



ÉTUDIANT.ES
CANADIEN.NES
POUR LES POLITIQUES
ÉCLAIRÉES SUR LES
SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Éducation sensée au sujet du cannabis

Une référence pour l'éducation des jeunes

Version 1.1



Étudiant.es canadiennes pour les politiques éclairées sur les substances psychoactives (ÉCPÉSP) est un réseau de jeunes et d'étudiant.es préoccupé.es par les impacts négatifs de nos politiques sur les drogues au niveau des individus et des communautés. Nous considérons que la consommation de drogue est un enjeu de santé et de droits de la personne plutôt qu'un enjeu judiciaire. Nous revendiquons des approches basées sur les données probantes afin de réduire et de prévenir les méfaits associés à la consommation de drogue et à sa criminalisation.

RECONNAISSANCES

L'ÉCPÉSP tient à remercier son **équipe externe de création de contenu destiné aux jeunes** pour son temps, ses rétroactions et son soutien dans l'examen et la révision de cette référence ; cette équipe comprend :

- **FLORENCE CHAN**
- **KIRA LONDON-NADEAU**
- **MAX MONAHAN-ELLISON**

De plus, L'ÉCPÉSP souhaite remercier les personnes suivantes pour les rétroactions et les commentaires qu'elles ont fournis par rapport au contenu :

- **DR DAN WERB**, Centre on Drug Policy Evaluation
- **DR REBECCA HAINES-SAAH**, professeure adjointe, département des sciences de la santé communautaire, École de médecine Cumming de l'Université de Calgary
- **ANNA MCKIERNAN** et **KATIE FLEMING**, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
- **PATRICIA SCOTT-JEOFFROY**, conseillère en éducation, Parent Action on Drugs
- **CATHY MASER**, infirmière praticienne, division de la médecine des adolescents, The Hospital for Sick Children
- **JANE MCCARTHY** et **JOANNE BROWN**, Parent Action on Drugs
- **ALEXZANDER SAMUELSSON**

L'ÉCPÉSP souhaite remercier Alex Bestos et Taylor Fleming pour leur aide à l'édition, Heather McGregor pour la conception initiale en plus de l'entièreté de la famille chez ÉCPÉSP, particulièrement Sean Bristowe, Heath D'Alessio, Hasham Kamran, Kiah Ellis-Duraty et Kira London-Nadeau pour leur travail dans la mise à jour de cette référence. Merci à nos jeunes traductrices et traducteurs : Laura M. Bernal (français et espagnol), Tejeswin (Jovey) Sharma (pendjabi), Coco Wang (mandarin) ; et JR Language Translation Services, Inc. pour la traduction de cette référence.

Nous tenons également à remercier **Canopy Growth Corporation** pour son soutien initial grâce à une subvention sans restriction aux Étudiant.es canadien.nes pour les politiques éclairées sur les substances psychoactives en 2017.

PRÉPARÉ PAR

JENNA VALLERIANI, PhD
Conseillère stratégique, ÉCPÉSP

NAZLEE MAGHSOUDI, MGA
Conseillère stratégique, ÉCPÉSP

STEPHANIE LAKE, MSC
Conseillère stratégique, ÉCPÉSP

MARLENA NGUYEN-DANG, HBA

MICHELLE ST. PIERRE, MA

JILL ROBINSON, BA
Conseil d'administration, section
Okanagan de l'ÉCPÉSP

DESSY PAVLOVA, BA
Conseillère stratégique, ÉCPÉSP

LINDSAY LO, BSc. (Hons)

Éducation sensée au sujet du cannabis

Une référence pour l'éducation des jeunes

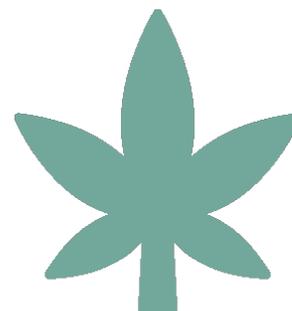
TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| TABLE DES MATIÈRES | 0 |
| Introduction | 5 |
| Section 1 : Principes directeurs de L'ÉCPÉSP pour l'éducation au sujet du cannabis | 8 |
| 1.1 Éducation fondée sur des informations factuelles..... | 9 |
| 1.2 Dialogue ouvert et non moralisateur basé sur des approches interactives..... | 12 |
| 1.3 Inclusion significative..... | 15 |
| 1.4 Présentation par un animateur qualifié ou par les pairs | 17 |
| 1.5 Commencer l'éducation tôt, avec du contenu approprié à l'âge des élèves | 19 |
| 1.6 Soutien aux parents pour des conversations ouvertes et appropriées selon l'âge. | 21 |
| 1.7 Inclusion de la réduction des méfaits | 24 |
| 1.8 Éducation adaptée au contexte spécifique | 27 |
| 1.9 Formation continue offerte aux jeunes..... | 29 |
| 1.10 Attention portée au chevauchement des questions relatives au racisme, à la justice sociale et à la stigmatisation | 30 |
| Section 2 : Programme d'éducation accessible | 32 |
| 2.1 Cannabis 101 : qu'est-ce que c'est et comment l'utilise-t-on? | 33 |
| 2.2 Raisons de l'abstinence et de la consommation de cannabis chez les jeunes | 41 |
| 2.3 Réduction des méfaits : ce que c'est et en quoi c'est important | 51 |
| 2.4 Cannabis : le contexte historique et législatif | 56 |
| 2.5 Évaluer les potentiels effets néfastes sur la santé | 62 |
| Conclusion..... | 77 |
| Ressources supplémentaires | 78 |
| Références..... | 6 |

INTRODUCTION

En concordance avec le mandat de l'ÉCPÉSP de soutenir l'éducation sur les drogues, et en soutien aux consultations de la jeunesse canadienne concernant la législation du cannabis, cette référence répond aux demandes de développement d'outils éducatifs réalistes et fondés sur des preuves et destinés aux jeunes. Cette ressource, créée tant pour les éducateurs que pour les parents, vise à soutenir les adultes à mener des conversations sur le cannabis auprès des jeunes, de manière informée et exempte de jugement.

Selon l'enquête nationale sur le cannabis, avant la légalisation 19,8%¹ des jeunes âgés entre 15 et 17 ans consommait le cannabis, tandis que l'estimation post-légalisation correspondante de la publication du troisième trimestre de l'ENC (2019) était de 10,4%². Bien qu'il soit encore trop tôt pour mener des observations concrètes sur l'impact de la légalisation sur la consommation des jeunes, il est notable que la consommation rapportée a diminué dans la première année suivant la légalisation. Par contre, les estimations qui capturent un plus grand échantillon de jeunes âgés entre 15 et 25 ans suggèrent toujours un taux de consommation de 2 à 3 fois plus élevé que pour les adultes âgés de plus de 25 ans^{3,4}. Puisque le cannabis était la drogue illicite la plus populaire chez les jeunes Canadiens, et étant donné que le Canada a pris la décision de légaliser et réguler le marché du cannabis récréatif, le développement continu d'outils pour parfaire l'éducation des jeunes au sujet du cannabis est d'une importance cruciale. La légalisation du cannabis au Canada est l'opportunité de revoir notre approche de l'éducation des jeunes au sujet du cannabis.



En septembre 2016, l'ÉCPÉSP a tenu une table ronde de la jeunesse sur la légalisation et la réglementation du cannabis, intitulée « [Youth Speak: Cannabis Policy in the 21st Century](#) ». Cette table ronde de l'ÉCPÉSP, à laquelle ont assisté divers jeunes de Toronto, a rassemblé des données afin de créer, pour le Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation de la marijuana, un exposé axé sur les jeunes. Un consensus est apparu chez les jeunes participants; en effet, il y a un manque d'outils éducatifs fondés sur des preuves tant à l'école qu'à la maison, ainsi que

dans leur famille, leur communauté et en ligne. Les jeunes ont souligné la nécessité d'une éducation priorisant le développement des « connaissances sur le cannabis » des jeunes, y compris des évaluations de risque fondées sur des preuves et des principes de réduction des

méfais. Les « connaissances sur le cannabis » désignent les connaissances et les compétences requises pour effectuer des choix éclairés à propos de l'usage de cannabis.⁵ Les jeunes ont décrit le besoin d'avoir des conversations et une éducation commençant plus tôt, et contenant du contenu approprié. Ils ont également souligné l'importance de créer du contenu contenant l'avis de jeunes, y compris celui de jeunes consommateurs. Cette référence, s'appuyant sur la table ronde, a été créée en tant que première étape d'une éducation sensée des jeunes au sujet du cannabis. Tout au long de cette référence, le terme « jeune » est utilisé, sauf à indication contraire, pour désigner les personnes âgées de 14 à 25 ans.

En général, les buts principaux de l'éducation sur les drogues sont de fournir des informations précises, de sensibiliser les jeunes aux ressources, de développer les aptitudes de prise de décision et les connaissances en santé, de réduire les risques de consommation et de soutenir l'augmentation des risques d'un individu.⁶ Toutefois, cette référence excède ces mandats.

Bien qu'il n'y ait aucune approche miracle pour parler du cannabis avec les jeunes, cette référence offre des principes directeurs, ainsi qu'un programme d'éducation des jeunes au sujet du cannabis.

La référence est divisée en deux parties. La première section met en lumière dix principes directeurs pour mener l'éducation des jeunes. Dans cette section, nous discuterons des concepts et des valeurs inhérents à la mise en œuvre et à la prestation de l'éducation des jeunes au sujet du cannabis. Bien que décrits dans le contexte de l'éducation au sujet du cannabis, ces principes s'appliquent également à l'éducation au sujet d'autres drogues. La deuxième partie porte sur le contenu méritant d'être inscrit dans un programme d'enseignement complet au sujet du cannabis destiné aux jeunes. Ce contenu peut inclure des données probantes sur le cannabis, ses utilisations et ses effets, ainsi que sur les stratégies de réduction des méfaits. Cette section porte également sur de nombreuses déclarations effectuées sur la consommation juvénile de cannabis, par exemple, en ce qui concerne les impacts du cannabis sur le développement du cerveau.

Cette référence a été élaborée en collaboration avec le conseil d'administration de l'ÉCPÉSP, les regroupements nationaux et une équipe de révision du contenu jeunesse afin d'assurer une harmonisation avec les préoccupations des jeunes. Les auteurs ont abondamment puisé dans la littérature scientifique, ainsi que dans des ressources pertinentes de la communauté des politiques antidrogue, y compris le programme d'éducation « *Just say know* » de *Students for Sensible Drug Policy*, la série « *Clearing the smoke* » du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, les *Directives canadiennes d'usage de cannabis à faible risque* de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS), HereToHelp BC et plus encore. En outre, l'ÉCPÉSP a présenté des ateliers à travers le Canada pour parler avec divers groupes de jeunes et de personnes qui travaillent auprès des jeunes sur cette référence, son

message, ses principes et sa portée. Nous avons aussi présenté notre travail à un large éventail de parties prenantes clés, incluant le gouvernement fédéral, le Sénat du Canada et dans le cadre d'un événement parallèle aux côtés de d'autres groupes de jeunes devant la Commission des stupéfiants des Nations Unies.

Dans cette dernière édition du guide de référence, nous avons mis à jour la littérature scientifique et les meilleures pratiques suite à la publication initiale de la référence en 2018. Nous avons intégré les commentaires reçus dans le cadre de nos ateliers avec les jeunes et les personnes qui travaillent avec eux et nous sommes ravis de continuer à développer ce travail dans le but de faire la promotion d'échanges sensés et basés sur les données probantes. Après plus de deux ans depuis la légalisation, les efforts d'éducation doivent continuellement être actualisés pour non seulement répondre aux besoins d'une population jeune et vivant avec cette nouvelle réalité, mais pour aussi suivre l'évolution rapide des tendances en matière de réglementation et de recherche.

L'ÉCPÉSP est un fier récipiendaire d'une subvention du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances du gouvernement fédéral qui fournira du financement pour les deux années à venir afin de pousser encore plus loin l'éducation sensée des jeunes au sujet du cannabis. Ce financement nous permettra de faciliter un dialogue national sur le cannabis avec des jeunes âgés entre 17 et 25 ans de façon présente et virtuelle tout en incluant des pairs pour s'assurer de la centralité et de la mise en valeur des perspectives et des approches des jeunes. Nous travaillons aussi à augmenter la portée et la diffusion de cette référence qui est maintenant disponible en ligne et en version papier dans 5 langues (français, anglais, mandarin, pendjabi et espagnol).

Nous savons qu'il n'existe aucun modèle unique d'éducation au sujet du cannabis et qu'il faut tenir compte du contexte. Même si une approche particulière est considérée comme exemplaire dans un contexte, elle devrait toujours être adaptée aux situations locales, plutôt qu'être simplement reproduite. À ce titre, cette référence reste un point de départ à l'élaboration d'approches éducatives souples et offrira un aperçu de la mise en œuvre possible de l'éducation au sujet du cannabis, ainsi que des façons de raffiner et d'améliorer les approches.

SECTION 1 : PRINCIPES DIRECTEURS DE L'ÉCPÉSP POUR L'ÉDUCATION AU SUJET DU CANNABIS

Les dix principes directeurs suivants sont destinés à fournir un cadre de concepts et de valeurs fondamentaux visant à soutenir le développement de l'éducation des jeunes au sujet du cannabis. Ils sont également destinés à guider les décisions reliées aux pratiques de conversation et d'éducation au sujet du cannabis; plutôt que de faire loi à titre d'instructions ou de plan d'action pour la mise en œuvre d'un programme d'éducation sur les drogues. Les principes directeurs font ressortir un large ensemble de concepts qui, collectivement, peuvent guider la conception et la mise en œuvre de l'éducation des jeunes au sujet du cannabis.

Compte tenu de la diversité chez les jeunes, ces principes peuvent être adaptés et mis en œuvre de différentes manières qui serviront au mieux le contexte donné. Bien que les principes suivants ne soient pas répertoriés par ordre d'importance, ils se renforcent mutuellement, se chevauchent dans certains cas et reflètent l'état actuel de la recherche dans la promotion des connaissances sur le cannabis, la santé et le bien-être chez les jeunes.

1. *Favoriser une approche éducative fondée sur des informations factuelles*
2. *Encourager un dialogue ouvert et non moralisateur basé sur des approches interactives*
3. *Incorporer le concept d'inclusion significative*
4. *Encourager la présentation de contenu informatif venant d'un animateur ou des pairs qualifiés*
5. *Commencer l'éducation tôt, avec du contenu approprié à l'âge des jeunes*
6. *Soutenir une communication parent-enfant ouverte et appropriée selon l'âge*
7. *Inclusion de la réduction des méfaits*
8. *Adapter l'éducation donnée au contexte spécifique*
9. *Offrir une formation continue aux jeunes*
10. *Porter attention à l'intersection des enjeux liés au racisme, à la justice sociale et à la stigmatisation*

1.1 ÉDUCATION FONDÉE SUR DES INFORMATIONS FACTUELLES

- Les approches centrées sur la peur et l'abstinence ne trouvent pas écho parmi les jeunes.
- Les facteurs environnementaux peuvent augmenter ou diminuer la probabilité de consommation et doivent être comptabilisés dans les approches de prévention.
- Aller au-delà des faits en incluant le développement des compétences dans l'enseignement au sujet du cannabis.

Les jeunes devraient avoir facilement accès à des informations factuelles au sujet du cannabis. Depuis les années 1960, la pratique dominante dans l'éducation sur les drogues a été de susciter la crainte autour de la consommation de drogue en se concentrant, et souvent de façon exagérée, sur les conséquences négatives de l'utilisation. Des approches autoritaires et fondées sur la peur dans l'éducation sur les drogues peuvent aliéner les jeunes gens et nuire à la crédibilité des efforts d'éducation.⁷ Cela inclut, par exemple, des programmes populaires qui se sont révélés inefficaces, comme le programme D.A.R.E.^{8,9} En outre, de nombreux programmes populaires passés et présents d'éducation sur les drogues s'appuient sur une approche axée sur l'abstinence; en particulier les programmes de prévention en milieu scolaire. Les approches axées sur l'abstinence se basent sur la notion qu'éviter la consommation de drogue est la seule option et elles s'appuient souvent sur la stigmatisation de la consommation et des consommateurs.^{10,12,13} Bien qu'il y ait plusieurs raisons à la consommation juvénile de cannabis, l'éducation au sujet de cette drogue a, traditionnellement, encadré de façon très étroite la consommation et ignoré le spectre de la consommation entre « abstinence » et « problématique ». En outre, plusieurs programmes d'éducation disponibles ne reconnaissent pas que les jeunes obtiennent souvent des informations en ligne. Ainsi, plusieurs programmes, plus anciens, ont ignoré le contexte

numérique dans lequel notre génération obtient, explore et génère des informations à propos des drogues et de leur consommation.

En plus de l'inefficacité des approches centrées sur la peur et l'abstinence principalement utilisées dans les approches préventives des programmes scolaires,¹⁴ les obstacles à une éducation sur les drogues pertinente pour les jeunes comprennent également l'absence de la contribution des jeunes et de leurs perspectives dans l'élaboration du programme. Les jeunes ont le droit d'avoir accès à des informations médicales fiables et exemptes de tout jugement. Les stratégies qui visent à engager

Les approches basées sur l'abstinence sont centrées sur l'idée que la seule option acceptable est celle d'éviter toute consommation de substance, ce qui mène à souvent à la stigmatisation de la consommation et de consommateurs.

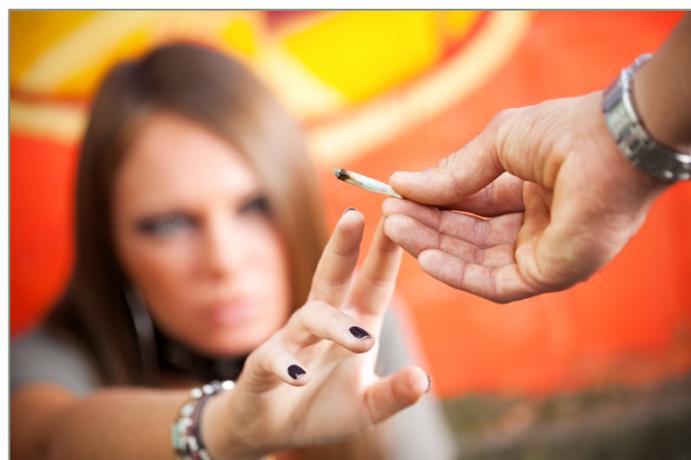
Les jeunes ont le droit
d'avoir accès à des
informations médicales
fiables et exemptes de
tout jugement.

un dialogue honnête et réduire les comportements dangereux associés à la consommation de cannabis ont eu des résultats prometteurs.

L'éducation devrait également reposer sur l'évaluation des facteurs de risques et des facteurs de protection entourant la consommation de drogues. Les facteurs de risque représentent les facteurs de création d'une consommation nocive par un individu ou son environnement (p. ex. de faibles liens

familiaux, un environnement familial chaotique, un désengagement avec l'école, un traumatisme et de mauvaises conditions économiques); les facteurs de protection, quant à eux, représentent les facteurs amenuisant le risque de développer une consommation problématique (p. ex. une forte surveillance parentale, une cohésion communautaire et le développement de compétences sociales).¹⁵ La considération de ses facteurs de risque et de protection dans les sphères de la vie des jeunes, comme l'individu, la communauté et la famille, peuvent conduire à des résultats positifs, y compris aider les jeunes à créer une résilience et de saines capacités d'adaptation.¹⁶

En outre, lors de l'examen des informations factuelles sur les effets de la consommation de cannabis,¹⁷ il convient de garder à l'esprit que fournir des faits, sans s'attaquer aux contextes sociaux plus larges de la consommation juvénile, ne constitue pas une méthode pédagogique efficace en elle-même.^{18,19} Adopter une approche axée sur les éléments de preuve ne suggère pas que l'enseignement doit seulement offrir des « faits sur la drogue » aux jeunes. Les preuves montrent que les programmes axés sur les compétences sont plus efficaces que ceux qui se concentrent exclusivement sur les connaissances, l'attitude et les intentions.^{20,21} Au final, l'éducation au sujet du cannabis efficace repose sur une combinaison d'éléments, dont plusieurs ne sont pas efficaces lorsqu'isolés, et qu'intégrer un plus grand nombre de ces composants a eu plus de succès.^{22,23,24} Ainsi, une approche fondée sur des preuves serait également interactive et aurait de multiples facettes : développement personnel, compétences générales de prise de décision, façon de gérer le stress et réduction des méfaits.^{25,25,27} Il existe également des programmes mettant l'accent sur l'influence sociale, le développement des compétences essentielles, les techniques de résistance et un enseignement normatif, puisque ces approches sont plus efficaces que d'autres.^{28,29} Il est important de noter que cela ne suggère pas une approche de type « fourre-tout », dans laquelle l'éducation devrait ajouter autant d'informations et de compétences que possible. La meilleure approche dépend du contexte : l'âge, les considérations culturelles et les réalités des expériences des jeunes sont autant des facteurs ayant une incidence sur la sélection de la meilleure approche. À l'exception de la méthode de livraison elle-même, l'éducation au



sujet du cannabis devrait être créée afin d'impliquer tant les jeunes personnes qui consomment le cannabis et les gens qui ne consomment pas; les programmes profiteraient ainsi de toute l'étendue des informations et des aperçus que les jeunes ont à offrir.

1.2 DIALOGUE OUVERT ET NON MORALISATEUR BASÉ SUR DES APPROCHES INTERACTIVES

- Les jeunes n'ont pas énormément d'occasions d'avoir des discussions sensées à propos du cannabis pour éclairer leurs choix et leurs expériences relatives à la consommation de cannabis.
- Il est important d'écouter les jeunes et de poser des questions ouvertes et exemptes de jugement en évitant de dévaluer les expériences des jeunes afin de créer une relation de confiance et favoriser un dialogue ouvert.
- Les efforts éducatifs sur le cannabis devraient prioriser des approches interactives offrant des opportunités d'entrer en contact et de communiquer pour favoriser l'échange d'idées entre participants.

L'adolescence est, à bien des égards, une période de développement critique pour les jeunes, mais aussi un âge déterminant pour parler de consommation de substances. Les conversations à propos de la consommation peuvent commencer avant l'adolescence, mais elles sont particulièrement importantes à cet âge. Souvent les jeunes n'ont accès à aucune avenue permettant des discussions ouvertes et équilibrées sur la consommation de cannabis;³⁰ y compris une compréhension plus rigoureuse des raisons de consommation, des risques et la façon de les réduire. Fournir les outils nécessaires et des espaces sécuritaires pour que les jeunes expriment et explorent sans jugement les questions et les défis auxquels ils peuvent être confrontés en lien avec le cannabis peut mener à des discussions significatives.

Pour répondre à ces préoccupations sur la façon d'aborder l'éducation au sujet du cannabis, il est important de promouvoir un dialogue ouvert et exempt de jugement. Par conséquent, commencer par une conversation à propos de la perception commune à l'égard des consommateurs de cannabis et comment ils sont souvent dépeints dans les médias peut aider à abattre les barrières et ouvrir le dialogue au sujet des expériences personnelles avec le cannabis. Cela peut alors permettre aux jeunes de mettre en évidence les aspects de la consommation de cannabis qui les

Il est impératif de reconnaître qu'indépendamment des ressources fournies, certains jeunes choisiront de consommer du cannabis.

intéressent. Les moyens efficaces de promouvoir un dialogue ouvert comprennent : poser des questions ouvertes et utiliser un langage accessible et compréhensible. Les études ayant évalué l'utilisation de ressources novatrices (comme les films) afin d'encourager un dialogue ouvert et exempt de jugement ainsi qu'un processus de prise de décision concernant la consommation de cannabis, ont montré des résultats prometteurs.³¹ Il est impératif de reconnaître qu'indépendamment des ressources fournies, certains jeunes choisiront de consommer du cannabis. Par conséquent, il est essentiel d'inclure une conversation à propos des différences entre une consommation appropriée et problématique.

Il est crucial d'être respectueux, sans être présomptueux, des expériences, des sentiments et de la curiosité des jeunes à propos de la consommation de cannabis en général; y compris ses aspects plus terre à terre ou stigmatisants. S'engager dans une conversation ouverte nécessite, en général, de construire une relation positive avec les jeunes. Par exemple, exiger l'honnêteté, puis exprimer de la colère lorsqu'un jeune parle de sa consommation de cannabis, ne favorise pas une conversation ouverte. Il faut parfois un certain temps pour construire un dialogue honnête. D'ailleurs, il est important de noter que de consommer du cannabis une fois ou à l'occasion possède un profil de risque et de méfaits relativement faible, et la majorité de la documentation sur les risques de la consommation de cannabis chez les jeunes se rapporte aux consommations lourdes ou quotidiennes.



Par ailleurs, la recherche et les discussions générales entourant la consommation juvénile de cannabis ignorent bien souvent les demandes de consommation à des fins médicales. Les jeunes qui parlent de se soigner avec du cannabis (par automédication ou autre) doivent être pris au sérieux et écoutés s'ils choisissent cette substance pour traiter des symptômes spécifiques ou les affections d'une condition. Le cas échéant, il peut être utile d'encourager une discussion avec un professionnel de la santé ouvert à avoir une conversation exempte de jugement à propos de la consommation de cannabis. Si un jeune consomme du cannabis pour traiter un trouble médical avéré, le professionnel de la santé peut explorer plusieurs options ; y compris les cannabinoïdes pharmaceutiques qui sont disponibles au Canada. Finalement, la possibilité que les jeunes aient accès à un produit réglementé et uniforme provenant d'une source autorisée et testée sous les ordres d'un médecin constitue une meilleure solution que de se tourner vers le marché noir. Il est également important de tenir compte qu'un nombre important de jeunes gèrent des symptômes particuliers plutôt qu'un trouble médical diagnostiqué, et ces conversations permettent également de créer de nouvelles opportunités pour discuter d'autres interventions, avec le cannabis ou au lieu du cannabis. Par exemple, si un jeune s'automédicamentait au cannabis pour traiter son anxiété, il peut être utile de lui suggérer des pistes supplémentaires pour l'aider à gérer son anxiété, comme la thérapie.

Dans le cadre des programmes de l'éducation sur les drogues, les jeunes ont rarement l'occasion de discuter de leur consommation de cannabis avec les adultes les plus importants de leur vie.^{32,33} Cela signifie que la programmation interactive, axée sur la participation active et l'apprentissage par la découverte, est largement absente des programmes d'éducation sur les drogues. Une éducation interactive au sujet du cannabis peut avoir un effet plus important qu'une présentation magistrale de la part d'un enseignant.³⁴ Les programmes non interactifs typiques comprennent la fourniture du matériel pédagogique sur les effets nocifs de la drogue (« diffusion des connaissances »), ou sur la relation entre les émotions et la consommation de drogues (« éducation affective »).³⁵ Plusieurs évaluations ont montré que ces méthodes, en elles-mêmes, n'ont pas de répercussions importantes sur la consommation de drogues.^{36,37,38,39} Des études ont attiré l'attention sur la façon dont les discussions interactives et équilibrées à propos

du cannabis peuvent créer, chez les jeunes, des environnements favorables à la prise de décision en matière de santé.⁴⁰

Dans les programmes scolaires d'éducation sur les drogues, des enseignements non interactifs mènent à une amélioration du savoir; or, les méthodes interactives montrent une amélioration du savoir et des attitudes.⁴¹ Les méthodes d'enseignement interactives qui maximisent la communication entre les enseignants, les élèves et leurs pairs se sont prouvées efficaces en matière de prévention et se sont traduit par une diminution de la consommation déclarée de drogues légales et illégales.^{42,43,44} De plus, les méthodes créatives, comme les films créés dans le but d'explorer la consommation de cannabis et la prise de décision y menant, se sont avérés efficaces pour encourager la réflexion et le dialogue sur la consommation de drogues.^{45,46} Les méthodes innovantes favorisant la discussion sur la prise de décision et la consommation de cannabis qui ne dépendent pas d'exposés et de manuels traditionnels et qui ne sont pas moralisatrices, se sont révélées positives, ce qui souligne l'importance des nouvelles ressources intégrant les jeunes et leur permettant d'offrir leur point de vue sur la consommation de cannabis.⁴⁷ Les méthodes innovantes peuvent également être extrêmement pertinentes pour les jeunes neurodivergents et nos approches se doivent de reconnaître que les jeunes ont différents styles d'apprentissages. Tout comme nous constatons un détachement des programmes scolaires standardisés vers des pratiques pédagogiques plus diverses, cette innovation doit aussi être appliquée à l'éducation sur les drogues.

Les jeunes doivent être impliqués à titre de partenaires crédibles en les positionnant dans des rôles décisionnels, en leur donnant le droit de formuler leur avis et en valorisant leur contribution.

1.3 INCLUSION SIGNIFICATIVE

- Les jeunes ont le droit d'être inclus dans l'élaboration de l'éducation au sujet du cannabis pour s'assurer qu'elle est pertinente et qu'elle reflète leur expérience.
- L'éducation au sujet du cannabis devrait éviter les stéréotypes négatifs et valoriser l'apport des jeunes en tant que leaders et collaborateurs.
- Consulter les jeunes est essentiel à l'élaboration d'approches réussies et efficaces qui répondent à leurs besoins.

Les jeunes ont rarement l'occasion de prendre part à des prises de décision importantes les concernant et, à ce titre, il peut y avoir un manque de compréhension entre les besoins des jeunes et leurs visions en ce qui concerne leur inclusion sociale. C'est particulièrement vrai dans l'élaboration de politiques et de programmes éducatifs, ainsi que lors de leur mise en œuvre. L'éducation au sujet du cannabis et la conception des approches devraient éviter les mesures symboliques (p. ex. inclure, à titre symbolique, un jeune ou un petit groupe de jeunes afin de paraître inclusif, sans toutefois leur offrir de réelles chances de participer), les déséquilibres de force et les stéréotypes négatifs envers les jeunes. L'élaboration de programmes pédagogiques à propos du cannabis devraient aussi remettre en question les attitudes qui assument que les jeunes sont incapables d'assumer des rôles de leadership et devraient inclure des opportunités de partenariat au sein de divers organismes et programmes menés par des jeunes.⁴⁸ Les jeunes devraient être impliqués comme partenaires crédibles dont l'avis est apprécié et devraient avoir le droit de formuler des commentaires et de détenir un pouvoir décisionnel.

De plus, les jeunes voient leur participation aux efforts de réforme scolaire comme un enjeu de justice sociale.⁴⁹ Contrairement aux stéréotypes voulant que les jeunes soient « apathiques », leur donner la chance et le soutien nécessaire pour participer à ces efforts peut les mener à s'engager, véritablement, dans les efforts de réforme scolaire. Les jeunes peuvent aussi offrir un aperçu sur la

façon dont leurs vies peuvent varier selon leur ethnie, leur classe, leur genre, leur âge et leur orientation sexuelle et de quelles manières ils attribuent un sens à quelque chose et priorisent les changements nécessaires dans l'éducation au sujet du cannabis. Les meilleures pratiques à propos de la consommation juvénile suggèrent que de consulter plusieurs jeunes est essentiel à l'efficacité du programme.^{50,51,52}

Impliquer les jeunes contribue à faire en sorte que l'éducation sur les drogues est adaptée à leurs besoins.⁵³ Hormis leur inclusion dans le développement d'outils d'éducation sur les drogues, l'implication des jeunes dans la prestation de l'éducation a également été associée à



et la prestation.

une efficacité améliorée des programmes de prévention à la consommation de drogues. Cela peut prendre la forme d'exposés dirigés par des pairs, une méthode qui a montré des résultats prometteurs en plus d'inciter un apprentissage interactif.⁵⁴ Les jeunes devraient bénéficier d'occasions d'être des « créateurs de sens » actifs dans leur propre vie; cela peut prendre diverses formes telles que l'implication dans la création de contenu, fournir des évaluations et de la rétroaction continue et en participant à la mise en œuvre

1.4 PRÉSENTATION PAR UN ANIMATEUR QUALIFIÉ OU PAR LES PAIRS

- L'éducation sur les drogues ne doit pas être faite par des policiers ou d'autres figures d'autorité.
- Les présentations effectuées par des animateurs qualifiés et les programmes axés sur les pairs ont montré des résultats prometteurs, bien qu'ils doivent toujours suivre les meilleures pratiques, comme éviter les approches basées sur la peur et axées sur l'abstinence.
- Inclure des jeunes à titre d'animateurs peut également faire partie d'une approche qui centralise les expériences des jeunes dans l'élaboration et l'exécution du programme, en plus de pouvoir enrichir un dialogue ouvert.

Nous pouvons nous questionner à savoir quelle personne est la mieux placée pour diriger les programmes d'éducation sur les drogues : enseignants, pairs, autorités légales ou prestataires de programmes professionnels. Grosso modo, certains jeunes présentent des attitudes négatives envers les policiers,^{55,56} ce qui suggère que la présence policière dans les écoles peut faire en sorte que certains élèves, ayant déjà une attitude négative, se sentent marginalisés à l'école. Toutefois, cela dépend de plusieurs facteurs contextuels, comme les caractéristiques individuelles, l'environnement du quartier et les contacts passés avec les policiers.⁵⁷ Les programmes d'éducation sur les drogues couramment utilisés, comme le programme *D.A.R.E.*, comptent traditionnellement sur les forces de l'ordre pour effectuer les présentations; toutefois, cette méthode n'a aucun impact significatif sur la consommation de drogues juvénile.^{58,59} D'autres études ont mis en évidence les problèmes éthiques entourant la présence des forces de l'ordre dans les écoles, y compris dans un rôle éducatif, décelant des tensions entre le devoir traditionnel de maintien de l'ordre (qui a priorité) et l'éducation et le mentorat.⁶⁰

Les programmes axés sur les pairs ont été appliqués avec succès dans divers contextes, y compris la consommation de drogues, les comportements sexuels à risque et la prévention du VIH chez les jeunes.

Lorsqu'on examine les différences dans la présentation des programmes par les enseignants, les pairs ou les prestataires de programme, nous n'obtenons pas de réponse claire. Avec une formation et un soutien adéquat, les programmes de prévention dirigés par des pairs peuvent être tout aussi efficaces que les programmes dirigés par les adultes,^{61,62,63,64} toutefois, les prestataires de programme professionnels surpassent généralement les pairs et les enseignants.⁶⁵ Cependant, cela est souvent lié au respect des meilleures pratiques, comme un programme interactif et un message exempt de jugement. Les programmes axés sur les pairs ont été appliqués avec succès dans divers contextes, y compris la consommation de drogues, les comportements sexuels à risque et la prévention du VIH chez les jeunes.⁶⁶ Il existe des données prometteuses qui suggèrent que les modèles d'intervention par les pairs peuvent modifier le comportement et améliorer la



compréhension. Cela fournit également une autre occasion d'impliquer les jeunes dans l'éducation sur les drogues, assure que le message est pertinent et conforme à leurs expériences et favorise un dialogue ouvert.

Puisque les pairs sont susceptibles de se trouver dans des groupes sociaux et dans des communautés similaires, ils détiennent souvent une plus grande crédibilité que les adultes puisqu'ils partagent une compréhension commune du statut social, de la culture des pairs

et des normes chez les jeunes. Cela peut signifier que les messages les rejoignent plus. De plus, il a été montré que le fait d'être un leader parmi les pairs est bénéfique et peut améliorer la confiance, l'estime de soi et les compétences en communication, en plus d'induire des changements de comportement.⁶⁷ Autrement dit, les jeunes peuvent être plus à l'aise de discuter de leurs expériences avec quelqu'un qui a sensiblement le même âge et qui les « comprend ».

1.5 COMMENCER L'ÉDUCATION TÔT, AVEC DU CONTENU APPROPRIÉ À L'ÂGE DES ÉLÈVES

- Le développement d'une relation saine et éclairée avec le cannabis chez ceux qui choisissent d'en consommer nécessite une communication précoce et continue auprès des jeunes, des parents et des enseignants.
- L'éducation devrait inclure une discussion à propos des risques et des avantages potentiels et devrait encourager le développement de l'autonomie des jeunes et des compétences en matière de prise de décision.
- Les données suggèrent que les programmes universels sont plus efficaces s'ils sont présentés tôt dans les étapes de développement des jeunes, tandis que les programmes individualisés sont plus efficaces lorsque présentés à un stade ultérieur.

À la maison, il n'y a pas d'âge pour commencer à discuter du cannabis. Cependant, la recherche démontre que les interventions sont largement plus susceptibles d'être utiles si la discussion est lancée avant qu'un jeune ne consomme du cannabis pour la première fois. Il a été établi que la communication parent-enfant encourage des choix plus sains et réduit, plus généralement, le risque d'apparition précoce d'une consommation de drogues.⁶⁸ D'autres variables importantes liées à la communication parent-enfant à propos de la consommation de drogues comprennent des stratégies parentales et de gestion familiale positives, comme définir des attentes claires,^{69,70,71} le soutien familial⁷² et la communication continue.^{73,74}

Lorsqu'ils abordent le sujet du cannabis avec les jeunes, les parents et les enseignants devraient se pencher sur les défis entourant une discussion à la fois sur les risques fondés sur des preuves et les avantages de la consommation de cannabis, y compris les sujets à aborder et la manière de les aborder. Afin de minimiser les comportements néfastes et aider les jeunes à prendre des décisions éclairées concernant la consommation de cannabis, l'inclusion de discussions fondées sur des preuves devrait donner la priorité aux jeunes et à leurs capacités à prendre des décisions, en plus de les aider à comprendre les impacts de la consommation de cannabis.

Dans les écoles, des stratégies éducatives peuvent être appliquées à tous les niveaux scolaires et l'éducation sur les drogues doit être continue, de la maternelle à la fin du secondaire.⁷⁵ Cependant, les nombreuses recherches soutiennent l'éducation sur les drogues est plus efficace si elle précède la consommation initiale et si elle a lieu lorsque les jeunes sont le plus susceptibles d'être exposés pour la première fois au cannabis.^{76,77} Bien que l'apparition de la consommation varie d'une population à l'autre et d'une drogue à l'autre, l'initiation au cannabis survient généralement autour de 15 ans.⁷⁸ D'autres points de transition clés de l'éducation sur les drogues ont été identifiés par le *Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission* en 4^e année, en secondaire 1 en secondaire 3 et en

secondaire 5;⁷⁹ de plus, plusieurs sources s'entendent pour dire que les interventions devraient débiter bien avant le secondaire 3.^{80,81,82} Puisque l'efficacité de l'éducation au sujet du cannabis est fortement influencée par le groupe d'âge ciblé par l'intervention, une perspective

développementale de la prévention à la consommation et des interventions connexes est importante. Pour déterminer le moment approprié, nous devrions envisager à la fois l'âge d'initiation à la consommation, ainsi que les différences entre les besoins psychologiques, les besoins cognitifs et les capacités du groupe d'âge.⁸³

Bien que les résultats des recherches soient variables, les programmes universels semblent être plus efficaces lorsqu'ils sont mis en place tôt dans le cycle de développement des jeunes, tandis que les programmes sélectifs ou indiqués d'éducation sur les drogues sont généralement plus efficaces plus tard dans le développement des jeunes, autour de l'âge moyen d'initiation.⁸⁴ Les programmes universels supportent le développement de compétences de base, comme la

résolution de programmes sélectifs des stratégies qui groupes de la (ex. : jeunes à risque). jeunes enfants peuvent programmes qui plusieurs drogues, la les enfants plus âgés et bénéficient davantage sur une drogue en ^{85,86,87}L'éducation sur jeunes devrait se étapes et la continuité conversations à ce importante à la maison qu'à l'école.

De nombreuses recherches soutiennent l'idée que l'éducation sur les drogues est plus efficace lorsqu'elle débute avant la consommation initiale, ainsi que lorsque les jeunes sont plus enclins à entrer en contact avec le cannabis.

problème alors que les ou indiqués emploient ciblent des sous-population de jeunes Enfin, tandis que les bénéficier de mettent l'accent sur recherche suggère que les adolescents des programmes axés particulier. les drogues chez les dérouler sur plusieurs de l'éducation et des sujet est tout autant

1.6 SOUTIEN AUX PARENTS POUR DES CONVERSATIONS OUVERTES ET APPROPRIÉES SELON L'ÂGE

- Les familles ont également besoin de soutien pour amorcer et encourager des conversations continues à propos du cannabis.
- Les parents sont souvent exclus de l'éducation sur les drogues, mais peuvent jouer un rôle essentiel pour garantir la cohésion du message entourant le cannabis, particulièrement dans un cadre où la substance est légalisée.
- Il n'est jamais « trop tôt » ou « trop tard » pour avoir une conversation en famille à propos du cannabis.

Pour certains parents et tuteurs, discuter de la consommation de cannabis peut être intimidant en raison d'un manque de connaissance ou d'expérience à propos des effets de cette drogue. Soutenir les familles dans le déclenchement de ces conversations peut fournir un soutien supplémentaire aux jeunes, afin que les parents ne soient pas « tenus dans l'ignorance » comme cela arrive souvent avec l'éducation sur les drogues. Pour les parents et les tuteurs, cela signifie que les discussions entourant la consommation de cannabis doivent être continues, ouvertes et exemptes de jugement. Les parents, par exemple, doivent décider quelles sont leurs attentes, mais également chercher à encourager une communication ouverte et honnête. Certains programmes axés sur la famille ont été implantés avec différents niveaux d'efficacité. Ces programmes visent généralement les membres de la famille dans le but de modifier et de rediriger les croyances, les processus de communication et les comportements au sein de la famille. Les programmes axés sur la famille ont aussi eu un certain succès dans la création de changements positifs dans les

comportements individuels, ainsi que dans les modes d'interaction familiale.^{88,89} Cependant, il existe de la documentation illustrant que les approches axées sur la famille ne sont pas aussi efficaces auprès des familles vulnérables; cette documentation exploite également l'hypothèse selon laquelle les parents, et par extension les familles, sont des communicateurs doués, fait pouvant varier d'une famille à l'autre selon le contexte et l'expérience.

Pour les parents et les tuteurs, cela signifie que les discussions entourant la consommation de cannabis doivent être continues, ouvertes et exemptes de jugement.

Les parents peuvent, avec les enfants et les jeunes adolescents, prendre une approche plus décontractée. Par exemple, plutôt que de s'asseoir pour avoir une discussion en tête-à-tête formelle à propos du cannabis, les parents peuvent choisir de parler du sujet lorsque la situation se présente. Les conversations peuvent émerger naturellement, par exemple, après avoir vu quelqu'un consommer du cannabis dans un film, ou lorsque les parents et les enfants discutent de ce qui s'est passé à l'école. Plus important encore, les recherches ont démontré que ce n'est

pas la formalité, mais bien la *régularité* des discussions qui augmente les chances de résultats fructueux auprès des jeunes. Par exemple, une étude a révélé qu'une surveillance et une communication constante au sujet du cannabis dès un jeune âge (entre 12 et 14 ans) mènent à une consommation de cannabis moindre.⁹⁰ Cette étude indique que plusieurs adolescents commencent à expérimenter le cannabis au cours de cette période de développement et mentionne que « des efforts pour améliorer le niveau et la cohérence du contrôle parental et de la communication peuvent être une cible fructueuse pour la prévention ». ⁹¹ De plus, des études suggèrent que l'éducation holistique qui inclut les parents et la communauté peut mener à de meilleurs résultats chez les jeunes. ^{92,93} Cela signifie qu'idéalement, les éducateurs, les parents et les autres principaux acteurs influents communiqueraient entre eux pour tenter de créer un message cohérent et complet au sujet du cannabis.

Aider les parents à aborder la « conversation au sujet du cannabis » ⁹⁶

Bien des parents ne savent pas comment aborder la conversation au sujet du cannabis avec les jeunes. Vous trouverez quelques considérations pour les parents ci-dessous.

1. Qu'espérez-vous tirer de cette conversation? Quelles sont vos limites?
2. Cette conversation portera-t-elle sur les « faits » entourant la consommation de cannabis, ou vous intéressez-vous à leur expérience et à leur consommation?
3. N'oubliez pas qu'il est important de trouver un terrain d'entente; vous pourriez donc devoir mettre vos opinions personnelles de côté pour pouvoir écouter.
4. Tenez-vous-en aux faits lorsque vous le pouvez; les jugements peuvent empêcher de mener une conversation honnête.
5. N'oubliez pas d'écouter et de maintenir une conversation équilibrée.
6. Plutôt que de vous concentrer sur les aspects négatifs, concentrez-vous sur les choix positifs qu'ils peuvent faire : le fait d'éviter de conduire sous l'influence du cannabis, ou de mélanger le cannabis avec d'autres substances comme l'alcool.
7. Discutez avec eux de leurs buts et concentrez-vous sur ceux-ci.
8. Il est important de ne pas se fâcher s'ils sont honnêtes, surtout si vous leur demandez de l'être.
9. S'ils consomment déjà du cannabis de façon active, discutez de la façon dont ils peuvent atténuer les risques pour eux-mêmes et pour les autres en adoptant des stratégies de réduction des méfaits.
10. Posez-leur des questions ouvertes et ne les interrompez pas.

Il n'est jamais trop tôt ou trop tard pour avoir une conversation en famille au sujet du cannabis. La participation des parents peut être une stratégie de réduction des méfaits à plusieurs étapes, y compris au début de l'adolescence. Bien que les jeunes passent beaucoup moins de temps avec leurs parents à mesure qu'ils vieillissent et que les pairs prennent plus d'importance, les parents demeurent toujours une influence importante dans leur vie.^{94,95}

1.7 INCLUSION DE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

- L'éducation axée sur l'abstinence s'est avérée inefficace dans la réduction des risques liés à l'activité sexuelle ou à la consommation de drogues chez les jeunes.
- De nouvelles recherches suggèrent l'importance d'inclure des stratégies de réduction des méfaits dans l'éducation sur les drogues pour répondre aux besoins des jeunes, y compris ceux qui consomment déjà du cannabis.
- La réduction des méfaits s'est avérée être plus efficace chez les jeunes plus âgés (fin du secondaire et plus vieux) et chez les grands consommateurs juvéniles de cannabis.
- Les stratégies de réduction des méfaits ne cautionnent pas l'usage de drogues et sont de plus en plus reconnues comme approche pragmatique.

Il a été démontré qu'une éducation qui se concentre uniquement sur l'abstinence amène les jeunes à développer leurs propres compréhensions, connaissances et compétences pour faire face à des situations de consommation de drogues. De plus, elle fournit peu ou pas d'aide aux jeunes qui ont déjà consommé des drogues ou qui en consomment présentement.⁹⁷ De plus, les jeunes « sont bombardés de messages de santé publique créés par les adultes qui mettent l'accent sur les effets néfastes du cannabis; pourtant, ils entendent fréquemment parler de consommation à des fins médicales permise et vivent dans un environnement où la consommation récréative chez les adultes et les pairs est un phénomène bien réel. »⁹⁸ De nombreux chercheurs en santé publique ont souligné que « dire non » peut, parfois, être efficace pour certains jeunes, mais que cette mesure ne rend pas service aux jeunes qui consommeront du cannabis, peu importe le message qui leur est envoyé. Pour ces jeunes, connaître les faits qui leur permettront de faire un choix éclairé ne les poussera pas à consommer du cannabis; pas plus que de leur faire part des stratégies pour effectuer des choix plus sûrs. Par exemple, dans le cadre de l'éducation en matière de santé sexuelle, les recherches ont démontré qu'une éducation complète est efficace pour retarder l'initiation, diminuer les infections transmissibles sexuellement et par le sang et pour prévenir les grossesses non désirées; ces programmes n'encouragent pas non plus les jeunes à avoir des rapports sexuels.^{99,100} Semblablement, une approche préventive et éducative mettant l'accent sur la réduction des méfaits et donnant les outils appropriés aux jeunes pour qu'ils fassent des choix éclairés est de plus en plus utilisée comme approche réaliste pour l'éducation sur les drogues.^{101,102,103} Dans le cas de la consommation de cannabis chez les jeunes, la réduction des méfaits

« DIRE NON »
peut, parfois, être efficace
pour certains jeunes, mais
ne rend pas service aux
jeunes qui consommeront
du cannabis peu importe
le message qui leur est
envoyé.

peut toujours promouvoir l'abstinence comme moyen de réduire les méfaits, sans toutefois en faire l'unique objectif.

Les efforts de réduction des méfaits sont ancrés dans l'objectif de réduire les risques et les effets néfastes liés à la consommation de drogues, plutôt que d'éliminer complètement la consommation de drogues.¹⁰⁴ Cette approche s'est avérée plus efficace que l'éducation sur les drogues axée sur l'abstinence des drogues.¹⁰⁵ L'accès aux informations de réduction des méfaits a démontré une meilleure prise de décision par rapport à la consommation.¹⁰⁶ Une éducation sur les drogues qui inclut des principes de réduction des méfaits a démontré des niveaux élevés d'acceptabilité culturelle et d'acceptation au sein des populations ciblées. Elle a également démontré qu'elle a un impact sur les connaissances, les attitudes et les comportements déclarés (à la fois prévus et réels).¹⁰⁷ Les approches en réduction des méfaits ont aussi été bien reçues dans la diminution des abus d'alcool,^{108,109,110} dans le domaine de la santé sexuelle,¹¹¹ ainsi que dans la consommation et l'expérimentation du tabac.¹¹²



Une approche préventive et éducative qui met l'accent sur la réduction des méfaits et qui donne accès, aux jeunes, aux outils appropriés afin de faire un choix éclairé est de plus en plus utilisée et est une approche plus réaliste face à l'éducation en matière de drogues.

Chez les jeunes plus âgés (entre 17 et 25 ans), les stratégies de réduction des méfaits ont indiqué quelques résultats prometteurs liés à la consommation de cannabis.^{113,114,115,116} Par exemple, un nombre croissant de preuves se développe autour de « Brèves interventions » (BI), au cours desquelles ont lieu des interventions courtes et faciles à présenter axées sur « des composants informatifs et motivationnels ou sur la prise de conscience et qui [sont] destinés à des groupes spécifiques ou à risque et pouvant être effectuées dans un environnement médical (p. ex. chez l'omnipraticien) ou dans un environnement plus générique. »¹¹⁷ Les BI se sont montrées efficaces pour modifier les comportements à risque entourant la consommation de drogues, comme dans le contexte de la conduite automobile,¹¹⁸ et sont des stratégies rentables.¹¹⁹ Dans un échantillon

de grands consommateurs de cannabis d'une population universitaire, les BI ont été présentés en personne sous forme de documents écrits contenant des informations factuelles sur le cannabis, des suggestions sur les façons de modifier les risques et de brefs composants motivationnels comme l'identification d'éventuels obstacles à la réduction des méfaits. Un suivi des évaluations a démontré une diminution à court terme des indicateurs de risque clé, dont les résultats sont comparables aux accomplissements traditionnels à long terme et usant d'un traitement mobilisant des ressources considérables.¹²⁰ Les BI se sont également montrés efficaces dans d'autres études portant sur les jeunes grands consommateurs de cannabis.^{121,122,123,124} D'autres études soutiennent que la réduction des méfaits est plus efficace chez les jeunes plus vieux (de la fin du secondaire et plus vieux) que chez les plus jeunes (début du secondaire).¹²⁵ La réduction des méfaits a également eu du succès auprès des populations à risque élevé et chez les adolescents qui consomment déjà du cannabis¹²⁶, plus particulièrement en réduisant la très grande consommation de cannabis ou le nombre d'occurrences de conduite avec facultés affaiblies.¹²⁷ Les éducateurs doivent examiner ces facteurs contextuels lorsqu'ils décident d'inclure les stratégies de réduction des méfaits dans l'éducation au sujet du cannabis.

Historiquement, certains craignaient qu'inclure des stratégies de réduction des méfaits dans l'éducation sur les drogues encourage la consommation de drogues. Toutefois, l'implantation de renseignements de réduction des méfaits est de plus en plus acceptée comme approche pragmatique dans plusieurs contextes. L'une des rares études s'étant penchée sur l'acceptabilité des approches en réduction des méfaits a analysé l'intégration de la réduction des méfaits dans l'éducation sur les drogues dans les écoles et les milieux communautaires.¹²⁸ Cette étude portant sur les premiers et deuxièmes cycles du secondaire en Nouvelle-Écosse a trouvé un appui pour la réduction des méfaits chez la population étudiante. Il a été démontré que l'intervention réduisait les risques et les conséquences négatives de la consommation d'alcool et de cannabis, et que la communauté scolaire acceptait ce type de programme.

1.8 ÉDUCATION ADAPTÉE AU CONTEXTE SPÉCIFIQUE

- Il n'existe pas d'approche unique pour l'éducation au sujet du cannabis : ce qui peut fonctionner dans un contexte pourrait ne pas fonctionner dans un autre.

- Les jeunes ont différents passés, expériences, besoins et compétences et à ce titre, l'éducation au sujet du cannabis devrait être adaptée au contexte et à la population.

- Comme pour les programmes officiels, il n'y a pas d'approche « modèle » pour les familles pour aborder l'éducation au sujet du cannabis avec les

de devraient être adaptés aux besoins particuliers des populations de jeunes; cela peut être accompli en partie par l'inclusion significative de ces derniers dans le développement d'outils éducatifs.

En dehors de l'éducation sur les drogues dans les écoles, il y a des lacunes dans les diverses interventions effectuées en dehors du milieu scolaire. Les interventions familiales ont montré des résultats prometteurs,^{132,133} d'autant que « la structure familiale et la qualité de la relation » sont des facteurs de risque connus dans la consommation précoce de cannabis.¹³⁴

Il existe différentes approches à l'éducation au sujet du cannabis, ainsi que des contextes spécifiques, et les jeunes devraient être considérés. Par exemple, le rôle de la culture est important dans le contexte de l'éducation sur les drogues dans les écoles et les familles. Les programmes d'intervention et d'éducation sur les drogues qui sont culturellement adaptés mettent l'accent sur l'importance de cibler des stratégies ancrées dans le groupe de discussion,¹²⁹ et permettent ainsi de rallier davantage les membres d'un groupe en particulier à l'aide de messages qui résonnent chez eux. En outre, chaque substance peut se voir attribuer des croyances distinctes (p. ex. le degré de préjudice perçu ou le risque potentiel associé à différentes substances) pouvant, à leur tour, stimuler divers types de communication. L'efficacité du message peut dépendre de la mesure dans laquelle les membres de la famille et les éducateurs peuvent adapter leurs messages en réponse aux caractéristiques et aux expériences uniques rattachées à une substance en particulier.¹³⁰

De plus, les programmes devraient être ciblés en fonction des réalités des écoles et des groupes en particulier (ex. : un contexte rural contre un contexte urbain) et considérer que certaines populations de jeunes sont plus à risque que d'autres de développer des problèmes de consommation de drogue; y compris les jeunes vivant dans la rue, ceux ayant des démêlés avec la justice, ceux ayant des troubles concomitants, ceux de la communauté LGBTQ+, ainsi que les jeunes des premières nations.¹³¹ Par conséquent, les programmes éducatifs

Comme pour les programmes officiels, il n'existe pas de modèle unique ni d'approche universelle

Une conversation familiale ouverte peut jouer un rôle majeur dans la prévention de la consommation de substances, dans l'intervention et dans l'adaptation.^{135,136} Tout comme pour les programmes officiels, il n'existe pas d'approche universelle. Les modes de communication et de prévention parentales peuvent varier selon la famille, il est donc important d'envisager plusieurs stratégies que les parents peuvent utiliser pour décourager une consommation de drogues néfaste chez les adolescents en plus de les aider à faire des choix éclairés.¹³⁷

1.9 FORMATION CONTINUE OFFERTE AUX JEUNES

- L'éducation au sujet du cannabis ne se limite pas qu'à une seule conversation. En effet, les programmes prévoyant plusieurs sessions de discussion et des suivis ont montré des résultats préventifs prometteurs.
- Les jeunes ont droit à une éducation sur les drogues qui est accessible, précise et continue, ainsi qu'à un soutien les aidant à faire face à différentes expériences et

Il existe suffisamment de preuves sur la valeur des programmes qui impliquent plusieurs sessions.^{138,139,140,141} Une couverture et un suivi adéquats (souvent nommés «séances de rappel» ayant lieu de 3 à 6 mois après la programmation initiale) peuvent également être un complément important à cette programmation.^{142,143} Les recherches donnent à penser que des programmes interactifs d'intensité moyenne (entre 6 et 10 heures) à élevée (entre 11 et 15 heures), et ceux jumelés à des séances de rappel sont plus efficaces en ce qui concerne les résultats préventifs.^{144,145} Les séances de rappel conçues pour réviser le contenu d'origine et ajouter du nouveau contenu ont accru l'efficacité des programmes en milieu scolaire^{146,147,148} dans les sphères où, au fil du temps, l'efficacité des programmes a tendance à s'éroder.¹⁴⁹ Bien que les séances de rappel démontrent une certaine efficacité en aidant à renforcer les idées et les leçons présentées précédemment, leur efficacité dépend aussi d'autres facteurs du programme, tels que la qualité interactive de la prestation.^{150,151,152} Il convient également d'indiquer que certaines recherches ont démontré la valeur des programmes de brèves interventions (c'est-à-dire, pendant moins de quatre mois), qui peuvent également avoir des résultats positifs en réduisant ou en

modifiant le comportement de consommation.^{153,154} Favoriser le développement des connaissances des jeunes sur le cannabis, en leur fournissant un accès continu à des faits fondés, garantit une durée et une intensité de programme suffisante.

De plus, les jeunes ont droit à une éducation sur les drogues honnête, qui à son tour a des répercussions sur leur préparation à faire des choix quant à leur santé. Une éducation sur les drogues axée uniquement sur l'abstinence ne suffit pas à empêcher les jeunes de consommer du cannabis. Une éducation sur les drogues complète doit fournir des renseignements honnêtes et appropriés selon l'âge, afin d'outiller les jeunes et leur fournir les compétences nécessaires pour devenir entièrement responsables de leur santé et de leur prise de décision. Les jeunes auront accès au cannabis; des renseignements honnêtes et des discussions continues les aideront donc à faire face au paysage juridique changeant et à la consommation avec les amis, la famille et les connaissances.

Une éducation sur les drogues complète doit fournir des renseignements honnêtes et appropriés selon l'âge.

1.10 ATTENTION PORTÉE AU CHEVAUCHEMENT DES QUESTIONS RELATIVES AU RACISME, À LA JUSTICE SOCIALE ET À LA STIGMATISATION

- La prohibition du cannabis au Canada a une histoire hautement racialisée ayant mené à la stigmatisation de certaines populations au pays. Ce fait devrait être pris en compte lors des conversations à propos du cannabis.
- Reconnaître les problèmes liés au racisme, à la justice sociale et à la stigmatisation permet également à l'éducateur ou au parent d'offrir des programmes ou des conversations sur mesure et en contexte, en particulier auprès des populations vulnérables.
- Le maintien de la criminalisation des drogues autres que le cannabis au Canada a exacerbé les nombreuses inégalités et injustices, y compris la façon dont les différents déterminants de santé, comme le statut socio-économique et l'accès à des logements abordables, a un impact sur la consommation de drogues, l'état de santé

La criminalisation de la consommation de drogue et des consommateurs de drogue sont étroitement liées à l'idée de la stigmatisation. La stigmatisation désigne un attribut négatif perçu qui entraîne une personne à dévaluer ou avoir une moins bonne estime d'une personne dans son ensemble. La stigmatisation peut avoir un effet sur la manière dont sont traités les gens, y compris lorsqu'ils font face à la discrimination¹⁵⁵ ou à l'évitement et à la condamnation par autrui.¹⁵⁶ Le cannabis était stigmatisé et associé à un comportement « déviant ». Alors que la signification et le statut de la consommation de cannabis sont en changement constant, il y a encore des conséquences sociales plus larges liées à être connu comme consommateur de cannabis. Un récent rapport canadien sur les perceptions qu'ont les adolescents par rapport au cannabis a noté que les jeunes craignent d'être « pris en flagrant délit » par leurs parents ou par la police, car ils ne veulent pas être étiquetés comme un « consommateur de drogues ».¹⁵⁷ Cela s'aligne généralement aux stéréotypes entourant les personnes consommant du cannabis de façon régulière; ils sont souvent étiquetés comme des « drogués », des « poteux » ou des « toxicomanes ». Cette stigmatisation peut jouer le rôle de barrière dans l'engagement des jeunes à une conversation ouverte et honnête à propos de la consommation de cannabis et de leurs expériences personnelles. De plus, certaines études ont constaté que la perception de la stigmatisation peut être une barrière à la discussion et à la reconnaissance d'une consommation de cannabis problématique.¹⁵⁸ Il est impératif d'être conscient de cette barrière. Par conséquent, il

La stigmatisation peut agir comme une barrière à l'engagement des jeunes dans les conversations ouvertes et honnêtes entourant la consommation de cannabis et leurs expériences personnelles.

pourrait être nécessaire de créer des espaces sûrs destinés au dialogue à propos de l'éducation au sujet du cannabis.



Bien qu'il soit important que les jeunes connaissent le contexte historique de la prohibition du cannabis lorsqu'ils en ont l'âge, le fait d'être conscient des injustices sociales ancrées dans la prohibition du cannabis peut également aider les éducateurs à adapter les programmes au contexte, en particulier lorsqu'ils travaillent auprès de populations vulnérables. S'attaquer à certaines des injustices rencontrées par les groupes qui ont

historiquement été (et qui sont encore) marginalisés, ignorés, surcriminalisés et victimes de discrimination, peut également donner l'occasion de parler de la diversité sociale et de la justice sociale. Une éducation qui tient compte de ces injustices historiques et actuelles, surtout dans l'adaptation de l'éducation au contexte ou aux populations spécifiques, peut aussi permettre aux éducateurs (et aux parents) de se conscientiser et de porter une réflexion critique sur la façon dont la stigmatisation est intégrée dans l'éducation sur les drogues, ou de leurs propres valeurs au sujet des jeunes et de la consommation de cannabis qui pourraient rendre l'intervention moins efficace.

Bien que cette conversation pourrait être mieux saisie par des jeunes plus âgés et que davantage de recherches devront être effectuées pour comprendre le degré auquel ces questions devraient être intégrées dans l'éducation sur les drogues; ces questions sont importantes pour comprendre comment la la consommation de conversations ouvertes favoriser la réflexion grandes questions à la prohibition et à la au Canada. Les lois continuent à traiter la drogues comme un enjeu problème de santé importantes dans une sociale, puisqu'elles disproportionnée les les minorités.¹⁵⁹ Le recours pénales s'est avéré inefficace et coûteux en plus d'engendrer de bien pires résultats pour les individus, les familles, et les sociétés que la consommation de drogue elle-même.

Des conversations ouvertes sur ces questions peuvent favoriser la réflexion critique autour de grandes questions sociales intimement liées à la prohibition et à la légalisation du cannabis au Canada.

société perçoit et entend cannabis. Des sur ces questions peuvent critique autour de sociales intimement liées légalisation du cannabis antidroge canadiennes consommation de criminel plutôt qu'un publique et sont perspective de justice touchent de manière communautés pauvres et à l'application de lois

SECTION 2 : PROGRAMME D'ÉDUCATION ACCESSIBLE

La deuxième section de cette référence met en relief des concepts clé que les éducateurs et les parents peuvent utiliser pour se familiariser avec le cannabis et la consommation de celui-ci; elle peut également être utilisée comme ressource de soutien lors de la présentation d'un programme d'éducation complet au sujet du cannabis. Comme souligné ci-dessus, enseigner des « faits » concernant le cannabis aux jeunes ne devrait pas être le point focal de l'éducation au sujet du cannabis; toutefois, en raison de la montagne de ressources, des recherches contradictoires aux sources internet, en passant par les mythes, un aperçu des endroits où les jeunes peuvent trouver des preuves peut mener à des conversations éclairées avec eux.

Les thèmes qui seront traités comprennent :

1. *Cannabis 101 : qu'est-ce que c'est et comment l'utilise-t-on?*
2. *Raisons de l'abstinence et de la consommation de cannabis chez les jeunes*
3. *Réduction des méfaits : ce que c'est et en quoi c'est important*
4. *Cannabis - Un contexte historique et législatif*
5. *Évaluer les potentiels effets néfastes sur la santé*

2.1 CANNABIS 101 : QU'EST-CE QUE C'EST ET COMMENT L'UTILISE-T-ON?

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

À la fin de cette section, vous serez en mesure de :

1. *Comprendre comment le cannabis interagit avec le système endocannabinoïde.*
2. *En apprendre plus sur les cannabinoïdes les plus courants (y compris le THC, le CBD et le CBN).*
3. *Comprendre ce qu'est le cannabis, y compris ses effets, ses terpènes et ses flavonoïdes.*
4. *Connaître une variété de façons de préparer et de consommer du cannabis, y compris les différences dans le délai d'action et la durée des effets ressentis.*

CANNABIS

Le cannabis est le terme générique utilisé pour parler du genre de la plante en fleur de la famille *Cannabaceae*.¹⁶⁰ Il s'agit du nom scientifique d'une famille de plantes communément appelée « marijuana ». Depuis très longtemps, les humains exploitent le cannabis pour ses fibres (le chanvre), ses graines, les huiles extraites de ses graines, son utilisation comme traitement médical et comme drogue récréative.¹⁶¹

Jargons utilisés pour désigner le cannabis et les effets ressentis

| Noms communs du cannabis | Noms communs des effets |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cocotte • Cheeba • Chronique • Dagga • Dank • Dope • Herbe • Ganja • Herbe • Vert • Kush • Marijuana • Marie-Jeanne | <ul style="list-style-type: none"> • Être buzzé • Être gelé • Être « high » • Être stone • Être défoncé |

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pot • Reefer • Skunk • Weed | |
|--|--|

LE SYSTÈME ENDOCANNABINOÏDE

Lorsque vous pensez aux effets du cannabis sur le corps, il est important de noter que le corps humain est équipé d'un *système endocannabinoïde*, c'est-à-dire des récepteurs spécialisés présents dans tout le système nerveux central et situés dans les tissus périphériques et dans le système immunitaire. Ce système a été nommé le « régulateur principal » pour son rôle homéostatique (c.-à-d. assurer la stabilité ou l'équilibre) dans le besoin organique de « se détendre, de manger, de dormir, d'oublier et de se protéger. »¹⁶² En bref, le système endocannabinoïde est un système de signalisation se trouvant dans tout le corps et qui aide à réguler les nombreux aspects de son fonctionnement interne, y compris la fonction immunitaire, l'appétit, le métabolisme, la régulation de l'énergie et la douleur. Le système endocannabinoïde tient une fonction régulatrice importante dans plusieurs parties du corps, c'est pourquoi il peut jouer un rôle dans la gestion des symptômes tels que les douleurs chroniques ou les nausées. Les cannabinoïdes naturels de l'organisme peuvent activer ce système, tout comme les composants de la plante de cannabis (p. ex. le THC).

CANNABINOÏDES - THC, CBD, AND CBN

Les cannabinoïdes (p. ex. le THC et le CBD) sont les composés chimiques actifs de la plante de cannabis. Il existe plus de 80 cannabinoïdes différents trouvés dans la plante de cannabis.¹⁶³ Le cannabinoïde qui est surtout connu pour ses effets psychoactifs est appelé delta-9-tétrahydrocannabinol ou THC. Plusieurs des effets du cannabis, y compris les effets médicaux, impliquent également une foule d'autres cannabinoïdes, comme le CBD (cannabidiol), le CBN (cannabinol), ainsi que d'autres molécules de la plante (les terpénoïdes et les flavonoïdes, qui ne sont pas considérés comme des cannabinoïdes). Les terpénoïdes et les flavonoïdes contenus dans le cannabis sont responsables de la saveur et de l'arôme et ont également une incidence sur les effets ressentis; par exemple si une variété a un effet calmant ou sédatif. Chaque variété possède son propre profil de terpénoïdes et de flavonoïdes contribuant à son arôme et à son effet.¹⁶⁴ Par exemple, le limonène est un terpène qui dégage un arôme de citron et qui est connu pour avoir des effets exaltants.¹⁶⁵ On le retrouve également dans d'autres aliments, comme les oranges et les citrons. Prises ensemble, ces molécules contribuent à l'effet global du cannabis.¹⁶⁶

THC

THC est le diminutif de « delta-9 tétrahydrocannabinol ». Le THC a d'abord été identifié comme le composé responsable de la quasi-totalité de l'activité pharmacologique du cannabis. Il s'agit du composant psychoactif principal de la plante de cannabis responsable du « high ». ¹⁶⁷

Les effets euphorisants du cannabis sont principalement attribués au THC, mais d'autres cannabinoïdes ont aussi démontré divers degrés de psychoactivité. Les substances psychoactives sont des substances qui, « lorsque prises par une personne ou administrées, affectent les processus mentaux » comme la cognition. ¹⁶⁸ Le degré de psychoactivité peut généralement être déterminé par la quantité de THC du produit. Cependant, d'autres facteurs, notamment la présence d'autres cannabinoïdes psychoactifs, comme le CBN, ainsi que les effets des terpènes, peuvent également jouer un rôle.

CBD

Le cannabidiol, ou CBD, est généralement le deuxième cannabinoïde le plus intéressant, surtout pour ceux qui le consomment à des fins médicales. Le CBD atténue certains des effets psychoactifs du THC, y compris l'intoxication et la sédation, et peut avoir des propriétés anti-inflammatoires, anticonvulsivantes, antipsychotiques, antioxydantes, neuroprotectrices, immunomodulatrices et anticancéreuses. ^{169,170} La présence de CBD dans le cannabis peut changer les effets ressentis; une variété qui contient du CBD et peu ou pas de THC n'aurait pas un effet de « high » sur le consommateur.

CBN

Le cannabinoïde, ou CBN, est le produit de la dégradation du THC (produit lorsque le THC est chauffé ou exposé à l'oxygène). On le retrouve le plus souvent dans les produits de cannabis vieillissants. Le CBN augmente les effets du THC et partage certaines caractéristiques du CBD. Par exemple, le CBN possède, en plus d'un effet sédatif, des propriétés anti-convulsivantes et anti-inflammatoires accompagnées de peu ou pas d'effets psychoactifs, plus particulièrement lorsqu'il est combiné avec le THC. ¹⁷¹

LES CHÉMOTYPES DU CANNABIS

Certaines personnes sont surprises d'apprendre qu'il existe plusieurs chémotypes de cannabis (aussi connu comme « cultivars » ou « variétés ») qui ont des profils distincts en plus de provoquer des effets différents. On peut comprendre les chémotypes comme différentes variétés de cannabis. Il existe deux sous-espèces principales : le *cannabis indica* et le *cannabis sativa*. Les variétés sont généralement divisées en trois catégories principales : sativa, indica et hybride. Les variétés sativa sont des variétés plus cérébrales, énergisantes et stimulantes, alors

que les variétés indica produisent des effets qui sont plus sédatifs et relaxants.^{172,173} Les variétés hybrides contiennent des éléments des variétés indica et sativa, et différentes combinaisons peuvent produire divers effets. Il est important de noter que les recherches sur le cannabis commencent à s'éloigner de ces catégories simplistes et cherche à savoir comment les terpénoïdes et les flavonoïdes sont responsables des effets du cannabis et comment ils contribuent aux effets ressentis.¹⁷⁴

LES EFFETS DU CANNABIS

Le cannabis affecte les personnes de manières très différentes, puisqu'il en existe diverses variétés qui peuvent produire divers effets. En règle générale, les nouveaux consommateurs ressentent les effets plus intensément que les consommateurs expérimentés. Pour certains, la consommation de cannabis peut être relaxante et agréable. Pour d'autres, elle peut entraîner des sentiments de fatigue ou d'anxiété.

Le cannabis entraîne plusieurs effets; les plus courants incluent les sentiments d'euphorie, la perception sensorielle accrue, l'exaltation et la stimulation de l'appétit. L'effet peut dépendre de divers facteurs, dont la fréquence de consommation du cannabis, combien de temps s'est écoulé depuis la dernière consommation, la variété de cannabis et le mode d'administration (ex. : les produits alimentaires infusés ou l'inhalation de fumée) sont à prendre en compte. Les effets négatifs ou moins agréables les plus couramment signalés incluent des sentiments de peur ou de panique, de la difficulté à se concentrer, une diminution de la coordination et une diminution de l'intérêt pour accomplir des tâches.

Les sentiments d'anxiété et de panique font partie des problèmes physiques les plus courants suivant la consommation de cannabis. En effet, ils sont rapportés par environ un quart des consommateurs.¹⁷⁵ D'ailleurs, ils sont le plus souvent ressentis par les consommateurs inexpérimentés.¹⁷⁶ Les symptômes physiques peuvent comprendre des nausées, des vomissements, des étourdissements, de la somnolence, la sécheresse buccale, l'augmentation de la pression artérielle, une augmentation du rythme et des palpitations cardiaques.^{177,178,179} Les symptômes ont tendance à atteindre leur apogée en deux heures et peuvent durer jusqu'à huit heures selon la dose.¹⁸⁰ Les symptômes du cannabis, lorsqu'ingéré, peuvent durer entre quatre et vingt-quatre heures.¹⁸¹

Bien que la dose létale estimée du cannabis dépasse de loin celle de n'importe quel consommateur,^{182,183} et qu'il n'existe aucun décès documenté d'une surdose de cannabis lorsqu'il est consommé par des adolescents ou des adultes,¹⁸⁴ la consommation de cannabis peut induire plusieurs réactions physiques et psychologiques indésirables. Ces effets indésirables ont tendance à être dose-dépendantes et peuvent varier en fonction d'autres facteurs, notamment l'âge, les traits de personnalité et la prédisposition à la maladie mentale.¹⁸⁵

MÉTHODES DE CONSOMMATION COURANTES

Le cannabis peut se consommer de diverses façons, et chacune d'elles peut avoir un délai d'action et une durée des effets différents.

INHALATION

En raison de sa rapidité d'action, la consommation de cannabis par inhalation de fumée ou par vaporisation est généralement la méthode de consommation la plus répandue.

Délai d'action : Rapide, entre 30 secondes et 15 minutes

Durée : Entre 30 minutes et 2 heures selon la variété et la posologie ; peut durer jusqu'à 8 heures

Inhalation de fumée

JOINTS

Le cannabis peut être fumé de diverses façons. Par exemple, beaucoup de consommateurs rouleront un joint ou une cigarette de cannabis à l'aide de papier fait, entre autres, de bambou, de riz ou de chanvre. Un joint typique peut contenir entre 0,5 et 1 gramme de cannabis.

SPLIFFS

Les spliffs sont des joints qui contiennent du tabac et du cannabis et sont roulés dans un papier similaire. Une consommation excessive à long terme exempte de techniques de réduction des méfaits peut conduire à l'irritation des voies respiratoires, et ce risque est accru chez les consommateurs qui fument également du tabac. Le tabac peut également créer une sensation « d'euphorie », et il a été établi que fumer du tabac peut entraîner des effets néfastes graves sur la santé.

BLUNTS

Les blunts sont roulés dans des enveloppes pour tabac ou des feuilles de tabac, ou peuvent être fabriqués à partir de cigares vidés puis remplis de cannabis. Bien que la taille des blunts puisse varier, ils contiennent généralement plus de cannabis qu'un joint et peuvent avoir une saveur selon leur enveloppe extérieure. La feuille de tabac supplémentaire peut fournir une « euphorie » semblable à celle provoquée par un spliff.

PIPES ET PIPES À EAU

D'autres formes courantes d'inhalation comprennent l'inhalation de plus petites quantités à l'aide d'une pipe en verre ou d'une pipe à eau, ce qui peut entraîner une plus faible irritation des voies respiratoires. Les pipes en verre et les pipes à eau sont de formes et de tailles diverses, et certaines incorporent l'utilisation de l'eau. Les pipes à eau existent sous plusieurs formes, y compris le bong à eau. Les bongs à eau font passer la fumée dans l'eau, ce qui est censé réduire l'exposition aux composés nocifs. De plus, l'eau permet de refroidir la fumée, ce qui diminue l'irritation du système respiratoire. Les bongs sont de types et de styles divers. Par exemple, il existe les bongs à chambres multiples et les percolateurs. Ils peuvent être composés de divers types de matériaux, comme en verre, en acrylique ou en céramique.

CONCENTRÉS, Y COMPRIS LES « DABS »

Les « touches » désignent la pratique de faire fondre un concentré de cannabis sur une source de chaleur et d'en inhaler la vapeur. Alors que le terme « touche » est souvent utilisé pour désigner la pratique elle-même, il est également de plus en plus utilisé comme terme générique désignant tous les concentrés de cannabis. Lorsqu'il est utilisé comme générique, « touche » peut faire référence à plusieurs substances dérivées du cannabis, comme la cire, les éclats, la résine ou la rosin. La seule différence entre ces dérivés est la méthode utilisée pour les produire. Les modes de consommation impliquent un dispositif semblable à un bong à eau appelé une « rig » et aussi des vaporisateurs pour concentrés. Les touches sont devenues plus populaires puisqu'elles contiennent des concentrations beaucoup plus élevées que le cannabis botanique (la fleur de cannabis non altérée), puisque certains concentrés peuvent contenir de 70 à 90 % de THC. Toutefois, des doses plus faibles sont nécessaires pour atteindre l'effet désiré ou obtenir un « high ».

Vaporisation

Plutôt que de brûler le cannabis et d'en inhaler la fumée, plusieurs consommateurs de cannabis préfèrent utiliser un vaporisateur qui réchauffe la fleur de cannabis à une température qui libère les substances actives et crée une vapeur comparable à de la fumée et pouvant être inhalée. La vaporisation atténue certains des méfaits liés à l'inhalation de fumée, comme les agents cancérigènes et autres sous-produits inhalés de la combustion de cannabis et du papier. Cette méthode de consommation de cannabis est donc considérée comme étant moins nocive, en particulier chez les personnes qui en consomment régulièrement. Certains consommateurs de cannabis aiment mieux la vaporisation parce qu'elle est rentable, elle utilise moins de cannabis par dose que l'inhalation de fumée en plus de réduire considérablement l'odeur de cannabis brûlé.

Il est important de noter qu'il existe une grande variété de produits et de technologies qui peuvent être inclus sous le concept général de « vaporisation ». La vaporisation peut se référer au processus de remplir un dispositif de cannabis séché comme décrit ci-dessus, mais elle peut aussi désigner les « vapoteuses » ou les cigarettes électroniques jetables ou rechargeables à la cartouche. Les « vapoteuses » peuvent être utilisées par les consommateurs de cannabis souhaitant vaporiser des concentrés de cannabis ou la fleur de cannabis, les concentrés ayant un effet plus important. De plus, il y a un risque associé aux vapoteuses et aux cartouches provenant du marché noir; considérant qu'elles ne sont pas réglementées, elles peuvent contenir des additifs ou des produits chimiques dangereux.

Ingestion

De façon générale, l'ingestion correspond à la consommation orale de produits de cannabis comestible, tels que les chocolats, les huiles ou les boissons infusés de cannabis.

PRODUITS COMESTIBLES

Délai d'action : Dépend de nombreux facteurs tels que le contenu de l'estomac et du métabolisme, les effets se font généralement sentir entre 30 minutes et une heure et demie

Durée : Entre 3 et 6 heures; peuvent durer jusqu'à 24 heures selon la dose

Les produits comestibles correspondent aux produits alimentaires infusés de cannabis, comme les biscuits, les brownies, l'huile de noix de coco et le beurre. Lorsque le cannabis est ingéré, les effets prennent plus de temps à se faire sentir et sont généralement plus physiques, plus intenses et durent plus longtemps que lorsque le cannabis est fumé. Il faut prendre des précautions la première fois qu'on ingère du cannabis. Il faut commencer lentement avec les produits comestibles en raison de leur délai d'action. L'ingestion peut avoir certains avantages lorsque comparée à l'inhalation de fumée, notamment une réduction de l'irritation de la gorge et des poumons. La force d'un produit comestible dépend de la force et de la dose du produit infusé. Sur le marché canadien, on retrouve parmi les nouveaux produits disponibles les boissons infusées au cannabis. Malgré le fait que l'on pourrait penser intuitivement que les boissons au cannabis sont semblables aux produits comestibles, ces produits utilisent parfois la nanoémulsion (i.e. un processus qui permet au corps d'absorber plus rapidement les ingrédients actifs sans avoir besoin d'huiles ou de gras additionnels – plus communément utilisé dans les industries pharmaceutiques et cosmétiques) et prennent effet plus rapidement. Les effets peuvent se faire sentir environ 10 minutes après l'ingestion et durer entre 2 et 4 heures. Par contre, la concentration des boissons peut varier d'un produit à l'autre – de 0 à 2mg de THC jusqu'à un maximum légal de 10mg de THC par boisson.

TEINTURES ET HUILES INGÉRABLES

Délai d'action : Généralement de 20 à 40 minutes lorsqu'il est ingéré par voie sublinguale

Durée : Entre 1 et 4 heures selon la dose

Les huiles et les teintures sont souvent ingérées par voie sublinguale (c'est-à-dire, sous la langue) ou ajoutées aux aliments et aux boissons. Les teintures sont du cannabis infusé dans une base d'alcool ou de glycérol. Elles sont souvent administrées à l'aide d'un compte-gouttes. Les huiles sont une méthode d'extraction de concentré, typiquement par extraction au CO2 supercritique sans solvant et combiné à une huile alimentaire, comme l'huile de noix de coco ou d'olive. En outre, plutôt que d'utiliser ces huiles sous la langue, beaucoup de gens préfèrent ajouter des gouttes à leur nourriture ou à leurs boissons (jus d'orange, café ou thé). Or, dans ces cas, l'apparition et la durée des effets sont semblables à celle des produits comestibles.

Il existe d'autres façons de consommer le cannabis, nous avons mis l'accent que sur certaines des méthodes les plus courantes.

2.2 RAISONS DE L'ABSTINENCE ET DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS CHEZ LES JEUNES

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

À la fin de cette section, vous serez en mesure de :

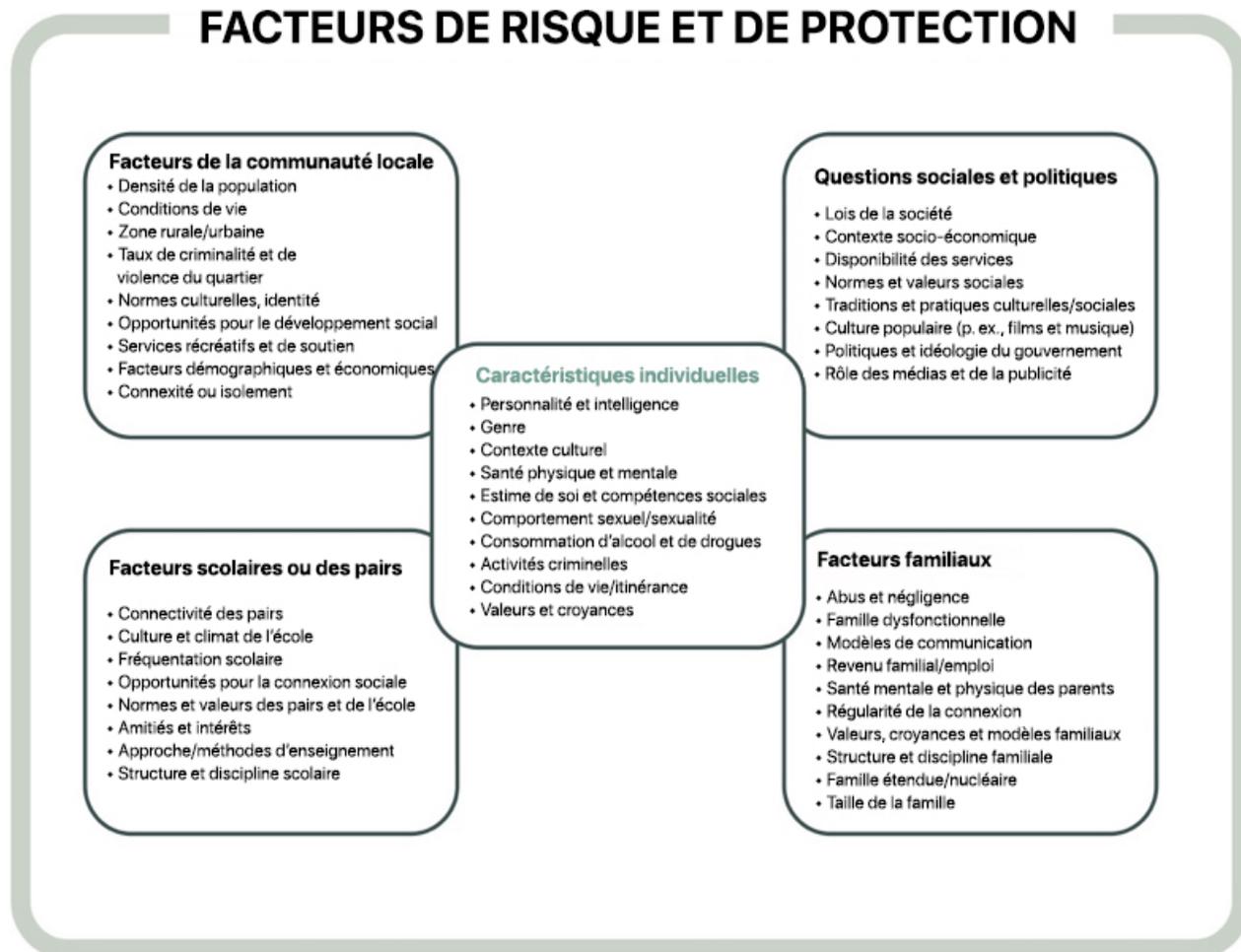
1. *Comprendre certains motifs de consommation individuels.*
2. *Comprendre quelques facteurs sociaux pouvant contribuer à la consommation, y compris la « pression des pairs ».*
3. *Comprendre quels facteurs expliquent la non-consommation chez les jeunes.*
4. *Comprendre où les jeunes obtiennent du cannabis.*

POURQUOI LES JEUNES CONSOMMENT-ILS DU CANNABIS?

Les raisons pour lesquelles les jeunes consomment ou non du cannabis sont complexes et multiformes. Cette section se penche sur divers facteurs qui semblent influencer la consommation ou la non-consommation chez les jeunes; le terme « consommation » se réfère à la fois à une utilisation initiale et continue alors que la « non-consommation » désigne le fait de s'abstenir ou de cesser de consommer le cannabis. Il convient de garder à l'esprit que certaines expérimentations chez les adolescents sont considérées comme « normales » et même saines, chez les groupes de pairs, et que la majorité des consommateurs n'auront aucun effet négatif, ou ne développeront aucun mode de consommation problématique à long terme.¹⁸⁶ Par exemple, les études démontrent généralement que la consommation de cannabis augmente entre le début de l'adolescence et la mi-vingtaine, puis diminue de façon constante.^{187,188} Cependant, une initiation plus tôt à l'adolescence peut être un signe précurseur d'une consommation problématique et néfaste dans le futur.^{189,190} Les jeunes peuvent avoir plusieurs raisons de consommer ou de ne pas consommer de cannabis et peindre la consommation juvénile de cannabis comme « déviante » ou « mauvaise » n'est d'aucune utilité, particulièrement dans la mesure où elle est de plus en plus courante chez les jeunes et les jeunes adultes.¹⁹¹

En outre, des recherches antérieures ont identifié des facteurs de risque et de protection associés à un large éventail de résultats possibles, y compris la consommation problématique de drogues. Parmi les facteurs de risque figurent les influences et les situations pouvant augmenter les risques d'abus de substance. Quant à eux, les facteurs de protection sont ceux qui peuvent réduire ces risques. Il peut s'agir de facteurs communautaires, de facteurs scolaires, de facteurs créés par les pairs, de caractéristiques individuelles, de facteurs familiaux et de questions sociétales et politiques. L'idée sous-jacente est que nous devrions considérer l'individu, la famille, la communauté et la société; ainsi que la manière dont ces facteurs interagissent les uns avec les autres.¹⁹²

FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION



Source : Adapté de « Youth focused systems approach ». The department of Health, Australian Government. 2004.

Ce qui suit se penche sur plusieurs facteurs personnels et sociétaux ayant une influence sur la consommation de cannabis chez les jeunes. Bien qu'elles soient étudiées dans une moindre mesure, il existe des raisons communes chez les jeunes s'abstenant de consommer.

Les motifs de consommation du cannabis peuvent évoluer. Dans la pratique, les jeunes peuvent avoir plus d'un motif pour consommer du cannabis. D'ailleurs, la ligne n'est pas toujours claire entre la consommation à des fins médicales et la consommation récréative. Il peut également être important de considérer les utilisations traditionnelles et culturelles de cannabis comme raison de consommation. Par exemple, le cannabis a été « intimement associé à des coutumes magiques, médicales, religieuses et sociales en Inde depuis des milliers d'années », particulièrement le « bhang », une boisson issue de la culture indienne faite de feuilles de cannabis, de lait, de sucre et d'épices.¹⁹³ Un autre exemple se trouve dans la culture jamaïcaine, où certains groupes culturels voient le cannabis, ou « ganja », comme une herbe à valeur religieuse et médicinale.¹⁹⁴

MOTIFS INDIVIDUELS POUR LA CONSOMMATION DU CANNABIS

Lorsque nous nous demandons pourquoi les gens consomment une substance en particulier, nous revenons souvent au « modèle motivationnel, » qui considère que le choix d'un individu de consommer une substance particulière est influencé par la perception qu'il a de celle-ci; notamment, la façon dont elle sera en mesure de répondre à certains besoins particuliers.¹⁹⁵ Selon ce modèle, les différents motifs de consommation amènent un comportement et des modes de consommation uniques.^{196,197} Le modèle motivationnel a été largement utilisé dans les comptes rendus de recherche pour comprendre les facteurs sous-jacents qui influencent la consommation de cannabis chez les jeunes.^{198,199,200} Certains des facteurs les plus souvent explorés comprennent le plaisir, l'expérimentation, la conformité, l'adaptation et la consommation à des fins médicales. Les preuves à l'appui de ces facteurs sont présentées ci-dessous sans ordre particulier.

i. Plaisir

Les raisons les plus fréquentes pour consommer du cannabis sont simplement d'avoir du plaisir, d'être social, d'avoir un « high » et de se détendre. Le plaisir et la détente ont été cités comme des facteurs primordiaux pour une consommation de cannabis continue ou répétée.^{201,202} Cela comprend également le plaisir dérivé d'une « expansion de la conscience » signalée et des sens plus aiguisés,²⁰³ y compris le plaisir de la musique, l'engagement dans la créativité et le sens du goût. Les études qui s'appuient sur des données autodéclarées montrent que les personnes qui consomment du cannabis à des fins sociales et récréatives ont tendance à fumer moins fréquemment, et en présence de tiers, comparativement aux personnes qui consomment du cannabis pour se soulager ou à titre de mécanisme d'adaptation.²⁰⁴ Des entretiens qualitatifs auprès de jeunes révèlent que fumer en présence des autres, comme lors d'une activité sociale, peut promouvoir l'euphorie de groupe et le bonheur, ce qui peut motiver une consommation continue.²⁰⁵ D'ailleurs, beaucoup de jeunes qui consomment du cannabis à l'occasion et dans des situations sociales ne font pas face à une consommation problématique.

ii. Expérimentation

L'expérimentation et la curiosité ont été citées comme des facteurs importants influençant la consommation de cannabis initiale chez les jeunes.²⁰⁶ Les jeunes qui citent « l'expérimentation » comme facteur motivationnel primaire peuvent cesser la consommation après avoir expérimenté le cannabis. De plus, ils ont tendance à consommer de façon moins fréquente et sont moins susceptibles de développer des problèmes de consommation de drogues comparativement aux personnes qui consomment pour s'adapter et à des fins récréatives (non expérimentales).²⁰⁷ L'expérimentation du cannabis et d'autres substances illicites chez les jeunes peut être considérée comme une exploration au cours de ce stade de développement en plus d'être associée à des interactions généralement positives entre pairs.^{208,209}

iii. Conformité

La conformité comme motif se réfère à la consommation de cannabis pour entrer en relation avec ses pairs ou pour « s'intégrer », ^{210,211} mais la relation n'est pas claire. Elle est généralement liée aux réseaux de pairs, avec preuves à l'appui d'une association entre la consommation de cannabis et les réseaux de pairs de consommation de cannabis.²¹² Toutefois, cela peut signifier que les jeunes sont motivés à consommer en présence d'autres pairs consommateurs de cannabis, ou que la présence de pairs consommateurs de cannabis est représentative d'un intérêt de l'individu pour le cannabis.²¹³ Une étude portant sur la façon dont les jeunes négocient les différences entre les croyances individuelles et les normes de pairs a démontré que les croyances individuelles étaient fortement prédictives d'une initiation au cannabis.²¹⁴ En d'autres termes, les jeunes n'ayant aucun désir individuel ou ne voyant aucun intérêt dans une consommation récurrente n'essaieraient pas le cannabis, indépendamment des normes de pairs. Les effets des réseaux de pairs sur la consommation de cannabis seront davantage explorés dans les sections suivantes.

iv. Adaptation

L'adaptation désigne les processus cognitifs et les stratégies comportementales que les individus adoptent pour faire face au stress.²¹⁵ Chez les jeunes, la réduction du stress est l'une des raisons les plus souvent invoquées pour justifier la consommation de cannabis^{216,217,218}, en raison des effets de relaxation perçus et associés à cette substance.²¹⁹ Bien que la présence de stress, en soi, ne soit pas un facteur de risque important susceptible d'influencer la consommation de cannabis, il a été montré que les variations dans les mécanismes d'adaptation peuvent mener à la consommation ou à l'abstinence.²²⁰

Il existe deux types de mécanismes d'adaptation : ceux qui sont positifs, et ceux qui sont négatifs. Les mécanismes d'adaptation positifs comprennent l'adaptation cognitive et l'évaluation (p. ex. mettre les problèmes en perspective), l'adaptation comportementale (la relaxation) et la recherche de soutien parental.²²¹ Les mécanismes d'adaptation négatifs comprennent la colère (s'emporter émotionnellement, donner des coups, crier, lancer des objets), le sentiment d'impuissance et l'évitement.²²² L'emploi de mécanismes d'adaptation négatifs s'est avéré être fortement lié à l'initiation au cannabis et à la consommation continue de celui-ci au fil du temps.²²³ Les jeunes qui signalent consommer du cannabis comme mécanisme d'adaptation ont tendance à jouir d'une santé mentale moindre et à subir plus de stress et de détresse que leurs pairs qui consomment du cannabis à des fins récréatives ou pour socialiser.²²⁴ Ces sources de stress ont également été fortement associées à un faible soutien familial et à un faible soutien par les pairs.²²⁵ De plus, un lien a été établi entre la consommation de cannabis comme stratégie d'adaptation et la consommation problématique au fil du temps.²²⁶

v. Utilisation médicale

Des jeunes ont signalé consommer du cannabis pour se traiter eux-mêmes et, dans une moindre mesure, certains d'entre eux ont pu obtenir l'autorisation d'un médecin. Les raisons justifiant ce genre de consommation comprennent, entre autres, le soulagement de la dépression, de l'anxiété, des troubles du sommeil, de la douleur physique et l'amélioration de la concentration.²²⁷

Bien que les problèmes de santé mentale, comme la dépression et l'anxiété, soient souvent considérés comme de puissants signes avant-coureurs de la consommation de cannabis,²²⁸ le lien de cause à effet reste peu concluant (voir la Section 2.5 pour obtenir plus d'informations sur la consommation de cannabis et la santé mentale). Il existe des preuves tant pour l'idée selon laquelle le cannabis sert à soulager les symptômes ou aider à la socialisation, que pour celle selon laquelle l'isolation des réseaux de pairs limite leur influence sur l'accès au cannabis (c.-à-d. l'hypothèse de l'effet « tampon »).²²⁹

Lors d'une étude longitudinale de six ans portant sur le lien entre les symptômes du trouble d'anxiété sociale (SAD), la relation avec les pairs et la consommation de cannabis chez les jeunes, il a été constaté que les symptômes du SAD étaient liés à une probabilité accrue d'abstinence de consommation de cannabis et à une diminution de la fréquence de consommation. Conformément à l'hypothèse de l'effet « tampon », l'initiation à la consommation de cannabis et la fréquence de consommation étaient influencées par l'isolation sociale, un facteur qui limite le potentiel de relation avec les pairs et l'accès au cannabis. Toutefois, cette association reste peu concluante et des facteurs contextuels devraient être considérés, comme les différences de structure et de normes dans les groupes de pairs et la nature changeante des symptômes des troubles mentaux.²³⁰

De plus, la recherche a démontré un lien entre les jeunes qui signalent s'automédicamenter à l'aide de cannabis et la perception qu'ils ont du système de santé (qu'ils trouvent insuffisant) et des interventions médicales (qu'ils jugent inefficaces). En effet, de nombreux jeunes signalent se sentir rejetés par le système de santé ou insatisfaits par les solutions et les médicaments qui leur sont offerts; ils choisissent donc le cannabis parce que la substance leur semble être une « meilleure » solution naturelle aux produits pharmaceutiques.²³¹

FACTEURS SOCIAUX INFLUENÇANT LA CONSOMMATION DE CANNABIS

Les recherches montrent un chevauchement distinct entre les motivations individuelles et les facteurs sociaux, où ce dernier s'intéresse à la façon dont les relations et les interactions sociales affectent les choix individuels. Par exemple, la consommation de cannabis comme mécanisme d'adaptation chez les jeunes est souvent facilitée par des événements traumatisants, la maladie

et le manque de soutien familial et de la part des pairs.^{232,233} Par conséquent, les facteurs de risque individuels peuvent évoluer lors du développement à l'adolescence, en fonction de la socialisation parentale, des relations avec les pairs et des croyances normatives.²³⁴ Les facteurs de niveau social comprennent : la famille et le réseau parental, les réseaux de pairs et les normes sociales.

i. Réseaux familiaux et parentaux

Il a été démontré que les réseaux familiaux et parentaux influencent de manière significative la consommation de cannabis à vie chez les jeunes, et ce, de plusieurs façons.²³⁵ En effet, la structure familiale, c'est-à-dire si la famille est « unie » ou « éclatée » (ex. : une famille divorcée, séparée ou monoparentale) et la qualité de la vie familiale, c'est-à-dire comment la famille est gérée (ex. : la supervision, la communication, le rôle parental, la consommation de drogues des parents), peuvent influencer le rôle des réseaux parentaux et familiaux sur la consommation de cannabis; comme facteur de risque ou comme facteur de protection.²³⁶ Une structure familiale éclatée, accompagnée de faibles liens familiaux, peut être une source de stress importante pour les adolescents, et lorsqu'on ajoute à cela une mauvaise gestion familiale (p. ex. peu de supervision ou de contrôle), les jeunes sont plus enclins à consommer du cannabis et ont également plus d'occasions de le faire.²³⁷ Au Canada, les jeunes qui vivent au sein d'une famille éclatée sont 65 % plus enclins à consommer du cannabis que les jeunes issus d'une famille unie.²³⁸ En raison des différences constantes dans les caractéristiques sociales entre les consommateurs et les non-consommateurs, et considérant le fait que les consommateurs passent moins de temps en famille et plus de temps avec leurs amis pour consommer, les liens familiaux et la gestion familiale s'avèrent des aspects importants à considérer.²³⁹ Il est important de garder en tête que ces études ont généralement porté sur des familles hétéronormatives et biparentales de classe moyenne.

Les enseignants devraient aussi prendre en compte que ce ne sont pas toutes les familles qui disposent du temps, des ressources, des connaissances et des compétences nécessaires pour discuter du cannabis de manière positive avec les jeunes.

Les réseaux familiaux et parentaux peuvent également influencer la consommation par un mécanisme de modelage, ce qui fait de la famille le facteur principal responsable de la socialisation des enfants.²⁴⁰ Dans beaucoup de cas, les jeunes qui viennent de familles dysfonctionnelles mènent des vies stressantes, et lorsqu'en plus ils bénéficient de peu de soutien familial, ont tendance à adopter des mécanismes d'adaptation négatifs lorsqu'ils subissent du stress.²⁴¹ De plus, des études montrent que l'attente des jeunes à l'égard des propriétés relaxantes du cannabis vient en grande partie d'adultes qui, également, consomment du cannabis pour se détendre (ces adultes sont des personnes importantes dans leur vie).^{242,243} En résumé, les réseaux familiaux et parentaux peuvent influencer la consommation de cannabis par modelage des mécanismes d'adaptation négatifs et par la consommation de cannabis de la part des parents; toutefois, de plus amples recherches sont nécessaires afin d'explorer les différents

contextes de consommation et la manière dont les stratégies d'éducation et de communication peuvent influencer cette relation (ex. : la consommation de cannabis à des fins médicales de la part des parents).

ii. Réseaux de pairs

Lorsqu'on compare les consommateurs et les non-consommateurs, des différences marquées apparaissent dans les caractéristiques sociales : en effet, de règle générale, les consommateurs de cannabis signalent passer moins de temps en famille et plus de temps avec leurs amis qui eux aussi en consomment.²⁴⁴

Pression des pairs ou préférence des pairs?

Bien que les réseaux de pairs soient un facteur déterminant de la consommation, le lien de cause à effet entre ceux-ci reste flou.²⁴⁵ La « pression des pairs » est la notion selon laquelle les jeunes sont « encouragés » à consommer du cannabis.²⁴⁶ Toutefois, cette notion a été critiquée puisqu'elle expliquerait de manière trop simpliste le lien entre les réseaux de pairs et la consommation de drogue. Bien que des preuves montrent un lien entre le fait de fréquenter des pairs qui consomment de la drogue et la consommation individuelle de drogues, il s'agit fort probablement en fait de « sélection des pairs » (« ou préférence des pairs ») plutôt que de pression des pairs.²⁴⁷

La préférence (ou sélection) des pairs, considère un réseau de pairs plutôt comme un ensemble d'amis partageant des intérêts similaires qui leur sont propres. Ainsi, il ne s'agirait pas de personnes qui se font « entraîner » dans la consommation de cannabis, mais plutôt des personnes intéressées à consommer du cannabis qui recherchent des amis afin d'appuyer leur choix. Par conséquent, les réseaux de pairs peuvent créer un milieu favorable à ce que les jeunes ont *déjà envie de faire*.²⁴⁸ Au lieu de mettre le blâme sur les jeunes qui consomment du cannabis, la préférence des pairs reconnaît la capacité des personnes de choisir leurs pairs, et de consommer ou non de la drogue.²⁴⁹ Cette perspective est soutenue par d'autres études, qui révèlent que les croyances individuelles à l'égard du cannabis, indépendamment des normes des pairs, peuvent influencer grandement la consommation de cannabis ou l'initiation à celle-ci.²⁵⁰ Cependant, il existe des preuves qui appuient tant la pression des pairs que la préférence des pairs, où certaines recherches ont laissé entendre que les réseaux de pairs peuvent favoriser l'initiation au cannabis, et que la consommation prolongée se perpétue en cherchant des amis qui consomment du cannabis.²⁵¹ Enfin, certaines études ont suggéré un lien entre la perception de la consommation par les pairs et la consommation ultérieure²⁵² (si un jeune pense que tous ses pairs consomment du cannabis, il est plus susceptible de consommer du cannabis lui aussi). De plus, il est important de noter que les jeunes surestiment souvent la consommation de leurs pairs; parler de la prévalence chez les jeunes peut aider à aborder la discussion sur ce sujet.

iii. Normes sociales

Bien qu'elles aient été l'objet d'études moindres au profit des facteurs de risque au niveau individuel, l'évolution des normes sociales sur la consommation de cannabis et le statut historique de la substance (comme drogue illégale) peuvent influencer les habitudes de consommation.

« Normalisation »

Des études ont été menées sur la manière dont la normalisation de la consommation de cannabis chez les jeunes contribue tant à la consommation qu'à l'abstinence. Cette normalisation repose généralement sur le fait que nous concevons les consommateurs de cannabis comme « non déviants »²⁵³, et elle positionne les consommateurs récréatifs (considérés des consommateurs occasionnels) en opposition aux consommateurs réguliers et à ceux ayant une consommation problématique.²⁵⁴ Plusieurs indicateurs peuvent signaler cette normalisation de la consommation occasionnelle et récréative de cannabis : (1) l'augmentation de l'accessibilité et de l'offre, (2) l'augmentation de la prévalence de la consommation, (3) une attitude de plus en plus tolérante envers les consommateurs de cannabis, (4) les accommodements culturels, et (5) les politiques de réglementation et de légalisation des marchés du cannabis.²⁵⁵

Les études portant sur la consommation et la normalisation du cannabis apportent une nuance importante, c'est-à-dire l'idée de la normalisation « différenciée » : une idée selon laquelle *certaines* drogues et *certaines* modes de consommation peuvent se normaliser pour *certaines* groupes de personnes.²⁵⁶ La consommation de cannabis possède des degrés divers d'acceptabilité²⁵⁷ : l'identification culturelle et les expériences en lien avec la consommation de cannabis restent des éléments importants à prendre en compte afin de mener un examen élargi sur les raisons de consommation ou d'abstinence. Par exemple, la consommation occasionnelle, ainsi que le recours à la discrétion quant au moment et à l'endroit appropriés pour consommer, sont deux aspects importants dans la perception des jeunes à l'égard du cannabis, tandis que la consommation élevée ou chronique de cannabis est considérée comme problématique.²⁵⁸ Dans l'ensemble, l'acceptabilité sociale de la consommation de cannabis est en augmentation en Amérique du Nord.²⁵⁹ Dans des enquêtes par autodéclaration, des Canadiens ont signalé être de plus en plus tolérants envers la consommation de cannabis récréatif, qu'ils considèrent comme choix de « mode de vie ».²⁶⁰

Comment pouvons-nous promouvoir des normes régissant une consommation de cannabis appropriée?

Les normes sont des règles ou des lignes directrices sur le comportement ou la conduite appropriée à tenir. Or, elles sont souvent informelles. Les normes en faveur d'une consommation responsable pourraient couvrir les sujets suivants :

- La conduite automobile après consommation de cannabis. Bien que les jeunes reconnaissent que le cannabis affecte moins les facultés que l'alcool,²⁶¹ il faut être clair : il n'est pas sécuritaire de prendre le volant après avoir consommé du cannabis, ou de conduire en compagnie de personnes qui en ont récemment consommé.
- Les moments et les endroits appropriés pour consommer du cannabis. Comme avec l'alcool, la consommation de cannabis ne devrait pas faire obstacle aux autres responsabilités, comme l'école, le travail, les loisirs ou autres activités.
- Le respect des droits d'autrui (en particulier ceux des personnes qui ne consomment pas de cannabis). Être prudent et courtois (consommer aux endroits appropriés et en moment opportun) et respecter le choix des autres en matière de consommation de cannabis.
- Toujours ranger le cannabis de façon responsable. Il faut prendre des précautions pour ranger le cannabis en toute sécurité et le garder hors de la portée des enfants.

RAISONS DE S'ABSTENIR DE CONSOMMER

Quoique moins étudiées, les raisons de s'abstenir ou d'arrêter de consommer du cannabis chez les jeunes sont des aspects importants à prendre en compte, particulièrement dans un contexte où la consommation de cannabis est de plus en plus normalisée. Parmi les raisons pour s'abstenir de consommer, il y a les préoccupations concernant les effets négatifs sur la santé physique et mentale, le manque d'intérêt et le désir d'éviter les conséquences sociales.²⁶²

i. Effets négatifs sur la santé physique et mentale

En examinant comment les effets subjectifs perçus par les jeunes à propos du cannabis influencent la consommation, des travaux antérieurs révèlent que, comparativement aux consommateurs, les non-consommateurs s'attendaient à des conséquences plus négatives, dont une déficience cognitive et comportementale.²⁶³ Lors d'une étude représentative à l'échelle nationale sur la consommation de cannabis chez les jeunes Américains, les préoccupations concernant les effets négatifs sur la santé physique et mentale faisaient partie des raisons principales pour s'abstenir de consommer. Historiquement, les effets négatifs potentiels sur la santé physique et mentale ont toujours été des raisons de s'abstenir de consommer, et la

recherche continue de mettre en lumière le lien complexe entre ces résultats. Toutefois, l'importance relative de ce lien a diminué au fil du temps.²⁶⁴ Plus récemment, des études sur la perception des jeunes à l'égard du cannabis ont découvert que ceux-ci croient de règle générale que le cannabis est plus « sécuritaire » et qu'il n'entraîne que des effets négatifs minimes, particulièrement en comparaison avec l'alcool, le tabac ou d'autres drogues.²⁶⁵

ii. Manque d'intérêt

Une autre raison importante est tout simplement le manque d'intérêt. En effet, chez les personnes qui avaient arrêté de consommer, plusieurs ont affirmé ne plus avoir d'intérêt ou ne plus aimer ressentir de « high » (effet euphorique).²⁶⁶ D'autres avaient signalé de s'abstenir de consommer parce que le cannabis ne correspondait pas avec leur image de soi.²⁶⁷

Certains soutiennent également qu'il faille tenir compte de l'importance de la capacité des jeunes dans leur prise de décision. En comparant de façon plus générale les facteurs importants pour s'abstenir de consommer des substances illégales, une étude a révélé que plusieurs de ces facteurs étaient uniquement associés au cannabis, comparativement à la MDMA/ecstasy, à la cocaïne et aux hallucinogènes. Les non-consommateurs reconnaissent, en comparaison aux autres substances illégales, qu'il était relativement facile de se procurer du cannabis et que la majorité de leurs pairs en consommaient : cela suggère que l'accessibilité et les réseaux de pairs peuvent ne pas être des facteurs déterminants dans la consommation de cannabis, du moins chez les adolescents qui ne présentent aucun intérêt pour cette substance.^{268,269,270}

iii. Éviter les conséquences sociales

Les études montrent que la fréquence de consommation de cannabis atteint son maximum à l'âge de 18 ans; après cet âge, plusieurs affirment arrêter de consommer afin d'éviter les conséquences juridiques et les conséquences sur leur emploi.²⁷¹ Parmi les non-consommateurs, la désapprobation des réseaux parental et familial, notamment la stigmatisation, a été citée comme l'une des principales raisons pour s'abstenir de consommer.²⁷² D'autres études ont confirmé que les jeunes peuvent craindre d'être pris sur le fait par les parents ou par la police, car ils ne veulent pas être étiquetés comme « consommateurs de drogues ».²⁷³

COMMENT LES JEUNES OBTIENNENT-ILS DU CANNABIS?

De règle générale, les jeunes Canadiens signalent que le cannabis est facilement accessible. En effet, le cannabis est souvent partagé entre groupes de personnes ou lors d'événements sociaux; il est aussi facile de trouver quelqu'un pour s'en procurer.²⁷⁴ Les jeunes signalent souvent partager du cannabis (en donner et en recevoir)²⁷⁵, et lorsqu'ils en obtiennent gratuitement, la substance provient souvent d'un ami ou d'un membre de leur famille.²⁷⁶ Il leur arrive également d'en acheter d'un ami ou d'une connaissance.²⁷⁷ Bien qu'il n'existe que très peu de données

officielles concernant l'achat de cannabis en ligne à travers des sites web illégaux, il faut considérer cette avenue comme un moyen possible pour les jeunes de se procurer du cannabis.

2.3 RÉDUCTION DES MÉFAITS : CE QUE C'EST ET EN QUOI C'EST IMPORTANT

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

À la fin de cette section, vous serez en mesure de :

1. *Comprendre ce qu'est la réduction des méfaits.*
2. *Comprendre comment réduire concrètement les méfaits associés à la consommation de cannabis, tant par l'abstinence que par la minimisation des comportements risqués chez les jeunes qui consomment déjà du cannabis.*

QU'EST-CE QUE LA RÉDUCTION DES MÉFAITS?

« En adoptant une approche pragmatique à l'égard de ce phénomène généralement compris, la réduction des méfaits évite d'adopter une position uniforme selon laquelle la consommation de drogues est mauvaise : elle se concentre plutôt à obtenir des informations exactes et impartiales sur les méfaits de la consommation pour les utilisateurs potentiels. Cela a pour but d'aider ces derniers à prendre des décisions éclairées, quant à savoir s'ils devraient consommer ou pas et, s'ils choisissent de le faire, quelles précautions ils devraient prendre pour réduire les risques au minimum. »²⁷⁸

La réduction des méfaits est une philosophie communautaire qui tente de minimiser les méfaits des drogues sans nécessairement en réduire la consommation. La réduction des méfaits reconnaît qu'il existe des risques inhérents associés à une gamme de comportements, mais que nous disposons de plusieurs manières d'en réduire les risques. D'ailleurs, la réduction des méfaits peut être interprétée dans le contexte d'activités autres que la consommation de drogues : appliquer de l'écran solaire ou porter un casque, par exemple.

RÉDUIRE LES MÉFAITS LIÉS AU CANNABIS

Afin d'assurer une éducation au sujet du cannabis adaptée à tous les jeunes, il est très important de discuter avec eux des stratégies pour réduire les méfaits de la consommation de cannabis, dans le but de favoriser une consommation sûre et responsable chez ceux qui pourraient décider d'en consommer. En 2017, l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) a publié un guide fondé sur des données probantes abordant les façons d'améliorer la santé et de minimiser les risques pour les Canadiens qui consomment du cannabis.²⁷⁹ La discussion suivante s'appuie sur les *Lower-Risk Cannabis Use Guidelines* (LRCUG, ou « Lignes directrices de réduction des risques liés à l'utilisation du cannabis ») de l'ICRAS. En revanche, ils ont été adaptés pour les jeunes, dans le respect des commentaires de nos contributeurs et de notre comité du contenu.

S'abstenir et retarder la consommation de cannabis ont été présentés comme des outils pour réduire les méfaits chez les jeunes. En revanche, ils ne sont pas nécessairement réalistes pour tous les jeunes et, d'une certaine manière, ne correspondent pas à la définition de la réduction des méfaits. Les stratégies de réduction des méfaits ci-dessous peuvent outiller les jeunes de quelques conseils pratiques pour réduire les méfaits en lien avec la consommation de cannabis. En revanche, il reste pertinent d'encourager les jeunes à attendre aussi longtemps que possible avant de s'initier au cannabis.

1. Commencez tranquillement et allez-y lentement

« Commencez tranquillement et allez-y lentement » signifie commencer par de petites doses et, avant d'en prendre d'autres, d'attendre pour évaluer les effets. Chez les néophytes, le cannabis peut provoquer des effets plus puissants que chez les consommateurs occasionnels ou réguliers. Ce conseil s'applique également aux autres produits du cannabis, et particulièrement aux produits alimentaires (produits comestibles), car leurs effets peuvent prendre jusqu'à une heure (voire plus) avant de se faire ressentir. Consommer une trop grande quantité de cannabis peut s'avérer inconfortable, désagréable et peut exacerber les sentiments d'anxiété. Si une telle situation se produit, il est conseillé de bien s'hydrater, de manger un peu ou d'aller dormir.

2. Considérez les endroits et les moments appropriés

Il est important de faire preuve de jugement en ce qui concerne les endroits et les moments appropriés pour la consommation de cannabis et, par le fait même, de réfléchir en quoi consiste la consommation responsable. Par exemple, pour un jeune, consommer du cannabis avant d'aller à l'école ou au travail pourrait empiéter sur ses responsabilités, le rendre moins attentif et diminuer sa mémoire à court terme. Il est également important qu'il tienne compte du contexte dans lequel il se trouve, et qu'il juge s'il est approprié ou non d'y consommer du cannabis.

3. Choisissez des produits de cannabis moins risqués

Si un jeune choisit de consommer du cannabis, il doit être conscient du produit qu'il consomme et choisir un produit présentant peu de risques, afin de minimiser les méfaits et l'inconfort potentiels. Éviter les produits de cannabis à forte puissance, comme les extraits de cannabis, peut aider à réduire les méfaits. De plus, il a été démontré que les produits de cannabis contenant du CBD contrecarrent les effets psychoactifs du THC.

4. Choisissez des méthodes de consommation sécuritaires

L'inhalation de fumée est la méthode la plus répandue de consommation du cannabis. Or, ce mode d'administration, qui amène à brûler la matière végétale brute, pose plus de risques pour la santé du système respiratoire que les autres modes d'administration. Parmi les solutions plus sécuritaires qui minimisent certains des risques liés à l'inhalation de fumée, on peut citer la vaporisation, les pipes à eaux ou les produits alimentaires. La vaporisation, par exemple, permet d'éviter bon nombre des produits chimiques nocifs contenus dans la fumée de la matière végétale.

De plus, certaines personnes utilisent toutes sortes de matériaux pour les aider à consommer leur cannabis : canettes en aluminium, bouteilles en plastique et papier d'aluminium. Or, lorsque chauffés, ces matériaux peuvent aussi dégager des produits chimiques nocifs. Il est important de savoir que les matériaux ou l'équipement utilisé pour fumer du cannabis peuvent aussi être dangereux.

5. Employez des pratiques d'inhalation de fumée sécuritaires

Il peut s'agir d'éviter d'inhaler profondément la fumée de cannabis ou de la garder longtemps dans ses poumons; en effet, ces pratiques peuvent augmenter la quantité de matière toxique qui est absorbée par les poumons et le corps. La majorité du THC contenu dans la fumée de cannabis se fait absorber dans les premières secondes de l'inhalation : retenir sa respiration n'augmente pas les effets.²⁸⁰

6. Réduisez la quantité de cannabis et votre fréquence de consommation

Consommer du cannabis fréquemment, disons quotidiennement, démontre des liens plus forts avec plus de risques sociaux et de risques pour la santé. Il faut encourager les jeunes à consommer moins fréquemment, par exemple, uniquement la fin de semaine ou seulement quelques jours par semaine. Les examens se penchant sur la consommation quotidienne de cannabis oublient parfois un aspect : certaines personnes en consomment seulement un peu avant d'aller au lit, tandis que d'autres peuvent en consommer de manière chronique tout au long de la journée. Bien que diminuer sa fréquence de consommation constitue une stratégie de réduction des méfaits, diminuer la quantité des doses peut l'être aussi.

7. Consommez des produits dérivés de la plante de cannabis plutôt que du cannabis synthétique

Bien que le cannabis de synthèse ne soit pas aussi populaire chez les jeunes au Canada qu'il l'est ailleurs, il a été démontré que cette substance, couramment appelé « K2 » ou « spice », peut mener à de graves problèmes de santé, voire la mort dans certains cas. Bref, il faut systématiquement éviter les produits de cannabis de synthèse et opter pour du cannabis naturel, une substance moins risquée.

8. Essayez de ne consommer qu'une seule substance à la fois

Il faut encourager les jeunes à ne pas mélanger le cannabis avec le tabac, car cela peut augmenter les méfaits du tabagisme. Le tabagisme augmente, parmi d'autres maladies, le risque de cancer, de maladies cardiovasculaires et de maladies respiratoires. L'exposition prolongée à la fumée secondaire de tabac peut également entraîner des risques de cancer.²⁸¹ En outre, les personnes qui fument du cannabis et du tabac consomment souvent plus que ceux qui fument seulement l'une de ces deux substances.²⁸²

En règle générale, l'alcool augmente les effets ressentis du cannabis. Il est déconseillé de mélanger le cannabis avec d'autres substances : ensemble, le cannabis et l'alcool peuvent affaiblir les facultés et augmenter les étourdissements et les vomissements (un phénomène que l'on appelle « bad trip », l'équivalent d'un « black out » [perte de conscience] mais causé par du cannabis).

9. Planifiez votre transport avant de consommer du cannabis

Conduire avec les facultés affaiblies par le cannabis peut augmenter les risques d'accident de la route. De récentes études par auto-évaluation ont démontré que les jeunes reconnaissent que le cannabis affecte moins les facultés que l'alcool; toutefois, le risque réel d'affaiblissement des facultés est souvent sous-estimé et mal compris.²⁸³ Il est conseillé d'attendre au minimum six heures (voire plus) avant de prendre le volant si l'on a consommé du cannabis. Il faut aussi être conscient que le mélange cannabis-alcool augmente les effets. Il faut toujours planifier son transport avant de consommer du cannabis (p. ex., emprunter le transport en commun, ou appeler un taxi, un ami ou un parent). En outre, il faut éviter d'embarquer en voiture avec quelqu'un qui a récemment consommé du cannabis (et qui pourrait donc avoir les facultés affaiblies), ainsi que de consommer du cannabis dans un véhicule.

10. Tenez compte des facteurs de risques additionnels

Son profil de risque et sa vulnérabilité sont deux aspects importants à prendre en compte lorsqu'on songe à consommer du cannabis. Par exemple, si un adolescent ou un membre de sa famille a des antécédents de psychose ou de troubles liés à l'utilisation de substances (TUS), son

risque de problèmes de santé mentale liés au cannabis augmente²⁸⁴. De plus, les femmes enceintes devraient également envisager d'éviter la consommation de cannabis à des fins non médicales en raison des dangers potentiels pour le développement du bébé qui ne sont pas encore pleinement compris.

Qu'est-ce que « l'effet de substitution »?

Certains jeunes ont signalé consommer du cannabis en remplacement ou en substitution à d'autres drogues plus nocives. Toutefois, la recherche à ce sujet est préliminaire bien que déjà enclenchée auprès des cohortes d'adultes. L'idée de la substitution, ou le choix conscient des consommateurs d'opter pour une drogue moins nocive, « au lieu d'une drogue, ou en conjonction avec celle-ci, en raison de problèmes comme le sentiment de sécurité, le niveau du potentiel de dépendance, l'efficacité dans le soulagement des symptômes, l'accès et le niveau d'acceptation. »²⁸⁵

Les jeunes Canadiens, par exemple, considèrent souvent que l'alcool est plus nocif que le cannabis et que le cannabis affaiblit moindrement les facultés. Ils signalent aussi remplacer l'alcool par le cannabis ²⁸⁶ Toutefois, davantage d'études sont nécessaires pour mieux comprendre la relation entre ces deux substances.

2.4 CANNABIS : LE CONTEXTE HISTORIQUE ET LÉGISLATIF

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

À la fin de cette section, vous serez en mesure de :

1. *Connaître l'histoire de la prohibition au Canada, ainsi que la manière dont la prohibition a démesurément ciblé les segments vulnérables de la population, y compris les jeunes.*
2. *Comprendre les éléments importants de la Loi sur le cannabis, notamment ceux qui touchent les jeunes.*
3. *Comprendre le programme canadien d'accès au cannabis à des fins médicales, y compris la différence entre les producteurs autorisés et les dispensaires de cannabis.*

BRÈVE HISTOIRE DE LA PROHIBITION AU CANADA : CANNABIS ET AUTRES DROGUES

Bien que les politiques prohibant la vente et la consommation d'alcool aux personnes autochtones existent depuis 1777 dans diverses juridictions à travers le Canada, la première politique fédérale contenant des provisions légales sur l'alcool apparaît dans la Loi sur les Indiens de 1867 dans un effort pour coloniser les peuples autochtones. Cette loi stipulait que les personnes autochtones ne pourraient consommer de l'alcool qu'après avoir été complètement colonisé et assimilé à la société canadienne.²⁸⁷ La toute première loi sur les drogues au Canada fut la *Loi de l'opium*, adoptée en 1908 puis modifiée en 1911 (afin de créer des peines plus sévères aux contrevenants). Elle avait pour objectif de répondre aux problèmes en lien avec la pénurie de main-d'œuvre sur la côte ouest et les populations chinoises qui avaient émigré au Canada pour travailler sur le chemin de fer nord-américain. Étant donné que la consommation d'opium était populaire parmi les populations chinoises, l'application de la *Loi de l'opium* représentait un « un lien étroit entre l'intensification des politiques de lutte contre la drogue et la peur du public envers les immigrants chinois ». ²⁸⁷

En 1923, le cannabis fut ajouté à la liste des drogues prohibées de la *Loi sur l'opium et les drogues narcotiques*. Contrairement à d'autres drogues qui étaient sous réglementation fédérale à l'époque, « la marijuana a été ajoutée à l'annexe [des substances interdites] avant qu'elle ne soit définie comme un problème social au Canada. » ²⁸⁸ À cette époque, la consommation de cannabis était peu répandue, et la première arrestation pour un crime lié au cannabis n'a eu lieu que plusieurs années plus tard. Depuis lors, l'interdiction du cannabis a conduit à un marché criminel rentable, ainsi qu'à des liens avec la violence, à d'autres drogues illicites dangereuses et à un déclin du respect envers le gouvernement et les forces policières. ²⁸⁹

Au Canada, les politiques en matière de drogues ont été traditionnellement axées sur le maintien de l'ordre et l'emprisonnement plutôt que sur le bien-être en société et le traitement.²⁹⁰ En effet, en 2008, plus de 70 % du financement de la stratégie nationale antidrogue du Canada a servi à l'application de la loi plutôt qu'au traitement des problèmes de consommation de drogues, à l'éducation ou à la prévention.²⁹¹ Avant sa légalisation, le Canada consacrait environ un milliard de dollars par année pour appliquer la prohibition du cannabis.²⁹² Il est reconnu que la légalisation du cannabis est une question de justice sociale : la prohibition de cette substance a conduit à des niveaux élevés d'iniquité en ce qui concerne le maintien de l'ordre, comme en font foi les minorités racialisées, qui courent plus de risque de se faire arrêter et poursuivre en raison de possession de cannabis,²⁹³ malgré les différences nulles à minimales dans les taux de consommation. Les communautés noires au Canada sont beaucoup plus souvent la cible des politiques en matière de drogues²⁹⁴, un phénomène qui mène à des incarcérations disproportionnées de personnes racisées. Par exemple, en 2010-2011, les détenus noirs représentaient 9 % de la population carcérale des prisons fédérales; pourtant, les communautés noires représentaient seulement 2,5 % de l'ensemble de la population.²⁹⁵ Quant à eux, les jeunes et les jeunes adultes sont, de manière disproportionnée, la cible d'arrestations en lien avec le cannabis (plus de 80 % de ces arrestations sont en lien avec la possession de cannabis²⁹⁶), et ce phénomène s'aggrave d'autant plus pour les jeunes des minorités racialisées et les jeunes à risque. Bref, la prohibition du cannabis touche traditionnellement les segments les plus marginalisés de la population, comme les personnes provenant de milieux socioéconomiques défavorisés, les jeunes et les populations racisées.

LA LOI SUR LE CANNABIS

Le 13 avril 2017, le gouvernement libéral a déposé un projet de loi visant à établir « un cadre juridique strict pour le contrôle de la production, de la distribution, de la vente et de la possession de cannabis au Canada. » Également connue sous le nom du projet de loi C-45, *Loi concernant le cannabis et modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, le Code criminel et d'autres lois*. Cette loi a été créée à la suite d'une consultation publique et de la publication d'un rapport en novembre 2016 qui avait été élaboré par un groupe de travail nommé par le gouvernement fédéral pour étudier la légalisation et la réglementation du cannabis. Le gouvernement a également déposé le projet de loi C-46, *Loi modifiant le Code criminel (infractions relatives aux moyens de transport) et apportant des modifications corrélatives à d'autres lois*, qui met l'accent sur la conduite avec facultés affaiblies par les drogues et l'élargissement des pouvoirs de la police pour la détection et l'application de la loi.

Entre autres, la Loi sur le cannabis a établi les trois priorités suivantes :

- i. Restreindre l'accès des jeunes au cannabis;
- ii. Protéger la santé et la sécurité publiques;
- iii. Éliminer le marché illégal du cannabis par l'imposition d'importantes sanctions pénales aux personnes agissant en dehors du cadre juridique.

Le 17 octobre 2018, la Loi sur le cannabis permettant la vente et l'achat légale de certains produits dérivés du cannabis à des fins récréatives est entrée en vigueur. Le 17 octobre 2019, l'amendement de l'annexe 4 de la Loi sur le cannabis (classes de cannabis qu'un détaillant autorisé peut vendre) permet d'élargir la gamme de produits en vente afin d'inclure les produits comestibles, les extraits de cannabis et les produits topiques. D'autres modifications réglementaires ont été apportées afin de réduire:

- i. **L'attrait des jeunes pour ces produits;**
- ii. **Les risques d'ingestion accidentelle par des jeunes, particulièrement pour le cannabis comestible;**
- iii. **Les risques de surconsommation associés aux cannabis comestible et aux produits à haute concentration de THC.**

Bien que légal, il existe toujours des réglementations entourant le cannabis afin d'adresser les inquiétudes en matière de santé publique mentionnées ci-dessus. Pour plus d'informations à propos des limites légales de cannabis séché qu'un individu peut posséder et des limites concernant la concentration de THC dans les produits dérivés du cannabis, consultez les tableaux ci-dessous. Les tableaux suivants relayent l'information présentée sur le site web du gouvernement du Canada entourant la possession et les limites de produits. Il est important de noter que les limites émises peuvent créer de la confusion et devenir difficile à appliquer en pratique, en particulier pour les produits autres que le cannabis séché.

| Type de produits | Limites de possession |
|--------------------------------|--|
| Cannabis séché | 30 grammes |
| Cannabis frais | 150 grammes *1 gramme de cannabis séché = 5 grammes cannabis frais |
| Produit comestible | 450 grammes *1 gramme de cannabis séché = 15 grammes de produit comestible |
| Produit liquide | 2100 grammes *1 gramme de cannabis séché = 70 grammes de produit liquide |
| Concentrés (solide ou liquide) | 7.5 grammes *1 gramme de cannabis séché = 0.25 grammes de concentré |

| | |
|---------------------------------|--|
| Graine de la plante de cannabis | 30 graines *1 gramme de cannabis séché = 1 graine de la plante de cannabis |
| Plante de cannabis | 4 plantes par résidences |

| Type de produits | Limites de possession |
|--|--|
| Cannabis comestible | 10 mg de THC par emballage |
| Extrait de cannabis (produits ingérés) | 10 mg de THC par unité (ex. : une capsule) 1000 mg de THC par emballage |
| Extrait de cannabis (produits inhalés) | 1000 mg de THC par emballage |
| Cannabis topical | 1000 mg of THC per package |

Gouvernement du Canada^{b,c}

En plus des modifications apportées à la Loi sur le cannabis, la Loi sur le casier judiciaire fut elle aussi amendée le 19 juin 2019 avec le projet de loi C-93, « Loi prévoyant une procédure accélérée et sans frais de suspension de casier judiciaire pour la possession simple de cannabis ». Ces amendements représentent un premier pas important pour les membres des communautés racisées qui ont été touchées de façon disproportionnée par la criminalisation de la possession de cannabis. Toutefois, il faut noter qu'à ce jour la quantité réelle de casier judiciaire suspendu est très basse. De plus, certains experts en politiques, en criminologie et en droit s'entendent pour dire que la réhabilitation des casiers judiciaires n'adresse pas la totalité des méfaits causés par la prohibition du cannabis.

POINTS ESSENTIELS POUR LES JEUNES

- En vertu de la Loi sur le Cannabis, l'âge minimal d'accès émise par le gouvernement fédéral est de 18 ans, bien que les provinces et les territoires ont le pouvoir de l'augmenter. Comme c'est le cas pour l'accès à l'alcool au Canada, il y a des différences dans les âges d'accès d'une province et d'un territoire à l'autre qui varient entre 18 (en Alberta) et 21 ans (au Québec).
- En ce qui concerne la vente et la promotion, la Loi sur le cannabis interdit les produits qui font appel aux jeunes, ainsi que la promotion qui serait faite à des endroits où elle pourrait être vue par des jeunes.
- Si un adulte (18 ans ou plus) se fait prendre à donner ou à vendre du cannabis à des mineurs ou à se servir d'un jeune pour commettre un crime lié au cannabis, il pourrait recevoir une peine d'emprisonnement d'une durée maximale de 14 ans. Cela pourrait aussi concerner les jeunes qui ont tout juste l'âge requis et qui partagent du cannabis avec des jeunes qui n'ont pas encore cet âge.
- La Loi sur le cannabis ne prévoit pas d'accusations criminelles pour les personnes âgées entre 12 et 17 ans pour avoir possédé ou partagé moins de 5 grammes de cannabis, mais tous les autres délits commis par des jeunes restent assujettis à la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents. Les conséquences non-criminelles varient d'une province et d'un territoire à l'autre, mais elles peuvent comprendre des amendes ou du service communautaire. Ces mesures reflètent le fait que, historiquement, les jeunes ont été la cible d'arrestations démesurées en lien avec les drogues, particulièrement pour possession de cannabis.
- Le projet de loi C-46, la loi régissant la conduite avec facultés affaiblies, permet de « nouvelles lois plus rigoureuses afin de punir plus sévèrement ceux qui conduisent sous l'effet des drogues, y compris le cannabis. » Cela comprend l'établissement d'infractions selon des limites de THC « per se », c'est-à-dire qu'il sera illégal de conduire si le taux de THC dans le sang dépasse un certain seuil. Tandis que les limites *per se* établies pour l'alcool au volant sont corroborées scientifiquement, celles établies pour le cannabis restent très controversées, car leurs preuves scientifiques n'ont pas encore été mises en place de manière universelle pour mesurer l'affaiblissement des facultés.

RÈGLEMENT SUR L'ACCÈS AU CANNABIS À DES FINS MÉDICALES (RACFM)

En mai 2001, le gouvernement a mis en place un programme fédéral d'accès au cannabis à des fins médicales visant à réglementer la production et la distribution de cannabis aux patients autorisés. Ce programme autrefois connu comme le Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales (le RACFM) maintenant couvert par la Loi sur le cannabis, permet aux « producteurs autorisés » (PA) et aux vendeurs de légalement produire et distribuer des quantités contrôlées de cannabis et de produits dérivés du cannabis par service de courrier. La seule manière légale d'acheter du cannabis à des fins médicales est d'obtenir l'autorisation (semblable à une prescription) d'un médecin ou d'une infirmière praticienne; puis, l'envoyer directement à un producteur autorisé. Les personnes qui consomment à des fins médicales peuvent également produire leur propre cannabis en quantité limitée, en obtenant une autorisation spéciale de leur fournisseur de soins de santé pour leur production personnelle.

En plus de ce mécanisme juridique, certains consommateurs de cannabis médicinal choisissent de s'approvisionner à travers des fournisseurs légaux de cannabis non-médicinal (ex. : magasin 'récréatif') ou auprès de dispensaires de cannabis médicinal. Les dispensaires de cannabis médicinal sont des points de vente illégaux, de boutiques physiques et virtuelles, qui ont été traditionnellement tolérés par les autorités de certaines juridictions avant la légalisation et qui distribuent du cannabis et des produits de cannabis à des individus qui ne font pas parti du système réglementé. Plusieurs dispensaires illégaux ont continué d'opérer suite à la légalisation; toutefois, les autorités judiciaires ont récemment procédé à la fermeture de plusieurs de ces boutiques à travers le pays.^{d,e,f}

2.5 ÉVALUER LES POTENTIELS EFFETS NÉFASTES SUR LA SANTÉ

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

À la fin de cette section, vous serez en mesure de :

1. *Faire la différence entre ce qu'est la « corrélation » et la « causalité » en recherche.*
2. *Comprendre les signes communs d'une consommation problématique.*
3. *Comprendre les répercussions de la consommation de cannabis sur la cognition et le développement du cerveau.*
4. *Comprendre les relations complexes entre la consommation de cannabis et la santé mentale, ainsi que l'importance de divers facteurs de risque.*
5. *Comprendre les effets à long terme de la consommation de cannabis sur la santé physique.*
6. *Comprendre les preuves à l'appui derrière la théorie de la « drogue d'initiation ».*

Corrélation et causalité

Il est important de comprendre la différence entre **corrélation et causalité**, en particulier lorsqu'on examine les données sur la consommation de cannabis chez les jeunes et les effets sur la santé. Vous avez probablement déjà entendu qu'une « corrélation n'est pas nécessairement une causalité ». Cependant, l'interprétation de preuves corrélationnelles comme causales est l'une des erreurs les plus courantes dans les programmes actuels d'éducation à propos du cannabis.

La causalité désigne un « lien de cause à effet » qui a été prouvé : nous savons qu'un certain phénomène provoque un effet, indiquant que le lien de causalité peut être vérifié de manière scientifique. Les liens de cause à effet sont établis à l'aide d'expériences rigoureuses, contrôlées et randomisées.

Quant à elle, la corrélation désigne l'observation d'une relation entre deux variables qui peut être, ou non, causale. Les preuves corrélationnelles indiquent généralement que plus de recherches sont nécessaires pour établir le sens de la relation entre deux variables d'intérêt et pour écarter la possibilité qu'une troisième variable soit la cause de la relation.

RISQUES ET MÉFAITS DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS : CE QUE NOUS SAVONS

Cette section traite des connaissances communes que nous avons sur la consommation de cannabis chez les jeunes. Bien que les preuves reposent généralement sur des résultats corrélés, il faut tout de même adopter une approche prudente quant aux effets du cannabis sur les jeunes : les recherches sur le sujet se poursuivent et nous commençons à mieux comprendre les effets.

i. Troubles liés à l'utilisation de cannabis (TUC)

La majorité des consommateurs de cannabis ne développent pas de consommation problématique. Comme en est le cas avec la plupart des substances psychoactives, le cannabis peut mener à un trouble lié à l'utilisation de substances (TUS). Ce trouble est caractérisé par des habitudes de consommation problématiques menant à un affaiblissement des facultés et à une détresse significative du point de vue clinique qui, souvent, nuisent à la santé du consommateur et interfèrent avec ses obligations sociales.²⁹⁷ Le trouble lié à l'utilisation de cannabis (TUC) désigne une classification clinique d'abus de cannabis et/ou de dépendance à celui-ci, pouvant varier de « léger » à « grave » selon certains critères.²⁹⁸ Ces critères tombent généralement sous les catégories associées à l'altération des fonctions exécutives, aux problèmes relationnelles, aux comportements à risque, et à l'adaptation physiologique. En revanche, il faut savoir que la recherche a démontré les limites du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM), en ce qui concerne les critères de TUC pour les jeunes, particulièrement en raison de ses critères ambigus pour définir et classifier la tolérance, le sevrage et l'état de besoin qui sont des éléments importants à considérer lorsqu'on émet un diagnostic.^{299,300,301}

Diagnostic du TUC

Un consommateur de cannabis doit répondre à au moins deux des critères suivants au cours d'une période de 12 mois pour recevoir un diagnostic de TUC selon le DSM (cinquième édition; DSM-V) :^{302, ii}

1. La personne consomme du cannabis en plus grande quantité ou sur une plus longue période de temps qu'initialement prévu;
2. Sa consommation de cannabis persiste malgré les désirs ou les efforts qu'elle déploie pour la réduire ou la contrôler;
3. Une grande partie de son temps est consacrée à acheter du cannabis, consommer de cannabis et récupérer des effets du cannabis;
4. Elle vit des états de besoin (i.e. forts désirs ou impulsions) de consommer du cannabis;

5. Elle n'arrive pas à respecter ses obligations au travail, à l'école ou à la maison en raison de sa consommation récurrente de cannabis;
6. Elle poursuit son utilisation du cannabis malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis.
7. Elle fait moins, voire ne fait plus d'activités sociales, récréatives ou professionnelles en raison de sa consommation de cannabis;
8. Elle consomme du cannabis de façon récurrente dans des situations physiquement dangereuses;
9. Elle consomme du cannabis malgré qu'elle sache que cela peut lui causer des problèmes de santé physique et mentale;
10. Elle présente une tolérance accrue au cannabis, caractérisée par a) un besoin d'augmenter la dose de cannabis pour s'intoxiquer ou atteindre l'effet désiré, ou b) des effets atténués avec la même quantité de cannabis;
11. Elle présente des signes de sevrage dès qu'il cesse de consommer du cannabis, caractérisés par a) le syndrome de sevrage caractéristique du cannabis (selon les critères distincts du DSM-V), ou b) une consommation de cannabis pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Risques de développement du TUC

Alors que la consommation globale de cannabis est à la hausse, les preuves scientifiques sur le taux et les facteurs de risque pouvant mener à un TUC restent variées.^{iii, iv, v, vi} Cette réalité se complique lorsque l'on considère les changements apportés aux critères diagnostiques de TUC dans le DMS-V où les critères d'abus et de dépendance ont été combinés alors que les critères d'état de besoin et de sevrage ont été ajoutés. Des données provenant du « US National Survey on Drug Use and Health » (NSDUH) estiment qu'environ 11% des jeunes (âgés entre 12 et 17 ans) et 6% des jeunes adultes (âgés entre 18 et 25 ans) répondent aux critères diagnostiques du TUC dans l'année qui suit l'initiation au cannabis.^a Depuis les années 2000, une augmentation du TUC modéré a été observé chez les adultes alors que les taux de TUC léger et sévère demeurent stables.^{iii, iv, v, vi} Il est aussi important de considérer le fait que plusieurs facteurs peuvent influencer l'augmentation des taux de consommation et, donc, le développement de TUC, par exemple, la légalisation, l'augmentation de l'intensité du cannabis et les changements dans l'opinion publique. Il a été démontré de manière constante qu'une consommation précoce de cannabis augmente les risques de développer un TUC.^{303, 304, iii, vi} Par exemple, le « US National Survey on Drug Use and Health » a montré que les personnes qui commencent à consommer du cannabis entre 12 et 18 ans sont de quatre à sept fois plus susceptibles de développer un TUC par rapport à ceux qui commencent entre 22 et 26 ans.³⁰⁵ Des résultats semblables du « National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III » ont montré que les personnes qui s'initiaient au cannabis avant l'âge de 15 ans doublaient leurs risques de développer un TUC par

rapport aux personnes qui s'initiaient au cannabis après l'âge de 20 ans.ⁱⁱⁱ Bien qu'une initiation précoce à la consommation de cannabis est un risque significatif, des données provenant des États-Unis montrent que les taux de consommation de cannabis et de TUC ont diminué chez les adolescents dans les dernières années.^{v, vi} À part l'âge d'initiation au cannabis, les risques de développer un TUC peuvent varier en fonction de facteurs sociaux, environnementaux, comportementaux, psychologiques et génétiques.³⁰⁶

Traitement du TUC

Pour l'instant, aucune option de pharmacothérapie n'a été approuvée par un organisme de réglementation national (p. ex. Santé Canada) pour le traitement du TUC. Cependant, plusieurs modèles de psychothérapie existent, allant de la thérapie de renforcement de la motivation (MET), la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), l'organisation des contingences, la psychothérapie de soutien-expressif, les interventions au niveau de la famille et des systèmes, et les programmes en 12 étapes.³⁰⁷ Une revue des modèles MET et TCC a trouvé qu'ils seraient les modèles le plus efficace pour réduire la consommation de cannabis et atténuer les symptômes de dépendance à court terme. En revanche, la majorité des patients ayant suivi ce modèle n'ont pas été en mesure d'atteindre l'abstinence complète.³⁰⁸ Étant donné les faibles taux d'abstinence à long terme découlant des traitements conventionnels, les stratégies de modération et de réduction des méfaits font l'objet de plus en plus d'examen malgré qu'elles n'aient pas été officiellement évaluées.³⁰⁹

ii. Cognition et développement du cerveau

L'adolescence est une période importante pour le développement des structures cérébrales et des systèmes de neurotransmetteurs. La consommation d'une grande variété de substances pendant l'adolescence, y compris l'alcool, affecte négativement les capacités cognitives et peuvent mener, entre autres, à des troubles de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives.³¹⁰ La relation entre la consommation de cannabis et le développement sain des fonctions cognitives reste floue. Les résultats de recherches à propos des différences dans la structure et le fonctionnement cérébrale entre les consommateurs et les non-consommateurs de cannabis demeurent extrêmement variées. Les troubles déficitaires sont plus communément constatés chez les utilisateurs de cannabis qui consomment beaucoup et qui y ont été initié à un âge précoce. Cependant, il n'existe pas de consensus concernant les effets à long terme.^{vii, viii} En raison des résultats ambigus sur la structure du cerveau et les modifications fonctionnelles suite à la consommation de cannabis à l'adolescence, il est difficile de tirer des conclusions définitives. Bien que tous les adolescents ne subissent pas les méfaits de la consommation régulière de cannabis,³¹¹ le fait qu'ils soient plus à risque d'affecter leur développement cognitif peut être une raison suffisante pour qu'ils retardent leur âge d'initiation, qu'ils consomment du cannabis moins fréquemment et qu'ils utilisent du cannabis moins puissant (ex. : une variété à faible teneur en THC).

Les recherches suggèrent l'existence d'une association entre la consommation élevée et précoce de cannabis et les troubles aigus au niveau des fonctions cognitives et de la santé mentale.³¹² Les troubles d'apprentissage et de la mémoire ainsi que les comorbidités psychiatriques ont été associés de façon constante à la consommation élevée de cannabis, bien qu'ils semblent se résorber après une certaine période d'abstinence.^{ix} Il n'y a toujours pas de conclusions définitives sur la causalité, le sens ou l'ampleur de ces associations. Ceci est principalement dû à un manque de recherches actuelles dans ces domaines³¹³ et à des difficultés inhérentes dans l'établissement d'une direction de causalité entre les comportements d'un adolescent et sa santé et sa vie sociale à l'âge adulte qui permettrait d'affirmer l'existence d'une association causale. Il est difficile d'étudier les effets de la consommation soutenue de cannabis sur le cerveau, en raison de l'infaisabilité d'étudier cette association de manière expérimentale. Il n'existe qu'un petit nombre d'études de cohorte (c.-à-d. des études qui observent un groupe de personnes sur une certaine période de temps, souvent sur plusieurs années) qui pourraient éclairer ce débat. Par conséquent, la majorité des preuves présentées sont ambiguës et doivent être interprétées avec prudence.

Développement du système endocannabinoïde et du cerveau à l'adolescence

Bien que le développement de la taille globale du cerveau se déroule durant les premières années de vie, certains changements structuraux et fonctionnels qui augmentent les capacités et l'efficacité cognitive ont lieu durant l'adolescence. Plusieurs altérations cérébrales, tant importantes que nécessaires, se produisent au cours de cette période critique du développement du cerveau.³¹⁴ Le système endocannabinoïde joue un rôle crucial dans plusieurs zones du cerveau, incluant le cortex préfrontal et le système limbique, qui sont à leurs tours cruciaux dans le fonctionnement de plusieurs processus cognitifs comme la prise de décision et la régulation émotionnelle. Tandis que certaines études portant sur des animaux ont montré que l'exposition aux cannabinoïdes induit des altérations au niveau du développement du cerveau^{x,xii}, les preuves scientifiques concernant les humains sont beaucoup moins développées et constantes. Certaines études indiquent que la consommation élevée et prolongée de cannabis à l'adolescence peut entraîner des perturbations dans la maturation cérébrale normale et la maturation des systèmes de neurotransmetteurs³¹⁵ qui se produisent pendant cette période.³¹⁶ C'est parce que, pendant l'adolescence, le cerveau devient plus sensible aux interactions des récepteurs cannabinoïdes, et peut donc être plus susceptible qu'un cerveau adulte aux effets de la consommation de cannabis. Ces altérations potentielles peuvent persister durant plusieurs semaines, mais les recherches indiquent que les effets peuvent se résorber après trois mois d'abstinence.³¹⁷

Morphologie du cerveau

Une poignée d'études ont examiné le volume et la densité du cerveau chez les adolescents qui consomment du cannabis. Malheureusement, ces études sont limitées par leur conception rétrospective, leur échantillon de petite taille et leur manque de considération pour les variables confusionnelles. Néanmoins, il y a des rapports qui signalent la présence d'anomalies cérébrales,

comme une réduction du volume cérébrale et de la densité de matière grise, qui ont été associées à la consommation de cannabis.^{318,ix,xiv} Cependant, les preuves combinées de plusieurs études à plus grande échelle ne corroborent pas ces résultats et, au contraire, montrent une différence limitée ou nulle entre la structure cérébrale des adolescents consommateurs et non-consommateurs de cannabis.^{xv,xvi,xvii,xviii,xix} Chez les adultes qui consomment du cannabis, il n'existe que très peu de données démontrant des changements au niveau de la densité et du volume générale du cerveau.³¹⁹ Il y a toutefois une exception : certaines données suggèrent une possible réduction dans le volume de l'hippocampe.^{xv}

Étant donné que peu d'études ont examiné les trajectoires développementales du cerveau chez les adolescents qui consomment du cannabis, les impacts du cannabis sur le cerveau des adolescents n'est pas encore bien défini. Une récente étude longitudinale menée auprès d'adolescents qui consomment beaucoup de cannabis n'a noté aucun changement à la suite d'une consommation quasi quotidienne de cannabis par inhalation sur une période d'environ cinq ans.³²⁰ Toutefois, certaines données provenant d'études longitudinales semblent suggérer une altération au niveau du développement de la matière blanche chez les adolescents et les jeunes adultes qui consomment le cannabis.^{xx,xxi} De plus amples recherches sont nécessaires pour déterminer à quel moment, et pour qui, le cannabis peut être associé à des changements dans la morphologie du cerveau.

Cognition et tests cognitifs

Lorsque nous nous penchons sur les recherches portant sur la cognition, il est important de ne pas confondre les tests cognitifs avec l'intelligence. L'évaluation et la classification de « l'intelligence » est très complexe, particulièrement pour les individus neurodivers, et par conséquent, les tests cognitifs comme les tests de QI ne devraient jamais être utilisés comme un approximatif de l'intelligence.

Une enquête récente qui a comparé les résultats de 69 études distinctes est arrivée à la conclusion que, bien qu'il puisse y avoir une certaine réduction de la fonction cognitive des adolescents et des jeunes adultes qui consomment du cannabis, les effets seraient faibles et manqueraient potentiellement de pertinence clinique.^{vii} En d'autres termes, les différences dans les fonctions cognitives, si elles sont prouvées vraies, pourraient être suffisamment petites pour ne causer aucun préjudice réel à l'individu. De plus, si l'on s'abstient de consommer pendant plus de 72 heures, tous les déficits cognitifs associés à la consommation de cannabis seraient diminués.^{vii} Plusieurs études se sont penchées plus spécifiquement sur le quotient intellectuel (QI) des adolescents qui consomment du cannabis, mais les conclusions qui en ressortent sont contradictoires.^{321,322,323,324} Dans l'une de ces études, la consommation de cannabis a eu un effet négatif sur le QI global, la vitesse de traitement, la mémoire immédiate et la mémoire retardée, chez les adolescents qui fumaient des joints cinq fois ou plus par semaine, mais aucun effet à long terme n'est resté après une période d'abstinence. De plus, aucune différence de QI n'a été observée entre les participants qui ne consommaient pas de cannabis et ceux qui consommaient moins de cinq joints par semaine.³²⁵ Une revue récente tenant compte des données provenant

d'études sur des cohortes et sur des jumeaux a rapporté des baisses similaires du QI chez les consommateurs de cannabis par rapport aux non-consommateurs, mais les auteurs ont noté que d'autres facteurs ont probablement eu une incidence sur les résultats.^{viii} D'autres études ont indiqué une association entre la consommation soutenue de cannabis sur une période 20 ans et un déclin cognitif après un an d'abstinence,³²⁶ mais elles ont aussi été décortiquées, car elles ne tenaient pas compte d'autres facteurs importants susceptibles d'avoir influencé cette association.^{326,327}

À ce jour, on ne sait pas encore clairement si les résultats attribuant la consommation de cannabis à des déficits au niveau des évaluations cognitives sont directement liés à la consommation de cette substance ou à d'autres facteurs, comme la génétique, la santé mentale et les facteurs environnementaux. Plusieurs études suggèrent que la consommation de cannabis à l'adolescence n'est pas associée à une réduction du QI ou du niveau de scolarité une fois que l'ajustement en fonction des facteurs confondants est effectué (ex. : facteurs sociodémographiques, autre consommation de substance).³²⁷ Au contraire, des preuves indiquent que les baisses de QI peuvent être attribuables à des facteurs familiaux plutôt qu'à la consommation de cannabis directement.^{328,329} Une récente enquête menée sur une étude de jumeaux a trouvé que le jumeau ayant la consommation de cannabis la plus élevée avait rarement des évaluations cognitives plus basses que son jumeau qui ne consommait pas le cannabis.^{xxii} La conception d'une étude de jumeaux permet aux chercheurs de contrôler les facteurs génétiques et environnementaux afin de mieux évaluer l'association causale entre la consommation de cannabis et les fonctions cognitives. Ces derniers résultats suggèrent que la diminution observée au niveau de l'intelligence et de la cognition ne serait pas directement attribuable à la consommation de cannabis.

Deux facteurs qui semblent agir comme de possibles médiateurs des effets cognitifs liés au cannabis sont la fréquence et l'intensité de la consommation de cannabis. La recherche a montré que l'augmentation de la fréquence et de l'intensité de la consommation de cannabis étaient associées à de plus faibles résultats aux tests neuropsychologiques.³³⁰ Par ailleurs, il existe une association entre l'âge d'initiation et les déficits cognitifs; les adolescents qui s'étaient initiés au cannabis avant l'âge de 15 ans ont obtenu des résultats plus bas sur leur test cognitif que ceux qui s'étaient initiés après cet âge.³³¹

Rendement scolaire

De règle générale, les recherches suggèrent que la consommation de cannabis à l'adolescence est liée à des niveaux d'instruction inférieurs.^{332,333,334,335,336} Il a aussi été indiqué que le rendement scolaire était plus élevé chez ceux qui, à l'âge de 18 ans n'avaient pas encore consommé de cannabis, et plus bas pour ceux qui s'étaient initiés avant l'âge de 15 ans.³³⁷ Cependant, des études de cohorte plus récentes ont constaté que, après ajustement en fonction des problèmes de comportement à l'enfance, des symptômes de dépression à l'enfance, d'abus d'autres substances (y compris l'alcool et le tabac) et de la consommation de cannabis par la mère

pendant la grossesse, la consommation de cannabis avant l'âge de 15 ans n'était pas un prédicteur de mauvais résultats scolaires.³³⁸

iii. Santé mentale

Dans la littérature, il existe un débat quant à savoir si le cannabis entraîne des méfaits sur la santé mentale, s'il exacerbe les problèmes de santé existants, ou si les supposées conséquences négatives de la consommation de cannabis peuvent être attribuées, totalement ou en partie, à d'autres variables.^{339,340} La consommation de cannabis peut aggraver les problèmes de santé chez les adolescents prédisposés à souffrir de psychose ou de schizophrénie.³⁴¹ Il existe aussi une association entre la consommation de cannabis et un risque accru de développer un trouble dépressif ou anxieux.^{342,343} Semblablement, une association a été établie entre la consommation de cannabis et un risque accru de suicide chez les adolescents. Cependant, la relation entre la génétique et l'environnement n'a pas encore été analysée séparément.³⁴⁴

La mesure dans laquelle le cannabis joue un rôle causal dans le développement de problèmes de santé mentale n'a pas encore été établie. Les études longitudinales sur le cannabis et le QI ont mis en évidence la manière dont les variables parasites peuvent obscurcir la relation réelle (ex. : les facteurs sociodémographiques, la consommation de plusieurs substances). Il faut tenir compte du lien de cause à effet inverse lors de l'examen des preuves; il se pourrait que, au contraire, des adolescents s'initient au cannabis pour soulager des symptômes précoces.³⁴⁵

Psychose et schizophrénie

Malgré une augmentation spectaculaire de la prévalence de la consommation de cannabis au cours de la dernière décennie, les taux de schizophrénie au sein de la population sont restés similaires.³⁴⁶ Les données probantes appuient l'idée que le risque global de développer une psychose ou la schizophrénie en raison d'une consommation de cannabis est faible.^{347,348,,xxiii,xxiv} De plus, il se pourrait que ce risque soit en grande partie influencée par une forte concentration de THC, une haute fréquence de consommation, un âge précoce d'initiation au cannabis et des prédispositions génétiques.^{347,348,,xxiii,xxiv} Les résultats d'une étude récente ont révélé une relation directionnelle entre les individus génétiquement prédisposés à la schizophrénie et une probabilité accrue de consommation de cannabis, suggérant une forte composante génétique.^{xxiii} Néanmoins, il existe une association entre la consommation de cannabis et la schizophrénie.^{349,350,351} Une récente étude a conclu que l'initiation précoce au cannabis était associée à un risque accru de trouble psychotique, surtout chez les personnes qui présentent une vulnérabilité préexistante et celles qui consomment quotidiennement du cannabis.³⁵² Un examen systématique rigoureux a conclu qu'une consommation quotidienne ou élevée de cannabis à l'adolescence était associée à des symptômes accrus de psychose, en comparaison à la consommation occasionnelle de cannabis ou à l'abstinence.³⁵⁴ De même, les preuves suggèrent que, chez les hommes, la consommation de cannabis régulière et précoce peut augmenter les risques de symptômes psychotiques infracliniques, de paranoïa et d'hallucinations visuelles.^{355,356}

Dépression et anxiété

Les problèmes de santé mentale et de consommation de drogues apparaissent souvent à l'adolescence. Il est possible que la manifestation de l'anxiété et de la dépression ne soit pas perpétuée par la consommation concomitante de cannabis, mais qu'elle apparaisse plutôt lors d'une période de développement similaire.³⁵⁷ Néanmoins, les recherches épidémiologiques à ce sujet suggèrent une association entre la consommation de cannabis à l'adolescence et le développement de l'anxiété^{358,359} et du trouble de l'humeur dépressive à l'âge adulte.^{360,361,366,363}

Les résultats demeurent variés, bien que certaines études ne rapportent aucune association, d'autres études ont obtenu des taux allant de faibles à modérés pour les méfaits du cannabis sur la santé qui n'étaient pas influencés par l'âge. Le méfait du cannabis sur la santé le plus souvent signalé parmi les participants était l'anxiété ou la dépression.³⁶⁴ Une récente méta-analyse à grande échelle portant sur 23 317 individus a révélé que la consommation de cannabis à l'adolescence était associée à un risque accru de dépression majeure en tant que jeune adulte, même sans la présence de conditions pré morbides.^{xxv} Aucune association n'a été trouvée pour l'anxiété. Toutefois, il semble exister une relation dose-effet entre la consommation de cannabis et l'anxiété (ex. : de petites quantités pourraient provoquer peu ou pas d'effet significatif, tandis que consommer de plus fortes quantités pourraient être dommageables),³⁶⁵ ce qui démontre que l'âge d'initiation et la quantité de cannabis consommée sont des facteurs de risque importants.^{366,367,368}

Automutilation et suicide

Il existe des données à l'appui d'une association entre l'exposition au cannabis et un risque accru de suicide chez les adolescents.^{369,370,371, xxv} Plusieurs revues et méta-analyses importantes couvrant plus de 30 000 individus dans cinq pays ont révélé un risque accru d'idéation suicidaire chez les adultes ayant consommé du cannabis lors de leur adolescence. Bien que les auteurs aient ciblé plusieurs lacunes dans les études qu'ils ont analysées, ils ont tout de même indiqué qu'il ne fallait pas ignorer l'association entre la consommation de cannabis à l'adolescence et la suicidalité.³⁷²

Lors d'une étude transversale portant sur des jumeaux, où les jumeaux différaient selon s'ils avaient consommé, ou non, du cannabis à l'adolescence, les participants qui étaient dépendants au cannabis présentaient une probabilité accrue (2,5 à 2,9 fois plus élevée) d'avoir des idées suicidaires ou de commettre une tentative de suicide que leur jumeau non-consommateur.³⁷³ Comme les facteurs génétiques et environnementaux étaient contrôlés à travers la conception d'une étude de jumeaux, les auteurs de cette étude ne pouvaient pas éliminer le cannabis comme un facteur de risque potentiel aux idées et aux comportements suicidaires. Jusqu'à maintenant, les recherches suggèrent une association entre la consommation de cannabis à l'adolescence et un risque accru de suicide plus tard dans la vie.

Toutefois, le sens de cette association nécessite un examen rigoureux au travers d'études longitudinales.³⁷⁴

Comorbidité avec d'autres substances

La consommation élevée de cannabis à un jeune âge a été associée à des problèmes de santé mentale et pourrait mener à consommer d'autres drogues.³⁷⁵ Même pour ceux qui s'initient tardivement au cannabis et qui en consomment occasionnellement, le risque de progresser vers d'autres substances et d'en faire une mauvaise utilisation reste plus élevé que pour ceux qui n'ont jamais consommé de cannabis.³⁷⁶ Bien que les consommateurs de cannabis semblent plus à risque de consommer d'autres substances illicites, des données provenant d'une étude longitudinale à grande échelle a trouvé qu'il n'y avait pas d'association indépendante entre la consommation de cannabis et le développement ultérieurs de troubles liés à la consommation de substances, une fois avoir procédé à un contrôle de certains facteurs externes (ex. : autre consommation de substance, pauvreté, problèmes familiaux importants).^{xxvi}

De plus, il est important d'empêcher les adolescents de passer du cannabis à d'autres drogues plus risquées, puisque les jeunes qui s'initient à une substance sont plus susceptibles que les adultes de développer des TUS.³⁷⁷ La consommation de cannabis a tendance à être corrélée aux habitudes de consommation d'autres substances à risque élevé. De plus, le cannabis est souvent l'une des drogues (après l'alcool et le tabac) qui pavent le chemin vers les autres drogues à haut risque,^{378,379,380} ce qui alimente les questions concernant le rôle potentiel du cannabis dans la détermination des tendances futures de consommation de substances à risque élevé.

La théorie de la « drogue d'initiation »

D'abord proposée dans les années 1970 par des épidémiologistes qui étudiaient la consommation de drogues chez les adolescents, la théorie de la drogue d'initiation suggère que la consommation de substances suit un schéma de gravité croissante qui débute avec le tabac ou l'alcool suivit du cannabis et, finalement, les autres drogues illégales, comme la cocaïne, la méthamphétamine et l'héroïne.³⁸¹

Bien que les consommateurs de cannabis (particulièrement ceux qui commencent tôt, ou ceux qui consomment beaucoup ou de manière régulière) présentent des risques plus élevés d'essayer d'autre drogue illégale que les non-consommateurs^{382,383} il est important de signaler que la majorité des consommateurs de cannabis ne font pas cette transition.³⁸⁴ Par ailleurs, que le cannabis soit ou non une substance d'initiation reste un sujet très débattu qui n'a pas été entièrement étayé.³⁸⁵ De nombreuses explications causales et non causales plausibles ont été proposées afin de décrire (ou partiellement décrire) l'association entre le cannabis et la progression vers d'autres drogues plus risquées, comme décrites ci-dessous.

Thérapies pharmacologiques : Dans le cerveau, le cannabis agit sur les mêmes voies neuronales qui représentent le système de récompense que la nicotine, les opioïdes et la cocaïne. Dans un cadre de causalité, l'hypothèse de la drogue d'initiation suggère que le cannabis (et d'autres drogues comme le tabac et l'alcool) conduirait vers une consommation de substances plus risquées en induisant des changements pharmacologiques dans le cerveau qui encourageraient les personnes à rechercher des effets euphoriques dans d'autres drogues (en raison de la réduction de la réactivité à la dopamine).³⁸⁶

Facteurs sous-jacents communs : À part l'hypothèse selon laquelle le cannabis « prépare le cerveau » à solliciter d'autres drogues illégales, une autre explication possible serait que des facteurs génétiques, environnementaux et comportementaux augmenteraient la probabilité que certaines personnes consomment des substances de façon générale et que les occasions de consommer du cannabis se présentent souvent avant les occasions de consommer d'autres drogues illégales.³⁸⁷ De nombreuses études démontrent que ces facteurs expliquent en partie cette association, mais pas dans son intégralité.

Influences contextuelles : Le fait d'être exposé à d'autres drogues illégales dans différents environnements sociaux qui accompagnent la consommation de cannabis a été proposée comme une autre façon d'expliquer la relation entre la consommation du cannabis et la consommation éventuelle de drogues plus risquées.³⁸⁸ Étant donné que le cannabis est une drogue illégale dans la plupart des endroits, les jeunes qui consomment du cannabis peuvent en venir à entrer en contact avec le marché illégal de la drogue, ce qui pourrait faciliter les occasions de s'engager dans la consommation de d'autres substances illégales.^{389,390}

iv. Santé physique

La consommation de cannabis peut avoir des effets à court et à long terme sur la santé physique de certaines personnes. Cette section offre un résumé des preuves à l'appui des impacts potentiels sur la santé physique de la consommation de cannabis. Lorsque possible, l'accent est mis sur les jeunes. Il est important de savoir que, jusqu'à ce jour, aucun décès d'adulte ou d'adolescent n'a été signalé à la suite d'une surdose de cannabis³⁹¹, ce qui suggère que le profil de méfaits du cannabis présente moins de risque que celui de plusieurs autres drogues, comme l'alcool.

Symptômes respiratoires

Semblable à la fumée de tabac, la fumée de cannabis contient des produits chimiques nocifs qui peuvent provoquer une irritation des voies respiratoires et les endommager, entraînant ainsi divers symptômes respiratoires, dont la toux, la respiration sifflante, l'essoufflement, la production d'expectoration, le serrement de poitrine et l'exacerbation des symptômes d'asthme.³⁹² Même après avoir contrôlé les effets de la cigarette de cannabis, le risque estimé de toux chronique, de mucosité chronique et de respiration sifflante pour les consommateurs de cannabis reste de deux à trois fois plus élevé que pour les non-consommateurs.³⁹³ Toutefois, selon certaines données, il semblerait que les symptômes peuvent diminuer ou s'estomper si l'on cesse de fumer du cannabis.³⁹⁴

Lésions et maladies pulmonaires

Par rapport aux non-fumeurs, fumer du cannabis est associée à des risques accrus de bronchite chronique.³⁹⁵ À ce jour, aucun lien cohérent n'a été établi entre la consommation modérée de cannabis, ou la consommation cumulative faible, et le risque de développer une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).³⁹⁶ Des résultats préliminaires appuient que la consommation élevée de cannabis puisse être associée à l'obstruction des voies aériennes³⁹⁷. De plus, une étude a révélé que la consommation de cannabis chez les consommateurs de tabac augmente plus de deux fois le risque de BPCO, par rapport à ceux qui ne consomment que du tabac.³⁹⁸

Dans les derniers temps, il y a eu une augmentation majeure dans l'utilisation des cigarettes électroniques, communément appelé « vapotage », particulièrement chez les jeunes. La consommation de ces produits, obtenus à partir de sources illicites, a été associée à de graves maladies pulmonaires connues sous le nom de maladies pulmonaires sévères associées au vapotage (MPAV).^{xxvi,xxvii} Bien que le vapotage peut être attrayant pour les jeunes usagers, la consommation excessive et/ou la consommation de produits non-réglementés peuvent mener à l'hospitalisation et, dans les cas les plus sévères, à la mort. Il est important de noter que les lésions pulmonaires provoquées par le vapotage n'ont pas été attribuées au cannabis en tant que tel, mais plutôt aux produits chimiques et aux contaminants retrouvés dans le solvant (*juice*), comme l'acétate de Vitamine E.^{xxvi} Les effets à long terme des MPAV restent toujours inconnus.

Cancer du poumon

La fumée de cannabis contient bon nombre des mêmes substances cancérigènes que la fumée de tabac.³⁹⁹ Toutefois, les preuves de la relation de cause à effet entre le cannabis et le cancer du poumon restent peu concluantes. Une étude ayant mis en commun six études cas-témoin menées en Amérique du Nord, en Europe et en Nouvelle-Zélande, n'a pu trouver de preuves à l'appui d'une association dose-dépendante entre la fréquence/durée de consommation de cannabis et l'incidence de cancer du poumon.⁴⁰⁰ Cependant, une étude portant sur la relation entre la consommation de cannabis et le cancer du poumon, menée auprès d'une cohorte d'hommes suédois, a observé une augmentation du risque de cancer chez ceux ayant signalé avoir consommé du cannabis plus de 50 fois.⁴⁰⁵ Une autre étude a constaté une augmentation du risque de cancer du poumon en se basant sur une étude cas-témoins menée auprès d'hommes de Tunisie, du Maroc et d'Algérie.⁴⁰⁶ En revanche, il se peut qu'une grande partie de ces études soit limitée en raison d'un ajustement incomplet en fonction des effets du tabagisme : le tabac est largement consommé par les consommateurs de cannabis⁴⁰⁷ et est un facteur de risque incontestable du cancer du poumon.

Problèmes cardiovasculaires aigus

Le cannabis peut causer des problèmes cardiovasculaires aigus, comme l'augmentation de la fréquence cardiaque et des variations de la pression artérielles.⁴⁰⁸ Plusieurs cas de complications cardiovasculaires graves à la suite de consommation de cannabis ont été signalés, incluant plusieurs cas chez les jeunes hommes (âgés de 20 à 40 ans).⁴⁰⁹

Coronaropathie

Des découvertes récentes de la part de l'étude Coronary Artery Development in Young Adults (étude CARDIA) ne démontrent aucune relation dose-dépendante entre la consommation de cannabis et l'incidence de coronaropathie.⁴¹⁰

Accident vasculaire cérébral (ACV)

Des enquêtes démographiques transversales,⁴¹¹ ainsi que des évaluations menées auprès de patients hospitalisés^{412,413}, ont établi un lien entre la consommation de cannabis et une augmentation du risque d'accident ischémique cérébral (une privation causée par un manque d'oxygène ou d'autres nutriments dans le cerveau). Des études récentes ont montré que les jeunes consommateurs de cannabis sont 1.82 fois plus à risque de subir un accident vasculaire cérébrale comparativement aux non-consommateurs; de plus, le risque est 2.45 fois plus grand pour les consommateurs réguliers.^{xxvii} Toutefois, ces résultats sont contestés par d'autres études.^{414,415,416} Les données demeurent peu concluantes considérant l'existence limitée de données probantes de haute qualité appuyant l'association entre la consommation de cannabis et le risque d'accident vasculaire cérébral.⁴¹⁷

Infarctus du myocarde et mortalité cardiovasculaire

Plusieurs études définissent la consommation de cannabis comme un déclencheur potentiel de l'infarctus du myocarde, notamment pour les adolescents et les jeunes adultes.⁴¹⁸ Toutefois, un examen approfondi n'a trouvé aucune preuve, que ce soit à l'appui, ou à l'encontre, d'une association entre la consommation chronique de cannabis et un éventuel infarctus du myocarde.⁴¹⁹

Bien qu'une étude de suivi sur la mortalité ait associé la consommation de cannabis avec une augmentation de la mortalité par hypertension artérielle,⁴²⁰ l'étude CARDIA, quant à elle, n'a pu établir de lien entre la consommation cumulative de cannabis et la mortalité cardiovasculaire chez les Américains d'âge moyen.⁴²¹

iv. Blessures

Des études expérimentales montrent que la consommation de cannabis (particulièrement la consommation de THC) induit des déficiences psychomotrices et neurocognitives dose-dépendantes. Ces dysfonctionnements affectent le traitement de l'information (ex. : l'attention et la mémoire à court terme), le temps de réaction, la coordination perceptivo-motrice et la performance motrice.⁴²² Ces déficiences peuvent réduire la capacité d'une personne à exécuter les tâches quotidiennes de manière sécuritaire, ce qui mène à un risque accru d'accident ou de blessure.

Accidents de la route

Des études expérimentales contrôlées à l'aide d'un simulateur de conduite ont montré une association entre l'affaiblissement des facultés par le cannabis et la conduite irrégulière. En effet, les conducteurs qui avaient consommé du cannabis avaient tendance à conduire plus lentement, à garder de plus grandes distances avec les véhicules devant eux et à présenter des temps de réaction plus longs que ceux qui avaient pris un placebo de cannabis (0 mg/ml de THC).^{423,424} De plus, l'examen le plus récent et le plus complet à ce jour a établi, en effectuant des contrôles pour les effets de l'alcool, que le cannabis est associé à une augmentation de 18 % de risque d'accident automobile. Les auteurs de l'étude ont conclu que ce risque accru est comparable à la conduite avec un taux d'alcoolémie (TA) de 0,04-0,05 %.⁴²⁵ Plusieurs études appuient l'idée selon laquelle les risques d'accidents de la route augmentent modérément à la suite d'une consommation de cannabis.^{xxix,xxx} On estime que le degré d'affaiblissement des facultés et le risque de conduite dangereuse augmentent si le conducteur consomme du cannabis et de l'alcool en même temps, ou à court intervalle, et ce, même à de faibles doses.^{426,427} Chez les jeunes, ce risque peut également varier d'une personne à l'autre en fonction d'autres facteurs, comme le sexe, le niveau d'expérience du conducteur⁴²⁸ et la tendance à conduire dangereusement.⁴²⁹

Accidents de travail

Plusieurs études menées auprès de travailleurs adultes n'ont pas trouvé d'association entre la consommation de cannabis et l'augmentation du risque d'accident de travail.^{430,431,432} Toutefois, une étude menée au Texas, auprès de jeunes du secondaire qui tenaient un emploi, a révélé que ceux qui avaient consommé au moins une fois dans le mois précédent étaient plus susceptibles de signaler un accident de travail que ceux qui n'en avaient pas consommé⁴³³, malgré le fait que l'étude n'ait pas fait de distinction entre le moment de la consommation de cannabis et l'accident de travail. Des revues systématiques plus récentes soutiennent la position selon laquelle les consommateurs de cannabis ne courent pas un risque plus élevé de souffrir d'accident de travail.^{xxx}

Autres accidents et blessures

Quelques études se sont penchées sur l'association entre la consommation de cannabis et les blessures en général. Or, les conclusions à ce sujet varient considérablement d'une étude à l'autre. Par exemple, une étude a révélé une association entre la consommation de cannabis et une fréquence accrue de blessures,⁴³⁴ alors qu'une autre étude, menée en Colombie-Britannique auprès de patients en service d'urgence, n'a rien révélé de cette association.⁴³⁵ À l'inverse, une étude suisse menée auprès de patients en service d'urgence a révélé que la consommation de cannabis était associée à une diminution de 67 % du risque global de blessure, et que le risque de blessure diminuait avec l'augmentation des doses de cannabis.⁴³⁶ Il a été montré que les visites au service d'urgence les plus courantes liées au cannabis sont dues à des cas d'intoxication sévère, de problèmes gastro-intestinaux, d'effets psychiatriques et de blessures physiques aiguës.^{xxxii} Toutefois, les blessures liées aux cannabis restent rares. Les brûlures sont un nouveau problème de santé lié au cannabis : une étude indiquait que la proportion de personnes qui consomment le cannabis sont plus nombreuses au sein des patients atteints de brûlures que dans la population en générale,⁴³⁷ tandis qu'une autre étude a constaté une augmentation des brûlures causées par l'huile de haschich au butane (une forme puissante de concentrée de cannabis communément appelée « dabs ») au Colorado après la légalisation du cannabis à des fins médicales.⁴³⁸

Mortalité toutes causes confondues

Alors qu'une étude⁴³⁹ a établi une légère association entre la consommation de cannabis et la mortalité toutes causes confondues, ce résultat n'a pas été répliqué dans deux autres études portant sur le même sujet.^{440,441} Un examen approfondi a conclu qu'il existe trop peu de preuves pour confirmer, ou réfuter, une association entre le cannabis et la mortalité toutes causes confondues.⁴⁴²

CONCLUSION

La légalisation et la régulation des marchés de cannabis à des fins non médicales représentent une occasion unique de changer notre approche à l'égard de l'éducation au sujet du cannabis chez les jeunes Canadiens. Cette référence offre un résumé des vastes réservoirs d'informations sur la consommation de cannabis chez les jeunes. Elle offre également 10 principes pour l'éducation au sujet du cannabis, ainsi qu'un programme d'éducation accessible que les éducateurs et les parents peuvent consulter au besoin. Ces changements représentent une occasion de se détacher de l'éducation faisant la promotion de l'abstinence, ainsi que d'élaborer de nouvelles approches qui interpelleront les jeunes. Pour ces nouvelles approches, il est essentiel de créer des programmes qui desservent tant les jeunes qui consomment que ceux qui ne consomment pas. Dans tout programme d'éducation sur les drogues, les droits des jeunes en matière d'éducation, de services de santé et de vie privée doivent être respectés.

Les éducateurs et les parents ont aussi besoin de soutien. Cette référence a été élaborée sans idée préconçue, en reconnaissant qu'il n'existe pas de recette magique pour l'éducation au sujet du cannabis. Finalement, voici quelques points importants qui résument notre approche quant à l'éducation des jeunes au sujet du cannabis :

Le terme « jeune » désigne un groupe de personnes large et diversifié : Les différences d'âge, de genre, de statut socio-économique, de race ou d'ethnicité, de normes communautaires, d'orientation sexuelle et d'attitudes à l'égard de la consommation de cannabis signifient que les différentes composantes de l'identité personnelle et sociale peuvent entraîner une réduction ou une exacerbation des vulnérabilités, de la compréhension et des habitudes de consommation; bref, l'éducation devrait tenir compte de ces différences.

Les approches qui font la promotion de l'abstinence ou qui sont axées sur la peur ne fonctionnent pas et elles laissent trop de jeunes dans l'ignorance : Nous devons cesser de compter sur ce genre de programme, mais plutôt, les réélaborer et créer une éducation qui tient compte tant des consommateurs que des non-consommateurs.

Mobilisez les jeunes, ne les laissez pas hors du processus : Donnez aux jeunes l'occasion de parler de leurs expériences avec le cannabis. Dialoguez avec les jeunes de manière respectueuse et reconnaissez leur capacité à prendre des décisions par eux-mêmes. Offrez-leur la possibilité de s'impliquer, s'il y a lieu, en créant, en participant, voire en menant des programmes d'éducation au sujet du cannabis.

RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Ressources et guides pratiques

Cannabis and Youth: A Certificate for Youth Workers (Gratuit, en anglais seulement)

<https://youthrex.com/cannabis-and-youth-certificate/>

Comprendre la consommation de substances : une approche qui met l'accent sur la promotion de la santé, *HereToHelp BC*

<https://www.heretohelp.bc.ca/sites/default/files/comprendre-la-consommation-de-substances.pdf>

Cycles (une ressource pédagogique sur film), École des sciences infirmières de l'UBC

<https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/publications/helping-schools/cycles/index.php>

<https://vimeo.com/113140650/2b535b1852> (Version française)

Lignes directrices pour l'usage du cannabis à moindre risque, ICRAS

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/ressources/recommandations-usage-cannabis-moindre-risque.html>

Factsheet for Parents and Caregivers, SACY (Traduction française disponible)

https://www.vsb.bc.ca/Student_Support/Safe_Caring/SACY_Substance_Use_Health_Promotion/Cannabis-Corner/Documents/sbfile/181002/parents.pdf

Rapports

"The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: Current State of Evidence", National Academies of Science, Engineering and Medicine (En anglais seulement)

<https://www.nap.edu/read/24625/chapter/1>

« *Using Evidence to Talk about Cannabis*, International Centre for Science in Drug Policy » (En anglais seulement)

<https://idpc.net/fr/publications/2015/08/state-of-the-evidence-cannabis-use-and-regulation-nouveau-rapport-sur-l-usage-et-la-reglementation-du-cannabis>

« Les perceptions des jeunes canadiens sur le cannabis », Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

<https://www.ccsa.ca/fr/les-perceptions-des-jeunes-canadiens-sur-le-cannabis-rapport>

Ressources pour la réduction des méfaits chez les jeunes

Karmik (Vancouver, BC)
<http://www.karmik.ca/>

TRIP! Project (Toronto, ON)
<http://www.tripproject.ca/trip/>

GRIP (Montreal, QC)
<https://grip-prevention.ca/>

Législatif

Dépôt du projet de loi sur le cannabis, Gouvernement du Canada
<https://www.canada.ca/fr/services/sante/campagnes/cannabis/responses-a-vos-questions.html>

Document sur le contexte législatif : La Loi sur le cannabis, Gouvernement du Canada
<https://www.canada.ca/fr/services/sante/campagnes/legalisation-reglementation-strict-cannabis-faits.html>

Le cannabis dans les provinces et les territoires
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/lois-reglementation/provinces-territoires.html>

RÉFÉRENCES

Références de la section 1

- ¹ <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/191030/dq191030a-eng.htm>
- ² <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/drugs-health-products/canadian-cannabis-survey-2017-summary.html>
- ³ <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/191030/dq191030a-eng.htm>
- ⁴ <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/191030/dq191030a-eng.htm>
- ⁵ Adapté de la définition de « connaissances sur le cannabis » de *Healthy Schools BC*, disponible au : iMinds Learning Resources. Vancouver, C.-B.; 2012. <https://fr.healthyschoolsbc.ca/program/266/iminds-learning-resources>
- ⁶ Nicholson T, Duncan DF, White J, Stickle F. Focusing on abuse, not use, in drug education. *Addiction* 2013; 118(6): 431-9.
- ⁷ Albert D, Steinberg L. Peer influences on adolescent risk behavior. Dans : Bardo MT, Fishbein DH, Milich R, editors. *Inhibitory Control and Drug Abuse Prevention: From Research to Translation*. New York: Springer; 2011.
- ⁸ West SL, O'Neal KK. Project D.A.R.E. Outcome Effectiveness Revisited. *Am J Public Health*. 2004; 94(6): 1027-29.
- ⁹ Pan W, Bai H. A multivariate approach to a meta-analytic review of the effectiveness of the D.A.R.E. program. *Int J Environ Res Public Health*. 2009; 6(1):267-77.
- ¹⁰ Botvin, GJ, Griffin, KW. Prevention science, drug abuse prevention and life skills training: comments on the state of science. *J Exp Criminology*. 2005; 1(1):63-78.
- ¹¹ Beck J. 100 years of “just say no” versus “just say know”: Reevaluating drug education goals for the coming century. *Eval Rev*. 1998; 22(1):15-45.
- ¹² Munro G, Midford R. ‘Zero tolerance’ and drug education in Australian schools. *Drug Alcohol Rev*. 2001; 20: 105-9.
- ¹³ Moffat BM, Jenkins EK, Johnson JL. Weeding out the information: an ethnographic approach to exploring how young people make sense of the evidence on cannabis. *Harm Reduction Journal*. 2013; 10: 34.
- ¹⁴ Pan W, Bai H. A multivariate approach to a meta-analytic review of the effectiveness of the D.A.R.E. program. *Int J Environ Res Public Health*. 2009; 6(1):267-77.
- ¹⁵ Phoung P, Vandepol M, Perkins C, Vandebelt D. Delaying the onset of alcohol and substance use among youth: summary of principles of promising practices in the literature. Vancouver, BC: Vancouver Coastal Health; 2011.

- ¹⁶ Phoung P, Vandepol M, Perkins C, Vandebelt D. Delaying the onset of alcohol and substance use among youth: summary of principles of promising practices in the literature. Vancouver, BC: Vancouver Coastal Health; 2011.
- ¹⁷ Tobler A, & Komro K. Trajectories of Parental Monitoring and Communication and Effects on Drug Use Among Urban Young Adolescents. *J Adolesc Health*. 2011; 46(6): 560-8.
- ¹⁸ Stothard B. Developing a national programme: what's in the mix and why/practice, professionalism, prescription, in Midford, R. and Munro, G. (Eds), *Drug Education in Schools: Searching for the Silver Bullet*. IP Communications, Melbourne. 2006.
- ¹² McWhirter J. Personal, Social, Health and Economic Education: From Theory to Practice. PSHE Association: London; 2009.
- ¹⁹ Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Barracino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; **18**(2): CD003020.
- ²⁰ Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; **11**(5): CD009113.
- ²¹ Stead M, Angus K. *Literature Review into the Effectiveness of School Drug Education*. Scottish Executive Education Department; 2004.
- ²² White D, Pitts P. *Health Promotion with Young People for the Prevention of Substance Misuse*. NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York; 1997.
- ²³ Martin K, Nelson J, & Lynch S. Effectiveness of School-Based Life-Skills and Alcohol Education Programmes: A Review of the Literature. NFER, Slough; 2013.
- ²⁴ Allott R, Paxton R, Leonard R. Drug education: a review of British Government policy and evidence on effectiveness. *Health Educ Res*. 1999; **14**(4): 491-505.
- ²⁵ Soole D, Mazerolle L, Rombouts S. School Based Drug Prevention Programs: A Review of What Works. *Aust N Z J Criminol*. 2008; **41**(2): 258-286.
- ²⁶ Cuijpers P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addict Behav*. 2002; **27**:1009–23.
- ²⁷ Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; **11**(5): CD009113.
- ²⁸ Thurman B, Boughelaf J. “We don’t get taught enough”: an assessment of drug education provision in schools in England. *Drugs Alcohol Today*. 2015; **15**(3): 127-40
- ²⁹ Moffat BM, Jenkins EK, Johnson JL. Weeding out the information: an ethnographic approach to exploring how young people make sense of the evidence on cannabis. *Harm Reduction Journal* 2013; **10**: 34.
- ³⁰ Moffat BM, Haines-Saah RJ, & Johnson J. From didactic to dialogue: assessing the use of an innovative classroom resource to support decision-making about cannabis use. *Drugs*. 2017; **24**(1):85-95.
- ³¹ Moffat BM, Haines-Saah RJ, & Johnson J. From didactic to dialogue: assessing the use of an innovative classroom resource to support decision-making about cannabis use. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2017; **24**(1):85-95.

- ³² Bottorff JL, Johnson JL, Moffat BM, Mulvogue T. Relief-oriented use of marijuana by teens. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2009; 4: 7.
- ³³ Stead M, Angus K. Literature Review into the Effectiveness of School Drug Education. Scottish Executive Education Department. 2004.
- ³⁴ Soole D, Mazerolle L, Rombouts S. School Based Drug Prevention Programs: A Review of What Works. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*. 2008; 41(2): 258-286.
- ³⁵ Allott R, Paxton R, Leonard R. Drug education: a review of British Government policy and evidence on effectiveness. *Health Education Research*. 1999; 14(4): 491-505.
- ³⁶ Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, et al. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*. 2000; 20: 275–336.
- ³⁷ Botvin, GJ, Griffin, KW. Prevention science, drug abuse prevention and life skills training: comments on the state of science. *Journal of Experimental Criminology*. 2005; 1(1):63-78.
- ³⁸ McBride N. A systematic review of school drug education. *Education Research*. 2003; 18(6):729-742.
- ³⁹ Moffat BM, Haines-Saah RJ, & Johnson J. From didactic to dialogue: assessing the use of an innovative classroom resource to support decision-making about cannabis use. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2017; 24(1):85-95.
- ⁴⁰ Tobler N. Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings*. 2001; 5: 25-27
- ⁴¹ Soole D, Mazerolle L, Rombouts S. School Based Drug Prevention Programs: A Review of What Works. *Aust N Z J Criminol*. 2008; 41(2): 258-86
- ⁴² Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, et al. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J Prim Prev*. 2000; 20: 275–336.
- ⁴³ Soole D, Mazerolle L, Rombouts S. School Based Drug Prevention Programs: A Review of What Works. *Aust N Z J Criminol*. 2008; 41(2): 258-86.
- ⁴⁴ Haleem DM, Winters J. A sociodrama: An innovative program engaging college students to learn and self-reflect about alcohol use. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2011; 24(3): 153-60.
- ⁴⁵ Moffat BM, Haines-Saah RJ, & Johnson J. From didactic to dialogue: assessing the use of an innovative classroom resource to support decision-making about cannabis use. *Drugs*. 2017; 24(1):85-95.
- ⁴⁶ Moffat BM, Haines-Saah RJ, & Johnson J. From didactic to dialogue: assessing the use of an innovative classroom resource to support decision-making about cannabis use. *Drugs*. 2017; 24(1):85-95.
- ⁴⁷ Miller G, VanSant D, Mullett J. Collaborative action research: A catalyst for enhancing the practice of community youth mapping. University of Victoria; 2009.
- ⁴⁸ Gardner M, McCann A, Crockwell A. *Youth as Knowledge Constructors and Agents of Educational Change*. Newfoundland: Memorial University of Newfoundland; n.d.
- ⁴⁹ Ripley L. *Best practices in prevention for youth: Literature review*. Vancouver, BC: Vancouver Coastal Health; 2004.

- ⁵⁰ Centre for Addictions Research of BC. *Following the evidence: Preventing harms from substance use in BC*. British Columbia: British Columbia Ministry of Health; 2006.
- ⁵¹ Canadian Centre on Substance Use and Addiction. *Building on our strengths: Canadian standards for school-based youth substance abuse prevention (version 2.0)*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2010.
- ⁵² White D, Pitts P. *Health Promotion with Young People for the Prevention of Substance Misuse*. NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York; 1997.
- ⁵³ Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, et al. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J Prim Prev*. 2000; 20: 275–336.
- ⁵⁴ Cao L, Frank J, Cullen F. Race, community context and confidence in the police. *Am J Police*. 1996; 15:3-22.
- ⁵⁵ Jackson A. Police-school resource officers' and students' perception of the police and offending. *Policing*. 2002; 25: 631-50.
- ⁵⁶ Jackson A. Police-school resource officers' and students' perception of the police and offending. *Policing*. 2002; 25: 631-50.
- ⁵⁷ Rosenbaum D, Flewelling R, Bailey S, Ringwalt C, Wilkinson D. Cops in the Classroom: A Longitudinal Evaluation of Drug Abuse Resistance Education (Dare). *J. Res. Crime Delinquency*. 1994;31(1):3-31
- ⁵⁸ Pan W, Bai H. A multivariate approach to a meta-analytic review of the effectiveness of the D.A.R.E. program. *Int J Environ Res Public Health*. 2009; 6(1):267-77.
- ⁵⁹ McKenna J, Pollock JM. Law Enforcement Officers in Schools: An Analysis of Ethical Issues. *Crim Just Ethics*. 2014; 33(3): 163-84.
- ⁶⁰ Allott R, Paxton R, Leonard R. Drug education: a review of British Government policy and evidence on effectiveness. *Health Educ Res*. 1999; 14(4): 491-505.
- ⁶¹ Black D, Tobler N, Sciacca J. Per helping/involvement: An efficacious way to meet the challenge of reducing alcohol, tobacco and other drug use among youth? *J. Stud. Alc*. 1998; 68(3): 878-93.
- ⁶² Black D, Tobler N, Sciacca J. Per helping/involvement: An efficacious way to meet the challenge of reducing alcohol, tobacco and other drug use among youth? *J. Stud. Alc*. 1998; 68(3): 878-93.
- ⁶³ Gottfredson DC, Wilson DB. Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prev Sci*. 2003; 4(1):27-38.
- ⁶⁴ Soole D, Mazerolle L, Rombouts S. School Based Drug Prevention Programs: A Review of What Works. *Aus N Z J Crim*. 2008; 41(2): 258-86.
- ⁶⁵ Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, et al. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J Prim Prev*. 2000; 20: 275–336.
- ⁶⁶ Ontario Injury Prevention Resource Centre. *Alcohol related injury: Evidence-based practice synthesis document*. 2008. Ontario: Queen's Printer for Ontario.

- ⁶⁷ Jackson C, Henriksen L. Do as I say: parent smoking, antismoking socialization and smoking onset among children. *Addict Behav.* 1997; **22**(1):107-14
- ⁶⁸ Barnes GM, Farrell MP. Parental support and control as predictors of adolescent drinking, delinquency, and related problem behaviors. *J Marriage Fam.* 1992; **54**: 763–76.
- ⁶⁹ Ellickson PL, Hays RD. On becoming involved with drugs: Modeling adolescent drug use over time. *Health Psychol.* 1992; **11**: 377–85.
- ⁷⁰ Peterson PL, Hawkins JD, Abbott RD, Catalano RF. Disentangling the effects of parental drinking, family management, and parental alcohol norms on current drinking by Black and White adolescents. *J Res Adolesc.* 1994; **4**: 203–27
- ⁷¹ Henrich CC, Brookmeyer KA, Shrier LA, Shahar G. Supportive relationships and sexual risk behavior in adolescence: An ecological–transactional approach. *J Pediatr Psychol.* 2006; **31**: 286–97.
- ⁷² Ary DV, Tildesley E, Hops H, Andrews J. The Influence of Parent, Sibling, and Peer Modeling and Attitudes on Adolescent Use of Alcohol. *Int J Addict.* 1993; **28**: 853–80.
- ⁷³ Ellickson PL, Hays RD. On becoming involved with drugs: Modeling adolescent drug use over time. *Health Psychol.* 1992; **11**: 377–85.
- ⁷⁴ Centre for Addiction and Mental Health. *Alcohol and Drug Prevention Programs for Youth: What Works? (Best Advice)*. Toronto, ON, Centre for Addiction and Mental Health; 1999.
- ⁷⁵ McBride N. A systematic review of school drug education. *Educ Res.* 2003; **18**(6):729-42.
- ⁷⁶ Health Canada. *School-based Drug abuse prevention: Promising and successful programs*. Public Safety Canada. Ottawa: ON; 2009. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/sclbsd-drgbs/index-en.aspx>
- ⁷⁷ Statistics Canada. *Canadian Tobacco Alcohol and Drugs (CTADS): 2015*. Ottawa: ON; 2016. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-tobacco-alcohol-drugs-survey/2015-summary.html>
- ⁷⁸ Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. *Canadian Alcohol Addiction 2004 Alberta Report*. Edmonton: AB; 2006. <http://www.assembly.ab.ca/lao/library/egovdocs/2006/alad/153968.pdf>
- ⁷⁹ Jackson C, Henriksen L. Do as I say: parent smoking, antismoking socialization and smoking onset among children. *Addict Behav.* 1997; **22**(1):107-14
- ⁸⁰ Health Canada. *School-based Drug abuse prevention: Promising and successful programs*. Public Safety Canada: Ottawa: ON; 2009. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/sclbsd-drgbs/index-en.aspx>
- ⁸¹ Ontario Injury Prevention Resource Centre. *Alcohol related injury: Evidence-based practice synthesis document*. Ontario: Queen's Printer for Ontario; 2008.
- ⁸² Onrust SA, Otten R, Lammers J, Smit F. School based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: what works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016; **44**: 45-59
- ⁸³ Botvin, GJ, Griffin, KW. Prevention science, drug abuse prevention and life skills training: comments on the state of science. *J Exp Criminol.* 2005; **1**(1):63-78.

- ⁸⁴ Soole D, Mazerolle L, Rombouts S. School Based Drug Prevention Programs: A Review of What Works. *Aus N Z J Crimin.* 2008; **41**(2): 258-86.
- ⁸⁵ Botvin, GJ, Griffin, KW. Prevention science, drug abuse prevention and life skills training: comments on the state of science. *J Exp Crimin.* 2005; **1**(1):63-78.
- ⁸⁶ McBride N. A systematic review of school drug education. *Educ Res.* 2003; **18**(6):729-42.
- ⁸⁷ Miller-Day M, Kam JA. More than just openness: developing and validating a measure of targeted parent-child communication about alcohol. *Health Commun.* 2010; **25**(4): 293-302
- ⁸⁸ Huansuriya T, Siegel JT, Crano WD. Parent-child drug communication pathway from parent's ad exposure to youth's marijuana use intention. *J Health Commun.* 2014; **19**(2): 244-59.
- ⁸⁹ Tobler A, & Komro K. Trajectories of Parental Monitoring and Communication and Effects on Drug Use Among Urban Young Adolescents. *J Adolesc Health.* 2011; **46**(6): 560-8.
- ⁹⁰ Stothard B. Developing a national programme: what's in the mix and why/practice, professionalism, prescription, in Midford, R. and Munro, G. (Eds) *Drug Education in Schools: Searching for the Silver Bullet.* IP Communications, Melbourne; 2006.
- ⁹¹ Perry CL, Williams CL, Veblen-Mortenson S, *et al.* Project Northland: outcomes of a communitywide alcohol use prevention program during early adolescence. *Am J Public Health.* 1996; **86**: 956–65.
- ⁹² Slater M, Kelly J, Edwards R, Thurman P, Plested B, Keefe T, Lawrence F, Henry J. Combining in-school and community-based media efforts: Reducing marijuana and alcohol uptake among younger adolescents. *Health Educ Res.* 2006; **21**:1: 157-167.
- ⁹³ Wierson M, Foreand R. Parent Bahvioural Training for Child Noncompliance: Rationale, Concepts, and Effectiveness. *Curr Dir in Psychol Sci.* 1994; 3(5):146-50.
- ⁹⁴ Windle M, Spear LP, Fuligni AJ, Angold A, Brown JD, Pine D, Smith GT, Giedd J, Dahl RE. Transitions into underage drinking and problem drinking: developmental processes and mechanisms between 10 and 15 years of age. *Pediatr.* 2008; 121(Suppl 4): S273-89.
- ⁹⁵ Some of these points are adapted from the “Here to Help” parent’s guide, created by BC Partners for Mental Health and Addictions Information available in full at www.heretohelp.bc.ca
- ⁹⁶ Lester L, Midford R, Cahill H, Mitchell J, Ramsden R, et al. Cannabis and Harm Minimisation Drug Education: Findings from the Drug Education in Victorian Schools Study. *J Addict Prev.* 2014; **2**(1): 7.
- ⁹⁷ Moffat BM, Jenkins EK, Johnson JL. Weeding out the information: an ethnographic approach to exploring how young people make sense of the evidence on cannabis. *Harm Reduct J.* 2013; **10**: 34.
- ⁹⁸ Chin B et al. The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services. *Am J Prev Med.* 2012; **42**(3):272-94.
- ⁹⁹ Kohler PK, Manhart LE, Lafferty WE. Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy. *J Adolesc Health.* 2007; **42**(4): 344-51.

- ¹⁰⁰ Newton NC, O'Leary-Barrett M, Conrod PJ. Adolescent substance related harm: neurobiology and evidence based interventions. *Curr Top in Behav Neurosci*. 2011; **13**: 685-708.
- ¹⁰¹ Beck J. 100 years of “just say no” versus “just say know”: Reevaluating drug education goals for the coming century. *Eval Rev*. 1998. **22**(1):15-45.
- ¹⁰² Weatherburn D. Dilemmas in harm minimization. *Addiction*. 2009; **104**: 335–9.
- ¹⁰³ Lenton S, Single PE. The definition of harm reduction. *Drug Alcohol Rev*. 1998; **17**: 213–9.
- ¹⁰⁴ Munro G, Midford R. ‘Zero tolerance’ and drug education in Australian schools. *Drug Alcohol Rev*. 2001; **20**: 105–9.
- ¹⁰⁵ Lester L, Midford R, Cahill H, Mitchell J, Ramsden R, et al. Cannabis and Harm Minimisation Drug Education: Findings from the Drug Education in Victorian Schools Study. *J Addiction Prev*. 2014; **2**(1): 7.
- ¹⁰⁶ Wood E, Kerr T, Small W, et al. Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ*. 2004; **171**: 731–4.
- ¹⁰⁷ McBride N, Farrington F, Midford R, Meuleners L, & Phillips M. Harm minimization, in school drug education: Final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*. 2004; **99**(3): 278.
- ¹⁰⁸ Vogl L, Teesson M, Andrews G, Bird K, Steadman B, Dillon P. A computerized harm minimization prevention program for alcohol misuse and related harms: randomized controlled trial. *Addiction*. 2009; **104**: 564–75.
- ¹⁰⁹ Newton NC, Vogl LE, Teesson M, Andrews G. CLIMATE Schools: alcohol module: cross-validation of a school-based prevention programme for alcohol misuse. *Aust NZ J Psychiatry*. 2009; **43**: 201–7.
- ¹¹⁰ Leslie, KM. Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents. *Paediatr Child Health*. 2008; **13**: 53-6
- ¹¹¹ Hamilton G, Cross D, Resnicow K, Shaw T. Does harm minimisation lead to greater experimentation? Results from a school smoking intervention trial. *Drug Alcohol Rev*. 2007; **26**: 605–13.
- ¹¹² Fischer B, Jones W, Shuper P, Rehm J. 12-month follow-up of an exploratory 'brief intervention' for high-frequency cannabis users among Canadian university students. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2012; **7**(1), 15-9.
- ¹¹³ Hall WD, Degenhardt L, Patton GC. Cannabis abuse and dependence in Essau, C. A. (ed.), Adolescent addiction: epidemiology, treatment and assessment, Academic Press, London; 2008: 117–48.
- ¹¹⁴ Merkinaite S, Grund JP, Frimpong A. Young people and drugs: Next generation of harm reduction. *Int J Drug Policy*. 2010; **21**(2): 112.
- ¹¹⁵ Poulin C, Nicholson J. Should harm minimization as an approach to adolescent substance use be embraced by junior and senior high schools? *Int J Drug Policy* 2005; **16**: 403–14.
- ¹¹⁶ Fischer B, Dawe M, McGuire F, Shuper PA, Capler R, Bilsker D, et al. Feasibility and impact of brief interventions for frequent cannabis users in Canada. *J Subst Abuse Treat*. 2012; **44**(1):132-8.

- ¹¹⁷ Whitlock EP, Polen MR, Green CA, et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2004; 140: 557-68.
- ¹¹⁸ Copeland J, Swift W. Cannabis use disorder: epidemiology and management. *Int Rev Psychiatry.* 2009; **2**: 96-103.
- ¹¹⁹ Fischer B, Dawe M, McGuire F, Shuper PA, Capler R, Bilsker D, et al. Feasibility and impact of brief interventions for frequent cannabis users in Canada. *J Subst Abuse Treat.* 2012; **44**(1):132-8.
- ¹²⁰ Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens, R. 2001. A randomized control trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat.* 2001; **21**: 55-64.
- ¹²¹ Dennis M, Godley S, Diamond G, Tims F.M, Babor T, Donaldson J. et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) study: Main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat.* **27**: 197.
- ¹²² Martin G, Copeland J, & Swift W. The adolescent cannabis check-up: Feasibility of a brief intervention for young cannabis users. *J Subst Abuse Treat.* 2005; **29**:207.
- ¹²³ White, H.R., Morgan, T.J., Pugh, L.A., Calinska, K., Labouvie, E.W., & Pandina, R.J. (2006). Evaluating two brief substance-use interventions for mandated college students. *J Studies Alcohol.* **67**: 309.
- ¹²⁴ Poulin C, Nicholson J. Should harm minimization as an approach to adolescent substance use be embraced by junior and senior high schools? *I J of Drug Policy.* 2005; **16**: 403-14.
- ¹²⁵ Bonomo Y, Bowes G. Putting harm reduction into an adolescent context. *J Paediatr Child Health.* 2001; **37**: 5-8.
- ¹²⁶ Merkinaite S, Grund JP, Frimpong A. Young people and drugs: next generation of harm reduction. *Int J Drug Policy* 2010; **21**: 112-4.
- ¹²⁷ Poulin C, Nicholson J. Should harm minimization as an approach to adolescent substance use be embraced by junior and senior high schools? *Int J Drug Policy.* 2005; **16**: 403-14.
- ¹²⁸ Barrera M, Castro FG, Strycker LA, Toobert DJ. Cultural Adaptations of Behavioural Health Interventions: A Progress Report. *J Consult Clin Psychol.* 2013; **81**(2):196-205.
- ¹²⁹ Kam J, Miller-Day M. An introduction to the special issue on family communication and substance use prevention and intervention. *J Fam Commun.* 2017; **17**(1):1-14.
- ¹³⁰ Canadian Centre on Substance Use and Addiction. *Substance Abuse in Canada: Youth in Focus.* Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Use and Addiction. 2007.
- ¹³¹ Toumbourou JW, Gregg ME, Shortt AL, Hutchinson DM, Slaviero TM. Reduction of Adolescent Alcohol Use Through Family School Intervention: A Randomized Trial. *J Adolesc Health.* 2013; **53**:778-84.

- ¹³² Vermeulen-Smith E, Engels RCME. The effectiveness of Family Interventions in preventing adolescent illicit drug use: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2015; 18(3): 218-39.
- ¹³³ Hyshka E. Applying a social determinants of health perspective to early adolescent cannabis use – An overview. *Drugs.* 2012; **20**: 110-19.
- ¹³⁴ Choi HJ, Miller-Day M, Shin Y, Hecht ML, Pettigrew J, Krieger JL, ... Graham JW. Parent prevention communication profiles and adolescent substance use: A latent profile analysis and growth curve model. *J Fam Commun.* 2017;**17**: 15–32.
- ¹³⁵ Miller-Day M. Parent-Adolescent Communication about Alcohol, Tobacco and Other Drug use. *J Adolesc Res.* 2002; **17**(6):604-16.
- ¹³⁶ Choi HJ, Miller-Day M, Shin Y, Hecht ML, Pettigrew J, Krieger JL, ... Graham JW. Parent prevention communication profiles and adolescent substance use: A latent profile analysis and growth curve model. *J Fam Commun.* 2017; **17**: 15–32.
- ¹³⁷ Griffin KW, Botvin GJ, Nichols TR, Doyle MM: Effectiveness of a universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation. *Prev Med.* 2003; **36**: 1-7.
- ¹³⁸ Gottfredson DC, Wilson DB: Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prev Sci.* 2003; **4**: 27-38.
- ¹³⁹ McBride N. A systematic review of school drug education. *Health Educ Res* 2003; **18**: 729–42.
- ¹⁴⁰ White D, Pitts M: Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction.* 1998; **93**:1475-87.
- ¹⁴¹ Dusenbury L, Falco M. Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *J Sch Health.* 1995; **65**(10):420-5
- ¹⁴² Strøm HK, Adolfsen F, Fossum S, Kaiser S, Martinussen M. Effectiveness of school-based preventive interventions on adolescent alcohol use: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2014. 9:48.
- ¹⁴³ Norberg MN, Kezelman S, Lim-Howe N. Primary Prevention of Cannabis Use: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE.* 2013; **8**(1): e53187
- ¹⁴⁴ Strøm HK, Adolfsen F, Fossum S, Kaiser S, Martinussen M. Effectiveness of school-based preventive interventions on adolescent alcohol use: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2014; **9**:48.
- ¹⁴⁵ Botvin G, Griffin KW. Drug Abuse Prevention Curricula in Schools. In Z. Sloboda & W. J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice* (pp. 45-74). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003.
- ¹⁴⁶ McBride N. A systematic review of school drug education. *Health Educ Res* 2003; **18**: 729–42.
- ¹⁴⁷ Gottfredson DC, Wilson DB: Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prev Sci.* 2003; **4**: 27-38.

- ¹⁴⁸ Phoung P, Vandepol M, Perkins C, Vandebelt D. Delaying the onset of alcohol and substance use among youth: summary of principles of promising practices in the literature. Vancouver, BC: Vancouver Coastal Health; 2011.
- ¹⁴⁹ Cuijpers P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addictive Behaviors*. 2002; **27**:1009–23.
- ¹⁵⁰ Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, et al. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*. 2000; **20**: 275–336.
- ¹⁵¹ Soole D, Mazerolle L, Rombouts S. School Based Drug Prevention Programs: A Review of What Works. *Aus N Z J Crimin*. 2008; **41**(2): 258-86.
- ¹⁵² Gottfredson DC, Wilson DB: Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prev Sci*. 2003; **4**: 27-38.
- ¹⁵³ Fischer B, Dawe M, McGuire F, Shuper PA, Capler R, Bilsker D, Jones W, Taylor B, Rudzinski K, Rehm J. Feasibility and impact of brief interventions for frequent cannabis users in Canada. *J Subst Abuse Treat*. 2013; **44**(1):132-8.
- ¹⁵⁴ Stuber J, Meyer I, Link B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Soc Sci Med*. 2008; **67**: 351-7
- ¹⁵⁵ Rogge MM, Greenwald M, Golden A. 2004. Obesity, stigma, and civilized oppression. *ANS Advan Nurs*. 2004; **27**: 301-15.
- ¹⁵⁶ Porath-Waller AJ, Brown JE, Frigon AP, Clark H. *What Canadian Youth Think About Cannabis*. Canadian Centre for Substance Use and Addiction. Ottawa, ON; 2013.
- ¹⁵⁷ Brubaker MD, Nabors LA, Pangallo J, Shipley H. American Counseling Association Conference. *Stigmatization of Adolescents Who Use Alcohol and Marijuana: A Counseling Concern*. San Francisco: CA; 2012. https://www.counseling.org/resources/library/vistas/vistas12/Article_64.pdf
- ¹⁵⁸ Khenti, A. The Canadian war on drugs: Structural violence and unequal treatment of Black Canadians. *International Journal of Drug Policy*. 2015; **25**:190–95.

Section 2 References

- ¹⁵⁹ Hillig KW, Mahlberg PG. A chemotaxonomic analysis of cannabinoid variation in cannabis (cannabaceae). *Am J Bot*. 2004; **91**(6):966-75.
- ¹⁶⁰ ElSohly MA. *Marijuana and the Cannabinoids*. Totowa, New Jersey: Humana Press; 2007.
- ¹⁶¹ Di Marzo V, Melck D, Bisogno T, De Petrocellis L. *Endocannabinoids: Endogenous cannabinoid receptor ligands with neuromodulatory action*. England: Elsevier Ltd.; 1998
- ¹⁶² Borgelt LM, Franson KL, Nussbaum AM, Wang GS. The pharmacologic and clinical effects of medical cannabis. *Pharmacotherapy*. 2013; **33**: 195-209.
- ¹⁶³ Russo E. Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *Br J Pharmacol*. 2011; **163**(7): 1344-64.

- ¹⁶⁴ Casano S, Grassi G, Martini V, Michelozzi M. Variations in terpene profiles of different strains of *Cannabis sativa* L. *Acta Horticulturae*. 2011; 925:115-21
- ¹⁶⁵ Russo E. Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *Br J Pharmacol*. 2011; **163**(7): 1344-64.
- ¹⁶⁶ Mechoulam R, Parker L. Towards a better cannabis drug. *Br J of Pharmacol*. 2013; **170**(7):1363-64.
- ¹⁶⁷ World Health Organization. *Psychoactive Substances*. N.d. Geneva: CH; 2018, http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/
- ¹⁶⁸ De Petrocellis L, Ligresti A, Moriello AS. Effects of cannabinoids and cannabinoid-enriched cannabis extracts on TRP channels and endocannabinoid metabolic enzymes. *Br J Pharmacol*. 2011; **163**:1479-94.
- ¹⁶⁹ Nagarkatti P, Pandey R, Rieder SA, Hegde VL, Nagarkatti M. Cannabinoids as novel anti-inflammatory drugs. *Future Med Chem*. 2009; **1**:1333-49
- ¹⁷⁰ Niesink RJ, Rigter S, Koeter MW, Brunt TM. Potency trends of δ 9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and cannabinol in cannabis in the netherlands: 2005-15. *Addiction*. 2015; 110(12):1941-50.
- ¹⁷¹ Hilig KW, Mahlberg PG. A chemotaxonomic analysis of cannabinoid variation in cannabis (cannabaceae). *Am J Bot*. 2004; **91**(6):966-75.
- ¹⁷² Hilig KW, Genetic evidence for speciation in Cannabis (cannabaceae). *Genetic Resources and Crop Evolution*. 2005; **52**(2):161-80.
- ¹⁷³ Russo E. Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *Br J Pharmacol*. 2011; **163**(7): 1344-64.
- ¹⁷⁴ Thomas H. A community survey of adverse effects of cannabis use. *Drug Alcohol Depend*. 1996 ; **42**: 201-7.
- ¹⁷⁵ Hall W, Pacula R. *Cannabis use and dependence: public health and public policy*. Cambridge University Press: Melbourne; 2003.
- ¹⁷⁶ Thomas H. A community survey of adverse effects of cannabis use. *Drug Alcohol Depend*. 1996 ; **42**: 201-7.
- ¹⁷⁷ Hunault CC, Bocker KB, Stellato RK, Kenemans JL, de Vries I, Meulenbelt J. Acute subjective effects after smoking joints containing up to 69 mg Delta9-tetrahydrocannabinol in recreational users: a randomized, crossover clinical trial. *Psychopharmacology (Berl)*. 2014; **231**: 4723-33.
- ¹⁷⁸ Mokrysz C, Freeman TP, Korkki S, Griffiths K, Curran HV. Are adolescents more vulnerable to the harmful effects of cannabis than adults? A placebo-controlled study in human males. *Transl Psychiatry*. 2016; **6**: 961.
- ¹⁷⁹ Hunault CC, Bocker KB, Stellato RK, Kenemans JL, de Vries I, Meulenbelt J. Acute subjective effects after smoking joints containing up to 69 mg Delta9-tetrahydrocannabinol in recreational users: a randomized, crossover clinical trial. *Psychopharmacology (Berl)*. 2014; **231**: 4723-33.
- ¹⁸⁰ Cone EJ, Johnson RE, Paul BD, Mell LD, Mitchell J. Marijuana-laced brownies: behavioral effects, physiologic effects, and urinalysis in humans following ingestion. *J Anal Toxicol*. 1988; **12**: 169-75.
- ¹⁸¹ Gable RS. Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. *Addiction*. 2004; **99**: 686-96.

¹⁸² Lachenmeier DW, Rehm J. Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. *Sci Rep.* 2015; **5**: 8126.

¹⁸³ US Drug Enforcement Administration. *Drug Fact Sheet: Marijuana*. N.d. https://www.dea.gov/druginfo/drug_data_sheets/Marijuana.pdf

¹⁸⁴ Johns A. Psychiatric effects of cannabis. *The British Journal of Psychiatry.* 2001; **178**: 116.

¹⁸⁵ Bachman JG, O'Malley PM, Schulenberg JE, Johnston LD, Bryant AL, Merline AC. The decline of substance use in young adulthood: Changes in social activities, roles, and beliefs. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2002.

¹⁸⁶ Chen P, Jacobson KC. Developmental trajectories of substance use from early adolescence to young adulthood: Gender and racial/ethnic differences. *J Adolesc Health.* 2012; **50**(2):154-163.

¹⁸⁷ Schulenberg JE, Merline AC, Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Laetz VB. Trajectories of marijuana use during the transition to adulthood: The big picture based on national panel data. *J Drug Issues.* 2005; **35**: 255–280.

¹⁸⁸ Temple EC, Brown RF, Hine DW. The 'grass ceiling': limitations in the literature hinder our understanding of cannabis use and its consequences. *Addiction.* 2010; **106**: 238-44.

¹⁸⁹ Hyshka E. Applying a social determinants of health perspective to early adolescent cannabis use – An overview. *Drugs: Education, Prevention and Policy.* 2013; **20**: 110-19.

¹⁹⁰ Hammersley R, Jenkins R, Reid M. Cannabis use and Social Identity. *Addiction Research and Theory.* 2001; **9**: 133-50.

¹⁹¹ Department of Health, Government of Australia. Developing a youth-focused systems approach. Commonwealth of Australia. 2004. <http://health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/drugtreat-pubs-front4-wk-toc~drugtreat-pubs-front4-wk-secb~drugtreat-pubs-front4-wk-secb-2~drugtreat-pubs-front4-wk-secb-2-1>

¹⁹² Aldrich M. History of Therapeutic Cannabis, In Mathre ML (Eds.) *Cannabis in Medical Practice: A Legal, Historical and Pharmacological Overview of the Therapeutic Use of Marijuana*. North Carolina: McFarland & Company, Inc., Publishers; 1997: 36.

¹⁹³ Rubin V, Comitas L. *Ganja in Jamaica: A medical anthropological study of chronic marijuana use*. 1975. Berlin: Mouton de Gruyter.

¹⁹⁴ Buckner JD, Bonn-Miller MO, Zvolensky MJ, Schmidt NB. Marijuana use motives and social anxiety among marijuana-using young adults. *Addict Behav.* 2007; **32**: 2238-52

¹⁹⁵ Buckner JD, Bonn-Miller MO, Zvolensky MJ, Schmidt NB. Marijuana use motives and social anxiety among marijuana-using young adults. *Addict Behav.* 2007; **32**: 2238-52

¹⁹⁶ Green B, Kavanagh D, Young R. Being stoned: a review of self-reported cannabis effects. *Drug Alcohol Rev.* 2003; **22**: 453-60.

¹⁹⁷ Chabrol H, Beck C, Laconi S. Contribution of health motive to cannabis use among high-school students. *Addict Behav.* 2017; **64**: 54-56.

¹⁹⁸ Cooper ML. Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychol Assess.* 1994; **6**:117–28.

¹⁹⁹ Lee CM, Neighbors C, Woods BA. Marijuana motives: Young adults reasons for using marijuana. *Addict Behav.* 2007; **32**: 1384-94.

²⁰⁰ Lee CM, Neighbors C, Woods BA. Marijuana motives: Young adults reasons for using marijuana. *Addict Behav.* 2007; **32**: 1384-94.

²⁰¹ Green B, Kavanagh D, Young R. Being stoned: a review of self-reported cannabis effects. *Drug Alcohol Rev.* 2003; **22**: 453-60.

- ²⁰² Fox CL, Towe SL, Stephens RS, Walker DD, Roffman RA. Motives for cannabis use in high-risk adolescent users. *Psychol Addict Behav.* 2011; **25**(3): 494-500.
- ²⁰³ Green B, Kavanagh D, Young R. Being stoned: a review of self-reported cannabis effects. *Drug Alcohol Rev.* 2003; **22**: 453-60.
- ²⁰⁴ Green B, Kavanagh D, Young R. Being stoned: a review of self-reported cannabis effects. *Drug Alcohol Rev.* 2003; **22**: 453-60.
- ²⁰⁵ Lee CM, Neighbors C, Woods BA. Marijuana motives: Young adults reasons for using marijuana. *Addict Behav.* 2007; **32**: 1384-94.
- ²⁰⁶ Lee CM, Neighbors C, Woods BA. Marijuana motives: Young adults reasons for using marijuana. *Addict Behav.* 2007; **32**: 1384-94.
- ²⁰⁷ Lee CM, Neighbors C, Woods BA. Marijuana motives: Young adults reasons for using marijuana. *Addict Behav.* 2007; **32**: 1384-94.
- ²⁰⁸ Nelemans SA, Hale WW, Raaijmakers QA, Branje SJ, Lier PA, Meeus WH. Longitudinal associations between social anxiety symptoms and cannabis use throughout adolescence: the role of peer involvement. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016; **25**: 483-92.
- ²⁰⁹ Anderson KG, Sitney M, White HR. (2015). Marijuana Motivations Across Adolescence: Impacts on Use and Consequences. *Subst Use Misuse.* 2014; **50**: 292-301.
- ²¹⁰ Rosenberg H, Bonar E, Jones, L, Pavlick M, Murray S. Associations Between Type of Drug and University Students Reported Reasons for Abstinence and Limited Use of Illicit Substances. *J College Stud Dev.* 2012; **53**(1): 91-105.
- ²¹¹ Best D, Gross S, Manning V, Gossop M, Witton J, Strang J. Cannabis use in adolescents: the impact of risk and protective factors and social functioning. *Drug Alcohol Rev.* 2005; **24**: 483-88.
- 212 Coggans N, Mckellar S. Drug Use Amongst Peers: peer pressure or peer preference? *Drugs.* 1994; **1**: 15-26.
- ²¹³ Kosterman R, Hawkins JD, Guo, J, Catalano RF, Abbott RD. The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *American Journal of Public Health.* 2000; **90**: 360-66.
- ²¹⁴ Siqueira, L, Diab M, Bodian C, Rolnitzky L. The relationship of stress and coping methods to adolescent marijuana use. *Substance Abuse.* 2001; **22**: 157-66.
- ²¹⁵ Bottorff JL, Johnson JL, Moffat BM, Mulvogue T. Relief-oriented use of marijuana by teens. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2009; **4**: 7.
- ²¹⁶ Buckner JD, Bonn-Miller MO, Zvolensky MJ, Schmidt NB. Marijuana Use Motives and Social Anxiety among Marijuana Using Young Adults. *Addic Behav.* 2007; **32**(1):2238-52.
- ²¹⁷ Hyman SM, Sinha R. Stress-related factors in cannabis use and misuse: Implications for prevention and treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2009; **36**: 400-13.
- 218 Green B, Kavanagh D, Young R. Being stoned: a review of self-reported cannabis effects. *Drug and Alcohol Review.* 2003; **22**: 453-60.
- ²¹⁹ Siqueira, L, Diab M, Bodian C, Rolnitzky L. The relationship of stress and coping methods to adolescent marijuana use. *Subst Abuse.* 2001; **22**: 157-66.
- ²²⁰ Siqueira, L, Diab M, Bodian C, Rolnitzky L. The relationship of stress and coping methods to adolescent marijuana use. *Subst Abuse.* 2001; **22**: 157-66.
- ²²¹ Siqueira, L, Diab M, Bodian C, Rolnitzky L. The relationship of stress and coping methods to adolescent marijuana use. *Subst Abuse.* 2001; **22**: 157-66.
- ²²² Siqueira, L, Diab M, Bodian C, Rolnitzky L. The relationship of stress and coping methods to adolescent marijuana use. *Subst Abuse.* 2001; **22**: 157-66.

- ²²³ McBride N, Farrington F, Midford R, Meuleners L, & Phillips M. Harm minimization, in school drug education: Final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction* 2004; **99**(3): 278.
- 224 Hyshka E. Applying a social determinants of health perspective to early adolescent cannabis use – An overview. *Drugs*. 2013; **20**: 110-19.
- 225 Anderson KG, Sitney M, White HR. Marijuana Motivations Across Adolescence: Impacts on Use and Consequences. *Subst Use Misuse*. 2015; **50**: 292-301.
- ²²⁶ Nelemans SA, Hale WW, Raaijmakers QA, Branje SJ, Lier PA, Meeus WH. Longitudinal associations between social anxiety symptoms and cannabis use throughout adolescence: the role of peer involvement. *Eur Child and Adolesc Psychiatry*. 2016; **25**: 483-92.
- 227 Chabrol H, Beck C, Laconi S. Contribution of health motive to cannabis use among high-school students. *Addict Behav*. 2017; **64**: 54-56.
- ²²⁸ Nelemans SA, Hale WW, Raaijmakers QA, Branje SJ, Lier PA, Meeus WH. Longitudinal associations between social anxiety symptoms and cannabis use throughout adolescence: the role of peer involvement. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015; **25**: 483-92.
- ²¹⁹ Nelemans SA, Hale WW, Raaijmakers QA, Branje SJ, Lier PA, Meeus WH. Longitudinal associations between social anxiety symptoms and cannabis use throughout adolescence: the role of peer involvement. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015; **25**: 483-92.
- ²²⁰ Bottorff JL, Johnson JL, Moffat BM, Mulvogue T. Relief-oriented use of marijuana by teens. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2009; **4**: 7.
- ²²¹ Huansuriya T, Siegel JT, Crano WD. Parent-child drug communication pathway from parent's ad exposure to youth's marijuana use intention. *J Health Commun*. 2014; **19**(2): 244-59.
- ²²² Nelemans SA, Hale WW, Raaijmakers QA, Branje SJ, Lier PA, Meeus WH. Longitudinal associations between social anxiety symptoms and cannabis use throughout adolescence: the role of peer involvement. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016; **25**: 483-92.
- 223 Kosterman R, Hawkins JD, Guo, J, Catalano RF, Abbott RD. The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *Am J Public Health*. 2000; **90**: 360–66.
- ²²⁴ Best D, Gross S, Manning V, Gossop M, Witton J, Strang J. Cannabis use in adolescents: the impact of risk and protective factors and social functioning. *Drug Alcohol Rev*. 2005; **24**: 483-88.
- 225 Hyshka E. Applying a social determinants of health perspective to early adolescent cannabis use – An overview. *Drugs*. 2013; **20**: 110-19.
- ²²⁶ Butters, J. E. (2002). Family stressors and adolescent cannabis use: a pathway to problem use. *J Adolescence*. 2002; **25**: 645-54.
- ²²⁷ Hyshka E. Applying a social determinants of health perspective to early adolescent cannabis use – An overview. *Drugs*. 2013; **20**: 110-19.
- ²²⁸ Best D, Gross S, Manning V, Gossop M, Witton J, Strang J. Cannabis use in adolescents: the impact of risk and protective factors and social functioning. *Drug Alcohol Rev*. 2005; **24**: 483-88.
- ²²⁹ Kosterman R, Hawkins JD, Guo, J, Catalano RF, Abbott RD. The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *Am J Public Health*. 2000; **90**: 360–66.

- ²³⁰ Hyman SM, Sinha R. Stress-related factors in cannabis use and misuse: Implications for prevention and treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2009; **36**: 400-13.
- ²³¹ Huansuriya T, Siegel JT, Crano WD. Parent-child drug communication pathway from parent's ad exposure to youth's marijuana use intention. *J Health Commun.* 2014; **19**(2): 244-59.
- ²³² Hyman SM, Sinha R. Stress-related factors in cannabis use and misuse: Implications for prevention and treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2009; **36**: 400-13.
- ²³³ Best D, Gross S, Manning V, Gossop M, Witton J, Strang J. Cannabis use in adolescents: the impact of risk and protective factors and social functioning. *Drug and Alcohol Review.* 2005; **24**: 483-88.
- ²³⁴ Hyshka E. Applying a social determinants of health perspective to early adolescent cannabis use – An overview. *Drugs.* 2013; **20**: 110-19.
- ²³⁵ Coggans N, Mckellar S. Drug Use Amongst Peers: peer pressure or peer preference? *Drugs.* 1994; **1**: 15-26.
- ²³⁶ Coggans N, Mckellar S. Drug Use Amongst Peers: peer pressure or peer preference? *Drugs.* 1994; **1**: 15-26.
- ²³⁷ Coggans N, Mckellar S. Drug Use Amongst Peers: peer pressure or peer preference? *Drugs.* 1994; **1**: 15-26.
- ²³⁸ Hyshka E. Applying a social determinants of health perspective to early adolescent cannabis use – An overview. *Drugs.* 2013; **20**: 110-19.
- ²³⁹ Kosterman R, Hawkins JD, Guo, J, Catalano RF, Abbott RD. The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *Am J Public Health.* 2000; **90**: 360–66.
- ²⁴⁰ Hyshka E. Applying a social determinants of health perspective to early adolescent cannabis use – An overview. *Drugs.* 2013; **20**: 110-19.
- ²⁴¹ McKiernan, A., & Fleming, K. *Canadian Youth Perceptions on Cannabis.* Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2017.
- ²⁴² Hammersley R, Jenkins R, Reid M. Cannabis use and Social Identity. *Addict Rese Theory.* 2001; **9**: 133-50.
- ²⁴³ Hammersley R, Jenkins R, Reid M. Cannabis use and Social Identity. *Addict Rese Theory.* 2001; **9**: 133-50.
- ²⁴⁴ Duff C, Asbridge M, Brochu S, Cousineau M, Hathaway AD, Marsh D, Erickson PG. A Canadian perspective on cannabis normalization among adults. *Addict Rese Theory.* 2011; **20**: 271-83.
- ²⁴⁵ Shildrick T. Young people, illicit drug use, and the question of normalisation. *J Youth Studies.* 2002; **5**: 35–48.
- ²⁴⁶ Pennay, A., & Moore, D. Exploring the micro-politics of normalisation: Narratives of pleasure, self-control and desire in a sample of young Australian 'party drug' user. *Addict Rese Theory.* 2010; **18**: 557–71.
- ²⁴⁷ Hammersley R, Jenkins R, Reid M. Cannabis use and Social Identity. *Addict Rese Theory.* 2001; **9**: 133-50.

- ²⁴⁸ Hyshka E. Applying a social determinants of health perspective to early adolescent cannabis use – An overview. *Drugs*. 2013; **20**: 110-19.
- ²⁴⁹ Duff C, Asbridge M, Brochu S, Cousineau M, Hathaway AD, Marsh D, Erickson PG. A Canadian perspective on cannabis normalization among adults. *Addict Rese Theory*. 2011; **20**: 271-83.
- ²⁵⁰ McKiernan, A., & Fleming, K. *Canadian Youth Perceptions on Cannabis*. Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2017.
- ²⁵¹ Anderson KG, Sitney M, White HR. (2015). Marijuana Motivations Across Adolescence: Impacts on Use and Consequences. *Subst Use Misuse*. 2014; **50**: 292-301.
- ²⁵² Green B, Kavanagh D, Young R. Being stoned: a review of self-reported cannabis effects. *Drug Alcohol Rev*. 2003; **22**: 453-60.
- ²⁵³ Terry-McElrath YM, Omalley PM, Johnston LD. Saying No to Marijuana: Why American Youth Report Quitting or Abstaining. *J Studies Alcohol Drugs*. 2008; **69**: 796-805.
- ²⁵⁴ McKiernan A, and Fleming K. *Canadian Youth Perceptions on Cannabis*. Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2017.
- ²⁵⁵ Terry-McElrath YM, Omalley PM, Johnston LD. Saying No to Marijuana: Why American Youth Report Quitting or Abstaining. *J Studies Alcohol Drugs*. 2008; **69**: 796-805.
- ²⁵⁶ Rosenberg H, Bonar E, Jones, L, Pavlick M, Murray S. Associations Between Type of Drug and University Students Reported Reasons for Abstinence and Limited Use of Illicit Substances. *J College Stud Dev*. 2012; **53**(1): 91-105.
- ²⁵⁷ Rosenberg H, Bonar E, Jones, L, Pavlick M, Murray S. Associations Between Type of Drug and University Students Reported Reasons for Abstinence and Limited Use of Illicit Substances. *J College Stud Dev*. 2012; **53**(1): 91-105.
- ²⁵⁸ Terry-McElrath YM, Omalley PM, Johnston LD. Saying No to Marijuana: Why American Youth Report Quitting or Abstaining. *J Studies Alcohol Drugs*. 2008; **69**: 796-805.
- ²⁵⁹ Kosterman R, Hawkins JD, Guo, J, Catalano RF, Abbott RD. The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. *Am J Public Health*. 2000; **90**: 360–66.
- ²⁶⁰ Anderson KG, Sitney M, White HR. (2015). Marijuana Motivations Across Adolescence: Impacts on Use and Consequences. *Subst Use Misuse*. 2014; **50**: 292-301.
- ²⁶¹ Terry-McElrath YM, Omalley PM, Johnston LD. Saying No to Marijuana: Why American Youth Report Quitting or Abstaining. *J Studies Alcohol Drugs*. 2008; **69**: 796-805.
- ²⁶² McKiernan, A., & Fleming, K. *Canadian Youth Perceptions on Cannabis*. Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2017.
- ²⁶³ McKiernan A, Fleming K. *Canadian Youth Perceptions on Cannabis*. Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2017.
- ²⁶⁴ Harrison LD, Erickson PG, Korf DJ, Brochu S, Benschop A. How much for a dime bag? An exploration of youth drug markets. *Drug Alcohol Depend*. 2007; **90**(1):S27-39.

- ²⁶⁵ King KA, Merianos AL, Vidourek RA. Characteristics of Marijuana Acquisition Among a National Sample of Adolescent Users. *Am J Health Educ.* 2016; **47**(3): 126-35
- ²⁶⁶ Osilla KC, Pedersen ER, Ewing BA, Miles JNV, Ramchand R, D'Amico EJ. The effects of purchasing alcohol and marijuana among adolescents at-risk for future substance use. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2014; **9**:38–48.
- ²⁶⁷ Centre for Addiction and Mental Health. *Submission to The Senate Special Committee on Illegal Drugs.* Toronto: ON; 2002; p.7 http://www.camh.ca/en/hospital/Documents/www.camh.net/Public_policy/Public_policy_papers/senatecomm_illegal_drugs02.pdf.pdf
- ²⁶⁸ Fischer B, Russell C, Sabioni P, et al. Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: A Comprehensive Update of Evidence and Recommendations. *Am J Public Health* 2017; **107**: e1–12.
- ²⁶⁹ Azorlosa JL, Greenwald MK, Stitzer ML. Marijuana smoking: effects of varying puff volume and breathhold duration. *J Pharmacol Exp Ther.* 1995; **272**(2):560-9.
- ²⁷⁰ Health Canada. *Smoking and Lung Cancer.* Ottawa: ON; 2011. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-concerns/tobacco/legislation/tobacco-product-labelling/smoking-lung-cancer.html>
- ²⁷¹ Moore BA, Augustson EM, Moser RP, Budney AJ. Respiratory effects of marijuana and tobacco use in a U.S. sample. *J Gen Intern Med* 2005; **20**: 33–7.
- ²⁷² McKiernan, A., & Fleming, K. *Canadian Youth Perceptions on Cannabis.* Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2017.
- ²⁷³ Fischer B, Russell C, Sabioni P, et al. Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: A Comprehensive Update of Evidence and Recommendations. *Am J Public Health* 2017; **107**: e1–12.
- ²⁷⁴ Reiman, A. Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs. *Harm Reduct J.* 2009; **6**(35): 2.
- ²⁷⁵ McKiernan, A., & Fleming, K. *Canadian Youth Perceptions on Cannabis.* Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2017.
- ²⁷⁶ Alexander B. *Peaceful Measures: Canada's Way Out of the War on Drugs.* 1990. Toronto: University of Toronto Press. p. 50.
- ²⁷⁷ Musto DF. *The American disease: Origins of narcotic control.* 1999. New York: Oxford University Press. p.179.
- ²⁷⁸ Hathaway AD. The Legal History and Cultural Experience of Cannabis. *Visions J.* 2009; **5**(4): 12-3.
- ²⁷⁹ Khenti, A. The Canadian war on drugs: Structural violence and unequal treatment of Black Canadians. *Int J Drug Policy.* 2015; **25**:190–5.
- ²⁸⁰ DeBeck K, Wood E, Montaner J, Kerr T. Canada's new federal 'National Anti-Drug Strategy': An informal audit of reported funding allocation. *Int J Drug Policy.* 2009; **20**(2):188-91.
- ²⁸¹ The Centre for Addiction and Mental Health. *The Cannabis Policy Framework.* 2014; Toronto, ON.
- ²⁸² The Centre for Addiction and Mental Health. *The Cannabis Policy Framework.* 2014; Toronto, ON.
- ²⁸³ Khenti, A. The Canadian war on drugs: Structural violence and unequal treatment of Black Canadians. *Int J Drug Policy.* 2015; **25**:190–5.

- ²⁸⁴ Wortley S, Owusu-Bempah A. The usual suspects: Police stop and search practices in Canada. *Policing Soc.* 2011; **21**: 395–407.
- ²⁸⁶ Cotter A, Greenland J, Karam M. Statistics Canada, Canadian Centre For Justice Statistics. *Drug Related Offenses in Canada, 2013*. Ottawa: ON; 2015. Catalogue no. 85-002-X. 2015. Retrieved online <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2015001/article/14201-eng.pdf>
- ²⁸⁷ Green L, Franzen J, Haning WFI. Medscape. *Cannabis-Related Disorders Clinical Presentation*. 2017. <http://emedicine.medscape.com/article/286661-clinical>.
- ²⁸⁸ Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. *Am J Psychiatry*. 2013; **170**: 834-51
- ²⁸⁹ Winters KC, Martin CS, Chung T. Substance use disorders in DSM when applied to adolescents. *Addiction*. 2011; **106**:882-84.
- ²⁹⁰ Martin C, Chung T, Kirisci L, Lagenbucher J. Item response theory analysis of diagnostic criteria for alcohol and cannabis use disorders in adolescents: Implications for DSM-V. *J Abnorm Psychol*. 2006; **115**: 807-14.
- ²⁹¹ Martin CS, Chung T, Langenbucher JW. How should we revise diagnostic criteria for substance use disorders in the DSM-V? *J Abnorm Psychol*. 2008; **117**: 561-75.
- ²⁹² Green L, Franzen J, Haning WFI. Medscape. *Cannabis-Related Disorders Clinical Presentation*. 2017. <http://emedicine.medscape.com/article/286661-clinical>.
- ²⁹³ Chen C-Y, O'Brien MS, Anthony JC. Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000–2001. *Drug Alcohol Depend*. 2005; **79**(1):11-22.
- ²⁹⁴ Winters KC, Lee C-YS. Likelihood of developing an alcohol and cannabis use disorder during youth: Association with recent use and age. *Drug Alcohol Depend*. 2008; **92**(1-3):239-47.
- ²⁹⁵ Winters KC, Lee C-YS. Likelihood of developing an alcohol and cannabis use disorder during youth: Association with recent use and age. *Drug Alcohol Depend*. 2008; **92**(1-3):239-47.
- ²⁹⁶ Verweij KJ, Zietsch BP, Lynskey MT, Medland SE, Neale MC, Martin NG, et al. Genetic and environmental influences on cannabis use initiation and problematic use: a meta-analysis of twin studies. *Addiction*. 2010; **105**(3):417-30.
- ²⁹⁸ Danovitch I, Gorelick DA. State of the Art Treatments for Cannabis Dependence. *Psychiatr Clin North Am*. 2012; **35**(2):309-26.
- ²⁹⁹ Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2016; **5**(5):CD005336.
- ³⁰⁰ Hathaway AD, Callaghan RC, Macdonald S, Erickson PG. Cannabis dependence as a primary drug use-related problem: the case for harm reduction-oriented treatment options. *Subst Use Misuse*. 2009; **44**(7):990-1008.
- ³⁰¹ Hanson KL, Medina KL, Padula CB, Tapert SF, Brown SA. Impact of Adolescent Alcohol and Drug Use on Neurological Functioning in Young Adulthood: 10-Year Outcomes. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2011; **20**(2): 135-54.

- ³⁰² Lubman DI, Cheetham A, Yücel M. Cannabis and adolescent brain development. *Pharmacol Ther.* 2015; **148**: 1-16.
- ³⁰³ Lubman DI, Cheetham A, Yücel M. Cannabis and adolescent brain development. *Pharmacol Ther.* 2015; **148**: 1-16.
- ³⁰⁴ Levine A, Clemenza K, Rynn M, Lieberman J. Evidence for the risks and consequences of adolescent cannabis exposure. *J Am Academy Child Adolesc Psych.* 2016; **56**: 214-25.
- ³⁰⁵ Levine A, Clemenza K, Rynn M, Lieberman J. Evidence for the risks and consequences of adolescent cannabis exposure. *J Am Academy Child Adolesc Psych.* 2016; **56**: 214-25.
- ³⁰⁶ Lenroot RK, Giedd JN. Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neurosci Biobehav Rev.* 2006; **30**: 718-29.
- ³⁰⁷ Arain M, Haque M, Johal L, Mathur P, Nel W, Rais A, Sandhu R, Sharma S. Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis and Treat.* 2013; **9**: 449.
- ³⁰⁸ Lubman DI, Cheetham A, Yücel M. Cannabis and adolescent brain development. *Pharmacol Ther.* 2015; **148**: 1-16.
- ³⁰⁹ Schweinsburg AD, Schweinsburg BC, Nagel BJ, Park A, Theilmann RJ, Tapert SF. Abstinent adolescent marijuana users show altered fMRI response during spatial working memory. *Psychiatry Res.* 2008; **163**: 40-51.
- ³¹⁰ Koenders L, Lorenzetti V, de Haan L, Suo C, Vingerhoets W, van d B, et al. Longitudinal study of hippocampal volumes in heavy cannabis users. *J Psychopharmacol.* 2017; **31**: 1027-34.
- ³¹¹ Camchong J, Lim KO, Kumra S. Adverse effects of cannabis on adolescent brain development: A longitudinal study. *Cerebral Cortex.* 2017; **27**: 1922-30.
- ³¹² Fried P, Watkinson B, James D, Gray R. Current and former marijuana use: Preliminary findings of a longitudinal study of effects on IQ in young adults. *Can Med Assoc J.* 2002; **166**: 887-91.
- ³¹³ Jackson NJ, Isen JD, Khoddam R, Irons D, Tuvblad C, Iacono WG, et al. Impact of adolescent marijuana use on intelligence: Results from two longitudinal twin studies. *Proc Natl Acad Sci.* 2016; **113**: E508.
- ³¹⁴ Meier MH, Caspi A, Ambler A, Harrington H., Houts R, Richard SE, Keefe, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci.* 2012; **109**: E2664.
- ³¹⁵ Fried P, Watkinson B, James D, Gray R. Current and former marijuana use: Preliminary findings of a longitudinal study of effects on IQ in young adults. *Can Med Assoc J.* 2002; **166**: 887-91.
- ³¹⁶ Meier MH, Caspi A, Ambler A, Harrington H., Houts R, Richard SE, Keefe, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci.* 2012; **109**: E2664.
- ³¹⁷ Rogeberg O. Correlations between cannabis use and IQ change in the Dunedin cohort are consistent with confounding from socioeconomic status. *Proceedings of the Natl Acad Sci USA.* 2013; **110**: 4251-54.
- ³¹⁸ Daly M. Personality may explain the association between cannabis use and neuropsychological impairment. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2013; **110**(11): E979.

- ³¹⁹ Levine A, Clemenza K, Rynn M, Lieberman J. Evidence for the risks and consequences of adolescent cannabis exposure. *J Am Acad Child Adolesc Psych.* 2016; **56**: 214-25.
- ³²⁰ Jackson NJ, Isen JD, Khoddam R, Irons D, Tuvblad C, Iacono WG, et al. Impact of adolescent marijuana use on intelligence: Results from two longitudinal twin studies. *Proc Natl Acad Sci.* 2016; **113**: E508.
- ³²¹ Meier MH, Caspi A, Danese A, Fisher HL, Houts R, Arseneault L, et al. Associations between adolescent cannabis use and neuropsychological decline: A longitudinal co-twin control study. [Epub ahead of print]. *Addiction.* 2017; doi: 10.1111/add.13946.
- ³²² Gruber SA, Sagar KA, Dahlgren MK, Racine M, Lukas SE. Age of onset of marijuana use and executive function. *Psychol Addict Behav.* 2012; **26**: 496-506.
- ³²³ Buchy L, Seidman LJ, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, McGlashan TH, Addington J. Evaluating the relationship between cannabis use and IQ in youth and young adults at clinical high risk of psychosis. *Psychiatry Res.* 2015; **230**: 878-84.
- ³²⁴ Horwood LJ, Fergusson DM, Hayatbakhsh MR, Najman, JM, Coffey C, Patton GC, et al. Cannabis use and educational achievement: Findings from three australasian cohort studies. *Drug Alcohol Depend.* 2010; **110**: 247-53.
- ³²⁵ Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickma, M, et al. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: A systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet.* 2004; **363**: 1579-88.
- ³²⁶ Silins E, Horwood LJ, Patton GC, Fergusson DM, Olsson CA, Hutchinson DM, et al. Young adult sequelae of adolescent cannabis use: An integrative analysis. *Lancet Psychiatry.* 2014; **1**: 286-93
- ³²⁷ Silins E, Fergusson DM, Patton GC, Horwood LJ, Olsson CA, Hutchinson DM, et al. Adolescent substance use and educational attainment: An integrative data analysis comparing cannabis and alcohol from three Australian cohorts. *Drug Alcohol Depend.* 2015; **156**: 90.
- ³²⁸ Townsend L, Flisher AJ, King G. A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2007; **10**: 295-317.
- ³²⁹ Horwood LJ, Fergusson DM, Hayatbakhsh MR, Najman, JM, Coffey C, Patton GC, et al. Cannabis use and educational achievement: Findings from three australasian cohort studies. *Drug Alcohol Depend.* 2010; **110**: 247-53.
- ³³⁰ Mokrysz C, Landy R, Gage SH, Munafò MR, Roiser JP, Curran HV. Are IQ and educational outcomes in teenagers related to their cannabis use? A prospective cohort study. *J Psychopharmacology.* 2016; **30**: 159-68.
- ³³¹ Levine A, Clemenza K, Rynn M, Lieberman J. Evidence for the risks and consequences of adolescent cannabis exposure. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016; **56**: 214-25.
- ³³² Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: Cohort study. *BMJ.* 2002; **325**: 1195-98.
- ³³³ Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet.* 2007; **370**: 319-28.

- ³³⁴ Degenhardt L, Coffey C, Romaniuk H, Swift W, Carlin JB, Hall WD, Patton GC. The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. *Addiction*. 2013; **108**: 124-33.
- ³³⁶ Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: Cohort study. *BMJ*. 2002; **325**: 1195-98.
- ³³⁷ Lynskey MT, Glowinski AL, Todorov AA, Buchholz KK, Madden P, Nelson EC, et al. Major depressive disorder, suicidal ideation, and suicide attempt in twins discordant for cannabis dependence and early-onset cannabis use. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; **61**: 1026-32.
- ³³⁸ Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet*. 2007; **370**: 319-28.
- ³³⁹ Rajapakse S, Rodrigo C. Cannabis and schizophrenia spectrum disorders: A review of clinical studies. *Indian J Psychol Med*. 2009; **31**: 62.
- ³⁴⁰ Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, McClay J, Murray R, Harrington H, Craig IW. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: Longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry*. 2005; **57**: 1117-27.
- ³⁴¹ Kuepper R, Os JV, Lieb R, Wittchen H, Höfler M, Henquet C. Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study. *BMJ*. 2011; **342**: 537.
- ³⁴² Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet*. 2007; **370**: 319-28.
- ³⁴³ Bagot KS, Milin R, Kaminer Y. Adolescent initiation of cannabis use and early-onset psychosis. *Subst Abuse*. 2015; **36**: 524-33.
- ³⁴⁴ Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet*. 2007; **370**: 319-28.
- ³⁴⁵ Bechtold J, Hipwell A, Lewis DA, Loeber R, Pardini D. Concurrent and sustained cumulative effects of adolescent marijuana use on subclinical psychotic symptoms. *Am J Psychiatry*. 2016. **173**: 781-89.
- ³⁴⁶ Griffith-Lendering MFH, Wigman JTW, Prince van Leeuwen A, Huijbregts SCJ, Huizink AC, Ormel J, et al. Cannabis use and vulnerability for psychosis in early adolescence—a TRAILS study. *Addiction*. 2013; **108**: 733-40.
- ³⁴⁵ Butterworth P, Slade T, Degenhardt L. Factors associated with the timing and onset of cannabis use and cannabis use disorder: Results from the 2007 Australian national survey of mental health and Well-Being. *Drug Alcohol Rev*. 2014; **33**: 555-64.
- ³⁴⁸ Degenhardt L, Coffey C, Romaniuk H, Swift W, Carlin JB, Hall WD, Patton GC (2013a). The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. *Addiction*. 2013; **108**: 124-33.
- ³⁴⁹ Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: Cohort study. *BMJ*. 2002; **325**: 1195-98.

350 de Graaf R, Radovanovic M, van Laar M, Fairman B, Degenhardt L, Aguilar-Gaxiola S, et al. Early cannabis use and estimated risk of later onset of depression spells: Epidemiologic evidence from the population-based world health organization world mental health survey initiative. *Am J Epidemiol*. 2010; **172**: 149-59.

351 Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: Cohort study. *BMJ*. 2002; **325**: 1195-98.

352 van Laar M, van Dorsselaer S, Monshouwer K, de Graaf R. Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population? *Addiction*. 2007; **102**: 1251-60.

353 Wade T, Pevalin D. Adolescent delinquency and health. *Can J Criminol Crim Just*. 2005; **47**: 619-54.

354 Scholes-Balog KE, Hemphill SA, Patton GC, Toumbourou JW. Cannabis use and related harms in the transition to young adulthood: A longitudinal study of Australian secondary school students. *J Adolesc*. 2013; **36**: 519-27.

355 Degenhardt L, Coffey C, Romaniuk H, Swift W, Carlin JB, Hall WD, Patton GC. The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. *Addiction*. 2013; **108**: 124-33.

356 Green BE, Ritter C. Marijuana use and depression. *J Health Social Behav*. 2000; **41**: 40-9.

357 Hayatbakhsh MR. Cannabis and anxiety and depression in young adults: A large prospective study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; **46**: 408-17.

358 Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: Cohort study. *BMJ*. 2002; **325**: 1195-8.

359 Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet*. 2007; **370**: 319-28.

360 Silins E, Horwood LJ, Patton GC, Fergusson DM, Olsson CA, Hutchinson DM, et al. Young adult sequelae of adolescent cannabis use: An integrative analysis. *Lancet Psychiatry*. 2014; **1**: 286-93.

361 van Ours JC, Williams J, Fergusson D, & Horwood LJ. Cannabis use and suicidal ideation. *J Health Econom*. 2013; **32**(3), 524-37.

362 Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet*. 2007; **370**: 319-28.

363 Lynskey MT, Glowinski AL, Todorov AA, Bucholz KK, Madden P, Nelson EC, et al. Major depressive disorder, suicidal ideation, and suicide attempt in twins discordant for cannabis dependence and early-onset cannabis use. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; **61**: 1026-32.

364 Levine A, Clemenza K, Rynn M, Lieberman J. Evidence for the risks and consequences of adolescent cannabis exposure. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; **56**: 214-25.

365 Coffey C, Patton GC. Cannabis use in adolescence and young adulthood: A review of findings from the victorian adolescent health cohort study/L'utilisation du cannabis à l'adolescence et au jeune âge adulte: Une revue des résultats de l'étude de cohorte sur la santé des adolescents dans l'état de victoria. *Can J Psychiatry*, 2016; **61**: 318- 27.

- 366 Coffey C, Patton GC. Cannabis use in adolescence and young adulthood: A review of findings from the victorian adolescent health cohort study/L'utilisation du cannabis à l'adolescence et au jeune âge adulte: Une revue des résultats de l'étude de cohorte sur la santé des adolescents dans l'état de victoria. *Can J Psychiatry*. 2016; **61**: 318- 27.
- 367 Grant BF, Dawson DA. Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse*. 1998; **10**: 163-73.
- 368 Kandel D, Faust R. Sequence and stages in patterns of adolescent drug use. *Arch Gen Psychiatry*. 1975; **32**:923-32.
- 369 Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*. 2006; **101**: 556-69.
- 370 Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*. 2006; **101**: 556-69.
- 371 Kandel D. Stages and pathways of drug involvement: examining the gateway hypothesis. New York, USA: Cambridge University Press; 2002.
- 372 Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*. 2006; **101**: 556-69.
- 373 Taylor M, Collin SM, Munafo MR, MacLeod J, Hickman M, Heron J. Patterns of cannabis use during adolescence and their association with harmful substance use behaviour: findings from a UK birth cohort. *J Epidemiol Comm Health*. 2017; **71**: 764-70.
- 374 NIDA 2017. *Marijuana*. National Institute on Drug Abuse, 2017.
- 375 Hall W, Lynskey M. Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*. 2005; **24**: 39-48.
- 376 Kandel D, Kandel E. The Gateway Hypothesis of substance abuse: developmental, biological and societal perspectives. *Acta Paediatr*. 2015; **104**: 130-7.
- 377 Morral A, McCaffrey DF, Paddock SM. *Using marijuana may not raise the risk of using harder drugs*. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2002.
- 378 Hall W, Lynskey M. Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*. 2005; **24**: 39-48.
- 379 MacCoun R. What can we learn from the Dutch cannabis coffeeshop experience? Santa Monica, CA: Rand Corporation, 2010.
- 380 Wagner FA, Anthony JC. Into the world of illegal drug use: exposure opportunity and other mechanisms linking the use of alcohol, tobacco, marijuana, and cocaine. *American Journal of Epidemiology*. 2002; **155**:918-25.
- 381 NIDA. *Drug Facts: Marijuana*. 2018. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>

- 382 Joshi M, Joshi A, Bartter T. Marijuana and lung diseases. *Current opinion in Pulmonary Medicine*. 2014; **20**: 173-9.
- 383 Moore BA, Augustson EM, Moser RP, Budney AJ. Respiratory effects of marijuana and tobacco use in a U.S. sample. *J Gen Intern Med*. 2005; **20**: 33-7.
- 384 Tashkin DP, Simmons MS, Tseng CH. Impact of changes in regular use of marijuana and/or tobacco on chronic bronchitis. *COPD*. 2012; **9**: 367-74.
- 385 Tashkin DP, Simmons MS, Tseng CH. Impact of changes in regular use of marijuana and/or tobacco on chronic bronchitis. *COPD*. 2012; **9**: 367-74.
- 386 Tetrault JM, Crothers K, Moore BA, Mehra R, Concato J, Fiellin DA. Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2007; **167**: 221-8.
- 387 Pletcher MJ, Vittinghoff E, Kalhan R, Richman J, Safford M, Sidney S, et al. Association between marijuana exposure and pulmonary function over 20 years. *JAMA*. 2012; **307**: 173-81.
- 388 Tan WC, Lo C, Jong A, Xing L, Fitzgerald MJ, Vollmer WM, et al. Marijuana and chronic obstructive lung disease: a population-based study. *Can Med Assoc J*. 2009; **180**: 814-20.
- 389 Moir D, Rickert WS, Levasseur G, Larose Y, Maertens R, White P, et al. A comparison of mainstream and sidestream marijuana and tobacco cigarette smoke produced under two machine smoking conditions. *Chem Res Toxicol*. 2008; **21**: 494-502.
- 390 Zhang LR, Morgenstern H, Greenland S, Chang S-C, Lazarus P, Teare MD, et al. Cannabis smoking and lung cancer risk: Pooled analysis in the International Lung Cancer Consortium. *Int J Cancer*. 2015; **136**: 894-903.
- 391 Callaghan RC, Allebeck P, Sidorchuk A. Marijuana use and risk of lung cancer: a 40-year cohort study. *Cancer Causes Control*. 2013; **24**: 1811-20.
- 392 Berthiller J, Straif K, Boniol M, Voirin N, Benhaim-Luzon V, Ayoub WB, et al. Cannabis smoking and risk of lung cancer in men: a pooled analysis of three studies in Maghreb. *J Thorac Oncol*. 2008; **3**: 1398-1403.
- 393 Moore BA, Augustson EM, Moser RP, Budney AJ. Respiratory effects of marijuana and tobacco use in a U.S. sample. *J Gen Intern Med*. 2005; **20**: 33-7.
- 394 Jouanjus E, Lapeyre-Mestre M, Micallef J. Cannabis use: signal of increasing risk of serious cardiovascular disorders. *J Am Heart Assoc*. 2014; **3**: e000638.
- 395 Reis JP, Auer R, Bancks MP, Goff DC, Lewis CE, Pletcher MJ, et al. Cumulative Lifetime Marijuana Use and Incident Cardiovascular Disease in Middle Age: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *Am J Public Health*. 2017; **107**: 601-6.
- 396 Hemachandra D, McKetin R, Cherbuin N, Anstey KJ. Heavy cannabis users at elevated risk of stroke: evidence from a general population survey. *Aust N Z J Public Health*. 2016; **40**: 226-30.
- 397 Rumalla K, Reddy AY, Mittal MK. Recreational marijuana use and acute ischemic stroke: A population-based analysis of hospitalized patients in the United States. *J Neur Sci*. 2016; **364**: 191-6.

- 398 Wolff V, Lauer V, Rouyer O, Sellal F, Meyer N, Raul JS, et al. Cannabis use, ischemic stroke, and multifocal intracranial vasoconstriction: a prospective study in 48 consecutive young patients. *Stroke*. 2011; **42**: 1778-80.
- 399 Falkstedt D, Wolff V, Allebeck P, Hemmingsson T, Danielsson AK. Cannabis, Tobacco, Alcohol Use, and the Risk of Early Stroke: A Population-Based Cohort Study of 45 000 Swedish Men. *Stroke*. 2017; **48**: 265-70.
- 400 Reis JP, Auer R, Bancks MP, Goff DC, Lewis CE, Pletcher MJ, et al. Cumulative Lifetime Marijuana Use and Incident Cardiovascular Disease in Middle Age: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *Am J Public Health*. 2017; **107**: 601-6.
- 401 Barber PA, Pridmore HM, Krishnamurthy V, Roberts S, Spriggs DA, Carter KN, et al. Cannabis, ischemic stroke, and transient ischemic attack: a case-control study. *Stroke*. 2013;**44**: 2327-29.
- 402 Jouanjus E, Raymond V, Lapeyre-Mestre M, Wolff V. What is the Current Knowledge About the Cardiovascular Risk for Users of Cannabis-Based Products? A Systematic Review. *Curr Atheroscler Rep*. 2017; **19**: 26.
- 403 National Academies of Sciences and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Population Health and Public Health Practice, Committee on the Health Effects of Marijuana: An Evidence Review and Research Agenda. *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research*. Washington, DC: National Academies Press; 2017.
- 404 Yankey BA, Rothenberg R, Strasser S, Ramsey-White K, Okosun IS. Effect of marijuana use on cardiovascular and cerebrovascular mortality: A study using the National Health and Nutrition Examination Survey linked mortality file. *Eur J Prev Cardiol*. 2017; **24**(17):1833-40.
- 405 Reis JP, Auer R, Bancks MP, Goff DC, Lewis CE, Pletcher MJ, et al. Cumulative Lifetime Marijuana Use and Incident Cardiovascular Disease in Middle Age: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *Am J Public Health*. 2017; **107**: 601-6.
- 406 Ramaekers JG, Berghaus G, van Laar M, Drummer OH. Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug Alcohol Depend*. 2004; **73**: 109-19.
- 407 Hartman RL, Brown TL, Milavetz G, Spurgin A, Pierce RS, Gorelick DA, et al. Cannabis effects on driving longitudinal control with and without alcohol. *J Applied Toxicol*. 2016; **36**: 1418-29.
- 408 Lenne MG, Dietze PM, Triggs TJ, Walmsley S, Murphy B, Redman JR. The effects of cannabis and alcohol on simulated arterial driving: Influences of driving experience and task demand. *Accid Anal Prev*. 2010; **42**: 859-66.
- 409 Rogeberg O, Elvik R. The effects of cannabis intoxication on motor vehicle collision revisited and revised. *Addiction*. 2016; **111**: 1348-59.
- 410 Sewell RA, Poling J, Sofuoglu M. The effect of cannabis compared with alcohol on driving. *Am J Addict*. 2009; **18**: 185-93.

- 411 Dubois S, Mullen N, Weaver B, Bedard M. The combined effects of alcohol and cannabis on driving: Impact on crash risk. *Forensic Sci Int.* 2015; **248**: 94-100.
- 412 Asbridge M, Poulin C, Donato A. Motor vehicle collision risk and driving under the influence of cannabis: evidence from adolescents in Atlantic Canada. *Accid Anal Prev.* 2005; **37**: 1025-34.
- 413 Bergeron J, Paquette M. Relationships between frequency of driving under the influence of cannabis, self-reported reckless driving and risk-taking behavior observed in a driving simulator. *J Safety Res.* 2014; **49**: 19-24.
- 414 Wadsworth EJ, Moss SC, Simpson SA, Smith AP. A community based investigation of the association between cannabis use, injuries and accidents. *J Psychopharmacol.* 2006; **20**: 5-13.
- 415 Hoffmann J, Larison C. Drug Use, Workplace Accidents and Employee Turnover. *J Drug Issues.* 1999; **29**: 341-64.
- 416 Price JW. Marijuana and workplace safety: an examination of urine drug tests. *J Addict Dis.* 2014; **33**: 24-7.
- 417 Shipp EM, Tortolero SR, Cooper SP, Baumler EG, Weller NF. Substance use and occupational injuries among high school students in South Texas. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2005; **31**: 253-65.
- 418 Barrio G, Jimenez-Mejias E, Pulido J, Lardelli-Claret P, Bravo MJ, de la Fuente L. Association between cannabis use and non-traffic injuries. *Accid Anal Prev.* 2012; **47**: 172-6.
- 419 Cherpitel CJ, Ye Y, Andreuccetti G, Stockwell T, Vallance K, Chow C, et al. Risk of injury from alcohol, marijuana and other drug use among emergency department patients. *Drug Alcohol Depend.* 2017; **174**: 121-7.
- 420 Gmel G, Kuendig H, Rehm J, Schreyer N, Daeppen J-B. Alcohol and cannabis use as risk factors for injury – a case-crossover analysis in a Swiss hospital emergency department. *BMC Public Health.* 2009; **9**: 40.
- 421 Jehle CC, Jr., Nazir N, Bhavsar D. The rapidly increasing trend of cannabis use in burn injury. *J Burn Care Res.* 2015; **36**: 12-7.
- 422 Bell C, Slim J, Flaten HK, Lindberg G, Arek W, Monte AA. Butane Hash Oil Burns Associated with Marijuana Liberalization in Colorado. *J Med Toxicol.* 2015; **11**: 422-5.
- 423 Manrique-Garcia E, Ponce de Leon A, Dalman C, Andreasson S, Allebeck P. Cannabis, Psychosis, and Mortality: A Cohort Study of 50,373 Swedish Men. *Am J Psychiatry.* 2016; **173**: 790-8.
- 424 Andreasson S, Allebeck P. Cannabis and mortality among young men: a longitudinal study of Swedish conscripts. *Scand J Soc Med.* 1990; **18**: 9-15.
- 425 Muhuri PK, Gfroerer JC. Mortality associated with illegal drug use among adults in the United States. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2011; **37**: 155-64.
- *26 National Academies of Sciences and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Population Health and Public Health Practice, Committee on the Health Effects of Marijuana: An Evidence Review and Research Agenda. *The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research.* Washington, DC: National Academies Press; 2017.

Section 2.4 Appended References

^aCampbell, A. Making Sober Citizens: The legacy of Indigenous Alcohol Regulation in Canada. *Journal of Canadian Studies*. 2008;**42**(1)105-126.

^bDepartment of Justice. Cannabis Legalization and Regulation. Government of Canada. 2019. Retrieved from: <https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/cannabis/>

^cHealth Canada. Final Regulations: Edible cannabis, cannabis extracts, cannabis topicals. 2019. Government of Canada. Retrieved from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/resources/regulations-edible-cannabis-extracts-topicals.html>

^dBoshra B. Montreal police arrest 12 following raids on illegal cannabis dispensaries. CTV News Montreal. 2020. Retrieved from: <https://montreal.ctvnews.ca/montreal-police-arrest-12-following-raids-on-illegal-cannabis-dispensaries-1.4988282>

^eEdmiston J. Tuesday is last chance to shut down illegal cannabis dispensaries, Ontario government warns. National Post. 2018. Retrieved from: <https://nationalpost.com/cannabis/tuesday-is-last-chance-to-shut-down-illegal-cannabis-dispensaries-ontario-government-warns>

^fSmyth M. B.C. government's pot squad targets illegal cannabis shops. The Province. 2019. Retrieved from: <https://theprovince.com/news/bc-politics/mike-smyth-b-c-governments-pot-squad-targets-illegal-cannabis-shops>

Section 2.5 Appended References

- ⁱ Copeland J, Howard J. Cannabis Use Disorders. *StatPearls*. 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.queensu.ca/books/NBK538131/?report=classic>.
- ⁱⁱ Williams AR, Hill KP. Cannabis and the Current State of Treatment for Cannabis Use Disorder. *Focus (American Psychiatric Publishing)*. 2019; **17**(2):98-103.
- ⁱⁱⁱ Feingold D, Livne O, Rehm J, Lev-Ran S. Probability and correlates of transition from cannabis use to DSM-5 cannabis use disorder: Results from a large-scale nationally representative study. *Drug and Alcohol Rev*. 2020; **39**:142-151.
- ^{iv} Compton WM, Han B, Jones CM, Blanco C. Cannabis use disorders among adults in the United States during a time of increasing use of cannabis. *Drug Alcohol Depend*. 2019; **204**:107468.
- ^v Hasin D, Shmulewitz D, Sarvet A. Time trends in US cannabis use and cannabis use disorders overall and by sociodemographic subgroups: a narrative review and new findings. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2019; **45**(6).
- ^{vi} Budney A, Sofis M, Borodovsky J. An update on cannabis use disorder with comment on the impact of policy related to therapeutic and recreational cannabis use. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019; **269**(1):73-86.
- ^{vii} Scott JC, Slomiak ST, Jones JD, et al. Association of Cannabis With Cognitive Functioning in Adolescents and Young Adults A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2018;**75**(6):6.
- ^{viii} Lorenzetti V, Hoch E, Hall W. Adolescent cannabis use, cognition, brain health and educational outcomes: A review of the evidence. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020; **36**:169-180.
- ^{ix} Kroon E, Kuhns L, Hoch E, Cousijn J. Heavy cannabis use, dependence and the brain: a clinical perspective. *Addiction*. 2019; **115**(3):559-572.

- ^x Dow-Edwards D, Silva L. Endocannabinoids in brain plasticity: Cortical maturation, HPA axis function and behavior. *Brain Res.* 2017; **1654**(B):157-164.
- ^{xi} Lopez-Gallardo M, Lopez-Rodriguez AB, Llorente-Berzal A, Rotllant D, Mackie K, Armario E, Nadal R, Viveros MP. Maternal deprivation and adolescent cannabinoid exposure impact hippocampal astrocytes, CB1 receptors and brain-derived neurotrophic factor in a sexually dimorphic fashion. *Neuroscience.* 2012; **204**:90-103.
- ^{xii} Lovelace JW, Corches A, Vieira PA, Hiroto AS, Mackie K, Korzus E. An animal model of female adolescent cannabinoid exposure elicits a long-lasting deficit in presynaptic long-term plasticity. *Neuropharmacology.* 2015; **99**:242-255.
- ^{xiii} Hurd YL, Manzoni OJ, Pletnikov MV, Lee FS, Bhattacharyya S, Melis M. Cannabis and the Developing Brain: Insights into its Long-Lasting Effects. *J Neurosci.* 2019; **39**(42):8250-8258.
- ^{xiv} Lorenzetti V, Chye Y, Silva P, Solowji N, Roberts CA. Does regular cannabis use affect neuroanatomy? An updated systematic review and meta-analysis of structural neuroimaging studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2019; **269**:59-71.
- ^{xv} Scott JC, Rosen AFG, Moore TM et al. Cannabis use in youth is associated with limited alterations in brain structure. *Neuropsychopharmacol.* 2019;**44**:1362-1369.
- ^{xvi} Weiland BJ, Thayer RE, Depue BE, Sabbineni A, Bryan AD, Hutchison KE. Daily marijuana use is not associated with brain morphometric measures in adolescents or adults. *J Neurosci.* 2015;**35**:1505-12.
- ^{xvii} Gilman JM, Kuster JK, Lee S, Lee MJ, Kim BW, Makris N, et al. Cannabis use is quantitatively associated with nucleus accumbens and amygdala abnormalities in young adult recreational users. *J Neurosci.* 2014;**34**:5529–38.
- ^{xviii} Thayer RE, YorkWilliams S, Karoly HC, Sabbineni A, Ewing SF, Bryan AD, et al. Structural neuroimaging correlates of alcohol and cannabis use in adolescents and adults. *Addiction.* 2017;**112**:2144–54.
- ^{xix} Becker MP, Collins PF, Lim KO, Muetzel RL, Luciana M. Longitudinal changes in white matter microstructure after heavy cannabis use. *Dev Cogn Neurosci.* 2015; **16**:23-35
- ^{xx} Jacobus J, Courtney KE, Hodgdon EA, Baca R. Cannabis and the developing brain: What does the evidence say? *Birth Defects Res.* 2019;**111**:1302-1307
- ^{xxi} Ross JM, Ellingson JM, Rhee SH, Hewitt JK, Corley RP, Lessem JM, Friedman NP. Investigating the causal effect of cannabis use on cognitive function with a quasi-experimental co-twin design. *Drug Alcohol Depend.* 2020;**206**:107712.
- ^{xxii} Pasman JA, Verweij KJH, Gerring Z, Stringer S, Sanchez-Roige S, Treur JL, et al. GWAS of lifetime cannabis use reveals new risk loci, genetic overlap with psychiatric traits, and a causal effect of schizophrenia liability. *Nat Neurosci.* 2018;**21**:1161-1170.
- ^{xxiii} Quattrone D, Ferraro L, Tripoli G, La Cascia C, Quigley H, Quattrone A, et al. Daily use of high-potency cannabis is associated with more positive symptoms in first-episode psychosis patients: The EU-GEI case-control study. *Psychol Med.* 2020;1-9.

- ^{xxiv} Gobbi G, Atkin T, Zytynski T. 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.
- ^{xxv} Rabiee R, Lundin A, Agradh E, Forsell Y, Allebeck P, Danielsson A-K. Cannabis use, subsequent other illicit drug use and drug use disorders: A 16-year follow-up study among Swedish adults. *Addict Behav*. 2020;**106**:106390
- ^{xxvi} Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Outbreak of Lung Injury Associated with the Use of E-Cigarette, or Vaping, Products. *Centers for Disease Control and Prevention*. 2020.
- ^{xxvii} Layden J, Ghinai I, Pray I, Kimball A, Layer M, Tenforde MW, et al. Pulmonary Illness Related to E-cigarette Use in Illinois and Wisconsin – Final Report. *NEJM*. 2020; **382**:903-916.
- ^{xxviii} Parekh T, Pemmasani S, Desai R. Marijuana Use Among Young Adults (18-44 Year of Age) and Risk of Stroke A Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Analysis. *Stroke*. 2020;**51**:308-310.
- ^{xxix} Brubacher JR, Chan H, Staples JA. Cannabis-impaired driving and Canadian youth. *J Paediatr Child Health*. 2020;**25**(1):S21-S25.
- ^{xxx} Ramaekers JG. Driving Under the Influence of Cannabis: An Increasing Public Health Concern. *JAMA*. 2018;**319**(14):1433–1434.
- ^{xxxi} Biasutti WR, Leffers KSH, Callaghan RC. Systematic Review of Cannabis Use and Risk Of Occupational Injury. *Subst Use Misuse*. 2020;**55**(11):1733-1745.
- ^{xxxii} Chen Y-C, Klig JE. Cannabis-related emergencies in children and teens. *Curr Opin Pediatr*. 2019;**31**(3):291-296.
- ^{xxxiii} Rao DP, Abramovici H, Crain J, Do MT, McFaull S, Thompson W. The lows of getting high: sentinel surveillance of injuries associated with cannabis and other substance use. *Can J Public Health*. 2018;**109**(2):155-163.
- ^{xxxiiii} Han B, Compton WM, Blanco C, Jones CM. Time since first cannabis use and 12-month prevalence of cannabis use disorder among youth and emerging adults in the United States. *Addiction*. 2019;**114**(4):698-707.