doi.org/10.1002/da.22460.

63. Hser, Y.-I., Mooney, L.J., Huang, D., Zhu, Y., Tomko, R.L., McClure, E., et coll. Reductions in cannabis use are associated with improvements in anxiety, depression, and sleep quality, but not quality of life. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2017;81:53-8. Disponible à : doi: 10.1016/j.jsat.2017.07.012.

64. Jacobus, J., Squeglia, L.M., Escobar, S., McKenna, B.M., Hernandez, M.M., Bagot, K.S., et coll.. Changes in marijuana use symptoms and emotional functioning over 28-days of monitored abstinence in adolescent marijuana users. *Psychopharmacology.* 2017;234(23):3431-42. Disponible à : doi :10.1007/s00213-017-4725-3.

65. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants.* Ottawa, ON: Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2010.

66. Stevens, J.R., Prince, J.B., Prager, L.M., Stern, T.A.. Psychotic disorders in children and adolescents: a primer on contemporary evaluation and management. *Primary Care Companion for CNS Disorders.* 2014;16(2). Disponible à : doi: 10.4088/PCC.13f01514.

67. Bourque, J., Afzali, M.H., O'Leary-Barrett, M., Conrod, P.. Cannabis use and psychotic-like experiences trajectories during early adolescence: the coevolution and potential mediators. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2017;58(12):1360-9. Disponible à : https://doi.org/10.1111/jcpp.12765.

68. Kandel, D.. Stages in adolescent involvement in drug use. *Science.* 1975;190(4217):912-4. Disponible à : doi: 10.1126/science.1188374.

69. Cheer, J.F., Wassum, K.M., Sombers, L.A., Heien, M.L., Ariansen, J.L., Aragona, B.J., et coll. Phasic dopamine release evoked by abused substances requires cannabinoid receptor activation. *Journal of Neuroscience.* 2007;27(4):791-5. Disponible à : https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4152-06.2007.

70. Fox, H.C., Tuit, K.L., Sinha, R.. Stress system changes associated with marijuana dependence may increase craving for alcohol and cocaine. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental.* 2013;28(1):40-53. Disponible à : doi: 10.1002/hup.2280.

71. Santé Canada. *Comprendre le nouveau Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales.* Disponible à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/medicaments-et-produits-sante/comprendre-nouveau-reglement-sur-acces-au-cannabis-fins-medicales.html. [Consulté le : 18 juillet 2019].

72. Gouvernement du Canada. *ARCHIVÉ – données sur le marché en vertu du Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales.* Disponible à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/producteurs-autorises/donnees-marche.html. [Consulté le : 18 juillet 2019].

73. Abrams, D.I.. The therapeutic effects of Cannabis and cannabinoids: An update from the National Academies of Sciences, Engineering and Medicine report. *European Journal of Internal Medicine.* 2018;49:7-11. Disponible à: doi: 10.1016/j.ejim.2018.01.003.

74. Santé Canada. *Renseignements pour le consommateur – Cannabis (marihuana, marijuana).* Disponible à : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/producteurs-autorises/renseignements-consommateur-cannabis.html. [Consulté le : 18 juillet 2019].

75. Rieder, M.J.. Is the medical use of cannabis a therapeutic option for children? *Paediatrics & Child Health.* 2016;21(1):31-4.

76. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Directive de Prévention de la Toxicomanie et de Réduction des Méfaits, 2018.* Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Substance_Use_Prevention_and_Harm_Reduction_Guideline_2018_fr.pdf. [Consulté le : 18 juillet 2019].

77. National Institute on Drug Abuse. *Available Treatments for Marijuana Use Disorders*. Disponible à : https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/marijuana/available-treatments-marijuana-use-disorders. [Consulté le : 18 juillet 2019].

78. Gorelick, D.A., Saxon, A.J., Hermann, R.. Treatment of cannabis use disorder. *UpToDate*; 2018.

79. Pan, L., Brent, D.A.. *BMJ Best Practice: Depression in children*. 2018.

80. Creswell, C., Waite, P., Cooper, P.J.. Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child.* 2014;99(7):674-8. Disponible à : http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2013-303768.

81. McKay, J.R.. Making the hard work of recovery more attractive for those with substance use disorders. *Addiction*. 2017;112(5):751-7. Disponible à : doi: 10.1111/add.13502.

82. O'Grady, C.P., Skinner, W.W.J.. Guide à l'intention des familles sur les troubles concomitants. *Centre de toxicomanie et de santé mentale*. Disponible à : https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/fam-guide-cd-fr.pdf#page=238&zoom=100,0,401. [Consulté le : 18 juillet 2019].

83. Adamson, S.J., Kay-Lambkin, F.J., Baker, A.L., Lewin, T.J., Thornton, L., Kelly, B.J., et coll. An Improved Brief Measure of Cannabis Misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test – Revised (CUDIT-R). Drug and Alcohol Dependence. 2010;112(1-2):9-17. Disponible à : https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.02.017.

84. Legleye, S., Karila, L., Beck, F., Reynaud, M.. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*. 2007;12:233–42. Disponible à : https://doi.org/10.1080/14659890701476532

85. Berman, A., Bergman, H., Palmstierna, T., Schlyter, F.. *Drug Use Disorders Identification Test manual*. Stockholm, Suède : Karolinska Institutet.; 2005. Disponible à : https://paihdelinkki.fi/sites/default/files/duditmanual.pdf. [Consulté le : 18 juillet 2019].

86. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002;97(9):1183-94. Disponible à : https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x.

87. Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Entretien motivationnel*. Disponible à : https://www.porticonetwork.ca/treatments/treatment-methods/motivational-interviewing. [Consulté le : 18 juillet 2019].

88. Miller, W.R., Rollnick, S.. *Motivational interviewing: Helping people change (applications of motivational interviewing).* New York: Guilford. 2012.

89. Herman, K.C., Reinke, W.M., Frey, A., Shepard, S.. *Motivational interviewing in schools: Strategies for engaging parents, teachers, and students*. Springer Publishing Company; 2013.

90. DiClemente, C.C.. *Motivation for change: Implications for substance abuse treatment.* Psychological Science. 1999;10(3):209-13.

91. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C.. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 1992;47(9):1102. Disponible à : http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102.

92. Halladay, J., Petker, T., Fein, A., Munn, C., MacKillop, J.. Brief interventions for cannabis use in emerging adults: protocol for a systematic review, meta-analysis, and evidence map. Systematic reviews. 2018 Dec;7(1):106. Disponible à : https://doi.org/10.1186/s13643-018-0772-z.

93. Beck, J.S.. *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond.* Guilford press; 2011.

94. Centre de toxicomanie et de santé mentale. *La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : En quoi consiste le traitement?* Disponible à : https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/la-therapie-cognitivo-comportementale. [Consulté le : 18 juillet 2019].

95. Rector, N.. *La thérapie cognitivo-comportementale : Guide d'information.* Disponible à : https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/cbt-guide-fr.pdf [Consulté le : 18 juillet 2019].

96. Farmer, R.F., Chapman, A.L.. *Behavioral interventions in Cognitive Behavior Therapy: Practical guidance for putting theory into action*. American Psychological Association; 2016.

97. Copeland, J., Swift, W.. Cannabis use disorder: Epidemiology and management. *International Review of Psychiatry.* 2009;21(2):96-103. Disponible à : https://doi.org/10.1080/09540260902782745.

98. Murphy, J.G., Dennhardt, A.A., Martens, M.P., Borsari, B., Witkiewitz, K., Meshesha, L.Z.. A randomized clinical trial evaluating the efficacy of a brief alcohol intervention supplemented with a substance-free activity session or relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2019. Disponible à : doi: 10.1037/ccp0000412.

99. Murphy, J.G., Dennhardt, A.A., Skidmore, J.R., Borsari, B., Barnett, N.P., Colby, S.M., et coll. A randomized controlled trial of a behavioral economic supplement to brief motivational interventions for college drinking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2012;80(5):876-86. Disponible à : doi: 10.1037/a0028763.

100. American Psychological Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013.

101. Kahan, M., Watts, K.. *Comment motiver un patient à changer de comportement*. Portico, Réseau canadien axé sur la santé mentale et le traitement de la toxicomanie. Disponible à : https://www.porticonetwork.ca/web/fundamentals-addiction-toolkit/motivation-change/influencing-change. [Consulté le : 18 juillet 2019].

102. LaMorte, W.. *The Transtheoretical Model (Stages of Change)*. Boston University School of Public Health. Disponible à : http://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/SB/BehavioralChangeTheories/BehavioralChangeTheories6.html. [Consulté le : 18 juillet 2019].

Annexe A.

Enquête sur la prévention et l'intervention en matière de consommation de substances à l'intention des professionnels de la santé mentale en milieu scolaire – Rapport sommaire

Enquête sur la prévention et l'intervention en matière de consommation de substances à l'intention des professionnels de la santé mentale en milieu scolaire – Rapport sommaire

- Rapport préparé : 29 avril 2019
- Nombre de réponses : 294

Quel est votre rôle au sein du conseil scolaire? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

Réponse	%	Nombre
Travailleur(euse) social(e)	52 %	153
Psychologue / Associé(e) en psychologie / Psychothérapeute / Psychométricien(ne)	17 %	49
Conseiller(ère) pour enfants et adolescents	12 %	34
Chef de santé mentale	11 %	31
Chef/Gestionnaire des services en travail social	4 %	12
Nouveau(elle) travailleur(se) en santé mentale de l'école secondaire	3 %	10
Chef/Gestionnaire des services psychologiques	2 %	6
Autre : consultant(e) (2), clinicien(ne)/interventionniste en santé mentale (2), intervenant(e) en toxicomanie, enseignant(e)-conseiller(ère) en orientation, directeur(trice) des services pédagogiques, intervenant(e) en travail social	3 %	10
Total	**100 %**	**294**

Pendant combien d'années avez-vous travaillé dans le domaine de la santé mentale en milieu scolaire?

Réponse	%	Nombre
0-5 ans	39 %	116
6-10 ans	25 %	73
11-20 ans	22 %	64
Plus de 20 ans	14 %	41
Total	**100 %**	**294**

Expériences en prévention et en intervention en toxicomanie :

Veuillez choisir à quel point vous êtes en accord avec chaque énoncé en employant l'échelle « Fortement en désaccord » à « Fortement en d'accord » suivante.

Énoncé	Fortement en désaccord		En désaccord		Ni en accord ni en désaccord		En accord		Fortement en accord		Moyenne	Écart-type	Total
	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#			
1. Le sujet du cannabis est souvent soulevé comme une préoccupation dans les écoles ou le conseil scolaire que je soutiens.	3 %	8	15 %	43	16 %	44	44 %	123	22 %	61	3,67	1,07	**279**
2. Une ressource qui comprend des renseignements sur le dépistage et l'évaluation concernant les préoccupations de toxicomanie me soutiendrait dans mon rôle.	1 %	2	4 %	11	16 %	44	54 %	153	25 %	71	4,00	0,79	**281**
3. Une ressource qui se concentre sur l'intervention précoce afin de prévenir les répercussions de la consommation de cannabis m'aiderait dans mon rôle.	1 %	2	2 %	6	11 %	31	52 %	147	34 %	95	4,16	0,76	**281**
4. J'ai besoin de renseignements sur les voies d'accès et les aiguillages pour les élèves qui nécessitent un traitement plus intensif lié à leur consommation de substances.	4 %	12	16 %	45	20 %	57	34 %	94	26 %	72	3,60	1,15	**280**
5. J'ai besoin de renseignements sur les effets du cannabis afin de transmettre des renseignements exacts et en temps opportun aux élèves.	4 %	11	14 %	40	17 %	47	46 %	130	19 %	53	3,62	1,06	**281**
6. J'aimerais que les efforts de prévention et d'intervention en matière de toxicomanie comprennent d'autres substances en plus du cannabis.	1 %	4	1 %	2	6 %	18	48 %	134	44 %	123	4,32	0,75	**281**
7. Je suis confiant(e) dans ma capacité de discuter de consommation de substances avec les parents et les tuteurs, lorsque la situation s'y prête dans le cadre de mon mandat.	1 %	4	10 %	29	20 %	56	47 %	132	21 %	57	3,75	0,94	**278**
8. Je voudrais davantage de renseignements pour soutenir les autres membres du personnel (p. ex., le personnel enseignant, les directions d'école, le personnel clinique) en lien avec la prévention et l'intervention précoce en matière de consommation de substances.	2 %	6	2 %	6	12 %	35	53 %	150	30 %	84	4,07	0,83	**281**
9. J'aimerais utiliser une ressource imprimée ou en ligne portant sur le cannabis et les autres substances.	1 %	3	2 %	5	6 %	16	57 %	159	35 %	97	4,22	0,72	**280**
10. J'aimerais avoir accès à de la formation ou des consultations liées au cannabis et aux autres substances.	1 %	2	3 %	9	12 %	33	52 %	146	32 %	89	4,11	0,79	**279**
11. Je possède des connaissances sur les façons de réduire les méfaits de la consommation de cannabis chez les consommateurs actifs.	3 %	8	26 %	72	26 %	72	39 %	110	7 %	19	3,21	0,99	**281**
12. Je connais les voies d'accès aux services de ma communauté pour les élèves qui nécessitent des aiguillages en matière de toxicomanie.	3 %	9	11 %	32	15 %	43	54 %	151	16 %	46	3,69	0,98	**281**
13. Les restrictions de services dans ma région affectent ma capacité à procéder à des aiguillages concernant des problèmes de consommation de substances.	4 %	10	20 %	55	29 %	81	29 %	81	18 %	50	3,38	1,10	**277**

Mon conseil scolaire utilise des données au sujet des modes de consommation de substances (p. ex., Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario du Centre de toxicomanie et de santé mentale) afin de soutenir la prise de décision en matière de toxicomanie pour le programme scolaire.

Réponse	%	Nombre
Oui	16 %	45
Pas certain(e)	74 %	207
Non	10 %	27
Total	**100 %**	**279**

Quels sont certains des éléments de base qui devraient être inclus dans un guide de pratique sur la prévention et l'intervention en matière de toxicomanie qui vous aideraient à soutenir les élèves, le personnel de même que les parents et les tuteurs?

Analyse des réponses thématique :
Renseignements à inclure :
Renseignements sur les substances :
Types de substances (c.-à-d., cannabis, vapotage, alcool, méthamphétamine, Fentanyl, tabac, héroïne, cocaïne).
Teneurs en THC contenues dans le cannabis actuel.
Méthodes de consommation (p. ex., injections, ingestion, inhalation).
Renseignements sur les accessoires destinés à la consommation de drogues.
Continuum de l'utilisation, de la mauvaise utilisation et de l'abus de substance (c.-à-d., consommation du cannabis à des fins médicinales).
Statistiques sur la consommation selon l'âge, le sexe, les facteurs de risque, les facteurs de protection.
Liens avec le programme scolaire :
Souligner les parties du programme qui sont en lien avec la consommation de substances (c.-à-d., lié aux plans de cours).
Effets :
Des faits sur les effets sur la santé (c.-à-d., réfuter le mythe selon lequel le cannabis est anodin et sain, ses effets immédiats et à long terme, le premier épisode de psychose, ses effets sur la santé physique, les dangers de la consommation, les effets sur le développement cérébral, les symptômes et les effets de la dépendance, des images de scans de cerveaux sains et de cerveaux de consommateurs de cannabis, les effets sur les niveaux de motivation, clarifier différents effets fondés sur la méthode de consommation).
Comorbidité :
Des renseignements sur la comorbidité de la consommation et de l'abus de substances (c.-à-d., problèmes d'apprentissage et déficience intellectuelle, TDAH, maladie mentale).
Intervention / Soutien / Voies :
Modèle de réduction des méfaits et d'intervention précoce (c.-à-d., pratique fondée sur des données probantes, faire la fête de façon sécuritaire).
Renseignements légaux (c.-à-d., le rôle des services policiers, la conduite avec les facultés affaiblies par le cannabis, les obligations légales des écoles en matière de rapport d'abus de substance).
Voies vers le traitement (c.-à-d., où obtenir du soutien d'intervention, des voies d'accès situées dans les écoles et les communautés, des critères d'aiguillage).
Des pratiques exemplaires en matière de soutien aux parents (c.-à-d., le rôle des parents, une communication ouverte avec l'enfant, la manière d'établir des conversations avec l'enfant au sujet de la consommation de substances et de la dépendance, construire une relation de confiance avec l'enfant, mieux connaître ses amis, imputabilité de la surveillance, signaux d'alerte pour reconnaître un problème, ressources parentales, formulation de messages aux adolescents pour les parents qui consomment du cannabis pour des raisons médicales ou récréatives).
Approches centrées sur les élèves (c.-à-d., des moyens de soutenir les élèves afin de réduire ou d'arrêter leur consommation, d'encourager les élèves à faire de bons choix, des suggestions sur la manière de gérer la pression des pairs, une communication positive).
Capacités et stratégies d'adaptation.
Soutiens communautaires (c.-à-d., soutien d'autosurveillance).
Capacité de se fixer des objectifs.
Stratégies de mode de vie sain (c.-à-d., sommeil, alimentation, réduction du temps passé devant les écrans).

Analyse des réponses thématique :
Des renseignements pour le personnel scolaire (c.-à-d., des conseils et des scénarios sur la manière d'initier la discussion en classe au sujet de la prévention et de l'intervention dans les cas d'utilisation, de mauvaise utilisation et d'abus de substances, de la manière de reconnaître les signes de mauvaise utilisation et d'abus, du transfert de connaissances et de la formation professionnelle pour le personnel scolaire).
Des renseignements au sujet du soutien offert par le conseil scolaire (c.-à-d., responsables de la santé mentale, spécialiste en toxicomanie).
Étape réceptivité à changer de modèle.
Réduction de la stigmatisation.
Lignes directrices de la production de rapport.
Des renseignements sur le traitement (c.-à-d., entretien motivationnel, thérapie comportementale dialectique (TCD), pleine conscience).
Utilisation de pratiques et de programmes scolaires recommandés fondés sur des données probantes (c.-à-d., renseignements sur l'efficacité et la non-efficacité de programmes et de pratiques, des lignes directrices pour les écoles sur la manière de gérer les élèves qui sont sous l'effet de substances).
Renseignements sur les enjeux de confidentialité.
Prévention des rechutes.
Évaluation et fidélité :
Suggestion d'une liste d'outils d'évaluation et de dépistage (c.-à-d., inventaire de dépression de Beck, mesure de la consommation, de la mauvaise utilisation et de l'abus).
Façons de présenter les renseignements :
Présenter le matériel d'une façon attrayante et amusante pour les adolescents (c.-à-d., non condescendante, sans jugement, non fondée sur la peur, pas ennuyante ou sous forme d'albums ou de vidéos de chansons du style « Safety Rhymes » ou « Chugging on Clouds », qui ressemble à une annonce d'intérêt public).
Créer des ressources électroniques interactives (c.-à-d., application, jeu questionnaire en ligne, jeu).
Les renseignements devraient être conformes à la Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario (LAPHO) (c.-à-d., la fonction « Lisez-moi »).
S'assurer que les renseignements soient exacts et actuels.
Utiliser un diagramme de flux qui guide les praticiens sur ce qui doit être fait selon le scénario.
Créer des fiches de conseils pour les parents et les élèves.
Faire en forte que le guide soit court.
Rendre la ressource disponible en français et en anglais de façon simultanée.
Intégrer des histoires de cas afin de fournir des exemples d'incidents tirés de la vie courante causés par la consommation, la mauvaise utilisation et l'abus de substance.
Formations normalisées (une formation équivalente à la Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (ASIST) portant sur la consommation de substance comme la pratique de base sur les dépendances).
Prendre en compte la perspective autochtone (c.-à-d., soutien naturel par le Créateur plutôt un « changement de l'esprit »).
Comment présenter les renseignements à l'école primaire.
Ressources :
Organisation mondiale de la santé : Rapport sur la promotion de la santé chez les adolescents et en milieu scolaire : https://www.who.int/school_youth_health/en/ (en anglais – ce rapport mentionne que la formation en promotion de la santé peut prévenir les risques en matière de santé chez les adolescents).
Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) – possède des renseignements sur la consommation récréative de cannabis, ses dangers et son soutien (c.-à-d., La vérité crue).
Santé Canada – possède des renseignements à jour sur la consommation récréative de cannabis, ses dangers et son soutien.

Annexe B.

Fréquence de la consommation de cannabis au cours du dernier mois chez les élèves de la 7e à la 12e année en Ontario[11]

Séparés selon le sexe, le genre et l'année.

Définition des sous-groupes sexe et genre :

- On a demandé aux élèves d'identifier leur **sexe** par eux-mêmes (options de réponses : féminin ou masculin) et leur **genre** (options de réponses : féminin, masculin, transgenre, aucune de ces réponses, préfère ne pas répondre). Veuillez noter que nous ne sommes pas en mesure de fournir une estimation de la prévalence des élèves s'identifiant eux-mêmes comme transgenre, autre, préfère ne pas répondre ou qui n'ont pas répondu à la question, puisque ces éléments étaient adoptés par très peu d'élèves. Afin de garantir l'anonymat des réponses, nous avons présenté uniquement les estimations pour les genres masculin et féminin.

Par année...

Au cours des 4 DERNIÈRES SEMAINES, à quelle fréquence (si tel est le cas) avez-vous consommé du cannabis? (% des élèves)

	7e ou 8e année (tous les élèves)	9e ou 10e année (tous les élèves)	11e ou 12e année	**Total des élèves (de la 7e à la 12e année)**
Jamais consommé	97,4	82,6	61,4	**78,2**
Consommé, mais pas au cours du dernier mois	1,7	8,4	16,2	**9,7**
1 ou 2 fois au cours du dernier mois	supprimé	4,5	12,0	**6,4**
1 ou 2 fois par semaine	supprimé	2,1	3,8	**2,2**
3 à 6 fois par semaine	supprimé	1,4	3,8	**2,0**
Tous les jours	supprimé	1,0	2,7	**1,4**

différence significative par année, p<0,001

Par sexe et par année…

Au cours des 4 DERNIÈRES SEMAINES, à quelle fréquence (si tel est le cas) avez-vous consommé du cannabis?
(% les élèves)

	7e ou 8e année		9e ou 10e année		11e ou 12e année		Total des élèves (de la 7e à la 12e année)	
	Sexe féminin	Sexe masculin	Sexe féminin	Sexe masculin	Sexe féminin	Sexe masculin	Sexe féminin	Sexe masculin
Jamais consommé	97,5	97,4	84,6	80,8	61,5	61,3	79,1	77,4
Consommé, mais pas au cours du dernier mois	supprimé	1,9	8,0	8,7	17,7	14,7	10,0	9,3
1 ou 2 fois au cours du dernier mois	supprimé	supprimé	4,4	4,6	12,9	11,2	6,7	6,2
1 ou 2 fois par semaine	supprimé	supprimé	1,5	2,6	3,6	4,0	2,0	2,5
3 à 6 fois par semaine	supprimé	supprimé	supprimé	1,6	2,8	4,8	1,5	2,5
Tous les jours	supprimé	supprimé	supprimé	1,6	1,5	3,9	0,7	2,1

différence significative par sexe, $p<0,01$

Par genre et par année…

Au cours des 4 DERNIÈRES SEMAINES, à quelle fréquence (si tel est le cas) avez-vous consommé du cannabis?
(% des élèves)

	9e ou 10e année		11e ou 12e année	
	Genre féminin	Genre masculin	Genre féminin	Genre masculin
Jamais consommé	84,4	82,1	61,0	61,2
Consommé, mais pas au cours du dernier mois	8,2	8,0	18,2	14,6
1 ou 2 fois au cours du dernier mois	4,4	4,6	13,2	11,4
1 ou 2 fois par semaine	1,5	2,3	3,4	4,0
3 à 6 fois par semaine	supprimé	1,3	2,9	4,8
Tous les jours	supprimé	1,6	1,3	3,9

*veuillez noter que 135 élèves ne sont pas inclus dans les estimations de la prévalence des élèves s'identifiant eux-mêmes comme transgenre, autre, préfère ne pas répondre ou qui ont complètement passé la question. Comme il s'agit d'une petite portion de l'ensemble des élèves, les estimations de la prévalence de ces éléments de réponse ne peuvent être divulguées afin de garantir l'anonymat des répondants.

Séparés selon la symptomatologie de la santé mentale

Définition des sous-groupes :

- **Détresse psychologique** : les élèves souffrant de détresse psychologique d'intensité modérée à grave, indiqué par un score de 8 ou plus au questionnaire d'autoévaluation K6.
- **Comportements externalisés** : élèves adoptant 3 comportements antisociaux ou plus sur 9.
- **TDAH** : élèves présentant des symptômes de TDAH.
- **Comportements suicidaires** : élèves adoptant des idées suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide au cours de la dernière année.
- **A reçu des soins de santé mentale** : élèves ayant reçu des soins de santé mentale professionnels, c.-à-d., *« au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consulté un médecin, un infirmier ou un conseiller au sujet de votre santé émotionnelle ou mentale? »*

Pourcentage (%) des élèves aux prises avec des problèmes de santé mentale rapportant la fréquence de consommation de cannabis au cours du dernier mois.

Au cours des 4 DERNIÈRES SEMAINES, à quelle fréquence (si tel est le cas) avez-vous consommé du cannabis?

	Détresse psychologique	Comportements externalisés	TDAH	Comportements suicidaires	A reçu des soins de santé mentale	**Total des élèves**
Jamais consommé	70,1	34,5	63,6	60,4	72,6	**78,2**
Consommé, mais pas au cours du dernier mois	12,6	16,2	12,3	14,0	12,3	**9,7**
1 ou 2 fois au cours du dernier mois	8,9	17,3	11,7	12,0	6,5	**6,4**
1 ou 2 fois par semaine	3,0	7,5	4,0	3,6	2,2	**2,2**
3 à 6 fois par semaine	3,8	17,8	6,4	supprimé	4,3	**2,0**
Tous les jours	1,7	6,7	2,0	2,6	2,0	**1,4**

Pourcentage (%) des élèves aux prises avec des problèmes de santé mentale rapportant la consommation ou non de cannabis au cours de la dernière année.

	Détresse psychologique	Comportements externalisés	TDAH	Comportements suicidaires	A reçu des soins de santé mentale	**Total des élèves**
AUCUNE consommation de cannabis au cours de la dernière année	75,7	40,8	67,5	65,3	75,9	**81,0**
Consommation de cannabis au cours de la dernière année	24,7	59,2	32,5	34,7	24,1	**19,0**

Pourcentage (%) des élèves aux prises avec des problèmes de santé mentale et qui ont aussi consommé du cannabis au cours du dernier mois rapportant la consommation d'autres substances.

La prévalence de la consommation d'autres substances pour les élèves rapportant consommer du cannabis au moins une fois par mois.

	Détresse psychologique	Comportements externalisés	TDAH	Comportements suicidaires	A reçu des soins de santé mentale	**Total des élèves**
Consommation d'alcool excessive au moins une fois au cours du dernier mois*	58,7	76,2	69,1	60,1	71,9	**16,9**
Consommation d'alcool au cours de la dernière année+	82,9	93,4	89,0	84,2	94,1	**42,5**
Consommation de cigarettes au cours de la dernière année++	37,1	43,2	42,6	41,8	44,5	**7,0**
Consommation de toute autre drogue illégale au cours de la dernière année**	53,4	77,7	67,2	66,2	64,8	**21,8**

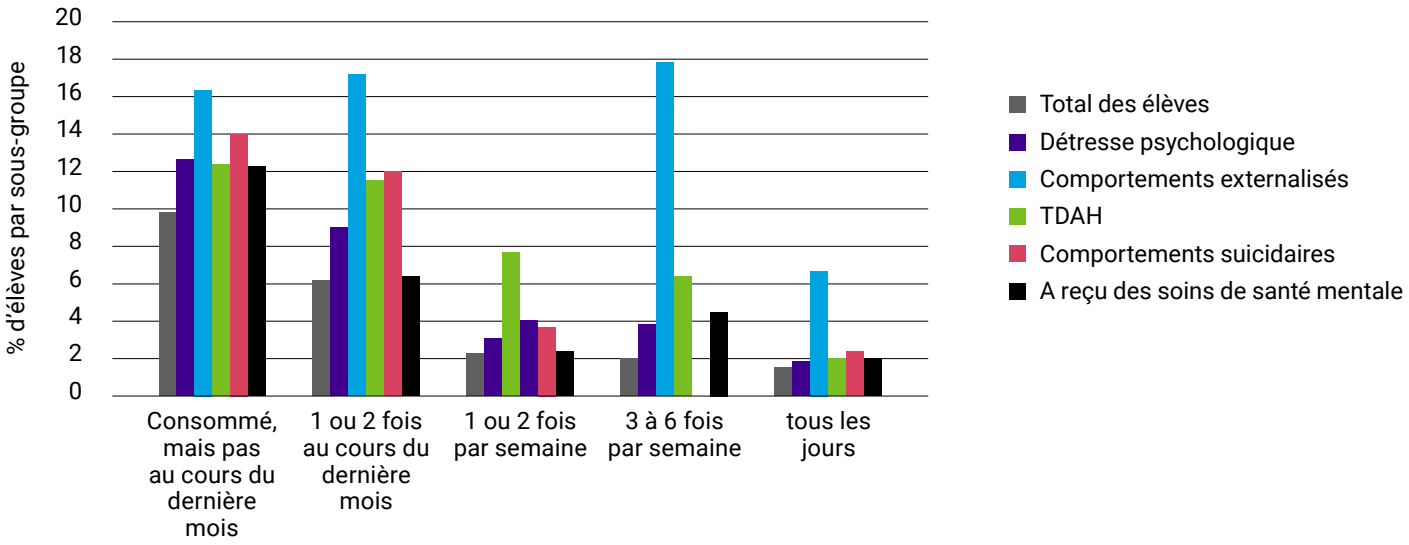
* boire cinq consommations ou plus lors d'une même occasion au moins une fois au cours du dernier mois;

\+ exclut quelques gorgées pour goûter;

++ exclut quelques bouffées pour essayer;

** parmi les élèves du secondaire (9e-12e année) uniquement et comprend la consommation non médicale de médicaments sur ordonnance.

Prévalence de la consommation de cannabis chez les sous-groupes d'élèves présentant une symptomatologie de la santé mentale



Annexe C.

Critères relatifs aux troubles liés à la consommation de cannabis – DSM 5

Trouble lié à la consommation de cannabis

Le Manuel diagnostic et statistique 5[100] définit le **trouble lié à la consommation de cannabis** comme un schéma de consommation de cannabis qui mène à des déficiences cliniquement significatives ou à de la détresse, tel qu'apparent par la manifestation d'au moins deux des éléments suivants au cours d'une période de 12 mois :

1. Le cannabis est souvent consommé en plus grande quantité ou au cours d'une période plus longue que prévu.
2. Un désir persistant ou des efforts infructueux de réduire ou de contrôler la consommation de cannabis.
3. Beaucoup de temps passé à se procurer, à consommer et à récupérer du cannabis.
4. Avoir une envie irrésistible, un fort désir ou une pulsion de consommer du cannabis.
5. Une consommation récurrente de cannabis entraînant l'échec d'accomplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
6. Une consommation continue de cannabis malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels persistants ou récurrents causés ou exacerbés par cette consommation.
7. Abandonner ou réduire sa participation à des activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes en raison de la consommation de cannabis.
8. Une consommation de cannabis récurrente dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. Une consommation continue de cannabis malgré la conscience de vivre des problèmes physiques ou psychologiques persistants ou récurrents qui ont probablement été causés ou exacerbés par le cannabis.
10. Ressentir de la tolérance comme définie par l'un des éléments suivants :
    - **i.** Un besoin d'augmenter les quantités de cannabis consommées pour ressentir l' « extase » ou l'effet désiré.
    - **ii.** Des effets ou un « extase » de plus faible magnitude pour la même quantité de cannabis.

11. Ressentir des symptômes de sevrage comme définis par l'un des éléments suivants :

i. Ressentir 3 symptômes ou plus parmi les suivants dans la semaine suivant la cessation d'une forte consommation ou d'une consommation prolongée de cannabis qui cause des déficiences ou de la détresse cliniquement significatives dans d'importants aspects de fonctionnement sociaux, professionnels ou autres (qui ne peuvent être attribués à une autre substance ou une autre préoccupation médicale) :

a. Irritabilité, colère ou agressivité

b. Nervosité ou anxiété

c. Difficulté de sommeil (par exemple, insomnie, rêves perturbants)

d. Diminution de l'appétit ou perte de poids

e. Agitation

f. Humeur dépressive

g. Au moins un des symptômes physiques suivants causant une gêne importante : douleur abdominale, tremblements, sueurs, fièvre, frissons ou maux de tête

ii. Le Cannabis (ou une substance qui lui est étroitement liée) consommé afin de soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Ces symptômes sont similaires pour tous les troubles liés à la consommation de substances et sont catégorisés selon le degré de gravité, dont :

- Léger : 2-3 symptômes
- Modéré : 4-5 symptômes
- Grave: 6 symptômes ou plus

Annexe D.

Dépistage des symptômes de psychose[67]

Les éléments suivants portent sur les pensées ou les croyances que vous pourriez avoir eues AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS				
		Faux (0)	**Un peu vrai (1)**	**Certainement vrai (2)**
1	Certaines personnes croient qu'on peut lire dans leurs pensées. Est-ce que des personnes ont déjà lu dans vos pensées?			
2	Avez-vous déjà cru qu'on vous transmettait des messages spéciaux par la télévision?			
3	Avez-vous déjà pensé être suivi ou que l'on vous espionnait?			
4	Avez-vous déjà entendu des voix que les autres personnes ne pouvaient pas entendre?			
5	Avez-vous déjà eu l'impression que votre corps avait subi des changements que vous ne pouviez pas comprendre?			
6	Avez-vous déjà eu l'impression d'être sous le contrôle d'une puissance particulière?			
7	Avez-vous déjà su ce qu'une autre personne pensait sans que cette personne ne prononce une parole?			
8	Possédez-vous des pouvoirs spéciaux que les autres personnes n'ont pas?			
9	Avez-vous déjà observé quelque chose ou quelqu'un que les autres personnes ne pouvaient pas voir?			

Annexe E.

Outil d'autoréflexion pour les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire

Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire peuvent utiliser cet outil de réflexions de manière individuelle, en discussions d'équipe ou comme soutien à la supervision clinique.

Questions de réflexion pour aider à engager la conversation avec les adolescents au sujet de la consommation de cannabis :

Historique personnel	Pensez à votre propre adolescence et à vos antécédents personnels de consommation de substances.

- Comment vos premières expériences avec des substances comme le cannabis peuvent-elles avoir une incidence sur votre perception de la consommation de substances?
- Avez-vous des expériences personnelles et/ou professionnelles actuelles avec le cannabis qui peuvent influencer votre approche des interventions liées à cette substance?

Croyances au sujet du cannabis	Pensez à ce que vous savez du cannabis.

- Que pensez-vous de la consommation de cannabis et de sa légalisation? Pourquoi pensez-vous avoir ces opinions?
- Êtes-vous préoccupé par la consommation de cannabis chez les jeunes? Pour quelles raisons?
- Vous sentez-vous informé sur le cannabis et sa consommation?

Approche actuelle en matière de consommation de substances	Réfléchissez à ce que vous pensez actuellement de la consommation de substances.

- Consommez-vous des substances comme l'alcool, le tabac et/ou la caféine?
- Quel est votre rapport avec ces substances-ci ainsi que d'autres?
- Lorsque vous parlez de la consommation de cannabis, utilisez-vous d'abord le langage que parle la personne? *Pensez à la façon dont les termes utilisés peuvent avoir une incidence sur l'approche adoptée pour discuter de la consommation de cannabis. Le fait de parler d'une personne comme d'un « consommateur de drogue » ou d'un « toxicomane » peut limiter notre perception d'une personne en raison de sa consommation de substances.*

Les questions ont été adaptées d'un exercice tiré du Guide de communication sur le cannabis pour les alliés des jeunes: Fleming, K. et McKiernan, A. (2018). Guide de communication sur le cannabis pour les alliés des jeunes. Ottawa, Ont.: Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

Annexe F.

Le test d'identification des troubles liés à la consommation de cannabis (CUDIT) - Outil de dépistage

Avez-vous consommé du cannabis au cours des six derniers mois? OUI/NON

Si OUI, veuillez répondre aux questions suivantes concernant votre consommation de cannabis. Encerclez la réponse qui correspond le mieux à votre consommation de cannabis *au cours des six derniers mois*.

1	**À quelle fréquence consommez-vous du cannabis?**				
	Jamais **0**	Chaque mois ou moins **1**	2 à 4 fois par mois **2**	2 à 3 fois par semaine **3**	4 fois par semaine ou plus **4**
2	**Pendant combien d'heures étiez-vous « gelé » dans une journée typique où vous consommiez du cannabis?**				
	Moins que **0**	1 ou 2 **1**	3 ou 4 **2**	5 ou 6 **3**	7 ou plus **4**
3	**Combien de fois au cours des 6 derniers mois avez-vous constaté que vous n'étiez pas capable d'arrêter de consommer du cannabis une fois que vous aviez commencé?**				
	Jamais **0**	Moins qu'une fois par mois **1**	Chaque mois **2**	Chaque semaine **3**	Chaque jour ou presque **4**
4	**Combien de fois au cours des 6 derniers mois avez-vous omis de faire ce à quoi on s'attendait normalement de vous en raison de votre consommation de cannabis?**				
	Jamais **0**	Moins qu'une fois par mois **1**	Chaque mois **2**	Chaque semaine **3**	Chaque jour ou presque **4**
5	**Combien de fois au cours des 6 derniers mois avez-vous consacré une grande partie de votre temps à vous procurer du cannabis, à en consommer ou à vous remettre des effets du cannabis?**				
	Jamais **0**	Moins qu'une fois par mois **1**	Chaque mois **2**	Chaque semaine **3**	Chaque jour ou presque **4**
6	**Combien de fois au cours des 6 derniers mois avez-vous eu un problème de mémoire ou de concentration après avoir consommé du cannabis?**				
	Jamais **0**	Moins qu'une fois par mois **1**	Chaque mois **2**	Chaque semainee **3**	Chaque jour ou presque **4**
7	**À quelle fréquence consommez-vous du cannabis dans des situations qui pourraient être dangereuses physiquement, comme en conduisant un véhicule, en utilisant des machines ou en gardant des enfants?**				
	Jamais **0**	Moins qu'une fois par mois **1**	Chaque mois **2**	Chaque semaine **3**	Chaque jour ou presque **4**
8	**Avez-vous déjà songé à réduire votre consommation de cannabis ou à y mettre fin?**				
	Jamais **0**		Oui, mais pas au cours des 6 derniers mois **2**		Oui, au cours des 6 derniers mois **4**

Adamson SJ. Kay-Lambkin EJ, Baker AL Lewin TJ. Thornton L, Kelly BJ. et Sellman JD. (2010). An Improved Brief Measure of Cannabis Misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test – Revised (CUDIT-R). *Drug and Alcohol Dependence* 110:137-143.

Ce questionnaire a été conçu pour l'auto-administration et est noté en additionnant les résultats obtenus à chacune des 8 questions :
- Les questions 1 à 7 sont notées sur une échelle de 0 à 4.
- La question 8 peut recevoir la note de 0, 2 ou 4.

Les notes de 8 ou plus indiquent une consommation dangereuse de cannabis, tandis que les notes de 12 ou plus indiquent un trouble possible lié à la consommation de cannabis pour lequel une intervention supplémentaire pourrait être nécessaire.

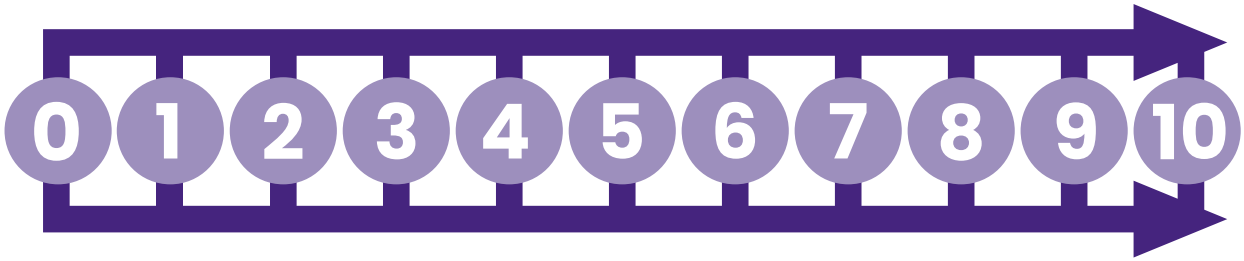
Annexe G.

Feuille de travail sur l'échelle de disposition au changement

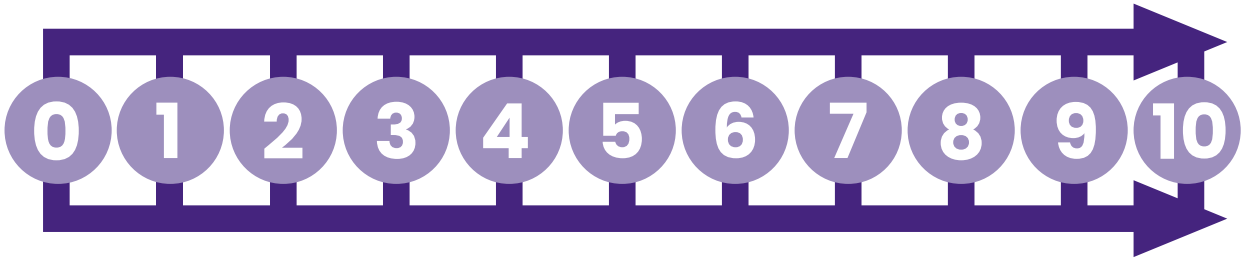
Échelles de disposition au changement

Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie pas du tout...

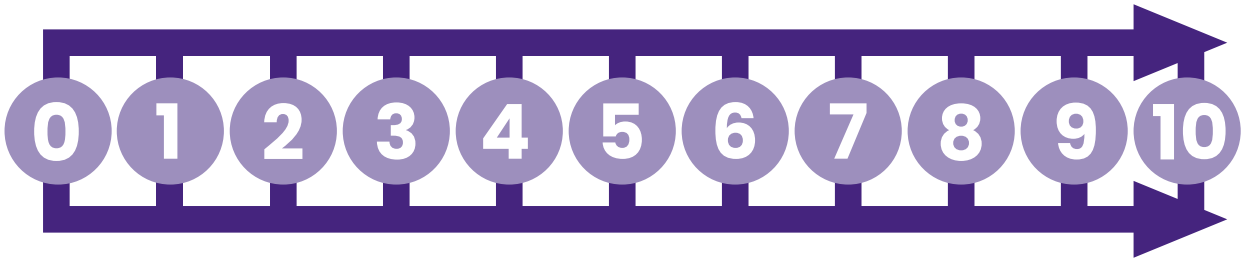
Dans quelle mesure est-il ***important*** pour vous de changer votre consommation de cannabis en ce moment?



Dans quelle mesure êtes-vous ***prêt(e)*** à changer votre consommation de cannabis en ce moment?



Dans quelle mesure êtes-vous ***confiant(e)*** quant à la possibilité d'apporter un changement à votre consommation de cannabis?

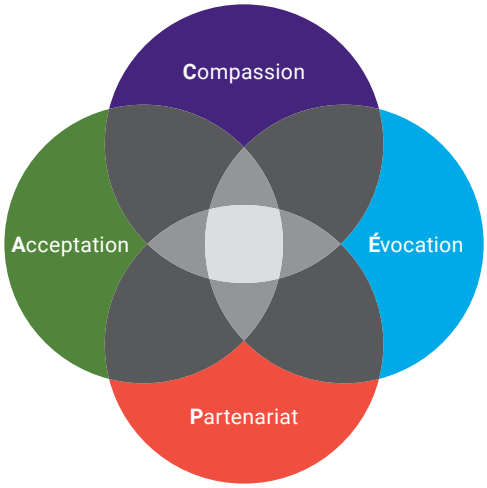


Annexe H.

Fiche de conseils sur l'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel (EM) : notions fondamentales

L'esprit (ou la philosophie) sous-jacent de l'EM est encore plus important que les compétences. Alors que vous êtes un expert en santé mentale, votre client est un expert dans sa propre vie.

L'esprit de l'EM : PACE	Les principes de l'EM : RCÉD (RULE en anglais)
Partenariat **A**cceptation **C**ompassion **É**vocation  * Aussi connu sous le nom PACE	**Résister au « réflexe du redressement »** L'envie de « réparer » l'élève. Évitez d'argumenter en faveur du changement car cela va à l'encontre de l'effet recherché. **Comprendre l'élève** Les raisons pour lesquelles l'élève veut changer sont d'une importance capitale parce que celles-ci entraîneront probablement un changement de comportement. **Écouter l'élève** L'EM consiste à écouter autant que d'informer. **Donner à l'élève les moyens d'explorer le changement** Donner de l'espoir à propos de la possibilité du changement. Appuyer les choix des élèves et leur autonomie en ce qui concerne les objectifs de changement.

Les compétences fondamentales de l'entretien motivationnel : OARR

Les questions **OUVERTES** encouragent l'élève à s'expliquer.

Offrir des **AFFIRMATIONS** afin de favoriser l'optimisme et reconnaitre le savoir, les efforts, et l'expérience de l'élève. Ces affirmations ne représentent pas l'approbation de la clinicienne ou du clinicien.

RÉFLEXIONS : faire preuve d'écoute empathique :

- réflexions simples : paraphraser; répéter le contenu.
- réflexions complexes : refléter ce que l'élève dit et ce qu'il vit, même s'il ne s'est pas encore exprimé à ce sujet. (le sens derrière ses mots).

RÉSUMÉS : les meilleurs sont ciblés et concis, et comprennent des éléments qui aident l'élève à avancer. L'objectif est d'aider l'élève à organiser son expérience.

Cette fiche de conseils a été adapté de la ressource créée par CAMH TEACH Project and Ontario Lung Association. Miller, W.R. and Rollnick, S. 2013. Motivational Interviewing: Helping People Change. New York: Guilford Press. * Adapté de Miller & Rollnick. 2013, page 22.

Les conseils rapides de l'EM

Discours de CHANGEMENT ou discours de MAINTIEN		
« Je sais qu'il faut fumer moins de mari… » DISCOURS DE CHANGEMENT	... mais ...	… elle m'apporte une bonne sensation. » DISCOURS DE MAINTIEN

Façons d'inciter le client à parler du changement : DCRB EAP (DARN CAT en anglais)	Comment inciter le discours de changement? Posez les questions suivantes…
Discours de changement préparatoire (DCRB)	« Pourquoi veux-tu faire ce changement? »
Désir de changer (les souhaits, les espoirs, les désirs)	« Si vous décidiez de faire un changement, comment pensez-vous que vous vous y prendriez pour le faire? »
Capacité de changer (optimisme)	« En quoi les choses seraient-elles différentes si vous changiez? »
Raisons pour changer (les bienfaits du changement)	« Comment les choses iraient-elles mieux si vous changiez? »
Besoin de changer (des problèmes face au statu quo)	*Si vous entendez le discours de changement, voilà comment vous savez que votre approche est efficace.*
Discours de changement actif (EAP)	**Le langage de l'engagement prédit le changement**
Engagement (« Je vais…, » « J'ai l'intention de… »)	« Que comptez-vous faire? »
Activation (les étapes que l'élève a déjà entreprises pour atteindre l'objectif)	« Qu'êtes-vous prêt à faire maintenant? »
Prendre des mesures (par ex., « Chaque semaine j'achète un peu moins et j'ai dit à mon ami que je consomme de moins en moins. »)	« Qu'avez-vous déjà fait? »
	« Quelle est la prochaine étape? »

Échelles de disposition au changement

Les échelles de disposition au changement sont des outils conçus pour inciter le discours de changement. Servez-vous de ces outils pour connaitre la mesure dans laquelle l'élève croit important de changer, et dans quelle mesure il est confiant dans sa capacité à changer, en posant, par exemple, les questions suivantes :

« Sur une échelle de 1 à 10, dans quelle mesure est-il important pour vous d'arrêter ou de réduire votre consommation de cannabis en ce moment? »

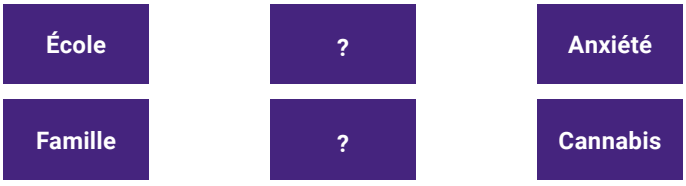
« Sur la même échelle, dans quelle mesure êtes-vous confiant(e) quant à la possibilité d'apporter un changement à votre consommation de cannabis? »

Pas du tout important/confiant — **Extrêmement important/confiant**

Questions à poser : « Pourquoi avez-vous donné une cote de _____ [cote faible] plutôt que la cote de _____ [cote plus élevée]? »
« Quelles sont les mesures à prendre pour passer de la cote [cote choisie par _____ l'élève] à la cote _____ [un numéro]? »

ÉTABLIR LES GRANDES LIGNES D'UN PROGRAMME

Créez une feuille de « bulles » et invitez l'élève à identifier tous les domaines de changement possibles. Vous pouvez inscrire quelques domaines à l'avance, comme illustré dans l'exemple ci-dessous. Une fois que l'élève ait partagé leurs priorités, posez la question suivante : *« Compte tenu des domaines identifiés, de quoi aimeriez-vous discuter durant notre session aujourd'hui? »*



Miller. W. R. et Rollnick, S. 2013. Motivational Interviewing: Helping People Change. New York : Guilford Press.

Annexe I.

Adapter les interventions aux étapes du changement[77, 101, 102]

Pré-réflexion

- Utilisation des stratégies d'**entretien motivationnel**
- Sensibilisation : accroître la conscience de soi et la réflexion sur son comportement actuel dans le contexte des valeurs personnelles.
- Accroître la sensibilisation au risque lié à la consommation, fournir des renseignements sans porter de jugements.
- Donner espoir en fonction des options tout en validant le manque de disposition actuelle au changement.

Réflexion

- Utilisation des stratégies d'**entretien motivationnel**
- Évoquer les raisons d'apporter des changements et les répercussions de ne pas apporter de changements – discuter des avantages et des inconvénients.
- Sensibilisation : accroître la conscience de soi et la réflexion sur son comportement actuel dans le contexte des valeurs personnelles.
- Autoréévaluation afin de prendre en considération le comportement actuel dans le contexte de la personne qu'il ou elle veut être.
- Réévaluation environnementale – réévaluation sociale afin de réaliser de quelle manière le comportement affecte les autres.
- Développer la confiance en ses capacités de procéder à des changements – accroître son sentiment d'efficacité personnelle.

Préparation

- Explorer les options alternatives à la consommation de substances.
- Cibler et diminuer les obstacles au changement.
- Explorer plus profondément les avantages et les inconvénients du changement de comportement.
- Utilisation des stratégies de la **thérapie cognitivo-comportementale**.
- Aider à cibler les sources de soutien social.

Action (changement dans le comportement de la première journée à 6 mois)

- Utilisation des stratégies de la **thérapie cognitivo-comportementale**.
- Soutenir une vision réaliste du changement qui reconnaît l'importance des petits pas.
- Cibler et soutenir la participation à des comportements et des pensées alternatifs.
- Cibler des façons de créer des récompenses personnelles pour des changements de comportement.
- Cibler les situations à haut risque et des stratégies d'adaptation.
- S'engager auprès de sources de soutien.

Maintien (le changement de comportement est maintenu au-delà de 6 mois)

- Continuer de reconnaître les situations et les déclencheurs à haut risque.
- Élaborer et pratiquer des comportements alternatifs.
- Reconnaître la possibilité de retomber dans les comportements ou les pensées antérieurs de même que les stratégies d'autosoin.
- Maintenir les sources de soutien.

Annexe J.

Feuille de travail de la matrice décisionnelle

Fiche-outil de balance décisionnelle

Les avantages (bonnes choses) de la consommation	Les inconvénients (moins bonnes choses) de la consommation
Les inconvénients liés aux changements	**Les avantages liés aux changements**

Annexe K.

Données normatives de référence spécifiques à l'année d'études et au sexe

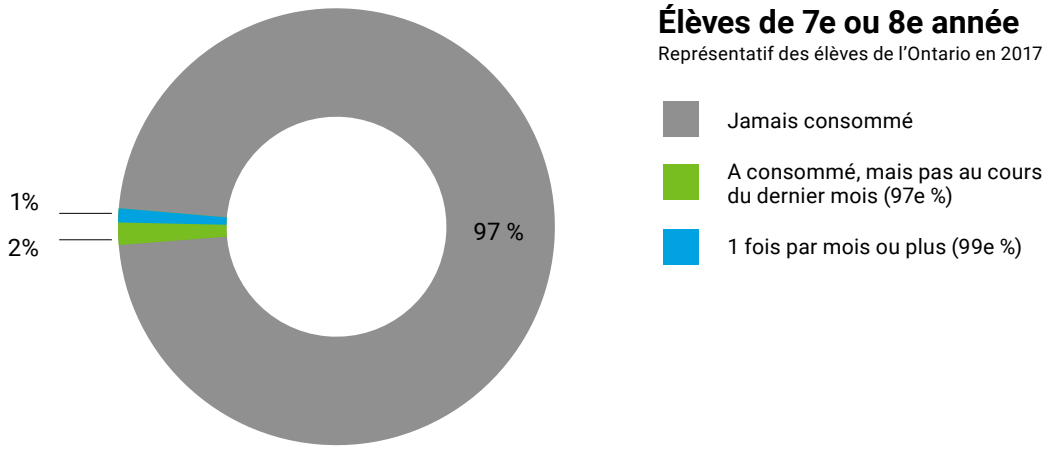
Lorsqu'une rétroaction normative est donnée, il est utile de fournir les données jumelées le plus près possible. Fondé sur votre jugement clinique, vous pouvez fournir des données normatives jumelées selon le sexe, le genre binaire autoidentifié (pour les élèves du secondaire) ou simplement par année. Les pages suivantes fournissent des données normatives de référence selon l'année scolaire et le genre par année scolaire (pour les élèves du secondaire).

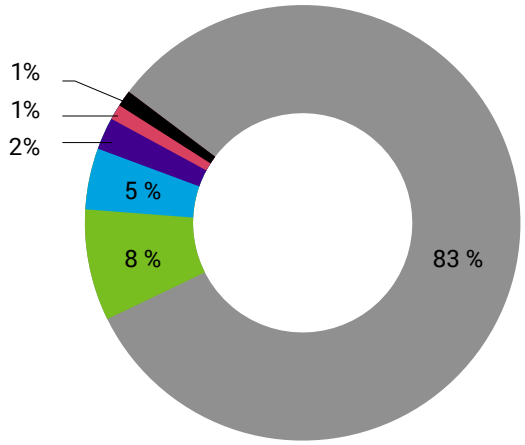
Exemple du langage utilisé lors de la révision de la rétroaction normative :

> « Vous dites consommer du cannabis [insérez la quantité cautionnée par l'élève]. Comparativement aux autres élèves de la 7e et la 8e année en Ontario, vous consommez plus de [insérez le nombre percentile associé à leur consommation] pour cent que les autres élèves. Qu'en pensez-vous? »

Vous pourriez rencontrer un peu de résistance. Les élèves pourraient mettre en doute la validité des données.

- Vous pouvez informer les étudiants que ces renseignements proviennent de l'Enquête sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario qui questionne les élèves de l'ensemble de l'Ontario sur leur consommation de drogues tous les deux ans.
- Vous pouvez aussi valider leur résistance – mentionnant que plusieurs élèves croient que d'autres élèves consomment plus souvent que ce qu'ils font réellement. On peut parfois avoir l'impression que « **tout le monde** consomme du cannabis ». Bien que plusieurs élèves en consomment (consultez le graphique), la majorité des élèves n'ont jamais consommé de cannabis ou n'en consomment pas sur une base régulière (consultez le graphique).
- Engagez la conversation avec les élèves afin d'approfondir la discussion portant sur ces renseignements.
- Essayez de « voguer avec la résistance » lorsque vous discuterez de ces renseignements.

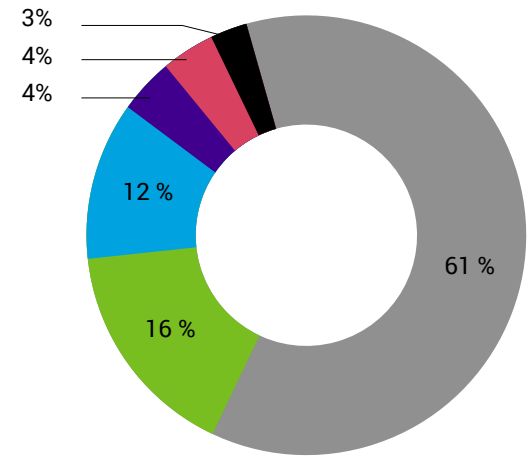




Élèves de 9e ou 10e année

Représentatif des élèves de l'Ontario en 2017

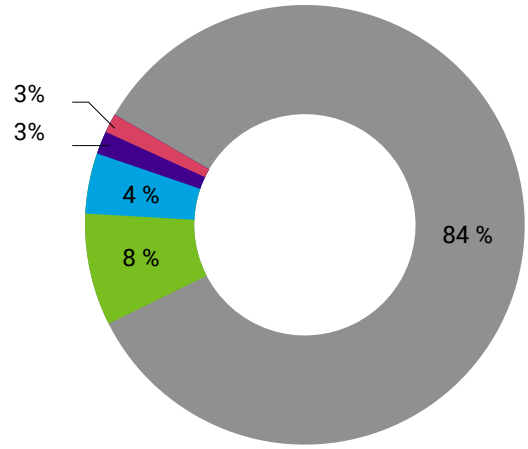
- Jamais consommé
- A consommé, mais pas au cours du dernier mois (83e %)
- 1 ou 2 fois au cours du dernier mois (91e %)
- 1 ou 2 fois par semaine (96e %)
- 3 ou 6 fois par semaine (98e %)
- Tous les jours (99e %)



Élèves de 11e ou 12e année

Représentatif des élèves de l'Ontario en 2017

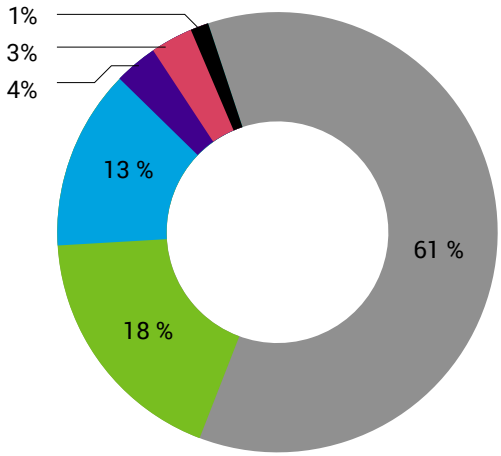
- Jamais consommé
- A consommé, mais pas au cours du dernier mois (61e %)
- 1 ou 2 fois au cours du dernier mois (78e %)
- 1 ou 2 fois par semaine (90e %)
- 3 ou 6 fois par semaine (93e %)
- Tous les jours (97e %)



Élèves de sexe féminin de 9e ou 10e année

Représentatif des élèves de l'Ontario en 2017

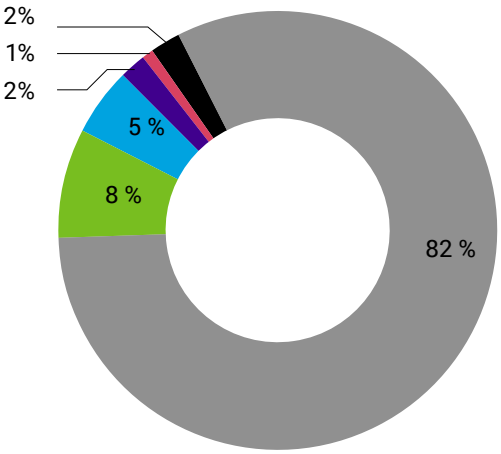
- Jamais consommé
- A consommé, mais pas au cours du dernier mois (84e %)
- 1 ou 2 fois au cours du dernier mois (93e %)
- 1 ou 2 fois par semaine (97e %)
- 3 ou 6 fois par semaine (99e %)



Élèves de sexe féminin de 11e ou 12e année

Représentatif des élèves de l'Ontario en 2017

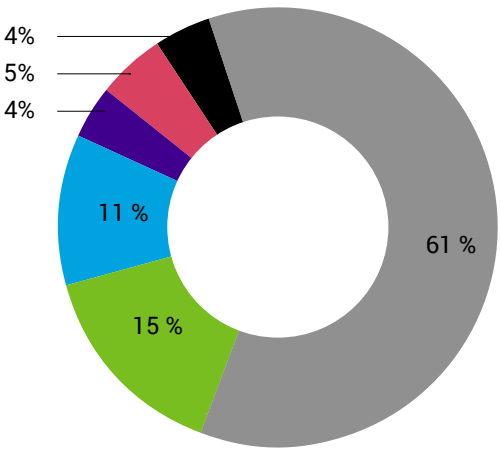
- Jamais consommé
- A consommé, mais pas au cours du dernier mois (61e %)
- 1 ou 2 fois au cours du dernier mois (79e %)
- 1 ou 2 fois par semaine (92e %)
- 3 ou 6 fois par semaine (96e %
- Tous les jours (99e %))



Élèves de sexe masculin de 9e ou 10e année

Représentatif des élèves de l'Ontario en 2017

- Jamais consommé
- A consommé, mais pas au cours du dernier mois (82e %)
- 1 ou 2 fois au cours du dernier mois (90e %)
- 1 ou 2 fois par semaine (95e %)
- 3 ou 6 fois par semaine (97e %)
- Tous les jours (98e %)



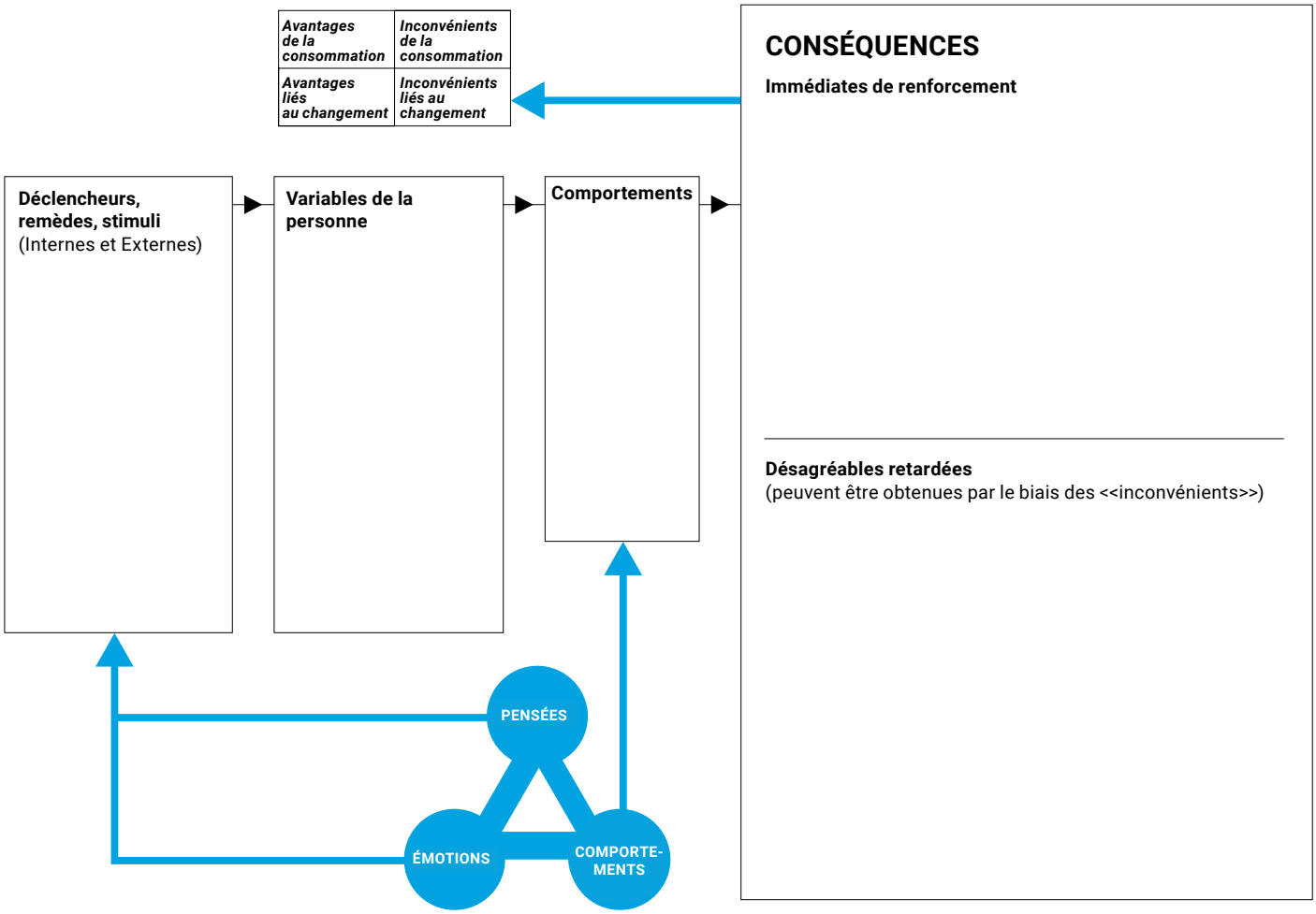
Élèves de sexe masculin de 11e ou 12e année

Représentatif des élèves de l'Ontario en 2017

- Jamais consommé
- A consommé, mais pas au cours du dernier mois (61e %)
- 1 ou 2 fois au cours du dernier mois (76e %)
- 1 ou 2 fois par semaine (87e %)
- 3 ou 6 fois par semaine (91e %)
- Tous les jours (96e %)

Annexe L.

Exemple d'analyse fonctionnelle



Annexe M.

Feuille de travail du formulaire de suivi de la pensée

Situation	Émotion et intensité (0-100)	Pensées, croyances et interprétations	Pensées alternatives (« faits »)	Pensées bien balancées

Nous travaillons en collaboration avec les conseils scolaires de l'Ontario pour favoriser la santé mentale des élèves

School Mental Health Ontario

Santé mentale en milieu scolaire Ontario

@SMHO_SMSO | www.smho-smso.ca

School Mental Health Ontario

Santé mentale en milieu scolaire Ontario

© 2019 Santé mentale en milieu scolaire Ontario