



LUMIÈRE SUR LA RECHERCHE AU CReSP

NUMÉRO 9
Janvier 2026



Comment améliorer les pratiques en réduction de méfaits liés à l'usage du cannabis des jeunes ?

LA CONTRIBUTION D'UNE DÉMARCHE EN TRANSFERT DE CONNAISSANCES

Malgré l'efficacité démontrée de l'approche de réduction des méfaits liés à l'usage du cannabis (RDM-C), son adoption demeure limitée par les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux. Cette approche vise pourtant à réduire les conséquences négatives que le cannabis peut avoir sur ses consommatrices et consommateurs sur les plans individuel, psychologique, juridique et social, plutôt que de se concentrer sur l'élimination de l'usage. Toutefois, les interventions auprès des jeunes reposent encore surtout sur l'abstinence ou la réduction de la consommation.

Cette situation se reflète dans les constats d'une étude réalisée dans le cadre du *Programme sur l'usage et les dépendances aux substances* (PUDS) et l'accompagnement des professionnelles et professionnels du Regroupement des Auberges du cœur du Québec. Ceux-ci révèlent les idées fausses entourant la RDM-C, son adoption mitigée ainsi que son déploiement insuffisant pour répondre aux besoins des jeunes en difficulté. C'est pourquoi ces travaux ont notamment conduit à recommander la formation en RDM-C des équipes qui interviennent en santé afin d'assurer une meilleure compréhension de ses principes, d'améliorer son applicabilité, et d'aborder les enjeux de stigmatisation.

Ce contexte met en évidence l'importance de favoriser les efforts de transfert de connaissances (TC) afin d'optimiser l'adoption de la RDM-C par les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant auprès des jeunes en difficulté au Québec.

Une publication de :



EN BREF

- L'adoption de l'approche de réduction des méfaits liés à l'usage du cannabis (RDM-C) par les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux dépend de facteurs liés à ces personnes mêmes, à leur clientèle, à l'approche de RDM-C ainsi qu'au milieu de travail.
- L'équipe de recherche a identifié 72 stratégies de RDM-C que les jeunes pourraient mettre en œuvre selon la séquence temporelle d'un épisode de consommation : avant, pendant et après.
- La complexité et la diversité des étapes d'une démarche de transfert des connaissances (TC) montrent l'utilité d'élaborer un plan du processus et d'évaluer sa mise en œuvre et ses retombées. Ce plan regroupe plusieurs étapes :
 1. analyse de la situation ;
 2. objectif général ;
 3. contenu à transférer ;
 4. publics cibles et objectifs spécifiques ;
 5. acteurs à impliquer ;
 6. stratégies de TC ; et
 7. évaluation.
- Une démarche multidirectionnelle de TC, qui implique les publics cibles à toutes les étapes du processus, peut favoriser l'adoption de la RDM-C par les intervenantes, les intervenants et les gestionnaires œuvrant auprès des jeunes en difficulté au Québec.

Appuyer l'action sur les connaissances

L'expression « transfert de connaissances » désigne ici le processus de « passer de la connaissance à l'action ». D'autres termes sont également utilisés pour y faire référence (p. ex., mobilisation, échange, application des connaissances). Selon l'INSPQ, le TC représente un « processus dynamique qui réfère à l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation de nouvelles connaissances ».

Ce projet de recherche visait à concevoir une démarche de TC qui optimiserait l'adoption de la RDM-C par le personnel de la santé et des services sociaux qui œuvre auprès des jeunes en difficulté d'adaptation au Québec.

CINQ ÉTUDES ONT ÉTÉ MENÉES POUR CONTRIBUER À CET OBJECTIF :

- La première recension systématique des écrits scientifiques identifie les stratégies de RDM-C que les jeunes peuvent appliquer.
- La seconde recension établit les facteurs qui facilitent ou limitent l'adoption de la RDM-C dans les milieux de la santé et des services sociaux.
- La troisième étude cerne ces facteurs au moyen d'une démarche qualitative et évalue l'acceptabilité de l'approche chez les deux publics cibles (personnel intervenant auprès des jeunes et gestionnaires).
- Les résultats des trois études précédentes soutiennent la quatrième étude, où s'élabore un plan de TC pour optimiser l'adoption de la RDM-C par les intervenantes et intervenants œuvrant auprès de jeunes en difficulté au Québec.
- La cinquième étude évalue la mise en œuvre du plan de TC et en identifie les effets immédiats ainsi que les retombées à court et à moyen terme.

PISTES D'ACTION

Pour favoriser l'adoption de la RDM-C dans les milieux de pratique, il importe que les intervenantes et intervenants s'approprient les stratégies de RDM-C recensées dans ce projet. Il leur est ensuite possible de les intégrer progressivement aux plans de consommation élaborés avec les jeunes, afin de les aider à consommer de façon plus sécuritaire et de réduire les risques associés à l'usage du cannabis.

Les stratégies de RDM-C à utiliser par les jeunes

La réduction des méfaits se traduit notamment par des stratégies individuelles, politiques et structurelles pour limiter les risques liés à la consommation de substances psychoactives. Si les principes fondamentaux s'appliquent à toutes les substances, certaines stratégies varient toutefois selon le produit consommé.

La première recension systématique des écrits scientifiques du projet a permis de dresser une liste de 72 stratégies de RDM-C que les jeunes peuvent utiliser, selon la chronologie entourant la consommation, notamment :

1 Planification de la consommation

- Choisir un approvisionnement sécuritaire (p. ex., acheter du cannabis d'une source fiable).
- Déterminer le contexte et l'environnement social (p. ex., consommer en présence de personnes de confiance).
- Choisir le moment et réfléchir aux motifs de consommation (p. ex., éviter de consommer pour faire face à des émotions négatives).
- Réduire la fréquence ou la quantité consommée (p. ex., limiter la quantité de cannabis consommée en une seule séance)

2 Avant la consommation

- Vérifier et choisir le produit (p. ex., éviter le mélange du cannabis avec d'autres substances).

3 Pendant la consommation

- Choisir les méthodes de consommation (p. ex., déterminer préalablement le nombre de bouffées).



4 Après la consommation

- Planifier ses déplacements (p. ex., prévoir un moyen de transport sécuritaire après la consommation).
- Porter attention à la postconsommation (p. ex., attendre de ressentir les effets avant de reconsommer/redoser).

Quels facteurs facilitent ou limitent l'adoption de la RDM-C?

La seconde recension a identifié les facteurs qui facilitent ou limitent l'adoption de la RDM-C par les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Ses résultats s'appuient sur l'analyse de 35 études.

Les facteurs identifiés se regroupent en quatre catégories, soit :

- les caractéristiques du personnel du réseau de la santé et des services sociaux ;
- les caractéristiques de la clientèle ;
- les facteurs liés à l'approche de la RDM-C ;
- les facteurs liés au milieu de travail.

Chaque catégorie comporte des facteurs facilitant et d'autres limitant l'adoption de la RDM-C par les professionnelles et professionnels travaillant auprès des jeunes.

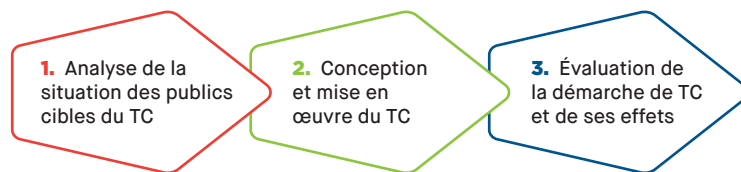
	Facteurs facilitant	Obstacles
Caractéristiques du personnel	<ul style="list-style-type: none">■ Jeune âge■ Milieu de vie urbain■ Nombre élevé d'années d'expérience	<ul style="list-style-type: none">■ Faible niveau de scolarité■ Manque de formation en RDM-C■ Stigmatisation de l'usage de substances
Caractéristiques de la clientèle	<ul style="list-style-type: none">■ Gravité du TUS¹ : modéré■ RDM-C utilisée en tant qu'objectif intermédiaire du traitement <p>.....</p> <p>Jeune âge²</p> <p>Comorbidité avec un trouble psychiatrique²</p>	<ul style="list-style-type: none">■ Gravité du TUS : sévère■ RDM-C utilisée en tant qu'objectif final du traitement■ Présence d'une condition médicale <p>.....</p>
Facteurs liés à la RDM-C	<ul style="list-style-type: none">■ Perception de l'efficacité de la RDM-C <p>.....</p> <p>Cadre légal et lois en vigueur²</p>	<ul style="list-style-type: none">■ Idées fausses associées à la RDM-C (p. ex., « approche qui encourage l'usage de substances ») <p>.....</p>
Facteurs liés au milieu de travail	<ul style="list-style-type: none">■ Appui de la direction	<ul style="list-style-type: none">■ Culture organisationnelle allant à l'encontre de la RDM-C

1. TUS : Trouble de l'usage de substance(s)
2. Ces facteurs sont considérés à la fois comme facilitant et limitant l'adoption de la RDM-C.

Concrètement, comprendre ce qui facilite ou freine l'adoption de la RDM-C permet de trouver des façons de la rendre plus facile à mettre en pratique. En effet, même bien perçue, elle ne sera pas nécessairement utilisée. De mieux comprendre ces éléments soutiendrait les pratiques basées sur les données probantes et permettrait d'offrir un meilleur suivi aux jeunes.

La conception, la mise en œuvre et l'évaluation de la démarche de TC

Après avoir effectué les deux recensions de départ, le groupe de recherche a entrepris les trois étapes suivantes, soit :



ÉTAPE 1

ANALYSE DES BESOINS ET DU CONTEXTE DES PUBLICS CIBLES

Des intervenantes et intervenants ainsi que des gestionnaires œuvrant auprès d'une clientèle adolescente ou jeune adulte en difficulté ont été recrutés dans quatre milieux au Québec : le Regroupement des Auberges du cœur du Québec (RACQ), les centres de réadaptation en dépendance (CRD), les centres de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) et les centres locaux de services communautaires (CLSC).

Pour analyser leurs besoins et leurs contextes en vue d'élaborer le plan de TC, une démarche mixte incluant des consultations et l'administration d'un questionnaire a été entreprise. Au total, 14 personnes ont participé aux consultations et 167 ont répondu au questionnaire. Cette démarche s'appuyait sur deux cadres conceptuels : *Knowledge-to-Action Model*¹ (c.-à-d., modèle de la connaissance à l'action) et *Consolidated Framework for Implementation Research*² (c.-à-d., cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre).

Résultats du questionnaire

Les données du questionnaire ont mis en évidence des attitudes positives envers la RDM-C, des attitudes négatives envers l'approche d'abstinence, ainsi qu'une perception favorable du niveau de formation en RDM-C des personnes interrogées. Le poste occupé, le niveau de scolarité ou les années d'expérience auprès des jeunes n'avaient pas d'incidence sur les résultats. Cependant, les attitudes positives envers la RDM-C étaient modérément associées à une perception positive du niveau de formation en RDM-C, et fortement associées à des attitudes négatives envers l'approche d'abstinence. Enfin, les personnes percevant leur niveau de formation en RDM-C comme élevé manifestaient les attitudes les plus favorables envers cette approche, ce qui suggère un effet potentiel de la formation.

Résultats des consultations

Les consultations ont permis d'identifier les besoins et de préciser le contexte des publics cibles. Les personnes interrogées témoignaient d'un manque de connaissances sur les principes et l'applicabilité de la RDM-C, ainsi que de certaines idées fausses, comme la crainte d'encourager l'usage de substances. Elles ont toutefois manifesté de l'intérêt envers les nouvelles connaissances à assimiler et ont exprimé le souhait de participer à une formation et de recevoir du matériel de soutien afin d'optimiser l'intégration de la RDM-C dans leurs pratiques.

Par ailleurs, divers facteurs contextuels pouvant impacter l'adoption de la RDM-C ont émergé, notamment :

- les attitudes de certains membres du personnel de la santé et des services sociaux (p. ex., envers la RDM-C et son efficacité, le sentiment d'impuissance face à l'usage du cannabis chez les jeunes);
- les divers enjeux entourant les jeunes (p. ex., contextes légal, familial et scolaire);
- le milieu de travail (p. ex., la culture organisationnelle, la présence d'une personne-ressource, l'opposition potentielle des instances collaboratrices, la charge de travail élevée).

1. Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map?. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24.

2. Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17(1), 75.



ÉTAPE 2

CONCEPTION DES STRATÉGIES ET MISE EN ŒUVRE DU TC

Les données recueillies et analysées à ce stade (recensions, questionnaire et consultations) ont été combinées afin d'élaborer un plan de TC adapté aux publics cibles et de déterminer les stratégies appropriées. Elles ont aussi servi de base à l'équipe de recherche pour formuler neuf actions que les intervenantes et intervenants, de même que les gestionnaires, pourraient faire pour optimiser l'adoption de la RDM-C dans leurs milieux (p. ex., participer à des formations pour déconstruire certaines idées fausses).

Deux outils et des activités de TC adaptées aux différents publics cibles ont ensuite été développés : des notes de politique et des ateliers délibératifs. Les notes de politique, qui faisaient deux pages, présentaient une synthèse du projet : les faits saillants sur la RDM-C, les stratégies utilisables par les jeunes, les facteurs qui facilitent ou limitent son adoption, ainsi que les actions recommandées pour en favoriser l'implantation.

Les ateliers délibératifs, qui ont réuni 4 gestionnaires et 15 intervenantes et intervenants en septembre et octobre 2024, se sont déroulés en deux phases :

- Une formation basée sur le contenu de la note de politique présentée.
- Des délibérations sur les actions proposées par l'équipe de recherche. Cette deuxième phase consistait en un exercice en sous-groupes permettant aux personnes présentes de reformuler les actions, puis d'en évaluer l'importance, l'impact et la faisabilité.

Reformulation des actions

À la suite des ateliers délibératifs, les actions ont été reformulées à partir des propositions des participantes et participants, puis classées par ordre de priorité. Leur faisabilité et leur impact ont aussi été évalués.

Les versions définitives des notes de politique ont ensuite été transmises aux publics cibles.

Les actions retenues ont été regroupées en trois catégories visant à optimiser l'adoption de la RDM-C par les intervenantes et intervenants de même que par les gestionnaires œuvrant auprès des jeunes en difficulté au Québec :

- **Les actions liées à la RDM-C** visent à clarifier ses principes et à déconstruire les idées fausses. Les équipes professionnelles peuvent, par exemple, consulter une personne-ressource pour se faire accompagner et répondre à leurs questions. Elles peuvent également participer à des formations et à des groupes de discussion pour approfondir leurs connaissances sur l'applicabilité de la RDM-C et réfléchir à leurs propres croyances et représentations.
- **Les actions liées au milieu de travail** s'attaquent à la nécessité de préciser l'orientation institutionnelle envers la RDM-C, tout en tenant compte du cadre légal. Elles insistent aussi sur l'importance de clarifier le cadre d'intervention, tant individuel que collectif, auprès des jeunes lorsque des enjeux de santé mentale ou physique existent et, si possible, de mobiliser les membres d'autres professions de la santé (p. ex., psychiatres).
- **Les actions liées aux jeunes** tiennent compte de l'importance d'adopter des pratiques adaptées à leurs besoins, quel que soit le niveau de sévérité du TUS, et de promouvoir la compréhension de la RDM-C auprès des parents, des milieux scolaires et des collaboratrices et collaborateurs (p. ex., au moyen de rencontres d'information, d'outils de sensibilisation, etc.).

Pour connaître les actions formulées pour chaque public cible (personnel intervenant auprès des jeunes; gestionnaires), veuillez consulter les notes de politique (en balayant le code QR en page 8).



PISTES D'ACTION

Pour que le projet ait un impact plus large, il serait souhaitable de présenter les actions proposées à l'ensemble des professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux qui œuvrent auprès des jeunes en difficulté au Québec.

Concrètement, l'on pourrait envisager les stratégies suivantes :

- Intégrer les actions proposées dans la formation continue du personnel intervenant auprès des jeunes en difficulté.
- Diffuser du matériel informatif à toutes les équipes des milieux concernés, plutôt que seulement aux personnes ayant participé au projet de recherche.
- Offrir un appui aux gestionnaires pour faciliter la mise en œuvre des actions proposées.

Ces efforts contribueraient à mieux ancrer les pratiques basées sur les données probantes dans les milieux et à favoriser leur adoption sur le terrain.

ÉTAPE 3

ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU TC, DE SES EFFETS ET DE SES RETOMBÉES

La dernière étape de la démarche de TC s'est appuyée sur le cadre d'évaluation de Ziam et coll.³ (2024). L'équipe a recueilli des données qualitatives et quantitatives afin de décrire la mise en œuvre du TC, ses effets immédiats et ses retombées à court et à moyen terme.

Résultats de la démarche de TC

Résultats immédiats à la suite des ateliers délibératifs

Les personnes y ayant participé ont exprimé une grande satisfaction à l'égard de la démarche de TC et des ateliers délibératifs (contenu, animation et organisation). Elles ont particulièrement apprécié :

- leur rôle dans la coproduction des connaissances ;
- la tenue d'ateliers distincts pour chaque public cible ;
- la pertinence et le caractère concret des stratégies de TC ;
- la diffusion des notes de politique en amont ;
- les discussions en sous-groupes et le retour collectif lors des délibérations.

Sur le plan des apprentissages, certaines personnes ont affirmé avoir acquis de nouvelles connaissances, tandis que d'autres estiment avoir consolidé celles déjà acquises. Les participantes et participants étant peu familiers de la RDM-C ont manifesté des changements notables de croyances et d'attitudes. De manière générale, ceux-ci affichaient une attitude positive envers la RDM-C, une opinion négative de l'approche d'abstinence et une perception favorable de leur niveau de formation en RDM-C. Enfin, les informations recueillies ont révélé leur intention de mettre en pratique les actions proposées par l'équipe de recherche pour optimiser l'adoption de la RDM-C chez les jeunes.

3. Ziam, S., Lanoue, S., McSween-Cadieux, E., Gervais, M. J., Lane, J., Gaid, D., Chouinard, L. J., Dagenais, C., Ridde, V., Jean, E., Fleury, F. C., Hong, Q. N., & Prigent, O. (2024). A scoping review of theories, models and frameworks used or proposed to evaluate knowledge mobilization strategies. *Health Research Policy and Systems*, 22(1), 8.

Retombées à court et à moyen terme

Les délibérations ont favorisé une meilleure appropriation des connaissances et des actions. Plusieurs participantes et participants entendaient répéter l'exercice en groupe avec leurs collègues afin de renforcer cette appropriation. Les gestionnaires ont souligné que les actions leur seraient particulièrement utiles pour transmettre leur vision de l'adoption de la RDM-C et assurer une orientation commune des pratiques.

En ce qui concerne l'application des connaissances, la démarche de TC a permis de revalider des pratiques et d'assurer une meilleure adhésion à la RDM-C. Trois types d'utilisation des connaissances ont émergé :

- une meilleure compréhension de la RDM-C ;
- chez les intervenantes et intervenants, une mise en pratique des acquis par la suite (p. ex. : intégration de stratégies de RDM-C dans les plans de consommation des jeunes) ;
- chez les gestionnaires, l'intention de s'appuyer sur les actions pour diffuser la vision de l'organisation.



Conclusion

Ce projet met en lumière les effets d'une démarche de TC sur les pratiques du personnel de la santé et des services sociaux en ce qui a trait à l'adoption de la RDM-C par les jeunes.

Quoiqu'ancrée dans le contexte québécois, cette recherche s'inscrit dans une réflexion plus large sur les politiques publiques de santé et les effets de la criminalisation de l'usage de substances. Le cadre législatif et politique peut en effet constituer un frein majeur à l'adoption de la RDM-C, en renforçant la stigmatisation des personnes qui consomment des substances psychoactives et en aggravant les problèmes de santé qu'il devrait prétendument résoudre.

Dans cette perspective, adopter une approche de RDM-C suppose de remettre en question les politiques répressives, particulièrement là où l'usage du cannabis demeure illégal pour certaines populations, et de promouvoir des politiques fondées sur les données probantes, capables de réduire à la fois les méfaits liés à la consommation et ceux engendrés par les politiques elles-mêmes.

Pour aller plus loin...

Les prochaines études à ce sujet devraient intégrer la perspective de jeunes afin de mieux comprendre leurs besoins, leurs expériences et les implications que comporte pour eux l'adoption de la RDM-C.

PISTES D'ACTION

Pour que l'approche de RDM-C soit réellement adoptée et maintenue dans le temps, il importe de multiplier les activités de sensibilisation et de formation auprès des intervenantes et intervenants en santé et en services sociaux qui travaillent avec les jeunes en difficulté.

Ces activités devraient leur permettre de mieux comprendre l'approche, de corriger certaines idées fausses, de renforcer leurs pratiques et de développer une vision commune de la RDM-C.

Des initiatives collectives, organisées directement dans les milieux de pratique, pourraient aussi favoriser l'appropriation de la démarche et encourager les échanges d'expériences entre intervenantes et intervenants. Ce type d'action aiderait à intégrer la RDM-C dans le travail quotidien, à consolider une vision commune et à soutenir son implantation dans différentes structures du réseau de la santé et des services sociaux.

À PROPOS DE L'ÉTUDE

OBJECTIFS

- Recenser les stratégies de RDM-C utilisables par les jeunes.
- Identifier les facteurs qui facilitent ou limitent l'adoption de la RDM-C par les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux des pays de l'OCDE.
- Évaluer l'acceptabilité de la RDM-C chez les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant auprès de jeunes en difficulté au Québec.
- Élaborer, mettre en œuvre et évaluer une démarche de TC visant à optimiser l'adoption de la RDM-C par les professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux œuvrant auprès de jeunes en difficulté au Québec.

MÉTHODE

- Recensions systématiques des écrits scientifiques (c.-à-d. études de portée)
- Études mixtes combinant des données quantitatives et qualitatives

Certificat d'éthique du Comité d'éthique de la recherche en éducation et psychologie (CEREP) de l'Université de Montréal (n° 2023-4408) et du Comité d'éthique de la recherche — Jeunes en difficulté (CER-JD) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (n° 2024-1949).

Financement : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Fonds de recherche du Québec (n° 2023-OPTR-322652), DOI : <https://doi.org/10.69777/322652> ; Institut universitaire sur les dépendances (IUD) ; Centre de recherche en santé publique (CRéSP) ; Recherche et intervention sur les substances psychoactives — Québec (RISQ).



Pour en savoir plus

- Sur le projet de recherche
- Sur la littérature scientifique qui porte sur cette thématique
- Sur les notes de politiques

Veillez consulter la page web de *Lumière sur* :



ÉQUIPE DE RECHERCHE

Roula Haddad, professionnelle de recherche, Université de Montréal

Christian Dagenais, professeur titulaire, Université de Montréal

Jean-Sébastien Fallu, professeur agrégé, Université de Montréal; chercheur, Centre de recherche en santé publique (CRéSP) et Institut universitaire sur les dépendances

Christophe Huÿnh, chercheur d'établissement, Institut universitaire sur les dépendances

Yuan Song, candidate au doctorat, Université de Montréal

Laurence D'Arcy, spécialiste en dépendance, Institut universitaire sur les dépendances

Mathieu-Joël Gervais, professionnel de recherche, Université de Montréal

Aurélien Hot, conseillère principale de recherche, Université de Montréal

PARTENAIRE

Institut universitaire sur les dépendances

DIRECTION SCIENTIFIQUE

Jean-Sébastien Fallu, professeur agrégé, Université de Montréal; chercheur, Centre de recherche en santé publique (CRéSP) et Institut universitaire sur les dépendances

Christian Dagenais, professeur titulaire, Université de Montréal

RÉDACTION

Roula Haddad, professionnelle de recherche, Université de Montréal

COORDINATION DE LA PRODUCTION

Patricia Dias da Silva, courtière de connaissances, CRéSP

Roula Haddad, professionnelle de recherche, Université de Montréal

RÉVISION LINGUISTIQUE

Hélène Morin

GRAPHISME

Samarkand, creation-samarkand.com

Une publication de l'Équipe Renard, de l'IUD et du CRéSP. Issu d'un partenariat entre le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et l'Université de Montréal, le CRéSP est financé par le Fonds de recherche du Québec.

Dépôt légal :

ISSN 2817-6812 (imprimé) — ISSN 2817-6820 (en ligne)

Les reproductions de ce texte, en tout ou en partie, sont autorisées à condition d'en mentionner la source.

Pour citer ce document :

Haddad, R., Fallu, J.-S., Dagenais, C., Comment améliorer les pratiques en réduction de méfaits liés à l'usage du cannabis des jeunes ? La contribution d'une démarche en transfert de connaissances. *Lumière sur la recherche au CRéSP*, n° 9; janvier 2026.

