

Dr Safa Adham***, Dr Xavier Laqueille**, Mme Anne-Victoire Rousselet**, Dr Alain Dervaux**

* Centre d'accueil et de crise – Secteur 3 du Dr Marcel, Centre hospitalier Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, F-75014 Paris.

Courriel : adhamsafa@hotmail.com

** Service d'addictologie du Dr Laqueille, Centre hospitalier Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, F-75014 Paris

Reçu février 2014, accepté juillet 2014

Dépendance au cannabis

Entretiens motivationnels et thérapies comportementales et cognitives

Résumé

Contexte : les études sur les entretiens motivationnels (EM) et les thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans la prise en charge des dépendances au cannabis restent, à ce jour, peu nombreuses. Les croyances spécifiques que Beck a décrites dans les conduites addictives (anticipatoires, permissives et liées au soulagement) ont été retrouvées dans les dépendances au cannabis. **Méthodologie :** deux cas cliniques de patients dépendants du cannabis depuis plusieurs années et pris en charge par EM et TCC (prévention des rechutes). **Discussion et conclusions :** les techniques d'EM et de TCC ont permis au premier patient de maintenir son abstinence et au second de diminuer sa consommation quotidienne de cannabis, en augmentant sa motivation au changement. Ces cas suggèrent l'intérêt des EM et des TCC dans la prise en charge des patients dépendants du cannabis. Les techniques des TCC des autres addictions peuvent s'appliquer à la dépendance au cannabis. Il faut tenir compte des comorbidités psychiatriques.

Mots-clés

Cannabis – Abus – Dépendance – Thérapie comportementale et cognitive – Entretien motivationnel.

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée en France et en Europe (1). Au cours des dix dernières années, malgré la décroissance observée depuis 2002, la fréquence de l'expérimentation reste élevée, avec une banalisation de la consommation du cannabis chez les jeunes (2, 3). Dans l'étude *National epidemiologic survey on alcohol and related conditions* (NESARC) en population générale (États-Unis), la prévalence de la dépendance au cannabis était de 1,3 % sur la vie entière et de 0,3 % dans les 12 mois précédant l'étude (4).

Summary

Motivational interviewing and cognitive-behavioral therapy in patients with cannabis dependence: case reports

Background: studies assessing the efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT) and motivational interviews (MI) in patients with cannabis use disorders are rare. The core Beliefs reported by Beck in patients with cannabis use disorders are similar to those found in patients with other substance use disorders, in particular beliefs activated (anticipatory and relief-oriented) and facilitating beliefs (permission). **Method:** two case reports of patients with severe cannabis dependence. The first patient received CBT, focused on relapse prevention. The second patient received MI. **Discussion and conclusions:** CBT helped the first patient to enhance abstinence and the second patient to lower his consumption by increasing his motivations for changing. These case reports illustrate the efficacy of CBT and MI in patients with cannabis use disorders. CBT techniques for other substance use disorders can apply to cannabis use disorders. The high frequency of psychiatric comorbidities, in particular mood disorders, should be taken into account in this population.

Key words

Cannabis – Use disorder – Cognitive-behavioral therapy – Motivational interviewing.

Dépendance au cannabis et approches thérapeutiques

De plus en plus de patients demandent l'aide de professionnels pour leur dépendance au cannabis, mais les études sur la prise en charge par les thérapies comportementales et cognitives (TCC) et les entretiens motivationnels (EM) des dépendances au cannabis restent peu nombreuses (5-18). Dans une récente étude contrôlée,

randomisée et réalisée auprès de 122 patients âgés de 16 à 44 ans ayant une dépendance au cannabis selon les critères du DSM-IV, Hoch et al. ont retrouvé que le groupe bénéficiant d'une TCC présentait, par rapport aux sujets témoins, un taux d'abstinence plus important (49 % vs 13 %) et une diminution de la fréquence de l'utilisation du cannabis, de la sévérité de l'addiction et des jours d'incapacité. Cette amélioration persistait à trois mois (taux d'abstinence à 51 %) et à six mois de suivi (taux d'abstinence à 45 %) (17).

La première vague de TCC est focalisée sur les aspects comportementaux, la deuxième vague sur les aspects cognitifs et la troisième vague sur les aspects émotionnels. La pleine conscience a été intégrée dans la troisième vague de TCC, par exemple les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience (MBCT) et les thérapies d'acceptation et d'engagement (ACT) qui ont donné des résultats intéressants dans les conduites addictives, et en particulier dans les dépendances au cannabis (19-22). En outre, West et al. ont construit la théorie PRIME (planifications, réponses, impulsions, motivations, évaluations) qui souligne l'importance de la motivation dans les addictions (23).

D'après l'approche cognitivo-comportementale, les dépendances au cannabis, comme les dépendances à l'alcool ou à l'héroïne, se développent et se maintiennent par conditionnement classique, puis par conditionnement opérant et défaut d'apprentissage social (24-30).

Sur le plan cognitif, Beck a décrit trois types de croyances spécifiques successives dans les conduites addictives (31) :

- les croyances anticipatoires liées aux attentes positives de la consommation de produit ;
- les croyances liées au soulagement par la consommation ;
- les croyances permissives donnant l'autorisation de consommer.

Ces croyances ont été retrouvées dans les dépendances au cannabis chez une population jeune par Chabrol et al. et par Grebot et Dardard, qui ont suggéré que ces croyances dysfonctionnelles pouvaient être une cible pour la prévention et le traitement de la dépendance au cannabis (32, 33). Dans un contexte de *craving*, l'anticipation du plaisir ou du soulagement apportée par les substances déclenchent l'activation des pensées permissives. Des stratégies d'action sont alors mises en œuvre pour trouver les substances.

Les TCC débutent par une analyse fonctionnelle et une évaluation psychométrique, en fonction de la demande du

patient et de son stade de motivation. Un contrat thérapeutique est ensuite établi entre le patient et le thérapeute (34).

Objectif

Compte tenu du très faible nombre de publications sur les prises en charge par EM et TCC des patients dépendants du cannabis, nous rapportons deux cas cliniques pour illustrer et souligner les points communs et les spécificités des approches cognitivo-comportementales des dépendances au cannabis par rapport aux autres addictions.

Monsieur A. Thérapie cognitivo-comportementale

Monsieur A., âgé de 48 ans, marié, travailleur indépendant, a consulté dans le service d'addictologie pour une aide à l'arrêt de sa consommation de cannabis, après la survenue d'une crise d'angoisse dans le contexte d'une consommation massive de cannabis. Lors de la première consultation, il avait arrêté depuis trois jours et était très motivé pour maintenir l'arrêt de sa consommation. Il présentait une dépendance au cannabis, selon les critères du DSM-IV, évoluant depuis 20 ans (35). Un traitement anxiolytique par hydroxyzine a été prescrit durant quelques jours pour atténuer le syndrome de sevrage.

À partir des informations et données anamnestiques fournies par ce patient lors des premiers entretiens, une analyse fonctionnelle type grille SECCA (situation, émotion, comportement, cognition et anticipation), habituelle dans les prises en charge par TCC, a pu être réalisée (figure 1). Les croyances anticipatoires, soulageantes et permissives ont été évaluées à l'aide du questionnaire construit par Tison et Hautekèete en 1998 et testé dans l'usage et les dépendances au cannabis par Chabrol et al. en 2001 (29, 32). Monsieur A. présentait une dépendance au cannabis, avec l'hypothèse que l'apparition, le développement et le maintien des conduites addictives reposaient sur les éléments suivants :

- conditionnement classique : le stimulus conditionnel (cannabis) était couplé au stimulus inconditionnel (interaction sociale) jusqu'à ce que le cannabis seul induise ce que le stimulus inconditionnel provoquait lors des premières expositions (satisfaction, convivialité) ;
- conditionnement opérant : les effets de plaisir et d'excitation de la substance a induit un renforcement positif du comportement de consommation ;
- activation des schémas cognitifs : les sentiments de tris-

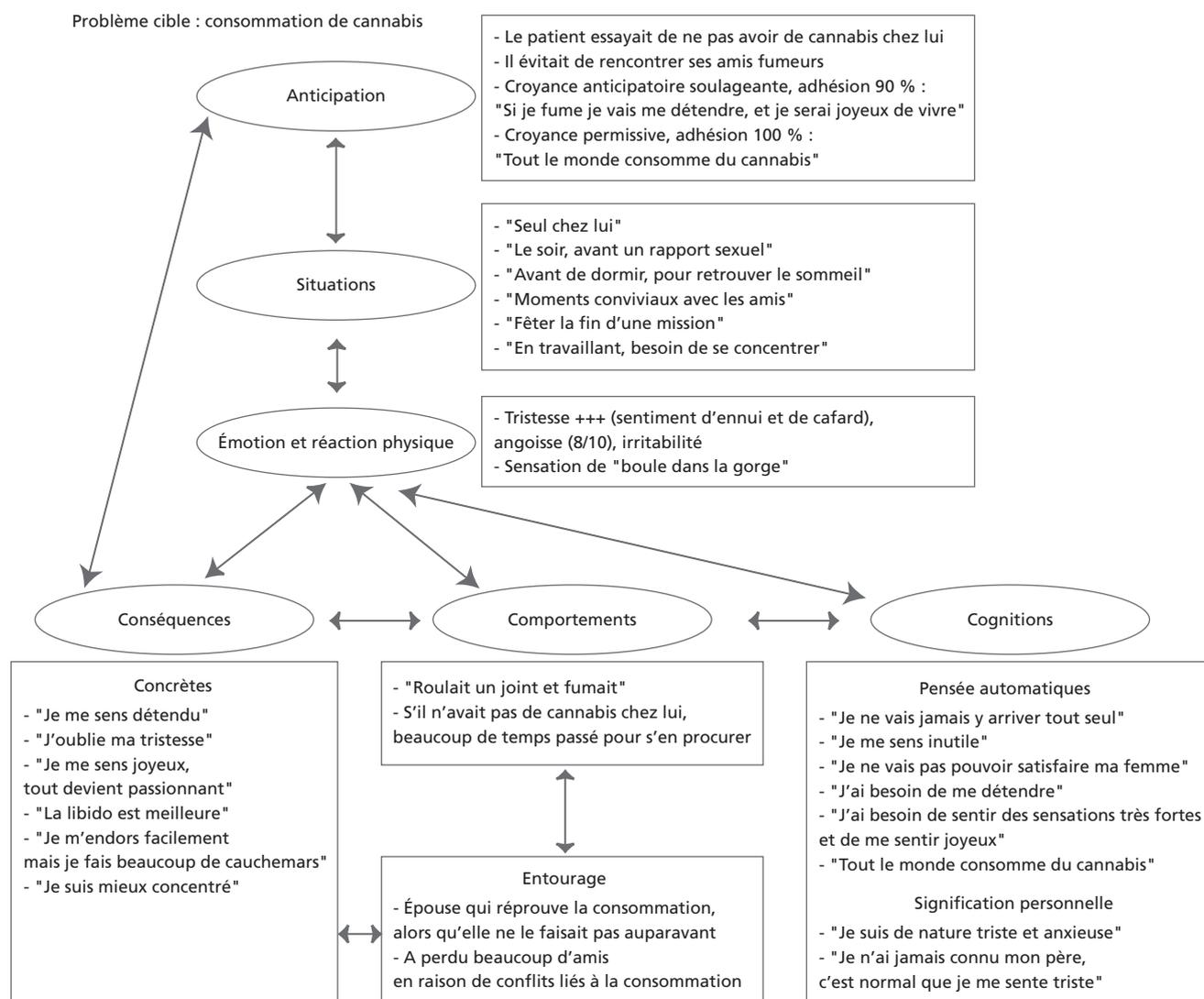


Figure 1. – Grille d'analyse fonctionnelle SECCA synchronie de la dépendance au cannabis de Monsieur A.

tesse, d'ennui et d'angoisse ont activé un schéma cognitif fait de croyances d'anticipation du plaisir et du soulagement apportés par la consommation de cannabis, puis l'activation de la pensée permissive "le cannabis me rendra joyeux et de toute façon tout le monde en consomme". Des stratégies d'action étaient alors mises en œuvre pour trouver la substance ;

- défaut d'apprentissage social : l'observation des pairs (amis), consommateurs de substances et avec lesquelles le patient était en interaction forte et quotidienne, a facilité un apprentissage rapide du comportement de consommation. Monsieur A. était très motivé pour arrêter sa consommation de cannabis. Selon les stades du changement de Prochaska et DiClemente, il était au stade de prise de décision – action (36).

Monsieur A. a accepté une prise en charge par TCC, avec mise en place d'un contrat thérapeutique. L'objectif du contrat était le travail sur le maintien de l'abstinence au cannabis et la prévention de la rechute centrée sur les éléments dépressifs. La thérapie s'est déroulée en 20 séances d'une heure par semaine. Nous avons appliqué pour ce patient des techniques de prévention des rechutes, en particulier des techniques de relaxation, de développement des activités plaisantes et de restructuration cognitive. Cependant, le patient refusait toute aide médicamenteuse pour une symptomatologie dépressive, d'intensité modérée, avec un score de 19 à l'échelle *Montgomery and Asberg depression rating scale* (MADRS) et un score de 15 à l'échelle de Beck (Inventaire de dépression de Beck, BDI, 13 items), sans idéation suicidaire ni autre signe de

gravité, malgré les informations données sur l'intérêt et la tolérance de ces traitements. L'anxiété a été évaluée à l'aide du STAI (Inventaire d'anxiété trait-état de Spielberger). Le score d'anxiété État (Y-A) était élevé à 60, celui d'anxiété Trait (Y-B) à 59. À la quatrième séance, l'humeur était améliorée (scores MADRS = 14 et BDI = 7) avec une diminution du niveau d'anxiété (Y-A = 55 et Y-B = 54) (37).

La technique de gestion des émotions par l'apprentissage de technique de relaxation (méthode de Jacobson) lui a permis d'atténuer la symptomatologie anxieuse et l'a aidé à planifier des activités plaisantes et/ou utiles (38). Monsieur A. rapportait éprouver beaucoup de plaisir en faisant du sport ou la cuisine. Il a réalisé qu'il avait quelques amis non fumeurs avec lesquels il pouvait organiser des sorties. Puis, le travail cognitif, utilisant les cinq colonnes de Beck (situation, émotion, pensée automatique, pourcentage de croyances dans la pensée automatique négative et pensées alternatives) lui a permis de repérer les situations déplaisantes et pénibles où le risque de rechute était très important, avec la prise de conscience des pensées automatiques négatives et le développement de pensées alternatives (26, 27). Par exemple, une situation récente "après avoir fini une partie de mon travail, je me suis senti triste et fatigué" a été analysée, suivie de la pensée automatique "je suis nul et je ne pourrai jamais finir tout ce que j'ai à faire", ce qui a déclenché l'envie de fumer, le patient tirant la conclusion que "c'était le seul moyen pour me sentir en forme". Dans cette situation, Monsieur A. a évalué l'intensité de son émotion (tristesse) à 80 %, le degré de croyance à la pensée automatique négative ("je suis nul") à 80 % et son degré de croyance à sa pensée anticipatoire soulageante ("me sentir en forme") à 90 %. En utilisant le questionnement socratique et la technique de la décentration, il a pu développer d'autres pensées alternatives, par exemple :

- à la place de "je suis nul", il a pu dire "j'ai quand même pu avancer dans mon travail" ;
- à la place de "fumer est le seul moyen pour me sentir mieux", il a pu dire "j'aurai bien aimé faire un peu de sport".

Ce travail cognitif lui a permis de diminuer son degré de croyance à la pensée négative à 50 % et à la pensée anticipatoire soulageante à 50 %. Monsieur A. a ainsi appris à analyser les situations pénibles en essayant de trouver des pensées alternatives. Un plan d'urgence a également été élaboré en cas de besoin de fumer, indiquant qu'il pouvait appeler un ami pour discuter et échanger des idées en cas d'urgence.

Le patient est resté abstinant pendant les sept mois de suivi, en dehors d'un faux pas, après le licenciement de son épouse. Il rapportait une amélioration de la qualité de vie, une

augmentation du plaisir à faire ses activités quotidiennes, et l'humeur dépressive s'est nettement améliorée en un mois.

Monsieur B. – Entretien motivationnel

Monsieur B., âgé de 23 ans, célibataire, étudiant, a consulté sous la pression de ses parents et de son amie, pour une dépendance au cannabis. Lors des premières consultations, le patient était peu motivé à arrêter sa consommation. Sa motivation oscillait entre les stades de pré-contemplation et de contemplation. Au début de la thérapie, la balance décisionnelle (tableau I) a retrouvé que les avantages de la consommation de cannabis étaient plus importants que les inconvénients (400 points contre 150 points). L'analyse fonctionnelle (grille SECCA : figure 2) a été élaborée lors des premiers entretiens. Monsieur B. présentait une dépendance au cannabis depuis cinq ans (critères du DSM-IV). Plusieurs hypothèses, non exclusives entre elles, ont été soulevées : premièrement, la dépendance pouvait être secondaire à une symptomatologie dépressive évoluant depuis l'adolescence ; deuxièmement, les troubles de Monsieur B. sont survenus, se sont développés et maintenus par conditionnement classique, puis par conditionnement opérant, schémas cognitifs (croyances anticipatoires, permissives et soulageantes) et défaut d'apprentissage social.

La thérapie s'est déroulée en 14 séances d'une heure par semaine. Les premières ont été consacrées à la psychoéducation, en insistant sur les effets nocifs à court et à long termes de la consommation de cannabis et en expliquant les modèles cognitifs et comportementaux de la dépendance au cannabis. Nous avons souligné également la nécessité d'avoir une hygiène de vie correcte : la pratique d'une activité sportive, un sommeil suffisant et une alimentation équilibrée. Le travail psychothérapeutique a été initialement basé sur des EM avec empathie et écoute réflexive (reformulation des propos du patient, écho sur ses émotions), afin de l'aider à développer une plus forte motivation intrinsèque (venant de lui-même) à l'arrêt du cannabis, et dans un deuxième temps, nous avons utilisé les techniques de relaxation (méthode de Jacobson) pour la gestion des émotions (38). La motivation au changement est devenue plus forte avec les EM, notamment la prise de conscience des inconvénients liés à sa consommation de cannabis (39-42). Nous avons discuté et exploré d'autres raisons pour arrêter la consommation du cannabis. Monsieur B. a rapporté à la fin de la thérapie que les inconvénients de la consommation du cannabis étaient plus importants que les avantages de la consommation (tableau II).

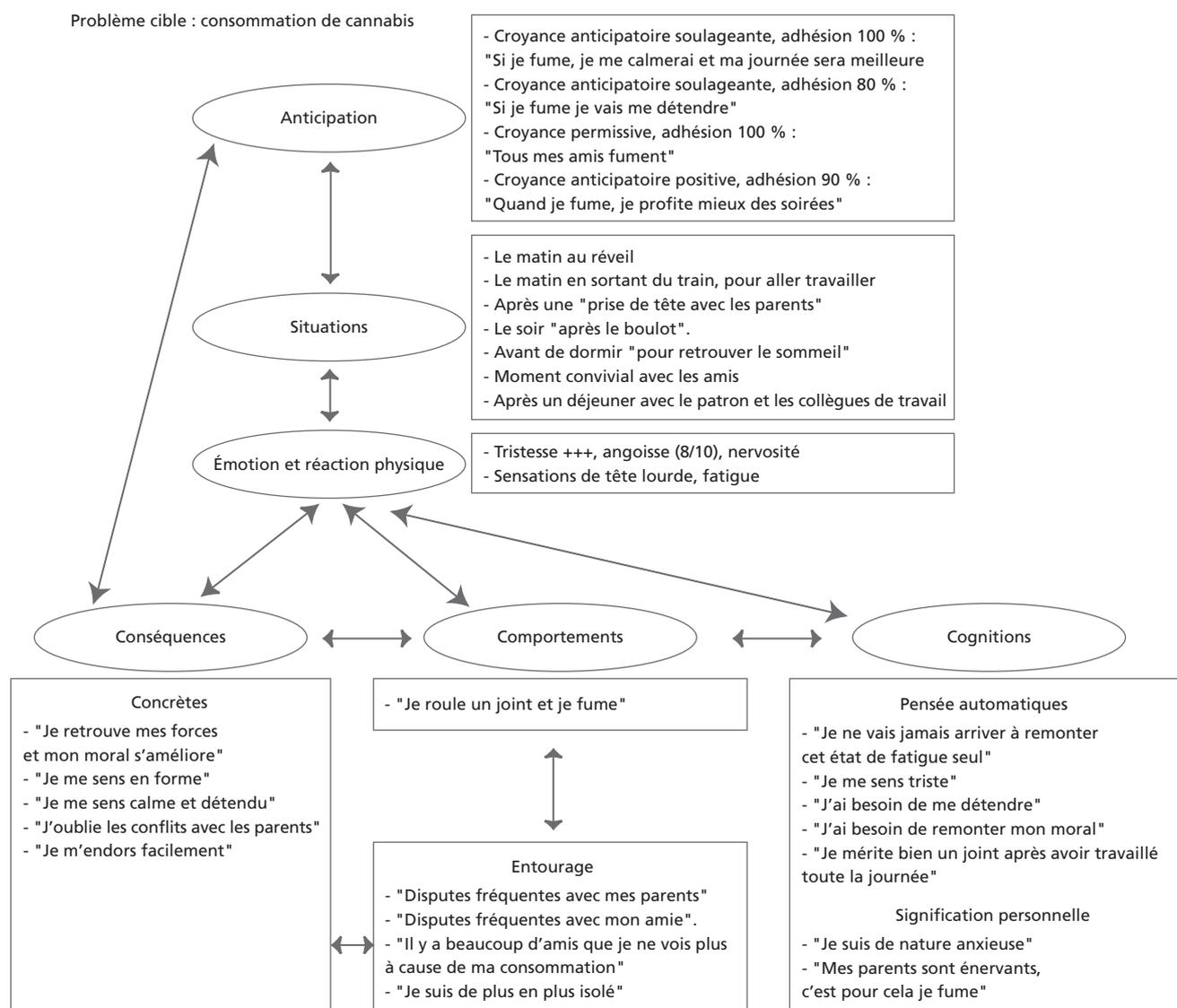


Figure 2. – Grille d'analyse fonctionnelle SECCA synchronie de la dépendance au cannabis de Monsieur B.

Parallèlement, un traitement antidépresseur (escitalopram) et anxiolytique (hydroxyzine) a été mis en place au début de la thérapie en raison d'une symptomatologie dépressive d'intensité modérée, mais aggravée secondairement après le décès de l'un de ses grands-parents. Cependant, l'observance était mauvaise. Après des explications répétées sur l'intérêt de celui-ci, le patient a déclaré prendre régulièrement son traitement. Le traitement antidépresseur a néanmoins été arrêté au bout d'un mois en raison de l'apparition de symptômes d'excitation psychique : insomnie, familiarité du contact, logorrhée, symptômes évocateurs de virage de l'humeur. L'existence d'un antécédent de tentative de suicide par pendaison et d'antécédents familiaux de dépression a soulevé l'hypothèse diagnostique

d'un trouble bipolaire et la proposition d'un traitement thymorégulateur.

Discussion

Ces cas cliniques suggèrent l'intérêt des TCC et des EM dans la prise en charge des patients dépendants du cannabis. Ils ont notamment permis au premier patient de maintenir son abstinence et au second de diminuer sa consommation de cannabis en augmentant sa motivation au changement.

Il y a peu d'études ayant évalué la prise en charge des patients dépendants du cannabis et il n'y a pas de consensus

Tableau I : Grille de balance décisionnelle pour la consommation du cannabis au début de la thérapie, avec évaluation sur une échelle de 0 à 100, remplie par Monsieur B.

| Avantages | Évaluation | Inconvénients | Évaluation |
|-------------------------|------------|--------------------------|------------|
| Ça détend | 100 | Troubles de mémoire | 70 |
| Permet l'endormissement | 100 | Troubles du raisonnement | 80 |
| Se sentir bien | 100 | | |
| Être excité et joyeux | 100 | | |
| Total (points) | 400 | Total (points) | 150 |

Tableau II : Grille de balance décisionnelle pour la consommation du cannabis à la fin de la thérapie, avec évaluation sur une échelle de 0 à 100, remplie par Monsieur B.

| Avantages | Évaluation | Inconvénients | Évaluation |
|--|------------|--|------------|
| Court terme | | Court terme | |
| - Pouvoir me contrôler | 100 | - Difficultés financières | 90 |
| - Calmer l'envie de fumer | 80 | - Le temps que ça prend ; recherche du produit, fumer... | 70 |
| - Me sentir bien, me calmer | 50 | - Difficultés relationnelles avec les parents | 80 |
| - Être bien dans ma tête, être excité | 30 | - Perte de mémoire | 100 |
| - Dormir, si je ne fume pas, je ne dors pas | 100 | - Perte de capacité intellectuelle | 70 |
| - Meilleures relations avec les autres, la consommation de cannabis me calme, je suis moins irrité | 50 | - J'ai tendance à rien foutre et rien faire | 70 |
| - Prendre tout à la légère | 80 | - Solitaire | 50 |
| - Améliorer la capacité de faire la musique et de l'écouter | 50 | - Risque de retrait de permis | 100 |
| Long terme | | Long terme | |
| - Rien ; c'est pour cela je suis encore là je pense | 0 | - Prendre les choses à la légère | 100 |
| | | - Je n'aurai plus de chance sur la vie professionnelle | 100 |
| Total (points) | 540 | Total (points) | 830 |

sur le plan thérapeutique. Les premières ont été publiées à la fin des années 1980. Ces cas cliniques illustrent les résultats des quelques études qui ont retrouvé que les TCC et les EM étaient efficaces dans les dépendances au cannabis (8-10, 14, 43). Le Marijuana Treatment Project Research Group de Stephens et al. a procédé à une large étude randomisée multicentrique sur 450 adultes âgés de plus de 18 ans dépendants du cannabis (critères du DSM-IV), recrutés sur trois sites et randomisés à l'un des trois modules suivants : neuf sessions de TCC avec travail motivationnel et gestion de problèmes, deux sessions d'EM et un groupe contrôle. Les deux traitements actifs ont été délivrés à titre individuel. À quatre, neuf et 15 mois de suivi, il existait une diminution significative de la consommation du cannabis et des conséquences associées dans les deux groupes recevant les traitements actifs par rapport au groupe témoin. En outre, l'étude a retrouvé que les neuf sessions ont réduit significativement la consommation du cannabis et les conséquences associées, par rapport au traitement à deux sessions. Les auteurs ont conclu que les TCC et la thérapie brève étaient efficaces pour réduire la consommation du cannabis, avec une supériorité des TCC par rapport aux thérapies brèves. Cette étude soulignait

également que le traitement était associé à des avantages cliniques, y compris pour les patient qui ne parvenaient pas à l'abstinence complète (14, 15).

Une étude récente contrôlée et randomisée, sur 279 patients âgés de 16 à 63 ans, répondant au critère du CIM-10 de dépendance ou d'abus de cannabis, a évalué un traitement actif de dix séances de TCC individuelle, comprenant un travail motivationnel associé à des techniques de résolution de problèmes par rapport à un groupe témoin. L'étude a retrouvé une diminution significative de la consommation de cannabis, du nombre de critères de dépendance au cannabis, de la sévérité de la dépendance et des problèmes associés dans le groupe bénéficiant du traitement actif (18, 44).

Comme dans les autres dépendances, la problématique singulière de chaque patient est évaluée dans sa globalité, à l'aide des analyses fonctionnelles synchronique et diachronique, comprenant notamment l'analyse de la sévérité des problèmes liés au cannabis, l'importance des facteurs psychologiques et sociaux sous-jacents... Elles tiennent compte des différences entre les individus, et les program-

mes restent flexibles, adaptés en fonction des stades de motivation, modes de consommation, pathologies psychiatriques associées, histoire familiale et personnelle, attentes des patients..., d'où la complexité des prises en charge et la nécessité d'adapter le contrat thérapeutique en fonction des besoins et de la problématique de chaque patient (45).

Spécificités des patients dépendants du cannabis

Les principes de bases de la prise en charge de la dépendance au cannabis suivent dans les grandes lignes les approches thérapeutiques des autres addictions. Dans le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente, les six stades du changement s'appliquent à la dépendance au cannabis, comme pour les autres addictions (36). Au stade de pré-contemplation, beaucoup de sujets avancent par exemple que le cannabis est une "drogue douce". La psychoéducation permet au patient de se représenter les risques liés à la consommation et de se faire lui-même une représentation de son problème en termes émotionnels, cognitifs et comportementaux.

Dans une étude récente contrôlée et randomisée, Walker et al. ont souligné l'intérêt des EM brefs pour les adolescents fumeurs de cannabis. Les auteurs ont retrouvé qu'à trois mois de suivi, les deux groupes bénéficiant d'une thérapie motivationnelle brève ou des séances éducatives présentaient une diminution significative de la fréquence d'utilisation de cannabis et des conséquences négatives liées à l'utilisation du cannabis, par rapport au groupe contrôle. En outre, la fréquence d'utilisation du cannabis était significativement plus faible dans le groupe bénéficiant d'une thérapie motivationnelle par rapport au groupe bénéficiant des séances éducatives. À 12 mois de suivi, la diminution de la consommation était maintenue dans les deux groupes bénéficiant d'un traitement actif, sans différence significative entre les deux groupes (16).

Ces cas cliniques illustrent également l'intérêt du dépistage systématique des comorbidités qui s'avèrent fréquentes dans les dépendances au cannabis, notamment les troubles de l'humeur (46). Plusieurs études épidémiologiques ont notamment souligné la fréquence des comorbidités troubles bipolaires/consommation de cannabis et des comorbidités troubles dépressifs/consommation de cannabis (47-51). Van Rossum et al. ont notamment précisé que les patients bipolaires consommateurs de cannabis avaient, en particulier, une moins bonne observance aux traitements médicamenteux et une symptomatologie thymique plus sévère que les non-consommateurs (52).

Limites

Notre travail rapporte deux cas cliniques, non généralisables à l'ensemble des patients dépendants du cannabis. Des études randomisées et multicentriques restent nécessaires pour déterminer un modèle efficace et généralisable. Cependant, ce type d'étude est difficile à mettre en œuvre, coûteux financièrement et en temps.

Conclusions

Ces cas cliniques soulignent l'intérêt des EM et des TCC dans la prise en charge des patients dépendants du cannabis. Les techniques des TCC appliquées pour les autres addictions peuvent s'appliquer à la dépendance au cannabis. Il faut tenir compte des comorbidités psychiatriques, fréquentes dans cette population et des difficultés d'observance médicamenteuses en cas de double diagnostic. ■

Conflits d'intérêt. – A. Dervaux a reçu des honoraires pour des conférences de Bristol-Myers-Squibb, Otsuka, Lilly et Lundbeck. Les autres auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt en relation avec cet article.

S. Adham, X. Laqueille, A.-V. Rousselet, A. Dervaux
Dépendance au cannabis. Entretiens motivationnels et thérapies
comportementales et cognitives

Alcoologie et Addictologie. 2014 ; 36 (4) : 321-328

Références bibliographiques

- 1 - Cooper ZD, Haney M. Cannabis reinforcement and dependence: role of the cannabinoid CB1 receptor. *Addict Biol*. 2008 ; 13 (2) : 188-95.
- 2 - Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Enquête déclarative ESCAPAD 2011, réalisée lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC) parmi les sujets âgés de 17 ans. Saint-Denis : OFDT ; 2011.
- 3 - Graziani P, Romo L. Soigner les addictions par les TCC. Chapitre 5. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2013.
- 4 - Dervaux A, Laqueille X. Cannabis : usage et dépendance. *Presse Méd*. 2012 ; 41 : 1233-40.
- 5 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Rapport du groupe d'experts coordonné par le Pôle Expertises Collectives à la demande de la Mildt. Paris : Les éditions Inserm ; 2014.
- 6 - Budney AJ, Hughes JR, Moore BA, Vandrey R. Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *Am J Psychiatry*. 2004 ; 161 : 1967-77.
- 7 - Gray KM, Carpenter MJ, Baker NL, Desantis SM, Kryway E, Hartwell KJ, McRae-Clark AL, Brady KT. A double-blind randomized controlled trial of N-acetylcysteine in cannabis dependent adolescents. *Am J Psychiatry*. 2012 ; 169 (8) : 805-12.

- 8 - Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatment for marijuana use. *J Consult Clin Psychol*. 2000 ; 68 (5) : 898-908.
- 9 - Budney AJ, Higgins ST, Radonovich KJ, Novy PL. Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2000 ; 68 (6) : 1051-61.
- 10 - Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R. A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2001 ; 21(2) : 55-64.
- 11 - Dennis M, Titus JC, Diamond G, et al. CYT Steering Committee. The Cannabis youth treatment (CYT) experiment: rational, study design and analysis plans. *Addiction*. 2002 ; 97 (Suppl. 1) : 16-34.
- 12 - Diamond G, Godley SH, Liddle HA, et al. Five outpatient treatment models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis youth treatment intervention. *Addiction*. 2002 ; 97 (Suppl. 1) : 70-83.
- 13 - Steinberg KL, Roffman RA, Carroll KM, et al, The Marijuana Treatment Project Research Group. Tailoring cannabis dependence treatment for a diverse population. *Addiction*, 2002 ; 97 (Suppl. 1) : 135-42.
- 14 - Stephens RS, Babor TF, Kadden R, et al, The Marijuana Treatment Project Research Group. The Marijuana treatment project: rational, design and participant characteristics. *Addiction*. 2002 ; 97 (Suppl. 1) : 109-124.
- 15 - The Marijuana Treatment Project Research Group. Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004 ; 72 (3) : 455-66.
- 16 - Walker DD, Stephens R, Roffman R, Demarce J, Lozano B, Towe S, Berg B. Randomized controlled trial of motivational enhancement therapy with nontreatment-seeking adolescent cannabis users: a further test of the teen marijuana check-up. *Psychol Addict Behav*. 2011 ; 25 (3) : 474-84.
- 17 - Hoch E, Noack R, Henker R, Pixa A, Höfler M, Behrendt S, Bühringer G, Wittchen HU. Efficacy of a targeted cognitive-behavioral treatment program for cannabis use disorders (CANDIS). *European Neuropsychopharmacology*. 2012 ; 22 : 267-80.
- 18 - Hocha E , Bühringer G, Pixaa A, Dittmera K, Henkera J, Seiferta A, Wittchen HU. CANDIS treatment program for cannabis use disorders: findings from a randomized multi-site translational trial. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014 ; 134 : 185-93.
- 19 - Dakwar E, Levin FR. Individual mindfulness-based psychotherapy for cannabis or cocaine dependence: a pilot feasibility trial. *Am J Addict*. 2013 ; 22 (6) : 521-6.
- 20 - Bowen S, Witkiewitz K, Dillworth TM, Chawla N, Simpson TL, Ostafin BD, Larimer ME, Blume AW, Parks GA, Marlatt GA. Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychol Addict Behav*. 2006 ; 20 (3) : 343-7.
- 21 - Skanavi S , Laqueille X, Aubin HJ. Mindfulness based interventions for addictive disorders: a review. *Encephale*. 2011 ; 37 (5) : 379-87.
- 22 - Bowen S, Chawla N, Marlatt A. Addictions: prévention de la rechute basée sur la pleine conscience. Carrefour des psychothérapies, 1^{ère} édition. Bruxelles : De Boeck ; 2013.
- 23 - West R, West MA. Théorie PRIME : vers un modèle synthétique de la motivation et son application dans la compréhension des addictions. *Alcoologie et Addictologie*. 2008 ; 30 (1) : 37-45.
- 24 - Aubin HJ. Modèles cognitivo-comportementaux des addictions. In : Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2006.
- 25 - Cochet B, Pezous AM, Roy S, Brahimi M, Lépine JP. Addiction et thérapie comportementale et cognitive (TCC) : cannabis, crack et cocaïne, opiacés, hallucinogènes et médicaments. *Act Méd Int Psychiatrie*. 2003 ; 20 (2) : 48-53.
- 26 - Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. Paris : Masson ; 2004.
- 27 - Cungi C. Faire face aux dépendances : alcool, tabac, drogues, jeux, internet. Paris : Retz ; 2005.
- 28 - Marlatt GA, Donovan DM. Prévention de la rechute : stratégies de maintien en thérapie des conduites addictives. Genève : Médecine et Hygiène ; 2008.
- 29 - Tison P, Hautekèete M. Mise en évidence de schémas cognitifs dysfonctionnels chez des toxicomanes. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 1998 ; 8 (2) : 43-9.
- 30 - Hautekèete M, Cousin I, Graziani P. Pensées dysfonctionnelles de l'alcool-dépendance. Un test du modèle de Beck : schémas anticipatoire, soulagement et permissif. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 1999 ; (4) : 108-12.
- 31 - Beck A, Wright E, Newman C, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse. New York : Guilford Press ; 1993.
- 32 - Chabrol H, Massot E, Chouicha K, Montovany A, Rogé B. Étude du questionnaire des croyances anticipatoires, soulageantes et permissives pour toxicomanies dans l'usage du cannabis à l'adolescence. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2001 ; 11 (3) : 105-8.
- 33 - Grebot E, Dardard J. Schémas cognitifs, croyances addictives et défenses dans la consommation et l'addiction au cannabis de jeunes adultes. *Psychologie Française*. 2010 ; 55 (4) : 373-87.
- 34 - Alter C, Karila L, Reynaud M. Analyse fonctionnelle et feedback personnalisé. In : Rahioui H, Reynaud M. TCC et addictions. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2006.
- 35 - American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, DSM-IV. Traduction française coordonnée par Guelfi JD. Paris : Masson ; 1996.
- 36 - Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integration model of change. *Psychotherapy*. 1982 ; 19 : 276-88., 1982 ; 19 : 276-87.
- 37 - Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Paris : Masson ; 2010.
- 38 - Servant D. Gestion du stress et de l'anxiété. Paris : Masson ; 2007.
- 39 - Lukasiewicz M, Benyamina A, Frenov-Peres M, Reynaud M. L'entretien motivationnel. Les bases théoriques. *Alcoologie et Addictologie*. 2006 ; 28 (2) : 155-62.
- 40 - Lukasiewicz M, Benyamina A, Frenov-Peres M, Reynaud M. L'entretien motivationnel. Les aspects techniques. *Alcoologie et Addictologie*. 2006 ; 28 (3) : 231-5.
- 41 - Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. Paris : InterEdition ; 2006.
- 42 - Miller WR, Rollnick S, Butler CC. Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation. Paris : InterEdition ; 2009.
- 43 - Stephens RS, Roffman RA, Simpson EE. Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model. *J Consult Clin Psychol*. 1994 ; 62 : 92-9.
- 44 - Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10 / ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche. Paris : Masson ; 2000.
- 45 - Rahioui H. Prise en charge spécifiques : dépendance au cannabis. In : Rahioui H, Reynaud M. TCC et addictions. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2006.
- 46 - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Rapport du groupe d'experts coordonné par le Pôle Expertises Collectives à la demande de la Milt. Paris : Les éditions Inserm ; 2014.
- 47 - Dervaux A, Laqueille X. Pistes thérapeutiques dans la prise en charge de l'addiction au cannabis. *Revue du Praticien*. 2013 ; 63 (10) : 1438-40.
- 48 - Agrawal A, Nurnberger Jr JI, Lynskey MT, The Bipolar Genome Study. Cannabis involvement in individuals with bipolar disorder. *Psychiatry Res*. 2011 ; 185 (3) : 459-61.
- 49 - De Hert M, Wampers M, Jendricko T, Franic T, Vidovic D, De Vriendt N, Sweers K, Peuskens J, van Winkel R. Effects of cannabis use on age at onset in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Res*. 2011 ; 126 (1-3) : 270-6.
- 50 - Lagerberg TV, Sundet K, Aminoff SR, Berg AO, Ringen PA, Andreassen OA, Melle I. Excessive cannabis use is associated with earlier age at onset in bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011 ; 261 (6) : 397-405.
- 51 - Merikangas KR, Herrell R, Swendsen J, Rössler W, Ajdacic-Gross V, Angst J. Specificity of bipolar spectrum conditions in the comorbidity of mood and substance use disorders: results from the Zurich cohort study. *Arch Gen Psychiatry*, 2008 ; 65 (1) : 47-52.
- 52 - Van Rossum I, Boomsma M, Tenback D, Reed C, Van Os J, Emblem Advisory Board. Does cannabis use affect treatment outcome in bipolar disorder? A longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis*. 2009 ; 197 : 35-40.