

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**QUELS SONT LES PROGRAMMES D'INTERVENTION FAMILIALE PROUVÉE  
EFFICACES AUPRÈS DES ADOLESCENTS EN DEMANDE D'AIDE POUR LEURS  
DIFFICULTÉS LIÉES À LEUR ABUS DE SUBSTANCES ?**

**ESSAI PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA  
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR  
ROSELINE DUGUAY**

**MAI 2025**

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**  
**MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)**

**Direction de recherche :**

Joël Tremblay

---

Prénom et nom

Directeur de recherche

**Comité d'évaluation :**

Joël Tremblay

---

Prénom et nom

directeur ou codirecteur de recherche

Colombe Lemire

---

Prénom et nom

Évaluateur

---

Prénom et nom

Évaluateur

## Résumé

L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS), souligne que plusieurs adolescents présentent un problème important de consommation et démontrent un besoin de traitement (Institut de la statistique du Québec, 2024). Les recherches montrent que les membres de la famille jouent un rôle important dans le rétablissement de leur adolescent. Ils peuvent agir comme un facteur de risque ou encore un facteur de protection. Ainsi, l'inclusion de la famille dans le traitement est essentielle. Cet essai cherche à répondre à la question suivante : quels sont les programmes d'intervention familiale prouvés efficaces auprès des adolescents en demande d'aide pour leurs difficultés liées à l'usage de substances ? Un total de 24 articles ont été sélectionnés selon des critères spécifiques de recherche pour répondre à cette question. Une attention particulière est portée aux programmes qui pourraient s'appliquer dans le contexte spécifique des services offerts par l'organisme Le Grand Chemin (2024). La mission de cet organisme est d'offrir des services de forte intensité avec hébergement aux adolescents ayant un trouble d'usage de substances. Sept programmes d'intervention familiale ont été sélectionnés et analysés. Certains éléments ont été observés quant au fonctionnement de ces traitements ainsi qu'à leur efficacité chez les adolescents en fonction de leur problématique. L'intervention familiale permet de réduire la consommation et de maintenir les résultats à plus long terme, favorise l'engagement et le maintien de l'adolescent en traitement, démontre une efficacité sur le plan de la santé mentale, de la délinquance, du fonctionnement familial, ainsi que sur le plan scolaire. Cependant, il est remarqué qu'il y a peu de programmes d'intervention familiale spécialisée en dépendance implantés au Québec. Les résultats permettent de conclure qu'il peut être complexe de mettre en place un programme familial tel que recensé dans cet essai. Toutefois, il demeure possible d'adapter les traitements à celui du Grand Chemin pour optimiser les services offerts à la famille.

## Table des matières

Résumé .....	iii
Listes des tableaux et des figures .....	vi
Remerciements .....	vii
Introduction .....	8
La consommation à l'adolescence .....	8
Le trouble d'utilisation de substances .....	10
Interaction entre la famille et le trouble d'utilisation de substances .....	10
Traitements familiaux .....	12
Méthode .....	14
Tableau 1 .....	14
Figure 1 .....	16
Tableau 2 .....	18
Résultats .....	32
Description des traitements familiaux .....	32
Tableau 3 .....	38
Efficacité quant à la réduction de consommation .....	42
Effet des traitements à travers le temps .....	44
Engagement et maintien en traitement .....	45
Amélioration sur plusieurs sphères .....	46
Efficace auprès des personnes ayant une problématique de santé mentale .....	46
Amélioration de la délinquance .....	47
Amélioration du fonctionnement familial .....	47
Amélioration sur le plan scolaire .....	48
Discussion .....	50
Résumé du tableau des traitements familiaux .....	50
Impacts des traitement familiaux sur la consommation et le rétablissement des adolescents .....	52

Réalité des traitements familiaux au Québec .....	57
Les approches familiales utilisées au Québec .....	57
Le Grand Chemin.....	58
Limites.....	61
Liens avec la psychoéducation.....	62
Conclusion .....	65
Références.....	66

## **Listes des tableaux et des figures**

### **Tableaux**

Tableau 1 Concepts et mots-clés .....	14
Tableau 2 Résumé des études incluses dans l'essai .....	18
Tableau 3 Résumé des traitements familiaux .....	38

### **Figures**

Figure 1 Diagramme de flux.....	16
---------------------------------	----

## **Remerciements**

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de recherche, Joël Tremblay, pour son accompagnement, sa disponibilité et son soutien constant tout au long de cette démarche. Merci de m'avoir encouragée et d'avoir pris le temps nécessaire pour me guider, me corriger et me conseiller. Merci également de m'avoir transmis une partie de tes connaissances et de ton expertise dans ce domaine. Ce fut pour moi une expérience pleinement enrichissante. Je suis extrêmement reconnaissante d'avoir pu réaliser ce projet à tes côtés.

Je souhaite également remercier la direction du Grand Chemin d'avoir accepté que je mentionne ce magnifique organisme dans mon essai. Grâce à vous, mon projet a pris une forme plus concrète et j'espère qu'il vous sera utile. Mille mercis à mes collègues qui ont su m'encourager dans mes hauts et mes bas tout au long de mon parcours universitaire.

Bien évidemment, je me dois de remercier sincèrement mes parents de m'avoir soutenue tout au long de mes études et de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour mener à bien ce projet. Je suis reconnaissante pour votre présence et vos encouragements constants.

## Introduction

### La consommation à l'adolescence

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'adolescence représente la période entre l'enfance et la vie adulte entre l'âge de 10 à 19 ans (OMS, 2025). C'est une période dans laquelle l'adolescent vivra plusieurs changements sur le plan physique, psychologique, comportemental et social (Institut de la statistique du Québec, 2024). Pour bâtir et forger son identité, cette période est marquée par l'exploration et l'expérimentation de diverses expériences. Celles-ci peuvent exercer une influence positive sur le développement de l'adolescent, mais certaines peuvent aussi avoir un impact plus négatif, tel que la consommation de substances. La consommation peut avoir des impacts sur le développement du cerveau et entraîner plusieurs conséquences à court, moyen et long terme sur les émotions, le comportement et la cognition (Salmanzadeh *et al.*, 2020 ; Steinfeld et Torregrossa, 2023, cités dans Institut de la statistique du Québec, 2024).

Les adolescents ont diverses pratiques de consommation qui peuvent être dangereuses et qui sont souvent valorisées et influencées par les pairs. Selon l'EQSJS (2024), certaines caractéristiques de l'environnement social peuvent influencer la consommation chez les adolescents. Par exemple, avoir un cercle social d'amis plus grand peut inciter à consommer plus fréquemment que ceux ayant un faible soutien social. Le réseau de pairs joue un rôle important durant cette période de la vie et peut avoir un impact sur les comportements et les choix des adolescents. La consommation excessive d'alcool, communément appelée *binge drinking*, fait partie des pratiques de consommation à risque. Cette pratique peut avoir des répercussions à plusieurs niveaux et sur lesquelles il est important de porter attention. Bien que plusieurs adolescents n'aient pas de problématique d'usage de substances, un pourcentage d'entre eux adopte des comportements qui peuvent les mettre davantage à risque de développer un trouble d'usage de substances. Selon l'EQSJS (2024), une consommation excessive se rapporte à cinq consommations ou plus en une même occasion. Les données montrent que la consommation excessive augmente chez les adolescents en fonction de leur progression dans leur parcours scolaire. La proportion passe de 8 % en secondaire 1 à 54 % en secondaire 5. Une proportion de

29 % des élèves du Québec a eu ce type de consommation. Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2015), cette pratique peut entraîner diverses conséquences, telles que des impacts cognitifs, des comportements sexuels à risque, des difficultés académiques, une conduite avec les facultés affaiblies, des traumatismes (violence, blessures, tentatives de suicide), des problèmes de sommeil et des troubles de santé mentale tels qu'une dépendance à l'alcool.

La consommation des adolescents représente un enjeu de société bien étudié. Selon l'EQSJS (2024), au cours des deux dernières décennies, une baisse des habitudes de consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes est observée. De 2010 à 2023, on note une diminution constante et importante de la consommation chez les adolescents, passant de 60 % à 47 % d'utilisateurs pour l'alcool et de 25 % à 16 % pour le cannabis. Pour évaluer l'ampleur de la consommation des adolescents, la grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues (DEP-ADO) (Germain et al., 2016) est utilisée. Le score total permet d'évaluer la problématique en fonction de trois résultats : feu vert (aucun problème évident de consommation), feu jaune (problème en émergence) et feu rouge (problème important de consommation). Selon l'EQSJS (2024), la majorité des adolescents (95 %) ne présentent pas de problèmes liés à la consommation. Cependant, un pourcentage d'entre eux présente une consommation problématique d'alcool et de drogues. Environ 2,9 % présentent un problème émergent (feu jaune) et 2,4 % présentent un problème important (feu rouge). Ces statistiques illustrent qu'environ 13 000 adolescents québécois présentent un problème émergent et 10 800 présentent un problème important, pour un total de 23 800 adolescents en 2022-2023 ayant une problématique de consommation. Il est donc possible de croire que cette problématique est encore bien présente chez les adolescents, malgré la prévalence de ceux qui ont une problématique de consommation soit à la baisse depuis les dernières années.

Malheureusement, la consommation précoce est un élément qui peut parfois prédire une consommation plus problématique à l'âge adulte (Liddle et al., 2009). De ce fait, 15 % des adolescents ayant une dépendance l'auront toujours cinq ans plus tard (Spapen et al., 2010). Dans l'étude *Cannabis Youth Treatment*, réalisée en Floride aux États-Unis, 85 % des adolescents

ayant reçu un traitement pour leur dépendance (600 jeunes) ont commencé à consommer avant l'âge de 15 ans (Liddle et al., 2009). Cela démontre l'importance d'intervenir rapidement auprès de ces adolescents et de faire de la prévention pour augmenter les facteurs de protection.

### **Le trouble d'utilisation de substances**

Le trouble d'utilisation de substances est une problématique décrite dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2015). Pour obtenir le diagnostic de ce trouble, la personne doit obtenir au moins deux manifestations sur 11 critères au cours d'une période de 12 mois. Ces critères sont séparés en quatre catégories, soit une diminution du contrôle sur la consommation d'une substance (critères 1, 2, 3 et 4), une altération du fonctionnement social (critères 5 et 6), une consommation à risque (critères 8 et 9) ainsi que la tolérance et les symptômes de sevrage provoqués par un usage répétitif à long terme (critères 10 et 11) (American Psychiatric Association, 2015). La sévérité de la problématique est évaluée en fonction du nombre de critères auxquels la personne répond. La consommation problématique d'un adolescent peut entraîner divers impacts négatifs tels que des échecs scolaires, des problèmes de comportements ou encore des conflits familiaux. Elle peut aussi augmenter la probabilité d'avoir une problématique de consommation à l'âge adulte, des problèmes au niveau de la santé mentale et de la santé physique (Henderson et al., 2010 ; Horigian et al., 2016 ; Rowe et Liddle, 2008 ; Spapen et al., 2010). Une étude examinant la trajectoire post-traitement de 563 adolescents ayant une problématique avec le cannabis démontre que 62% de ces jeunes avaient des problèmes avec la justice (Henderson et al., 2010). Les diverses répercussions néfastes sur la vie de l'adolescent illustrent la nécessité d'une intervention thérapeutique ciblée sur la problématique de consommation.

### **Interaction entre la famille et le trouble d'utilisation de substances**

Le développement d'un trouble lié à l'utilisation de substances peut être influencé par divers aspects du tempérament, tels que l'impulsivité, une faible régulation émotionnelle durant l'enfance, la timidité ou encore l'agressivité (Liddle et al., 2001). Chacun de ses traits de personnalité peut influencer le développement d'une problématique d'usage de substances

(Liddle *et al.*, 2001). Divers facteurs concernant l'entourage des adolescents qui consomment peuvent avoir un impact, tels que les pairs déviants, la famille, le statut socio-économique et le niveau de soutien social (Rowe, 2012). Toutefois, un facteur qui semble prendre beaucoup d'importance est la famille, tant comme un facteur de risque qu'un facteur de protection. Les facteurs familiaux nuisibles peuvent exercer une grande influence sur l'initiation, le maintien ou encore l'augmentation de la consommation. Il est observé que les conflits familiaux, la maltraitance, la consommation des parents ou de la fratrie, la distance relationnelle entre le parent et son adolescent, la minimisation des dangers de la consommation des parents peuvent tous être des prédicteurs de la consommation (Horigian *et al.*, 2016 ; Liddle *et al.*, 2001; Rowe, 2012 ; Rowe et Liddle, 2008). Lorsque la famille adopte des comportements inappropriés ou que les parents ont un trouble d'utilisation de substances, il est probable que cela soit normalisé auprès de l'adolescent et qu'il choisisse d'adopter ces comportements (Baldwin *et al.*, 2012). La consommation de substances peut être vue comme un mécanisme de protection face à de la violence physique ou psychologique. D'autres aspects tels que les séparations, l'aliénation parentale, le manque de surveillance parentale ou encore le stress au sein de la famille peuvent aussi avoir un impact et amener l'adolescent à aller chercher un réconfort à travers la consommation (Rowe et Liddle, 2008). De plus, la pression exercée par la famille pour répondre à certaines attentes, par exemple en termes de réussite académique, peut conduire à l'adoption de comportements autodestructeurs, dont la consommation de substances (Spapen *et al.*, 2010).

D'un autre point de vue, les facteurs familiaux jouent un rôle important quant à la prévention de la consommation et au traitement des troubles liés à l'utilisation de substances chez les adolescents. La qualité de la relation parent-adolescent peut être influencée par une parentalité positive et une communication ouverte (Horigian *et al.*, 2016). Une relation positive peut avoir un impact significatif sur le comportement de consommation de l'adolescent (Horigian *et al.*, 2016). Dans un document publié par l'école de santé publique d'Harvard (Rae Simpson, 2001, cité dans Spapen *et al.*, 2010), il est recensé les cinq bases parentales qui favorisent un bon développement chez l'adolescent. Ces principes offrent une base pour guider les parents vers une parentalité positive et renforcer leur relation avec leurs adolescents. La première base est l'*Amour*

*et lien* : le soutien émotionnel qu'un parent peut offrir de façon constante crée un environnement dans lequel l'adolescent se sent accepté et soutenu. Ensuite il y a *Supervision et observation* : la confiance entre l'adolescent et son parent peut être acquise en créant un environnement dans lequel la communication est ouverte et encouragée. La troisième base est *Guidance et limites* : il est tout aussi important d'établir des limites claires et un cadre stable répondant aux besoins de l'adolescent. Il est démontré, à travers plusieurs études, que la surveillance parentale peut prévenir la consommation de drogues et en diminuer son ampleur (Liddle *et al.*, 2001 ; Rowe et Liddle, 2008 ; Spapen *et al.*, 2010). Dans l'EQSJS (2022-2023), les adolescents ayant une supervision parentale plus faible sont à risque de consommer davantage. La quatrième base *Offrir un modèle et des avis éclairés* : les parents sont des modèles de comportements pour leur adolescent, ils influencent le développement des valeurs et des compétences de vie de leur adolescent. De plus, les parents qui offrent des conseils lors des décisions importantes aident l'adolescent à développer son propre jugement. Finalement la dernière base est *Créer un environnement extra-familial soutenant et stimulant* : les parents doivent s'assurer que l'adolescent ait un réseau de soutien autre que la famille pour favoriser son bien-être émotionnel et social. En résumé, la famille peut influencer positivement la vie de l'adolescent et agir comme un facteur protecteur contre le trouble d'utilisation de substances (Hogue et Liddle, 2009). D'un autre côté, elle peut aussi être un déclencheur de ces problèmes. Ainsi, il est pertinent de mettre l'accent sur le rôle de la famille lorsque des services sont nécessaires pour traiter les troubles liés à l'utilisation de substances chez les adolescents (Henderson *et al.*, 2010). La relation avec les parents tend à se modifier pendant cette période de vie, car l'adolescent tente de forger son identité et son autonomie sans la présence constante de ses parents. Toutefois, la présence de ceux-ci semble primordiale quant à leur développement.

## **Traitements familiaux**

Il existe plusieurs traitements efficaces pour les adolescents ayant un trouble d'utilisation de substances, telles que la thérapie individuelle, la thérapie de groupe, le traitement résidentiel, ou encore la thérapie familiale. Parmi les traitements les plus étudiés pour ce trouble chez les adolescents, on y retrouve le traitement basé sur la famille (Becker et Curry, 2008, cité dans

Hogue et Liddle, 2009). Les traitements familiaux visent à modifier les aspects dysfonctionnels au sein de la famille qui pourraient influencer la consommation de substances chez l'adolescent. L'objectif ultime de l'intervention auprès des familles est de les impliquer positivement dans le processus de rétablissement des jeunes en traitement (Horigian *et al.*, 2016).

Plusieurs facteurs rendent l'intervention auprès des familles pertinente. Les problèmes familiaux peuvent servir de motivation à l'engagement dans un traitement dans le but d'améliorer la dynamique familiale (Rowe, 2012). Lors d'un traitement, comme mentionné plus haut, la famille peut être un facteur de risque de rechute (Liddle *et al.*, 2001 ; Rowe, 2012). Il devient donc très important d'impliquer la famille dans le traitement pour diminuer les risques de rechute de l'adolescent en travaillant sur les aspects plus problématiques au sein du nid familial. Par ailleurs, la famille peut se montrer comme un acteur soutenant face au cheminement thérapeutique de son adolescent. Des parents impliqués peuvent être l'élément déclencheur qui amènera l'adolescent à vouloir changer (Shelef *et al.*, 2005). L'implication de la famille dans le traitement pourrait aider l'adolescent à maintenir ses acquis à l'extérieur du traitement en ayant un réseau de soutien qui sera en mesure de l'accompagner face à ses défis (Hogue et Liddle, 2009). Malgré les nombreux avantages potentiels d'un traitement impliquant la famille, les chercheurs n'ont pas encore tranché sur le débat de la pertinence de l'inclusion de la famille dans les traitements des troubles liés à l'utilisation de substances chez les adolescents.

Dans cet essai, l'objectif est de répertorier les programmes d'intervention familiale auprès des adolescents en demande d'aide pour leurs difficultés liées à leur usage excessif de substances et d'en documenter l'efficacité. Une attention particulière est portée aux programmes qui pourraient s'appliquer dans le contexte spécifique des services résidentiels jeunesse en toxicomanie, par exemple, le centre Le Grand Chemin où je travaille. Les programmes d'intervention familiale doivent être compatibles avec ce type d'organisation des services. La recension des écrits permet donc de mettre en lumière les approches familiales les plus prometteuses dans ce domaine.

## Méthode

La recherche a débuté par l'identification de mots clés en anglais. Les principaux concepts de la question de recherche sont sélectionnés pour faciliter la recherche, soit « adolescent », « traitement familial » et « dépendance ». Le tableau 1 présente les différents mots clés utilisés pour effectuer la recension. Plusieurs bases de données ont été utilisées pour la recherche, soit *Psychinfo*, *SocIndex*, *Medline* et *Eric*.

**Tableau 1**

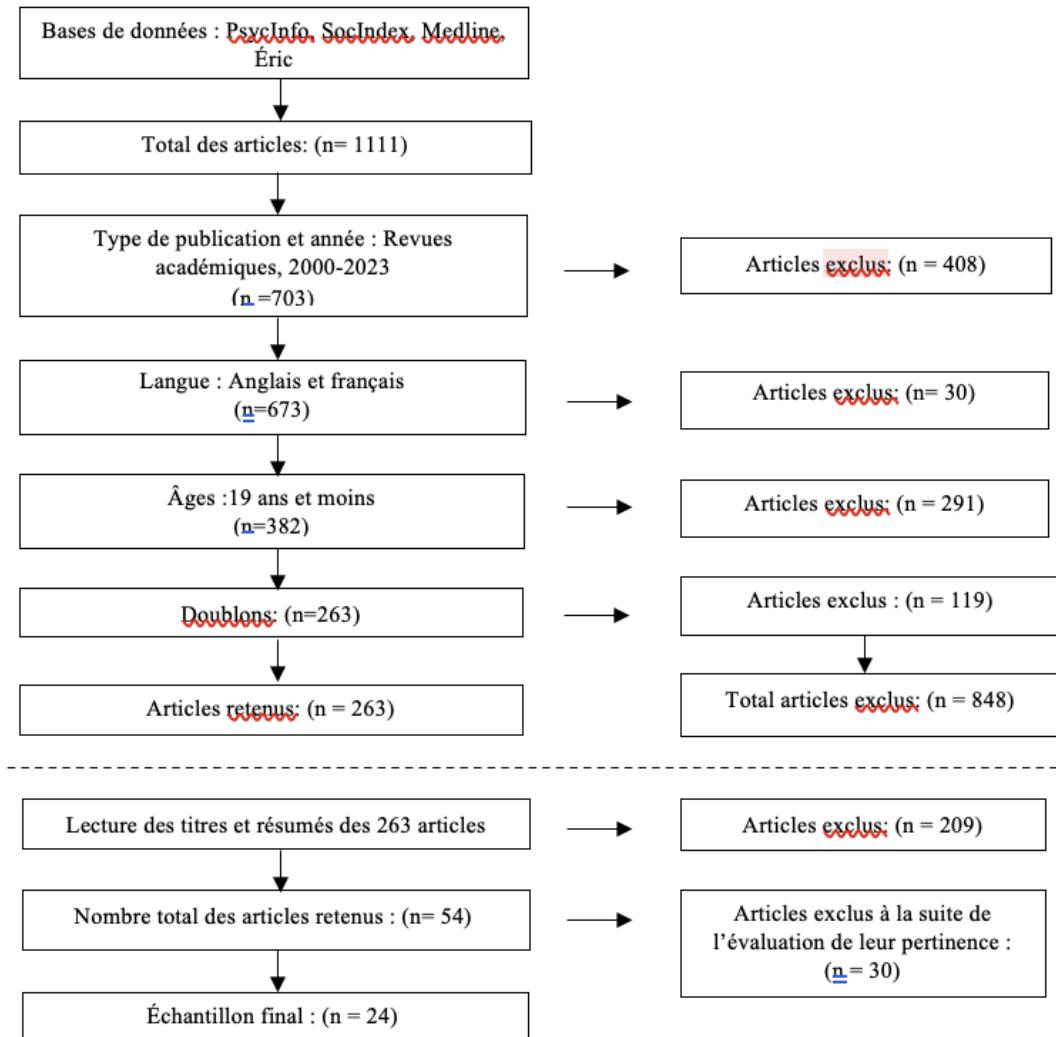
*Concepts et mots-clés*

	<b>Concept 1 :</b> <b>Adolescent</b>	<b>Concept 2 :</b> <b>Traitement</b>	<b>Concept 3 :</b> <b>Dépendance</b>
<b>Mots-clés en anglais</b>	Youth*	Family treatment*	Drug use
	Teens*	Family intervention*	Drug addiction
	Young adult*	Family therap*	Alcohol drinking
	Adolescen*	Family system therap*	Alcohol consumption
		Family conselling	Cannabis
		Family system* approach	Pot
		Family system intervention	Weed
			THC
			Tetrahydrocannabinol
			Substance

L'équation utilisée dans les bases de recherche pour obtenir les résultats est : ( "family treatment\*" or "family intervention\*" or "family therap\*" or "family system therap\*" or "family conselling" or "family system\* approach" or "family system intervention\*" AND ( "drug usage" or "drug addiction" or "drug use" or "Alcohol drinking" or "alcohol consumption" or "Cannabis" or "pot" or "weed" or "the" or "tetrahydrocannabinol" or substance AND youth\* or teens\* or young adult\* or adolescen\*.

Les critères d'inclusion et d'exclusion pour les articles qui ont été retenus ont été séparés en trois catégories : le type de documentation, la population visée et le contexte. Pour la première catégorie, les articles devaient être en français ou en anglais et devaient se retrouver dans des revues scientifiques, c'est-à-dire les articles révisés par comité de pairs. Ensuite, la recherche visait la population adolescente, l'âge sélectionné était majoritairement entre 11 et 21 ans. De plus, les personnes sélectionnées devaient être de culture occidentale (Amérique du Nord, Union européenne, Australie et Nouvelle-Zélande). Les participants à l'étude devaient être en traitement pour le trouble d'usage de substances. Une approche familiale devait être utilisée dans le programme de traitement en dépendance. L'étude devait aussi inclure un volet portant sur l'efficacité de l'intervention familiale. L'utilisation problématique d'Internet et les jeux de hasard ou d'argent représentaient des critères d'exclusion. L'échantillon devait présenter une problématique liée à l'usage de substances excluant le tabac. Les articles ayant un échantillon d'adolescents spécifiques, par exemple les mères monoparentales ou des immigrants ayant une problématique d'utilisation de substances, ont été exclus. Les articles qui abordaient comme sujet principal la comorbidité entre un problème de santé mentale et le trouble de l'usage de substances étaient exclus. Finalement, les études de prévention ont été exclues du processus.

Le processus de sélection des articles s'est effectué en différentes étapes. Un trop grand nombre d'articles ont émergé d'une première recherche, ce qui a amené à se limiter aux années 2000 et plus. Une fois cette première limitation choisie, 1111 articles sont obtenus. Les différents critères d'inclusion et d'exclusion appliqués, les doublons éliminés, cela amène à un total de 263 articles. La deuxième partie de ce processus consiste à lire chacun des titres et des résumés et, au besoin, un peu plus loin dans le texte tout en continuant d'appliquer les différents critères d'exclusion. À la suite de cette étape, un total de 54 articles est obtenu. Enfin, sur la totalité des 54 articles retenus, les articles sont relus brièvement et notés en fonction de leur degré de pertinence face à la question de recherche. Ce tri a mené à un total de 24 articles pertinents pour cet essai (nombre maximal de textes à inclure dans l'essai à la demande de mon directeur d'essai). La figure 1 présente le diagramme de flux des articles sélectionnés.

**Figure 1***Diagramme de flux*

Une synthèse des différents articles pour cet essai a été effectuée (Tableau 2). Plus que la majorité des articles proviennent des États-Unis, soit 22 articles sur 24, et datent entre 2001 et 2017. Concernant le type d'article, on peut y retrouver six méta-analyses, dix études d'efficacité en majorité randomisées et sept recensions de la littérature et une étude de cas.

L'ensemble des articles étudiés porte sur un échantillon d'adolescents ayant une problématique d'usage excessif de substances, certains incluant également la délinquance. L'âge des participants varie entre 11 et 21 ans, et dans chacune des recherches, le sexe masculin est majoritairement représenté. Pour la méthode et le type de recherche, 17 études sont quantitatives et sept qualitatives. Les différentes ethnies possibles que l'on peut retrouver sont principalement les Caucasiens, les Hispaniques et les Afro-Américains. Les traitements utilisés sont tous des traitements ambulatoires. Les approches familiales abordées sont *Family based treatment*, *Brief strategic family therapy*, *Fonctional family therapy*, *Multidimensional family therapy*, *Multisystemic therapy*, *Ecollogically based family therapy*, *Strengths Oriented Family Therapy*, *Family support Network* et *The Adolescent Community Reinforcement Approach*.

**Tableau 2***Synthèse des articles*

Auteur/année/pays	Type d'étude	Population visée	Méthode (nombre de participants/contexte)	Approches familiales	Principaux résultats Taille de l'effet
1.Waldron et Turner (2008), États-Unis	Méta-analyse (17 études)	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances  17 études randomisées, thérapies familiales vs CBT-Ind. et CBT-Groupe  <b>Âge :</b> 11 à 21 ans <b>Sexe :</b> 75 % d'hommes <b>Ethnie :</b> 45 % de Blancs 25 % d'Hispaniques 25 % d'Afro-Américains 5 % d'autres groupes	N=2307  <b>Contexte :</b> -Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance -Milieux scolaires	BSFT : <i>Brief Strategic Family Therapy</i> FFT: <i>The Functional Family Therapy</i> MTS: <i>Multisystemic Therapy</i> BFT: <i>Behavioral Family Therapy</i> MDFT: <i>Multidimensional Family Therapy</i>	-MDFT, FFT et la TCC de groupe= bien établis  Bien établis : le traitement est supérieur à un placebo ou à un traitement alternatif, ou le traitement est équivalent à un traitement déjà établi.  -Thérapie familiale= Taille d'effet moyen avant et après l'intervention plus importante ( $d = 0,50$ ) que les conditions de contrôle ( $d = 0,19$ ), ce qui suggère que la thérapie familiale est plus efficace pour la réduction de la consommation.

Auteur/année/pays	Type d'étude	Population visée	Méthode (nombre de participants/contexte)	Approches familiales	Principaux résultats Taille de l'effet
2. Tanner-smith, Wilson et Lipsey (2013), États-Unis	<p>Méta-analyse (45 études)</p> <p>27 études randomisées, thérapies familiales vs le traitement habituel, le TCC-ind, intervention brève et motivationnelle.</p> <p>18 études quasi-expérimentales</p>	<p><b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances</p> <p><b>Âge :</b> 12 à 20 ans</p> <p><b>Sexe :</b> 67,8% d'hommes</p> <p><b>Ethnie :</b> 60% Blancs</p>	<p>N= 250</p> <p><b>Contexte :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance</li> <li>-Milieux scolaires</li> <li>-Domicile de l'usager</li> </ul>	<p>FSN: <i>Family Support Network</i></p> <p>FFT: <i>Functional Family Therapy</i></p> <p>MDFT: <i>Multidimensional Family Therapy</i></p> <p><i>Generic family therapy</i></p>	<p>-La thérapie familiale a l'efficacité la mieux démontrée pour la réduction de consommation (<math>d=0.26</math>) par rapport aux groupes de comparaisons.</p>
3.Hartnett, Carr,Hamilton et O'reilly (2017), Irlande	<p>6 Méta-analyse (14 études, 18 comparaisons)</p> <p>11 comparaisons randomisées, thérapie familiale vs le traitement habituel</p> <p>7 comparaisons non randomisées</p>	<p><b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances et/ou un problème de comportement</p> <p><b>Âge :</b> 13 à 17 ans</p> <p><b>Sexe :</b> NSP<sup>i</sup></p> <p><b>Ethnie :</b> NSP</p>	<p>N= 1674</p> <p><b>Contexte :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance</li> <li>-Domicile de l'usager</li> </ul>	<p>FFT : <i>Functional Family Therapy</i></p>	<p>-FFT est plus efficace que l'absence de traitement (<math>d=0.48</math>) ou que les traitements alternatifs bien définis (<math>d=0.38</math>), mais pas plus efficace que le traitement habituel (<math>d=0.20</math>) pour réduire la consommation, les troubles de comportements et pour améliorer le fonctionnement familial.</p>

Auteur/année/pays	Type d'étude	Population visée	Méthode (nombre de participants/contexte)	Approches familiales	Principaux résultats Taille de l'effet
4. Baldwin, Christian, Berkeljion, Shadish, Bean (2012), États-Unis	Méta-analyse (24 études)  24 études randomisées, thérapies familiales vs le traitement habituel	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances et/ou de délinquance  <b>Âge :</b> 11 à 19 ans  <b>Sexe :</b> NSP  <b>Ethnie :</b> NSP	<b>N= NSP<sup>1</sup></b>  <b>Contexte :</b> - Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance -Domicile de l'usager	BSFT: <i>Brief Strategic Family Therapy</i> FFT: <i>Functional Family Therapy</i> MDFT: <i>Multidimensional Family Therapy</i> MTS: <i>Multisystemic Therapy</i>	-Les thérapies familiales sont plus efficaces que l'absence de traitement ( $d = .70$ ) et légèrement plus efficaces que le traitement habituel ( $d = .20$ ) ou que les traitements alternatifs ( $d = .26$ ) pour la réduction de consommation et la délinquance.
5. Rowe (2012), États-Unis	Recension de littérature narrative  Nombre d'études : NPS  Recension de l'évolution des approches entre 2003 et 2010	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances  <b>Âge :</b> 12 ans et plus  <b>Sexe :</b> hommes et femmes  <b>Ethnie :</b> Afro-Américains et Blancs	<b>N=NSP</b>  <b>Contexte :</b> - Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance -Domicile de l'usager	MDFT: <i>Multidimensional Family Therapy</i> MST: <i>Multisystemic Therapy</i> FFT: <i>Functional Family Therapy</i> BSFT: <i>Brief Strategic Family Therapy</i> <i>Integrative family therapy models</i>	-Les modèles familiaux sont reconnus comme les approches les plus efficaces pour traiter les adultes et les adolescents ayant des problèmes de toxicomanie quant à la réduction de consommation.
6.Robbins et al (2011), États-Unis	Étude d'efficacité	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances  <b>Âge :</b> entre 13 et 17 ans	<b>N=480</b>  <b>Contexte :</b> -Milieux communautaires (pas	BSFT: <i>Brief Strategic Family Therapy</i>	-BSFT est significativement plus efficace que le traitement habituel au

Auteur/année/pays	Type d'étude	Population visée	Méthode (nombre de participants/contexte)	Approches familiales	Principaux résultats Taille de l'effet
	Randomisé, thérapie familiale vs traitement habituel	<b>Sexe :</b> 377 hommes et 103 femmes <b>Ethnie :</b> 213 Hispaniques, 148 Blancs et 110 Afro- Américains	davantage d'information)		niveau de l'engagement des membres de la famille et de l'amélioration du fonctionnement familial. Pas de différence significative entre le BSFT et le traitement habituel quant aux indicateurs d'usage de SPA, à l'exception du nombre de jours de consommation qui est plus faible pour ceux dans le BSFT.
7.Waldron, Slesnick, Brody, Turner et Peterson (2001), États- Unis	Étude d'efficacité	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances <b>Âge :</b> 13 à 17 ans <b>Sexe :</b> 96 garçons et 24 filles <b>Ethnie :</b> Hispanique, Anglo-américain, Amérindien et autres	N=114 <b>Contexte :</b> -Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance	FFT: <i>Functional Family Therapy</i>	-La réduction du pourcentage de jours de consommation est plus élevée pour les traitements combinés (FFT et TCC- individuel) et de groupe que le TCC seul entre le prétraitement et le 7 <sup>e</sup> mois).  -Le FFT permet une amélioration du fonctionnement

Auteur/année/pays	Type d'étude	Population visée	Méthode (nombre de participants/contexte)	Approches familiales	Principaux résultats Taille de l'effet
8. Vaughn, Howard (2004), États-Unis	Méta-analyse (15 études)  13 études randomisées, thérapie familiale vs, TCC-groupe, TCC-ind et familiale combinées et traitements alternatifs (thérapie psychoéducative, Botvin life-skills with additive programs)	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances et de comportements <b>Âge :</b> entre 14 et 21 ans <b>Sexe :</b> <b>Ethnie :</b> Caucasiens, Afro-Américains et Latino-Américains.	N=1928  <b>Contexte :</b> -Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance -Domicile de l'usager	MDFT : <i>Multidimensional Family Therapy</i> FFT: <i>Functionnal Family Therapy</i> MST: <i>Multisystemic Therapy</i> FST: <i>Family Systems Therapy</i>	familial et amène des réductions des facteurs de risque de la consommation.  -Importantes réductions de la consommation de substances pour le MDFT ( $d=0,87$ ) plus que les groupes contrôles (effet cliniquement significatif 1 an après la fin du traitement).  -FST, FFT, MST, TCC et FFT combinés ont un effet significatif moins d'un an après la fin du traitement. (Taille d'effet supérieure à 0.20).
9. Liddle, Rowe, Gonzalez, Henderson, Dakof et Greenbaum (2006), États-Unis	Étude d'efficacité  Étude quasi-expérimentale	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances <b>Âge :</b> 13 à 17 ans <b>Sexe :</b> 24 filles et 80 garçons	N=104  <b>Contexte :</b> -Traitement de jour, un programme ambulatoire intensif de 6 mois fournissant	MDFT : <i>Multidimensional Family Therapy</i>	-Thérapie familiale obtient des résultats positifs pour la réduction de consommation de drogues et la réduction

Auteur/année/pays	Type d'étude	Population visée	Méthode (nombre de participants/contexte)	Approches familiales	Principaux résultats Taille de l'effet
	But : Le personnel d'un centre spécialisé en dépendance met en place le programme MDFT	<b>Ethnie</b> : Hispaniques (79 % ; 38 % d'origine Cubaine), 13 % Afro-Américains, 1 % Blancs, non Hispaniques, 7 % d'autres origines (Haïtiennes ou Jamaïcaines).	des services six heures par jour, 5 jours par semaine.		de l'affiliation à des pairs déviants. Améliore l'environnement parental, familial et les résultats scolaires.
10. Liddle, Rowe, Dakof, Henderson et Greenbaum (2009), États-Unis	Étude d'efficacité  Randomisé, thérapie familiale vs thérapie de groupe	<b>Clientèle</b> : Adolescents ayant une problématique d'usage de substances <b>Âge</b> : 11 et 15 ans <b>Sexe</b> : 61 garçons et 22 filles <b>Ethnie</b> : 42 % Hispaniques, 38 % Afro-Américains, 11 % Haïtiens ou Jamaïcains, 3 % Blancs (non Hispaniques), 4 % autres	N= 83 <b>Contexte</b> : - Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance	MDFT : <i>Multidimensional Family Therapy</i>	-Efficacité supérieure de la MDFT au cours des 12 mois de suivi dans la réduction de la consommation de substances. -fréquence de la consommation de substances ( $d= 0,77$ ) -problèmes de consommation de substances ( $d=0,74$ ) - de la délinquance ( $d=0,31$ ) de la détresse intérieurisée ( $d=0,54$ ) -réduction du risque dans les domaines de la famille, des pairs et de l'école ( $d= 0,27, 0,67$ et $0,35$ )

Auteur/année/pays	Type d'étude	Population visée	Méthode (nombre de participants/contexte)	Approches familiales	Principaux résultats Taille de l'effet
11.Horigian, Anderson et Szapocznik (2016), États-Unis	Recension de littérature narrative  Nombre d'études :NSP	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances  <b>Âge :</b> NSP  <b>Sexe :</b> NSP  <b>Ethnie :</b> NSP  But : description des différents types de traitements familiaux pour les adolescents ayant une problématique d'usage de substances.	<b>N=</b> NSP  <b>Contexte :</b> NSP	MST: <i>Multisystemic Therapy</i>  MDFT: <i>Multidimensional Family Therapy</i>  FFT: <i>Functional Family Therapy</i>  BSFT: <i>Brief Strategic Family Therapy</i>  EBFT: <i>Ecologically Based Family Therapy</i>  FBT: <i>Family Behavior Therapy</i>  <i>Culturally Informed Flexible Family</i>  SOFT: <i>Strengths Oriented Family Therapy.</i>	-Plusieurs traitements écologiques basés sur la famille ont fait l'objet d'une évaluation de leur efficacité et sont aujourd'hui largement mis en œuvre aux États-Unis et dans le reste du monde.
12.Dennis,Godley, Diamond, Tims, Babor, Donaldson,Liddle, Titus, Kaminer, Webb, Hamilton, Funk (2004), États-Unis	Étude d'efficacité  Randomisée, thérapie familiale vs thérapie de renforcement de la motivation et de TCC-groupe	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances  <b>Âge :</b> entre 12 et 18 ans  <b>Sexe :</b> garçons 83%  <b>Ethnie :</b> Blancs (61%) ou Afro-Américains (30%)	<b>N=</b> 600  <b>Contexte:</b> - Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance	FSN: <i>Family Support Network</i>  MDFT: <i>Multidimensional Family Therapy</i>  ACRA: <i>The Adolescent Community Reinforcement Approach</i>	-Les cinq interventions (MDFT, MET, TCC-gr, ACRA et FFT) dans le <i>Cannabis Youth Treatment</i> (CYT) ont toutes montré des améliorations significatives (avant et après le traitement au cours des 12 mois) concernant les jours d'abstinence et la

Auteur/année/pays	Type d'étude	Population visée	Méthode (nombre de participants/contexte)	Approches familiales	Principaux résultats
					Taille de l'effet
13. Hogue et Liddle (2009), États-Unis	Recension de littérature narrative	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances <b>Âge :</b> NSP <b>Nombre d'études :</b> 23 études  <b>But :</b> Vue d'ensemble sur les processus de traitement et les résultats des approches familiales de la toxicomanie chez les adolescents	<b>N=</b> NSP <b>Contexte :</b> NSP	FBT : <i>Family Based Treatment</i> MDFT : <i>Multidimensional Family Therapy</i>	réduction de consommation.  -le traitement familial est une approche efficace pour réduire la consommation et les problèmes de comportement. Améliore les performances au scolaire ainsi que le fonctionnement familial.
14. Henderson, Dakof, Greenbaum et Liddle (2010), États-Unis	Étude d'efficacité	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances <b>Âge :</b> entre 12 et 17 ans <b>Sexe :</b> 81% garçons <b>Ethnie :</b> 72% d'Afro-Américains, 22% Latinos	<b>N=</b> 224 <b>Contexte :</b> - Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance	MDFT: <i>Multidimensional Family Therapy</i> MDFT-D : <i>Multidimensional Family Therapy Detention to community</i>	-Pour les jeunes dont la consommation de drogues est plus sévère et la comorbidité en santé mentale plus importante, le MDFT est plus efficace que les autres traitements.
15. Smith, Hall, Williams, An,	Étude d'efficacité	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances	<b>N=</b> 103 <b>Contexte:</b>	SOFT : <i>Strengths Oriented Family Therapy</i>	-Le SOFT et The Seven Challenges ont des résultats similaires et

Auteur/année/pays	Type d'étude	Population visée	Méthode (nombre de participants/contexte)	Approches familiales	Principaux résultats Taille de l'effet
Gotman,(2006), États-Unis	Randomisée, thérapie familiale vs The Seven Challenges	<b>Âge :</b> entre 12 et 18 ans <b>Sexe:</b> 24% filles, <b>Ethnie:</b> NSP	- Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance -Domicile de l'usager		obtiennent tous les deux une réduction significative de la fréquence de la consommation après le prétraitement et le 3 <sup>e</sup> mois.
16. Shelef, Diamond, Diamond et Liddle (2005), États-Unis	Étude d'efficacité Analyse secondaire d'une étude randomisée.  But : Évaluer l'alliance thérapeutique de l'adolescent et de son parent dans le MDFT	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances <b>Âge :</b> 12 et 18 ans <b>Sexe :</b> 85% garçons <b>Ethnie :</b> 47 % Blancs et 47 % Afro-Américains	N= 65  <b>Contexte :</b> - Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance	MDFT : <i>Multidimensional Family Therapy</i>	-La force de l'alliance entre le parent et l'adolescent peut prédire le nombre de jours de consommation de cannabis au cours des 90 jours suivant immédiatement la fin du traitement. Les effets sont considérés comme modérés.
17. Robbins, Szapocznik, Horigian, Feaster, Puccinelli, Jacobs, Burlew, Werstlein, Bachrach, Brigham, (2009), États-Unis	Étude d'efficacité Randomisée, thérapie familiale vs traitement habituel	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances et des problèmes de comportements <b>Âge :</b> moyenne de 16 ans <b>Sexe :</b> 377 garçons et 103 filles	N=480  <b>Contexte:</b> -Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance	BSFT: <i>Brief strategic Family Therapy</i>	-Les participants BSFT ont une consommation de drogues inférieure à celle des participants au traitement habituel immédiatement après l'intervention et 12 mois après l'entrée en traitement.

Auteur/année/pays	Type d'étude	Population visée	Méthode (nombre de participants/contexte)	Approches familiales	Principaux résultats Taille de l'effet
		<b>Ethnie :</b> 213 Hispaniques/Latinos, 148 Blancs non Hispaniques et 110 Noirs/Africains			Le BSFT est aussi plus efficace que le traitement habituel pour la réduction de la délinquance et l'amélioration du fonctionnement familial.
18. Liddle, Dakof, Parker, Diamond, Barrett, Tejeda (2001), États-Unis	Étude d'efficacité Randomisée, thérapie familiale vs <i>Adolescent Group Therapy</i> et <i>Multifamily Educational Intervention.</i>	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances et des problèmes de comportements <b>Âge :</b> 13 et 18 ans <b>Sexe :</b> 80% de garçons <b>Ethnie :</b> 51 % de Blancs non Hispaniques, 18 % d'Afro-Américains, 15 % d'Hispaniques, 6 % d'Asiatiques et 10 % d'autres.	<b>N=182</b> <b>Contexte :</b> - Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance	<b>MDFT :Multidimensional Family Therapy</b>	-MDFT efficace pour réduire de manière significative l'usage de drogues chez les adolescents et faciliter les processus adaptatifs et protecteurs du développement plus que les autres traitements.
19. Jouanne, Phan, Corcos (2010), France	Recension de littérature systématique	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances et	<b>N=150</b> <b>Contexte :</b>	<b>MDFT :Multidimensional Family Therapy</b>	Le MDFT permet aussi une amélioration plus significative de la performance scolaire, du fonctionnement familial un an après le traitement. Le protocole amène comme hypothèse que le MDFT serait plus

Auteur/année/pays	Type d'étude	Population visée	Méthode (nombre de participants/contexte)	Approches familiales	Principaux résultats Taille de l'effet
	Nombre d'études : 6 études	des problèmes de comportements Âge : 13 et 18 ans Sexe : NSP Ethnie :NSP  But : présentation du protocole INCANT	-Centres spécialisés en dépendance		efficace pour réduire la consommation de cannabis qu'un traitement habituel.
		Randomisée, Thérapie familiale vs traitement habituel			
20. Van der Pol, Hoeve, Noom, Stams, Doreleijers, van DomburghVermeiren, Robert (2017), Pays-Bas	Méta-analyse (19 articles)	<b>Clientèle:</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances et des problèmes de comportements <b>Âge :</b> 13 et 16 ans <b>Sexe:</b> 80% garçons <b>Ethnie:</b> Blancs, Afro-Américains, Hispaniques, Asiatiques et autres ethnies	N=1488  <b>Contexte:</b> - Traitements ambulatoires dans un centre spécialisé de traitement de la dépendance	MDFT : <i>Multidimensional Family Therapy</i>	-MDFT est plus efficace le TCC-ind et que la thérapie de groupe pour les adolescents souffrant d'usage de substances, de délinquance et de problèmes de comportements comorbides.
21. Spapen, Angelidis,	Étude de cas	<b>Clientèle :</b> Adolescents dépendants du cannabis <b>Age :</b> NSP	N=NSP  <b>Contexte :</b>	MDFT : <i>Multidimensional Family Therapy</i>	-La mise en place d'un espace individuel pour l'adolescent, pour les

Auteur/année/pays	Type d'étude	Population visée	Méthode (nombre de participants/contexte)	Approches familiales	Principaux résultats Taille de l'effet
Antoniali, van Gerwen, Verbanck,(2010) Belgique	(vignette clinique)	<b>Sexe :</b> NSP <b>Ethnie :</b> NSP	-Domicile de l'usager - Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance -Milieux scolaires		parents et pour la famille devient un aspect important dans l'intervention auprès de la famille.
22. Smith, Hall (2008), États-Unis	Recension de littérature narrative  Nombre études : 14 études  Randomisée, Traitement familial vs Seven Challenges	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances  <b>Age :</b> NSP <b>Sexe :</b> 29% filles <b>Ethnie :</b> 24% minorité ethnique	N=98  <b>Contexte:</b> - Traitements ambulatoires en centre spécialisé de traitement de la dépendance	SOFT: <i>Strengths Oriented Family Therapy</i>	-Faire des rencontres à domicile, l'utilisation des appels téléphoniques et la fréquence rapprochée des interventions aident à mobiliser la famille dans le traitement.
23. Rowe, Liddle (2008), États-Unis	Recension de littérature narrative  Randomisée,	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances  <b>Âge :</b> 11 à 15 ans	N=NSP  <b>Contexte:</b> - Traitements ambulatoires en centre spécialisé de	MDFT: <i>Multidimensional Family Therapy</i>	-MDFT obtient un plus haut pourcentage de réduction de la consommation (54%) en comparaison avec la

Auteur/année/pays	Type d'étude	Population visée	Méthode (nombre de participants/contexte)	Approches familiales	Principaux résultats Taille de l'effet
	Traitement familial vs adolescent group therapy, multifamily education et TCC-ind	<b>Sexe :</b> majoritairement sexe masculin <b>Ethnie :</b> NSP	traitement de la dépendance		thérapie de groupe (18%) et Multifamily (24%)
24. Liddle, Dakof, Turner, Henderson, Greenbaum (2008), États-Unis	Étude d'efficacité Randomisée, thérapie familiale vs TCC-ind	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances <b>Âge :</b> 11 ans et 15 ans <b>Sexe :</b> 81% sexe masculin	N=224 <b>Contexte :</b> - Traitements ambulatoires en centre spécialisé de	MDFT: <i>Multidimensional Family Therapy</i>	-MDFT peut réduire la consommation et maintenir ces gains jusqu'à 12 mois après la thérapie en comparaison TCC-ind et thérapie de groupe.  -MDFT obtient des effets plus significatifs que la thérapie de groupe concernant l'amélioration des troubles de comportements, l'affiliation avec des pairs déviants, la performance scolaire et l'amélioration du fonctionnement familial.

Auteur/année/pays	Type d'étude	Population visée	Méthode (nombre de participants/contexte)	Approches familiales	Principaux résultats Taille de l'effet
	<b>Ethnie</b> : 72% Afro-Américains		traitement de la dépendance		-MDFT a des effets plus significatifs 12 mois après le traitement que le TCC-ind.

<sup>1</sup>NSP : Ne sait pas, les auteurs n'ont pas indiqué l'information

## Résultats

### Description des traitements familiaux

Il est possible d'identifier plusieurs traitements familiaux qui ont été recensées par les auteurs dans cette recension de littérature (voir tableau 3). L'une des approches qui a été mentionnée le plus souvent est le *Multidimensional Family Therapy* (MDFT) créé par Howard Liddle (2001). C'est une approche utilisée auprès des adolescents âgés de 11 à 18 ans ayant divers problèmes, souvent cumulés, dont des problématiques d'usage de substances, de délinquance, de troubles de comportements et de problèmes scolaires. Le fondement conceptuel de cette approche est qu'une problématique de consommation serait le résultat de plusieurs facteurs de risque sur les plans personnel, familial et environnemental. La durée du traitement est de trois à six mois et les rencontres varient entre une fois et trois fois par semaine en fonction des besoins de l'adolescent et de sa famille. Les séances avec l'adolescent comptent pour 40 % du traitement, 20 % sont pour les parents et finalement 40 % pour les interventions incluant les parents et l'adolescent. Le programme est conçu pour travailler sur quatre domaines interdépendants : l'adolescent, les parents, la famille et la communauté (Dakof, 2023).

Le *Multidimensional Family Therapy* se divise en trois différentes phases. Tout d'abord, la première vise l'évaluation de la problématique et la création de l'alliance entre le thérapeute et la famille. Ensuite, la deuxième vise à travailler sur les facteurs de risque et sur les obstacles qui nuisent au bon fonctionnement familial. Plusieurs thématiques sont abordées auprès de l'adolescent, notamment la confiance et la méfiance, l'abandon et le rejet, la désillusion et les blessures du passé, la motivation et l'autonomie, l'espérance ou le manque d'espérance pour l'avenir et la crédibilité. Des thématiques sont aussi abordées auprès des parents, telles que la communication entre adolescents et parents, passé des conflits importants aux questions affectives, développer des expériences et des interactions positives les uns avec les autres, faire des liens entre les conversations, ainsi que différents thèmes tels que la consommation de drogues (Dennis *et al.*,

2004). La troisième phase a pour but de généraliser les acquis du traitement au quotidien afin de maintenir le changement (Dakof, 2023).

Le *Brief Strategic Family Therapy* (BSFT) est une approche créée par Jose Szapocznik et Olga Hervis (Family Therapy Training Institute of Miami, n.d.). Le traitement est ciblé pour les adolescents de six à 17 ans ayant des problèmes de comportements tels que la consommation de drogues, des comportements sexuels à risque et des comportements délinquants. Le fondement de cette approche est typique des modèles systémiques, soit le postulat selon lequel les problèmes de comportements proviennent d'interactions familiales inadaptées. Le traitement est d'une durée de trois à quatre mois, comportant entre 12 et 16 séances. Ces séances s'effectuent majoritairement en famille (97% du traitement). Il y a quatre étapes lors de ce traitement. La première consiste à développer une alliance thérapeutique auprès de la famille. La deuxième vise à identifier les forces et les relations problématiques au sein de la famille. Ensuite, élaborer des stratégies pour faire face aux défis et mettre en place les différentes stratégies. La dernière étape vise à améliorer les compétences des membres de la famille (Family Therapy Training Institute of Miami, n.d.).

Le *Functional Family Therapy* (FFT) est une approche créée par Alexander F. James (Public Safety Canada, 2021). Cette approche vise les adolescents âgés de 11 à 18 ans à risque de délinquance, de violence, de toxicomanie et de troubles du comportement. Le fondement de cette approche porte à nouveau sur l'idée inhérente aux grands courants systémiques, soit que les différents problèmes des adolescents sont causés par des interactions familiales inadaptées. Le but est donc de mettre en place des interventions qui permettront de modifier les interactions familiales dans le but de modifier les comportements inadaptés. Selon les besoins, il est possible de faire des rencontres individuelles avec l'adolescent et les parents. Toutefois, la majorité des interventions s'effectuent en famille. Le traitement est d'une durée de trois mois. Il y a trois phases dans ce programme (Hartnett *et al.*, 2017). La phase d'engagement et de motivation en début de démarche permet aux adolescents et à leur famille de s'engager dans le processus thérapeutique et ainsi de s'impliquer. Le but est de réduire la négativité et le blâme dans la famille et ainsi d'identifier concrètement les comportements problématiques (Hartnett *et al.*, 2017). Ensuite, il y a la phase d'évaluation de la problématique et le changement de comportement. Les facteurs de risque, les modèles relationnels et la communication sont évalués (Horigian *et al.*, 2016). Une fois que

l'évaluation de la problématique est effectuée, le but est d'engendrer des changements de comportement au sein de la famille pour développer des compétences quant aux modèles d'interactions inadaptés (Horigian *et al.*, 2016). Pour ce qui est de la phase de généralisation, cela consiste à maintenir les nouveaux acquis de la thérapie et à être en mesure de les transférer dans différents contextes (*Public Safety Canada*, 2021).

Le *Multisystemic Therapy* (MST) créé par Scott Henggeler est un programme pour les adolescents âgés de 12 à 17 ans ayant des problèmes de délinquance, de troubles du comportement et des signes de consommation de substances (Sécurité publique Canada, 2022). Le fondement de ce traitement est de mettre l'accent sur les facteurs de protection qui entourent l'adolescent en fonction du modèle écosystémique où la famille, les pairs, l'école et la collectivité interagissent (Sécurité publique Canada, 2022). Le programme s'appuie sur neuf principes.

1. La détermination de la relation a pour but de comprendre les problèmes, les défis au sein de la famille et leurs contextes.
2. La thérapie positive et axée sur les forces invite à mettre l'accent sur les forces de chacun des membres de la famille pour inciter un changement.
3. La responsabilité accrue est mise en place dans le but de diminuer les comportements irresponsables des différents membres de la famille.
4. Les interventions bien définies axées sur le présent et tournées vers l'action sont utilisées pour cibler une problématique précise et amener la famille à se mobiliser face à celle-ci.
5. L'identification des séquences de comportements ciblés correspond aux comportements qui alimentent la problématique entre différents membres de la famille.
6. Mettre en place les interventions appropriées sur le plan du développement qui vont répondre aux besoins de l'adolescent.
7. L'effort continu consiste à mettre des interventions en place qui aideront la famille à maintenir ses efforts au quotidien.
8. L'évaluation et la responsabilisation se rapportent à évaluer l'efficacité des interventions et à s'assurer d'obtenir des résultats positifs.
9. La généralisation vise à s'assurer de maintenir les acquis à long terme et dans différents contextes (Schoenwald *et al.*, 2000).

Le traitement dure de trois à cinq mois, soit deux rencontres par semaine dans le foyer de l'adolescent. En plus des rencontres familiales dans le foyer, il y a 60 heures d'intervention accordées aux rencontres individuelles auprès de l'adolescent (Sécurité publique Canada, 2022).

Le programme *Strength Oriented Family Therapy* (SOFT) de Douglas Smith et James Hall est un programme pour les adolescents de 12 à 18 ans ayant des problèmes d'usage de substances (Smith et Hall, 2010). Le fondement du programme est que la qualité de la relation entre le parent et son adolescent peut déterminer l'usage de substances chez celui-ci (Smith et Hall, 2008). Le principe de ce programme est d'axer sur la recherche de solutions par les adolescents et les parents pour réduire la consommation et améliorer le fonctionnement familial. Le programme comporte trois étapes différentes. La première est l'évaluation de la problématique, des forces et des défis. Ensuite, il y a l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de solution. Des objectifs sont identifiés à la suite de l'évaluation pour l'adolescent et sa famille. La famille doit participer à dix rencontres de groupe avec d'autres familles d'une durée d'environ deux heures. Les thématiques abordées lors de ces rencontres sont : donner et recevoir une rétroaction, être à l'écoute, faire face à la consommation des pairs, résoudre les problèmes et conflits familiaux, établir des relations saines, la gestion des émotions, prévenir la consommation de l'adolescent (Smith et Hall, 2010). Cinq rencontres familiales sont mises en place entre l'adolescent et ses parents d'une durée d'approximativement deux heures. De plus, il y a la possibilité de rencontres individuelles avec l'adolescent. La première étape du programme est le suivi familial, où des interventions sont mises en place en fonction des besoins dans le but d'atteindre les objectifs ciblés et un plan de prévention de rechute est élaboré. La durée du traitement est de 12 semaines pour un total de 30 heures de services offerts (Smith et Hall, 2010).

Le *Family Support Network* (FSN) de Hamilton et ses collègues est un traitement offert aux adolescents ayant une problématique d'usage de substances âgés entre 12 et 18 ans (Dennis *et al.*, 2004). Le fondement de ce traitement est que le trouble d'usage de substances chez l'adolescent est influencé par un fonctionnement familial inadéquat. L'un des principes sur lequel repose le traitement est que la réduction de consommation chez l'adolescent peut s'effectuer en incluant la famille dans le processus de rétablissement. Cela vise à améliorer le fonctionnement de la famille par la communication et l'établissement de relations saines, à améliorer l'efficacité des

parents dans la gestion de la toxicomanie et des comportements de leur adolescent, à évaluer l'engagement de la famille dans le processus de rétablissement et à suggérer des changements dans la manière dont la famille aborde les problèmes (Hamilton *et al.*, 2001). Ce traitement est d'une durée de 12 semaines et est utilisé en conjonction avec un traitement habituel pour les adolescents. Cela inclut six réunions de groupe d'éducation parentale d'une durée de 90 minutes pour améliorer les connaissances et les compétences des parents concernant les problèmes de l'adolescent. Les thématiques abordées lors de ces rencontres sont le développement de l'adolescent et le rôle des parents, l'usage problématique de substances et la dépendance, le processus de rétablissement et les signes de rechute, le développement et le fonctionnement de la famille, l'organisation et la communication familiales, les systèmes et les rôles familiaux (Dennis *et al.*, 2004). Ensuite, il inclut aussi quatre visites à domicile qui consistent à faire l'évaluation de la problématique et de la motivation, à identifier les rôles et les habitudes de la famille et évaluer les progrès. Finalement, la gestion de cas est utilisée auprès de la famille (Dennis *et al.*, 2004). Cela consiste à faciliter la participation au traitement et à motiver les familles à s'impliquer en effectuant des rappels des rencontres, à aider à trouver des transports au besoin, à s'assurer de la garde des autres adolescents pour les rendre disponibles, à orienter vers d'autres services au besoin (Dennis *et al.*, 2004).

Le *Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA)* de Mark D. Godley est un traitement destiné aux adolescents et aux jeunes adultes âgés de 12 à 25 ans ayant un problème d'usage de substances (Godley, 2023). Le fondement de ce traitement est que la consommation excessive est maintenue par des renforcements du comportement. Le but est d'éliminer les renforcements de la consommation issus de l'environnement familial et d'augmenter les renforcements de l'abstinence ou de l'usage modéré, tant dans un contexte familial, social, professionnel et éducatif. Le traitement a une durée de 12 à 14 semaines, se répartissant entre dix séances individuelles avec l'adolescent/jeune adulte, deux rencontres individuelles pour les parents et deux rencontres parents/adolescent (Godley, 2023). Ces rencontres débutent par une évaluation visant à identifier les antécédents et les conséquences de la consommation de substances et des comportements. Ensuite, il y a l'identification et la mise en place d'objectifs simples et réalisables. Pour ce faire, l'utilisation d'une échelle de bonheur est employée. L'adolescent/jeune adulte identifie différents domaines de sa vie et les évalue sur une échelle d'un à dix. En fonction des résultats, cela peut être utilisé pour définir des objectifs visant à améliorer différentes sphères de sa

vie. Finalement, d'autres thématiques sont abordées auprès de l'adolescent/jeune adulte, telles que la prévention de la rechute, la résolution de problèmes et la gestion des émotions. Ensuite, il y a quatre séances avec les parents, dont deux avec l'ensemble de la famille. Ces séances consistent tout d'abord à faire un aperçu de l'approche, un examen des pratiques parentales importantes pour aider les adolescents à cesser leur consommation d'alcool et de drogue, à l'augmentation de la communication positive dans la famille et à la résolution de problèmes. Deux de ces quatre séances rassemblent les parents et l'adolescent pour pratiquer la communication et la résolution de problèmes (Smith et Hall, 2008).

Subséquemment, il existe plusieurs autres traitements familiaux qui n'ont pas été abordés dans cet essai. Il est possible que ces approches aient été mentionnées dans différentes études, mais qu'elles n'aient toutefois pas été sélectionnées. Les raisons qui peuvent expliquer cela sont qu'elles étaient moins connues ou parce qu'elles étaient moins étudiées. En voici quelques exemples; le *Family Behavior Therapy* (Stuart,1974), le *Generic Family Therapy* (Boszormenyi-Nagy, 1973), l'*Ecologically Based Family Therapy* (Ollendick,1985) et le *Culturally Informed & Flexible Family Treatment for Adolescents* (Sue et Sue,1990) cités dans (Horigian *et al.*, 2016).

**Tableau 3**

## Résumé des traitements familiaux

Approches familiales	Auteurs	Population cible	Milieux cliniques ciblés	Fondements conceptuels	Intensité et durée	Formation
<i>Multidimensional Family Therapy (MDFT)</i>	Howard Liddle	<b>Clientèle:</b> Adolescents ayant une problématique d'usage de substances, de délinquance, des troubles du comportement et des difficultés scolaires. <b>Âge :</b> 11 à 18 ans	-Domicile de l'usager -Centre de réadaptation interne -Organisme communautaire -Centre hospitalier -Milieu scolaire -Détenzione juvénile	Le trouble d'usage de substances est le résultat de plusieurs facteurs de risque sur le plan personnel, familial et environnemental.  Vise la réduction de la consommation, les problèmes de comportements et la délinquance	<b>Durée :</b> 3 à 6 mois <b>Intensité :</b> 12 rencontres hebdomadaires <b>Rencontres :</b> (pas d'indication sur l'ordre des rencontres) 1. Rencontres individuelles avec l'adolescent (40%) 2. Rencontres avec les parents (20%) 3. Rencontres familiales (40%)	-Maîtrise en counseling, travail social, thérapie familiale ou domaine de la relation d'aide -Formation d'une durée d'environ 1 an pour la certification
<i>Brief Strategic Family Therapy (BSFT)</i>	Jose Szapocznik et Olga Hervis	<b>Clientèle :</b> Enfants et adolescents ayant des problèmes de comportements, de délinquance et d'usage de substances <b>Âge :</b> 6 à 17 ans	-Organisme communautaire -Centre hospitalier -Milieu scolaire -Programme de jour en externe en toxicomanie	Le trouble d'usage de substances et les troubles de comportements chez les adolescents proviennent d'interactions familiales inadaptées.  Vise la réduction de la consommation, les problèmes de comportements et la délinquance	<b>Durée :</b> 3 à 4 mois <b>Intensité :</b> 12 à 16 rencontres hebdomadaires <b>Rencontres :</b> (pas d'indication sur l'ordre des rencontres) 1. Rencontres familiales (97% des rencontres)	-Maitrise santé mentale, travail social, thérapie familiale et conjugale, domaine de la relation d'aide -Baccalauréat avec cinq ans d'expérience -Formation d'environ 6 mois pour la certification

Approches familiales	Auteurs	Population cible	Milieux cliniques ciblés	Fondements conceptuels	Intensité et durée	Formation
<i>Fonctionnal Family Therapy (FFT)</i>	Alexander F. James	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant des troubles du comportement, de délinquance et d'usage de substances <b>Âge :</b> 11 à 18 ans	-Domicile de l'usager -Centre de réadaptation en dépendance -Organisme communautaire -Détenion juvénile -Milieu scolaire	Le trouble d'usage de substances et les troubles de comportements chez les adolescents sont causés par des interactions familiales inadaptées.  Vise la réduction de la consommation, les troubles du comportement et la délinquance	<b>Durée :</b> 3 mois <b>Intensité :</b> 12 à 16 rencontres <b>Rencontres:</b> (pas d'indication sur l'ordre des rencontres) 1. Rencontres familiales (majorité des rencontres, nb : NSP) 2. Rencontres individuelles avec l'adolescent (au besoin, nb : NSP) 3. Rencontres avec les parents (au besoin, nb : NSP)	-Maitrise dans un domaine de la relation d'aide nécessaire pour être superviseur -Intervenant ayant de l'expérience avec la clientèle - Formation de 3 ans pour obtenir la certification
<i>Multisystemic Family Therapy (MST)</i>	Scott Henggeler	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant des problèmes de comportements, de délinquance et un trouble d'usage de substances <b>Âge :</b> 12 à 17 ans	-Domicile de l'usager -Milieu scolaire -Organisme communautaire -Services en santé mentale	Le trouble d'usage de substances et les troubles de comportements chez les adolescents sont causés par les différents systèmes qui l'entourent (famille, pairs, école, collectivité).  Vise la réduction de la consommation, les troubles de	<b>Durée :</b> 3 à 5 mois <b>Intensité :</b> traitement intensif, thérapeute sur appel 24/7 2 rencontres/semaine <b>Rencontres :</b> (pas d'indication sur l'ordre des rencontres) - Rencontres individuelles avec l'adolescent (60h) -Rencontres avec les parents (nb : NSP) -Rencontres familiales (nb : NSP)	-Maitrise en travail social ou dans un domaine de la relation d'aide -Baccalauréat avec 5 ans d'expérience dans le domaine de la relation d'aide -Formation de 5 jours pour la certification

Approches familiales	Auteurs	Population cible	Milieux cliniques ciblés	Fondements conceptuels	Intensité et durée	Formation
				comportements et la délinquance		
<i>Strength oriented family therapy (SOFT)</i>	Douglas Smith et James Hall	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant un trouble d'usage de substances <b>Âge :</b> 12 à 18 ans	-Organisme communautaire -Programme à l'externe de jour	La qualité de la relation entre le parent et son adolescent peut prédire l'usage de substances chez l'adolescent.  Vise la réduction de la consommation	<b>Durée :</b> 3 mois <b>Intensité :</b> 12 rencontres hebdomadaires, 30h d'intervention <b>Rencontres :</b> (pas d'indication sur l'ordre des rencontres) 1. Famille: 10 rencontres de groupe (2h) 2. Rencontres familiales : 5 rencontres (2h) 3. Rencontres individuelles avec l'adolescent (au besoin, nb : NSP)	-Maîtrise dans un domaine de la relation d'aide -Formation du programme pour avoir la certification
<i>Family Support Network (FSN)</i>	Hamilton, Brantley, Tims, Angelovich et McDougall	<b>Clientèle :</b> Adolescents ayant un trouble d'usage de substances <b>Âge :</b> 12 à 18 ans	-Organisme communautaire -Programme à l'externe de jour	Le trouble d'usage de substances chez l'adolescent est influencé par un fonctionnement familial inadéquat.  Le FSN est utilisé en conjonction avec un traitement habituel pour le trouble d'usage de substances	<b>Durée :</b> 3 mois <b>Intensité :</b> 12 rencontres hebdomadaires <b>Rencontres :</b> 1. Rencontres de groupe d'éducation parentale (6x) 2 : Visites à domicile (4)  <b>Ordre des rencontres :</b> Rencontres de groupe (3) Visite à domicile (1) Rencontres de groupe (1) Visite à domicile (2) Rencontres de groupe (1)	-Formation en dépendance et intervention de groupe -Maîtrise en psychologie, travail social ou autre domaine de la relation d'aide

Approches familiales	Auteurs	Population cible	Milieux cliniques ciblés	Fondements conceptuels	Intensité et durée	Formation
				Vise la réduction de la consommation	Visite à domicile (1) Rencontre de groupe (1)	
<i>Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA)</i>	Mark D. Godley	<b>Clientèle :</b> Adolescents et jeunes adultes ayant un trouble d'usage de substances <b>Âge :</b> 12 à 25 ans	-Organisme communautaire -Milieu scolaire -Service avec hébergement -Programme à l'externe	La consommation excessive est maintenue par des renforcements du comportement. Le but : éliminer les renforcements de la consommation issus de l'environnement familial et augmenter les renforcements de l'abstinence ou de la consommation modérée	<b>Durée :</b> 3 mois <b>Intensité :</b> 12 à 14 rencontres hebdomadaires <b>Ordre des rencontres :</b> (pas d'indication sur l'ordre des rencontres) 1. Rencontres individuelles avec l'adolescent (10) 2. Rencontres familiales (2) 3. Rencontres avec les parents (2)	-Baccalauréat dans un domaine de la relation d'aide -Maitrise (suggérée et non obligatoire) dans un domaine de la relation d'aide -Formation de 15 heures pour obtenir la certification

## Efficacité quant à la réduction de consommation

L'un des objectifs communs de l'ensemble des traitements pour les adolescents ayant un trouble d'usage de substances et impliquant la famille est de réduire la consommation. Pour ce faire, les approches visent principalement à améliorer l'environnement, le fonctionnement individuel et familial de l'adolescent. Dans cet essai, les résultats de différents traitements pour les adolescents confrontés à un trouble d'usage de substances sont recensés. Il est possible d'observer l'efficacité des traitements familiaux en comparaison aux adolescents qui ne reçoivent pas de traitement ou encore avec ceux qui sont dans un traitement habituel ou alternatif. Les traitements habituels et alternatifs varient selon les différentes études et le contexte de celles-ci.

Plusieurs études ont déterminé que les traitements familiaux tels que le *Brief Strategic Family Therapy*, le *Functional Family Therapy*, le *Multidimensional Family Therapy* et le *Multisystemic Therapy* auprès d'adolescents et de leur famille sont plus efficaces pour réduire l'usage de substances que ceux sans traitement (Baldwin *et al.*, 2012 ; Hartnett *et al.*, 2017). Dans la méta-analyse de Baldwin *et al.* (2012), 24 études ont un protocole de randomisation. Les résultats révèlent que les traitements mentionnés précédemment présentent une taille de l'effet forte, mais pas significative, probablement causée par le faible nombre d'articles, donc un manque de puissance statistique ( $d = 0,70$  ;  $k = 4$ ). Dans l'étude de Hartnett *et al.* (2017), portant spécifiquement sur le FFT, six méta-analyses ont été effectuées à partir de sous-groupes d'études ou voir même, des sous-échantillons et, sur 14 études, 11 incluent des études avec randomisation des jeunes. Le résultat obtenu lorsque les jeunes bénéficiant du FFT sont comparés à ceux qui n'ont pas reçu de traitement démontre une taille d'effet forte ( $d = 0,48$  ;  $k = 3$ ) (résultat obtenu d'études randomisées). La randomisation et le fait que ce soient des méta-analyses qui ont été utilisées viennent ajouter de la crédibilité à ce résultat.

D'autres études ont déterminé que la thérapie familiale est plus efficace pour réduire la consommation de substances qu'un traitement habituel, soit en modalité individuelle et de groupe. Dans une méta-analyse de Waldron et Turner (2008) portant sur 17 études ayant un protocole de randomisation, il est conclu que la thérapie familiale est plus efficace ( $d = 0,50$  ; taille de l'effet forte) qu'un traitement habituel en modalité individuelle (Liddle *et al.*, 2008 et Smith *et*

*al.*, 2013). Dans la méta-analyse de Baldwin *et al.* (2012), un écart significatif en faveur des thérapies familiales est observé, avec une taille de l'effet faible ( $d=0,21$  ;  $k=11$ ). Cela indique donc que la thérapie familiale démontre des avantages supérieurs au traitement individuel et de groupe, même si la taille de l'effet peut varier. De plus, trois études, dont deux méta-analyses portant sur des études avec randomisation, concluent que les traitements familiaux sont également plus efficaces que le traitement habituel en modalité de groupe (taille d'effet faible) (Baldwin *et al.*, 2012 ; Hartnett *et al.*, 2017 ; Santisteban *et al.*, 2003, cité dans Rowe, 2012). Finalement, dans la méta-analyse de Vaughn et Howard (2004) comprenant 15 études dont 13 avec randomisation, une importante réduction de la consommation a été observée pour le *Multidimensional Family Therapy* ( $d=0,87$  ; taille de l'effet forte) en comparaison avec un traitement habituel de groupe.

D'un autre point de vue, des études observent une équivalence d'efficacité entre l'intervention familiale et le traitement habituel quant à la réduction de consommation. Une méta-analyse s'appuyant sur 14 articles suggère que le *Functional Family Therapy* (FFT) a une efficacité similaire à un traitement habituel (Hartnett *et al.*, 2017). Les chercheurs indiquent que ce résultat peut s'expliquer par l'intensité et les services offerts par le traitement habituel. Dans la première comparaison de cette étude, le traitement habituel consistait à un service pour des jeunes ayant une problématique de délinquance (refuge pour les jeunes fugueurs). Ils soulignent que le traitement est particulièrement intensif et qu'ils se sont assurés que l'intensité des services soit semblable en augmentant le nombre d'interventions pour le FFT. Néanmoins, il est possible que l'intensité des services explique la similarité de l'efficacité des deux traitements. Ensuite, dans la deuxième comparaison, un article était ciblé pour les jeunes ayant des troubles du comportement et le deuxième concernait les jeunes délinquants sexuels. Le traitement habituel consistait en des services de probation, d'orientation en santé mentale ou un traitement pour la délinquance sexuelle. Il est possible que la spécialisation de ce service ait un impact sur le résultat et offre une efficacité comparable au FFT. Aussi, un petit nombre d'articles a été utilisé dans cette méta-analyse. La première comparaison entre le FFT et le traitement habituel avec un protocole de randomisation comptait trois études et la deuxième, deux études sans randomisation. Le nombre d'études réduit la fiabilité de ces résultats.

Finalement, toujours quant à la réduction de consommation, les traitements familiaux seraient plus efficaces qu'un traitement alternatif précis (par opposition à un traitement habituel où il n'est pas spécifié exactement ce qui est fait). Dans les études citées, les traitements alternatifs utilisés sont la thérapie de groupe, la thérapie cognitivo-comportementale et d'autres traitements familiaux tels que la thérapie familiale psychodynamique et des groupes éducatifs de parents (Baldwin *et al.*, 2012 ; Hartnett *et al.*, 2017). Dans la méta-analyse de Hartnett *et al.* (2017), il est obtenu une taille de l'effet moyenne et significative ( $d=0,35$  ;  $k=5$ ) de même pour l'étude de Baldwin *et al.* (2012) ( $d=0,26$  ;  $k=11$ ), indiquant l'efficacité des traitements familiaux en comparaison aux traitements alternatifs. Ces résultats sont aussi retrouvés dans plusieurs autres études (Austin *et al.*, 2005 ; Becker et Curry, 2008 ; Rowe, 2012 ; Vaughn et Howard, 2004, citées dans Hartnett *et al.*, 2017).

Il est donc observable que, pour la réduction de consommation, les traitements familiaux sont largement (taille d'effet forte) plus efficaces que l'absence de traitement. Ils sont modérément plus efficaces (taille d'effet modérée) que les traitements habituels donnés en formats individuels et de groupe. Dans certaines situations, l'effet des interventions familiales est similaire à l'intervention habituelle donnée en format individuel.

### **Effet des traitements à travers le temps**

Ce qui semble caractériser les thérapies impliquant la famille par rapport aux autres traitements, ce sont les effets positifs qui sont observés à plus long terme. Plusieurs études, dont deux méta-analyses, indiquent que la *Multidimensional Family Therapy* a des impacts positifs sur la consommation de drogues des adolescents jusqu'à environ 12 mois après un traitement (Hogue et Liddle, 2009 ; Liddle *et al.*, 2001 ; Vaughn et Howard, 2004). Il est également démontré que le traitement *Functional Family Therapy* et le *Ecological Based Family Therapy* (EBFT) ont des effets plus significatifs qu'un traitement habituel quant à la réduction de la consommation jusqu'à 15 mois après l'entrée en traitement (Slesnick et Prestopnik, 2009, cité dans Rowe, 2012). Ce résultat peut être contradictoire avec la méta-analyse précédemment citée (Hartnett *et al.*, 2017) qui nous informe que le FFT serait similaire dans son efficacité à des traitements individuels. Il est possible d'expliquer cet écart de résultats par le contexte d'intervention et le type de clientèle.

Il est possible que les traitements étaient plus adaptés aux besoins spécifiques de la clientèle, pouvant ainsi avoir un impact positif sur l'efficacité du traitement à plus long terme.

### **Engagement et maintien en traitement**

L'engagement et le maintien en traitement sont deux éléments importants concernant la réussite d'une thérapie pour les adolescents ayant un trouble d'usage de substances.

L'engagement peut se déterminer par le fait d'entamer une démarche thérapeutique et le maintien se représente par le fait de rester en traitement jusqu'à la fin de celui-ci. Une étude souligne que l'engagement et le maintien des adolescents en traitement peuvent être influencés par l'implication de leur famille dans le processus de rétablissement (Horigian *et al.*, 2016).

Robbins et ses collègues (2011) indiquent que le *Brief Strategic Family Therapy* permettrait un meilleur maintien en thérapie ainsi qu'un meilleur engagement chez les adolescents qu'un traitement habituel. D'autres résultats d'études vont dans le même sens : le maintien des adolescents en traitement augmente substantiellement lorsqu'ils participent à un traitement familial tel que le *Family Support Network* (Hamilton *et al.*, 2001). En plus, il est soulevé que les stratégies d'engagement basées sur la famille sont associées à de meilleurs résultats que les techniques d'engagement dans les traitements habituels en termes d'inscription dans un traitement (Hogue et Liddle, 2009). Les stratégies d'engagement basées sur la famille sont souvent plus intensives dès le début du traitement, tant pour l'adolescent que pour les membres de son entourage, par des contacts directs et continus tout au long du traitement. Les stratégies d'engagement dans un traitement habituel sont plus limitées et moins intensives, elles peuvent se limiter à un contact téléphonique au début du traitement par exemple. Les traitements familiaux ont systématiquement montré que davantage d'adolescents toxicomanes ont un meilleur engagement et un meilleur maintien en traitement que ceux étant dans un traitement habituel tel qu'une thérapie individuelle ou de groupe (Robbins *et al.*, 2011; Waldron *et al.*, 2001). Le *Family Support Network* obtient de meilleurs résultats quant au rétablissement de l'adolescent lorsque ceux-ci sont soutenus et que les parents sont impliqués (Dennis *et al.*, 2004). Il est donc possible de noter que, lorsque la famille est impliquée dans le traitement, il est observé un meilleur engagement et une meilleure rétention en traitement de l'adolescent.

Des variables semblent aussi avoir un impact sur l'engagement des parents en traitement. Dans la thérapie *Multidimensional Family Therapy*, l'alliance entre le parent et son adolescent a un impact sur l'engagement de la famille dans le traitement (Shelef *et al.*, 2005). Par exemple, si l'adolescent et son parent ont une relation conflictuelle, il se peut que cela diminue l'engagement du parent dans le traitement de son adolescent. Il est également souligné que les parents informés sur le cheminement thérapeutique et en accord avec les objectifs de leur adolescent permettent un meilleur engagement de la famille dans l'intervention (Shelef *et al.*, 2005). Ainsi, plus le parent entretient une bonne relation avec son adolescent et plus il est informé de ce que son adolescent travaille dans sa démarche, plus il est impliqué dans le traitement.

### **Amélioration sur plusieurs sphères**

En addition aux effets que les traitements familiaux peuvent avoir sur la réduction de la consommation, l'engagement et le maintien, ils ont aussi des effets positifs sur différentes sphères telles que la santé mentale, la délinquance, le fonctionnement familial et au niveau scolaire.

### ***Efficace auprès des personnes ayant une problématique de santé mentale***

Dans la littérature, *le Multidimensional Family Therapy*, *Le Brief Strategic Family Therapy*, *le Multisystemic Therapy*, et *le Functionnal Family Therapy* permettent une amélioration de la santé mentale en aidant à réduire les symptômes de dépression et d'anxiété chez l'adolescent (Hogue et Liddle, 2009 ; Waldron et Turner, 2008). Les études indiquent que ces traitements seraient plus efficaces que les traitements individuels auprès des adolescents ayant un problème d'usage de substances sévères, ceux ayant des troubles du comportement (Van der Pol *et al.*, 2017), ainsi que ceux ayant des troubles concomitants de santé mentale (Henderson *et al.*, 2010 ; Rowe et Liddle, 2008 ; Van der Pol *et al.*, 2017). Ces traitements visent plusieurs facteurs de risque dans divers aspects de la vie. Par exemple, la famille, les amis et l'environnement. Ainsi, ils se montrent plus efficaces auprès des adolescents ayant des profils plus complexes, car ils abordent plusieurs problématiques en même temps.

### ***Amélioration de la délinquance***

Il est possible de remarquer que la consommation peut être accompagnée de divers comportements problématiques tels que l'association à des pairs déviants, les délits, des comportements d'agressivité, les troubles de l'opposition ou encore la présence d'une forte impulsivité. Le *Brief Strategic Family Therapy*, le *Multisystemic Therapy*, le *Multidimensional Family Therapy* et le *Functionnal Family Therapy* permettent une réduction des comportements problématiques extériorisés chez l'adolescent (Hartnett *et al.*, 2017 ; Horigian *et al.*, 2016 ; Hogue et Liddle, 2009 ; Robbins *et al.*, 2009 ; Waldron et Turner, 2008). À la suite d'une étude effectuée aux États-Unis par le Centre d'étude de prévention de la violence, il est conclu que le *Functionnal Family Therapy* se situe comme le 11<sup>e</sup> programme le plus performant parmi 1000 programmes évalués pour la prévention de la violence (Hartnett *et al.*, 2017). Selon la méta-analyse de Van der Pol *et al.* (2017), le *Multidimensional Family Therapy* serait la thérapie familiale la plus efficace pour les adolescents confrontés à diverses problématiques telles que la délinquance et des problèmes de comportements. Cela s'explique par le fait que le traitement a une visée systémique. Il considère l'environnement de l'adolescent et permet de toucher diverses sphères à risque de sa vie. Par exemple, les résultats du *Multidimensional Family Therapy* démontrent une réduction de l'affiliation aux pairs déviants (Liddle *et al.*, 2006). À l'adolescence, l'amitié occupe une place importante et il peut être parfois facile pour ceux-ci de se laisser influencer par leurs pairs. Le changement d'entourage et la réduction des contacts avec des pairs déviants contribuent ainsi à la diminution des comportements problématiques. Il est possible de conclure que les traitements les plus exhaustifs sont plus efficaces auprès des adolescents ayant des profils plus complexes.

### ***Amélioration du fonctionnement familial***

Les traitements familiaux permettent d'améliorer le fonctionnement familial par la diminution des facteurs de risque et le renforcement des facteurs de protection au sein de la famille. Le *Brief Strategic Family Therapy* permet une amélioration du fonctionnement familial et de la relation entre les adolescents et leurs parents. Toutefois, les résultats ne sont pas significatifs en comparaison avec les traitements habituels (thérapie individuelle et/ou de groupe, groupes de formation parentale, thérapie familiale non manuelle) (Robbins *et al.*, 2011). En

conclusion, le traitement habituel démontre également un impact positif sur le fonctionnement familial.

Le traitement *Multidimensional Family Therapy* aborde plusieurs facteurs de risque qui ont un impact sur le fonctionnement familial et tente de les diminuer (Henderson *et al.*, 2010). Cela permet des améliorations au niveau du fonctionnement familial, des pratiques parentales et à une réduction des conflits jusqu'à un an après le traitement. Il est souligné que l'amélioration des compétences parentales dans ce programme est intimement corrélée à la réduction de la consommation chez l'adolescent (Hogue et Liddle, 2009). Des interventions spécifiques ciblant les interactions problématiques entre l'adolescent et son parent ont aussi montré des résultats positifs au cours du traitement (Hogue et Liddle, 2009). L'alliance entre le parent et l'adolescent peut être un grand facteur de protection et permet de prédire la consommation de substances après le traitement (Horvath, 2000; Martin *et al.*, 2000 cités dans Shelef *et al.*, 2005). Dans l'étude de Spapen *et al.* (2010), des effets positifs sont démontrés lorsque le professionnel travaille à la fois avec l'adolescent et avec la famille réunie. Cette approche facilite l'établissement de liens et le déroulement des rencontres lors de conflits familiaux et d'autres interventions familiales.

### ***Amélioration sur le plan scolaire***

Brièvement dans les études, certains auteurs soulignent les effets positifs qu'ont les traitements incluant la famille sur le parcours scolaire des adolescents. Une étude révèle qu'un an après le traitement, les adolescents ayant suivi le programme *Multidimensional Family Therapy* présentaient une amélioration de leurs résultats scolaires (Liddle *et al.*, 2001). Cette amélioration est comparée à celle observée chez des adolescents participant à une thérapie de groupe et au *Multifamily Educational Intervention*, une thérapie de groupe impliquant plusieurs familles. Les participants au traitement familial ont montré une amélioration générale de leurs résultats scolaires. Cela s'illustre par une réduction du nombre d'échecs de cours plus significative qu'un groupe de comparaison. Par rapport à la moyenne générale, les adolescents ayant participé à un traitement familial sont passés de notes inférieures à la moyenne à des notes de passage (Liddle *et al.*, 2001). Les changements observés au niveau de divers facteurs de protection, tels que l'amélioration des résultats scolaires, l'aide au développement de relations positives au sein de la

famille (Liddle *et al.*, 2001). Ainsi, l'implication dans le parcours scolaire et l'amélioration des résultats académiques de l'adolescent peuvent significativement réduire les sources potentielles de conflits au sein de la famille.

## Discussion

Le présent essai a permis d'identifier quels sont les programmes d'intervention familiale prouvés efficaces auprès des adolescents ayant un trouble d'usage de substances et les divers avantages d'utiliser ce type d'approche. À travers différents écrits, les auteurs s'entendent sur les bénéfices de comprendre le comportement de l'adolescent, notamment en ce qui concerne la consommation excessive de substances psychoactives dans un contexte familial (Tanner-Smith *et al.*, 2013). Différentes interventions et approches familiales sont élaborées et mises en place spécifiquement pour la problématique d'un trouble d'usage de substances chez les adolescents (Baldwin *et al.*, 2012). Ces traitements visent à modifier ce qui est dysfonctionnel dans la famille et qui peut avoir un impact sur la consommation de l'adolescent. Entre autres, il est démontré qu'une relation positive entre l'adolescent et son parent est un aspect aidant pour faire face à ses difficultés d'usage de substances (Waldron *et al.*, 2001). L'objectif de l'intervention familiale est donc d'impliquer positivement la famille dans le rétablissement des adolescents en traitement par une amélioration des relations familiales (Horigian *et al.*, 2016).

## Résumé du tableau des traitements familiaux

La recension de littérature menée dans cet essai révèle comment le traitement basé sur la famille est l'un des traitements les plus largement étudiés pour les troubles d'usage de substances chez les adolescents (Becker et Curry, 2008, cités dans Hogue et Liddle, 2009). Le tableau 1 résume les sept traitements qui ont été abordés dans cet essai. Il est possible d'observer plusieurs similarités entre ceux-ci.

Premièrement, l'ensemble des approches familiales s'attaque aux relations familiales dysfonctionnelles. Par exemple, la communication, la résolution de conflits, les pratiques parentales, ou encore les interventions qui ciblent les interactions problématiques entre le parent et l'adolescent. Certaines vont même plus loin en postulant que le trouble d'usage de substances est l'expression de ces relations dysfonctionnelles.

Deuxièmement, la majorité des traitements familiaux mettent l'accent sur plusieurs sphères de la vie de l'adolescent. Ils prennent en considération non seulement les relations familiales, mais aussi les difficultés scolaires, les relations avec les pairs et les enjeux liés à la santé mentale et émotionnelle des adolescents. Ce travail étendu dans les différents domaines de la vie des adolescents va de pair avec le troisième constat concernant les similitudes entre les traitements : plusieurs postulent que la problématique d'usage de substances est multidéterminée. Les modèles identifient des facteurs de risque sur les plans personnel, familial et social. Par exemple, sur le plan personnel, on y retrouve des enjeux liés à la santé mentale, l'impulsivité, l'agressivité, les difficultés scolaires, une faible estime de soi ou encore des difficultés de régulation des émotions (Liddle *et al.*, 2001). Sur le plan familial, on note les conflits familiaux, la violence physique et psychologique, la maltraitance, un manque d'encadrement, la présence de consommation dans l'environnement, ce qui normalise l'usage (Horigian *et al.*, 2016 ; Liddle *et al.*, 2001 ; Rowe et Liddle, 2008 ; Rowe, 2012). Sur le plan social, les auteurs identifient différents facteurs tels que la présence de pairs délinquants, un environnement défavorisé et un faible réseau de soutien.

Enfin, il est constaté que l'ensemble des traitements familiaux peuvent se ressembler, mais présentent également des différences notables. Certains accordent une faible proportion à l'intervention familiale, tandis que pour d'autres, c'est l'inverse. La majorité des traitements utilisent comme modalités d'intervention les rencontres individuelles, les rencontres familiales, et deux traitements utilisent l'intervention de groupe. Ce qui différencie les traitements familiaux, c'est que certains privilégient les rencontres individuelles avec l'adolescent, comme *Adolescent Community Reinforcement Approach* et le *Multisystemic Therapy*, où peu de temps est accordé aux rencontres familiales. D'autres privilégient majoritairement les rencontres familiales, comme le *Brief Strategic Family Therapy* et le *Functional Family Therapy*, où les rencontres individuelles ne sont proposées que si nécessaire. Enfin, certains tentent de répartir de manière plus équilibrée les rencontres individuelles avec l'adolescent et les rencontres familiales, comme le *Multidimensional Family Therapy*, le *Strength Oriented Family Therapy* et le *Family Support Network*. Seuls deux traitements utilisent l'intervention de groupe : le *Strength Oriented Family*

*Therapy*, qui organise des rencontres de groupe en famille, et le *Family Support Network*, qui utilise un groupe pour les parents.

En ce qui concerne la population cible, quatre traitements s'adressent à des jeunes ayant un trouble d'usage de substances et des comportements de délinquance. Trois autres traitements se concentrent sur les adolescents ayant uniquement une problématique d'usage de substances. Par ailleurs, la durée des traitements varie généralement entre trois et six mois pour l'ensemble des traitements. Il est également précisé que les professionnels qui mettent en œuvre ces traitements doivent en majorité détenir un diplôme d'études universitaires en relation d'aide et posséder la formation nécessaire pour appliquer efficacement le programme. Enfin, tous les traitements sont applicables à la fois en milieu interne, externe et naturel de l'adolescent. Cela permet d'offrir une flexibilité et de répondre aux besoins individuels de chaque adolescent et de leur famille.

### **Impacts des traitements familiaux sur la consommation et le rétablissement des adolescents**

À partir des résultats obtenus, en ce qui concerne l'efficacité des traitements, il est possible d'affirmer que les traitements familiaux sont efficaces à plusieurs niveaux pour les adolescents ayant une problématique d'usage de substances.

Comme mentionné précédemment, les traitements familiaux permettent de réduire la consommation chez les adolescents. À la lumière des résultats, ils sont significativement plus efficaces que l'absence de traitement (taille d'effet généralement élevée) et modérément plus efficaces qu'un traitement habituel individuel et de groupe et alternatif (taille d'effet faible à modérée). Les tailles d'effets des traitements familiaux sont généralement significatives. La majorité des résultats proviennent de méta-analyses et d'études randomisées, ce qui renforce la crédibilité des conclusions établies. Cependant, en fonction des limites des études rapportant ces résultats, les tailles d'effets peuvent varier. La fluctuation entre les résultats peut s'expliquer par plusieurs éléments, notamment par l'intensité et la spécificité du traitement, la clientèle à laquelle il est offert, ainsi que la problématique ciblée. De ce fait, le traitement familial obtient des

résultats similaires lorsqu'il est comparé à un refuge spécialisé pour les jeunes fugueurs ou encore lorsque la clientèle cible une problématique bien précise telle que la délinquance sexuelle qui reçoit un traitement spécialisé pour ce type de problématique. Il demeure plus efficace lorsqu'il est comparé à un traitement qui cible précisément la problématique de trouble d'usage de substances. Il est possible de conclure que le choix du meilleur traitement dépend des besoins et des enjeux dominants de l'adolescent, de la sévérité de la problématique ainsi que de la qualité d'implication et de la présence de la famille. Par conséquent, plus le traitement sera adapté aux besoins de l'adolescent et de sa famille, plus il y aura de chances qu'il soit efficace.

Dans le contexte du traitement familial, la réduction de consommation est intimement liée à l'amélioration du fonctionnement familial. Cette efficacité peut s'expliquer par le fait que les facteurs de protection au sein de la famille sont renforcés à la suite du traitement et ainsi contribuent à la réduction de la consommation chez l'adolescent (Rowe et Liddle, 2008). À la fin du traitement, les parents sont mieux outillés pour intervenir auprès de leur adolescent, plus particulièrement pour manifester leur affection, instaurer des limites, pour soutenir leur adolescent dans ses défis, pour montrer l'exemple en ce qui concerne les comportements souhaités. Le traitement aide à améliorer la communication et la résolution des conflits au sein de la famille. Ces compétences acquises et développées en traitement contribuent à prévenir les rechutes tout en améliorant les relations familiales. Comme spécifié dans l'étude de Liddle *et al.* (2001), la modification des pratiques parentales est liée à la réduction de la consommation chez l'adolescent. Il existe aussi des stratégies spécifiques que les parents peuvent utiliser pour favoriser la diminution de la consommation de l'adolescent, telles que favoriser leur propre mieux-être personnel, conjugal et familial (Ferland *et al.*, 2023).

Les traitements familiaux permettent non seulement de réduire la consommation à court terme, mais également de mieux maintenir les résultats dans le temps par rapport à un traitement habituel. On peut noter que les divers traitements incluant la famille permettent de maintenir les résultats du traitement et de réduire la consommation jusqu'à un peu plus d'un an (15 mois) après le traitement. Cela peut s'expliquer par plusieurs éléments. Tout d'abord, il est postulé que le traitement familial permet à la famille d'avoir une meilleure compréhension de la problématique

de leur adolescent (Gauthier et al., 2010). Puisque les parents sont mieux informés, ils peuvent comprendre quels sont les facteurs qui peuvent mettre l'adolescent à risque de consommer et être plus attentifs à ceux-ci. Les ateliers sur la dépendance rendent la famille plus apte à être une ressource pour leur adolescent et à soutenir son rétablissement une fois le traitement terminé (Bertrand et al., 2013). Le traitement familial permet de créer un environnement davantage soutenant pour le rétablissement de l'adolescent face à sa problématique (Gauthier et al., 2010). De son côté, l'adolescent peut utiliser ses parents comme motivation et soutien pour ne pas retourner dans ses anciennes habitudes de consommation (Gauthier et al., 2010). Chacun de ces éléments peut expliquer pourquoi un traitement incluant la famille peut aider à réduire la consommation de l'adolescent à plus long terme. La famille peut devenir le facteur de protection qui amène l'adolescent à maintenir son abstinence plus longtemps que celui qui n'aurait pas ce soutien.

Un autre avantage observé du traitement familial est l'engagement et le maintien des adolescents en traitement. Dans une étude de Liddle *et al.* (2006), il est indiqué que les traitements habituels pour les adolescents ayant un trouble d'usage de substances présentent souvent des taux élevés d'abandon (Grella, 2006, cité dans Liddle *et al.*, 2006). Lorsque la famille est impliquée, il est observé un meilleur engagement et une meilleure rétention en traitement des adolescents. Fréquemment, l'entrée en traitement peut être influencée par des facteurs externes tels que des conditions imposées à la suite d'un passage en justice, une réduction du temps en centre jeunesse ou encore la pression exercée par les parents. Cela peut influencer l'engagement et la rétention en traitement puisque la motivation est extrinsèque. Cette motivation peut parfois mener à un abandon précoce du traitement. Un adolescent a plus de chances d'entrer, de s'engager et de rester dans un traitement familial qu'au sein d'un traitement habituel. Il est possible d'expliquer ce résultat par le soutien que les parents peuvent apporter lors du traitement. Leur compréhension face aux difficultés de leur adolescent peut jouer un grand rôle dans l'engagement de l'adolescent en traitement et la réussite de celui-ci (Mongrain, 2011). De plus, une fois engagés, les adolescents doivent persister dans le traitement et faire preuve de

persévérance. L’implication des parents dans le traitement peut aider à motiver l’adolescent à rester en traitement jusqu’à la fin (Dermers-Lessard et al., 2016).

Également, pour soutenir l’engagement et le maintien en traitement, il est important que le thérapeute crée une alliance avec le parent et l’adolescent (Liddle et Hogue, 2009). Les parents sont ceux qui souhaitent le plus le changement chez l’adolescent. Ils jouent un rôle clé dans l’initiation de la motivation de leur adolescent à participer au traitement (Liddle et Hogue, 2009). Les parents représentent donc un outil motivationnel important. D’un autre côté, l’alliance entre l’intervenant et l’adolescent est essentielle pour s’assurer que le traitement réponde aux besoins de celui-ci et ait du sens dans le but d’amorcer le changement (Shelef *et al.*, 2005). Dans un rapport mené au Québec par l’Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS) qui évalue les services externes intensifs pour les adolescents ayant un trouble d’usage de substances, il est observé que : « l’implication de la famille dans le traitement, même de nature brève, permet de mieux évaluer et répondre aux besoins de l’adolescent et de sa famille » (INESSS, 2019). La famille peut être une grande source d’informations concernant les enjeux de leur adolescent. Elle permet de faire une évaluation parfois plus juste des problématiques et de l’impact que la consommation a pu avoir dans leur vie.

Comme mentionné dans l’essai, les parents ne sont pas seulement une source de motivation, mais peuvent aussi être des facteurs de risque de rechute pour les adolescents. Il est reconnu que les membres de l’entourage d’une personne ayant un trouble d’usage de substances vont user différentes stratégies d’adaptation pour faire face à la problématique. Ils tentent de retrouver un équilibre et de diminuer les conséquences négatives du comportement d’usage de leur proche. Toutefois, certaines de ces stratégies peuvent amener la personne qui consomme à maintenir ou augmenter son usage, dont par exemple, éviter les conflits, utiliser un contrôle excessif, renforcer les comportements d’usage ou encore éviter de faire vivre les conséquences naturelles d’usage au consommateur (Ferland *et al.*, 2023). Ainsi, travailler en collaboration avec les parents peut aider à réduire une influence négative, parfois non consciente, des parents envers

l'adolescent. Ces éléments expliquent la pertinence de la famille dans un traitement pour engager et maintenir l'adolescent en traitement (Mongrain, 2011).

D'un autre côté, il existe plusieurs obstacles à l'engagement en traitement concernant les parents (Hamilton, 2001). Ces obstacles permettent d'identifier des enjeux sur lesquels travailler pour favoriser l'engagement de l'adolescent et du parent. Par exemple, le manque de transport et la gestion des autres adolescents à la maison peuvent être des obstacles pour la participation du parent. Les opinions divergentes entre les parents face à la problématique de leur adolescent peuvent aussi freiner l'engagement de l'adolescent, puisqu'il est possible qu'il ne se sente pas compris et soutenu. Il est aussi possible que les parents éprouvent du désespoir face à la problématique de leur adolescent. La faible implication d'un parent pourrait être un mécanisme de défense de sa part. Les parents peuvent aussi être réticents à s'engager dans un processus de rétablissement par peur que le traitement ne fonctionne pas (Hamilton, 2001). Finalement, un parent ayant une problématique de consommation peut amener celui-ci à être réfractaire aux services, car ce processus peut être confrontant pour celui-ci.

Dans l'étude d'Hamilton (2001), différentes stratégies sont proposées pour favoriser l'engagement de l'adolescent et de sa famille dans le traitement. Tout d'abord, comme mentionné plus haut, il est proposé de créer rapidement une alliance auprès de la famille pour aborder les résistances et les craintes. Impliquer autant la famille dans le processus que l'adolescent en créant des objectifs communs sur lesquels ils souhaitent travailler, tout en amenant la famille à s'impliquer lors des temps de contacts téléphoniques ou encore lors des ateliers. Enfin, d'amener les parents à développer un discours positif face aux changements et en les impliquant davantage lorsque l'adolescent démontre une baisse de motivation (Hamilton, 2001).

Ensuite, il est observé dans ce rapport que certains traitements familiaux tels que le *Multidimensional Family Therapy*, le *Functional Family Therapy* et le *Multisystemic Therapy* permettent de meilleurs résultats pour les jeunes ayant un trouble plus sévère pour leur consommation et ayant des comorbidités (INESSS, 2019). Puisque ces programmes sont plus exhaustifs et incluent plusieurs aspects de la vie de l'adolescent, ils permettent de travailler sur

plusieurs facteurs de risque et ainsi renforcent les facteurs de protection. Par exemple, le *Multidimensional Family Therapy* est un traitement largement étudié par les chercheurs pour les adolescents ayant un trouble d'usage de substances plus sévère et ceux ayant des troubles de comportements, des difficultés scolaires, une affiliation à des pairs déviants ou encore ayant des enjeux au niveau de la santé mentale. Cette approche thérapeutique se distingue par son attention portée sur quatre axes principaux, soit l'adolescent, la famille, les relations intrafamiliales et l'environnement (Jouanne et al., 2010). Cela permet non seulement de travailler la consommation problématique chez l'adolescent, mais également de s'attaquer à plusieurs facteurs de risque associés à la consommation. Une étude menée par Hogue et Liddle (2009) indique que peu de traitements abordent les multiples problèmes auxquels sont confrontés les adolescents. En revanche, la plupart des traitements familiaux ont la particularité d'aborder plusieurs sphères de la vie de l'adolescent, ce qui les rend particulièrement efficaces pour traiter les problèmes plus complexes. Le modèle *Risk-Need-Responsivity* est utilisé dans une étude pour confirmer que les interventions utilisées dans les traitements devraient correspondre au risque de récidive de l'adolescent et donc nécessiter un traitement dont l'intensité est ajustée au degré de risque de récidive (Van der Pol et al., 2017). Un adolescent présentant plusieurs comorbidités peut avoir un risque de rechute plus élevé. Le fait que les traitements familiaux abordent les multiples difficultés devrait contribuer à réduire le risque de rechute.

## Réalité des traitements familiaux au Québec

### *Les approches familiales utilisées au Québec*

En général, au Québec, il semble y avoir peu de thérapies familiales dans les programmes de traitement de la dépendance. Il existe principalement des programmes de soutien à la famille dans les différents centres de réadaptation en dépendance pour adolescents, tant dans les centres d'hébergement, comme celui du Grand Chemin, que dans le cadre d'un service ambulatoire dans les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Il est possible de retrouver au Québec, comme programme spécialisé en intervention familiale, le programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (PICSIM) ou encore le programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE),

offert par les centres intégrés de santé et de services sociaux (Gouvernement du Québec, 2025). En revanche, ces programmes ne sont pas spécialisés pour le traitement de la dépendance.

L’absence de traitements familiaux pourrait être expliquée par le fait que l’implantation de différents traitements peut parfois nécessiter de longues formations coûteuses et montre un manque de flexibilité dans l’implantation, dont par exemple le *Multidimensional Therapy* et le *Multisystemic Therapy* (INESSS, 2019). Cela demeure donc moins attrayant d’utiliser ce genre de traitement ou, du moins, certains sont plus complexes à intégrer dans un programme déjà existant. Cependant, il est possible de le faire puisque le traitement *Multisystemic Therapy* a influencé le programme CAFE au Québec (INESSS, 2019). Également, le programme Jeunesse Famille du centre de réadaptation en dépendance de la Mauricie Centre-du-Québec (2009) s’est inspiré du traitement Family Support Network (FSN) pour créer un service auprès de l’adolescent et de sa famille concernant la problématique de dépendance de l’adolescent.

### ***Le Grand Chemin***

Dans cet essai, une attention a été portée aux programmes qui pourraient s’appliquer dans un contexte de services avec hébergement pour les adolescents ayant un trouble d’usage de substances, comme le centre d’hébergement en dépendance Le Grand Chemin.

Le Grand Chemin est un organisme communautaire pour les adolescents âgés entre 12 et 17 ans (Le Grand Chemin, 2024). L’hypothèse de travail sous-entend que les diverses interventions du centre portent sur l’idée que la problématique de consommation de l’adolescent est due à une perte de contrôle qui perdure dans le temps, malgré les diverses conséquences négatives. Cet organisme offre une thérapie de groupe pour le trouble d’usage de substances, le trouble d’utilisation d’Internet ainsi que pour le jeu excessif, d’une durée de huit à dix semaines. Il offre aussi divers services, soit un suivi en réinsertion sociale de quatre mois, un service d’accompagnement à la famille d’une durée de six mois, ainsi qu’un service de scolarisation. Le service à la famille est volontaire et vise à engager activement les membres de l’entourage dans le processus de rétablissement de l’adolescent. Ce service comprend une évaluation des besoins et

de la situation familiale, huit ateliers de groupe, des visites bimensuelles, une rencontre familiale ainsi que des suivis téléphoniques hebdomadaires.

Le service d'accompagnement à la famille au Grand Chemin n'est pas basé sur un programme reconnu. Les intervenants sont appelés à utiliser l'approche motivationnelle pour effectuer l'accompagnement auprès des parents. Un plan d'intervention est mis en place auprès des parents pour établir comment ils accompagneront leur adolescent face à sa problématique d'usage de substances lors de sa démarche thérapeutique. Les interventions s'effectuent majoritairement par téléphone et lors des ateliers de groupe parents. Le service est maintenu pour la famille tout au long du cheminement de l'adolescent en traitement et peut être prolongé jusqu'à un mois après la fin du traitement de l'adolescent. Si l'adolescent décide de quitter les services ou si les intervenants mettent fin à son cheminement, les parents peuvent continuer à recevoir les services selon leurs besoins.

En s'appuyant sur les différents traitements recensés, il est possible de conclure que plusieurs d'entre eux semblent peu compatibles avec les services que Le Grand Chemin pourrait envisager d'offrir. Cependant, il serait possible de s'en inspirer en retirant divers concepts abordés dans ces traitements pour les adapter aux besoins spécifiques de l'organisme. Voici quelques pistes d'amélioration pour adapter le service d'accompagnement.

Pour commencer, Le Grand Chemin pourrait s'inspirer du traitement *Family Support Network* (FSN), du *Strength Oriented Family Therapy* (SOFT) ou encore de *l'Adolescent Community Reinforcement Approach* (A-CRA). Ces traitements ont tous un fondement conceptuel qui pourrait bien s'intégrer avec celui du Grand Chemin. Le programme SOFT mise sur la recherche de solutions tant du côté de l'adolescent que des parents pour réduire la consommation. Le traitement FSN consiste à impliquer directement les parents dans le rétablissement. Finalement, l'A-CRA a pour objectif de miser sur les différents facteurs de protection dans la vie de l'adolescent pour soutenir son rétablissement. De plus, ces programmes peuvent tous être dispensés dans un milieu communautaire à l'interne et ne nécessitent pas

nécessairement de formation de deuxième cycle. Ainsi, ils seraient plus accessibles pour les intervenants du centre et l'organisme n'aurait pas à dispenser une somme importante dans la formation.

Ensuite, il est remarqué que dans l'ensemble des traitements familiaux, les programmes sont majoritairement structurés en trois différentes phases. La première mise sur l'évaluation de la problématique, des besoins des membres de la famille ainsi que sur l'engagement et la motivation de l'entourage. La deuxième phase sert à identifier le plan d'action, à mettre en avant les forces et à travailler les différents défis au sein de la famille. La dernière phase consiste à généraliser les acquis. Il pourrait donc être possible de créer les bases du programme du service à la famille en fonction de ces trois phases.

De plus, certains traitements mettent en place des rencontres à domicile, notamment le *Family Support Network*. C'est une pratique qui pourrait être intéressante à inclure pour les adolescents en réinsertion. Bien souvent, l'intensité des services au sein de la famille diminue lorsque l'adolescent quitte son cheminement à l'interne. Il pourrait être pertinent d'inclure une rencontre familiale à domicile pour observer comment la famille s'adapte à l'arrêt de consommation de l'adolescent et comment celui-ci s'engage dans son rétablissement. Cela permettrait de maintenir une certaine intensité de service et un encadrement auprès de la famille.

D'autre part, il est recensé que le programme SOFT ainsi que le FSN font usage de rencontres de groupe, tout comme le service du Grand Chemin. Le SOFT mise davantage sur des rencontres de groupe qui incluent la famille, tandis que le FSN s'adresse uniquement aux parents. Il pourrait être pertinent d'adapter les ateliers aux parents et d'y inclure des ateliers parents-adolescents pour offrir davantage de moments permettant de travailler la relation et la dynamique familiale. Présentement, le Grand Chemin offre huit ateliers pour les parents. La moitié des thématiques pourrait être adaptée afin que le parent ait accès aux informations tout en les mettant en pratique auprès de son enfant. Cela ne nécessiterait pas plus de déplacements pour les parents et n'ajoutera pas une charge de travail aux intervenants.

En termes de rencontre familiale, comme mentionné plus haut, les traitements offrent des intensités différentes concernant l'intervention familiale. Toutefois, à l'exception du MTS, tous les traitements offrent plus qu'une rencontre familiale. Les traitements qui pourraient être les plus adaptés au Grand Chemin (SOFT, FSN et A-CRA) varient entre deux et cinq rencontres. Il serait possible d'intégrer au service à la famille trois rencontres familiales, incluant celle lors de la réinsertion. Deux rencontres auraient lieu lors du traitement à l'interne de l'adolescent. L'une des thématiques de rencontre pourrait porter sur un enjeu que la famille souhaite travailler, par exemple mettre en pratique la communication positive ou encore la résolution de conflit. La deuxième rencontre garderait la thématique déjà en place, soit d'aborder la problématique de la dépendance de l'adolescent et l'impact de celle-ci sur la famille.

Finalement, ces suggestions basées sur les meilleures pratiques, permettraient d'offrir davantage de structure au service à la famille et de fournir un soutien plus complet aux différentes familles engagées dans le suivi de leur adolescent. Cela permettrait d'optimiser le service à la famille, de contribuer au rétablissement de l'adolescent et de renforcer les facteurs de protection au sein de son environnement de vie.

## **Limites**

Dans cet essai, il est possible de souligner diverses limites qui peuvent avoir un impact sur les résultats obtenus. Tout d'abord, en ce qui concerne la méthode de collecte des données, un total de 24 articles a été sélectionné pour effectuer la recension de littérature. Toutefois, un total de 54 articles a été initialement retenu lors du processus. La sélection des articles a été basée sur la pertinence des articles par rapport au sujet de l'essai, les articles étant classés du plus pertinent au moins pertinent selon les critères de recherche. Dans ce processus, il est possible que certains des articles qui n'ont pas été retenus auraient pu apporter des informations intéressantes à l'essai. Aussi, bien que cet essai permette d'avoir un aperçu des divers traitements familiaux pour les adolescents ayant un trouble d'usage de substances, seulement les interventions les plus populaires ont été étudiées. Des recherches supplémentaires pourraient être effectuées dans le but

d'approfondir davantage les différents aspects des traitements familiaux recensés ainsi que les traitements qui n'ont pas été explorés.

Dans cette optique, plusieurs études qui abordent les traitements familiaux indiquent principalement, dans les résultats, des effets positifs à long terme (15 mois) concernant la réduction de consommation. Toutefois, peu d'études explorent les effets à plus long terme, c'est-à-dire quelques années après le traitement. Avoir des études qui abordent la réduction de consommation à long terme permettrait d'apporter plus de poids en ce qui concerne l'efficacité des traitements familiaux en comparaison aux traitements habituels. Il serait aussi pertinent d'avoir plus d'informations sur les impacts positifs que le traitement familial pourrait apporter dans la dynamique familiale, les relations, la gestion de conflit, la communication dans la famille pour être en mesure de bien évaluer l'efficacité des services qui sont offerts à la famille. De plus, l'évaluation des résultats à plus long terme permettrait d'identifier les besoins qui persistent et de mettre plus l'accent sur ces aspects lors du traitement.

### **Liens avec la psychoéducation**

Le principal champ d'expertise du psychoéducateur consiste à identifier les difficultés et les capacités d'adaptation d'une personne. Pour effectuer ce processus, le psychoéducateur se base sur des approches et des modèles théoriques. Les résultats obtenus dans cet essai permettent de faire des liens avec un modèle populaire qui illustre l'évaluation psychoéducative soit le modèle d'analyse psychodéveloppemental de l'adaptation de Cummings, Davies et Campbell (2000). Ce modèle est utilisé dans le but d'offrir une vision plus globale de l'adaptation d'une personne confrontée à une problématique. Elle se construit dans une visée écosystémique, une approche qui concorde bien avec les approches familiales recensées dans cet essai (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ), 2024).

Ce modèle intègre différents facteurs tels qu'individuels, familiaux, sociaux et environnementaux pour évaluer la situation. Ce sont sur ces facteurs que se sont principalement basés les résultats de cet essai. Un trouble d'usage de substances chez l'adolescent peut avoir des répercussions sur plusieurs sphères de sa vie, notamment sur son fonctionnement familial, ses

comportements délinquants, sa santé mentale et ses performances scolaires. Le traitement familial permet l'amélioration de ces différentes sphères. Il est ainsi possible de comprendre que le trouble d'usage de substances chez l'adolescent peut être le résultat d'une difficulté d'adaptation face à différentes sphères de sa vie. Ces facteurs permettent d'évaluer le potentiel adaptatif (PAD) et expérientiel (PEX) de la personne pour qu'elle retrouve un état de convenance, c'est-à-dire un équilibre ou un déséquilibre dynamique face à sa problématique. Le déséquilibre dynamique fait référence à l'individu qui vit des difficultés et qui est en mesure de se mettre en action pour s'adapter à la situation ou à son problème.

Le PAD fait référence au potentiel de la personne, soit ses forces, défis, capacités à s'adapter et le PEX fait référence au potentiel de son environnement, les ressources et les limites de l'environnement de la personne. La vision systémique permet d'identifier les sphères qui influencent les difficultés chez l'adolescent et d'augmenter les facteurs de protection pour qu'il retrouve un équilibre dynamique. L'équilibre dynamique se définit comme un état de stabilité chez l'individu qui n'est pas figé dans le temps, il est disponible au changement et à l'adaptation. En ce sens, il est pertinent de faire le lien entre le potentiel adaptatif du jeune (ses ressources) et le potentiel expérientiel et la famille (ce qu'elle peut offrir au jeune pour l'aider à croître). Comme mentionné précédemment, la famille peut se trouver à être un facteur de protection et aussi un facteur de risque. Par exemple, si l'adolescent évolue dans un environnement dans lequel les parents consomment, cela peut certainement avoir un impact négatif sur son rétablissement. Le traitement familial permet de travailler les facteurs de risque pour que l'adolescent retrouve un équilibre quant à sa problématique de consommation. La famille joue un rôle clé dans l'adaptation de l'adolescent. Cela étant dit, les membres de la famille sont le principal réseau de soutien face à la problématique d'usage de substances et peuvent influencer de façon significative comment l'adolescent fera face à sa problématique. Enfin, l'intervention familiale aidera les familles à offrir un meilleur potentiel expérientiel par l'acquisition d'outils et de connaissances leur permettant de mieux soutenir leur adolescent face à sa problématique.

Dans une autre perspective, il est possible de souligner que le thème de la communication est omniprésent tout au long de cette recension. Elle demeure un aspect bien important dans les

traitements familiaux, mais aussi dans le processus d'évaluation et d'accompagnement psychoéducatif. Gilles Gendreau, l'un des pionniers de la psychoéducation au Québec, identifie la communication comme le cœur des opérations professionnelles des psychoéducateurs (Caouette et Pronovost, 2013). L'établissement d'une relation de confiance entre la famille, l'adolescent et le thérapeute nécessite une communication efficace. L'alliance thérapeutique joue un grand rôle dans l'engagement et le maintien de la famille ainsi que l'adolescent dans le traitement. Au-delà de l'alliance thérapeutique, la communication entre le parent et l'adolescent demeure un thème abordé dans l'ensemble des traitements familiaux. Ceux-ci permettent d'observer les modèles d'interactions au sein de la famille, mais aussi d'évaluer et de prendre en considération les divers éléments qui peuvent avoir un impact sur la communication afin d'améliorer les relations familiales.

En résumé, le modèle d'évaluation psychoéducative semble être pertinent pour comprendre la perspective des traitements familiaux et l'impact sur la problématique d'usage de substances, mais aussi sur la trajectoire développementale de l'adolescent face à cette problématique. Ce modèle d'évaluation coïncide avec la démarche de cet essai, mais aussi avec les diverses approches qui ont été recensées.

## Conclusion

La problématique d'usage de substances est un enjeu bien présent à l'adolescence.

Comme mentionné précédemment, plus l'adolescent entame sa consommation à un jeune âge, plus il est probable que la problématique se poursuive à l'âge adulte. Elle peut entraîner divers impacts néfastes tels que des troubles de la mémoire et de l'apprentissage, des difficultés scolaires, des problèmes de santé mentale et physique et des relations familiales conflictuelles (Agence de la santé publique du Canada, 2018). Il est donc important de se pencher sur le trouble d'usage de substances à l'adolescence. Dans une étude, il est remarqué que plus les résultats d'un traitement se maintiennent dans le temps, plus cela devient un grand facteur de protection (Liddle *et al.*, 2009). À la suite de cet essai, il est possible de conclure que l'inclusion des familles dans les traitements semble être un élément d'une grande importance en ce qui concerne la réduction des chances que l'adolescent persiste dans sa consommation à l'âge adulte. Plusieurs traitements familiaux recensés dans cet essai ont démontré une efficacité quant à leur impact positif par rapport à la réduction de la consommation et sur diverses sphères de la vie. Inclure la famille au traitement pour le trouble d'usage de substances peut être une source de réussite à long terme pour bien des adolescents.

## Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2018). *Prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes* (Rapport du chef de la santé publique du Canada). Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/2018-preventing-problematic-substance-use-youth/2018-prevenir-consommation-problematique-substance-jeunes.pdf>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd., Crocq, M.-A. et Guelfi J. D., Coord.; Boyer, P., Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Pull,C. et Pull-Erpelding, M.-C. Trad.). Éditions Elsevier Masson.
- Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., Shadish, W. R., et Bean, R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(1), 281-304. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00248.x>
- Bertrand, K., Richer, I., Brunelle, N., Beaudoin, I., Lemieux, A., et Ménard, J.-M. (2013). Substance Abuse Treatment for Adolescents: How are Family Factors related to Substance Use Change? *Journal of Psychoactives Drugs, 45*(1), 28-38.
- Boszormenyi-Nagy, I., et Krasner, B. R. (1973). The meaning of family therapy: A contextual approach. *Family Process, 12*(1), 1-19.
- Caouette. M., et Pronovost, J. (2013). L'utilisation psychoéducative : une compétence du psychoéducateur / Utilization: A competence of the psychoeducator. *Revue de psychoéducation, 42*(2), 281-297.
- Dakof, G. A. (2023). *Multidimensional family therapy (MDFT)*. California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. <https://www.cebc4cw.org/program/multidimensional-family-therapy/detailed>
- Demers-Lessard, G., Tremblay, J. et Turcotte, D. (2016). Parcours thérapeutique en dépendance : le rôle du réseau social des adolescents. *Drogues, santé et société, 15*(2), 60–76. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.7202/1038630ar>
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., et Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*(3), 197-213. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2003.09.005>

Domrémy Mauricie Centre-du-Québec. (2009). *Programme jeunesse famille, volet adolescent* [PDF]. Centre de réadaptation en dépendance.

Family Therapy Training Institute of Miami (FTTIM). (n.d.). *Brief strategic family therapy*.  
<https://brief-strategic-family-therapy.com/what-we-do/>

Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Côté, M., Côté-Dion, C.-M., Plourde, C., Laventure, M., Tremblay, J., Dufour, M., et Saint-Jacques, M. (2023). *Mieux aider les membres de l'entourage : Fiches cliniques pour soutenir l'intervention auprès des membres de l'entourage*.[https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa\\_no\\_site=4242&owa\\_no\\_fiche=250&owa\\_bottin](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=4242&owa_no_fiche=250&owa_bottin)

Gauthier, B., Bertrand, K., et Nolin, P. (2010). *Famille et traitement de la toxicomanie chez les adolescents : Étude de cas. Enfances Familles Générations*, 13.  
<http://journals.openedition.org/efg/5781>

Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle et N., Bergeron, J. (2016). *DEP-ADO Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes* (Version 3.2, septembre 2007). Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ). [risqtoxico@uqtr.ca](mailto:risqtoxico@uqtr.ca)

Godley, M. D. (2023). *Adolescent community reinforcement approach (A-CRA)*. The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC).  
<https://www.cebc4cw.org/program/adolescent-community-reinforcement-approach/detaile>

Gouvernement du Québec. (2025). *Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE)*.  
<https://www.santemonterege.qc.ca/crise-ado-famille-enfance-cafe>

Gouvernement du Québec. (2025). *Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (PICSIM)*. <https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/soins-services/famille-enfance-jeunesse/services-psychosociaux-jeunesse/programme-d-intervention-de-crise-de-suivi-intensif-dans-le-milieu-picsim>

Le Grand Chemin. (2024). *Le Grand Chemin*. <https://www.legrandchemin.qc.ca/>

Hamilton, N. L., Brantley, L. B., Tims, F. M., Angelovich, N., et McDougall, B. (2001). *Family support network for adolescent cannabis users, Cannabis Youth Treatment (CYT) series*, 3 (DHHS Pub. No. (SMA) 01-3488). Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Hartnett, D., Carr, A., Hamilton, E., et O'Reilly, G. (2017). The effectiveness of functional family therapy for adolescent behavioral and substance misuse problems: A meta-analysis. *Family Process*, 56(3), 607-619. <https://doi.org/10.1111/famp.12256>

- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E., et Liddle, H. A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: Report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 885-897. <https://doi.org/10.1037/a0020620>
- Hogue, A., et Liddle, H. A. (2009). Family-based treatment for adolescent substance abuse: Controlled trials and new horizons in services research. *Journal of Family Therapy*, 31(2), 126-154. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2009.00459.x>
- Horigian, V. E., Anderson, A. R., et Szapocznik, J. (2016). Family-Based Treatments for Adolescent Substance Use. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 25(4), 603-628. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.06.001>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2019). *Services externes intensifs pour la clientèle jeunesse présentant un trouble de l'usage d'une substance psychoactive*. Rapport rédigé par Camara, S., Lapalme, M., et Pelletier, M. Québec : INESSS. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3748582>
- Jouanne, C., Phan, O., et Corcos, M. (2010). Comparaison de l'efficacité de la MultiDimensional Family Therapy (MDFT) versus la Treatment As Usual Explicite (TAUE) dans le traitement de l'abus et de la dépendance au cannabis chez l'adolescent: Présentation du protocole INCANT = *Treatment efficacy comparison study with cannabis users or dependents adolescents: MultiDimensional Family Therapy (MDFT) versus Treatment As Usual Explicite (TAUE)*. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(7), 487-494. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.04.018>
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., et Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4), 651-688. <https://doi.org/10.1081/ADA-100107661>
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., et Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction (Abingdon, England)*, 103(10), 1660-1670. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02274.x>
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., et Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 12-25. <https://doi.org/10.1037/a0014160>
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Gonzalez, A., Henderson, C. E., Dakof, G. A., et Greenbaum, P. E. (2006). Changing Provider Practices, Program Environment, and Improving Outcomes by

Transporting Multidimensional Family Therapy to an Adolescent Drug Treatment Setting. *The American Journal on Addictions*, 15(Suppl 1), 102-112.  
<https://doi.org/10.1080/10550490601003698>

Mongrain, L. (2011). *Les services à l'entourage des personnes dépendantes - Guide de pratique et offre de services de base* (1 ressource en ligne, 58 pages). Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. Collections de BAnQ.  
<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2067876>

Ollendick, T. H., et Hersen, M. (1985). *Handbook of Child Behavioral Therapy*. Springer Publishing Company.

Olmstead, T., et Sindelar, J. L. (2004). To what extent are key services offered in treatment programs for special populations? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(1), 9-15.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.03.004>

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ). (2024). *L'évaluation Psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation. Lignes directrices*.  
[https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Lignes-directrices-evaluation\\_psychoeducative\\_final.pdf](https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2022/03/Lignes-directrices-evaluation_psychoeducative_final.pdf)

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2025). *Adolescent health*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab>

Public Safety Canada. (2021). *Functional family therapy (FFT)*. Gouvernement du Canada.  
<https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/cntrng-crm/crm-prvntn/nvntr/dtls-en.aspx?i=10026>

Robbins, M. S., Feaster, D. J., Horigian, V. E., Rohrbaugh, M., Shoham, V., Bachrach, K., Miller, M., Burlew, K. A., Hodgkins, C., Carrion, I., Vandermark, N., Schindler, E., Werstlein, R., et Szapocznik, J. (2011). Brief strategic family therapy versus treatment as usual: Results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 713-727. <https://doi.org/10.1037/a0025477>

Robbins, M. S., Szapocznik, J., Horigian, V. E., Feaster, D. J., Puccinelli, M., Jacobs, P., Burlew, K., Werstlein, R., Bachrach, K., et Brigham, G. (2009). Brief strategic family therapy for adolescent drug abusers: a multi-site effectiveness study. *Contemporary clinical trials*, 30(3), 269-278. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2009.01.004>

Rowe, C. L. (2012). Family therapy for drug abuse: review and updates 2003-2010. *Journal of marital and family therapy*, 38(1), 59-81. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00280.x>

Rowe, C. L., et Liddle, H. A. (2008). Multidimensional family therapy for adolescent alcohol abusers. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26(1-2), 105-123.

[https://doi.org/10.1300/J020v26n01\\_06](https://doi.org/10.1300/J020v26n01_06)

Schoenwald, S. K., Brown, T. L., et Henggeler, S. W. (2000). Inside Multisystemic Therapy: Therapist, supervisory, and program practices. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(2), 113-127. <https://doi.org/10.1177/106342660000800207>

Sécurité publique Canada (2022). *Résultats du programme Thérapie multisystémique*. Gouvernement du Canada. <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrccs/pblctns/rscts-mltsystmc-thrpy-prgrm/index-fr.aspx>

Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S., et Liddle, H. A. (2005). Adolescent and Parent Alliance and Treatment Outcome in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 689-698. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.689>

Smith, D. C., et Hall, J. A. (2008). Strengths-oriented family therapy for adolescents with substance abuse problems. *Social Work*, 53(2), 185-188. <https://doi.org/10.1093/sw/53.2.185>

Smith, D. C., et Hall, J. A. (2010). Implementing evidence-based multiple-family groups with adolescent substance abusers. *Social Work with Groups*, 33(2-3), 122-138. <https://doi.org/10.1080/01609510903366236>

Smith, D. C., Hall, J. A., Williams, J. K., An, H., et Gotman, N. (2006). Comparative Efficacy of Family and Group Treatment for Adolescent Substance Abuse. *The American Journal on Addictions*, 15(Suppl 1), 131-136. <https://doi.org/10.1080/10550490601006253>

Spanen, P., Angelidis, T., Antoniali, V., van Gerwen, K., et Verbanck, P. (2010). La thérapie familiale multidimensionnelle des adolescent(e)s dépendants du cannabis: Une nouvelle approche systémique en Europe dans le cadre d'une recherche plurinationale = *Multidimensional family therapy with cannabis dependent adolescents: A new systemic approach in Europe in the context of a multinational research*. *Thérapie Familiale: Revue Internationale en Approche Systémique*, 31(2), 117-132. <https://doi.org/10.3917/tf.102.0117>

Stuart, R. (1974). Behavioral Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(1), 1-9.

Sue, D. W., et Sue, D. (1990). *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice*. Wiley.

Tanner-Smith, E. E., Jo Wilson, S., et Lipsey, M. W. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(2), 145-158. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.05.006>

Tessier, S., Hamel, D., et April, N. (2015). *Consommation excessive d'alcool au Québec : Portrait et interventions possibles*. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2023\\_consommation\\_excessive\\_alcool.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2023_consommation_excessive_alcool.pdf)

Traoré, I., Simard, M. et Julien, D. (2024). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire. Résultats de la troisième édition – 2022-2023*. Québec, Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-jeunes-secondaire-2022-2023.pdf>

Van der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J. J. M., Doreleijers, T. A. H., van Domburgh, L., et Vermeiren, R. R. J. M. (2017). Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems—A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 532-545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>

Vaughn, M. G., et Howard, M. O. (2004). Adolescent Substance Abuse Treatment: A Synthesis of Controlled Evaluations. *Research on Social Work Practice*, 14(5), 325-335. <https://doi.org/10.1177/1049731504265834>

Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W., et Peterson, T. R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(5), 802-813. <https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=11680557&site=ehost-live>

Waldron, H. B., et Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 238-261. <https://doi.org/10.1080/15374410701820133>