



L'efficacité de la thérapie familiale multidimensionnelle pour réduire la consommation de substances chez les jeunes

Messages clés

- La thérapie familiale multidimensionnelle (TFM) est une intervention en milieu familial prometteuse pour réduire la consommation de substances chez les jeunes.
- Si on les compare aux participants aux thérapies de groupe et cognitivo-comportementale, les participants à la TFM :
 - Étaient moins susceptibles de présenter une dépendance et consommaient des substances moins fréquemment lors d'un suivi de 12 mois;
 - Connaissaient de meilleurs résultats en matière de gravité de consommation de substances, en particulier chez les jeunes à risque élevé.
- La TFM a produit une réduction beaucoup plus importante de la consommation d'alcool et de cannabis que la thérapie de groupe.
- Des recherches à jour et particulières au contexte canadien sont nécessaires pour corroborer ces conclusions et pour combler les lacunes en matière de connaissances sur l'application de la TFM pour réduire la consommation d'autres substances, comme les opioïdes, les stimulants et les sédatifs, pour divers groupes (âge, sexe et ethnie) et pour ceux aux prises avec des troubles concomitants.
- Développer nos habiletés : Lignes directrices canadiennes pour les programmes de prévention de l'abus de substances axés sur les habiletés familiales est une ressource fondée sur des données probantes permettant d'adapter les programmes axés sur la famille aux contextes locaux.

Les constatations de cet examen rapide sont limitées par les paramètres restrictifs de la méthodologie utilisée dans le cadre de l'examen. Par conséquent, il se peut qu'elles ne présentent pas une évaluation exhaustive de l'état actuel des connaissances sur l'enjeu en question, et elles doivent être considérées à la lumière de cette limitation. De plus, la diversité des langues utilisées dans le domaine de la toxicomanie est telle que les diverses sources utilisent souvent des termes différents. Le présent examen rapide tente de maintenir l'uniformité et l'exactitude de l'information



fournie par la source en utilisant les termes apparaissant dans la publication originale. Ce document s'adresse à des publics comprenant les fournisseurs et spécialistes du traitement de la toxicomanie, les décideurs, les professionnels de la santé, la communauté des chercheurs et les travailleurs de soutien aux jeunes.

Contexte

La jeunesse est une période de croissance et de changements importants, notamment au niveau du cerveau. C'est aussi à cette période de la vie que commencent le plus souvent les comportements à risque et la consommation de substances. Les zones du cerveau associées à la récompense, à la motivation et à l'impulsivité arrivent habituellement tôt à maturité, alors que les zones qui modèrent le risque le font plus tard (Spear, 2013). En raison de ce décalage, les jeunes sont parfois plus enclins à faire preuve de témérité que les membres de la population générale. La taille et la sensibilité des jeunes aux effets des substances psychotropes les exposent aussi à des risques accrus comparativement aux adultes (Tanner-Smith, Wilson et Lipsey, 2013). Les jeunes sont nettement plus susceptibles de consommer de l'alcool et d'autres drogues, d'avoir des habitudes de consommation à risque et de subir des méfaits par suite de cette consommation. Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2013, 60 % des jeunes Canadiens de 15 à 19 ans ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois; 22 % ont dit avoir consommé du cannabis; 10 % ont consommé des produits pharmaceutiques psychotropes à des fins non médicales et 3 % ont consommé des hallucinogènes (Statistique Canada, 2015). De plus, certaines données extraites de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes 2012-2013 suggèrent qu'environ trois élèves de la 7^e à la 12^e année sur 10 ont dit avoir consommé de façon excessive (c.-à-d. cinq verres ou plus) au cours des 12 derniers mois (Santé Canada, 2014).

Les jeunes sont aussi plus susceptibles que les adultes de subir les méfaits (p. ex. dépendance, surdose, maladie mentale concomitante, blessures, accidents de la route) de la consommation d'alcool et d'autres drogues. Par exemple, de 2000 à 2010, les jeunes conducteurs mortellement blessés de 16 à 24 ans au Canada étaient deux fois plus susceptibles d'obtenir des résultats positifs pour le cannabis que les adultes de 35 ans et plus (25,8 % comparativement à 9,7 %) (Beirness, Beasley et Boase, 2013). De plus, des données provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé indiquent qu'en 2011, les jeunes de 15 à 24 ans ont été hospitalisés plus longtemps pour des troubles liés aux cannabinoïdes que les membres de tout autre groupe d'âge (Young et Jesseman, 2014). De telles statistiques soulignent le besoin d'options de traitement adaptées à l'âge.

Il existe une vaste gamme de modes de traitement¹ adaptés aux jeunes dont l'efficacité a fait l'objet d'enquêtes dans la littérature scientifique. De façon générale, la [thérapie familiale](#) pour la consommation de substances chez les jeunes est une approche collective dont l'efficacité a été confirmée par de solides fonds de données probantes, et ce, en comparaison avec d'autres modes de traitement comme la [thérapie cognitivo-comportementale \(TCC\)](#), la [thérapie de groupe](#) et la [thérapie de renforcement de la motivation \(TRM\)](#) (Tanner-Smith et coll., 2013). Il est cependant plus difficile de déterminer le moment où le traitement destiné aux familles est plus efficace et pour quoi et cela dépend possiblement en grande partie de l'intervention particulière à laquelle on fait appel. De plus, la diversité des définitions de la jeunesse en fonction de l'âge est aussi problématique et limite la capacité du domaine de tirer des conclusions claires sur l'efficacité des modes d'intervention en fonction des recherches pertinentes.

Cet examen portait sur une approche de traitement en milieu familial et cherchait à répondre à la question suivante : « Dans quelle mesure la [thérapie familiale multidimensionnelle \(TFM\)](#) est-elle

¹ Lors de la première occurrence, la terminologie clinique des modes de traitement est indiquée en bleu et le lien mène aux définitions se trouvant à l'annexe A.



efficace comparativement aux approches qui ne sont pas axées sur la famille pour réduire la consommation de substances chez les jeunes? »

L'enjeu

La littérature scientifique relève une vaste gamme d'approches de traitement axées sur la famille pour la consommation de substances chez les jeunes (p. ex. la thérapie familiale fonctionnelle, la thérapie multisystémique et la thérapie familiale stratégique brève). Toutefois, les indications de l'ampleur et du contexte de leur efficacité individuelle à réduire la consommation de substances comparativement à d'autres traitements qui ne sont pas axés sur la famille ne sont pas claires.

La TFM est une intervention particulièrement prometteuse qui a été mise en œuvre et étudiée dans divers contextes au cours d'une période de 25 ans (Austin, Macgowan et Wagner, 2005). La TFM est un traitement familial intégratif unique en son genre de la consommation de substances chez les jeunes et des troubles mentaux, comportementaux et émotionnels connexes. Elle fait appel aux principes des thérapies familiales et individuelles, ainsi qu'au counseling en toxicomanie et à diverses interventions systémiques (Rowe, 2012). Elle intervient dans les quatre grands domaines de la vie

1. l'adolescent en tant qu'individu et membre d'un réseau familial et de pairs;
2. les parents, en tant qu'individus et de parents;
3. l'environnement familial et les relations;
4. les sources d'influence externes à la famille, y compris les pairs, l'école, et ainsi de suite. (Liddle, 2010).

Pour mieux comprendre l'efficacité comparative de ce type de traitement pour cette population, l'examen rapide cherchait à évaluer les données probantes pour l'efficacité de la TFM, par rapport à d'autres traitements non familiaux, quant aux résultats obtenus pour réduire la fréquence et la gravité de la consommation et de l'abus de substances ainsi que de la dépendance à celles-ci chez les jeunes.

Approche

Nous avons procédé à un dépouillement systématique de la documentation existante et de la littérature grise en fonction d'une combinaison de mots clés dans diverses bases de données et sites Web (Annexe B). Pour être inclus, les articles devaient être rédigés en anglais et avoir été publiés entre 2010 et 2015. Les critères PICRC (Population, Intervention, Comparateurs, Résultats et Contexte) suivants ont servi à déterminer l'inclusion ou l'exclusion des articles recensés :

Population	Jeunes de 11 à 19 ans présentant un trouble de consommation de substances (alcool, cannabis ou autres drogues).
Intervention	Thérapie familiale multidimensionnelle
Comparateurs	Approches de traitement non familiales
Résultats	Fréquence et gravité de la consommation, de l'abus et de la dépendance (alcool, cannabis ou autres drogues)
Contexte	Tous

Un total de 931 articles ont d'abord été évalués pour en déterminer la pertinence. En passant au crible le titre et le résumé, 67 articles intégraux (environ 7 %) ont été examinés pour en déterminer la pertinence à l'enquête. Parmi ceux-ci, 10 articles répondaient aux critères d'inclusion, dont cinq



étaient des examens systématiques inclus dans le présent rapport. Les cinq autres articles comprenaient trois documents faisant des résultats du même essai clinique randomisé (ECR) (Hendricks, van der Schee et Blanken, 2011, 2012; Rigter et coll., 2013), un document faisant rapportant les résultats d'une analyse regroupée de cinq ECR (Greenbaum et coll., 2015) et un autre document faisant état de deux ECR indépendants (Henderson, Dakof, Greenbaum et Liddle, 2010). Toutefois, compte tenu des chevauchements entre ces documents et les ECR compris dans les examens systématiques et le fait que les examens systématiques constituent le sommet de la hiérarchie des données probantes, ces documents supplémentaires ne sont pas décrits en détail dans le présent examen rapide. Un diagramme des éléments privilégiés pour les revues systématiques et les méta-analyses (éléments PRISMA) figure à l'annexe C.

Conclusions

Les résultats de cinq examens systématiques (Baldwin, Christian, Berkeljon et Shadish, 2012; Bender, Tripodi, Sarteschi et Vaughn, 2011; Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2014; Filges, Rasmussen, Andersen et Jørgensen, 2015; Tripodi, Bender, Litschge et Vaughn, 2010) fournissent des renseignements sur l'efficacité de la TFM, par rapport à d'autres thérapies non familiales, pour réduire la consommation de substances chez les jeunes. Seuls les résultats relatifs à la fréquence et la gravité de la dépendance et de la consommation et l'abus de substances sur une période de 12 mois sont décrits en détail ci-dessous. Un résumé des caractéristiques de ces examens systématiques et des résultats pertinents signalés (y compris un suivi de 3 et 6 mois, le cas échéant) est présenté à l'annexe D.

Comparaison entre la TFM et la TCC

Les résultats pertinents d'un ECR, rapportés dans l'examen systématique de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) de 2014, comprenaient des mesures du changement à la fréquence et à la gravité de la consommation de substances chez les jeunes suivant une TFM comparativement à une TCC. La proportion de jeunes signalant une consommation minimale de substances (aucune consommation ou une seule consommation d'une substance quelconque) à 12 mois était considérablement plus élevée dans le groupe suivant une TFM comparativement au groupe suivant une TCC. Toutefois, si on évalue ce résultat en fonction du niveau de référence de la gravité du problème de consommation de substances (supérieure [élevée] ou inférieure [faible] au nombre moyen de jours de consommation de substances), aucune différence importante n'est signalée entre les traitements pour les groupes à gravité élevée ou faible.

Ce même essai a aussi recensé des réductions beaucoup plus importantes des troubles liés aux substances tels que mesurés à l'aide de l'échelle [Inventaire des expériences personnelles](#) du [Expérience personnelle des produits chimiques](#), un suivi de 12 mois de la TFM comparée à la TCC (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2014). Ces résultats se sont maintenus pour le groupe à méfaits très graves, mais pas pour le groupe à méfaits moins graves.

Deux examens systématiques ont comparé la TFM et la TCC pour ce qui est des résultats d'ensemble distincts relatifs à la consommation d'alcool et de cannabis. Tripodi et collègues (2010) se sont concentrés sur les résultats d'ensemble pour la consommation d'alcool, y compris la fréquence, la quantité et l'abstinence, dans le cadre de deux ECR et ont signalé des réductions plus importantes de consommation d'alcool lors du suivi de 12 mois chez ceux suivant une TFM, mais ces résultats n'étaient pas significatifs. Bender et collègues (2011) ont examiné une variable agréée de la fréquence de consommation de cannabis dans les données de trois ECR et ont obtenu un résultat semblable.

En outre, l'OEDT a aussi relevé des résultats plus particulièrement associés à la fréquence de consommation de certaines substances (2014). Il a indiqué que la réduction de la prévalence de



consommation de cannabis pendant les 30 jours précédant le suivi de 12 mois n'était pas significative entre les deux formes de traitement. Cependant, la réduction de la consommation de substances autres que l'alcool et le cannabis chez les personnes suivant une TFM était beaucoup plus importante.

Comparaison entre la TFM et la thérapie de groupe entre pairs ou adolescents

L'examen systématique mené par l'OEDT (2014) comprenait aussi deux ECR examinant la TFM en fonction de la [thérapie de groupe entre pairs ou adolescents \(TGP ou TGA\)](#). L'un des deux examens a signalé que les réductions de consommation de toute drogue étaient plus importantes pour la TFM que pour la TGA, mais pas significatives du point de vue statistique. À l'inverse, l'autre examen a noté une réduction beaucoup plus importante dans la fréquence de consommation de toute substance sur 30 jours après 12 mois. La probabilité d'abstinence de toute substance était aussi considérablement plus élevée pour la TFM. Pour ce qui est de la mesure de la gravité, la réduction du nombre de troubles liés aux substances pour les jeunes suivant une TFM était beaucoup plus grande que pour ceux suivant une TGP. En revanche, aucune différence dans le nombre de jeunes signalant des troubles de consommation de substances entre les deux formes de traitement n'a été recensée.

Tout comme pour la TCC, Tripodi et coll. (2010) et Bender et coll. (2011) ont aussi comparé la TFM à ces thérapies de groupe de façon distincte pour la consommation d'alcool et de cannabis. Ils ont signalé des réductions considérablement plus importantes de consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes suivant une TFM que chez ceux suivant une thérapie de groupe (les deux $p=0,02$).

Comparaison entre la TFM et la TRM/TCC5 ou l'approche de renforcement par la communauté pour adolescent

Un des examens systématique a fait état d'un essai comparant la TFM à une intervention de rechange composée de cinq séances de renforcement de la motivation combinées à des approches cognitivo-comportementales (TRM/TCC5) ainsi qu'une thérapie jumelant des approches individuelles et familiales ([Approche de renforcement par la communauté pour adolescent \[ARCA\]](#)) (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2014). Les conclusions pertinentes mentionnées portaient sur les journées d'abstinence du cannabis au cours d'une période de suivi de 12 mois, mais aucune différence significative n'a été recensée entre les clients suivant une TFM et ceux suivant une TRM/TCC5 ou l'ARCA.

Comparaison entre la TFM et la psychothérapie individuelle

L'examen systématique de l'OEDT (2014) a aussi fait état des conclusions (sans fournir de mesure de signification statistique) d'un autre essai comparant, celui-ci, la TFM et la [psychothérapie individuelle \(PI\)](#) relativement aux résultats en matière consommation de cannabis seulement. Le taux de prévalence de la dépendance au cannabis chez les jeunes suivant une TFM était moins élevé (38 % c. 52 %) que pour ceux suivant une PI. Qui plus est, un nombre plus important de clients suivant une TFM ne subissait plus les méfaits de troubles associés au cannabis au moment du suivi. Le nombre de symptômes de dépendance au cannabis signalés par les jeunes en traitement pour 12 mois a aussi diminué de façon plus considérable chez ceux suivant une TFM que ceux suivant une PI (43 % c. 31 %).

Les résultats d'une comparaison entre les modes de traitement pour les consommateurs de cannabis à méfaits très graves (c.-à-d. ceux dont le nombre de jours de consommation de cannabis dépassait la médiane de l'échantillon) ont révélé que la fréquence de consommation avait diminué davantage chez les personnes suivant une TFM (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2014).



Comparaison entre la TFM et les approches de rechange en général

Deux examens systématiques ont comparé l'efficacité de la TFM à celle des thérapies de rechange en général, y compris celles présentées dans les sous-sections précédentes. Filges et coll. (2015) ont examiné cinq enquêtes et ont conclu qu'au moment du suivi de 12 mois, la TFM avait donné lieu à une réduction non significative de la fréquence de l'abus de substances et une réduction significative de la gravité des troubles d'abus de drogue comparativement aux autres approches de traitement. Un examen systématique effectué par Baldwin et ses collaborateurs (2012) portait uniquement sur une variable globale des résultats observés relativement à l'abus de substances et au traitement de la délinquance pour la TFM en comparaison aux traitements de rechange en général.

Discussion

Cet examen rapide portait sur l'efficacité de la TFM par rapport aux autres traitements qui n'étaient pas axés sur la famille pour réduire la consommation de substances chez les jeunes. Les données probantes issues des cinq examens systématiques semblent indiquer que la TFM serait plus efficace. En particulier, cette approche semble être supérieure à la TCC et aux thérapies de groupe, comme la TGP ou TGA, pour ce qui est d'un certain nombre de dépendances, de la fréquence de la consommation et de l'abus de substances et de la gravité des résultats (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2014). On a aussi recensé certaines indications selon lesquelles les jeunes aux prises avec des troubles de consommation problématique de substances plus graves pourraient profiter de la TFM et que cette approche serait plus susceptible de réduire la consommation d'alcool et de cannabis que les thérapies de groupe.

Toutefois, malgré le nombre d'examen systématiques portant sur la TFM, les données probantes disponibles pour ce mode de traitement ne semblent pas cohérentes. Le présent examen rapide a révélé une grande hétérogénéité entre les enquêtes, tant dans la mesure des résultats liés aux substances que dans la manière de présenter les conclusions des ECR. Par conséquent, il demeure difficile d'évaluer l'ampleur des avantages particuliers de la TFM par rapport aux autres approches de traitement non familiales et le contexte dans lequel la TFM serait la plus utile.

Il est clair, si on se fie aux conclusions recensées dans le présent examen rapide, qu'il existe aussi certaines lacunes en matière de connaissances dans ce domaine. Alors que certaines des mesures de l'efficacité décrites étaient particulières à l'alcool et au cannabis, des indicateurs comparables pour opioïdes, stimulants et sédatifs-hypnotiques n'étant pas disponibles, l'utilité de la TFM à réduire la consommation de ces substances constitue une importante lacune de connaissance. Le fait qu'aucun des ECR mentionné dans les examens systématiques recensés ici n'a été mené au Canada représente aussi une importante lacune. On ne peut donc pas présumer de l'applicabilité de la TFM à un contexte canadien, compte tenu des différences entre le système de soins de santé et les approches en matière de traitement du Canada, des États-Unis et des pays européens. De plus, les ECR portaient sur des populations de jeunes s'étendant parmi des groupes d'âge relativement larges (p. ex. de 11 à 18 ans c. de 12 à 19 ans), assortis de distributions diverses en matière d'ethnicité et de sexe et ne tenant pas compte des troubles concomitants de santé mentale. Des recherches supplémentaires sur l'efficacité de la TFM pour les jeunes dont l'âge, le sexe et l'ethnicité varient ainsi que pour ceux aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale s'imposent donc. Des ressources comme *Développer nos habiletés : Lignes directrices canadiennes pour les programmes de prévention de l'abus de substances axés sur les habiletés familiales* sont disponibles pour les fournisseurs de traitement et peuvent servir à orienter l'adaptation d'initiatives axées sur la famille aux contextes locaux. Cette ressource sert aussi de guide pour l'évaluation des initiatives axées sur la famille dans le contexte canadien et elle appuie l'amélioration continue au fil du temps.



De plus, même si les examens systématiques décrits ici représentent quelque 20 documents de recherche ou plus sur la TFM en tant qu'intervention pour aborder la consommation de substances chez les jeunes, ils s'appuient tous sur cinq ECR menés voilà plus de huit ans. Par conséquent, la pertinence de ces conclusions relativement à la pratique en matière de traitement de la toxicomanie aujourd'hui est douteuse.

Limites

La méthodologie appliquée à cet examen rapide comportait certaines limites. Premièrement, la recherche portait uniquement sur les documents anglophones publiés au cours des cinq dernières années. De plus, compte tenu du nombre d'examen systématiques disponibles, nous n'avons inclus aucun autre type d'enquête. Ces deux restrictions méthodologiques pourraient faire en sorte que des enquêtes ou des conclusions pertinentes ont été omises.

Deuxièmement, seuls les résultats pour l'efficacité de la TFM par rapport à d'autres approches relatives à la dépendance, à la fréquence de la consommation et de l'abus de substances et à la gravité ont été évalués. Les autres indicateurs des effets de traitement susceptibles de donner d'autres indications des bienfaits de la TFM, mais qui n'ont pas été abordés ici, comprennent la poursuite du traitement ou les taux de réussite, l'interaction familiale, la participation à l'école, les comportements à risque et autres. Ces résultats sont des aspects importants de la question sur lesquels devraient se pencher les recherches ultérieures dans le domaine.

De plus, nous n'avons pas mené d'évaluation critique de la qualité méthodologique des examens systématiques particuliers faisant partie de l'examen rapide. Il n'est donc pas clair si la qualité des examens revus a eu une influence sur les conclusions tirées dans le présent ouvrage.

Enfin, même si le présent examen rapide s'est principalement servi de la signification statistique des comparaisons entre la TFM et les autres types de traitement pour déterminer l'efficacité de la TFM, il est à noter que cette mesure n'est pas nécessairement indicative de changements significatifs, du point de vue clinique, dans les comportements individuels relatifs aux substances.

Conclusions

Bien qu'il y ait des indications selon lesquelles la TFM est plus efficace que certaines approches non familiales, lorsqu'on la compare à d'autres approches, la TFM a démontré une efficacité comparable, comme en témoignent les résultats indifférenciés. Compte tenu de l'hétérogénéité de la mesure des résultats des enquêtes examinées, il n'est toujours pas clair pour qui et dans quelles circonstances la TFM serait la plus bénéfique. Comme la littérature sur la TFM repose uniquement sur cinq essais, tous menés voilà plus de huit ans, il est nécessaire de mener d'autres recherches dans ce domaine, particulièrement dans le contexte canadien, pour fournir les données probantes les plus courantes et les plus pertinentes aux fournisseurs de traitement. Les enquêtes futures devraient porter sur l'élaboration d'outils d'évaluation normalisés des résultats liés aux substances, en particulier pour les sous-groupes à risque élevé et d'autres types de substances présentant un risque d'abus.



Références

- Austin, A.M., M.J. Macgowan et E.F. Wagner. « Effective Family-Based Interventions for Adolescents With Substance Use Problems: a Systematic Review », *Research on Social Work Practice*, vol. 15, n° 2, 2005, p. 67-83.
- Baldwin, S.A., S. Christian, A. Berkeljon, W.R. Shadish et R. Bean. « The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis », *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 38, n° 1, 2012, p. 281-304.
- Beirness, D. J., E. E. Beasley, et P. Boase. « Drug use by fatally injured drivers in Canada: 2000-2010 ». Dans Sheehan, M. & B. Watson. (Eds.), *Proceedings of the international conference on alcohol drugs and traffic safety*, 2013. Brisbane: Centre for Accident Research and Road Safety – Queensland.
- Bender, K., S.J. Tripodi, C. Sarteschi et M.G. Vaughn. « A meta-analysis of interventions to reduce adolescent cannabis use », *Research on Social Work Practice*, vol. 21, n° 2, 2011, p. 153-164.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review*. Luxembourg, 2014. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.
- Filges, T., P. S. Rasmussen, D. Andersen, et A.-M. K. Jørgensen. « Multidimensional family therapy (MDFT) for young people in treatment for non-opioid drug use: a systematic review ». *Campbell Systematic Reviews*, vol. 11, n° 8, 2015.
- Greenbaum, P.E., W. Wang, C.E. Henderson, L. Kan, K. Hall, G.A. Dakof et H.A. Liddle. « Gender and ethnicity as moderators: integrative data analysis of multidimensional family therapy randomized clinical trials », *Journal of Family Psychology*, vol. 29, n° 6, 2015, p. 919-930.
- Henderson, C.E., G.A. Dakof, P.E. Greenbaum et H.A. Liddle. « Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 78, n° 6, 2010, p. 885-897.
- Hendriks, V., E. van der Schee et P. Blanken. « Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 119, n° 1-2, 2011, p. 64-71.
- Hendriks, V., E. van der Schee et P. Blanken. « Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: treatment effect moderators in a randomized controlled trial », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 125, n° 1-2, 2012, p. 119-126.
- Liddle, H. A. « Multidimensional family therapy: a science-based treatment system », *ANZJFT Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, vol. 31, n° 2, 2010, p. 133-148.
- Rigter, H., C.E. Henderson, I. Pelc, P. Tossmann, O. Phan, V. Hendriks, . . . C.L. Rowe. « Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 130, n° 1-3, 2013, p. 85-93.



- Rowe, C.L. « Family therapy for drug abuse: review and updates 2003–2010 », *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 38, n° 1, 2012, p. 59–81.
- Santé Canada. *Enquête de 2012-2013 sur le tabagisme chez les jeunes – Tableaux supplémentaires*. Ottawa (Ontario), 2014: Santé Canada.
- Spear, L.P. « Adolescent neurodevelopment », *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, n° 2, Suppl, 2013, p. S7–S13.
- Statistique Canada. (2015). *Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS): summary of results for 2013*. Ottawa (Ontario), Statistique Canada.
- Tanner-Smith, E.E., S. Jo Wilson et M.W. Lipsey. « The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 44, n° 2, 2013, p. 145–158.
- Tripodi, S.J., K. Bender, C. Litschge et M.G. Vaughn. « Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 164, n° 1, 2010, p. 85–91.
- Young, M., et R. Jesseman. *Répercussions des troubles liés aux substances sur l'utilisation des services hospitaliers*. Ottawa (Ontario), 2014, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.



Annexe A : Glossaire

Approche de renforcement par la communauté pour adolescent (ARCA) : intervention comportementale visant à remplacer les facteurs environnementaux appuyant la consommation de substances par des activités et comportements qui appuient le rétablissement.

Thérapie de groupe entre pairs ou adolescents (TGP ou TGA) : modèle de thérapie de groupe adaptée aux adolescents et leurs groupes de pairs.

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : intervention psychothérapeutique qui rejette les styles de pensée et états affectifs négatifs que l'on croit être à la source des comportements mal adaptés et qui favorise l'acquisition de compétences d'adaptation de rechange et l'adoption de stratégies comportementales visant à réduire et éliminer les comportements problématiques.

Thérapie familiale : méthode thérapeutique à laquelle participe un ou plusieurs membres de la famille et visant à aborder les relations familiales et comprendre les comportements individuels dans le contexte familial.

Thérapie de groupe : counseling ou « thérapie du dialogue » offerte dans divers contextes (groupe, famille, individuel) et portant sur les questions quotidiennes que n'abordent pas les autres catégories de traitement.

Psychothérapie individuelle (PI) : approche psychodynamique ou orientée par la TCC qui cible l'individu.

Thérapie de renforcement de la motivation (TRM) : thérapie pour trouble de consommation de substances se fiant en grande partie sur les principes de l'entrevue motivationnelle, y compris l'écoute attentive et la reformulation, les stratégies ouvertes et la comparaison des comportements aux standards normatifs.

Entrevue motivationnelle (EM) : méthode semi-dirigée axée sur le client et visant à renforcer la motivation intrinsèque au changement en explorant et en résolvant l'ambivalence.

Thérapie familiale multidimensionnelle (TFM) : intervention en clinique externe axée sur la famille et conçue pour aborder les troubles de consommation de substances chez les jeunes à quatre niveaux : l'individu, ses parents, sa famille et ses réseaux externes (p. ex. contexte entre pairs, à l'école, au travail et pendant les loisirs).

Intervention éducative plurifamiliale (IEP) : interventions en santé mentale servant à aviser et appuyer la famille élargie par rapport au jeune aux prises avec des troubles liés aux substances (p. ex. parents, parenté, etc.)

Inventaire des expériences personnelles (IEP) : mesure d'auto-évaluation à plusieurs niveaux pour évaluer la gravité des problèmes de consommation de substances et les risques psychosociaux.

Expérience personnelle des produits chimiques : sous-échelle de 29 éléments de l'IEP portant sur l'influence psychologique et comportementale de la consommation de substances et les conséquences connexes au cours des 30 jours précédents.



Annexe B : Stratégie de recherche

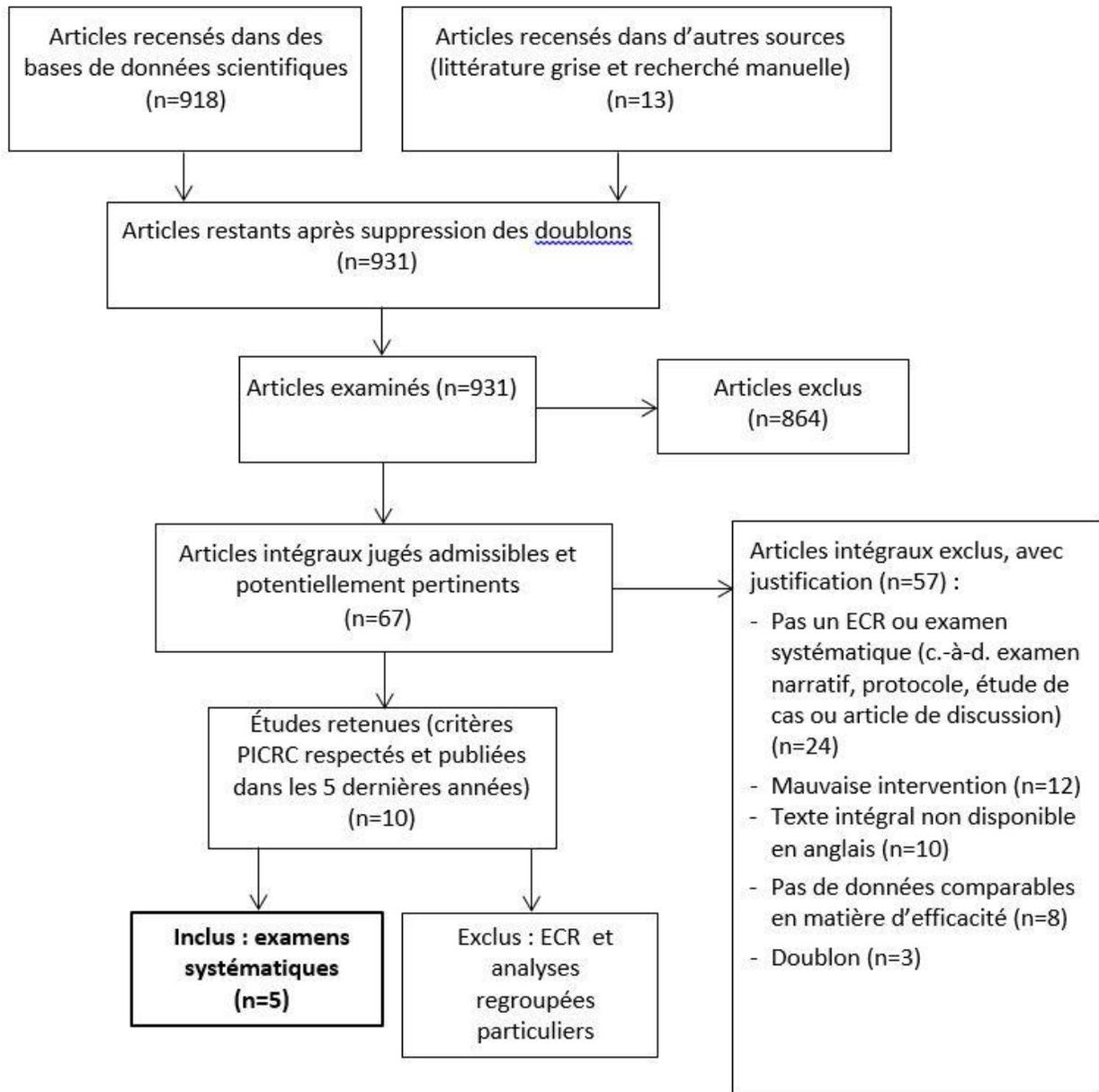
La stratégie de recherche a été élaborée et mise à l'essai à l'aide d'un processus itératif par un spécialiste chevronné de l'information médicale en consultation avec l'équipe d'examen. Les recherches ont consulté MEDLINE et la Psychology and Behavioral Sciences Collection d'Ebsco, PsycINFO sur APA PsycNET et la Cochrane Library sur Wiley. Une recherche de la littérature grise des sites organisationnels (p. ex. CAMH, National Institute of Mental Health, SAMHSA) et de bases de données (p. ex. Project Cork, HSRProj, TRIP) pertinents a eu lieu du 30 octobre au 2 novembre 2015.

La stratégie a fait appel à une combinaison de vocable contrôlé (p. ex. « troubles liés aux substances », « thérapie familiale », « comportement adolescent ») et de mots clés (p. ex. abus de drogues, TFM, adolescent). Le vocabulaire et la syntaxe ont été ajustés en fonction des bases de données. Les résultats se limitaient aux années de publication de 2010 au présent. Dans la mesure du possible, les articles portant uniquement sur les animaux et les articles d'opinion ont été supprimés des résultats. On a aussi obtenu des références supplémentaires en scrutant les bibliographies des articles pertinents.

Les particularités des stratégies de recherche en base de données sont disponibles sur demande.



Annexe C : Énoncé PRISMA





Annexe D : Caractéristiques des examens systématiques inclus

Citation	Enquêtes pertinentes incluses	Méthodologie et objectifs	Caractéristiques des participants	Intervention et comparateur(s)	Résultats signalés pertinents
Filges et coll. (2015)	Dennis et coll. (2004), Liddle et coll. (2001), Liddle et coll. (2008a), Liddle et coll. (2009), Rigter et coll. (2011)	Objectifs : Évaluer les données probantes actuelles concernant les effets de la TFM sur la réduction de l'abus de drogues chez les jeunes en traitement pour abus de drogues non opiacées, ainsi que les modérateurs des effets réductifs. Méthodologie : Examen systématique et méta-analyse des essais expérimentaux, quasi-expérimentaux et non randomisés publiés jusqu'en octobre 2008. N= 5 ECR uniques mentionnés dans 16 documents Contexte : 3 enquêtes à site unique (É.-U.), 2 enquêtes à sites multiples (É.-U. – Miami; Europe – Belgique, France, Allemagne, Pays-Bas et Suisse). Durée de l'enquête : Suivi jusqu'à 12 mois	Nbre total de participants : n=1 239; écart entre enquêtes n=83-450; Jeunes de 11 à 18 ans Âge moyen : de 13,7 à 16,3 ans Sexe : de 73 % à 86 % masculin Ethnicité : de 18 à 72 % noir, de 3 % à 51 % blanc, de 2 % à 42 % hispanique; Une étude indiquait que 40 % des participants étaient immigrants de 1 ^{re} ou 2 ^e génération) DDC : Cannabis dans 4 enquêtes, l'autre n'avait pas signalé de DDC. Une enquête indiquait 41 % pour le cannabis et 51 % de polyconsommation.	TFM : moyenne de 12 à 48 séances (2/sem.) sur une période de 3 à 6 mois (n=373-408) et Approches individuelles ou de groupe (n=390-431) : TCC : n=53-59 PI (TH) : n=195 TGA ou IEM : n=28 ou 34 TRM/TCC5 ou ARCA : n=99 ou 100	<i>Gravité du trouble d'abus de drogue après 6 mois</i> <ul style="list-style-type: none"> TFM c. TRM/TCC5 + TGA + TCC + PI + TGP : DMS, -0,35; 95 % IC, -0,59 à -0,11; p=0,004 TFM c. TRM/TCC5 + IEM + TCC + PI + TGP : DMS, -0,31; 95 % IC, -0,53 à -0,10; p=0,004 TFM c. ARCA + TGA + TCC + PI + TGP : DMS, -0,33; 95 % IC, -0,59 à -0,08; p=0,01 TFM c. ARCA + IEM + TCC + PI + TGP : DMS, -0,30; 95 % IC, -0,53 à -0,07; p=0,01 <i>Réduction de la fréquence de l'abus de drogue après 6 mois</i> <ul style="list-style-type: none"> TFM c. TRM/TCC5 + TCC + PI + TGP : DMS, -0,24; 95 % IC, -0,43 à -0,06; p=0,01 TFM c. ARCA + TCC + PI + TGP : DMS, -0,25; 95 % IC, -0,40, -0,11; p=0,0007 <i>Gravité du problème d'abus de drogue après 12 mois</i> <ul style="list-style-type: none"> TFM c. TRM/TCC5 + TGA + TCC + PI + TGP : DMS, -0,25; 95 % IC, -0,39 à -0,10; p=0,0007 TFM c. TRM/TCC5 + IEM + TCC + PI + TGP : DMS, -0,27; 95 % IC, -0,04 à -0,11; p=0,001 TFM c. ARCA + TGA + TCC + PI + TGP : DMS, -0,23; 95 % IC, -0,39 à -0,06; p=0,007 TFM c. ARCA + IEM + TCC + PI + TGP : DMS, 0,25; 95 % IC, -0,42, -0,07; p=0,007 <i>Réduction de la fréquence de l'abus de drogue après 12 mois</i> <ul style="list-style-type: none"> TFM c. TRM/TCC5 + TCC + PI + TGP : DMS, -0,28; 95 % IC, -0,63 à 0,07; p=0,11 TFM c. ARCA + TCC + PI + TGP : DMS, -0,28; 95 % IC, -0,63 à 0,07; p=0,11
OEDT (2014)	Dennis et coll. (2004), Liddle et coll. (2001), Liddle et coll. (2004), Liddle et coll. (2008a), Rigter et coll. (2013)	Objectif : Évaluer les données probantes sur l'efficacité de la TFM en comparaison à l'efficacité d'autres thérapies ou d'un placebo pour traiter le mésusage de drogues illicites chez les jeunes.	Jeunes de 11 à 18 ans Abus de drogues non opiacées Âge moyen : de 13,7 à 16,3 ans Sexe : de 74 % à 85 % masculin Ethnicité : de 18 à 72 % noir, de 3 % à	TFM : de 12 à 15 séances sur 12 à 14 sem. en majorité à la maison et PI : Y compris l'EM et la TCC en plus du counseling	<i>TFM c. TGA :</i> <ul style="list-style-type: none"> Réduction de la consommation de drogue (alcool, cannabis et autres drogues) (NS) <i>TFM c. TCC :</i> <ul style="list-style-type: none"> Réduction de la consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours après 12 mois (NS) Réduction de la consommation de drogues (autres que le cannabis et l'alcool) après 12 mois (-91 % c. 92 %) (SS)



Citation	Enquêtes pertinentes incluses	Méthodologie et objectifs	Caractéristiques des participants	Intervention et comparateur(s)	Résultats signalés pertinents
		<p>Méthodologie : Examen systématique d'enquêtes à modèle expérimental (p. ex. ECR, ECR regroupés) N=5 ECR uniques mentionnés dans 22 documents</p> <p>1 539 participants au total (de 83 à 450 par enquête)</p> <p>Contexte : 3 enquêtes à site unique (É.-U.), 2 enquêtes à sites multiples (É.-U. – Miami; Europe – Belgique, France, Allemagne, Pays-Bas et Suisse).</p> <p>Durée de l'enquête : Suivi jusqu'à 12 mois pour l'ensemble des ECR</p>	<p>61 % blanc, de 4 % à 42 % hispanique, de 0 à 40 % autre</p> <p>DDC : Variait entre enquêtes, quoique la dépendance au cannabis ou l'abus de cette drogue étaient prédominants; une enquête a signalé 49 % pour le cannabis et l'alcool c. 51 % de polyconsommation.</p>	<p>individuel pour mésusage de substances.</p> <p>TGA ou IEM : Thérapies de groupe pour adolescents ou familles offertes en contexte clinique communautaire.</p> <p>TCC: Client au bureau en clinique externe.</p> <p>TGP: Habiletés acquises et soutien obtenu dans un bureau clinique.</p> <p>TRM/TCC5: 2 séances de TRM + 3 séances de TCC; durée de 6 à 7 sem.</p> <p>ARCA : 10 séances individuelles avec adolescent, 4 séances avec soignant, 2 séances avec l'ensemble de la famille; durée de 12 à 14 sem.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Hausse de la proportion signalant une consommation minimale de substances (jamais ou 1 consommation d'alcool ou de drogues) après 12 mois (64 % c. 44 %) (SS)• Réduction de la fréquence de consommation de substances des groupes à MG et MB après 12 mois (NS pour les deux groupes)• Fréquence de la consommation d'alcool après 12 mois (15 % c. 18 %) (NS)• Réduction de la gravité des problèmes de consommation de drogues après 6 mois (non signalé) et 12 mois (-59 % c. -29 %) (SS) mais pas au début ou à la fin du traitement (SNS)• Réduction de la gravité des problèmes de consommation de drogues pour sous-groupe de MG (SS) mais non le groupe de MB (NS) <p><i>TFM c. TGP :</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Réduction de la fréquence de consommation de substances (alcool et drogues) après 12 mois (-85 % c. -28 %) (SS)• Réduction de la fréquence de journées de consommation de drogues après 12 mois (-72 % c. -26 %) (SNS)• Probabilité accrue d'abstinence après 12 mois (2,20; 95 % IC, de 0,77 à 6,33) (SS)• Réduction du nombre de problèmes liés aux substances après 12 mois (-79 % c. -27 %) (SS)• Réduction du nombre de participants signalant des problèmes de consommation de substances (-65 % c. -32 %) (NS) <p><i>TFM TRM/TCC5 :</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Croissance du nombre de journées d'abstinence du cannabis après 12 mois (257 c. 251 jours) (NS) <p><i>TFM c. ARCA :</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Le nombre total moyen de journées d'abstinence du cannabis après 12 mois est légèrement moins élevé pour la TFM. <p><i>TFM c. PI :</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Prévalence de la dépendance au cannabis après 12 mois (38 % c. 52 %) (SNS)• Prévalence de l'abus de cannabis après 12 mois (33 % c. 22 %) (SNS)• Prévalence de disparition des troubles liés à la consommation de cannabis après 12 mois (18 % c. 15 %) (SNS)• Réduction du nombre moyen de journées de consommation de cannabis 43 % (35 jours) c. 31 % (SNS)• La TFM a obtenu de meilleurs résultats pour réduire le nombre de symptômes de dépendance



Citation	Enquêtes pertinentes incluses	Méthodologie et objectifs	Caractéristiques des participants	Intervention et comparateur(s)	Résultats signalés pertinents
Baldwin et coll. (2012)	Dennis et coll. (2004), Liddle et coll. (2001), Liddle et coll. (2004), Liddle et coll. (2008a)	<p>Objectif : Évaluer les effets post-traitement de divers types de thérapies familiales sur l'abus de substances chez les adolescents en comparaison avec le TH, les thérapies de rechange et les contrôles.</p> <p>Méthodologie : Examen systématique et méta-analyse des ECR publiés jusqu'en février 2009.</p> <p>N= 4 des 24 ECR recensés étaient pertinents à la TFM.</p> <p>Contexte : É.-U.</p> <p>Durée de l'enquête : Non signalé</p>	<p>Jeunes de 11 à 19 ans.</p> <p>Participants des ECR pertinents : total n=441; aucune caractéristique signalée.</p>	<p>TFM et Thérapie de groupe TGP TRM/TCC5 ARCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Réduction de la fréquence de consommation de cannabis pour le groupe MG seulement (SNS) <p><i>Mesure globale de l'ensemble des résultats des enquêtes sur l'abus de substances et la délinquance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> TFM c. ensemble des traitements de rechange : DMS, 0,22; 95 % IC, de -0,16 à 0,60; p=0,21
Bender et coll. (2011)	Liddle et coll. (2001), Liddle et coll. (2004), Liddle et coll. (2008a)	<p>Objectifs : Déterminer les effets des interventions pour réduire la consommation de cannabis chez les jeunes et comparer les effets des thérapies individuelles et familiales.</p> <p>Méthodologie : Examen systématique et méta-analyse des enquêtes expérimentales et quasi-expérimentales publiées de 1960 à 2008.</p> <p>N= 3 des 17 enquêtes recensées étaient pertinentes à la TFM.</p> <p>Contexte : Tous les sites uniques, États-Unis.</p> <p>Durée de l'enquête : Suivi pouvant aller jusqu'à 12 mois.</p>	<p>Jeunes de 12 à 19 ans.</p> <p>Nbre total de participants : Le nombre et les caractéristiques des participants n'ont pas été signalés pour l'ensemble ou pour les enquêtes pertinentes.</p>	<p>TFM : n= 36-47 et Thérapie de groupe : n=28 Traitement en groupe de pairs : n=40 TCC : n=35-53</p>	<p><i>Mesure globale de l'ensemble des résultats des enquêtes quantifiant la fréquence de consommation de cannabis après 3 mois :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> TFM c. TCC: DMS, -0,25; 95 % IC, de -0,64 à 0,14; p=0,20 TFM c. TGP: DMS, -0,61; 95 % IC, de -1,06 à -0,15; p=0,009 <p><i>Mesure globale de l'ensemble des résultats des enquêtes quantifiant la fréquence de consommation de cannabis après 6 mois :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> TFM c. TCC : DMS, -0,09; 95 % IC, de -0,47 à 0,30; p=0,65 TFM c. thérapie de groupe : DMS, -0,59; 95 % IC, de -1,09 à -0,10; p=0,02; TFM c. TGP: DMS, -0,61; 95 % IC, de -1,06 à -0,15; p=0,009 <p><i>Mesure globale de l'ensemble des résultats des enquêtes quantifiant la fréquence de consommation de cannabis après 12 mois :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> TFM c. TCC : DMS, -0,06; 95 % IC, de -0,48 à 0,36; p=0,79 TFM c. thérapie de groupe : DMS, -0,57; 95 % IC, de -1,06 à -0,07; p=0,02



Citation	Enquêtes pertinentes incluses	Méthodologie et objectifs	Caractéristiques des participants	Intervention et comparateur(s)	Résultats signalés pertinents
Tripodi et coll. (2010)	Liddle et coll. (2001), Liddle et coll. (2008)	Objectifs : Évaluer l'efficacité des interventions relatives à la consommation de substances pour leur capacité à réduire la consommation d'alcool chez les jeunes et comparer les effets des thérapies individuelles et familiales. Méthodologie : Examen systématique et méta-analyse des enquêtes expérimentales et quasi-expérimentales publiées de 1960 à 2008. N= 2 des 16 enquêtes recensées étaient pertinentes à la TFM. Contexte : Cliniques externes; É.-U. Durée de l'enquête : Suivi pouvant aller jusqu'à 12 mois.	Jeunes de 12 à 19 ans. Nbre total de participants : Le nombre et les caractéristiques n'ont pas été signalés pour l'ensemble ou pour les enquêtes pertinentes.	TFM: 1 séance/sem. pendant 16 sem.; n=14-39 et Thérapie de groupe : n=28 TCC : n=49-59	<i>Mesure globale de l'ensemble des résultats des enquêtes quantifiant la consommation d'alcool (abstinence, fréquence et quantité) après 3 mois :</i> <ul style="list-style-type: none">• TFM c. TCC: DMS, -0,40, 95 % IC, de -0,79 à -0,01; p=0,04 <i>Mesure globale de l'ensemble des résultats des enquêtes quantifiant la consommation d'alcool (abstinence, fréquence et quantité) après 6 mois :</i> <ul style="list-style-type: none">• TFM c. TCC: DMS, -0,19, 95 % IC, de 0,20; p=0,33• TFM c. thérapie de groupe : DMS, -0,59; 95 % IC, de -1,09 à -0,10; p=0,02 <i>Mesure globale de l'ensemble des résultats des enquêtes quantifiant la consommation d'alcool (abstinence, fréquence et quantité) après 12 mois :</i> <ul style="list-style-type: none">• TFM c. TCC: DMS, -0,17; 95 % IC, de -0,58 à 0,25; p=0,44• TFM c. thérapie de groupe : DMS, -0,57; 95 % IC, de -1,06 à -0,07; p=0,02

ARCA : approche de renforcement par la communauté pour adolescent; c. : contre; DDC : drogue de choix; DMS : différence des moyennes standardisées; ECR : essai clinique randomisé; EM : entrevue motivationnelle; IC : intervalle de confiance; IEM : intervention éducative plurifamiliale; MB : méfaits bénins; MG : méfaits graves; NS : non significatif; OEDT : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies; PI : psychothérapie individuelle; sem. : semaine; SNS : signification non signalée; SS : statistiquement significatif; TCC : thérapie cognitivo-comportementale; TFM : thérapie familiale multidimensionnelle; TGA : thérapie de groupe pour adolescents; TGP : thérapie de groupe pour pairs; TH : traitement habituel

Avertissement : Les examens rapides sont produits en utilisant des méthodes de revue systématique accélérées et rationalisées, le plus souvent en réponse à une question ou pour traiter un sujet du domaine. Le présent examen rapide contient un résumé des données probantes disponibles reposant sur une recherche de documentation circonscrite. Le CCLT ne garantit pas l'actualité, l'exactitude ou l'exhaustivité de cet examen rapide et nie toute représentation explicite ou implicite concernant l'efficacité, la pertinence et le caractère approprié des interventions ou traitements qui y sont mentionnés.

ISBN 978-1-77178-330-9

© Centre canadien de lutte contre les toxicomanies 2016



**Centre canadien de lutte
contre les toxicomanies**
Canadian Centre
on Substance Abuse

Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies transforme des vies en mobilisant les gens et les connaissances afin de réduire les méfaits de l'alcool et des drogues sur la société. En partenariat avec des organismes publics et privés et des organisations non gouvernementales, il travaille à améliorer la santé et la sécurité des Canadiens. Les activités et les produits du CCLT sont réalisés grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées par le CCLT ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.