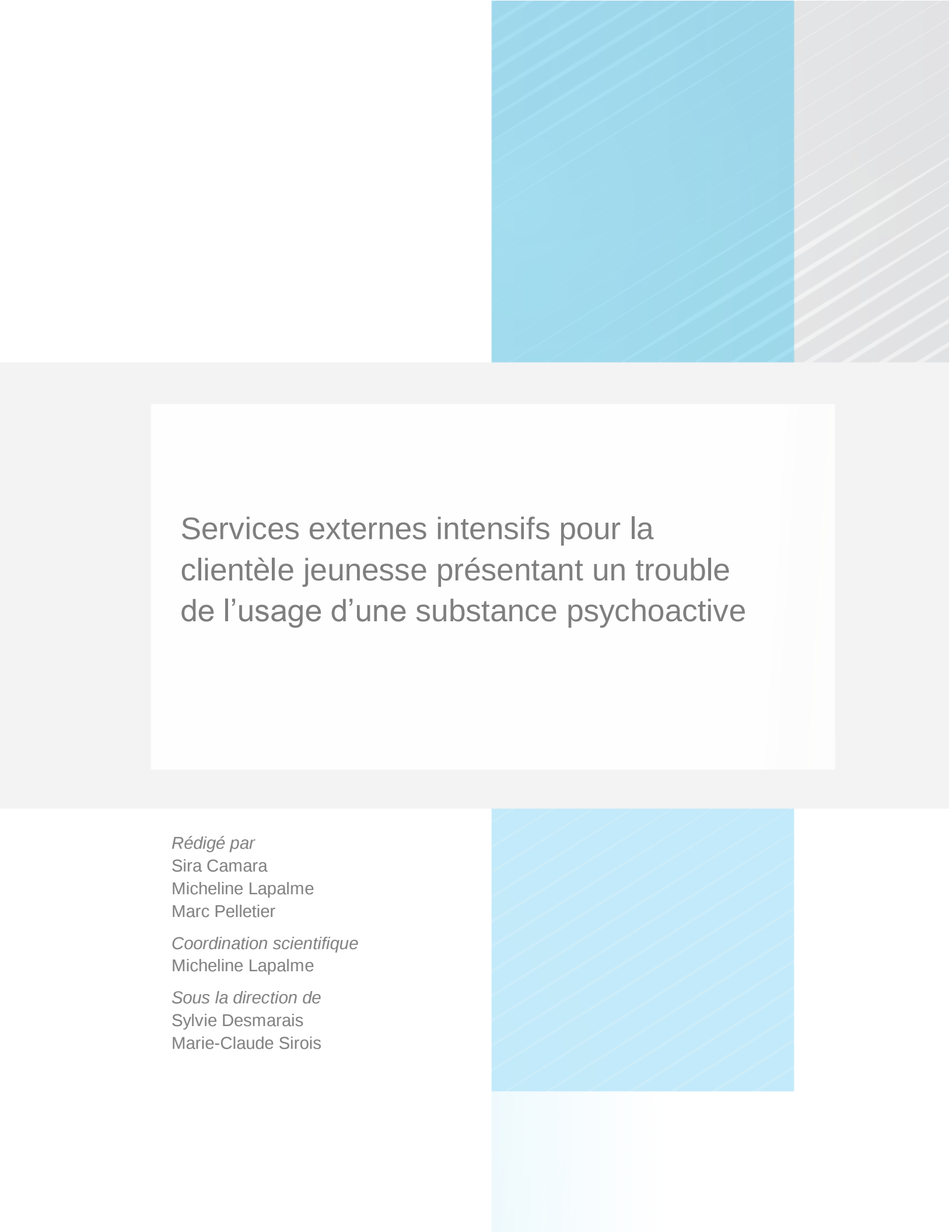


JUIN 2019

AVIS

Services externes intensifs pour la
clientèle jeunesse présentant un trouble
de l'usage d'une substance psychoactive

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)
Direction des services sociaux



Services externes intensifs pour la clientèle jeunesse présentant un trouble de l'usage d'une substance psychoactive

Rédigé par

Sira Camara

Micheline Lapalme

Marc Pelletier

Coordination scientifique

Micheline Lapalme

Sous la direction de

Sylvie Desmarais

Marie-Claude Sirois

Le présent rapport a été présenté au Comité d'excellence clinique en services sociaux (Jeunes – Santé mentale – Dépendance – Itinérance), de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), lors de sa réunion du 7 décembre 2018.

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS. Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Membres de l'équipe projet

Auteures principales

Sira Camara, M. Sc.
Micheline Lapalme, Ph. D
Marc Pelletier, M. Sc. (jusqu'en août 2018)

Collaboratrice interne

Carole-Line Nadeau, M.A.

Coordonnatrice scientifique

Micheline Lapalme, Ph. D

Adjointe à la direction

Marie-Claude Sirois, M. Ps. Éd., M. Sc. Adm.

Directrice

Sylvie Desmarais, M. Sc.

Repérage d'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.
Flavie Jouandon, tech. doc.

Soutien administratif

Jocelyne Bleau
Line Boisvert

Équipe de l'édition

Patricia Labelle
Denis Santerre
Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de

Micheline Lampron, révision linguistique
Traduction à la page, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019
Bibliothèque et Archives Canada, 2019
ISSN 1915-3104 INESSS (PDF) ISBN 978-2-550-84317-7 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2019

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Avis : Services externes intensifs pour la clientèle jeunesse présentant un trouble de l'usage d'une substance psychoactive. Rapport rédigé par Sira Camara, Micheline Lapalme et Marc Pelletier. Québec, Qc : INESSS; 2019. 163 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Membres du comité de travail

M^{me} Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, directrice par intérim, Direction des services en dépendance et itinérance, ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Luc Boissonneault, agent de planification, de programmation et de recherche, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

M^{me} Marie-Claude Dubé, intervenante jeunesse et coordonnatrice professionnelle, Direction du programme santé mentale et dépendance, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Nadine Fauteux, chef de réadaptation, programme Jeunesse, Direction des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Marie-Julie Riopel, technicienne en éducation spécialisée, Centre Jean-Patrice Chiasson, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

M. Martin Tétreault, directeur adjoint, Direction des programmes de santé mentale et dépendance, CISSS de la Montérégie-Ouest

M. Joël Tremblay, directeur scientifique, RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives), chercheur CRDM/IU, CICC, RQSHA, UQTR

Lecteurs externes

M^{me} Karine Bertrand, professeure titulaire, programmes d'études et de recherche en toxicomanie, Université de Sherbrooke

M^{me} Carol Ladouceur, directrice, programme santé mentale et dépendance, CISSS de Laval

M^{me} Louise Nadeau, professeure émérite, Département de psychologie, Université de Montréal

Comité d'excellence clinique en services sociaux (Jeunes – Santé mentale – Dépendance – Itinérance)

Présidence

M^{me} Lesley Hill, directrice programme jeunesse, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Membres

D^{re} Evangelia-Lila Amirali, pédopsychiatre, CUSM

M^{me} Marie-Ève Bouthillier, éthicienne remplacée par **M^{me} Marianne Dion-Labrie**, éthicienne de juin 2018 à juin 2019

M^{me} Julie Brassard, infirmière clinicienne, CISSS des Laurentides

M. Serge Brochu, directeur scientifique, Institut universitaire sur les dépendances

D^{re} Pascale Cholette, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Johanne Dion, psychologue, CISSS de la Côte-Nord

M. Simon Legault, criminologue, CISSS de la Montérégie-Est

M. Jean-Marc Ménard, directeur clinique (RISQ), CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Danielle Nadeau, psychologue-chercheure, CIUSSS de la Capitale-Nationale. Professeure associée, École de service social et École de psychologie. Chercheure régulière au JEFAR (Centre de recherche sur les jeunes et les familles à risque)

M. Michel Perreault, chercheur, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Professeur agrégé, Université McGill

M. Martin Robert, chef de programme (retraité), CIUSSS de l'Estrie – CHUS

M^{me} Helen-Maria Vasiliadis, économiste, Montérégie

Membres citoyens

M^{me} Marie-Élyse Lafaille-Magnan

M. Alexis Rheault-Campeau

Autre contribution

L'Institut tient aussi à remercier **M. Martin Camiré**, chef de service, Direction des programmes de santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, pour sa contribution au présent avis.

Déclaration d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré n'a nécessité la mise en place de modalités de gestion.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et orientations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS	I
GLOSSAIRE	III
RÉSUMÉ	X
SUMMARY	XVII
MISE EN CONTEXTE	1
1. LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES JEUNES	4
1.1 Spécificités de la consommation de substances chez les jeunes	4
1.2 Motivations sous-jacentes à la consommation, selon les jeunes	5
1.3 Facteurs de risque et facteurs de protection	6
1.4 Conséquences d'une consommation abusive	7
1.5 Les services spécialisés en dépendance au Québec	8
2. SOURCES DE DONNÉES	11
2.1 Recension de la littérature	11
2.1.1 Données sur l'efficacité et l'implantation des interventions et des programmes en dépendance offerts à l'externe	12
2.1.2 Recommandations issues des guides de pratique	13
2.2 Consultation des parties prenantes	14
2.3 Comités de travail	14
3. PRINCIPES DIRECTEURS	16
4. ORIENTATIONS CLINIQUES RELATIVES À L'ÉVALUATION ET À L'ORIENTATION DU JEUNE VERS DES SERVICES EXTERNES INTENSIFS	24
4.1 Évaluation de la clientèle cible	24
4.1.1 Dimensions à évaluer selon l'ASAM	25
4.1.2 Dimensions à évaluer selon les autres guides	28
4.1.3 Outils d'évaluation	29
4.2 Orientation du jeune vers le niveau de services approprié	30
4.2.1 Caractéristiques de la clientèle cible documentées dans la littérature	31
4.2.2 Caractéristiques de la clientèle cible selon les guides de pratique	31
4.3 Mesures transitoires	33
5. ORIENTATIONS CLINIQUES RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE DE LA CLIENTÈLE JEUNESSE	35
5.1 Implication de la famille et des personnes significatives de l'entourage	35
5.2 Interventions touchant les différentes sphères de vie du jeune	37
5.2.1 Les interventions ciblant les problématiques associées à la consommation	38
5.2.2 Le développement de relations interpersonnelles et d'intérêts non centrés sur la consommation	40
6. ORIENTATIONS CLINIQUES RELATIVES À L'INTENSITÉ DU SUIVI	42
6.1 Intensité du suivi	42
6.1.1 Données d'efficacité sur l'intensité du suivi	42
6.1.2 Intensité du suivi recommandée par les guides de pratique et les parties prenantes	44
6.2 Continuité du suivi	45
7. ORIENTATIONS CLINIQUES RELATIVES AUX MODES DE DISPENSATION DES SERVICES ET AUX INTERVENTIONS À PRIVILÉGIER DANS LES SERVICES EXTERNES INTENSIFS	47
7.1. Mode de dispensation des services par cumul d'interventions et activités coordonnées	48

7.1.1	Constats généraux sur les interventions à privilégier	49
7.1.2	Interventions motivationnelles	52
7.1.3	Interventions cognitivo-comportementales	54
7.1.4	Thérapies familiales	57
7.2.	Mode de dispensation par programmes structurés familiaux ou de groupe	60
7.2.1	Les thérapies familiales MDFT, MST et SOFT	61
7.2.2	Les programmes de renforcement par la communauté (A-CRA) et Seeking Safety	65
7.2.3	Les programmes Chestnut Bloomington Outpatient (CBOP) et Seven Challenges	67
DISCUSSION ET CONCLUSION		70
RÉFÉRENCES		75
ANNEXE A Stratégie de repérage d'information scientifique		93
ANNEXE B Liste des sites Web consultés pour la sélection des documents provenant de la littérature grise		102
ANNEXE C Critères de sélection de la littérature		104
ANNEXE D Qualité des revues systématiques et méta-analyses retenues		105
ANNEXE E Recoupement des études primaires publiées depuis l'an 2000		106
ANNEXE F Synthèse des résultats documentés dans les revues systématiques et méta- analyses		112
ANNEXE G Synthèse des recommandations émises par les guides de pratique		120
ANNEXE H Description des guides de pratiques retenus		123
ANNEXE I Interventions motivationnelles		129
ANNEXE J Interventions cognitivo-comportementales		134
ANNEXE K Thérapies familiales		139
ANNEXE L Programmes structurés familiaux		148
ANNEXE M Programmes structurés de groupe		154

TABLEAU

Tableau 1	Grille d'appariement - Hiérarchisation des besoins en services externes pour les adolescents	26
-----------	---	----

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACC	Assertive Continuing Care
A-CRA	Adolescent Community Reinforcement Approach
ADAI	Alcohol and Drug Abuse Institute
APA	American Psychiatric Association
ASAM	American Society of Addiction Medicine
BSFT	Brief Strategic Family Therapy
CCLAT/CCLT	Centre canadien de lutte contre (l'alcool et) les toxicomanies
CEBC	California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CSAT	Center for Substance Abuse Treatment
EBFT	Ecologically-Based Family Therapy
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
FBT	Family Behavior Therapy
FFT	Functional Family Therapy
FSN	Family Support Network
FQCRPAT	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (anciennement ACRDQ, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec; maintenant : AIDQ, Association des intervenants en dépendance du Québec)
GAIN	Global Appraisal of Individual Needs
IGT-ADO	Indice de gravité d'une toxicomanie adapté pour l'adolescent
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MAJT	Mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie
MDFT	Multidimensional Family Therapy
MET	Motivational Enhancement Therapy
MET/CBT	Motivational Enhancement Therapy/Cognitive Behavioral Therapy
MET/TCC	Motivational Enhancement Therapy/Thérapie cognitivo-comportementale

MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MST	Multisystemic Therapy
NASADAD	National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors
NCCMH	National Collaborating Centre for Mental Health
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NREPP	SAMHSA's National Registry of Evidence-Based Programs and Practices
NTA	National Treatment Agency for Substance Misuse
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de services individualisé
PSII	Plan de services individualisé et intersectoriel
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux (du Québec)
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SOFT	Strengths-Oriented Family Therapy
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
UNODC-WHO	United Nations Office on Drugs and Crime - World Health Organization

GLOSSAIRE

Approche de réduction des méfaits

« La caractéristique centrale de l'approche de réduction des méfaits repose sur la réduction des conséquences négatives liées à l'usage des drogues plutôt que l'élimination du comportement d'usage lui-même. Il s'agit donc de politiques et de programmes d'intervention conçus pour protéger la santé des usagers de drogues et celle de la collectivité » [Brisson, 2012].

Centre de réadaptation en dépendance (CRD)

La mission des CRD comprend « la détection et l'orientation vers les services appropriés; l'intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation; le programme régional d'évaluation spécialisée; la gestion de l'intoxication et du sevrage; les services de réadaptation externes et avec hébergement; le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec médication de substitution; la réinsertion sociale; l'intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeux; le soutien à l'entourage » [MSSS, 2018, p. 41].

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)

CISSS : « Établissement issu de la fusion de tous les établissements publics d'une même région sociosanitaire, ou d'une partie de ceux-ci, et de l'Agence de la santé et des services sociaux, le cas échéant (art. 3 et 4, LMRSSS¹) ».

CIUSSS : « Lorsqu'un centre intégré se trouve dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études prédoctorales en médecine ou lorsqu'il exploite un centre désigné institut universitaire dans le domaine social, il peut utiliser dans son nom les mots : centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) » [MSSS, 2017, p. 2].

Counseling de soutien/counseling

Le counseling de soutien désigne une intervention ou un ensemble d'interventions (écouter, soutenir, accompagner, éduquer, guider, etc.) « visant à aider une personne à prendre une décision, résoudre des problèmes ou faire face à une crise nécessitant de sa part une série de changements auxquels elle ne se sent pas forcément préparée » [HAS, 2009].

Le terme « counseling » peut également faire référence à de la psychothérapie, telle que définie au Québec, basée sur les modèles théoriques humanistes.

¹ Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2). Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/O-7.2/>.

Éducation psychologique

L'éducation psychologique « vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux et la détérioration de l'état mental. L'enseignement peut porter, par exemple, sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements, y incluant le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé, et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi » [Comité de travail interordres, 2018, p. 14]. Dans la littérature recensée, les textes se rapportant à ce type d'intervention désignent celle-ci comme étant de la psychoéducation. Or, il existe au Québec une profession, celle de psychoéducateur, dont l'activité professionnelle va au-delà de celle décrite ici. En raison du risque de confusion pour le lecteur, et pour tenir compte du contexte québécois, le terme a été remplacé dans le présent document par l'éducation psychologique, telle que définie par l'Office des professions à la suite de l'adoption du projet de loi no 21.

Établissement

« Un établissement est l'entité juridique dotée de capacités et de responsabilités légales qui est titulaire d'un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Selon l'article 94 de la LSSSS, est un établissement toute personne ou société qui exerce des activités propres à la mission de l'un ou de plusieurs des centres suivants : centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centre local de services communautaires (CLSC), centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), centre de réadaptation (CR) et centre hospitalier (CH). Un établissement est public ou privé » [MSSS, 2017, p. 1].

Gestion de la contingence

La gestion de la contingence est une intervention de type comportemental fondée sur les principes du conditionnement opérant. Elle s'appuie sur le renforcement positif des actions associées au changement recherché par un système de récompenses (ex. : récompenses pour test d'alcoolémie négatif). Cette intervention est souvent combinée avec de la pharmacothérapie ou une autre intervention psychosociale.

Intervention manualisée

« Une approche manualisée est un traitement bien défini dont l'application est formalisée dans un manuel » [Ngô, 2013].

Interventions motivationnelles

Les interventions motivationnelles reposent largement sur les travaux de Miller et Rollnick [2013] sur l'entretien motivationnel et visent à augmenter l'intérêt envers le changement d'un comportement spécifique, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence au changement de façon non confrontante. Les interventions motivationnelles les plus souvent utilisées et évaluées auprès des jeunes aux prises avec une dépendance aux substances psychoactives sont : 1) l'entretien motivationnel – EM (Motivational Interviewing [Miller et Rollnick, 2013] et 2) la thérapie de renforcement de la motivation (Motivational Enhancement Therapy – MET). Ces interventions sont décrites en détail à l'annexe I.

Jeune

Cet avis cible les services externes spécialisés en dépendance pour la clientèle jeunesse ayant un trouble de l'usage d'une substance psychoactive. L'analyse de la preuve se fonde sur des services offerts à des jeunes, dont l'âge peut varier entre 11 et 25 ans. Dans le présent document, le terme « jeune » désigne donc les jeunes de 11 à 25 ans.

Littérature grise

La littérature grise correspond à tout type de document produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche, le commerce et l'industrie, en format papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale [Schöpfel, 2012].

Littérature scientifique

La littérature scientifique désigne l'ensemble des publications scientifiques produites et utilisées notamment par les chercheurs. Les publications scientifiques permettent de diffuser des informations scientifiques et techniques. Sont généralement incluses dans cette catégorie : les revues scientifiques à comité de lecture, les comptes rendus de congrès scientifiques à comité de lecture, les ouvrages collectifs rassemblant les travaux de plusieurs auteurs autour d'un thème donné, coordonnés par un ou plusieurs chercheurs appelés « éditeurs » et les monographies sur un thème de recherche.

Personne significative

Dans le contexte du présent document, la notion de personne significative renvoie au réseau de soutien du jeune. Il s'agit d'une personne en qui ce dernier a confiance et avec qui il partage un lien affectif de qualité. La personne est également significative parce qu'elle a une influence positive et est apte à s'engager dans la relation avec le jeune par sa présence et son soutien. Cette personne peut être impliquée dans le traitement, lorsque cela est pertinent sur le

plan clinique, et avec le consentement parental si le jeune a moins de 14 ans. Il peut s'agir, par exemple, d'un membre de la famille élargie, d'un intervenant de la communauté ou d'un ami.

Plan d'intervention (PI)

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), l'élaboration d'un PI constitue une obligation légale pour l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux :

Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement [...], un plan d'intervention afin d'identifier leurs besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront leur être fournis. Le PI doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement (art. 102, LSSSS).

Le PI doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur et contenir un échéancier relatif à son évaluation et à sa révision. Toutefois, il peut être modifié en tout temps pour tenir compte d'éléments nouveaux (art. 104, LSSSS).

Plan de services individualisé (PSI)

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), l'élaboration d'un plan de services individualisé (PSI) constitue une obligation légale pour tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux² [Gagnon et Rochefort, 2010, p. 661]. Dans le contexte de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse, le PSI est obligatoire lorsque l'enfant et ses parents requièrent les services de plus d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux à l'étape de l'application des mesures. Le PSI est une démarche d'évaluation globale des besoins, de planification et de coordination des services, ayant pour but d'assurer l'accessibilité, la continuité, la complémentarité et la qualité des services, pour répondre aux besoins de l'enfant et de ses parents. Il s'agit d'une démarche qui favorise une lecture commune de la situation et une intervention concertée [MSSS, 2010].

Plan de services individualisé et intersectoriel (PSII)

« Le PSII est une démarche conjointe de planification et de coordination des services et des ressources, entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux, lorsque des situations complexes exigent une action conjointe des deux réseaux pour répondre aux besoins de jeunes en difficulté et de leurs proches. En ce sens, le PSII n'est pas la somme des PI de tous les établissements, mais un consensus établi entre les différents dispensateurs de

² Voir l'article 103 de la LSSSS.

services, le jeune et ses parents, sur les objectifs à poursuivre et les moyens de réalisation » [MELS et MSSS, 2005, p. 6].

Programmes structurés familiaux ou de groupe

Programmes regroupant un ensemble d'interventions, activités et modalités combinées sur la base d'un cadre théorique ou clinique commun, et dont l'intensité surpasse celle généralement offerte au Québec dans les services de réadaptation externes en dépendance. Les programmes structurés familiaux ou de groupe sont décrits aux annexes L et M.

Réadaptation

La réadaptation « vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés. Elle est utilisée, entre autres, auprès des personnes souffrant de problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. Elle peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien [...] » [Comité de travail interordres, 2018, p. 14].

Psychothérapie

Selon l'article 187.1 du Code des professions, la psychothérapie est un « traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien » [Comité de travail interordres, 2018, p. 4].

Santé mentale

Le concept de santé mentale est majoritairement considéré à partir d'un modèle écologiste qui intègre, au-delà de la maladie, l'adaptation d'une personne à son milieu, l'état de son bien-être et l'actualisation de la personne. Cette conception entraîne une intervention non seulement médicale, mais aussi sociale (logement, travail, réadaptation et intégration sociale, loisir, etc.) [CSBE, 2012].

Substances psychoactives

« Une substance psychoactive s'entend d'une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect » [OMS, 2018]. Dans le présent document, le terme « substances psychoactives » fait principalement référence à l'alcool, au cannabis, aux médicaments présentant un potentiel d'abus et de dépendance et aux substances psychoactives illicites.

Thérapie

« Le mot thérapie peut être considéré comme synonyme du mot traitement et en ce sens avoir une valeur générique englobant différents types de thérapies, dont la psychothérapie. En santé mentale et en relations humaines notamment, le mot thérapie, en son sens générique, renvoie à différentes interventions, dont plusieurs ne sont pas réservées » [Comité de travail interordres, 2018].

Il est à noter que dans le présent document, les termes « intervention » et « thérapie » sont utilisés dans leur sens générique et de façon interchangeable, puisque les informations fournies dans la littérature ne permettent pas de déterminer si celles-ci relèvent ou non de la psychothérapie au sens du PL21.

Thérapie/interventions cognitivo-comportementales

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une psychothérapie structurée et limitée dans le temps, issue du modèle théorique cognitivo-comportemental, où le patient travaille en collaboration avec l'intervenant afin de : reconnaître les types de pensées, de croyances et d'interprétations, et leurs effets sur les symptômes, états émotionnels et (ou) problèmes actuels; développer des compétences pour reconnaître, surveiller puis remplacer les pensées, croyances et interprétations problématiques associées aux symptômes/problèmes ciblés par d'autres, plus réalistes et adaptées; développer diverses stratégies d'adaptation plus appropriées [INESSS, 2018]. Dans la littérature recensée, la TCC renvoie parfois à de la psychothérapie, telle que définie au Québec, et parfois à des interventions qui ne sont pas des activités réservées. Dans le présent document, le terme « thérapie cognitivo-comportementale » (TCC) a été conservé lorsque l'intervention était désignée ainsi par les auteurs. Les interventions cognitivo-comportementales sont décrites à l'annexe J.

Thérapies familiales

Bien qu'issues de modèles théoriques variés, les thérapies familiales en dépendance ont pour objectif commun de modifier les éléments du fonctionnement familial qui font obstacle à la réadaptation du jeune et à son épanouissement, et à outiller la famille pour qu'elle soit en mesure de faire face aux difficultés liées à la consommation du jeune et de lui offrir un soutien adéquat. Ces thérapies peuvent inclure, entre autres, les membres de la famille nucléaire ou étendue, le conjoint ou partenaire, les frères et sœurs, les grands-parents et les tuteurs responsables des jeunes [NTA, 2009; APA, 2006].

Les informations fournies dans la littérature recensée suggèrent que les thérapies familiales investiguées relèvent généralement de la psychothérapie, au sens du PL21.

Traitement usuel en dépendance

Le traitement usuel en dépendance fait référence au traitement habituellement dispensé par les intervenants du centre ou de la ressource en dépendance où se déroule l'étude. Il varie donc d'un centre à l'autre et d'une étude à l'autre. Dans les études, il sert de point de comparaison pour déterminer si l'intervention expérimentale a une valeur ajoutée par rapport au traitement en dépendance ordinairement offert par les intervenants du centre ou de la ressource en dépendance.

Troubles concomitants

« Le terme “troubles concomitants” est utilisé pour décrire des problèmes de dépendance et de santé mentale qui se manifestent simultanément. Il couvre un large éventail de problèmes associés, comme le trouble anxieux et l'alcoolisme, la schizophrénie et la dépendance au cannabis, le trouble de la personnalité limite et la dépendance à l'héroïne, le trouble bipolaire et le jeu compulsif » [CAMH, 2019].

Trouble de l'usage d'une substance

Selon le DSM-5, le trouble de l'usage d'une substance est une sous-catégorie des troubles liés à une substance, qui se manifeste par : « [...] un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer la substance malgré des problèmes significatifs liés à cela » [APA, 2015, p. 572].

Une caractéristique importante de ce trouble est : « [...] un changement sous-jacent dans les circuits cérébraux qui peut persister au-delà de la désintoxication, particulièrement chez les sujets présentant des troubles graves. Les effets comportementaux de ces changements cérébraux peuvent se manifester par des rechutes répétées et une envie impérieuse de consommer la substance lorsque les individus sont exposés à des stimuli en rapport avec la substance » [APA, 2015, p. 572].

Dans l'avis, le mot « trouble » peut faire référence à un diagnostic probable, l'utilisation du terme « trouble de l'usage d'une substance » peut faire référence à une ou plusieurs substances et le terme « troubles » peut référer à un ou plusieurs troubles. Mentionnons également que la littérature recensée peut faire référence à la grande catégorie des troubles liés à l'utilisation d'une substance du DSM-5, sans qu'il ne soit toujours possible de distinguer s'il s'agit de troubles de l'usage d'une substance ou de troubles induits par une substance.

Troubles mentaux

« Affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales » [OMS, 2001, p. 21].

RÉSUMÉ

Au Québec, on estime que 3,3 % des élèves du secondaire ont une consommation de substances psychoactives qualifiée « à risque », et que 2,9 % ont une consommation abusive, susceptible d'indiquer un trouble de l'usage d'une substance. Pour ces derniers, la consommation peut être associée à des problèmes de santé, des comportements à risque et du décrochage scolaire, ainsi qu'à une détérioration des relations familiales. Compte tenu, d'une part, des impacts négatifs d'une consommation précoce et abusive sur le développement de l'adolescent et, d'autre part, du risque de développer un trouble de l'usage d'une substance à l'adolescence ou à l'âge adulte, il importe d'intervenir le plus rapidement possible et d'offrir des services qui répondent aux besoins de ces jeunes.

Actuellement, les services spécialisés de réadaptation en dépendance au Québec pour la clientèle jeunesse se présentent sous la forme d'un suivi à l'externe ou avec hébergement. Néanmoins, bien que les services externes soient offerts dans toutes les régions du Québec, au moyen d'une rencontre hebdomadaire ou bimensuelle, ils ne correspondent pas toujours à l'offre la mieux adaptée aux besoins du jeune en termes d'intensité de suivi. En parallèle, en raison du nombre limité de services avec hébergement, certains jeunes sont amenés à quitter leur milieu de vie (famille, école, communauté) pour faire des séjours qui peuvent s'étendre jusqu'à 6 mois, afin de pouvoir y accéder. Ces contraintes avec lesquelles doivent composer les jeunes et leurs familles ont également été relevées par des intervenants québécois, sondés lors d'une évaluation des Mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie (MAJT) [Tremblay *et al.*, 2014].

C'est sur ces constats que la Direction des services en dépendance et en itinérance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) de produire un avis relatif au déploiement d'une offre de services quasi inexistante au Québec à ce jour : des services spécialisés externes intensifs pour la clientèle jeunesse présentant un trouble de l'usage d'une substance.

Méthodologie

Trois questions d'évaluation ont structuré les travaux présentés dans ce document. La première visait à déterminer quels sont les programmes ou combinaisons de traitements et d'activités composant une offre de services externes intensifs qui favorisent la réadaptation des jeunes ayant un trouble de l'usage d'une substance. La deuxième question avait pour objectif de définir les modalités (durée, format, fréquence, milieu d'intervention, place dans le continuum, etc.) et les composantes essentielles (en termes d'évaluation, d'implication des familles, de continuité des services, etc.) propres à des services externes intensifs, qui favorisent la réadaptation des jeunes ayant un trouble de

l'usage d'une substance. Enfin, la dernière question consistait à documenter l'expérience des services externes intensifs du point de vue des jeunes et de leurs proches. Pour y répondre, trois sources principales d'informations ont été consultées : 1) la littérature scientifique et grise, 2) les parties prenantes, par le biais de groupes de discussion avec des intervenants et des gestionnaires, 3) le comité de travail composé de gestionnaires, de cliniciens, d'intervenants et d'un chercheur.

Résultats

La mise en commun des différentes sources d'informations a conduit à la formulation de 5 principes directeurs transversaux et de 12 orientations cliniques, regroupées selon quatre thèmes : 1) Évaluation et orientation du jeune dans les services externes intensifs; 2) Prise en charge de la clientèle jeunesse; 3) Intensité du suivi ; 4) Modes de dispensation des services et interventions à privilégier dans les services externes intensifs. L'ensemble de ces principes directeurs et orientations est à considérer de façon intégrée dans le travail clinique avec les jeunes.

PRINCIPES DIRECTEURS

Principe directeur #1

Les services externes intensifs en dépendance placent le jeune au cœur de l'intervention et s'assurent qu'elle soit centrée sur ses besoins, ses forces, ses capacités et ses aspirations tout en prenant en compte les ressources de son environnement.

Principe directeur #2

Les services externes intensifs sont offerts en collaboration avec la famille et les personnes significatives de l'entourage du jeune.

Principe directeur #3

Les services externes intensifs visent à susciter et maintenir l'engagement du jeune.

Principe directeur #4

Les services externes intensifs s'inscrivent dans une perspective de réduction des méfaits.

Principe directeur #5

Les services externes intensifs sont complémentaires à l'offre de services destinée à la clientèle jeunesse et sont coordonnés en concertation avec les autres services dont bénéficie le jeune.

ORIENTATIONS

Les orientations sont regroupées au sein de chaque thème et présentées dans des encadrés.

THÈME 1 : ÉVALUATION ET ORIENTATION DU JEUNE

Orientation clinique 1 : Évaluation de la clientèle cible

Le jeune est orienté vers les services externes intensifs en fonction du résultat de l'évaluation en dépendance réalisée par le mécanisme d'accès jeunesse en toxicomanie. Cette évaluation repose sur un examen attentif des habitudes de consommation du jeune, des différentes dimensions de sa vie (psychologique, familiale, relationnelle/sociale, physique, scolaire/professionnelle et judiciaire), de l'interaction entre ces dimensions et sa consommation, ainsi que de sa motivation au changement.

Orientation clinique 2 : Orientation de la clientèle cible

Les jeunes les plus susceptibles de bénéficier des services externes intensifs sont ceux qui ont un trouble de l'usage d'une substance psychoactive, une ou plusieurs problématiques associées requérant un suivi spécialisé et des interventions spécifiques (ex. : difficultés psychologiques, comportements délinquants, suspension de l'école), de même qu'une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- jeunes pour lesquels l'évaluation initiale ou la réévaluation indique que les services externes réguliers ne sont pas suffisants pour atteindre les objectifs de réadaptation (par exemple, en raison du niveau de complexité du profil clinique, du niveau d'engagement, de la sévérité de la consommation ou d'échecs de traitements antérieurs);
- jeunes pour lesquels l'évaluation initiale ou la réévaluation révèle qu'ils ont besoin d'une intensité moindre qu'en service avec hébergement;
- jeunes pour lesquels une orientation vers les services spécialisés externes intensifs plutôt que vers les services spécialisés avec hébergement est préférable, dans une perspective motivationnelle ou de réduction des méfaits.

Ces caractéristiques sont analysées lors de l'évaluation réalisée par le mécanisme d'accès jeunesse en toxicomanie.

Orientation clinique 3 : Mesures transitoires

Lorsque le jeune ne peut être orienté immédiatement vers le niveau de service qui répondrait le mieux à ses besoins, il convient de mettre en place des mesures transitoires pour favoriser et maintenir son engagement dans les services.

THÈME 2 : PRISE EN CHARGE DE LA CLIENTÈLE JEUNESSE

Orientation clinique 4 : Implication de la famille et de l'entourage

En collaboration avec le jeune, les intervenants identifient les membres de la famille et autres personnes significatives de l'entourage susceptibles de contribuer positivement à l'atteinte des objectifs d'intervention.

La nature et la fréquence des rencontres avec les personnes impliquées dans le traitement du jeune sont établies en fonction des objectifs cliniques en lien avec sa consommation et elles sont déterminées avec le jeune.

Orientation clinique 5 : Intervention globale

L'intervention globale repose sur une analyse des besoins du jeune dans les différentes sphères de sa vie et doit donner lieu à un plan d'intervention (PI) ou son équivalent (PSI, PSII) avec les caractéristiques suivantes :

- il est individualisé et centré sur les besoins spécifiques et le meilleur intérêt du jeune;
- il propose des interventions favorisant le développement des compétences du jeune (par exemple : favoriser son sentiment d'efficacité personnelle, l'outiller pour mieux gérer ses émotions);
- il prévoit la coordination des interventions complémentaires ou l'accompagnement du jeune vers d'autres services, selon les besoins de celui-ci.

Orientation clinique 6 : Prise en compte de la santé physique et mentale ainsi que du développement psychosocial du jeune

Les intervenants des services externes intensifs portent une attention particulière à la santé physique et mentale ainsi qu'au développement psychosocial du jeune;

Ils demeurent vigilants et sensibles à la détresse psychologique et au risque suicidaire du jeune ainsi qu'à tout indice d'une détérioration significative de sa condition mentale;

Ils prêtent attention à la santé physique du jeune et notamment au risque d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez ceux ayant des comportements à risque;

Ils assurent une référence personnalisée ou un accompagnement vers les services appropriés, selon les besoins du jeune.

Orientation clinique 7 : Développement de relations interpersonnelles positives et d'intérêts non centrés sur la consommation

Le plan d'intervention devrait inclure des activités d'accompagnement pour encourager le jeune à développer de nouveaux intérêts ou de nouvelles relations qui ne soient pas centrées sur la consommation.

Selon chaque situation, un équilibre entre le développement de l'autonomie du jeune et l'accompagnement professionnel ou communautaire approprié est recherché pour consolider la démarche thérapeutique.

THÈME 3 : INTENSITÉ DU SUIVI

Orientation clinique 8 : Intensité du suivi

L'intensité du suivi à assurer dans un contexte de suivi externe intensif doit être établie selon la complexité du profil clinique, les besoins et la mobilisation du jeune ainsi que la qualité de soutien provenant de l'entourage.

Par la suite, elle doit être modulée dans le temps en fonction de la réponse du jeune au traitement, des objectifs cliniques fixés et en concertation avec les partenaires à impliquer.

Orientation clinique 9 : Continuité du suivi

Lorsque la réévaluation indique que les besoins du jeune, son niveau d'engagement ou sa mobilisation requièrent une modulation de l'intensité des interventions, la transition s'effectue en s'assurant d'une continuité dans les services offerts. Le plan d'intervention (PI) est élaboré avec le jeune et détaille les modalités à suivre pour assurer la transition.

Cette continuité peut se réaliser en accompagnant le jeune vers d'autres types de services ou d'activités qui contribuent à sa démarche de réadaptation ou en s'assurant de la présence d'un réseau de soutien dans son entourage.

À un autre niveau, la continuité peut être effectuée en facilitant l'accès aux services offerts en CRD en fonction des besoins du jeune et avec le même intervenant, si possible et opportun.

THÈME 4 : MODES DE DISPENSATION DES SERVICES ET INTERVENTIONS À PRIVILÉGIER DANS LES SERVICES EXTERNES INTENSIFS

Orientation clinique 10 : Modes de dispensation des services et interventions à privilégier dans les services externes intensifs

Les objectifs cliniques déterminés avec le jeune en services externes intensifs peuvent être atteints soit par un cumul d'interventions et d'activités coordonnées, soit à l'aide de programmes structurés familiaux ou de groupe.

Le choix du mode de dispensation dépend des caractéristiques de la clientèle à desservir et des réalités régionales.

Peu importe le mode de dispensation choisi, les interventions à privilégier dans l'offre de services externes intensifs sont celles dont l'efficacité auprès des jeunes a été démontrée ou qui semblent prometteuses.

Orientation clinique 11 : Mode de dispensation des services par cumul d'interventions et activités coordonnées

Le mode de dispensation par cumul d'interventions et activités coordonnées implique que les services soient structurés par un plan d'intervention ou un plan de services individualisé. Cette coordination est essentielle pour planifier le suivi, la réévaluation régulière et l'ajustement des objectifs du plan.

Ce plan d'intervention est établi en concertation avec le jeune, sa famille ou les personnes significatives de son entourage et les intervenants. Il précise les responsabilités de chacun ainsi que les moyens et les échéanciers prévus pour favoriser l'atteinte des objectifs.

La littérature recensée indique que les interventions motivationnelles et cognitivo-comportementales de même que les thérapies familiales sont efficaces pour réduire la consommation de substances chez les jeunes, et qu'elles ont avantage à être intégrées dans un mode de dispensation par cumul d'interventions et activités coordonnées.

La littérature recensée révèle également que, dans l'ensemble, les interventions appuyées sur des modèles théoriques reconnus et pour lesquelles les intervenants ont été formés et supervisés engendrent des bénéfices similaires.

Orientation clinique 12 : Mode de dispensation des services par programmes structurés familiaux ou de groupe

Dans une offre de services externes intensifs, le mode de dispensation basé sur des programmes structurés familiaux ou de groupe permet d'offrir des interventions et des activités dans un cadre clinique, où celles-ci sont combinées de façon cohérente, explicite et structurée.

Selon la littérature recensée, les programmes structurés familiaux ou de groupe sont particulièrement efficaces pour intervenir auprès des jeunes présentant des profils cliniques complexes dus, notamment, à la présence concomitante de troubles de santé mentale ou de troubles du comportement.

Bien que les données recensées sur les services externes intensifs formellement identifiés soient limitées, la triangulation des sources d'information met en évidence la pertinence d'offrir aux jeunes ayant des troubles liés à l'utilisation de substances un milieu à la fois structuré et flexible. Compte tenu de l'aspect multidimensionnel de la consommation de substances, il convient de favoriser la prise en compte des besoins globaux du jeune. Des liens de collaboration et de partenariat sectoriels et intersectoriels sont également nécessaires dans la perspective d'une intervention globale et d'une considération des besoins à long terme des jeunes. La mise en place de modalités de collaboration entre les intervenants et les services offerts favorise l'engagement, la mobilisation et, ultimement, la réadaptation du jeune.

SUMMARY

Intensive outpatient services for youths with psychoactive substance use disorders

It is estimated that 3.3% of Québec high school students have an “at-risk” use of psychoactive substance and that 2.9% are abusing these substances, indicating the possibility of a substance use disorder. In the second category, substance use may be associated with health problems, at-risk behaviours, dropping out of school and the deterioration of family relationships. Given the negative repercussions of early substance abuse on adolescent development and the risk of developing substance use disorders in adolescence or adulthood, it is important to intervene as promptly as possible and provide services that address the needs of these youths.

Currently, specialized youth addiction rehabilitation services in Québec are available in outpatient or inpatient settings. However, despite the fact that outpatient services are offered province-wide through weekly or bi-monthly meetings, they do not always meet the youth’s needs in terms of treatment intensity. Furthermore, due to the limited number of inpatient services, some youths are forced to leave their home environment (family, school, community) for up to six months in order to access them. These constraints have also been highlighted by Québec drug rehabilitation centres (DRC) workers in the assessment report on the Mécanismes d’accès jeunesse en toxicomanie (MAJT, centralized application processing system for youth with substance abuse problems) [[Tremblay et al., 2014](#)].

Based on these findings, the Direction des services en dépendance et en itinérance (Homelessness and Addiction Services Division) of the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, Quebec Ministry of Health and Social Services) asked Quebec’s Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS, National Institute of Excellence in Health and Social Services) to lay down principles and guidelines for the deployment of specialized intensive outpatient services for youth with substance use disorders in Québec.

Methodology

Three assessment questions guided the drafting of this report. The first question sought to determine which programs or combinations of treatments and activities could promote rehabilitation for youth with substance use disorders. The second question focuses on the terms (duration, format, frequency, intervention setting, place in the continuum, etc.) and essential components (with respect to assessment, family involvement, continuity of services, etc.) specific to intensive outpatient rehabilitation services for youths with substance use disorders. Finally, the last question entailed documenting the perceptions and insights of young people and their relatives regarding intensive outpatient services. Three main

information sources were used to address these questions: 1) the scientific and grey literature; 2) the stakeholders by means of focus groups with youth workers and managers; 3) the advisory committee, made up of managers, clinicians, youth workers and a researcher.

Results

The various sources of information led to the development of five overarching guiding principles and 12 clinical guidelines, grouped according to four themes: 1) Youth assessment and referral to intensive outpatient services; 2) Care management for the youth clientele; 3) Treatment intensity; 4) Service delivery modes and preferred interventions in intensive outpatient services. All of these guiding principles and guidelines are to be considered as a whole when carrying out clinical work with youths.

GUIDING PRINCIPLES

Guiding Principle #1

Intensive outpatient addiction services place the youth at the centre of the intervention and ensure that it is focused on their needs, strengths, capacities and aspirations, while also taking into account the resources in their environment.

Guiding Principle #2

Intensive outpatient services are offered in collaboration with the family and other significant persons in the youth's life.

Guiding Principle #3

Intensive outpatient services aim to foster and maintain the youth's engagement.

Guiding Principle #4

Intensive outpatient services are rooted in a harm reduction approach.

Guiding Principle #5

Intensive outpatient services are intended to complement youth services and are coordinated in collaboration with other services.

CLINICAL GUIDELINES

The clinical guidelines are broken down within each theme and presented in sidebars.

THEME 1: YOUTH ASSESSMENT AND REFERRAL

Clinical Guideline 1: Assessment of target clientele

The young person is referred to intensive outpatient services in accordance with the addiction assessment outcome generated by the access mechanism for youth with substance abuse problems. This assessment is based on a careful review of substance consumption habits, various aspects of the youth's life (psychological, family, relational/social, physical, academic/professional and judicial), the interaction between these aspects and substance use, as well as the youth's motivation to change.

Clinical Guideline 2: Referral of target clientele

The youths most likely to benefit from intensive outpatient services are those with psychoactive substance use disorders, who have one or more associated problems requiring specialized services or specific interventions (e.g., psychological problems, delinquent behaviours, school suspension) and who meet one or several of the following conditions:

- youths whose rehabilitation goals cannot be met through regular outpatient services, as determined by the initial assessment or reassessment (e.g., because of the complexity of their clinical profiles, their level of engagement, the severity of their consumption or previous unsuccessful treatments);
- youths whose needs do not require to be treated in an inpatient setting, as determined by the initial assessment or reassessment;
- youths who, for motivational or harm-reduction purposes, should preferably be referred to specialized intensive outpatient services rather than specialized inpatient services;

These characteristics are assessed by the access mechanism for youth with substance abuse problems.

Clinical Guideline 3: Transitional measures

When the youth cannot be immediately referred to the level of service best suited to their needs, transitional measures should be implemented so as to foster and maintain the youth's engagement in the services.

THEME 2: CARE MANAGEMENT FOR THE YOUTH CLIENTELE

Clinical Guideline 4: Involving family and other significant persons

In collaboration with the young person, youth workers identify family members and other significant persons in the youth's life who might be able to make a positive contribution towards achievement of the intervention goals.

The nature and frequency of meetings with the individuals involved in the youth's treatment are established with the youth and in accordance with their clinical goals.

Clinical Guideline 5: Comprehensive treatment

A comprehensive treatment is based on an analysis of the youth's needs in the various areas of their life and must result in an Intervention Plan (IP) or equivalent (Individualized Service Plan [ISP] or Individualized Intersectoral Service Plan [IISP]) with the following characteristics :

- the Intervention Plan is individualized and focuses on the youth's specific needs and best interests;
- the Plan offers interventions that encourage development of the youth's skills (e.g., to foster their feeling of personal effectiveness and give them tools to regulate their emotions better);
- it coordinates additional interventions or offers support in referring the youth to other services, according to their needs.

Clinical Guideline 6: Taking into account the youth's physical and mental health and psychosocial development

- Youth workers in intensive outpatient services pay particular attention to the youth's physical/mental health and psychosocial development;
- They remain watchful and sensitive to the young person's psychological distress and suicide risk as well as any sign of a significant worsening of the youth's condition;
- They are attentive to the youth's physical health and, in particular, the risk of sexually transmitted and blood-borne infections (STBBIs) in clients who engage in risk behaviours;
- They provide personalized referrals or support to get appropriate services in accordance with the youth's needs.

Clinical Guideline 7: Developing positive interpersonal relationships and interests not focused on substance use

The Intervention Plan (IP) should include coaching activities to encourage young people to develop new interests or new relationships that are not focused on substance use.

In every situation, the therapeutic approach is consolidated by seeking a balance between developing the youth's self-reliance and providing the appropriate professional and community support.

THEME 3: TREATMENT INTENSITY

Clinical Guideline 8: Treatment intensity

The treatment intensity required for intensive outpatient services must be established in accordance with the complexity of the clinical profile, the needs and mobilization of the youth and the quality of support they are receiving from their family and other significant persons.

This intensity must then be adjusted over time to ensure that it is aligned with the youth's treatment response and the established clinical goals; any such adjustment is made in collaboration with the appropriate partners.

Clinical Guideline 9: Continuing care

When the reassessment indicates that the intervention should be adjusted because of changes in the youth's needs, level of engagement and mobilization, the transition is carried out to ensure that there is no interruption in the services offered. The Intervention Plan (IP) details the modalities to be put in place for transitioning and is established with the youth.

This continuity can also be achieved by helping the youth to find other types of services or activities that support their effort and ensuring that they have a support network around them.

At another level, continuity could be achieved by facilitating young people's access to DRC services when needed and with the same youth worker, if appropriate and possible.

THEME 4: SERVICE DELIVERY MODES AND PREFERRED INTERVENTIONS IN INTENSIVE OUTPATIENT SERVICES

Clinical Guideline 10: Service delivery modes and preferred interventions in intensive outpatient services

The clinical goals identified with youths who are receiving intensive outpatient services may be achieved either through a combination of coordinated interventions and activities or through structured family or group programs.

The choice of the delivery mode depends on the characteristics of the clientele to be served and on regional realities.

Regardless of the delivery mode chosen, the interventions included in intensive outpatient services must have demonstrated their efficacy or be promising with young people.

Clinical Guideline 11: Service delivery via a combination of coordinated interventions and activities

Service delivery via a combination of coordinated interventions and activities implies that the services are structured through an intervention plan or individualized service plan. This coordination is essential for treatment planning, carrying out regular assessments and making adjustments to established goals.

This intervention plan is established with the youth, their family and other significant persons in the youth's life and with the youth workers. It details the responsibilities of each party and the anticipated means and timelines that will support achievement of the goals.

The literature review indicates that motivational and cognitive behavioural interventions, and family therapies, are effective in reducing substance use in young people and would benefit from being integrated into a delivery mode that uses a combination of coordinated interventions and activities.

The literature review also shows that, in general, different types of interventions tend to produce similar results when they are based on recognized theoretical models for which youth workers have received training and supervision.

Clinical Guideline 12: Delivering services through structured family or group programs

In the case of intensive outpatient services, a delivery mode based on structured family or group programs helps to provide interventions and activities in a clinical framework where interventions and activities are combined in a consistent, explicit and structured fashion.

According to the literature review, structured family or group programs are especially effective to treat youths with complex clinical profiles due to, among other things, the concurrent presence of mental health or behavioural disorders.

Although there is little data collected on formally identified intensive outpatient services, the triangulation of information sources highlights the relevance of offering youths with substance use disorders an environment that is both structured and flexible. In light of the multidimensional aspect of substance use, consideration of the overall needs of young people must be encouraged. Collaborative and partnership relationships at the sectoral and intersectoral levels also need to be established with the goal to provide comprehensive treatment and addressing the long-term needs of the youth. Implementing procedures for collaboration between the youth workers and the services offered fosters the young people's engagement, mobilization and, ultimately, their rehabilitation.

MISE EN CONTEXTE

Au Québec, deux modalités de services sont généralement proposées à la clientèle adolescente ayant un trouble de l'usage d'une substance, soit l'accès à des services externes spécialisés en dépendance ou à des services spécialisés avec hébergement. Dans l'éventualité où un établissement public n'offre pas de services avec hébergement dans ses installations pour la clientèle jeunesse, le jeune sera orienté vers une ressource certifiée, communautaire ou privée, ou encore vers le CISSS/CIUSSS d'une autre région.

Au cours des dernières années, les travaux réalisés par des chercheurs québécois et la Direction des services en dépendance et en itinérance du MSSS ont permis de jeter un regard critique sur l'implantation, la qualité et la dispensation des services jeunesse en dépendance au Québec. Par exemple, le rapport sur l'évaluation des mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie (MAJT) révèle que le pourcentage de jeunes Québécois qui reçoivent des services spécialisés en dépendance ne dépasse pas 20 % de l'ensemble de ceux qui en auraient besoin [Tremblay *et al.*, 2014]. Pour sa part, le MSSS³ a réalisé un portrait des services spécialisés en dépendance pour les jeunes de moins de 18 ans. S'appuyant sur les données des années 2011-2012 et 2012-2013, ce portrait précise les services offerts ainsi que la manière dont ils sont organisés et utilisés. En complément à ces travaux, le MSSS a confié au chercheur Joël Tremblay et son équipe la réalisation d'un requis de services; ce dernier menant à la production d'un rapport intitulé : *Estimation des besoins de services jeunesse en dépendance au Québec* [Tremblay *et al.*, 2015].

De l'ensemble des travaux effectués au cours de ces dernières années ressortent des disparités importantes quant à l'accessibilité ou la disponibilité des ressources spécialisées en dépendance sur le territoire québécois. Par ailleurs, les propos recueillis auprès des intervenants dans le cadre de l'évaluation des mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie indiquent que certains jeunes sont orientés vers des services avec hébergement par manque d'accès à des services externes plus intensifs que l'offre de services externes actuelle [Tremblay *et al.*, 2014]. De fait, hormis quelques initiatives, des services intermédiaires qui se situeraient entre les services externes réguliers et les services avec hébergement sont relativement absents de l'offre au Québec pour la clientèle jeunesse. Ce manque serait particulièrement pénalisant pour les jeunes qui, à défaut de pouvoir accéder à des services externes intensifs dans leur région, sont orientés vers des services avec hébergement et doivent par conséquent s'éloigner de leur milieu de vie et de leur famille.

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Portrait des services jeunesse en dépendance [document de travail interne non publié].

C'est dans ce contexte que la Direction des services en dépendance et en itinérance du MSSS a demandé à l'INESSS de produire un avis pour soutenir les intervenants et les gestionnaires des établissements CISSS/CIUSSS ayant une mission de CRD dans l'élaboration et le déploiement de services externes intensifs pour la clientèle jeunesse ayant un trouble de l'usage d'une substance psychoactive.

Dans la littérature recensée, les services externes intensifs sont généralement offerts pendant la journée, avant ou après les heures de travail ou d'école, en soirée ou en fin de semaine. Le suivi et les interventions proposées y sont plus structurés qu'en service externe régulier et comprennent souvent une évaluation médicale ou psychiatrique, des interventions psychologiques, de la médication et du soutien dans le domaine scolaire, de l'emploi ou du logement. Les activités peuvent prendre place dans divers milieux d'intervention : ressource privée, en santé mentale, ressource communautaire, etc. [NCCMH, 2011b; APA, 2006]. Des services externes intensifs de type « centre de jour » offerts aux jeunes ne requérant pas de supervision la nuit sont également documentés dans la littérature [SickKids, 2018; Leslie *et al.*, 2016; Mee-Lee, 2013; NCCMH, 2008; APA, 2006; Liddle *et al.*, 2006]. Ils se distinguent par un niveau d'intensité soutenu : 20 heures hebdomadaires minimum sont prescrites par les guides de pratique, à hauteur de cinq à six heures par jour en général ainsi que, le plus souvent, des services médicaux ou psychiatriques auxiliaires. Les activités comportent des composantes scolaires, de la thérapie individuelle, familiale ou en groupe sur les troubles de l'usage de substances, la santé physique et mentale, les relations saines et les stratégies d'adaptation dans une approche de réduction des méfaits. Au Québec, ce type de programmation est par exemple offert pendant quatre semaines dans les Laurentides, à travers le programme Intermède, fruit d'un partenariat entre le milieu scolaire, le CRD et le milieu communautaire, ou encore pendant six semaines dans la région de la Côte-Nord, à des jeunes hébergés en centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation [Tremblay *et al.*, 2014]. Bien que communément dispensés dans d'autres provinces canadiennes et aux États-Unis, les services de type « centre de jour » sont peu répandus au Québec ou sont destinés aux personnes présentant des troubles de santé mentale. Par ailleurs, même si, à court terme, ces services se sont montrés aussi efficaces que ceux avec hébergement chez les adolescents (Cornwall et Blood, 1998, cités dans [Liddle *et al.*, 2006]), la littérature consultée ne permet pas de déterminer leur efficacité à long terme ni leurs avantages comparatifs. Par conséquent, il n'en sera pas davantage question dans ce document.

L'objectif principal de l'avis consiste à déterminer les modes d'organisation et les activités pouvant constituer une offre de services externes plus intensive que celle qu'on observe généralement au Québec dans les services externes réguliers, tout en étant adaptée au continuum jeunesse actuellement en place. Les travaux réalisés à cette fin ont été guidés par les trois questions suivantes :

Q1 : Quels programmes ou combinaisons d'interventions et d'activités composant une offre de services externes intensifs favorisent la réadaptation des jeunes ayant un trouble de l'usage d'une substance psychoactive?

Q2 : Quelles sont les modalités (durée, format, fréquence, milieu d'intervention, place dans le continuum, etc.) et les composantes essentielles (en termes d'évaluation, d'implication des familles, de continuité des services, etc.) propres à des services spécialisés externes intensifs, qui favorisent la réadaptation des jeunes ayant un trouble de l'usage de substances psychoactives?

Q3 : Comment les composantes et modalités des services externes intensifs sont-elles perçues et vécues par les jeunes et leurs proches?

1. LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES JEUNES

Période charnière de la construction de l'identité et trait d'union entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence constitue un moment important de transformation, d'exploration et d'expérimentation. C'est notamment pendant cette phase que la plupart des jeunes s'initieront à la consommation de substances psychoactives. Les données de la dernière enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS 2016-2017) [Traoré, 2018] rappellent que cette consommation restera exploratoire pour la très grande majorité de ces jeunes (93,8 %), tandis que la prévalence des élèves ayant une consommation à risque s'élève à 3,3 %. Toutefois, selon les mêmes données, 2,9 % des jeunes du secondaire auraient une consommation abusive (correspondant aux feux rouges de l'indice DEP ADO) et pourraient avoir besoin de services spécialisés en raison d'un problème important de consommation. À titre de comparaison, en 2010-2011, environ 5 % des jeunes avaient une consommation à risque et la même proportion, une consommation abusive [Laprise *et al.*, 2012]. Si les données de l'EQSJS démontrent une baisse générale de la prévalence de consommation d'alcool et de drogues pour cette population, il demeure que les jeunes ayant une consommation abusive s'exposent à l'émergence de problèmes de santé mentale et à l'adoption de comportements à risque, au décrochage scolaire, à des comportements délinquants et à une détérioration des relations familiales. Par ailleurs, en 2014, les coûts liés à l'utilisation de substances au Canada étaient de 38,4 milliards, soit environ 1100 \$ pour chaque habitant, indépendamment de l'âge, avec l'alcool, le cannabis et le tabac comme principaux responsables des coûts de perte de productivité et de justice pénale ainsi que d'autres coûts directs⁴ au Québec [Groupe de travail scientifique, 2018].

Les sections qui suivent visent à décrire les principales caractéristiques de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes.

1.1 Spécificités de la consommation de substances chez les jeunes

La consommation des jeunes diffère de celle des adultes par sa nature, sa fonction et ses conséquences. Selon les données consultées, les adultes consomment davantage seuls et développent généralement une tolérance progressive au fil du temps, tandis que les jeunes ont une tolérance moindre et consomment plus souvent dans un but d'acceptation sociale par les pairs. Les jeunes peuvent donc présenter de nombreux problèmes associés à la consommation, sans toutefois répondre à certains des critères requis pour qualifier

⁴ Les données sur les coûts de santé n'étaient pas disponibles lors de la parution du rapport.

un trouble ou une dépendance [Bekkering *et al.*, 2013; NCCMH, 2011b; Winters *et al.*, 2011; Haber *et al.*, 2009; APA, 2006; FQCRPAT, 2006].

De surcroît, les jeunes ont tendance à nier leurs difficultés, à sous-estimer leur consommation ainsi que l'impact de celle-ci, ce qui influe sur leur manque d'intérêt à rencontrer un intervenant en dépendance. Moins enclins que les adultes à aller chercher de l'aide par eux-mêmes pour les problèmes liés à leur consommation et, conséquemment, d'amorcer un processus de réadaptation, l'engagement d'un jeune dans les services et la persistance dans le traitement représentent des enjeux cruciaux [Bekkering *et al.*, 2013; Winters *et al.*, 2011; NTA, 2009; FQCRPAT, 2006]. Les guides recensés expliquent cela en partie par les représentations négatives que les jeunes ont des services d'aide en dépendance. Les risques de stigmatisation accrue à la suite d'un engagement dans un traitement ou un service spécialisé en dépendance sont un autre aspect important à considérer, particulièrement dans une phase comme celle de l'adolescence, où le regard des pairs est particulièrement important [NIDA, 2018; Winters *et al.*, 2011].

La littérature consultée [Bekkering *et al.*, 2013; NCCMH, 2011b; Gagnon et Rochefort, 2010; CCLAT, 2007; FQCRPAT, 2006] indique que les jeunes tendent, plus souvent que les adultes, à consommer plus d'une substance psychoactive de manière concomitante et qu'ils privilégient surtout le cannabis et l'alcool. Les résultats de l'étude de Kairouz [2008] montrent que la consommation de quantités importantes d'alcool de façon excessive et épisodique (aussi connue sous le nom de *binge drinking*), l'usage de cannabis et de substances illicites, à vie et sur 12 mois ainsi que l'usage concomitant d'alcool et de cannabis sur 12 mois sont plus importants chez les jeunes (15-24 ans) que parmi les autres groupes d'âge (25-64 ans et 65 ans et plus).

Pour ces raisons, et bien que l'American Psychiatric Association (APA) [2006] soutienne que, en général, la plupart des traitements pour adultes peuvent s'appliquer aux jeunes, plusieurs sources rapportent que les différences entre ces deux segments de la population suggèrent le recours à des traitements et des modes de dispensation adaptés à leur réalité [Mann *et al.*, 2017; Marel *et al.*, 2016; CSAT, 2006b; FQCRPAT, 2006].

1.2 Motivations sous-jacentes à la consommation, selon les jeunes

Selon les données de l'*Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire 2006* [Dubé *et al.*, 2007], les raisons les plus souvent invoquées par les jeunes pour expliquer l'initiation de la consommation d'alcool sont liées à la pression des pairs (63 %), à la curiosité (58 %) et au désir de s'enivrer (55 %). Un peu plus de la moitié des répondants mentionnent que c'est « cool » (53 %), tandis que 36 % rechercheraient une sensation d'euphorie et de plaisir. Une autre enquête réalisée auprès de jeunes Québécois ayant un

historique de dépendance et de comportements délinquants indique que « plus la fréquence de la consommation augmente, plus les motifs principaux de consommation passent du plaisir ludique (*fun*) au plaisir amnésique (pour oublier ses problèmes) » (Brunelle, Brochu et Cousineau (2005), cités dans [Gagnon et Rochefort, 2010]).

Ainsi, pour l'adolescent, la consommation d'alcool et de drogues vise à répondre à des besoins de recherche de plaisir, de défiance de l'autorité, d'identification et d'affirmation de soi, mais peut également être une réponse à des situations de stress, des problèmes de santé psychologique, des milieux de vie, des traumatismes non traités ou des conflits familiaux et relationnels. En effet, la prévalence de la concomitance des troubles psychiatriques et des troubles liés à l'utilisation de substances est particulièrement élevée chez les jeunes [Mann *et al.*, 2017; Haber *et al.*, 2009; NTA, 2009; CCLAT, 2007; Dubé *et al.*, 2007; FQCRPAT, 2006]. Une étude de Tupker [2004] sur les jeunes, les drogues et la santé mentale rapporte que la consommation et l'abus de substances peuvent déclencher, imiter, faire apparaître, masquer ou exacerber les symptômes de troubles mentaux, et que la consommation de cannabis pendant l'enfance et l'adolescence accroît les risques de développer des troubles de santé mentale, comme la psychose et la schizophrénie.

La présence d'idées suicidaires chez certains adolescents a également été associée à la consommation de substances et à la dépression [Cournoyer *et al.*, 2016]. Enfin, la concomitance de troubles mentaux et de troubles liés à la consommation de psychotropes, plus fréquente chez les jeunes adultes, complexifie la prise en charge clinique [Kairouz *et al.*, 2008].

1.3 Facteurs de risque et facteurs de protection

Plusieurs facteurs familiaux sont prédictors de la consommation des jeunes. En effet, selon la littérature, il existe une association entre une communication déficiente entre les membres de la famille, ou la difficulté d'établir des limites structurées en termes de comportements, et une moins bonne réponse au traitement à court ou long terme. Les caractéristiques de la relation parent-enfant, l'efficacité des pratiques parentales, la consommation des parents eux-mêmes et une culture familiale tolérante vis-à-vis d'une forte consommation sont également des facteurs favorisant une consommation abusive chez les jeunes [Gilvarry *et al.*, 2012; NCCMH, 2011b; Haber *et al.*, 2009; APA, 2006; FQCRPAT, 2006; Bukstein *et al.*, 2005]. À l'opposé, la qualité des relations familiales, l'encadrement des sorties, un investissement affectif et le fait de favoriser une plus grande autonomie chez le jeune sont des facteurs de protection permettant de contrebalancer les facteurs de risque [Létourneau, 2015; Gauthier *et al.*, 2010].

La consommation des pairs est aussi reconnue comme un des facteurs prédictors les plus importants de la consommation chez les jeunes. Par ailleurs, la littérature recensée rapporte que les jeunes ayant une consommation abusive

présentent entre 6 et 12 fois plus de risques d'être également victimes de maltraitance physique et d'abus sexuels. Ces expériences traumatisantes sont à leur tour fortement associées à l'abus de substances et sont rapportés dans la littérature comme étant des facteurs de risque de la consommation ou des causes de la consommation.

À un niveau macroscopique, les facteurs socioculturels tels que les attitudes, normes et croyances envers la société et les représentations véhiculées par les médias, sont reconnus pour inciter un individu à la consommation et à l'abus. En effet, l'environnement social façonne la perception des contextes les plus appropriés pour l'usage de substances [Gagnon et Rochefort, 2010; CCLAT, 2007; FQCRPAT, 2006; Bukstein *et al.*, 2005]. Par ailleurs, la précocité de l'abus de substances augmente les risques de dépendance immédiate et à l'âge adulte. Des données rapportent ainsi qu'un jeune présente quatre fois plus de risques de développer une dépendance à l'âge adulte lorsqu'il commence à consommer avant l'âge de 13 ans [NCCMH, 2011b].

1.4 Conséquences d'une consommation abusive⁵

Selon l'enquête sur les toxicomanies au Canada [Adlaf *et al.*, 2005], même en contrôlant les habitudes de consommation et les attributs démographiques, les jeunes restent plus vulnérables que les adultes aux méfaits liés à la consommation d'alcool, en raison notamment d'une propension aux comportements à risque (alcool au volant, comportements sexuels à risque, blessures dues à l'état d'ivresse dans ce groupe d'âge) et des effets de l'alcool, compte tenu du fait que le cerveau d'un jeune est encore en développement [Clinical Guidelines on Drug Misuse, 2017; Gilvarry *et al.*, 2012; Haber *et al.*, 2009].

Une consommation abusive peut avoir des impacts sur les relations familiales et se manifester par des conflits, des difficultés financières et légales. En effet, des données rapportent également que les jeunes impliqués dans le système de justice pénale pour adolescents sont plus susceptibles d'avoir une consommation abusive que ceux qui n'ont pas de conduites délinquantes [NTA, 2009]. D'après une étude réalisée auprès de jeunes Québécois hébergés en centre jeunesse [Lambert *et al.*, 2015], 60 % des 14 à 17 ans avaient une consommation de substances psychoactives problématique. Ils présentent en outre une prévalence plus élevée de conduites sexuelles à risque (multiples partenaires sexuels, grossesses non planifiées, début des relations sexuelles avant 13 ans, « sexe en groupe »).

Chez les grands consommateurs, on note la survenue de difficultés scolaires, de perspectives d'emploi limitées et de problèmes liés au logement, incluant

⁵ Les termes « abusive », « nocive », « consommation problématique », « dépendances », « usage problématique » ont été conservés en fonction des termes employés dans la littérature.

l'itinérance. Une enquête menée auprès de personnes en situation d'itinérance à Montréal [Latimer *et al.*, 2015] a révélé que la dépendance aux drogues et à l'alcool est la deuxième cause la plus communément invoquée comme facteur explicatif de la perte récente d'un logement, avec des incidences sur la capacité de payer son loyer, de maintenir des relations saines et fonctionnelles avec autrui, de retrouver un logement stable ou encore un emploi [Ménard et Simard, 2013].

Au regard de tous ces facteurs, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) [2007] conclut que les jeunes Inuits, Métis et des Premières Nations, les jeunes fugueurs, les jeunes de la rue, les jeunes présentant des troubles mentaux concomitants, les jeunes de minorités sexuelles (LGBTQ), les jeunes en mise sous garde en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) ainsi que les jeunes exploités ou agressés sexuellement sont parmi les populations les plus à risque de forte consommation, d'abus de substances, voire de polytoxicomanie.

En bref, l'ensemble des points recensés dans les sections précédentes rappellent le caractère multifactoriel, interactif et multidimensionnel de la consommation chez les jeunes qui ont des troubles de l'usage de substances. Les conséquences découlant de ces troubles sont susceptibles d'affecter plusieurs sphères de leur vie ainsi que leur santé. Ce tableau clinique renforce la pertinence d'offrir des services qui soient spécifiquement destinés et adaptés aux besoins de la clientèle jeunesse ayant des profils cliniques complexes, et de coordonner les interventions et services dont ceux-ci devraient bénéficier.

1.5 Les services spécialisés en dépendance au Québec

Les jeunes Québécois ayant un trouble lié à l'usage d'une substance psychoactive (incluant les médicaments présentant un potentiel d'abus ou de dépendance), à la pratique de jeux de hasard et d'argent ou à l'utilisation problématique d'internet « peuvent compter sur un réseau de services organisé et compétent en la matière, autant dans les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) que dans les ressources communautaires ou privées » [MSSS, 2018, p. 8]. Les services spécialisés en dépendance visent à répondre aux besoins des jeunes dont les problèmes liés à la consommation atteignent souvent le seuil clinique pour un diagnostic de troubles de l'usage de substances psychoactives. Ces services comprennent « la détection et l'orientation vers les services appropriés; l'intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation; le programme régional d'évaluation spécialisée; la gestion de l'intoxication et du sevrage; les services de réadaptation externes et avec hébergement; le traitement des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes avec médication de substitution; la réinsertion sociale; l'intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeux; le soutien à l'entourage » [MSSS, 2018, p. 41].

Les services externes spécialisés sont offerts par des intervenants des établissements publics ayant une mission de CRD qui, depuis la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux, sont sous la responsabilité des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). L'intervention consiste habituellement en des rencontres individuelles une fois par semaine ou aux deux semaines, qui ont lieu à l'école ou à l'un des points de service de l'établissement [Tremblay *et al.*, 2014].

Certains jeunes requérant des services d'une intensité supérieure à une heure par semaine se verront offrir des services avec hébergement par une ressource certifiée, communautaire ou privée, ou encore un CISSS/CIUSSS. En nombre limité sur le territoire québécois, ces ressources offrent des séjours qui varient généralement entre trois semaines et six mois⁶, et peuvent par ailleurs constituer un défi sur le plan de leur accessibilité géographique. L'orientation vers un service de réadaptation avec hébergement peut donc parfois impliquer une séparation importante du jeune de son entourage, tant en termes de distance et de temps que de liens sociaux, sans compter les défis liés aux délais d'attente. Bien qu'elle puisse être bénéfique dans certaines situations, une rupture avec le milieu de vie ne correspond pas nécessairement aux besoins des jeunes dirigés vers des services avec hébergement. De plus, lorsque le jeune accepte d'entamer une démarche de réadaptation, la rapidité d'accès aux services demeure préoccupante pour maintenir l'engagement dans le traitement, un enjeu majeur dans l'intervention [Tremblay *et al.*, 2015; Tremblay *et al.*, 2014].

Les données recensées indiquent que peu importe la sévérité de la consommation, les jeunes sont plus enclins à s'engager dans une démarche où le suivi est fait en externe, plutôt que dans une ressource avec hébergement (la moitié d'entre eux refusent l'orientation d'hébergement pour diverses raisons et parmi ceux qui l'acceptent, une autre portion ne commence jamais le service). La presque totalité (95 %) des jeunes qui sont orientés vers des services externes les débiteront [Tremblay *et al.*, 2015]. La variété des problèmes rencontrés par les jeunes implique que certains auraient avantage à bénéficier d'une offre de services d'une intensité plus élevée qu'en hébergement. Dans un tableau tiré de données américaines, Tremblay et ses collaborateurs [2015] rapportent que 83 % des jeunes ayant un trouble lié à l'utilisation de substances sont référés aux services externes, dont 14 % aux services externes intensifs. En d'autres termes, la population adolescente ayant un trouble lié à l'utilisation de substances et susceptible de bénéficier des services externes intensifs représenterait environ

⁶ Au Québec, la durée des services jeunesse avec hébergement varie considérablement : entre trois à dix semaines pour les établissements publics et entre 6 et 26 semaines (6 mois) pour les organismes communautaires et les ressources privées.

15 % des jeunes référés vers les services externes réguliers. Or, ces services sont relativement absents de l'offre de service au Québec.

En résumé, le manque de diversification dans l'offre de services en dépendance à la clientèle jeunesse combiné à la diversité des besoins des jeunes ayant un trouble de l'usage d'une substance psychoactive constitue d'emblée une barrière structurelle à l'accès aux services pour les jeunes qui auraient besoin d'interventions plus soutenues qu'en service externe régulier, sans toutefois avoir besoin d'être hébergés ou sans souhaiter l'être. Ce constat se situe dans la même veine que les lignes directrices de l'*American Society of Addiction Medicine* (ASAM), qui proposent qu'une offre de services intermédiaires entre les services externes réguliers et les services avec hébergement soit offerte tant aux adultes qu'aux adolescents [Mee-Lee, 2013]. Comme il a été stipulé dans les orientations ministérielles en matière de dépendance, publiées en 2007, et réitéré dans le *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 : Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet* (ci-après PAID 2018-2028) [MSSS, 2018], une attention particulière doit être accordée à la clientèle jeunesse, notamment en priorisant l'accès aux services et en offrant des programmes adaptés à ses besoins. Bien que le développement de services externes intensifs semble souhaitable, il existe peu de documentation au Québec à ce jour pouvant servir de point de référence aux gestionnaires et aux intervenants désireux d'élaborer ou de bonifier leur offre de services externes intensifs pour la clientèle jeunesse.

2. SOURCES DE DONNÉES

Le mandat confié à l'INESSS consistait à définir les modes d'organisation et les activités pouvant constituer une offre de services qui favorise la réadaptation des jeunes ayant des troubles de l'usage de substances psychoactives, à partir d'une recension et d'une triangulation des données scientifiques, expérientielles et contextuelles. Peu de littérature a été repérée portant spécifiquement sur la pertinence, l'efficacité et les modalités d'intervention à privilégier en contexte de services externes intensifs pour la clientèle jeunesse. Toutefois, la mise en commun de l'ensemble des sources de données et des informations a mené à la formulation de 5 principes directeurs et 12 orientations cliniques, déclinés au sein des 4 thèmes suivants :

- l'évaluation et l'orientation du jeune vers les services externes intensifs;
- la prise en charge de la clientèle jeunesse;
- l'intensité du suivi;
- les modes de dispensation des services et les interventions à privilégier.

Bien que cet avis présente ces éléments de façon segmentée et séquentielle, il importe de rappeler qu'ils s'inscrivent dans une vision d'ensemble des besoins des jeunes et de leur famille sur les plans psychologique, familial, relationnel/social, médical, scolaire/professionnel et légal.

Les données et informations obtenues en réponse aux questions d'évaluation ainsi que les principes directeurs et orientations cliniques qui en résultent sont basés sur une recension de la littérature, sur des consultations menées auprès de parties prenantes, sur la contribution des membres des comités de travail et du comité d'excellence clinique en services sociaux (Jeunes – Santé mentale – Dépendance – Itinérance) de l'INESSS et sur les suggestions des lecteurs externes. L'apport de ces différentes sources d'information est décrit aux sections 2.1, 2.2 et 2.3.

2.1 Recension de la littérature

Une méthode de revue rapide de la littérature a été utilisée aux fins d'élaboration de cet avis. Cette méthode omet ou simplifie certaines composantes de la méthodologie des revues systématiques, afin de fournir l'information dans un délai plus court [INESSS, 2017]. Dans le présent cas, la sélection de la littérature scientifique et grise a été effectuée de façon indépendante par un premier professionnel, puis validée par un second. L'extraction des données issues des revues systématiques et méta-analyses a également été réalisée de façon indépendante par un professionnel et a fait l'objet, par la suite, d'une validation complète (100 %) par la coordonnatrice scientifique. De même, l'extraction des guides de pratique a été effectuée par un professionnel et a fait l'objet d'une validation complète (100 %) par une autre professionnelle.

2.1.1 Données sur l'efficacité et l'implantation des interventions et des programmes en dépendance offerts en externe

Les données sur l'efficacité des interventions et des programmes en dépendance offerts aux jeunes sur une base externe sont présentées à la section 8.1.1 et au point a) des sections 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4 et 7.2.1, 7.2.2 et 7.2.3. Ces données proviennent de 20 revues systématiques et méta-analyses. Les détails relatifs à la sélection des données et à l'évaluation de la qualité des revues et méta-analyses sont exposés aux annexes C et D. Un tableau illustrant le recoupement entre les études primaires publiées depuis l'an 2000⁷ et incluses dans celles-ci est présenté à l'annexe E. Il est à noter que ce recoupement est important. De fait, 40 % (n = 88) des 148 études publiées ont été recensées dans plus d'une revue systématique : 27 % (n = 40) l'ont été dans 2 ou 3 revues, 7 % (n = 10) dans 4 ou 5 revues et 7 % (n = 10) dans 6 à 11 des 20 revues systématiques retenues aux fins du présent avis.

Les principales caractéristiques méthodologiques et les résultats extraits des revues et méta-analyses sont présentés à l'annexe H. Des données sur l'implantation des interventions et programmes et sur les coûts associés ont aussi été extraites à partir des études primaires identifiées dans les revues systématiques et méta-analyses. Dans certains cas, ces informations ont été tirées des guides de pratique ou des sites Web. Lorsqu'elles sont disponibles, les données sur le rapport coût-efficacité et l'implantation des interventions et programmes ont été intégrées directement dans le texte, et elles n'ont pas été synthétisées dans un tableau d'extraction.

Les 20 revues systématiques et méta-analyses recensées ici totalisent 363 études et plus de 41 904 jeunes âgés de 11 à 25 ans. Trois de ces revues portent plus spécifiquement sur l'efficacité des interventions motivationnelles [Li *et al.*, 2016; Barnett *et al.*, 2012; Jensen *et al.*, 2011]; six sur l'efficacité des thérapies familiales [Filges *et al.*, 2015a; Filges *et al.*, 2015c; Lindstrøm *et al.*, 2015; Lindstrøm *et al.*, 2013; Baldwin *et al.*, 2012; Bender *et al.*, 2010]; une sur l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales [Filges *et al.*, 2015b]; alors que les autres portent sur diverses interventions en dépendance offertes sur une base externe.

Sept des 20 revues et méta-analyses recensées se sont intéressées plus particulièrement à l'effet des traitements sur la consommation de cannabis [Li *et al.*, 2016; Filges *et al.*, 2015a; Filges *et al.*, 2015c; Lindstrøm *et al.*, 2015; Lindstrøm *et al.*, 2013; Bender *et al.*, 2010; Waldron *et al.*, 2008] ou d'alcool [Calabria *et al.*, 2011; Tripodi *et al.*, 2010]. Dans les autres revues, la consommation des jeunes est liée à diverses substances, bien que quelques-unes

⁷ Cet exercice n'a pas été effectué pour les 215 études primaires publiées avant l'an 2000, en raison de contraintes de temps et de ressources et parce que le recoupement entre ces études semblait moins important.

d'entre elles précisent exclure les études primaires portant sur la consommation de tabac [Engle et Macgowan, 2009] ou d'opioïdes [Filges *et al.*, 2015b].

Toutes les interventions incluses dans les revues et méta-analyses considérées aux fins du présent avis ont été offertes sur une base externe par des services ou des centres spécialisés en dépendance. Bien qu'aux États-Unis, l'ASAM [Mee-Lee, 2013] a établi un découpage précis entre les services externes réguliers et intensifs, en fonction du nombre d'heures de services fournis, cette distinction est rarement faite dans les revues et méta-analyses recensées dans cet avis. Les informations disponibles indiquent néanmoins que les interventions évaluées dans plusieurs des revues retenues ciblent des jeunes qui présentent les critères diagnostiques pour un trouble lié à l'usage d'une substance et des profils cliniques complexes, à savoir des jeunes ayant des troubles mentaux concomitants, des troubles de comportement ou des comportements délinquants, des jeunes avec un historique d'arrestation, en situation d'itinérance ou à la suite d'un traitement en service avec hébergement [Van der Pol *et al.*, 2017; Tanner-Smith *et al.*, 2016; Lindstrøm *et al.*, 2015; Deady *et al.*, 2014; Hogue *et al.*, 2014; Tanner-Smith *et al.*, 2013; Baldwin *et al.*, 2012; Calabria *et al.*, 2011].

Les interventions et programmes offerts sur une base externe et dont l'efficacité a été démontrée auprès de jeunes présentant des problèmes ou des troubles de l'usage de substances psychoactives sont décrits dans des fiches détaillées aux annexes I à M.

2.1.2 Recommandations issues des guides de pratique

Au total, 23 guides de pratique et lignes directrices ont été retenus. Un tableau résumant les principales caractéristiques des guides de pratique et lignes directrices retenus est présenté à l'annexe G. De ce nombre, huit ont formulé des recommandations quant aux interventions à privilégier dans les services externes spécialisés en dépendance pour la clientèle jeunesse, dont un, plus spécifiquement, sur les services externes intensifs. La synthèse des recommandations est présentée aux points b) et c) des sections 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.2.1 et 7.2.2, et sous forme de tableau à l'annexe G.

Les guides de pratique et lignes directrices consultés sont propres à la clientèle jeunesse ou comportent une section spécifiquement consacrée aux jeunes, dont la définition peut inclure selon les cas, des enfants et adolescents, des adolescents et des jeunes adultes, des moins de 18 ans, des adolescents uniquement ou des jeunes, sans plus de précision sur l'âge. Il n'était donc pas toujours possible de déterminer l'âge des jeunes. Toutefois, la moitié des guides portent sur les adolescents. En ce qui concerne les types de substances psychoactives à l'étude, tous les guides portent sur l'alcool et les autres substances psychoactives, à l'exception d'un guide qui exclut le tabac et de cinq guides qui portent exclusivement sur l'alcool.

Les fiches techniques présentées aux annexes I à M décrivent plus en détail les différents types d'interventions et thérapies offerts sur une base externe et dont l'efficacité a été documentée dans le cadre de nos travaux. Les informations incluses dans ces fiches sont tirées principalement de la littérature grise, des sites Web officiels des programmes et interventions, de manuels d'intervention ainsi que des registres compilant des données probantes sur les interventions en dépendance et jeunesse. Certaines informations ont également fait l'objet de validation par des personnes-ressources attachées aux programmes ou interventions.

2.2 Consultation des parties prenantes

Des intervenants et gestionnaires du milieu des services en dépendance ont été consultés lors de deux groupes de discussion, afin d'offrir de la rétroaction sur les orientations et éléments cliniques à prendre en considération dans une offre de services externes intensifs. Ces groupes de discussion, d'une durée d'environ trois heures, ont été tenus à Montréal et à Québec. Chacun était composé de sept participants occupant des postes de direction, de coordination et d'intervention directe au sein, dans la plupart des cas, de services externes de réadaptation en dépendance jeunesse. Seize régions étaient représentées. Les discussions ont été animées par un professionnel de l'INESSS, accompagné d'un membre du comité de travail ayant une expérience clinique avec la clientèle ciblée. Elles ont été enregistrées avec l'assentiment des participants. Les principaux éléments abordés ont été retranscrits et regroupés par thèmes.

Une consultation visant à recueillir le point de vue des jeunes avait également été prévue. Celle-ci n'a pas pu être réalisée en raison de considérations éthiques et administratives⁸. Les informations sur les perceptions et expériences des jeunes ont toutefois été documentées par le biais de la revue de littérature, des propos rapportés par les représentants du milieu lors des groupes de discussion et des échanges avec les membres des différents comités de travail.

2.3 Comités de travail

Un comité de travail composé de chercheurs, cliniciens, gestionnaires et intervenants du milieu a été formé et a accompagné l'INESSS dans la réalisation de son mandat. Les membres avaient pour mission de se prononcer sur les enjeux soulevés par la réalisation et la mise en place de cet avis, de contribuer à l'élaboration des orientations cliniques et de fournir de la rétroaction à l'équipe projet à chaque étape des travaux. Ils ont également contribué à assurer la

⁸ L'INESSS prépare actuellement la rédaction de règles et procédures encadrant les consultations des patients-partenaires de soins, qui comporteront des sections réservées à la consultation des clientèles vulnérables. Il a été convenu que l'attente de la rédaction finale de ces documents n'était pas possible, en raison des échéanciers propres au présent projet d'avis.

pertinence et l'applicabilité de l'avis en s'appuyant sur leurs expertises et expériences cliniques.

Constitué de membres issus du monde de la recherche, de gestionnaires, de cliniciens et de citoyens, le comité d'excellence clinique en services sociaux (Jeunes – Santé mentale – Dépendance – Itinérance) de l'INESSS s'est pour sa part assuré de la rigueur scientifique, de l'acceptabilité, de l'applicabilité et des enjeux éthiques et citoyens pouvant découler des principes directeurs et orientations de l'avis.

3. PRINCIPES DIRECTEURS

L'ensemble des travaux a permis de dégager cinq principes directeurs qui sous-tendent les différentes orientations cliniques pouvant guider l'élaboration ou la bonification de l'offre de services externes intensifs destinée à la clientèle jeunesse.

Principe directeur #1

Les services externes intensifs en dépendance placent le jeune au cœur de l'intervention et s'assurent qu'elle soit centrée sur ses besoins, ses forces, ses capacités et ses aspirations, tout en prenant en compte les ressources de son environnement.

Moduler l'intensité des services en fonction des besoins du jeune

Comme mentionné dans les principes directeurs dans le PAID 2018-2028 [MSSS, 2018, p. 40] :

La notion d'appariement des services est une composante fondamentale pour assurer le déploiement optimal d'un programme-services Dépendance répondant aux besoins de la population. (...) Il est attendu que les établissements mettent en place des services adaptés aux besoins spécifiques et concrets des personnes et ce, par l'instauration d'un lien de confiance favorisant l'expression de leurs besoins et leur participation active au choix des objectifs de traitement.

La littérature consultée ainsi que les discussions avec les parties prenantes et les comités de travail invitent à prendre du recul par rapport à un découpage des services sur la base d'une intensité déterminée en fonction d'un nombre d'heures, d'une fréquence ou de modalités d'intervention plutôt qu'en fonction des besoins du jeune. En effet, la notion d'intensité peut être entendue de différentes façons et ne se traduit pas nécessairement par une programmation standardisée d'une durée et d'un nombre d'heures prédéfinis.

Dans un premier temps, c'est plutôt la gravité des problèmes du jeune et, surtout, sa volonté de s'engager dans la ou les modalités de services qui lui sont proposées qui viendront déterminer l'intensité nécessaire. Celle-ci sera dans un second temps modulée et adaptée en fonction de la réponse du jeune au traitement offert. L'intensité se traduira souvent par une coordination des services offerts par différents partenaires impliqués auprès du jeune, pour répondre à la spécificité de ses besoins. Dans une perspective d'intervention par niveau de soins, la modulation de cette intensité, en fonction de la réponse du jeune et de sa mobilisation de même que la concertation avec les partenaires impliqués sont aussi, sinon plus, déterminantes pour l'engagement du jeune dans sa démarche qu'une intensité spécifique prédéfinie dans le cadre d'un programme de services externes intensifs.

Impliquer le jeune en tant que partenaire et acteur de la démarche de réadaptation

Le jeune est la première personne affectée par les conséquences liées à sa consommation. C'est pourquoi les services externes intensifs sont centrés sur le jeune et adaptés aux particularités de la clientèle jeunesse.

Plusieurs thèmes ressortent des guides lorsque les jeunes sont interrogés sur les éléments facilitant leur réadaptation. Ils expriment le besoin d'être informés et consultés à chaque étape du processus, de connaître les différentes options de traitement qui existent ainsi que les avantages rattachés au traitement proposé, également de pouvoir bénéficier des différents services sans avoir à reformuler une demande auprès de chaque nouveau professionnel. En résumé, les jeunes souhaitent que leurs besoins et leur avis relativement à ce qui pourrait les aider soient pris en compte et qu'ils puissent recevoir de l'aide, au besoin [Gilvarry *et al.*, 2012]. La flexibilité dans l'offre de services et un suivi d'intensité variable sont au cœur de la capacité à offrir une réponse et des services adaptés aux besoins spécifiques des jeunes ayant un trouble de l'usage d'une substance psychoactive. Il est par ailleurs recommandé par plusieurs guides d'aborder avec le jeune les questions de confidentialité et les informations qui seront partagées avec les parents ou d'autres institutions, comme l'école, le cas échéant [NTA, 2009; FQCRPAT, 2006; Bukstein *et al.*, 2005]. Des lignes directrices américaines sur les services externes intensifs indiquent par ailleurs qu'à la différence des adultes, les jeunes pourraient ne jamais avoir suivi de traitement auparavant et seraient donc susceptibles d'avoir besoin de plus d'accompagnement [CSAT, 2006b].

Adapter les interventions et les services à la clientèle jeunesse

De manière générale, les guides suggèrent de ne pas appliquer les mêmes traitements aux adultes et aux jeunes. Par conséquent, les traitements devraient être spécialisés et personnalisés en fonction du niveau développemental et des capacités cognitives du jeune. D'autres pratiques axées sur un ajustement des modalités d'intervention proposent, par ailleurs, de mettre l'accent sur l'accessibilité du service, de faire un suivi en cas de rendez-vous manqué, d'avoir une approche adaptée aux jeunes, d'assurer la détection et l'évaluation promptement et d'avoir de la flexibilité et de favoriser des collaborations interprofessionnelles solides avec d'autres services, pour faciliter la transition [Marel *et al.*, 2016; Cacciola *et al.*, 2015; NIDA, 2014; Gilvarry *et al.*, 2012; NCCMH, 2011b; Caldwell, 2010; Adair, 2009; SAMHSA, 2009; NCCMH, 2008; FQCRPAT, 2006].

Adopter une « approche intersectionnelle » des inégalités sociales

Sirma Bilge [2009] définit l'intersectionnalité comme « *une théorie transdisciplinaire visant à appréhender la complexité des identités et des inégalités sociales par une approche intégrée. Elle réfute le cloisonnement et la hiérarchisation des grands axes de la différenciation sociale que sont les*

catégories de sexe/genre, classe, race, ethnicité, âge, handicap et orientation sexuelle. L'approche intersectionnelle va au-delà d'une simple reconnaissance de la multiplicité des systèmes d'oppression opérant à partir de ces catégories et postule leur interaction dans la production et la reproduction des inégalités sociales (Crenshaw, 1989; Collins, 2000; Brah et Phoenix, 2004) ». Dans le même sens, dans son guide d'accompagnement à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux, le MSSS [2016] rappelle les multiples stigmatisations et discriminations que peuvent être amenées à vivre les personnes à l'intersection, par exemple, de l'appartenance à une certaine minorité (religieuse, sexuelle, culturelle, etc.) et d'un problème de santé mentale, de consommation et en situation de pauvreté. Plusieurs stratégies sont suggérées par les divers guides consultés pour favoriser un meilleur accès et un meilleur service aux groupes vulnérables et, notamment, un rapprochement avec les groupes communautaires ou services de proximité travaillant avec eux, ou encore une adaptation des stratégies permettant de les rejoindre [ACSP, 2017; Laframboise et Mireault, 2014].

Au-delà des différences développementales, les guides de pratique suggèrent également l'adoption d'une approche qui tienne compte tant du milieu social et culturel dans lequel vit une personne que des forces (facteurs de résilience et de protection) dont elle dispose [Haber *et al.*, 2009; APA, 2006; CSAT, 2006b]. Par exemple, en considérant les particularités culturelles des différentes communautés autochtones et les enjeux liés aux juridictions des services de santé, le Centre canadien de lutte contre la toxicomanie (CCLT) [2014] propose un cadre pour pouvoir adapter spécifiquement les interventions des services en dépendance aux jeunes autochtones pour les situations qui le demandent. Certaines activités, particulièrement en groupe, requièrent d'être ajustées pour les personnes ayant vécu des traumatismes. Par conséquent, la démarche de réadaptation devrait prendre en compte la prévalence élevée de troubles intériorisés, tels que la dépression ou le stress post-traumatique chez les adolescentes, par exemple, plus susceptibles d'avoir vécu de l'abus physique ou sexuel. Les adolescents sont, eux, plus susceptibles d'avoir des troubles extériorisés de type comportements perturbateurs, des démêlés avec le système de justice pénale et des difficultés d'apprentissage qui peuvent avoir impacts négatifs sur la scolarité, la famille ou la communauté [NIDA, 2014]. Par ailleurs, en raison de la prévalence des troubles liés à l'utilisation de substances chez les personnes LGBTQ, l'identité de genre et l'orientation sexuelle des jeunes devraient également être prises en compte lors de l'évaluation, mais également au cours des interventions ou activités ayant lieu dans les services en dépendance.

Le CCLAT [2007] conclut sur l'importance d'agir sur les facteurs qui sous-tendent l'usage abusif de substances à travers, notamment, la détection des troubles psychologiques, la prévention des violences, des actions ciblant la discrimination et la stigmatisation ainsi que la mise en place de stratégies d'adaptation au stress, à la détresse ou aux traumatismes vécus. Pour les communautés autochtones, il

est suggéré de promouvoir l'autonomie gouvernementale⁹ et la continuité culturelle.

Principe directeur #2

Les services externes intensifs sont offerts en collaboration avec la famille et les personnes significatives de l'entourage du jeune.

Un consensus se dégage de la littérature quant à l'importance d'impliquer la famille et les personnes significatives de l'entourage du jeune dans le processus clinique, et ce, peu importe l'intensité de services [Mann *et al.*, 2017; SFA, 2015; INSERM, 2014; NASADAD, 2014; NIDA, 2014; Bekkering *et al.*, 2013; Gilvarry *et al.*, 2012; NCCMH, 2011b; Caldwell, 2010; Haber *et al.*, 2009; CSAT, 2006a; FQCRPAT, 2006]. Il importe donc que les intervenants en dépendance engagent la famille dans le processus de traitement du jeune, notamment à travers des interventions familiales. Il est par ailleurs recommandé d'offrir des interventions de soutien à l'entourage, même si le jeune n'est pas engagé dans un traitement [Tremblay *et al.*, 2015; NTA, 2009].

Selon des lignes directrices américaines portant sur les services externes intensifs, l'évaluation des dynamiques familiales devrait inclure une évaluation de la structure et du fonctionnement familial, de la situation financière, du logement, de l'historique de consommation et de traitements, de la santé physique et mentale, des perceptions de la famille vis-à-vis de la consommation du jeune, des problèmes de violence au sein de la famille, de l'implication dans le système légal ainsi que des forces et des ressources à leur disposition [CSAT, 2006b].

Dans le même sens, des données rapportées dans la littérature indiquent que des jeunes évoquent l'absence d'implication de leurs parents comme un élément déterminant de l'abandon du traitement. Ces jeunes souhaitent des modules de soutien familial et une implication familiale accrue [Chaim et Henderson, 2014; Vasters et Pillon, 2011; SAMHSA, 2007]. Selon les parties prenantes, une première étape consiste donc à identifier avec le jeune les personnes significatives de son entourage, dans une perspective globale de traitement. Celles-ci deviennent alors des partenaires de la réadaptation.

⁹ « L'autonomie gouvernementale des Autochtones est la structure officielle grâce à laquelle les communautés autochtones peuvent contrôler l'administration de leurs membres, de leurs terres, de leurs ressources et des programmes et politiques connexes par l'intermédiaire d'ententes passées avec les gouvernements fédéral et provinciaux » [Henderson, 2018].

Principe directeur #3

Les services externes intensifs visent à susciter et maintenir l'engagement du jeune.

Adapter les modalités d'engagement et de suivi

Plusieurs guides soulignent l'importance d'adapter les modalités de suivi pour améliorer l'engagement et la rétention des jeunes dans le traitement. L'étude de Cacciola [2015] suggère cinq éléments à cet égard :

1. identifier les barrières à la participation au traitement et offrir des procédures pour les réduire;
2. développer l'alliance thérapeutique comme élément-clé du traitement;
3. utiliser des techniques motivationnelles;
4. intégrer des éléments de renforcement positif ou des incitatifs dans le traitement;
5. inclure des procédures permettant de rejoindre les jeunes là où ils sont (*outreach*).

Les jeunes ayant besoin d'aide ou d'accompagnement vers des services spécialisés en dépendance ne font pas toujours la démarche d'aller vers les services, notamment en raison d'une non-reconnaissance du problème de leur part ou d'une perception négative des services, mais aussi à cause de la peur d'être stigmatisés ou de la présence de barrières structurelles, comme les délais d'attente. Les jeunes peuvent alors être moins enclins à adhérer au traitement ou au programme qui leur sera proposé, d'où le recours à une aide parfois contrainte¹⁰. Le niveau de motivation et d'engagement peut être moindre chez les jeunes ou les familles qui se retrouvent dans les services spécialisés en dépendance contre leur gré. Or, la modification de la conduite repose fondamentalement sur la motivation du jeune.

L'importance de l'alliance thérapeutique est corroborée par plusieurs guides, notamment avec les jeunes qui se présentent dans les services malgré eux et généralement à la suite d'une décision du système de justice ou des parents [Bekkering *et al.*, 2013; Haber *et al.*, 2009; NTA, 2009; APA, 2006]. Selon l'APA [2006], l'alliance thérapeutique est associée à une meilleure persistance dans le traitement et, indirectement, à une meilleure efficacité de la démarche de changement. De même, les résultats d'une revue de littérature rapportés par l'APA [2006] indiquent que parmi les caractéristiques des thérapeutes, la plus associée à

¹⁰ L'aide contrainte peut être définie comme « toute situation où une personne se trouve à faire ou à devoir faire une "demande d'aide" qui n'émane pas d'elle, mais est prescrite par un tiers ayant sur elle un pouvoir (...). Le pouvoir est ici défini comme la capacité de gratifier ou de punir » [Puech, 2013].

la persistance dans le traitement et à une diminution de la consommation est la possession de solides habiletés interpersonnelles. L'empathie, le non-jugement, le respect, l'authenticité, la flexibilité, l'optimisme et la cordialité sont des qualités mentionnées par les jeunes comme étant les plus appréciées chez un intervenant [Bekkering *et al.*, 2013; Chaim et Henderson, 2013; Haber *et al.*, 2009; SAMHSA, 2007; APA, 2006; Bukstein *et al.*, 2005].

Des interventions motivationnelles au début du traitement et pendant toute sa durée ainsi que du renforcement positif ou des incitatifs auraient pour effet de multiplier les chances d'engagement et de persévérance du jeune dans le traitement. Enfin, des procédures permettant de rejoindre les jeunes là où ils sont (*outreach*) et pour les réengager dans le traitement en cas de séances manquées ou d'une participation irrégulière sont particulièrement indiquées pour favoriser l'engagement. Ce constat est conforme aux standards d'accessibilité de mise en œuvre du programme-services Dépendance formulés dans le PAID 2018-2028 [MSSS, 2018], qui réitèrent la nécessité de rejoindre les personnes là où elles sont et, a fortiori, les jeunes qui manifestent plus de résistance que les autres groupes d'âge à utiliser des services.

Favoriser la présence du jeune aux rencontres

Intervenir plus souvent dans le milieu de vie des jeunes, que ce soit à l'école, à domicile ou dans la communauté (ex. : dans un café, à la maison de jeunes) est suggéré afin de favoriser leur présence aux rencontres [NASADAD, 2014; Gilvarry *et al.*, 2012; Bukstein *et al.*, 2005]. Toutefois, comme mentionné dans le paragraphe précédent, certains jeunes auraient des réserves à rencontrer des intervenants spécialisés en dépendance dans des lieux publics, y compris à l'école, en raison des risques d'étiquetage possible à la suite de rencontres avec un intervenant en dépendance ou à la fréquentation de services spécialisés en dépendance [Chaim et Henderson, 2013]. Il devient alors fondamental de favoriser autant que possible la présence du jeune aux rencontres, en intervenant dans un milieu qui lui convient et qui prend en compte ses préférences.

Les études, les parties prenantes et les guides consultés rapportent par ailleurs que les jeunes souhaitent la mise en place d'activités qui diffèrent du counseling traditionnel [Spach, 2016; Chaim et Henderson, 2014; NASADAD, 2014; Dow et Kelly, 2013; Vasters et Pillon, 2011; FQCRPAT, 2006]. Celles-ci seraient adaptées à leur réalité et auraient la capacité de solliciter leur intérêt et leur participation, de développer leur sentiment de compétence et leur estime de soi, tout en renforçant leur réseau de soutien. Les loisirs, les sports, les activités récréatives peuvent également permettre aux jeunes de développer un tel réseau. En raison des processus de socialisation qui se mettent en place à l'adolescence et de l'influence des pairs dans la construction de l'identité des jeunes, des interventions, telles que les thérapies de groupe, peuvent favoriser le développement de compétences sociales et d'interactions positives avec les pairs et, par conséquent, faciliter leur présence aux rencontres d'intervention. Il demeure néanmoins important de rester

vigilant concernant les influences négatives que des pairs consommateurs pourraient avoir sur le jeune. Par ailleurs, lorsque la programmation mise principalement sur des activités de groupe, les adolescentes, qui présentent des taux plus élevés d'abus physiques et sexuels que les adolescents, se disent favorables aux groupes non mixtes pour discuter de certaines thématiques [NASADAD, 2014; Washington State Division of Alcohol and Substance Abuse (DASA), 2008].

Principe directeur #4

Les services externes intensifs s'inscrivent dans une perspective de réduction des méfaits.

La réduction des méfaits est une approche qui cherche à atténuer les conséquences négatives liées à l'usage des drogues, plutôt que l'élimination à tout prix du comportement lui-même, sans pour autant exclure l'arrêt de consommation s'il correspond au changement désiré par la personne. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC, 2017, p. 19; 21] : « la réduction des méfaits (...) vise avant tout à réduire les méfaits associés à un large éventail de substances; n'oblige pas à faire preuve d'abstinence ou à cesser de consommer; fait complément aux stratégies de prévention et de traitement; permet aux consommateurs de substances de prendre des décisions éclairées; met l'accent sur les valeurs humanistes, y compris la dignité, la compassion et l'acceptation des consommateurs de substances sans poser de jugement critique; est économique et repose sur des données probantes; inclut la participation des consommateurs de substances à l'élaboration de politiques et de programmes; remet en question les politiques et les programmes qui maximisent les méfaits ».

Comme pour l'ensemble des services en dépendance, l'offre de services externes intensifs vise la réduction des conséquences et risques liés à l'usage de substances psychoactives chez les jeunes. L'approche de réduction des méfaits peut également s'appliquer à d'autres cibles communément associées à l'usage de substances psychoactives comme la prévention des ITSS, les relations sexuelles non protégées, les grossesses non désirées, ou encore la conduite sous l'influence de substances psychoactives [Leslie *et al.*, 2008]. Bien que la plupart des services sociaux et de santé en dépendance adhèrent à une approche de réduction des méfaits, des défis sont susceptibles d'apparaître dans un contexte d'application de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), de même que par des réactions de la part des proches du jeune. Par conséquent, les interventions dans les services externes intensifs, en particulier dans le cadre d'un travail interdisciplinaire, supposent de prendre en compte les limites posées par cette approche dans certains contextes.

Principe directeur #5

Les services externes intensifs sont complémentaires à l'offre de services destinée à la clientèle jeunesse et sont coordonnés en concertation avec les autres services dont bénéficie le jeune.

Étant donné le caractère multidimensionnel de la clientèle jeunesse ayant des troubles de l'usage de substances psychoactives, la collaboration de plusieurs acteurs peut s'avérer nécessaire, afin d'offrir un suivi qui répond aux besoins du jeune comme mis de l'avant dans l'orientation 4 du PAID 2018-2028 [MSSS, 2018]. Les services externes intensifs devraient être arrimés avec les autres services généraux et spécialisés pour que soit proposée une réponse intégrée aux besoins globaux du jeune. On pense par exemple aux services de santé physique si le jeune en a besoin, aux autres services sociaux ou à ceux offerts dans les établissements d'enseignement. Pour atteindre cet objectif, le renforcement de la collaboration avec le jeune, sa famille et les acteurs œuvrant auprès d'eux est essentiel et peut se concrétiser par un plan de services individualisé (PSI) ou un plan de services individualisé et intersectoriel (PSII). Le travail en équipe interdisciplinaire permet d'impliquer les différents services et partenaires dans le suivi (en particulier les intervenants scolaires, les professionnels de la santé et des services sociaux, les ressources communautaires et les intervenants du système judiciaire). Cela suppose, pour les établissements et les intervenants impliqués dans la démarche de réadaptation du jeune, d'adopter une approche intégrée. Ces intervenants travaillent en synergie afin d'apporter une réponse globale aux besoins du jeune. Si l'on considère les besoins à long terme pour une portion des jeunes ayant des troubles de l'usage des substances psychoactives, il importe de considérer avec eux les différents épisodes de soins et les niveaux d'intensité de services pouvant être requis à plus long terme. L'élaboration de modalités de suivi permettant de cheminer entre les différents services et programmes de façon ininterrompue et d'expérimenter les transitions de manière fluide est fondamentale. En s'appuyant sur un arrimage interprogrammes, la mise en place de directives harmonieuses entre les milieux de pratique concernant la prise en charge, les modalités de traitement ainsi que les conditions entourant le suivi des jeunes à long terme devrait être favorisée. Tel que mentionné au principe directeur 1, le jeune étant au cœur de l'intervention, sa contribution et son adhésion au plan d'intervention est essentielle. En ce sens, des guides de pratique proposent par exemple d'informer le jeune des rôles et responsabilités de chaque personne de l'équipe, de donner des indications claires sur la ressource à contacter en cas d'urgence et d'évaluer comment répondre aux besoins de chaque jeune à du long terme [NCGC, 2012].

4. ORIENTATIONS CLINIQUES RELATIVES À L'ÉVALUATION ET À L'ORIENTATION DU JEUNE VERS DES SERVICES EXTERNES INTENSIFS

Au Québec, les jeunes chez qui l'on soupçonne un trouble de l'usage d'une substance sont le plus souvent référés vers des services spécialisés par les centres jeunesse ou les tribunaux de la jeunesse (35 %), le milieu scolaire (33 %), les jeunes eux-mêmes ou leurs parents (11,5 %) ou encore par les CISSS, les CIUSSS ou les centres hospitaliers (10,5 %). Ils sont orientés vers le MAJT, un guichet unique de détection, d'évaluation et d'orientation présent dans chaque région au Québec et piloté par les CISSS/CIUSSS ayant une mission de CRD [Tremblay, 2016]. Des intervenants formés à cette fin sont responsables d'évaluer le jeune et sa consommation et de l'orienter vers des services spécialisés, en interne ou en externe. Le développement d'une offre de services externes intensifs constitue une option supplémentaire pouvant être proposée par le mécanisme d'accès aux jeunes ayant un trouble de l'usage d'une substance et requérant un suivi en externe.

Les orientations cliniques qui suivent visent à dégager les éléments susceptibles de guider les intervenants en vue de l'orientation du jeune vers des services externes intensifs. **Ces orientations cliniques sont d'abord présentées en encadré et suivies des données issues de la littérature et des consultations ayant conduit à leur formulation.**

4.1 Évaluation de la clientèle cible

Orientation clinique 1 : Évaluation de la clientèle cible

Le jeune est orienté vers les services externes intensifs en fonction du résultat de l'évaluation en dépendance réalisée par le mécanisme d'accès jeunesse en toxicomanie. Cette évaluation repose sur un examen attentif des habitudes de consommation du jeune, des différentes dimensions de sa vie (psychologique, familiale, relationnelle/sociale, santé physique, scolaire/professionnelle et judiciaire), de l'interaction entre ces dimensions et sa consommation, et de sa motivation au changement.

Une évaluation résultant de diverses sources, incluant les parents ou tuteurs ou toute autre personne ou institution étant en mesure de fournir des informations avec le consentement du jeune, est recommandée par plusieurs guides [NCCMH, 2011b; APA, 2006; Bukstein *et al.*, 2005]. Ceux-ci suggèrent fortement une participation des proches en tant que conseillers dans l'évaluation ou dans la planification du traitement. Les parties prenantes consultées soulèvent également des enjeux liés à la surévaluation, laquelle pourrait être évitée, avec le

consentement du jeune, par le transfert d'évaluations réalisées précédemment par d'autres services.

4.1.1 Dimensions à évaluer selon l'ASAM

Aux États-Unis, de nombreuses ressources et cliniciens utilisent les critères de l'ASAM ([Mee-Lee, 2013], voir tableau 2), issus d'un consensus d'experts, pour associer les personnes à un niveau d'intervention spécifique en fonction des caractéristiques de la clientèle et du besoin de suivi spécialisé. En ce qui concerne une orientation vers les services externes intensifs, l'ASAM propose d'orienter les adolescents en fonction des résultats de l'évaluation, sur la base des six dimensions suivantes.

- 1) Sévérité d'intoxication et risque de sevrage : historique de la consommation du jeune et risques ou symptômes d'intoxication ou de sevrage, afin d'en éviter les conséquences pendant le traitement ou d'orienter le jeune vers des services de sevrage au préalable, si nécessaire.
- 2) Conditions et complications biomédicales : toute condition physique ou médicale autre que des risques ou des symptômes de sevrage et qui pourrait constituer un frein ou une complication dans le processus, par exemple les difficultés liées à la santé physique, les problèmes médicaux ou la nutrition.
- 3) Enjeux cognitifs, émotionnels, comportementaux et psychosociaux : difficultés mentales, émotionnelles ou comportementales qui pourraient freiner ou compliquer le traitement ou qui seraient une conséquence potentielle de la consommation. La présence de risques ou menaces pour la sécurité ou le développement du jeune, sa capacité de fonctionnement au quotidien, sa capacité à prendre soin de lui et l'évolution des maladies identifiées devraient également être évaluées avant de l'orienter vers un niveau de services adapté à la nature et à la sévérité de ses problèmes.
- 4) Motivation au changement : niveau d'engagement de l'adolescent dans le traitement, niveau de supervision nécessaire pour la réalisation des activités quotidiennes et besoin de stratégies motivationnelles.
- 5) Risque de rechute et de retour à une consommation problématique : habiletés ou compétences dont le jeune dispose pour éviter la rechute ainsi que niveau de supervision requis, si nécessaire, pour qu'il puisse éviter le retour à une consommation problématique.
- 6) Qualité de l'environnement de réadaptation du jeune : évaluation du degré de soutien (amical, financier, communautaire, familial, scolaire) dont dispose le jeune ainsi que risques potentiels posés par son environnement vis-à-vis de son rétablissement.

Un des changements dans la dernière édition des critères d'appariement de l'ASAM est l'adoption d'une approche plus centrée sur les forces, les ressources et le processus de rétablissement de la personne. Pour cette raison, l'ASAM suggère d'évaluer les forces personnelles du jeune et les sources de soutien disponibles dans son entourage.

Tableau 1 Grille d'appariement - Hiérarchisation des besoins en services externes pour les adolescents

Extrait des critères de l'ASAM, tiré de Mee-Lee [2013]. Traduction libre.

	Services externes réguliers (Moins de 6 heures/semaine)	Services externes intensifs (Minimalement 6 heures/semaine)	Services externes intensifs de type « centre de jour » ¹¹ (Minimalement 20 heures/semaine)
1. Sévérité d'intoxication et risque de sevrage	Aucun risque	Risque minimal ou modéré ou légers symptômes de sevrage	Risque minimal ou légers symptômes de sevrage
2. Conditions et complications biomédicales	Aucune complication ou état très stable ou reçoit des services médicaux pour les traiter.	Aucune complication ou état stable ou qui ne freine pas le traitement.	Aucune complication ou état stable ou qui ne freine pas le traitement.
3. Enjeux cognitifs, émotionnels, comportementaux et psychosociaux	Une ou plusieurs de ces caractéristiques • Pas de risque pour sa sécurité • Interférence minimale • Perturbations du fonctionnement minimales à modérées • Difficultés légères à modérées dans les activités quotidiennes, mais risque important de détérioration • Risque imminent minimal. Des interventions ou de la supervision pourraient être nécessaires	Une ou plusieurs de ces caractéristiques • L'adolescent est à faible risque pour sa sécurité entre les séances • Une interférence légère à modérée exige un niveau intensif pour favoriser l'engagement dans le traitement • L'adolescent présente des difficultés de fonctionnement légères ou modérées, sans l'empêcher d'accomplir ses tâches quotidiennes • L'adolescent a des difficultés à accomplir les tâches de la vie quotidienne et a besoin d'intervention ou de supervision quasi quotidienne • La situation passée et actuelle de l'adolescent permet d'estimer un besoin de supervision ou d'intervention quasi quotidienne	Une ou plusieurs de ces caractéristiques • L'adolescent dont la sécurité est faiblement à risque, notamment la nuit • Une interférence modérée exige un niveau intensif pour favoriser l'engagement dans le traitement • L'adolescent présente des perturbations du fonctionnement modérées qui ne l'empêchent pas d'accomplir ses tâches quotidiennes • L'adolescent a des difficultés modérées pour accomplir les tâches de la vie quotidienne et a besoin d'interventions ou de supervision quasi quotidienne • La situation passée et actuelle de l'adolescent permet d'estimer un besoin de supervision ou d'interventions quasi quotidiennes
4. Motivation au changement	Motivé pour amorcer un changement ou ambivalent, mais a besoin de stratégies supplémentaires pour être davantage motivé.	A besoin de soutien plusieurs fois par semaine pour encourager le changement, à cause d'une motivation variable ou encore l'adolescent n'est pas intéressé à recevoir de l'aide pour modifier ses habitudes.	A besoin d'un programme structuré quasi quotidien pour encourager le changement, à cause d'une motivation faible, d'une consommation en augmentation, d'un dysfonctionnement ou encore d'une absence de prise de conscience du rôle joué par la consommation dans ses problèmes actuels.

¹¹ Cette modalité est peu courante au Québec, mais reste un mode de dispensation communément utilisé, notamment dans d'autres provinces canadiennes et aux États-Unis.

	Services externes réguliers (Moins de 6 heures/semaine)	Services externes intensifs (Minimalement 6 heures/semaine)	Services externes intensifs de type « centre de jour » ¹¹ (Minimalement 20 heures/semaine)
5. Problèmes de consommation et risque de rechute	Capable de rester abstinent ou de contrôler sa consommation et de poursuivre son rétablissement ou de rester motivé avec un soutien minimal.	Risques importants de rechute ou de continuation de la consommation, ou de persistance des problématiques associées à la consommation et détérioration du niveau de fonctionnement. Faibles capacités de prévention et besoin de supervision ou de soutien.	Risques très élevés de rechute ou de continuation de la consommation, ou de persistance des problématiques associées à la consommation et détérioration du niveau de fonctionnement. Capacités minimales de prévention et besoin de supervision ou de soutien quasi quotidien.
6. Qualité de l'environnement de réadaptation du jeune	La famille et l'environnement social peuvent être sollicités pour soutenir la réadaptation avec un soutien minimal.	L'environnement de l'adolescent entrave sa réadaptation et il a besoin d'aide ou de supervision pour surmonter cette barrière.	Le processus de réadaptation est presque impossible sans supervision ou soutien quasi quotidien, ou une séparation momentanée avec son environnement est nécessaire.

4.1.2 Dimensions à évaluer selon les autres guides

a) Portrait de la consommation

Les autres guides de pratique recensés s'alignent généralement sur l'ASAM, en recommandant d'effectuer un portrait de la consommation de substances et des conséquences associées. L'évaluation des risques liés à la consommation de substances est une étape importante dans l'évaluation globale. Par exemple, dans un contexte de services externes intensifs, l'évaluation des symptômes de sevrage est un préalable dans la mesure où la clientèle cible ne devrait pas présenter de symptômes de sevrage sévères [Mee-Lee, 2013; NCCMH, 2011b; APA, 2006]. Compte tenu des particularités de la clientèle adolescente, les guides recommandent d'évaluer les besoins en matière de développement, l'effet de la consommation sur la santé globale et les autres sphères de vie (scolaire/professionnel, récréationnel, familial, comportemental, psychiatrique, médical) ainsi que l'implication dans des activités délinquantes. Une évaluation des conduites à risque, telles que les idées et comportements suicidaires, les comportements sexuels à risque, l'automutilation ou encore la conduite d'un véhicule sous l'influence de substances psychoactives, est également suggérée [Mann *et al.*, 2017; Bekkering *et al.*, 2013; Gilvarry *et al.*, 2012; NCCMH, 2011b; NTA, 2009; APA, 2006; FQCRPAT, 2006; Bukstein *et al.*, 2005].

b) Dimension psychologique

Les parties prenantes ont soulevé l'importance d'examiner les principaux besoins du jeune sur le plan psychologique. Les propos rapportés par les jeunes dans les études recensées vont dans le même sens et renforcent l'idée que la prise en compte adéquate des enjeux émotionnels, tels que la colère et le stress en situation sociale, est essentielle lors de l'évaluation [Chaim et Henderson, 2014; Chaim et Henderson, 2013; Gonzales *et al.*, 2013; SAMHSA, 2007]. Les guides suggèrent aussi d'évaluer les antécédents d'abus ou de traumatismes, l'anxiété et la dépression, les idées suicidaires, de même que le risque d'ITSS lié aux comportements sexuels à risque [Bekkering *et al.*, 2013; NCCMH, 2011b; Gagnon et Rochefort, 2010; Haber *et al.*, 2009; Bukstein *et al.*, 2005].

L'orientation vers le bon niveau de services implique donc de considérer la présence et la sévérité des troubles concomitants aux troubles liés à une substance psychoactive [APA, 2006; Bukstein *et al.*, 2005].

c) Motivation au changement

Selon les guides consultés, l'évaluation du degré de motivation et d'ouverture au changement du jeune et de sa famille ainsi que sa prise de conscience du lien entre sa consommation et les conséquences négatives associées permettent de déterminer les objectifs cliniques ou le niveau de services requis [Bekkering *et al.*, 2013; NCCMH, 2011b]. Selon les guides recensés, le niveau de motivation au

changement dépend du type de substances utilisé et de la sévérité des problèmes psychiatriques, mais également du degré de soutien disponible dans l'environnement social [Haber *et al.*, 2009]. Parce que les jeunes peuvent présenter une motivation variable dans le temps, un suivi de la motivation et des objectifs cliniques en continu est nécessaire [APA, 2006; Bukstein *et al.*, 2005].

d) Qualité de l'environnement social et familial

Les guides mettent l'accent sur l'importance d'évaluer le fonctionnement familial et la relation avec les pairs, étant donné que le processus de réadaptation peut être freiné par un environnement dans lequel les substances sont facilement disponibles. L'importance d'identifier les ressources environnementales et familiales soutenant l'effort de rétablissement est également soulignée [Mann *et al.*, 2017; Bekkering *et al.*, 2013; Gilvarry *et al.*, 2012; NCCMH, 2011b; APA, 2006]. Les consultations réalisées auprès des parties prenantes corroborent également l'importance d'examiner les principaux besoins du jeune dans la sphère d'intégration sociale et de dresser le portrait de son réseau de soutien.

Par ailleurs, certains guides de pratique mettent l'accent sur l'évaluation des forces et des compétences, les intérêts et les projets de vie à court et long terme des jeunes et de leur famille, avant l'exploration de la consommation et de ses impacts sur le fonctionnement psychosocial. Les facteurs de soutien à la résilience, les aspirations des jeunes ou de leur famille sont aussi à explorer [Gilvarry *et al.*, 2012; APA, 2006].

4.1.3 Outils d'évaluation

Afin de réaliser l'évaluation en dépendance, plusieurs outils sont proposés ou recommandés par les guides :

- le T-ASI (*Teen Addiction Severity Index*) [Kaminer *et al.*, 1991];
- l'*Adolescent Diagnostic Interview* (ADI) [Winters et Henly, 1993].

De manière générale, tout outil valide et fiable pouvant compléter le portrait du jeune devrait être utilisé [Bekkering *et al.*, 2013]. Au Québec, jusqu'au 1^{er} avril 2018, certaines équipes utilisaient le Global Appraisal of Needs (GAIN), une suite de quatre instruments standardisés d'évaluation élaborés pour la détection (GAIN SS), l'évaluation sommaire (GAIN Q), l'évaluation complète (GAIN I) et le suivi (GAIN M90), et conçue à partir des six dimensions de l'ASAM. La première version implantée au Québec, le GAIN-I, consistait en une évaluation biopsychosociale détaillée et structurée dans les milieux cliniques à travers huit dimensions : la consommation, les comportements à risque et la prévention de maladies, la santé physique, mentale et émotionnelle, le domaine judiciaire, le domaine vocationnel, l'environnement et les conditions de vie. Chaque dimension comporte des questions sur l'historique et l'étendue des problèmes et des symptômes. Le GAIN comportait une batterie de tests qui ne distinguaient pas les jeunes des adultes.

Depuis le 1^{er} avril 2018, il est délaissé au profit de l'*Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents* (IGT-ADO) [Germain *et al.*, 2018]. L'IGT-ADO permet de définir des profils de gravité et se compose de huit dimensions (alcool, drogues, santé physique, occupation, état psychologique, relations interpersonnelles, relations familiales, système social et judiciaire). Validé auprès de la clientèle adolescente [Landry *et al.*, 2000], il permet d'évaluer la gravité de la surconsommation d'alcool ou de drogues et de faire l'historique et l'inventaire des produits consommés, tout en couvrant la plupart des dimensions de l'ASAM. Toutefois, les parties prenantes consultées relèvent la faiblesse de l'IGT-ADO quant à l'exploration de la dimension relative aux enjeux cognitifs, comportementaux et psychosociaux. À ce sujet, la littérature souligne que les intervenants en dépendance bénéficieraient d'une formation continue en développement de l'adolescence et aux dynamiques familiales ainsi qu'une sensibilisation aux signes de négligence, d'abus et de troubles mentaux concomitants.

Il est à noter qu'au Québec, des travaux d'uniformisation des outils d'évaluation spécialisée en dépendance sont en cours, afin de faciliter la continuité des services entre les partenaires ainsi que le déploiement des formations associées à leur utilisation. Ces travaux, mandatés par le MSSS et menés par l'équipe de Joël Tremblay, prévoient de préciser les dimensions à évaluer et devraient donner naissance à un nouvel outil d'évaluation spécialisée en dépendance.

4.2 Orientation du jeune vers le niveau de services approprié

À la suite des résultats de l'évaluation, le jeune doit être orienté vers les services appropriés, soit des services externes réguliers, des services externes intensifs ou des services de réadaptation avec hébergement. Comme il est indiqué dans le principe directeur 1, il convient toutefois de s'assurer de rester flexible dans l'intensité de services proposée au jeune. La présente section fait état des caractéristiques de la clientèle à privilégier pour les services externes intensifs, selon la littérature et les guides de pratique.

Orientation clinique 2 : Orientation de la clientèle cible

Les jeunes les plus susceptibles de bénéficier des services externes intensifs sont ceux qui ont un trouble de l'usage d'une substance psychoactive; une ou plusieurs problématiques associées requérant un suivi spécialisé et des interventions spécifiques (ex. : difficultés psychologiques, comportements délinquants, suspension de l'école); et une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- jeunes pour lesquels l'évaluation initiale ou la réévaluation indique que les services externes réguliers ne sont pas suffisants pour atteindre les objectifs de réadaptation (par exemple, en raison du niveau de complexité du profil clinique, du niveau d'engagement, de la sévérité de la consommation ou d'échecs antérieurs);

- jeunes pour lesquels l'évaluation initiale ou la réévaluation qu'ils ont besoin d'une intensité moindre qu'en service avec hébergement;
- jeunes pour lesquels une orientation vers les services spécialisés externes intensifs plutôt que vers les services spécialisés avec hébergement est préférable, dans une perspective motivationnelle ou de réduction des méfaits.

Ces caractéristiques sont analysées lors de l'évaluation réalisée par le mécanisme d'accès jeunesse en toxicomanie.

4.2.1 Caractéristiques de la clientèle cible documentées dans la littérature

La littérature scientifique recensée dans le cadre du présent avis ne permet pas de dégager des facteurs de pronostic spécifiques liés aux caractéristiques de certains jeunes ayant reçu des services externes intensifs.

Dans cette littérature, une moins bonne réponse au traitement a été documentée : chez les jeunes issus de familles ayant un statut socioéconomique faible; avec un début de consommation plus précoce (14 ans et moins) et un niveau de consommation plus élevé¹² à l'entrée en traitement; avec des troubles mentaux ou du comportement; avec des antécédents judiciaires; ainsi que chez les jeunes qui consomment dans des situations associées à des affects négatifs [Hersh *et al.*, 2013; French *et al.*, 2008; Liddle *et al.*, 2008; Diamond *et al.*, 2006b; Burleson et Kaminer, 2005].

Par ailleurs, certaines études et méta-analyses rapportent que les effets des traitements seraient moins importants dans les études ayant une plus grande proportion de filles et de jeunes hispaniques [Baldwin *et al.*, 2012; Waldron et Turner, 2008]. La réponse au traitement serait également inférieure parmi les jeunes ayant des troubles liés à l'utilisation d'alcool et d'opiacés en comparaison avec ceux présentant des troubles liés à la consommation de cannabis et d'autres substances comme la cocaïne [Tanner-Smith *et al.*, 2016; Tanner-Smith *et al.*, 2013].

4.2.2 Caractéristiques de la clientèle cible selon les guides de pratique

a) Critères d'orientation selon l'ASAM

Selon l'ASAM [Mee-Lee, 2013], les jeunes pouvant être orientés vers des services externes intensifs sont ceux à faible risque de sevrage ou qui ont des symptômes qui n'interfèrent pas avec le traitement; ils ont ou non des problèmes de santé physique ou des problèmes médicaux, autres que psychiatriques, qui ne présentent pas de risques pour le traitement ou peuvent être gérés en service externe intensif; ils ont besoin d'un accompagnement, de soutien ou d'intervention

¹² Selon les scores obtenus sur l'échelle *Substance Problem Scale* du GAIN (*Global Appraisal of Individual Needs*).

plusieurs fois par semaine pour les accompagner dans leur démarche de changement; leur niveau de motivation est variable; ils présentent des risques importants ou très importants de rechute et de faibles capacités à gérer les situations à risque, contrairement aux jeunes des services externes réguliers, qui sont mieux équipés pour contrôler leur consommation. Enfin, le milieu de vie de ces jeunes peut être un obstacle à la démarche de réadaptation et requiert donc une intervention soutenue pour le surmonter.

b) Orientation en fonction des critères énoncés dans les autres guides

De manière générale, l'APA [2006] et l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* [Bukstein *et al.*, 2005] recommandent une offre de services aux jeunes dans un milieu qui soit le moins restrictif possible, tout en étant sécuritaire et efficace. Les guides consultés [APA, 2006; FQCRPAT, 2006; Bukstein *et al.*, 2005] indiquent que le degré de motivation et d'engagement du jeune mais également celui de sa famille ainsi que les objectifs thérapeutiques visés sont des indices à considérer pour déterminer la meilleure orientation pour celui-ci et établir des limites claires et structurées. Les préférences du jeune et de sa famille pour un certain type de milieu d'intervention, les échecs thérapeutiques à la suite de traitements dans des milieux moins structurés, la capacité de prendre soin de soi, la disponibilité de certains traitements, l'accessibilité des services, la capacité de se retenir de consommer et d'éviter les conduites à risque sont d'autres critères suggérés par les autres guides consultés.

Afin de distinguer les jeunes qui bénéficieraient d'une démarche de réadaptation en externe plutôt qu'en interne, la FQCRPAT [2006] mentionne que : « selon les avis d'experts cliniciens, les jeunes ayant une forte dépendance aux psychotropes, des difficultés relationnelles importantes et des psychopathologies sévères profitent davantage des programmes internes, alors que les adolescents qui ont une stabilité sur le plan des relations interpersonnelles, et qui ont une consommation moins problématique, tirent davantage profit d'une thérapie en services externes ». Le type de substances consommées permettrait également d'orienter une orientation en externe plutôt qu'en interne. Par exemple, l'APA [2006] recommande des services externes réguliers pour la consommation de cannabis, à moins que la personne ne soit hospitalisée, et des services externes intensifs pour les personnes de tout âge ayant une consommation problématique ou une dépendance à l'alcool (avec une gestion du sevrage dans un milieu approprié) ou à la cocaïne.

En ce qui concerne les services externes intensifs, des données issues de lignes directrices américaines publiées par le *Center for Substance Abuse Treatment* (CSAT) [2006b] rapportent que les adolescents les plus à même de bénéficier de ces services i) vivent des problèmes à la suite d'une utilisation nocive ou abusive de substances légales ou illégales; ii) ont des mécanismes d'adaptation (*coping skills*) fonctionnels, mais inefficaces; iii) ont besoin d'un environnement structuré, sans être séparés de leur milieu. Selon l'APA [2006], certaines personnes peuvent entrer directement en services externes intensifs, tandis que d'autres peuvent y

être référées à la suite d'un séjour en services de réadaptation avec hébergement. Dans ce dernier cas, l'objectif est généralement de consolider les acquis des personnes qui sont à fort risque de consommation abusive, sur la base d'indices liés à la motivation, à un soutien social trop faible, à des envies régulières de consommer, à des rechutes à la sortie d'hôpitaux ou de services de réadaptation avec hébergement, à un environnement propice à la consommation ou encore à l'existence d'une problématique médicale ou psychiatrique. À l'inverse, les services externes intensifs peuvent être utilisés brièvement pour augmenter l'intensité des services offerts à une personne à la suite d'une rechute ou en provenance d'un service ambulatoire, et qui ne requiert pas de services de gestion du sevrage, mais dont la condition médicale ou psychiatrique ou les circonstances de vie laissent penser qu'une rechute est possible.

Actuellement, au Québec, l'orientation d'un jeune vers les services spécialisés est déterminée d'après le principe de l'appariement des besoins avec le bon service. Cela signifie qu'un jeune peut être référé directement aux services les plus intensifs sans passer par ceux de moindre intensité. Une recension des pratiques québécoises dans les services spécialisés en dépendance indique que les intervenants interrogés jugeaient qu'il pouvait être plus avantageux, dans certaines situations, d'orienter un jeune vers des services intermédiaires comme des services externes intensifs, s'ils sont disponibles dans sa région, plutôt que de le référer à une ressource d'hébergement éloignée, même si celle-ci semble plus appropriée d'un point de vue clinique [Tremblay *et al.*, 2014]. Il importe donc que la décision menant à l'orientation du jeune vers les services externes intensifs s'appuie également sur les avantages et les inconvénients d'éloigner l'adolescent de son milieu de vie. Un consensus d'experts canadiens (du Québec et hors Québec) recommande pour sa part de proposer les services externes intensifs aux jeunes vivant « des difficultés sévères de dépendance ET une complexité de leur situation dans d'autres sphères de vie », telles que des difficultés psychologiques, scolaires, familiales, ou encore une défavorisation matérielle et sociale élevée [Tremblay *et al.*, 2015]. Ces jeunes cotent généralement rouge à la grille de dépistage DEP ADO [Germain *et al.*, 2016].

4.3 Mesures transitoires

Orientation clinique 3 : Mesures transitoires

Lorsque le jeune ne peut être orienté immédiatement vers le niveau de services qui répondrait le mieux à ses besoins, il convient de mettre en place des mesures transitoires pour favoriser et maintenir son engagement dans les services.

Indépendamment des services vers lesquels le jeune est orienté, des données rappellent qu'une prise en charge rapide ainsi que la qualité de l'accueil lors des premiers contacts dans les services et la qualité de la relation avec l'intervenant

améliorent les chances que celui-ci s'engage et maintienne son engagement dans le traitement [Cacciola *et al.*, 2015; Tremblay *et al.*, 2014; NTA, 2009].

L'évaluation des MAJT au Québec indique que les centres de réadaptation en dépendance diffèrent dans leurs pratiques selon les régions [Tremblay *et al.*, 2014]. Si certains centres orientent immédiatement le jeune vers un niveau de services donné, d'autres entament un suivi individuel avec celui-ci puis le réfèrent vers l'hébergement, si nécessaire. Les propos rapportés par les gestionnaires et cliniciens indiquent également que des interventions actives, telles que des contacts téléphoniques de la part d'un intervenant ou des rencontres dans le milieu de vie du jeune, permettent d'augmenter les chances qu'il s'engage dans le traitement en attendant de commencer les services. Dans le même sens, un guide [NTA, 2009] relève que des contacts réguliers avec le jeune, des rencontres dans des lieux facilement accessibles aux jeunes, comme leur domicile ou les ressources dans la communauté, un accès aux transports pour se rendre aux services permettent de faciliter l'engagement et la rétention dans les services. D'autres exemples de soutien et de contacts semi-formels mentionnés par ce guide incluent l'accompagnement aux séances, la planification des autres interventions requis par la situation du jeune et l'aide à l'accès à des ressources de soutien. Ces types de soutien seraient particulièrement bénéfiques pour engager les jeunes femmes, les jeunes des minorités culturelles et les jeunes ayant des problèmes de santé mentale.

5. ORIENTATIONS CLINIQUES RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE DE LA CLIENTÈLE JEUNESSE

Cette section expose les éléments cliniques essentiels à prendre en considération dans le suivi externe intensif des jeunes ayant un trouble d'utilisation de substances psychoactives. Un regard doit aussi être porté sur les différentes sphères de vie du jeune pouvant être impactées par sa consommation.

Orientation clinique 4 : Implication de la famille et de l'entourage

En collaboration avec le jeune, les intervenants identifient les membres de la famille et autres personnes significatives de l'entourage susceptibles de contribuer positivement à l'atteinte des objectifs d'intervention.

La nature et la fréquence des rencontres avec les personnes impliquées dans le traitement du jeune sont établies en fonction des objectifs cliniques en lien avec sa consommation et elles sont déterminées avec le jeune.

5.1. Implication de la famille et des personnes significatives de l'entourage

Selon la littérature recensée, 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. Elle permet également de comprendre les effets de sa consommation sur le fonctionnement familial et l'influence de la famille sur sa consommation. Elle offre la possibilité de déterminer les informations qui seront partagées entre l'intervenant, le jeune et sa famille et de mieux comprendre le rôle joué par la consommation. Le soutien familial a une importance primordiale dans la démarche de réadaptation du jeune, dans la mesure où il est associé à une plus grande motivation et à une meilleure rétention dans le traitement, lequel influe en retour sur l'efficacité du traitement [Bekkering *et al.*, 2013; NTA, 2009; FQCRPAT, 2006]. Une implication des personnes significatives de l'entourage apporte aussi du soutien et outille les parents au regard des pratiques parentales ou des compétences nécessaires pour mieux l'adolescent [Bekkering *et al.*, 2013; NCCMH, 2011b; NTA, 2009; APA, 2006; FQCRPAT, 2006]. Selon les parties prenantes consultées, il existe toutefois des contextes qui justifient l'absence d'implication des familles dans le traitement ou encore des situations où cela semble moins approprié cliniquement, par exemple dans des situations de violence susceptibles de nuire à la réadaptation de l'adolescent.

L'implication familiale peut se faire sous différentes formes [Mann *et al.*, 2017; NASADAD, 2014; NIDA, 2014; Gilvarry *et al.*, 2012; Mongrain, 2011; NCCMH, 2011a; Caldwell, 2010; NCCMH, 2008; FQCRPAT, 2006; Battjes *et al.*, 2004], notamment à travers :

- a)** de l'information et du soutien individuel ou de groupe offerts aux parents. Les familles et les personnes significatives de l'entourage sont rencontrées au moins une fois pour discuter du soutien dont ils ont besoin et des démarches à entreprendre à cet égard. À la suite de cette demande, la famille peut être orientée vers les équipes assurant le soutien à l'entourage;
- b)** des interventions psychoéducatives visant à développer les pratiques parentales. Les familles et les personnes significatives de l'entourage sont encouragées à favoriser l'atteinte des objectifs du jeune, notamment par de l'éducation parentale sur le cadre à maintenir et l'importance d'offrir un soutien adéquat;
- c)** des interventions familiales qui permettent d'intégrer les familles et les personnes significatives de l'entourage dans le processus clinique. Les familles et les personnes significatives de l'entourage sont consultées dès le début du traitement pour remplir l'évaluation globale du jeune et participer à la planification du traitement. Cette pratique permettrait de mieux cerner les besoins et les difficultés du jeune dans son contexte de vie. Les parents peuvent également soutenir les jeunes en les assistant dans la planification des rendez-vous;
- d)** les thérapies familiales qui considèrent la famille comme objet clinique recensées dans le cadre de nos travaux. Celles-ci sont abordées dans les sections 7.1.4 et 7.2.1.

Bien que les bénéfices d'impliquer la famille et les personnes significatives dans le processus clinique soient considérables, il existe trois principaux défis liés, notamment, à la confidentialité des informations partagées avec l'intervenant, à la capacité des parents à s'engager dans le processus clinique et aux compétences des intervenants à mettre les parents à contribution.

Des consultations auprès de jeunes indiquent que la majorité d'entre eux refusent d'informer leurs parents de leur démarche ou même de s'engager dans un processus clinique de réadaptation, en raison d'enjeux liés à la confidentialité, jugée d'une importance cruciale. Selon les propos rapportés par les jeunes, ceux-ci souhaitent que leurs parents soient impliqués, à condition que des éléments de confidentialité préalablement définis entre eux et l'intervenant soient respectés [Becker *et al.*, 2016; Chaim et Henderson, 2014; Bekkering *et al.*, 2013; Chaim et Henderson, 2013; Vasters et Pilon, 2011; SAMHSA, 2007]. Les parties prenantes consultées mentionnent qu'en travaillant sur sa motivation dès le départ, le jeune comprend généralement les avantages d'impliquer sa famille ou son entourage significatif et consent à ce que ces derniers soient informés de la démarche et participent au processus clinique. Toutefois, même avec le consentement du

jeune, il arrive que les parents refusent, n'aient pas la capacité ou la possibilité de participer au processus clinique. Les parents peuvent également avoir eux-mêmes un usage problématique de substances, manquer de stratégies d'adaptation pour faire face à la consommation du jeune ou avoir des liens très affaiblis, inexistantes ou conflictuels avec leur jeune [NCCMH, 2011b; NTA, 2009; CSAT, 2006b]. Il est par ailleurs possible qu'une famille ne souhaite pas entamer une démarche ou y être associée, en raison de la peur de se faire juger, d'être stigmatisée ou de se voir retirer ses enfants. C'est le cas, notamment, chez les familles obligées de recevoir une aide à la suite d'une décision d'une autorité ayant un pouvoir de contrainte (juge, protection de la jeunesse, etc.) [Laventure *et al.*, 2017]. Dans le cas de relations familiales tendues, « une relation significative et positive avec un adulte de l'entourage pourrait aussi compenser dans une certaine mesure les difficultés éprouvées dans le milieu familial » [FQCRPAT, 2006].

Lors des consultations, les parties prenantes ont souligné le besoin chez certains intervenants en dépendance d'être mieux outillés pour travailler avec les familles. Ces derniers s'estimaient en effet moins bien formés que d'autres pour l'animation des rencontres familiales et la gestion des réactions des parents.

5.2. Interventions touchant les différentes sphères de vie du jeune

Orientation clinique 5 : Intervention globale

L'intervention globale repose sur une analyse des besoins du jeune dans les différentes sphères de sa vie et doit donner lieu à un plan d'intervention (PI) ou son équivalent (PSI, PSII) avec les caractéristiques suivantes :

- il est individualisé et centré sur les besoins spécifiques et le meilleur intérêt du jeune;
- il propose des interventions favorisant le développement des compétences du jeune (par exemple : favoriser son sentiment d'efficacité, l'outiller pour mieux gérer ses émotions);
- il prévoit la coordination des interventions complémentaires ou l'accompagnement du jeune vers d'autres services, selon les besoins de celui-ci.

Un consensus se dégage des guides consultés concernant l'importance d'intervenir sur l'ensemble des problématiques du jeune, sans se restreindre aux enjeux d'utilisation de substances [Clinical Guidelines on Drug Misuse, 2017; NIDA, 2014; FQCRPAT, 2006; Bukstein *et al.*, 2005]. Les interventions qui touchent aux différentes sphères de vie du jeune peuvent être classées en deux grandes catégories : celles ciblant les problématiques associées à la consommation et celles misant sur le développement d'intérêts non centrés sur la consommation et le renforcement du réseau de soutien.

5.2.1 Les interventions ciblant les problématiques associées à la consommation

Orientation clinique 6 : Prise en compte de la santé physique et mentale ainsi que du développement psychosocial du jeune

- Les intervenants des services externes intensifs portent une attention particulière à la santé physique et mentale ainsi qu'au développement psychosocial du jeune.
- Ils demeurent vigilants¹³ et sensibles à la détresse psychologique et au risque suicidaire du jeune de même qu'à tout indice d'une détérioration significative de sa condition mentale.
- Ils prêtent attention à la santé physique des jeunes, notamment au risque d'ITSS chez ceux ayant des comportements à risque.
- Ils assurent une référence personnalisée ou un accompagnement vers les services appropriés, selon les besoins du jeune.

Plusieurs études font état de l'insatisfaction des jeunes vis-à-vis des traitements spécialisés en dépendance, souvent perçus comme trop centrés sur la consommation et n'accordant pas suffisamment d'attention à leurs besoins dans d'autres dimensions de leur vie [Chaim et Henderson, 2014; Gonzales *et al.*, 2013; CSAT, 2006a]. Les jeunes rapportent vouloir plus d'accent mis sur la gestion des émotions, les traumatismes vécus, la sexualité, les problèmes d'automutilation et les troubles alimentaires [SAMHSA, 2007].

Selon les guides consultés [Mann *et al.*, 2017; Marel *et al.*, 2016; NASADAD, 2014; NCCMH, 2011b; Haber *et al.*, 2009; FQCRPAT, 2006] et compte tenu de la prévalence des problèmes intériorisés (détresse psychologique, anxiété) et des troubles de comportement (y compris les troubles oppositionnels et les comportements délinquants) chez la clientèle jeunesse, il est recommandé d'être attentif aux signes indiquant une détérioration de la condition mentale et d'adapter le plan d'intervention en fonction de l'analyse des besoins du jeune dans la sphère psychologique. Cet enjeu est d'autant plus important que le risque suicidaire est une problématique courante chez les jeunes qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives en plus d'une problématique de victimisation ou des difficultés psychologiques [Franc et Purper-Ouakil, 2010]. Comme il a été vu précédemment, les jeunes susceptibles de recevoir des services externes intensifs sont également sujets à l'adoption de comportements à risque, comme des pratiques sexuelles non protégées ou l'utilisation de drogues par injection. Par conséquent, une attention particulière et une sensibilisation des intervenants à ces pratiques s'avèrent nécessaires.

¹³ L'objectif est de s'assurer de la présence de directives claires entourant la menace d'un passage à un acte suicidaire et d'exercer une vigilance en continu.

Les guides de pratique soulignent la nécessité de proposer des interventions permettant aux jeunes de réfléchir aux comportements adoptés et de développer des compétences pour mieux gérer les situations conflictuelles ou problématiques. La gestion des émotions (de la colère, en particulier) et l'amélioration de la capacité du jeune à s'exprimer sont des exemples de compétences souvent mentionnés dans les guides de pratique et les manuels d'intervention utilisés par les services spécialisés en dépendance, mais aussi par les jeunes eux-mêmes [Cacciola *et al.*, 2015; Godley *et al.*, 2014b; NCCMH, 2011b; NTA, 2008; SAMHSA, 2007]. De plus, il apparaît important d'intervenir auprès des parents pour assurer une meilleure communication et renforcer les liens d'attachement entre les membres de la famille, afin que le jeune puisse s'ouvrir sur les difficultés vécues en lien avec l'utilisation de substances [Bertrand *et al.*, 2013].

Au Québec, les jeunes ayant commis des délits représentent une proportion importante des jeunes suivis par les services spécialisés en dépendance. C'est pourquoi il est suggéré d'évaluer la présence de conduites délinquantes, afin d'orienter le plan de traitement en conséquence [Bukstein *et al.*, 2005]. Les guides de pratique et les parties prenantes consultées relèvent l'importance, de la part des intervenants, d'adopter envers ces jeunes une attitude exempte de jugement, de croire en leur capacité de changement et de situer ces comportements problématiques dans un contexte développemental (impulsivité, recherche d'autonomie en testant les limites, etc.) [Cacciola *et al.*, 2015; NCCMH, 2011b; FQCRPAT, 2006]. Pour les jeunes avec des problématiques comportementales plus sévères, des expertises complémentaires sont souvent avantageuses¹⁴ [Brunelle et Bertrand, 2010].

Par ailleurs, aux jeunes ayant des troubles concomitants d'utilisation de substances et de santé mentale, certains guides de pratique recommandent d'offrir des services intégrés assurés par des équipes multidisciplinaires regroupant des intervenants spécialisés en dépendance et en santé mentale [Marel *et al.*, 2016; Cleminshaw *et al.*, 2005]. Il existe plusieurs modèles d'intégration des services, comme le modèle dit des « quadrants », qui préconisent que ce type d'expertise multidisciplinaire soit réservé aux personnes présentant les profils les plus sévères de santé mentale et de dépendance¹⁵. Pour les jeunes ciblés par les services externes intensifs en dépendance, dont la grande majorité ne présenteront pas de troubles mentaux graves (ex. : trouble psychotique ou trouble bipolaire), la

¹⁴ Il est à noter que de nombreuses collaborations entre les services spécialisés en dépendance et les établissements ayant la mission de centre jeunesse ont été développées pour les jeunes en situation d'hébergement. Les services déployés dans ce contexte ne sont pas considérés dans le cadre des présents travaux, puisque le contexte d'hébergement est passablement différent de celui des services externes et nécessite une analyse de la preuve indépendante.

¹⁵ Par exemple, les équipes de suivi intensif dans le milieu, qui comprennent généralement un spécialiste en dépendance, sont présentes pour les personnes avec un trouble sévère de santé mentale et une dépendance.

responsabilité des services spécialisés externes intensifs consiste plutôt à offrir une expertise en dépendance, tout en s'assurant que le jeune reçoit l'aide psychologique dont il a besoin. Dans tous les cas, un traitement optimal des jeunes aux prises avec une consommation abusive et une comorbidité psychiatrique suppose l'intégration des modalités de traitement plutôt qu'un suivi pour la consommation de substances distinct de celui pour la santé mentale, offert en simultané ou de façon alternée [Bukstein *et al.*, 2005]. Un fonctionnement en réseau intégré, permettant des collaborations ponctuelles entre les différents programmes ou une référence rapide vers un programme spécialisé ou encore un niveau de service plus intensif, peut par conséquent compléter l'offre de services pour les jeunes avec un trouble mental concomitant [Clinical Guidelines on Drug Misuse, 2017; INSERM, 2014; APA, 2006].

Compte tenu de l'ensemble des problématiques et risques associés aux troubles liés à l'utilisation de substances, la communication entre les établissements impliqués dans l'évaluation ou le suivi est indispensable. De plus, les interventions des services externes intensifs doivent être arrimées à celles des autres services répondant aux besoins des jeunes, par exemple les services judiciaires pour les jeunes ayant commis des délits [NCCMH, 2011b]. Par ailleurs, selon les parties prenantes consultées, les intervenants doivent s'assurer de la présence de personnes-soutien dans le réseau social du jeune, afin de consolider les acquis et renforcer son réseau de soutien.

5.2.2 Le développement de relations interpersonnelles et d'intérêts non centrés sur la consommation

Selon la littérature recensée, les jeunes eux-mêmes et les parties prenantes consultées, un autre aspect essentiel à considérer dans l'intervention concerne l'importance que le jeune puisse développer des intérêts non centrés sur la consommation et nouer des liens d'amitié avec des pairs non consommateurs.

Orientation clinique 7 : Développement de relations interpersonnelles positives et d'intérêts non centrés sur la consommation

Le plan d'intervention devrait inclure des activités d'accompagnement pour encourager le jeune à développer de nouveaux intérêts ou de nouvelles relations qui ne soient pas centrées sur la consommation.

Selon chaque situation, un équilibre entre le développement de l'autonomie du jeune et l'accompagnement professionnel ou communautaire approprié est recherché pour consolider la démarche thérapeutique.

Les guides suggèrent d'aider les jeunes à reconnaître leurs émotions, mieux gérer leur stress et trouver de nouvelles activités non associées à la consommation, telles que les sports, les loisirs, les activités culturelles ou spirituelles. Selon des lignes directrices américaines portant sur les services externes intensifs, l'utilisation de la pensée abstraite chez les jeunes peut être variable et ils peuvent

être impulsifs, en plus d'avoir une capacité d'attention limitée. Enfin, d'après ces lignes directrices, les jeunes présentent une tendance au fatalisme ou au pessimisme. Il est alors suggéré de reconnaître leurs émotions, tout en les amenant à penser positivement, et de proposer des activités qui leur permettent de développer leurs habiletés de maîtrise de soi. Sur la base de ces caractéristiques, il est conseillé de privilégier les activités qui mettent l'accent sur les bienfaits à moyen terme d'une réduction de consommation, d'intégrer des mentors dans le traitement et d'éviter les étiquettes et les propos alarmistes [CSAT, 2006a]. Les écrits recensés portant sur la perception des services par les jeunes montrent que les connections entre pairs et le soutien par les pairs aidants ou mentors sont vus comme des incontournables par les jeunes [Chaim et Henderson, 2014; Chaim et Henderson, 2013; SAMHSA, 2007].

La plupart des guides de pratique recommandent qu'un accompagnement soit fourni par les intervenants pour encourager les jeunes à développer un réseau de relations positives [Chaim et Henderson, 2014; Gonzales *et al.*, 2013; Gonzales *et al.*, 2012; Vasters et Pillon, 2011; Haber *et al.*, 2009; SAMHSA, 2007; Bukstein *et al.*, 2005]. Un réseau de soutien composé de pairs non consommateurs multiplierait par quatre les chances d'un jeune de rester abstinent et réduirait les risques de rechute [Haber *et al.*, 2009]. De surcroît, les variables post-traitement qui ont le plus d'influence sur les résultats sont l'association avec des pairs non consommateurs et l'implication dans des activités récréatives, le travail et l'école [Bukstein, 2005].

L'accompagnement du jeune est profitable non seulement pour l'encourager à développer de nouveaux intérêts, mais aussi pour favoriser l'intégration de compétences susceptibles de l'aider à mieux gérer sa consommation dans les activités quotidiennes. Des lignes directrices américaines [CSAT, 2006b] suggèrent d'adapter les services externes intensifs aux adolescents à l'aide de stratégies thérapeutiques visant la création de liens positifs avec les pairs, tout en les aidant à développer une résistance à la pression à consommer de la part des pairs.

6. ORIENTATIONS CLINIQUES RELATIVES À L'INTENSITÉ DU SUIVI

6.1. Intensité du suivi

Les services externes intensifs pour la clientèle jeunesse se distinguent des services externes réguliers par l'intensité et la complexité des interventions et des services qui sont offerts. Comme il a été mentionné précédemment, la littérature recensée indique cependant que cette intensité ne peut être définie uniquement en fonction de la durée du traitement, du nombre et de la fréquence des rencontres, ou encore en fonction des différentes composantes du traitement.

Orientation clinique 8 : Intensité du suivi

L'intensité du suivi à assurer dans un contexte de suivi externe intensif doit être établie selon la complexité du profil clinique, les besoins et la mobilisation du jeune ainsi que la qualité du soutien provenant de l'entourage.

Par la suite, elle doit être modulée dans le temps en fonction de la réponse du jeune au traitement, des objectifs cliniques fixés et en concertation avec les partenaires à impliquer.

6.1.1 Données d'efficacité sur l'intensité du suivi

Dans la littérature recensée, les données disponibles sur l'efficacité des interventions en fonction de leur intensité sont basées sur des interventions dispensées en externe par des services et centres spécialisés dans le traitement des dépendances. Comme le lecteur pourra le constater, et bien que certaines des études recensées soulignent l'existence d'une relation quasiment linéaire entre l'intensité des traitements et leur efficacité, la plupart des études indiquent plutôt que cette relation est complexe et modulée par un grand nombre de facteurs.

a) Nombre de séances, fréquence des contacts et durée du traitement

Selon une étude réalisée en 2001, les adolescents qui sont demeurés en traitement externe ou avec hébergement pendant une période de 90 jours et plus avaient des taux de consommation d'alcool et de drogues moins élevés à la fin du traitement que ceux traités sur une moins longue période (Hser *et al.*, 2001, cités dans [Garner *et al.*, 2009]). L'étude de Liddle et ses collaborateurs [2008] va dans le même sens et indique qu'indépendamment du type de traitement reçu (thérapie familiale multidimensionnelle ou cognitivo-comportementale), les jeunes qui ont bénéficié du plus grand nombre de séances de traitement ont davantage diminué leur consommation de cannabis que les autres. De même, les résultats obtenus dans cinq centres européens spécialisés dans le traitement des dépendances montrent qu'une fois la durée du traitement prise en compte, le traitement usuel en dépendance s'est avéré aussi efficace pour réduire la consommation de cannabis

des adolescents que la thérapie familiale multidimensionnelle, beaucoup plus intensive [Rigter *et al.*, 2013].

À l'inverse de ces résultats, ceux obtenus dans les méta-analyses indiquent que l'efficacité des traitements n'est pas associée à la durée de ceux-ci ou à la fréquence des rencontres, une fois que les différences initiales entre les groupes d'adolescents (ex. : âge, genre, comorbidité, sévérité de la consommation) et les caractéristiques méthodologiques des études (ex. : type de devis, comparateurs, taille des échantillons) ont été prises en compte dans les analyses [Van der Pol *et al.*, 2017; Tanner-Smith *et al.*, 2016; Hogue *et al.*, 2014; Tanner-Smith *et al.*, 2013].

Dans l'ensemble, toutefois, la littérature scientifique recensée révèle que les interventions offertes en externe, dont l'efficacité a été démontrée pour réduire la consommation de substances psychoactives chez les jeunes, sont généralement dispensées à raison d'une à trois séances par semaine, de 60 à 120 minutes chacune, et sont échelonnées sur une période variant entre cinq semaines et six mois.

b) Nombre de composantes et dimensions du traitement

Les résultats sur l'efficacité des traitements à composantes multiples sont également partagés. Par exemple, les interventions motivationnelles combinées à des interventions cognitivo-comportementales (MET/TCC) se sont avérées aussi efficaces pour réduire la consommation de cannabis, sur une période de 12 mois, que la version de cette thérapie comprenant en plus des séances d'éducation parentale, des visites à domicile et un suivi continu post-traitement [Filges *et al.*, 2015b; Dennis *et al.*, 2004]. De même, le taux de rechute et le pourcentage de jeunes n'ayant pas réduit leur consommation de cannabis se sont révélés plus élevés parmi ceux ayant reçu 12 séances de thérapie familiale fonctionnelle, suivies de 12 séances de thérapie cognitivo-comportementale, que parmi ceux ayant reçu seulement 12 séances de l'une ou l'autre de ces thérapies [Waldron *et al.*, 2005].

Le programme de suivi continu *Assertive Continuing Care* (ACC), offert sur 12 semaines à la suite d'un traitement avec hébergement, s'est pour sa part avéré moins efficace lorsque combiné à un programme de gestion de la contingence que l'un ou l'autre de ces traitements utilisés seuls [Godley *et al.*, 2014a]. Selon les auteurs, l'absence de résultats favorables pour le programme de suivi continu ACC combiné au programme de gestion de la contingence serait due à une incompatibilité entre les deux philosophies de traitement. Cette interprétation est soutenue par le fait que l'ACC a été associé à une meilleure rétention dans le traitement et à un pourcentage plus élevé de jours d'abstinence. Ces résultats laissent sous-entendre que la diversification des interventions incluses dans le traitement n'est pas garante de son efficacité, surtout lorsque les prémisses philosophiques qui le sous-tendent ne sont pas compatibles.

6.1.2 Intensité du suivi recommandée par les guides de pratique et les parties prenantes

De façon générale, les guides de pratique et les parties prenantes consultées soulignent l'importance de se montrer flexible dans l'intensité des services offerts au jeune pour susciter son engagement dans le traitement. Selon les guides, afin d'être adaptés aux adolescents, les objectifs thérapeutiques devraient être formulés dans une perspective à court terme [Haber *et al.*, 2009; NTA, 2009; FQCRPAT, 2006]. Selon les parties prenantes consultées, il est parfois préférable de diminuer la fréquence des rencontres avec certains jeunes qui deviennent ambivalents dans leur engagement à continuer le traitement et d'augmenter l'intensité du suivi à un moment jugé plus opportun.

En ce qui concerne la durée du suivi, plusieurs guides de pratique, dont l'ASAM, ne prescrivent plus de durée minimale de traitement pour les services externes intensifs. Il est plutôt recommandé de coordonner les services pour apporter au jeune le niveau de soutien nécessaire aux moments propices et d'ajuster la durée en fonction de la réponse au traitement et de la sévérité des problèmes de l'utilisateur [Mee-Lee, 2013; NCCMH, 2011b; NTA, 2008].

Selon les critères de l'ASAM [Mee-Lee, 2013], du National Institute on Drug Abuse (NIDA) [2014] et du SAMHSA [2014], les services externes intensifs pour les adolescents se caractérisent par une intensité minimale de six heures par semaine. Le SAMHSA considère un minimum de deux heures de service pendant au moins trois jours dans la semaine, pour un total de six heures par semaine; l'ASAM et le NIDA, quant à eux, recommandent trois heures par jour plus de deux fois par semaine. L'ASAM distingue pour sa part les services externes intensifs pour la clientèle adolescente en deux sous-groupes : a) une offre composée de six heures de service par semaine au minimum pour les profils cliniques moins complexes, et b) une offre d'une intensité minimale de 20 heures par semaine pour les jeunes qui requièrent un encadrement accru dans des services de type « centre de jour ». Pour ces derniers, la littérature ne fait pas consensus en ce qui concerne la durée, celle-ci pouvant s'étendre entre une semaine et six mois, voire plus, avec une moyenne de trois à quatre mois [Leslie *et al.*, 2016; The York Centre, 2016; Liddle *et al.*, 2006].

Un consensus d'experts québécois et canadiens (hors Québec), composé de gestionnaires et de cliniciens travaillant avec une clientèle adolescente en dépendance, définit le seuil minimal des services externes intensifs (ou pour jeunes présentant une complexité accrue) à trois rencontres hebdomadaires de 15 minutes et plus chacune ou quatre heures de rencontres hebdomadaires individuelles, en groupe ou familiales, et ce, pendant au moins quatre semaines consécutives [Tremblay, 2016; Tremblay *et al.*, 2015].

Résumé des éléments en appui à l'orientation clinique 8

Dans la littérature recensée, les interventions en dépendance, offertes sur une base externe et dont l'efficacité a été démontrée pour réduire la consommation de substances psychoactives chez les jeunes, sont généralement dispensées à raison d'une à trois séances par semaine, de 60 à 120 minutes chacune, et sont échelonnées sur une période variant entre cinq semaines et six mois.

La plupart des guides de pratique recensés recommandent d'établir l'intensité et la durée du suivi en fonction de la réponse au traitement, de même que de la sévérité et de la complexité des difficultés présentées par le jeune. En ce qui concerne plus spécifiquement les services externes intensifs, certains guides recommandent plutôt un suivi d'un minimum de six heures par semaine.

Selon un consensus d'experts québécois et canadiens : *Les services externes de type spécialisé (...) sont offerts aux jeunes à raison d'au moins trois rencontres hebdomadaires (de 15 minutes et plus chacune), ou un total de quatre heures de rencontres hebdomadaires (individuelle, groupe ou famille), et ce, pendant un minimum de quatre semaines consécutives.*

6.2. Continuité du suivi

Orientation clinique 9 : Continuité du suivi

Lorsque la réévaluation indique que les besoins du jeune, son niveau d'engagement ou sa mobilisation requièrent une modulation de l'intensité des interventions, la transition s'effectue en s'assurant d'une continuité dans les services offerts. Le plan d'intervention (PI) est élaboré en collaboration avec le jeune et détaille les modalités à suivre pour assurer la transition.

Cette continuité peut se réaliser en accompagnant le jeune vers d'autres types de services ou d'activités qui contribuent à sa démarche de réadaptation ou en s'assurant de la présence d'un réseau de soutien dans son entourage.

À un autre niveau, la continuité peut être assurée en facilitant l'accès aux services offerts en CRD en fonction des besoins du jeune et avec le même intervenant, si possible et opportun.

Bien que les services externes réguliers demeurent appropriés pour la majorité des jeunes suivis en services externes [Tremblay *et al.*, 2015], l'offre de services externes intensifs s'inscrit en complémentarité avec l'offre existante. Cela implique, par exemple, qu'un jeune qui termine un suivi en hébergement et qui a besoin d'être soutenu, peut avoir facilement accès à une intensité de services plus faible, si nécessaire. En conformité avec les standards de mise en œuvre du programme-services Dépendance issus du PAID 2018-2028 [MSSS, 2018], la fluidité du cheminement du jeune dans un continuum de services favoriserait davantage la prise en compte de ses besoins, des défis rencontrés par celui-ci et le maintien des acquis [NASADAD, 2014; Chaim et Henderson, 2013]. À cet

égard, selon les parties prenantes, une continuité relationnelle devrait être favorisée autant que possible à l'intérieur du programme, lors de la coordination des services requis par la condition du jeune et lors de la mise en place des mesures transitoires, telles qu'elles sont évoquées dans la section 4.3. Les jeunes qui ont un usage problématique de substances rapportent d'ailleurs souhaiter cette continuité relationnelle et pouvoir accéder et ré-accesser à de l'aide, lorsque cela est requis [Gilvarry *et al.*, 2012].

L'intervenant doit s'assurer de la présence de personnes-soutien autour du jeune pour pouvoir assurer un filet de sécurité à la fin du suivi. En effet, des jeunes ont mentionné que cette étape pouvait parfois faire émerger un sentiment d'abandon chez eux [SAMHSA, 2007]. Selon les parties prenantes consultées, cette période cruciale devrait faire partie intégrante de l'intervention et non être vue comme une étape « post » intervention. Compte tenu des besoins d'aide à long terme pour certains jeunes, il importe de réévaluer les objectifs du jeune à la fin du suivi externe intensif et de déterminer, en collaboration avec lui, quelles modalités et intensité de services sont requises, ainsi qu'un plan facilitant une nouvelle demande d'aide en cas de fin de suivi et une continuité entre les épisodes de services. Ce plan devrait minimalement avoir pour objectif le maintien des acquis et la prévention de la rechute.

Les parties prenantes consultées ont également soulevé l'importance de ne pas se substituer aux ressources scolaires ou communautaires et de favoriser le travail d'équipe. Selon elles, il serait profitable pour les jeunes qui ont un grand besoin de suivi dans la communauté d'offrir de la co-intervention avec, d'une part, un intervenant en dépendance qui rencontrerait le jeune dans son milieu de vie et, d'autre part, un intervenant qui l'accompagnerait lors de sorties dans la communauté.

7. ORIENTATIONS CLINIQUES RELATIVES AUX MODES DE DISPENSATION DES SERVICES ET AUX INTERVENTIONS À PRIVILÉGIER DANS LES SERVICES EXTERNES INTENSIFS

Les orientations relatives aux modes de dispensation des services externes intensifs tiennent compte de la préoccupation des parties prenantes de ne pas proposer un mode de dispensation unique, en raison de la variabilité des contextes, des ressources disponibles et des réalités régionales. L'organisation des services doit donc faire preuve de souplesse, tout en respectant les caractéristiques sociales, démographiques, psychologiques et physiologiques associées aux jeunes. Selon Winters et ses collaborateurs [2014] et Brunelle et Bertrand [2010], cette position permet à la fois de tenir compte de la diversité des problématiques liées à la consommation des jeunes et du fait qu'aucun mode de dispensation ne peut s'avérer efficace dans tous les contextes.

Orientation clinique 10 : Mode de dispensation des services et interventions à privilégier dans les services externes intensifs

Les objectifs cliniques déterminés avec le jeune en services externes intensifs peuvent être atteints soit par un cumul d'interventions et d'activités coordonnées, soit à l'aide de programmes structurés familiaux ou de groupe.

Le choix du mode de dispensation des services dépend des caractéristiques de la clientèle à desservir et des réalités régionales.

Peu importe le mode de dispensation choisi, les interventions à privilégier dans l'offre de services externes intensifs sont celles dont l'efficacité auprès des jeunes a été démontrée ou qui semblent prometteuses.

L'ensemble des travaux a permis de circonscrire deux grands modes de dispensation des services externes intensifs, soit par cumul d'interventions et activités coordonnées, ou à l'aide de programmes structurés familiaux ou de groupe. Dans le premier mode, chacune des interventions recensées est offerte à raison d'une séance d'une heure ou moins par semaine, de sorte que celles-ci doivent être combinées pour que l'intensité du suivi soit supérieure à celle généralement offerte au Québec dans les services externes réguliers.

Le deuxième mode fait plutôt appel à des programmes structurés familiaux ou de groupe, c'est-à-dire à des programmes regroupant un ensemble d'interventions, d'activités et de modalités, combinées sur la base d'un cadre théorique ou clinique commun, et offertes à raison de plus d'une séance par semaine, d'une à deux heures chacune. Dans certains de ces programmes, les activités et interventions

sont dispensées sur une base quotidienne, à raison de cinq à sept heures par jour, cinq jours par semaine (l'ASAM utilise le terme « hôpital de jour »; la tradition québécoise recourt au terme « centre de jour »).

7.1. Mode de dispensation des services par cumul d'interventions et activités coordonnées

Orientation clinique 11 : Mode de dispensation des services par cumul d'interventions et activités coordonnées

Le mode de dispensation par cumul d'interventions et activités coordonnées implique que les services soient structurés par un plan d'intervention ou un plan de services individualisé. Cette coordination est essentielle pour planifier le suivi, la réévaluation régulière et l'ajustement des objectifs du plan.

Ce plan d'intervention est établi en concertation avec le jeune, sa famille ou les personnes significatives de son entourage et les intervenants. Il précise les responsabilités de chacun ainsi que les moyens et les échéanciers prévus pour favoriser l'atteinte des objectifs.

La littérature recensée indique que les interventions motivationnelles et cognitivo-comportementales ainsi que les thérapies familiales sont efficaces pour réduire la consommation de substances chez les jeunes, et qu'elles ont avantage à être intégrées dans un mode de dispensation des services par cumul d'interventions et activités coordonnées.

La littérature recensée révèle également que, dans l'ensemble, les interventions appuyées sur des modèles théoriques reconnus et pour lesquelles les intervenants ont été formés et supervisés engendrent des bénéfices similaires.

Le mode de dispensation par cumul d'interventions et activités coordonnées est le plus répandu dans les centres de réadaptation en dépendance américains. Dans le contexte québécois, ces services peuvent être offerts à même le CISSS/CIUSSS, et la coordination peut être assurée par un intervenant ou un coordonnateur clinique de l'établissement avec la participation des autres intervenants impliqués dans le plan. Ces derniers peuvent provenir des autres niveaux du continuum du programme-services en dépendance ou d'autres programmes-services, dont ceux en santé mentale, en DI-TSA et en jeunesse. Les services peuvent aussi être offerts en collaboration intersectorielle, soit avec l'établissement scolaire ou l'organisme communautaire et le CISSS/CIUSSS, tant que l'ensemble est coordonné par un plan de services individualisé (PSI) ou son équivalent [Tremblay *et al.*, 2015]. Par sa nature, le mode de dispensation par cumul d'interventions et activités coordonnées présuppose une mise en place de modalités d'échange d'informations cliniques pertinentes et une coordination entre les intervenants, les services et les programmes impliqués dans le suivi des jeunes.

Plusieurs parties prenantes consultées ont souligné que l'utilisation non formelle du mode de dispensation par cumul d'interventions et d'activités coordonnées avait permis d'offrir des services plus intensifs en externe à des jeunes présentant des profils cliniques complexes. Parmi les pratiques mentionnées :

- la collaboration entre un intervenant, présent au domicile du jeune, et l'intervenant en dépendance, lorsque présent en milieu scolaire, permettant des interventions dans les différents milieux de vie du jeune;
- la co-intervention entre les intervenants en dépendance, en santé mentale, en DI-TSA ou en jeunesse favorisant la mise en commun des expertises;
- une intervention menée conjointement par un intervenant du CISSS/CIUSSS ayant une mission de CRD et une commission scolaire, permettant d'assurer un suivi externe intensif aux jeunes présentant un trouble d'utilisation de substances et étant à risque de décrochage.

Les interventions dont l'efficacité a été démontrée et qui auraient avantage à être intégrées dans un mode de dispensation par cumul d'interventions et d'activités coordonnées sont les interventions motivationnelles, les interventions motivationnelles combinées à des interventions cognitivo-comportementales ainsi que les thérapies familiales. Des considérations plus générales sur l'efficacité des interventions en dépendance recensées dans le cadre de nos travaux sont ici présentées.

7.1.1 Constats généraux sur les interventions à privilégier

Les interventions proposées aux sections 7.1.2, 7.1.3 et 7.1.4 sont basées sur les résultats d'efficacité obtenus dans les revues systématiques ainsi que sur les recommandations des guides de pratique recensés dans le cadre du présent avis. Il importe de souligner que ces revues systématiques et guides de pratique ne couvrent pas l'ensemble des interventions disponibles, ni l'ensemble des études publiées sur une intervention donnée. Comme le lecteur pourra le constater, il n'est donc pas possible de statuer sur la supériorité de l'efficacité clinique d'une intervention par rapport aux autres interventions. La littérature recensée ici ne permet pas non plus de statuer sur la supériorité de certaines modalités et formats de traitement par rapport à d'autres. Il serait par conséquent hasardeux de faire des recommandations spécifiques et définitives sur les interventions à privilégier dans une offre de services externes intensifs. Par ailleurs, le choix de ces interventions ne peut être basé uniquement sur leur efficacité. D'autres facteurs organisationnels et réalités régionales doivent également être considérés.

a) Efficacité des différents types de traitements

Dans l'ensemble, la littérature recensée indique que tous les traitements évalués sont plus efficaces que les listes d'attente et le traitement habituellement utilisé en dépendance pour réduire la consommation de substances psychoactives chez les jeunes. La réduction de la consommation de cannabis rapportée dans les études

serait jusqu'à 67 % supérieure parmi les groupes traités que parmi les groupes témoins [Bender *et al.*, 2010]. Des tailles d'effet moyennes à fortes ont également été observées entre les groupes traités et les groupes non traités pour la consommation d'alcool (d de Cohen¹⁶ = 0.61) et la consommation de substances en général (d de Cohen variant de 0.62 à 1.16) [Van der Pol *et al.*, 2017].

Dans l'ensemble, les comparaisons effectuées entre les différents traitements indiquent que les interventions motivationnelles, et plus particulièrement celles combinées aux interventions cognitivo-comportementales et les thérapies familiales, sont plus efficaces que l'éducation psychologique¹⁷, le counseling de soutien et le groupe de soutien pour réduire la consommation de substances psychoactives chez les jeunes [Van der Pol *et al.*, 2017; Tanner-Smith *et al.*, 2016; Filges *et al.*, 2015a; Filges *et al.*, 2015c; Lindstrøm *et al.*, 2015; Hogue *et al.*, 2014; Tanner-Smith *et al.*, 2013; Baldwin *et al.*, 2012; Bender *et al.*, 2010; Becker et Curry, 2008; Waldron et Turner, 2008]. Par contre, peu de différences significatives ont été relevées de façon constante en faveur de l'une ou l'autre de ces interventions.

b) Efficacité des traitements manualisés et non manualisés

Les traitements manualisés sont des traitements « dont l'application est formalisée dans un manuel » [Ngô, 2013]. Dans les études d'efficacité recensées, le fait que les traitements mentionnés soient à des fins de contrôle, généralement manualisés, ne permet pas de statuer sur leur efficacité comparativement aux traitements non manualisés. Or, l'implantation des traitements manualisés en contexte de soins réels présente certains défis. Selon Hogue [2015], les obstacles à leur implantation sont liés entre autres (traduction libre) :

- au coût élevé de la formation et de la certification des thérapeutes;
- au manque de flexibilité et à la contre-indication à leur implantation partielle;
- au manque de pérennité dû à la difficulté de maintenir à long terme et dans la pratique régulière les procédures de contrôle de la fidélité au traitement;
- à la démoralisation du personnel face à l'évaluation de leur performance clinique par des personnes extérieures;

¹⁶ Le d de Cohen est une statistique représentant la différence de moyenne standardisée entre deux groupes à la fin du traitement. Il reflète une faible différence entre les effets des traitements lorsque la taille d'effet se situe entre 0,20 et 0,50, une différence modérée lorsque la taille d'effet se situe entre 0,50 et 0,80, et une forte différence lorsque la taille d'effet se situe au-delà de 0,80.

¹⁷ Dans la littérature recensée, les textes se rapportant à ce type d'intervention désignent celle-ci comme étant de la psychoéducation. Or, il existe au Québec une profession, celle de psychoéducateur, dont l'activité professionnelle va au-delà de celle décrite ici. En raison du risque de confusion pour le lecteur, et pour tenir compte du contexte québécois, le terme a été remplacé dans le présent document par l'éducation psychologique, telle que définie par l'Office des professions à la suite de l'adoption du projet de loi no 21.

- à la diminution de l'engagement du promoteur du programme à long terme.

Les traitements manualisés présenteraient néanmoins certains avantages. Une rétroaction obtenue auprès de 25 thérapeutes formés à diverses thérapies manualisées indique que la plupart d'entre eux apprécient l'organisation et la structure des manuels ainsi que le focus clinique qui est assuré par ceux-ci [Diamond *et al.*, 2006b]. Les trois quarts des thérapeutes ont également rapporté avoir été en mesure d'adapter le contenu des thérapies manualisées aux besoins du jeune, adaptations qu'ils ne considéraient pas comme des déviations au manuel, mais plutôt comme des applications appropriées de l'approche thérapeutique. Ceux-ci ont aussi mentionné que la supervision intensive qui accompagne le manuel est le facteur qu'ils trouvaient le plus aidant. De fait, le coaching et la supervision clinique sont les facteurs facilitants les plus fréquemment évoqués pour l'implantation des thérapies manualisées [Amodeo *et al.*, 2013]. Les autres facteurs facilitants et communs aux différentes thérapies manualisées sont : le travail avec un intervenant qui a de l'expérience avec le type d'intervention; le soutien organisationnel et administratif du centre; la collaboration et la coordination des services à l'interne et à l'externe; l'ouverture du personnel à de nouvelles méthodes; ainsi que l'efficacité de l'intervention. Par ailleurs, cette étude de Diamond et ses collaborateurs [2006a] indique que le coût moyen par semaine pour l'implantation des traitements manualisés serait semblable ou inférieur à celui des traitements usuels en dépendance.

Enfin, l'étude en milieu réel de Lascaux, Ionescu et Phan [2016] suggère que l'efficacité des traitements manualisés est liée à des caractéristiques qui ne sont pas spécifiques à ce type de traitement. Dans cette étude, les auteurs ont comparé l'efficacité des traitements en dépendance considérés comme formalisés à celle de traitements non formalisés. Les traitements ont été considérés comme formalisés s'ils :

- étaient basés sur des modèles théoriques reconnus, dont l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale et psychodynamique;
- étaient offerts sur une base hebdomadaire et sur une période de six mois ou plus;
- impliquaient les parents lors de l'évaluation du jeune en début de traitement et lors de rencontres de bilan par la suite;
- offraient une supervision clinique hebdomadaire aux intervenants (psychologues et psychiatres).

À l'inverse, les traitements ont été considérés comme non formalisés si le processus thérapeutique n'était pas prédéfini, si les interventions étaient choisies par le thérapeute en fonction de son niveau de familiarité avec celles-ci, et si ce dernier ne recevait pas de supervision clinique.

Les résultats obtenus dans cette étude indiquent que six mois après la fin du traitement, les taux de dépendance au cannabis et le nombre de jours avec

consommation étaient significativement moins élevés parmi les adolescents ayant reçu un traitement formalisé que parmi ceux ayant reçu un traitement non formalisé.

7.1.2 Interventions motivationnelles

L'approche motivationnelle teinte tout le processus clinique et englobe des interventions visant à augmenter l'intérêt de la personne envers le changement d'un comportement spécifique. Un exemple de ce type d'intervention consiste à faire ressortir la dissonance entre les valeurs du jeune et ses actions. Les interventions motivationnelles les plus souvent utilisées et évaluées auprès des jeunes aux prises avec une dépendance aux substances psychoactives sont : 1) l'entretien motivationnel – EM (*Motivational Interviewing*) [Miller et Rollnick, 2013] et 2) la thérapie de renforcement de la motivation (*Motivational Enhancement Therapy*). Ces interventions sont décrites en détail à l'annexe I. L'entretien motivationnel est basé sur « un style de communication collaboratif et centré sur un objectif, avec une attention particulière au langage de changement. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique », par l'exploration et la résolution de l'ambivalence [Miller et Rollnick, 2013]. La thérapie de renforcement de la motivation applique les principes de l'EM, mais dans un format court (2 à 4 séances). L'intervention centrale porte sur une rétroaction s'appuyant sur une évaluation structurée de l'usage de substances et de ses conséquences [Dennis *et al.*, 2002].

a) Données d'efficacité sur les interventions motivationnelles

Dans la littérature recensée, les interventions motivationnelles investiguées ne comptent généralement qu'une ou deux séances et sont désignées sous le vocable d'« interventions motivationnelles brèves ». Dans l'ensemble, ces études indiquent que les interventions motivationnelles brèves sont plus efficaces pour réduire la consommation de substances que l'éducation psychologique, le counseling de soutien et les listes d'attente [Bender *et al.*, 2010; Becker et Curry, 2008]. Un effet positif des interventions motivationnelles sur la consommation d'alcool, de cannabis et autres substances psychoactives aurait également été observé dans 67 % (26/39) des études recensées par Barnett et ses collaborateurs [2012]. Les résultats obtenus rapportés dans cette revue indiquent par ailleurs que l'efficacité des interventions motivationnelles est accrue lorsque celles-ci sont offertes à la fois aux parents et aux adolescents, en groupe, et lorsqu'elles sont utilisées sans la composante de rétroaction [Barnett *et al.*, 2012]. Elles seraient également plus efficaces en milieu clinique qu'en milieu scolaire, mais ne permettraient pas d'induire un changement à plus long terme (plus de 6 mois) quant à la consommation de substances [Li *et al.*, 2016].

b) Recommandations des guides de pratique

De nombreux guides de pratique recommandent les interventions motivationnelles ou les jugent prometteuses pour engager une démarche de changement avec les jeunes [Mann *et al.*, 2017; ADAI, 2015; Bekkering *et al.*, 2013; Gilvarry *et al.*, 2012; NCCMH, 2011b; Haber *et al.*, 2009; NTA, 2009; FQCRPAT, 2006]. Certains guides mettent l'accent sur une adaptation des interventions motivationnelles à la réalité des adolescents, pour lesquels la planification d'objectifs à court terme est à privilégier, compte tenu de leurs capacités cognitives et de leur tendance à être dans l'« ici et maintenant » [Gilvarry *et al.*, 2012; Haber *et al.*, 2009; NTA, 2009; FQCRPAT, 2006; Bukstein *et al.*, 2005]. Selon la littérature recensée, les interventions motivationnelles sont efficaces pour engager les personnes ayant des troubles liés à l'utilisation de substances dans un traitement, et ce, même si elles sont peu disposées au changement. En effet, les jeunes sont le plus souvent référés aux services en dépendance par d'autres acteurs (parents, système pénal, école) [Haber *et al.*, 2009; APA, 2006]. De plus, l'entretien motivationnel contribue à ce que le changement de comportement réponde aux valeurs et aux désirs de l'adolescent [NIDA, 2014].

La persévérance dans le traitement étant l'un des défis principaux dans le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances chez les jeunes, les interventions motivationnelles renforcent leur engagement et leur permettent de s'approprier la démarche de changement par leur caractère non confrontant et humaniste [APA, 2006; FQCRPAT, 2006]. Les recommandations des guides de pratique varient en fonction du contexte d'intervention, du type de substances consommées et des objectifs de l'intervention. Certains guides recommandent les interventions motivationnelles spécifiquement pour la consommation d'alcool à risque [Mann *et al.*, 2017; UNODC-WHO, 2017; NCCMH, 2011b] plutôt que pour les personnes ayant des problèmes sévères d'alcool, voire une dépendance [Haber *et al.*, 2009]. D'autres suggèrent les interventions motivationnelles brèves pour réduire la consommation d'alcool à court terme après une intoxication à l'alcool, pour les jeunes qui boivent de façon excessive ou qui subissent des méfaits liés à la consommation d'alcool. Toutefois, leur impact semble limité sur les jeunes ayant une dépendance établie à l'alcool [Mann *et al.*, 2017; Haber *et al.*, 2009]. D'autres encore recommandent plutôt l'utilisation des interventions motivationnelles pour les jeunes de 16 et 17 ans dans les cas de « consommation occasionnelle, mais excessive d'alcool (*hazardous drinking*), ou de consommation excessive, mais prolongée (*harmful drinking*) » [Bekkering *et al.*, 2013; NCCMH, 2011b; Haber *et al.*, 2009].

Les interventions motivationnelles sont également recommandées pour la gestion de la dépendance au cannabis et pour les personnes ayant des comorbidités [Mann *et al.*, 2017; UNODC-WHO, 2017]. En revanche, pour celles ayant des troubles de l'usage d'une substance autre que l'alcool et le cannabis et pour les jeunes polyconsommateurs, les résultats sont mitigés. Il en est de même pour les personnes ayant déjà atteint le stade de la dépendance ou qui vivent des

conséquences importantes liées à l'alcool, et pour lesquelles des interventions plus globales et intensives sont nécessaires. Celles-ci incluront notamment de la gestion du sevrage ou des périodes plus étendues de suivi [NIDA, 2018; NCCMH, 2011b; Haber *et al.*, 2009]. Enfin, les interventions motivationnelles sont également prometteuses en ce qui concerne la réduction des comportements à risque, comme le partage des seringues et les rapports sexuels non protégés [Mann *et al.*, 2017; UNODC-WHO 2017].

c) Données d'implantation sur les interventions motivationnelles

Parmi les études recensées, deux visant à documenter les facteurs facilitants et les obstacles à l'implantation de l'entretien motivationnel ont été réalisées auprès de 330 centres et ressources en dépendance et en santé mentale américains [Amodeo *et al.*, 2013; Amodeo *et al.*, 2011]. En ce qui concerne les facteurs facilitants, les éléments organisationnels tels que la formation et la supervision clinique ont été les plus fréquemment rapportés par les intervenants interrogés au sujet de l'implantation de l'entretien motivationnel. Un des obstacles serait lié au fait que l'approche de réduction des méfaits entre parfois en conflit avec les approches prônant l'abstinence qui peuvent être endossées par certains intervenants et organisations.

Selon les guides de pratique, certains intervenants préfèrent utiliser des interventions motivationnelles en début de traitement afin de favoriser le changement, en les combinant avec des interventions cognitivo-comportementales (voir section 7.1.3) ou d'autres interventions spécialisées, selon les besoins. La formation et la supervision clinique des intervenants sont essentielles [Haber *et al.*, 2009].

7.1.3 Interventions cognitivo-comportementales¹⁸

Bien qu'il en existe plusieurs variantes, les interventions de type cognitivo-comportemental s'appuient généralement sur des éléments communs, comme une analyse fonctionnelle des relations entre les pensées, les comportements et l'utilisation de substances psychoactives, une insistance sur les besoins psychologiques sous-jacents aux comportements inadaptés, l'identification de déclencheurs de la consommation et le développement de stratégies de prévention de la rechute. Ces interventions visent à développer des stratégies d'adaptation pour aider à gérer les situations associées à la consommation, à encourager l'adoption de stratégies alternatives pour réduire la sévérité de certaines problématiques, à mettre en oeuvre des stratégies d'affirmation de soi,

¹⁸ Il est à noter que les expressions « interventions cognitivo-comportementales » et « thérapie cognitivo-comportementale » sont utilisées dans leur sens générique et de façon interchangeable, puisque les informations fournies ne permettent pas de déterminer si celles-ci relèvent ou non de la psychothérapie au sens du PL21.

de résolution des problèmes et de gestion de la colère [NCCMH, 2011b; Haber *et al.*, 2009].

Les interventions cognitivo-comportementales présentées ici sont généralement offertes à raison d'une heure ou moins par semaine. Dans une offre de services externes intensifs, celles-ci doivent donc être combinées avec d'autres interventions et activités. Les interventions appartenant à cette catégorie qui ont été recensées dans le cadre du présent avis sont : la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) individuelle ou de groupe ainsi que la MET/TCC, qui combine des séances de thérapie par renforcement de la motivation et des interventions cognitivo-comportementales. Ces interventions sont décrites à l'annexe J.

a) Données d'efficacité sur les interventions cognitivo-comportementales

Les résultats obtenus dans les revues systématiques indiquent que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) individuelle et de groupe est généralement plus efficace que le traitement usuel en dépendance, le counseling et le groupe de soutien pour adolescents, pour réduire la consommation de substances et les symptômes dépressifs [Deady *et al.*, 2014; Bender *et al.*, 2010; Becker et Curry, 2008]. Selon certaines études, ces interventions combinées à des interventions motivationnelles (MET/TCC) seraient plus efficaces pour diminuer la consommation d'alcool et de drogues des jeunes que les thérapies familiales et la TCC sans la composante motivationnelle [Filges *et al.*, 2015b; Deady *et al.*, 2014; Hogue *et al.*, 2014]. D'autres études indiquent plutôt que ces interventions sont d'efficacité comparable pour : réduire la consommation de cannabis et de substances non opioïdes et les comportements délinquants; améliorer le fonctionnement familial et l'engagement scolaire et vocationnel; améliorer l'implication du jeune dans les activités quotidiennes [Goorden *et al.*, 2016; Filges *et al.*, 2015b; Lindstrøm *et al.*, 2015; Tremblay *et al.*, 2010; Liddle *et al.*, 2009; Becker et Curry, 2008; Liddle *et al.*, 2008].

De même, la littérature recensée indique que la version d'origine de la MET/TCC, comprenant deux séances individuelles d'entretien motivationnel et trois séances de groupe de thérapie cognitivo-comportementale, serait d'efficacité comparable à la version comportant dix séances de groupe de TCC plutôt que deux, pour réduire la consommation de substances [Filges *et al.*, 2015b; Dennis *et al.*, 2004]. L'ajout de deux séances d'éducation parentale s'est également avéré d'efficacité comparable à la version d'origine de la MET/TCC, tant pour la consommation de substances que pour le fonctionnement familial [Filges *et al.*, 2015a]. Par contre, la thérapie de renforcement par la motivation, combinée à la thérapie cognitivo-comportementale (MET/TCC) et à la thérapie de facilitation en 12 étapes¹⁹

¹⁹ Offerte en externe, la thérapie de facilitation en 12 étapes (Twelve Steps Facilitation Therapy (TSF)) est une thérapie brève, structurée et manualisée, qui s'appuie sur des concepts spirituels, comportementalistes et sociaux au cœur des programmes en 12 étapes des Alcooliques Anonymes et des Narcotiques Anonymes. La TSF vise l'abstinence ainsi que

adaptée pour les adolescents, engendrerait une plus longue période d'abstinence que la MET/TCC seule [Kelly *et al.*, 2017]. De même, la thérapie de renforcement par la motivation combinée à la thérapie cognitivo-comportementale (MET/TCC) et au programme de suivi continu ACC (Assertive Continuing Care) favoriserait une meilleure rétention dans le traitement et un pourcentage plus élevé de jours d'abstinence que la MET/TCC seule [Godley *et al.*, 2010]. Ces résultats suggèrent que la combinaison de différentes interventions semble plus efficace pour réduire la consommation de substances chez les jeunes que l'intensification d'une même intervention.

b) Recommandations des guides de pratique

Les interventions cognitivo-comportementales sont recommandées pour la clientèle jeunesse par de nombreux guides de pratique [Mann *et al.*, 2017; NIDA, 2014; Bekkering *et al.*, 2013; Gilvarry *et al.*, 2012; NCCMH, 2011b; Haber *et al.*, 2009; APA, 2006; FQCRPAT, 2006; Bukstein *et al.*, 2005]. Plus spécifiquement, des lignes directrices portant sur les services externes intensifs en dépendance américains rapporte que ces interventions sont appropriées pour les services externes intensifs, car l'environnement de vie de l'utilisateur est souvent rempli de déclencheurs de la consommation, ce qui lui permet de mettre ses habiletés acquises à l'épreuve [CSAT, 2006b].

Les interventions de prévention de la rechute sont suggérées afin d'accompagner le jeune dans l'identification des facteurs déclencheurs de sa consommation, tout en lui donnant les outils pour gérer les situations à risque élevé de consommation. Certains auteurs suggèrent toutefois de bonifier ces interventions en y ajoutant, par exemple, des séances de méditation pour aider la personne à mieux gérer son stress et les périodes de manque [Desrosiers *et al.*, 2010]. Il est recommandé d'adapter la TCC au stade développemental du jeune [Haber *et al.*, 2009; NTA, 2009]. Certains guides recommandent plus spécifiquement la TCC en format individuel pour les jeunes n'ayant pas de comorbidités [Bekkering *et al.*, 2013]. D'autres préconisent plutôt la TCC pour les jeunes de plus de 16 ans avec un trouble d'utilisation lié à l'alcool et des comorbidités limitées, à condition qu'ils aient un bon réseau de soutien social [NCCMH, 2011b].

c) Données d'implantation sur les interventions cognitivo-comportementales

La MET/TCC a été testée auprès de 600 adolescents au cours du grand projet CYT (Cannabis Youth Treatment), un projet subventionné par le *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Center for Substance Abuse Treatment (CSAT)*. Les études sur la MET/TCC indiquent que la composante motivationnelle est très facile à implanter par les intervenants,

l'engagement et la participation à des groupes de soutien et d'entraide une fois par semaine pendant 12 à 15 semaines.

puisque plusieurs d'entre eux intègrent déjà cette philosophie dans leur pratique régulière [Riley *et al.*, 2008]. La facilité d'apprentissage et la supervision clinique ont été mentionnées comme des facteurs facilitant l'implantation du volet cognitivo-comportemental [Amodeo *et al.*, 2013]. Par contre, la difficulté à organiser les séances de groupe à un moment qui convient à tous, à respecter les activités prévues en situation de crise ainsi que la difficulté à transmettre certains contenus aux jeunes, en raison de leurs capacités cognitives limitées (pensée concrète par rapport à pensée introspective) ou de déficits intellectuels, sont considérées comme des barrières à l'implantation de la MET/TCC [Amodeo *et al.*, 2011]. De fait, après un an d'implantation, la quasi-totalité des centres (8 sur 9) offraient six à huit séances de MET/TCC plutôt que les cinq prévues au manuel, incluant des séances avec les parents, et la majorité d'entre eux (6 sur 9) avaient prolongé la durée des séances de 60 à 90 minutes. De plus, en raison de la surreprésentation des garçons dans les groupes, certains centres ont tenu des groupes séparés pour les garçons et les filles. Les intervenants des groupes mixtes étaient plutôt favorables à l'inclusion des filles, en raison de leur pensée plus introspective et leur plus grande facilité à identifier les éléments déclencheurs de leur consommation que les garçons.

Les analyses économiques indiquent que le rapport coût/efficacité de la TCC individuelle, sur le pourcentage de jours sans consommation de cannabis, est plus avantageux que celui de la thérapie familiale fonctionnelle (FFT) [French *et al.*, 2008]. Sur une période de 12 mois, la MET/TCC comptant cinq séances présenterait quant à elle un meilleur rapport coût/efficacité par jour d'abstinence au cannabis et par personne rétablie, que la MET/TCC12 et que le programme par renforcement de la communauté A-CRA [Dennis *et al.*, 2004]. Il est à noter toutefois que ces résultats sont basés sur des moyennes et ne tiennent pas compte des différences individuelles dans la réponse au traitement ainsi que du fait que, d'un point de vue clinique, certains jeunes ont bénéficié ou bénéficieraient d'un nombre plus élevé de rencontres. Le principe d'ajustement de la durée des traitements en fonction de l'évolution des symptômes ciblés pour chaque jeune et de sa réponse au traitement devrait donc conserver sa primauté.

Une version adaptée de la MET/TCC a été implantée au Québec dans le cadre de l'intervention « Traitement pour les Utilisateurs de Marijuana à l'Adolescence (TUMA) », offerte par la Clinique Réseau Jeunesse de l'Institut Philippe-Pinel, de Montréal, aux adolescents âgés de 12 à 18 ans. Toutefois, aucune étude d'implantation de ce programme n'a été recensée dans le cadre de nos travaux.

7.1.4 Thérapies familiales²⁰

Bien qu'issues de modèles théoriques variés, les thérapies familiales en dépendance ont pour objectif de modifier les éléments du fonctionnement familial

²⁰ Les informations fournies dans les études d'efficacité suggèrent que les thérapies familiales investiguées relèvent de la psychothérapie au sens du PL21.

qui font obstacle à la réadaptation du jeune et à son épanouissement. Elles visent à outiller la famille pour qu'elle soit en mesure de faire face aux difficultés liées à la consommation du jeune et de lui offrir un soutien adéquat. Les thérapies familiales consistent à donner de l'information sur la consommation de substances, afin d'encourager la motivation et l'engagement du jeune et de sa famille, à outiller les parents pour accompagner l'adolescent dans son processus de réadaptation, à améliorer les pratiques parentales et la communication intrafamiliale ainsi qu'à encourager le traitement des personnes de la famille qui auraient également une consommation problématique [Bukstein *et al.*, 2005]. Ces thérapies peuvent comprendre, entre autres, les membres de la famille nucléaire ou étendue, le conjoint ou partenaire, les frères et sœurs, les grands-parents et les tuteurs responsables du jeune [NTA, 2009; APA, 2006].

Les thérapies familiales recensées susceptibles d'être intégrées dans un mode de dispensation par cumul d'interventions et d'activités coordonnées sont :

- la thérapie familiale stratégique brève (Brief Strategic Family Therapy – BSFT);
- la thérapie familiale comportementale pour adolescents (Adolescent Focused Family Behavioral Therapy – FBT);
- la thérapie familiale fonctionnelle (FFT);
- la thérapie familiale basée sur l'écologie (Ecologically Based Family Therapy – EBFT).

Ces interventions sont décrites en détail à l'annexe K.

a) Données d'efficacité sur les thérapies familiales

Les résultats obtenus dans les revues systématiques indiquent que les différentes thérapies familiales (BSFT, EBFT, FBT et FFT) sont plus efficaces que le traitement usuel en dépendance, le counseling de soutien et le groupe de soutien pour adolescents, pour réduire la consommation de substances chez les jeunes [Lindstrøm *et al.*, 2015; Hogue *et al.*, 2014; Tanner-Smith *et al.*, 2013; Baldwin *et al.*, 2012; Bender *et al.*, 2010; Waldron et Turner, 2008].

La thérapie familiale stratégique brève (BSFT) et la thérapie familiale fonctionnelle (FFT) ont été associées à de meilleurs taux d'engagement et de rétention dans le traitement, à une plus grande amélioration du fonctionnement familial et à une plus grande réduction des comportements problématiques intériorisés et extériorisés chez les jeunes que le traitement usuel en dépendance [Hogue *et al.*, 2015; Robbins *et al.*, 2011]. La thérapie familiale comportementale pour adolescents (FBT) a également été associée à un meilleur fonctionnement familial que la thérapie cognitivo-comportementale, mais jugée d'efficacité comparable concernant l'emploi, les comportements à risque et les arrestations [Lindstrøm *et al.*, 2015].

b) Recommandations des guides de pratique

En raison des facteurs de risque familiaux associés à la consommation, les thérapies familiales ont fait l'objet d'un grand nombre d'études et obtiennent de nombreux appuis de la part des guides de pratique, pour le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances chez les jeunes [CCLT, 2016; ADAI, 2015; Haber *et al.*, 2009; APA, 2006; CSAT, 2006b; CSAT, 2006]. Les guides recommandent que les thérapies familiales stratégiques brèves et fonctionnelles (BSFT et FFT) soient offertes aux jeunes ayant des comorbidités sévères ou un réseau social limité [Gilvarry *et al.*, 2012; NCCMH, 2011b]. La BSFT serait quant à elle particulièrement indiquée pour les jeunes présentant des comportements perturbateurs. Des rencontres bimensuelles pendant trois mois sont suggérées par le National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) [2011b], dans l'objectif d'améliorer les relations familiales, d'impliquer et soutenir la famille et de mettre à contribution le réseau de soutien social plus large, y compris celui du système éducatif.

La thérapie familiale fonctionnelle (FFT) est appuyée par la plupart des guides de pratique qui l'ont évaluée [CEBC, 2018b; Mann *et al.*, 2017; ADAI, 2015; Gilvarry *et al.*, 2012; NCCMH, 2011b]. Selon le NCCMH [2011b], des rencontres devraient être planifiées sur trois mois par du personnel en santé ou en services sociaux, pour engager et motiver la famille à participer au traitement, promouvoir le changement de certains comportements au sein de la famille et d'autres contextes, comme le contexte scolaire, et améliorer les capacités de résolution de problème à l'aide de formation parentale et en communication.

La thérapie familiale comportementale (FBT) est considérée comme efficace par deux instances d'évaluation de traitements des dépendances, et notamment pour la cohésion familiale et la consommation de substances en général. Cependant, le National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP) considère que la FBT a un effet négligeable sur le comportement délinquant et les problèmes de santé mentale, mais qu'elle est prometteuse pour réduire les troubles liés à l'utilisation d'alcool et les symptômes de dépression, de même que pour améliorer le fonctionnement global [CEBC, 2017a; ADAI, 2015; NREPP, 2015].

c) Données d'implantation sur les thérapies familiales

Comme il a été mentionné précédemment, malgré les preuves d'efficacité en faveur des thérapies familiales, plusieurs obstacles à leur implantation ont été documentés dans la littérature, dont les coûts liés à la certification des thérapeutes. Selon les parties prenantes consultées et le guide de pratique ADAPTE-Youth [Bekkering *et al.*, 2013], certains jeunes et certaines familles se montreraient également réticents à ce que le fonctionnement familial soit un objectif d'intervention. Selon certaines parties prenantes, l'implication des familles, sans intervention soutenue, serait suffisante dans plusieurs cas. L'idée qu'un travail avec la famille ajoute de la valeur à l'intervention semble toutefois faire consensus [Gilvarry *et al.*, 2012]. Un consensus d'experts canadiens et québécois

recommande d'ailleurs d'inclure des services aux familles dans les services externes en dépendance, même en l'absence de traitement pour l'adolescent [Tremblay *et al.*, 2015].

Résumé des éléments en appui à l'orientation clinique 11

La littérature recensée indique qu'au-delà du type d'intervention, le recours à des interventions basées sur des modèles théoriques reconnus, l'implication des parents et la supervision hebdomadaire des intervenants contribuent à l'efficacité du traitement.

Les études recensées sur l'efficacité des interventions motivationnelles ou cognitivo-comportementales et des thérapies familiales révèlent que celles-ci sont plus efficaces que les listes d'attente et le traitement usuel en dépendance, pour réduire la consommation de substances psychoactives chez les jeunes. Ces interventions sont recommandées par les guides de pratique pour : engager le jeune dans le traitement; réduire la consommation de substances; agir sur les facteurs familiaux et environnementaux associés à la consommation et prévenir la rechute.

Il est à noter toutefois que peu de différences significatives ont été relevées de façon constante en faveur de l'une ou l'autre de ces interventions. Les études recensées indiquent cependant que le rapport coût-efficacité de la MET/TCC, combinant la thérapie par renforcement de la motivation à des interventions cognitivo-comportementales, serait particulièrement avantageux.

7.2. Mode de dispensation par programmes structurés familiaux ou de groupe

Orientation clinique 12 : Mode de dispensation par programmes structurés familiaux ou de groupe

Dans une offre de services externes intensifs, le mode de dispensation basé sur des programmes structurés familiaux ou de groupe permet d'offrir des interventions et des activités dans un cadre clinique où celles-ci sont combinées de façon cohérente, explicite et structurée.

Selon la littérature recensée, les programmes structurés familiaux ou de groupe sont particulièrement efficaces pour intervenir auprès des jeunes présentant des profils cliniques complexes dus, notamment, à la présence concomitante de troubles de santé mentale ou de troubles du comportement.

Les programmes structurés familiaux dont l'efficacité a été démontrée dans le cadre de nos travaux sont :

- la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT);
- la thérapie familiale multisystémique (MST);

- la thérapie familiale basée sur les forces (SOFT).

Les programmes structurés de groupe dont l'efficacité a été démontrée dans le cadre de nos travaux sont :

- le programme de renforcement par la communauté pour adolescents (A-CRA/ACC);
- le programme Seeking Safety;
- le programme Chestnut Bloomington Outpatient Program (CBOP);
- le programme Seven Challenges.

Ces programmes sont décrits en détail aux annexes L et M.

7.2.1 Les thérapies familiales MDFT, MST et SOFT

a) Données d'efficacité sur les thérapies familiales MDFT, MST et SOFT

La MDFT est composée de six séances individuelles avec le jeune, trois avec les parents et six avec toute la famille. Elle est généralement offerte à raison de deux séances par semaine de 90 minutes chacune, réparties sur une période de quatre mois. La MDFT a été largement étudiée, en raison notamment d'un financement important en appui à son implantation aux États-Unis.

Dans l'ensemble, les revues systématiques et méta-analyses recensées indiquent que la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT) est d'efficacité comparable ou légèrement supérieure aux traitements usuels en dépendance et autres interventions, pour réduire la consommation chez les jeunes [Van der Pol *et al.*, 2017; Filges *et al.*, 2015c; Baldwin *et al.*, 2012; Bender *et al.*, 2010; Becker et Curry, 2008]. La MDFT présente cependant de nombreux bénéfices additionnels. Plusieurs études indiquent, entre autres, que celle-ci est supérieure aux autres interventions en dépendance pour intervenir auprès des jeunes ayant des troubles liés à l'utilisation plus sévères et des profils cliniques complexes, tels que des comportements délinquants et des troubles de santé mentale [Van der Pol *et al.*, 2017; Henderson *et al.*, 2016; Rigter *et al.*, 2013; Tripodi *et al.*, 2010]. Les autres bénéfices documentés en faveur de la thérapie familiale multidimensionnelle sont :

- une plus grande rétention dans le traitement et des taux de traitements complétés plus élevés [Filges *et al.*, 2015c; Rigter *et al.*, 2013; Liddle *et al.*, 2009];
- une plus grande réduction des symptômes de dépendance et de sevrage [Rigter *et al.*, 2013];
- une plus grande amélioration de la qualité de vie et une plus grande réduction des symptômes anxieux et dépressifs [Liddle *et al.*, 2008];

- un meilleur maintien des gains aux suivis de 6 et 12 mois sur la consommation de cannabis et autres drogues [Bender *et al.*, 2010; Liddle *et al.*, 2009; Liddle *et al.*, 2008];
- un meilleur maintien des gains au suivi de 12 mois sur les comportements délinquants et extériorisés et la détresse psychologique [Dakof *et al.*, 2015; Liddle *et al.*, 2009].

Il semble par contre que les effets de la MDFT sur le fonctionnement familial sont comparables ou légèrement supérieurs à ceux engendrés par les autres traitements [Van der Pol *et al.*, 2017; Filges *et al.*, 2015b].

La thérapie familiale multisystémique (MST) a pour sa part été conçue spécifiquement pour les jeunes ayant des troubles de conduite et des troubles liés à une substance. L'intervention vise à cibler les facteurs au sein de la famille et des réseaux d'influence du jeune qui semblent contribuer à son comportement antisocial, et à intervenir auprès de ces réseaux pour influencer le comportement du jeune. Elle est dispensée à raison d'une à cinq séances par semaine, sur une période de trois à cinq mois, et comprend des services téléphoniques 24/7. Les revues systématiques recensées indiquent que la MST est d'efficacité comparable ou légèrement supérieure aux traitements usuels et autres interventions en dépendance, pour réduire la consommation de substances chez les jeunes [Baldwin *et al.*, 2012; Becker et Curry, 2008]. Elle serait par contre plus efficace que le traitement usuel pour réduire les troubles de conduite [Baldwin *et al.*, 2012].

La thérapie familiale basée sur les forces (SOFT) a été conçue par des travailleurs sociaux pour des adolescents ayant des troubles liés à l'utilisation de substances. Elle combine une intervention motivationnelle familiale avant le début du traitement, des interventions familiales axées sur la résolution de problèmes, des interventions de groupe multi-familiales et des interventions ciblées selon les caractéristiques de la famille. La thérapie familiale SOFT comprend cinq séances de thérapie familiale de deux heures, sur une période de 12 semaines, et dix séances hebdomadaires de deux heures dispensées à des groupes réunissant plusieurs familles. La seule étude recensée ici sur l'efficacité de la thérapie familiale basée sur les forces indique qu'elle est d'efficacité comparable au programme structuré Seven Challenges, pour réduire la consommation de substances chez les jeunes ayant commis des actes délinquants [Smith *et al.*, 2006].

b) Recommandations des guides de pratique

Selon l'European Addiction Research (EAR), les thérapies familiales MDFT et MST devraient également être proposées aux jeunes ayant des troubles de l'usage de l'alcool [Mann *et al.*, 2017]. De toutes les thérapies familiales, la MDFT est celle qui est appuyée par le plus grand nombre de guides [CEBC, 2018a; Mann *et al.*, 2017; ADAI, 2015; Gilvarry *et al.*, 2012; NCCMH, 2011b]. Elle est plus spécifiquement recommandée pour les jeunes présentant un abus d'alcool et des comorbidités importantes ou un soutien social limité [Bekkering *et al.*, 2013]. La

thérapie familiale MDFT est suggérée non seulement pour réduire la consommation de substances, mais également pour atténuer les problématiques associées et les comportements perturbateurs. Le NCCMH [2011b] recommande entre 12 à 15 séances échelonnées sur une période de 12 semaines.

La thérapie familiale multisystémique est aussi recommandée par certains guides pour traiter les troubles liés à l'utilisation d'alcool et de substances en général chez les adolescents [Mann *et al.*, 2017; NCCMH, 2011b]. La thérapie familiale SOFT est rarement abordée dans les guides de pratique recensés ici. Celle-ci est toutefois considérée comme prometteuse par l'ADAI [2015] et le NCCMH [2011b].

c) Données d'implantation sur les programmes structurés familiaux

D'abord implantée en 1985 aux États-Unis, la thérapie familiale MDFT a depuis été mise en oeuvre dans divers milieux culturels, socioéconomiques et géographiques et dans plusieurs pays, dont la France, la Belgique, l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse. De même, la thérapie multisystémique (MST) est implantée dans 15 pays, dont le Royaume-Uni, la Suède et le Canada, et dans 34 États américains. Élaboré dans le cadre d'un projet de cinq ans pour développer les traitements pour adolescents dans deux comtés ruraux et semi-ruraux en Iowa, un rapport préliminaire rapporte que 57 % des jeunes ont achevé le traitement, soit 12 % de plus que le traitement du groupe de comparaison [Smith et Hall, 2008].

Les obstacles à l'implantation des thérapies manualisées mentionnées précédemment s'appliquent plus particulièrement aux thérapies familiales multidimensionnelle (MDFT) et multisystémique (MST) [Hogue *et al.*, 2015]. Ces obstacles sont : a) le coût élevé pour la formation et la certification des thérapeutes; b) leur manque de flexibilité et la contre-indication à leur implantation partielle et à l'utilisation de certaines composantes comme interventions auxiliaires; et c) leur manque de pérennité, dû à la difficulté de maintenir à long terme et dans la pratique régulière, les procédures de contrôle de la fidélité au traitement, à la démoralisation du personnel face à l'évaluation de leur performance clinique par des agents extérieurs et à la diminution de l'engagement du pourvoyeur. Or, selon les concepteurs de la MST, l'efficacité de celle-ci dépendrait largement de la fidélité au traitement. Selon Littell [2006], cependant, cette conclusion a été avancée par les concepteurs de la thérapie familiale MST, dans une étude ontarienne indépendante (étude non publiée) pour expliquer l'absence de différence significative entre celle-ci et le traitement usuel. Les résultats obtenus dans l'étude de Hogue [2008] indiquent par ailleurs que la fidélité au traitement manualisé a été associée à une plus grande réduction de la consommation de substances dans le groupe traité avec la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), mais pas dans le groupe traité avec la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT). Les résultats obtenus dans cette étude révèlent également que pour ces deux thérapies (TCC et MDFT), un niveau de fidélité au traitement intermédiaire est plus efficace pour réduire les troubles intériorisés qu'un niveau de fidélité élevé. Par contre, un niveau de fidélité élevé s'est avéré plus efficace pour intervenir sur les troubles extériorisés.

Les analyses économiques recensées indiquent quant à elles que le coût moyen par semaine associé à l'implantation de la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT) et de deux autres interventions manualisées (MET/TCC et programme structuré de groupe A-CRA) est similaire au coût moyen rapporté pour les traitements usuels en dépendance, ou inférieur à ce dernier [Diamond *et al.*, 2006b]. Cette analyse est basée sur les coûts liés à une formation initiale de deux jours et deux heures de supervision hebdomadaire, au monitoring régulier de la fidélité au traitement, à la présence d'un coordonnateur et d'un superviseur clinique certifié dans chacun des centres ainsi qu'à un suivi de 8 à 12 jeunes/familles par intervenant et une durée de traitement d'environ trois mois. La thérapie familiale MDFT présenterait toutefois un moins bon rapport coût/efficacité par jour d'abstinence et par personne rétablie que la MET/TCC d'origine comportant cinq séances et que le programme de renforcement par la communauté A-CRA [Dennis *et al.*, 2004]. Par contre, le coût annuel total de la MDFT serait équivalent à celui de la TCC individuelle lorsque les coûts liés à la délinquance et à la criminalité sont pris en compte [Goorden *et al.*, 2016].

La thérapie familiale multisystémique a grandement influencé le programme CAFE (Crise-Adolescents-Famille-Enfance, [Pauzé *et al.*, 2017]). Créé en 1999 et cité comme pratique exemplaire par le MSSS, ce programme a pour objectifs d'intervenir auprès de familles en crise et de prévenir le placement des jeunes en milieu substitut. On mentionnera également le programme Alliance Famille [Bujold, 2017], un programme systémique d'intervention familiale implanté au CISSS de Laval, dont l'objectif est notamment d'intervenir auprès de familles d'adolescents consommateurs, dans un contexte où elles sont souvent contraintes de recevoir des services. L'intervention vise à mettre fin aux situations de compromission et à réduire la consommation ou l'abstinence du parent ou de l'adolescent par l'amélioration du fonctionnement familial. Les rencontres peuvent avoir lieu dans des milieux de vie tels que l'école, un parc, le centre de réadaptation, et le suivi en réadaptation peut durer de quelques mois à environ deux ans avec une intensité variable. Ce programme se caractérise également par un important travail de partenariat, une collaboration interdisciplinaire continue et une approche intégrée des expertises. Les résultats rapportés par Bujold [2017] sur la perception de ce programme par les familles, les intervenants d'Alliance-Famille, les collaborateurs et les référents²¹ indiquent une grande satisfaction de la part de ceux-ci en ce qui concerne les ses composantes. Les familles rapportent, pour la majorité d'entre elles, une amélioration des relations familiales et des objectifs thérapeutiques visés. Deux familles sur six ont toutefois mentionné avoir vécu de l'inconfort lors des périodes d'observation.

²¹ Les référents sont les personnes qui disposent du pouvoir de contrainte et peuvent provenir de la protection de la jeunesse, de la pédopsychiatrie ou du CRD de Laval.

7.2.2 Les programmes de renforcement par la communauté (A-CRA) et Seeking Safety

a) Données d'efficacité sur les programmes Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) et Seeking Safety

Le programme de renforcement par la communauté A-CRA adapté aux adolescents est composé de dix séances individuelles, de deux séances avec les parents et de deux séances avec toute la famille, réparties sur une période de 12 à 14 semaines. Il est généralement combiné avec le programme de gestion de cas continu ACC comprenant 12 à 14 visites hebdomadaires à domicile. Deux études sur l'efficacité du programme A-CRA ont été recensées [Dennis *et al.*, 2004]. La première indique que celui-ci est d'efficacité comparable à la MET/TCC comptant de 5 et 12 séances et à la thérapie familiale MDFT sur le pourcentage de jours d'abstinence au cannabis et le pourcentage de jeunes en rémission après 12 mois. La seconde étude mentionne que le pourcentage de jeunes en rémission est significativement plus élevé pour le programme A-CRA (40 %) que pour la MET/TCC5 (18 %) et la thérapie familiale MDFT (22 %); par conséquent, l'A-CRA présente un meilleur rapport coût/efficacité.

Le programme Seeking Safety s'adresse aux personnes dépendantes aux psychotropes et ayant un trouble de stress post-traumatique. Ce programme, basé sur le modèle cognitivo-comportemental, comprend 25 modules dispensés de façon flexible, en format individuel et de groupe pouvant être échelonnés sur une période de six mois. Son efficacité est bien documentée chez les adultes, mais très peu chez les jeunes. Les résultats d'une étude de Najavits [2006], réalisée auprès de 33 adolescentes victimes d'abus sexuel et d'abus physique, indiquent que les participantes aux 12 séances du programme Seeking Safety ont présenté une plus grande amélioration que le traitement usuel (incluant, à des degrés variables, de la médication, de la psychothérapie et du groupe d'entraide) sur la consommation de substances et les symptômes du stress post-traumatique (d de Cohen variant entre 0,37 et 1,17). Par contre, aucune différence significative n'a été observée sur la satisfaction des adolescentes envers le traitement. Une étude pilote menée auprès de neuf jeunes adultes canadiens-français (18-25 ans), avec une version francophone du programme suggère que ce dernier est prometteur et efficace en contexte de groupe. Des améliorations significatives ont été observées en ce qui concerne les symptômes traumatiques, la consommation d'alcool et le fonctionnement général (d de Cohen de 1,33, 1,24 et 1,11 respectivement, en contexte de groupe). En revanche, les résultats de l'étude indiquent que la prestation de soins individuels et la consommation de drogues en contexte de groupe n'ont pas connu d'amélioration significative, malgré une tendance dans ce sens.

b) Recommandations des guides de pratique

Le programme A-CRA est considéré comme efficace par l'ADAI [2015] et reçoit également un appui du CEBC [2018c] sur la base de données de recherche. Il est

également recommandé par l'APA [2006] et le NCCMH [2011b] pour les troubles liés à l'usage de l'alcool. Le Registre national des pratiques et des programmes fondés sur des données probantes [NREPP, 2014] estime la combinaison A-CRA/ACC efficace pour réduire la consommation de substances et pour les personnes ayant des troubles mentaux ou un trouble concomitant de santé mentale et d'usage d'une substance. Il juge l'A-CRA/ACC prometteur pour les troubles de l'usage de l'alcool et au cannabis.

L'efficacité du programme Seeking Safety est quant à elle bien documentée chez les adultes. Ce programme est jugé prometteur pour intervenir auprès des adolescents pour traiter les personnes avec un trouble concomitant de stress post-traumatique et de dépendance [CEBC, 2017b; ADAI, 2015].

c) Données d'implantation sur les programmes A-CRA et Seeking Safety

L'A-CRA a été implanté dans près de 270 organisations aux États-Unis et dans d'autres pays. Comme pour les autres traitements manualisés, les barrières à l'implantation du programme A-CRA portent sur : les exigences élevées pour la formation et la certification, lesquelles requièrent l'apprentissage et la maîtrise de 17 compétences; la mesure de la fidélité au traitement; la rigidité du modèle; le manque d'adaptation culturelle; la difficulté à impliquer la famille et à travailler avec elle ainsi qu'à engager les jeunes dans le traitement [Amodeo *et al.*, 2011].

L'analyse économique de Diamond et ses collaborateurs indique que le coût moyen par semaine associé à l'implantation du programme A-CRA est similaire ou inférieur au coût moyen rapporté pour les traitements usuels en dépendance [Diamond *et al.*, 2006b]. Comme il a été mentionné précédemment, certaines études montrent que le programme A-CRA présente un meilleur rapport coût-efficacité par jour d'abstinence au cannabis et par personne rétablie après 12 mois que la MET/TCC5 et la thérapie familiale MDFT [Dennis *et al.*, 2004].

Le programme Seeking Safety a été créé avec l'intention d'être flexible et abordable. Le site Web du programme mentionne qu'en vingt ans d'existence, sa version dispensée aux adultes est efficace même lorsque le manuel est utilisé seul et sans formation. Le programme peut être administré en groupe ou en individuel, dans tout type de milieu d'intervention, et sa durée est flexible. De plus, les 25 thématiques sont indépendantes les unes des autres, ce qui favorise l'inscription en continu des jeunes pour lesquels la persistance dans le traitement représente un défi. L'approche Seeking Safety a été implantée auprès de populations variées (adolescents et adultes; de sexe masculin ou féminin; issus de diverses communautés ethnoculturelles; de personnes ayant des déficiences cognitives ou des comorbidités, des démêlés avec la justice, etc.) [Najavits *et al.*, 2006]. Par ailleurs, selon les études d'implantation recensées par Najavits [2009], des améliorations significatives sont observées même lorsque les 25 modules n'ont pas tous été offerts.

Une adaptation québécoise du programme Seeking Safety, « Maître de sa vie », est implantée dans un centre Portage du Québec depuis 2013, auprès d'une

clientèle adulte, sous une modalité de groupe. L'intervention y est offerte par une intervenante d'expérience en dépendance qui a bénéficié de formations d'appoint et d'une supervision clinique. Le programme comporte six ateliers non mixtes de 2 h 30 chacun, offert sur six semaines, dans lesquels la consommation de substances et l'état de stress post-traumatique sont abordés de façon intégrée. Les résultats obtenus dans l'évaluation du programme laissent sous-entendre que le programme Maître de sa vie a des effets positifs sur les symptômes post-traumatiques et sur les mécanismes d'adaptation au stress. Par ailleurs, les participants ont rapporté être satisfaits de l'ensemble des ateliers, qu'ils auraient souhaité plus longs et plus nombreux [Laventure *et al.*, 2016].

7.2.3 Les programmes Chestnut Bloomington Outpatient (CBOP) et Seven Challenges

a) Données d'efficacité sur les programmes Chestnut Bloomington et Seven Challenges

Le programme Chestnut Bloomington est un service de réadaptation externe intensif pour les jeunes, où les activités sont presque exclusivement offertes en groupe, et incluent entre autres de l'éducation psychologique et de la prévention de la rechute à l'aide de mises en situation, des interventions individuelles et familiales ainsi que des activités récréatives. Ce programme intègre les concepts des programmes en 12 étapes et est dispensé à raison de trois séances de groupe par semaine, de 35 à 40 minutes chacune, offertes généralement après l'école ou en début de soirée. Les études d'efficacité recensées indiquent que le programme Chestnut Bloomington est plus efficace que la MET/TCC, comptant cinq séances enrichies de deux séances d'éducation parentale (MET/TCC7), pour augmenter le pourcentage de jours d'abstinence à l'alcool (10,6 versus 5,0). Le programme Chestnut Bloomington serait toutefois d'efficacité comparable à la MET/TCC7 et à la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT), pour réduire la consommation de cannabis et autres substances non opiacées [Filges *et al.*, 2015b; Godley *et al.*, 2010]. Enfin, le taux de rétention dans le programme Chestnut Bloomington s'est avéré inférieur à celui de la MET/TCC7 (49 % c. 73 %), de même que le taux de congés planifiés (53 % c. 71 %) [Godley *et al.*, 2010].

Pour sa part, le programme Seven Challenges est inspiré d'une approche basée sur les forces et la réduction des méfaits. Bien que manualisé, il combine, de façon flexible et selon les besoins du jeune, des activités de groupe, du suivi individuel et des interventions familiales ou multifamiliales. La durée et la fréquence des rencontres sont également souples, mais comptent généralement un minimum de 90 minutes d'intervention par semaine pour les cas moins sévères. L'étude d'efficacité recensée indique que le programme Seven Challenges, comptant cinq séances individuelles d'une heure avec l'adolescent et dix séances de groupe de deux heures sur une période de 12 semaines, est d'efficacité comparable à la thérapie familiale SOFT pour réduire la consommation de substances [Smith *et al.*,

2006]. Le pourcentage de jeunes ayant complété le traitement s'est toutefois avéré légèrement moindre pour le programme Seven Challenges que pour la thérapie familiale SOFT (45 % c. 57 %).

b) Recommandations des guides de pratique

Le programme Chestnut Bloomington est considéré comme prometteur pour le traitement des troubles de l'usage d'une substance chez les jeunes [ADAI, 2015]. De façon plus générale, les activités de groupe, qui sont au cœur de ce programme, demeurent une modalité recommandée par de nombreux guides, en raison de l'effet d'entraînement du groupe et du renforcement social positif provenant des discussions entre pairs [Cacciola *et al.*, 2015; NASADAD, 2014; Caldwell, 2010; APA, 2006]. Toutefois, selon les guides de pratique recensés, certains membres du groupe peuvent également avoir une influence négative sur le processus de rétablissement d'autres jeunes. Par ailleurs, parce que les adolescentes présentent certaines vulnérabilités spécifiques, telles que l'exploitation sexuelle, et qu'elles sont susceptibles d'avoir des problèmes de consommation et de santé mentale plus sévères que les adolescents, elles profiteraient davantage des interventions individuelles dans certaines situations [NIDA, 2014; Caldwell, 2010; NTA, 2008; CSAT, 2006b]. Mentionnons qu'il est également recommandé d'éviter de mettre les plus jeunes dans des contextes de groupe avec des jeunes plus âgés, qui ne sont pas au même stade de développement qu'eux [NASADAD, 2014; Caldwell, 2010; APA, 2006; CSAT, 2006b; FQCRPAT, 2006].

Comme le programme Chestnut Bloomington, le programme Seven Challenges est jugé prometteur pour le traitement des troubles de l'usage d'une substance chez les jeunes [CEBC, 2016; ADAI, 2015].

c) Données d'implantation sur le programme Chestnut Bloomington Outpatient Program (CBOP) et Seven Challenges

Le programme Chestnut Bloomington a été élaboré sur environ 15 ans et implanté dans au moins 35 États américains, par plus de 300 organisations et services, ainsi qu'au Canada et à Porto Rico. Il s'appuie sur un réseau de partenariat comptant plus de 80 institutions locales, incluant les milieux scolaire, hospitalier, judiciaire, de protection de la jeunesse et communautaire. Tous les intervenants qui offrent une intervention directe dans le cadre du programme (conseiller, travailleur social, spécialiste en dépendance) sont certifiés ou en cours d'acquisition d'une certification, qui devra être obtenue d'ici la fin de la deuxième année en emploi. Une supervision clinique hebdomadaire par un spécialiste du programme, du niveau universitaire de la maîtrise, est également requise.

Bien que plus intensif, le programme Chestnut Bloomington présenterait un meilleur rapport coût/efficacité par jour d'abstinence et par personne rétablie que la MET/TCC comptant cinq séances et deux séances d'éducation parentale

(MET/TCC7) [Godley *et al.*, 2010]. Aucune étude sur l'implantation du programme Seven Challenges n'a été recensée dans le cadre de nos travaux.

Résumé des éléments en appui à l'orientation clinique 12

La littérature recensée indique que les programmes structurés familiaux investigués sont particulièrement efficaces pour réduire la consommation de substances chez les jeunes présentant des profils cliniques complexes, en raison notamment de la présence de troubles de santé mentale ou de comportements comorbides.

Les bénéfices cliniques obtenus dans le cadre des programmes structurés familiaux ou de groupe sont observés non seulement au regard de la consommation de substances, mais également dans d'autres sphères de la vie du jeune et sont généralement maintenus à plus long terme.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans la continuité de travaux antérieurs ayant soulevé des disparités dans l'accessibilité ou la disponibilité de ressources spécialisées en dépendance pour la clientèle jeunesse, et plus spécifiquement quant à l'absence relative d'un niveau intermédiaire de services entre ceux dits réguliers offerts en externe et ceux avec hébergement, le présent avis vient mettre l'accent sur les composantes essentielles à considérer dans le déploiement de services externes intensifs. Ainsi, si certaines caractéristiques sont spécifiques aux services externes intensifs (par exemple, les caractéristiques de la clientèle susceptibles de bénéficier de ces services ou les modes de dispensation des interventions), d'autres, comme la création d'un lien de confiance avec le jeune ou l'importance de la coordination des interventions, des services et des intervenants demeurent généraux et peuvent s'appliquer à l'ensemble des interventions en dépendance.

En cohérence avec les principes directeurs du PAID, l'avis souligne l'importance de la primauté de la personne, en soutenant une offre de services suffisamment souple pour en faciliter l'accès et pour en moduler l'intensité en fonction des besoins et de la motivation des jeunes concernés. Les travaux ont ainsi conduit à la formulation de 5 principes directeurs et 12 orientations cliniques.

Quels sont les principes directeurs d'une offre de services externes intensifs?

- 1) Les services externes intensifs en dépendance placent le jeune au cœur de l'intervention et privilégient le fait que celle-ci soit centrée sur ses besoins, ses forces, ses capacités et ses aspirations, tout en prenant en compte les ressources de son environnement.
- 2) Les services externes intensifs sont offerts en collaboration avec la famille et les personnes significatives de l'entourage du jeune.
- 3) Ils visent à susciter et maintenir l'engagement du jeune.
- 4) Ils s'inscrivent dans une perspective de réduction des méfaits.
- 5) Les services externes intensifs sont complémentaires à l'offre de services destinée à la clientèle jeunesse et sont coordonnés en concertation avec les autres services dont bénéficie le jeune.

Quels sont les principaux éléments à considérer lors de l'évaluation et de l'orientation du jeune vers les services externes intensifs (orientations 1, 2, 3) ?

L'accès aux services externes intensifs repose sur une évaluation réalisée par le MAJT à l'aide d'un outil clinique reconnu, tel que l'IGT-ADO. Les parties prenantes et les guides recommandent d'évaluer l'interaction entre les habitudes de consommation, les sphères de vie du jeune et l'impact de la consommation sur celles-ci. Le niveau de motivation du jeune, le soutien offert par son

environnement, la présence de troubles médicaux ou psychologiques et le meilleur intérêt du jeune doivent aussi permettre de l'orienter vers l'intensité de services appropriée.

Par ailleurs, une réévaluation de l'atteinte des objectifs cliniques en cours de suivi, dans les différents niveaux de service (externes et avec hébergement), permet l'ajustement du niveau d'intensité en réorientant le jeune vers des services externes intensifs.

L'importance d'offrir rapidement des services ressort également des travaux. Dans les cas où une attente de traitement est inévitable, le soutien actif d'un intervenant est encouragé afin de favoriser le maintien de l'engagement du jeune. De plus, la facilité d'accès à un transport est considérée comme un préalable par les jeunes pour favoriser leur engagement et leur persistance dans le traitement. La nécessité d'avoir un horaire flexible, pour ceux dont l'emploi du temps ne permet pas d'accéder aux services aux heures régulières, est aussi mentionnée. De plus, des rencontres dans leurs milieux de vie, et non seulement à l'école, sont recommandées puisque certains jeunes ne sont pas disposés à se rendre dans les lieux offrant les services ou d'autres craignent la stigmatisation.

Quelles sont les dimensions cliniques à considérer dans la prise en charge de la clientèle jeunesse (orientations 4, 5, 6, 7)?

La recension de la littérature et les consultations auprès d'intervenants et de gestionnaires ont permis de recueillir indirectement de l'information sur la perception des jeunes et de leurs proches ayant vécu une expérience des services externes en dépendance. Ces données soulignent que la participation de la famille ou de proches significatifs est un facteur qui contribue positivement à l'efficacité du traitement.

De plus, la prise en compte dans les PI ou PSI d'objectifs relatifs au développement des compétences du jeune, la réponse à ses besoins sur le plan de la santé physique et mentale ainsi que son développement psychosocial est fortement recommandée. Les propos rapportés dans la littérature indiquent également le désir des jeunes d'être accompagnés par un intervenant dans la création d'un réseau de pairs positifs et la participation à des activités non liées à la consommation.

Quels sont les éléments à considérer dans l'intensité du suivi à offrir aux jeunes (orientations 8 et 9)?

Si certains guides et consensus d'experts recommandent un nombre précis d'heures d'intervention à offrir par semaine, il est important de souligner que la plupart des guides de pratique recensés recommandent d'établir et de moduler l'intensité et la durée du suivi en fonction de la sévérité et de la complexité des difficultés présentées par le jeune, sa mobilisation et sa réponse au traitement.

Les données recueillies encouragent ainsi au dépassement d'un découpage traditionnel des services de réadaptation en dépendance, en visant plutôt un

ajustement en continu du niveau d'intervention en fonction des besoins de chaque jeune. Cette approche repose sur la primauté des besoins du jeune et de sa famille. Elle peut impliquer une transformation des pratiques et des défis au niveau organisationnel. Il s'agit notamment ici de réduire au minimum les exigences administratives liées aux transitions entre les services ainsi que lors de la réadmission d'un jeune dans un service. De plus, la littérature ainsi que les parties prenantes consultées soulignent l'importance de la continuité relationnelle entre l'intervenant et le jeune dans ce continuum de services.

Quels sont les modes de dispensation des services et les interventions à privilégier (orientations 10, 11, 12)?

S'il n'est pas possible de statuer sur la supériorité clinique d'une intervention par rapport à une autre, les données recueillies indiquent que les interventions offertes aux jeunes dans les services externes intensifs, tout comme dans les services en dépendance en général, doivent être basées sur un modèle théorique reconnu, être efficaces ou prometteuses et être dispensées par du personnel formé et supervisé.

Ces interventions peuvent être offertes selon deux grands modes décrits dans le cadre de ces travaux : par cumul d'interventions et d'activités coordonnées ou par programmes structurés de groupe ou familiaux.

Le mode de dispensation par cumul d'interventions et d'activités coordonnées présuppose l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'intervention ou de son équivalent (PSI, PSII), qui peut impliquer des intervenants d'autres programmes-services des CISSS/CIUSSS ainsi que des partenaires intersectoriels (établissement scolaire ou organisme communautaire). Les interventions motivationnelles et celles combinées à des interventions cognitivo-comportementales de même que les thérapies familiales sont celles dont l'efficacité a été démontrée dans la littérature recensée.

Pour sa part, le mode de dispensation par programmes structurés de groupe ou familiaux permet d'offrir des interventions et des activités dans un cadre clinique, où celles-ci sont combinées de façon cohérente, explicite et structurée. Des bénéfices cliniques obtenus ont été documentés non seulement quant à la consommation de substances, mais également dans d'autres sphères de la vie du jeune.

Limites

Les résultats présentés dans cet avis ne s'appuient pas sur une recension de la littérature faite à partir d'études primaires, mais plutôt à partir de revues systématiques et méta-analyses²². Or, une proportion importante d'études

²² Réalité aussi désignée par l'expression « revue de revues » en français et « Overview of review » en anglais.

primaires (40 %) ont été recensées dans plus d'une revue systématique et, dans certains cas, dans 11 des 20 revues systématiques retenues. Cela est notamment le cas pour les études d'efficacité portant sur la thérapie familiale mutlidimensionnelle (MDFT), effectuées par Liddle et ses collaborateurs (MDFT). Ce recoupement entre les études primaires peut néanmoins avoir pour effet d'amplifier les preuves en faveur de certaines interventions.

Il importe également de souligner que si certains types d'interventions, tels que les thérapies familiales, les interventions cognitivo-comportementales et les interventions motivationnelles, ou certains programmes ont fait leurs preuves auprès de la clientèle jeunesse en dépendance, les revues systématiques et guides de pratique recensés ici ne couvrent pas l'ensemble des interventions disponibles ni l'ensemble des études publiées sur une intervention donnée. Il n'est donc pas possible de statuer sur la supériorité clinique d'une intervention par rapport aux autres.

De plus, les études examinées ont uniquement porté sur les services externes intensifs pour les jeunes ayant des troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive. Toutefois, cela n'exclut pas la possibilité d'offrir des services externes intensifs à certains jeunes ayant une utilisation problématique d'Internet ou des jeux de hasard et d'argent, comme il est indiqué par Tremblay et ses collaborateurs [2015].

Enjeux et perspectives

Les parties prenantes consultées ont soulevé des défis touchant le développement en continu des compétences des intervenants et l'accès à de la supervision clinique. Notamment, ils font état du besoin chez certains intervenants d'être mieux formés dans l'animation des rencontres familiales.

La littérature scientifique et les parties prenantes font aussi ressortir l'avantage qu'un même intervenant interagisse à la fois auprès du jeune et de sa famille, tout en soulignant également le bénéfice d'une co-intervention entre un intervenant spécialisé en dépendance et un autre spécialisé en intervention familiale, ce qui permet de combiner les expertises.

À un autre niveau, les guides de pratique soulignent l'importance grandissante des technologies numériques, particulièrement dans la vie des jeunes. Afin de mieux rejoindre ceux-ci, d'augmenter leur engagement et leur persistance dans le traitement, il est suggéré d'utiliser ces divers moyens de communication (réseaux sociaux, téléphones cellulaires, courriels et textos). Toutefois, certains enjeux relatifs à la disponibilité de telles technologies pour les intervenants ainsi que des préoccupations concernant la confidentialité des informations ont été soulevés par les parties prenantes. Des travaux basés sur des études d'efficacité du traitement ayant recours à ces technologies pourraient éclairer davantage sur la pertinence de leur utilisation dans le cadre de services en dépendance auprès des jeunes et même des adultes. Ces dernières réflexions rappellent l'importance de documenter les projets-pilotes et initiatives en cours à des fins d'évaluation, mais

également de mesurer le degré d'implantation des services externes intensifs pour la clientèle jeunesse avant d'en mesurer les effets.

Un autre élément important à soulever est celui du critère d'âge des jeunes pour les services externes intensifs. Dans la littérature répertoriée, l'âge des jeunes recevant les services se situe entre 11 et 25 ans. Dans le contexte actuel de l'offre de service en dépendance au Québec, la tranche d'âge habituellement visée dans les services destinés aux jeunes débute vers 12 ans et se termine à 18 ans. Selon le Portrait des services jeunesse en dépendance²³ qui s'appuie sur les données de 2012-2013, les jeunes qui présentent des caractéristiques similaires à celles des moins de 18 ans (par exemple, le fait de ne pas être en emploi, vivre chez ses parents ou être aux études) pouvaient recevoir un accompagnement jusqu'à 25 ans et ce, dans 6 centres sur 17. Toutefois, il est fort probable que les données de ce portrait aient évolué entretemps. De même, certains projets, comme le projet provincial pilote Aire Ouverte, offre des services psychosociaux répondant aux préoccupations des jeunes de 12 à 25 ans. Ces services comprennent notamment des services en santé mentale, en santé physique et des interventions liées à la consommation d'alcool ou de drogues et sont pour le moment offerts à Laval, à Sept-Îles et au Nord-de-l'Île-de-Montréal. Afin de mieux répondre aux besoins et d'assurer une meilleure continuité dans les services, il pourrait être pertinent de documenter les effets de l'implantation des initiatives qui s'inscrivent dans cette lignée soit, en incluant des jeunes adultes dans leur clientèle, soit en établissant des co-responsabilités entre les services jeunesse et adultes.

Dans le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 : *Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet*, le MSSS précise les standards de mise en œuvre du programme-services Dépendance et les attentes signifiées aux établissements concernés du RSSS, relativement à l'accessibilité, à la qualité et à la continuité des services. Pour les services offerts à la clientèle jeunesse, le PAID précise que : *les CISSS et les CIUSSS doivent s'assurer que des services externes de diverses intensités, pouvant être offerts en individuel ou en groupe, sont accessibles et relèvent d'un personnel qualifié*. Ainsi, le présent avis s'inscrit pertinemment dans cette orientation ministérielle et vise à soutenir le déploiement de ces services à travers le Québec. Des travaux futurs pourront porter sur l'implantation de tels services externes intensifs au Québec et leur appréciation par les jeunes, leurs familles et les intervenants.

²³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Portrait des services jeunesse en dépendance [document de travail interne non publié].

RÉFÉRENCES

- Adair CE. Concurrent substance use and mental disorders in adolescents: A review of the literature on current science and practice. Calgary, AB : Alberta Centre for Child Family and Community Research; 2009. Disponible à : <https://policywise.com/wp-content/uploads/resources/2016/06/Concurrent-Substance-Use-and-Mental-Disorders-in-Adolescents-A-Review-of-the-Literature-on-Current-Science-and-Practice.pdf>.
- Adlaf EM, Begin P, Sawka E. Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : une enquête sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. La prévalence de l'usage et les méfaits : rapport détaillé. Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT); 2005. Disponible à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/ccsa-004029-2005.pdf>.
- Alcohol and Drug Abuse Institute (ADAI). Treating youth substance use: An inventory of evidence based practices. Seattle, WA : ADAI, University of Washington; 2015. Disponible à : http://adai.uw.edu/pubs/pdf/2016youthtxsudmh_inventory.pdf.
- American Psychiatric Association (APA). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Coordination générale de la traduction française Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson; 2015.
- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. 2nd Edition. Washington, DC : APA; 2006. Disponible à : https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf.
- Amodeo M, Lundgren L, Beltrame C, Chassler D, Cohen A, D'Ippolito M. Facilitating factors in implementing four evidence-based practices: Reports from addiction treatment staff. *Subst Use Misuse* 2013;48(8):600-11.
- Amodeo M, Lundgren L, Cohen A, Rose D, Chassler D, Beltrame C, D'Ippolito M. Barriers to implementing evidence-based practices in addiction treatment programs: Comparing staff reports on Motivational Interviewing, Adolescent Community Reinforcement Approach, Assertive Community Treatment, and Cognitive-behavioral Therapy. *Eval Program Plann* 2011;34(4):382-9.
- Association canadienne de santé publique (ACSP). Outil d'évaluation organisationnelle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et de la stigmatisation. Ottawa, ON : ACSP; 2017. Disponible à : https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/sttbi/orgtool_f.pdf.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). Réduction des méfaits et consommation de substances illicites : implications pour les soins infirmiers. Ottawa, ON : AIIC; 2017. Disponible à : <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/reduction-des-mefaits-et-consommation-de-substances-illicites-implications-pour-les-soins-infirmiers>.

- Baldwin SA, Christian S, Berkeljon A, Shadish WR, Bean R. The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *J Marital Fam Ther* 2012;38(1):281-304.
- Barnett E, Sussman S, Smith C, Rohrbach LA, Spruijt-Metz D. Motivational interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. *Addict Behav* 2012;37(12):1325-34.
- Battjes RJ, Gordon MS, O'Grady KE, Kinlock TW, Katz EC, Sears EA. Evaluation of a group-based substance abuse treatment program for adolescents. *J Subst Abuse Treat* 2004;27(2):123-34.
- Becker SJ et Curry JF. Outpatient interventions for adolescent substance abuse: A quality of evidence review. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(4):531-43.
- Becker SJ, Spirito A, Vanmali R. Perceptions of 'evidence-based practice' among the consumers of adolescent substance use treatment. *Health Educ J* 2016;75(3):358-69.
- Bekkering T, Smets K, Goossens M, Autrique M, Möbius D, Geirnaert M, et al. Guide de bonne pratique Dépistage, évaluation et traitement de l'abus d'alcool chez les jeunes. Pour le groupe d'étude ADAPTE-youth. Louvain, Belgique : Katholieke Universiteit Leuven; 2013. Disponible à : <https://ppw.kuleuven.be/mesrg/documents/pdf-karin/guide-de-bonne-pratique-depistage-abus-de-lalchool.pdf>.
- Bender K, Tripodi SJ, Sarteschi C, Vaughn MG. A meta-analysis of interventions to reduce adolescent cannabis use. *Res Soc Work Pract* 2010;21(2):153-64.
- Bertrand K, Richer I, Brunelle N, Beaudoin I, Lemieux A, Ménard JM. Substance abuse treatment for adolescents: How are family factors related to substance use change? *J Psychoactive Drugs* 2013;45(1):28-38.
- Bilge S. Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogenes* 2009;225(1):70-88.
- Bondolfi G et Bizzini L. La formation en psychothérapie cognitivo-comportementale. *Psychothérapies* 2006;26(4):211-20.
- Brisson P. L'approche de réduction des méfaits [site Web]. Espace ITSS. Québec, Qc : INSPQ Centre d'expertise et de référence en santé publique; 2012. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/l-approche-de-reduction-des-mefaits>.
- Brunelle N et Bertrand K. Trajectoires déviantes et trajectoires de rétablissement à l'adolescence : typologie et leviers d'intervention. *Criminologie* 2010;43(2):373-99.
- Bujold S. Le programme Alliance-Famille : intervention systémique auprès des familles concernées par la dépendance. Dans : Laventure M, Brunelle N, Bertrand K, Garneau M, réd. *Adolescents dépendants ou à risque de le devenir : pratiques d'intervention prometteuses*. Québec, Qc : Collection Toxicomanies, Presses de l'Université Laval; 2017 : 199-216.

- Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Shaw J, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(6):609-21.
- Burleson JA et Kaminer Y. Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addict Behav* 2005;30(9):1751-64.
- Cacciola JS, Meyers K, Bates SE, Rosenwasser B, Arria A, McLellan AT. Assessing adolescent substance abuse programs with updated quality indicators: The development of a consumer guide for adolescent treatment. *J Child Adolesc Subst Abuse* 2015;24(3):142-54.
- Calabria B, Shakeshaft AP, Havard A. A systematic and methodological review of interventions for young people experiencing alcohol-related harm. *Addiction* 2011;106(8):1406-18.
- Caldwell S. Adolescent treatment framework and practice guidelines. Document prepared for Project Fresh Light. Madison, WI : Wisconsin Department of Health and Family Services; 2010. Disponible à : <https://safercommunity.net/wp-content/uploads/101235-761165.family-tiesadoltx-framework.pdf>.
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). Multidimensional Family Therapy (MDFT) [site Web]. Sacramento, CA : California Department of Social Services (CDSS); 2018a. Disponible à : <https://www.cebc4cw.org/program/multidimensional-family-therapy/> (consulté le 6 décembre 2018).
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). Functional Family Therapy (FFT) [site Web]. Sacramento, CA : California Department of Social Services (CDSS); 2018b. Disponible à : <https://www.cebc4cw.org/program/functional-family-therapy/> (consulté le 6 décembre 2018).
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) [site Web]. Sacramento, CA : California Department of Social Services (CDSS); 2018c. Disponible à : <https://www.cebc4cw.org/program/adolescent-community-reinforcement-approach/detailed> (consulté le 6 décembre 2018).
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). Adolescent-Focused Family Behavior (Adolescent FBT) [site Web]. Sacramento, CA : California Department of Social Services (CDSS); 2017a. Disponible à : <https://www.cebc4cw.org/program/adolescent-focused-family-behavior-therapy/> (consulté le 6 décembre 2018).
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). Seeking Safety (Adolescent version) [site Web]. Sacramento, CA : California Department of Social Services (CDSS); 2017b. Disponible à : <https://www.cebc4cw.org/program/seeking-safety-for-adolescents/> (consulté le 6 décembre 2018).

- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). The Seven Challenges® [site Web]. Sacramento, CA : California Department of Social Services (CDSS); 2016. Disponible à : <https://www.cebc4cw.org/program/the-seven-challenges/detailed> (consulté le 6 décembre 2018).
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). National Summit on Recovery: Conference report. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2006a. Disponible à : https://vtrecoverynetwork.org/data/Recovery_Symposium/CSATSummit-Rpt2007.pdf.
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). Substance abuse: Clinical issues in intensive outpatient treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) 47. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2006b. Disponible à : <https://store.samhsa.gov/system/files/sma13-4182.pdf>.
- Centre canadien de lutte contre l'alcool et les toxicomanies (CCLAT). Toxicomanie au Canada : pleins feux sur les jeunes. Ottawa, ON : CCLAT; 2007. Disponible à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/ccsa-011521-2007-f.pdf>.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT). L'efficacité de la thérapie familiale multidimensionnelle pour réduire la consommation de substances chez les jeunes. Ottawa, ON : CCLT; 2016. Disponible à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Multidimensional-Family-Therapy-Youth-Rapid-Review-2016-fr.pdf>.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT). Compétences pour les intervenants canadiens en toxicomanie. Ottawa, ON : CCLT; 2014. Disponible à : https://www.ccsa.ca/fr/recherche?keywords=&keywords=Comp%C3%A9tences%20ET%20toxicomanie&sort=&amount_per_page=10&page=1.
- Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). Troubles concomitants [site Web]. Toronto, ON : CAMH; 2019. Disponible à : <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/troubles-concomitants>.
- Chaim G et Henderson J. Youth Service System Review: Phase 2 Report. Toronto, ON : Center for Addiction and Mental Health (CAMH); 2014. Disponible à : https://eenet.ca/sites/default/files/pdfs/YSSR_Phase2_Report_July28.pdf.
- Chaim G et Henderson J. Youth Service System Review: A review of the continuum of Ontario services addressing substance use available to youth age 12-24. Toronto, ON : Center for Addiction and Mental Health (CAMH); 2013. Disponible à : <https://eenet.ca/sites/default/files/Youth-Services-System-Review-Report-Part-1-FINAL3.pdf>.
- Cleminshaw HK, Shepler R, Newman I. The Integrated Co-occurring Treatment (ICT) model. Journal of Dual Diagnosis 2005;1(3):85-94.

- Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group. Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. Londres, Angleterre : Department of Health; 2017. Disponible à : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf.
- Comité de travail interordres. L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent. Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. Montréal, Qc : CMQ, OCCOQ, OEQ, OIIQ, OPPQ, OPQ, OTSTCFQ, OPSQ; 2018. Disponible à : https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. Québec, Qc : CSBE; 2012. Disponible à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf.
- Cournoyer M, Labelle R, Berthiaume C, Bergeron L. Quels sont les syndromes du DSM-5 les plus associés aux idées suicidaires chez les adolescents? Analyses selon l'âge et le sexe. *Revue de psychoéducation* 2016;45(1):41-62.
- Dakof GA, Henderson CE, Rowe CL, Boustani M, Greenbaum PE, Wang W, et al. A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *J Fam Psychol* 2015;29(2):232-41.
- Deady M, Teesson M, Kay-Lambkin FJ. Treatments for co-occurring depression and substance use in young people: A systematic review. *Curr Drug Abuse Rev* 2014;7(1):3-17.
- Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat* 2004;27(3):197-213.
- Dennis M, Titus JC, Diamond G, Donaldson J, Godley SH, Tims FM, et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Rationale, study design and analysis plans. *Addiction* 2002;97(Suppl 1):16-34.
- Desrosiers P, Ménard J-M, Tremblay J, Bertrand K, Landry M. Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les Centres de réadaptation en dépendance. Guide de pratique et offre de services de base. Montréal, Qc : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ); 2010. Disponible à : <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/9782921628129.pdf>.

- Diamond G, Leckrone J, Dennis M, Godley SH. The cannabis youth treatment study: The treatment models and preliminary findings. Dans : Roffman RA et Stephens RS, réd. Cannabis dependence: Its nature, consequences, and treatment. Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press; 2006a : 247-74. Disponible à : https://www.researchgate.net/publication/279703214_The_cannabis_youth_treatment_study_The_treatment_models_and_preliminary_findings.
- Diamond GS, Liddle HA, Wintersteen MB, Dennis ML, Godley SH, Tims F. Early therapeutic alliance as a predictor of treatment outcome for adolescent cannabis users in outpatient treatment. Am J Addict 2006b;15(Suppl 1):26-33.
- Donohue B, Azrin N, Allen DN, Romero V, Hill HH, Tracy K, et al. Family behavior therapy for substance abuse and other associated problems: A review of its intervention components and applicability. Behav Modif 2009;33(5):495-519.
- Dow SJ et Kelly JF. Listening to youth: Adolescents' reasons for substance use as a unique predictor of treatment response and outcome. Psychol Addict Behav 2013;27(4):1122-31.
- Dubé G, Tremblay R, Traoré I, Martin I. Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006. Québec, Qc : Institut de la statistique du Québec (ISQ); 2007. Disponible à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alcool-tabac-droque-jeu/tabac-alcool-droque-jeu-2006.pdf>.
- Engle B et Macgowan MJ. A critical review of adolescent substance abuse group treatments. J Evid Based Soc Work 2009;6(3):217-43.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Best practice portal – evidence database [site Web]. Lisbonne, Portugal : EMCDDA; 2017. Disponible à : http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries_en?evidence_terms=&evidence_rating=All&outcome=All&evidence_summary_area=1022&substance=All&target=1035.
- Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT). Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes : pratiques gagnantes et offre de services de base. Montréal, Qc : FQCRPAT; 2006. Disponible à : https://aidq.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide_Jeunesse.pdf.
- Filges T, Andersen D, Jørgensen A-M. Functional Family Therapy (FFT) for young people in treatment for non-opioid drug use: A systematic review. Campbell Systematic Reviews 2015:14. Oslo, Norvège : Campbell Collaboration; 2015a. Disponible à : https://campbellcollaboration.org/media/k2/attachments/Filges_FFT_Review.pdf.

- Filges T, Knudsen A-SD, Svendsen MM, Kowalski K, Benjaminsen L, Jørgensen A-M. Cognitive-behavioural therapies for young people in outpatient treatment for non-opioid drug use: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews* 2015:3. Oslo, Norvège : Campbell Collaboration; 2015b. Disponible à : <https://campbellcollaboration.org/library/outpatient-therapies-young-non-opioid-drug-use.html>.
- Filges T, Rasmussen PS, Andersen D, Jørgensen A-M. Multidimensional family therapy (MDFT) for young people in treatment for non-opioid drug use: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews* 2015:8. Oslo, Norvège : Campbell Collaboration; 2015c. Disponible à : https://campbellcollaboration.org/media/k2/attachments/Filges_MDFT_Review.pdf.
- Franc N et Purper-Ouakil D. Particularité des enfants et des adolescents. Dans : Courtet P, réd. *Suicides et tentatives de suicide*. Paris, France : Flammarion; 2010 : 177-81.
- French MT, Zavala SK, McCollister KE, Waldron HB, Turner CW, Ozechowski TJ. Cost-effectiveness analysis of four interventions for adolescents with a substance use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2008;34(3):272-81.
- Gagnon H et Rochefort L. L'usage de substances psychoactives chez les jeunes Québécois : conséquences et facteurs associés. Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2010. Disponible à : <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/9782550593409.pdf>.
- Garner BR, Godley SH, Funk RR, Dennis ML, Smith JE, Godley MD. Exposure to Adolescent Community Reinforcement Approach treatment procedures as a mediator of the relationship between adolescent substance abuse treatment retention and outcome. *J Subst Abuse Treat* 2009;36(3):252-64.
- Gauthier B, Bertrand K, Nolin P. Famille et traitement de la toxicomanie chez les adolescents : étude de cas. *Enfances, Familles, Générations* 2010;(13):129-50.
- Germain M, Landry M, Bergeron J. Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents (Version 3.1). Québec, Qc : Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ); 2018. Disponible à : https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F551858109_IG_TAdo_Fr_V3.1_Avr2003.pdf.
- Germain M, Guyon L, Landry M, Tremblay J, Brunelle N, Bergeron J. DEP-ADO. Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes, version 3.3 – juin 2016. Québec, Qc : Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ); 2016. Disponible à : https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4242/F1775629324_DEP_ADO_fr_V3.2a_2013.pdf.

- Gilvarry E, McArdle P, O’Herlihy A, Mirza K, Bevington D, Malcolm N. Practice standards for young people with substance misuse problems. Londres, Angleterre : Royal College of Psychiatrists (RCP); 2012. Disponible à : https://www.drugsandalcohol.ie/17885/2/Practice_standards_for_young_people_with_substance_misuse_problems.pdf.
- Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk RR, Passetti LL, Petry NM. A randomized trial of assertive continuing care and contingency management for adolescents with substance use disorders. *J Consult Clin Psychol* 2014a;82(1):40-51.
- Godley SH, Smith JE, Passetti LL, Subramaniam G. The Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) as a model paradigm for the management of adolescents with substance use disorders and co-occurring psychiatric disorders. *Subst Abus* 2014b;35(4):352-63.
- Godley SH, Garner BR, Passetti LL, Funk RR, Dennis ML, Godley MD. Adolescent outpatient treatment and continuing care: Main findings from a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend* 2010;110(1-2):44-54.
- Gonzales R, Anglin MD, Beattie R, Ong CA, Glik DC. Understanding recovery barriers: Youth perceptions about substance use relapse. *Am J Health Behav* 2012;36(5):602-14.
- Gonzales R, Anglin MD, Glik DC, Zavalza C. Perceptions about recovery needs and drug-avoidance recovery behaviors among youth in substance abuse treatment. *J Psychoactive Drugs* 2013;45(4):297-303.
- Goorden M, van der Schee E, Hendriks VM, Hakkaart-van Roijen L. Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: Data from a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 2016;162:154-61.
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014). Ottawa, ON : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances 2018. Disponible à : <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2018-fr.pdf>.
- Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O. Guidelines for the treatment of alcohol problems. Canberra, Australie : Department of Health and Ageing; 2009. Disponible à : https://www.drugsandalcohol.ie/20201/1/Gudelines_for_treatment_of_alcohol_problems.pdf.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Dépistage de l’infection par le VIH – Stratégies et dispositif de dépistage. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2009. Disponible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf.
- Henderson CE, Wevodau AL, Henderson SE, Colbourn SL, Gharagozloo L, North LW, Lotts VA. An independent replication of the Adolescent-Community Reinforcement Approach with justice-involved youth. *Am J Addict* 2016;25(3):233-40.

- Henderson WB. Autonomie gouvernementale des Autochtones [site Web]. Toronto, ON : L'Encyclopédie canadienne; 2018. Disponible à : <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/lautonomie-gouvernementale-des-autochtones> (consulté le 11 avril 2019).
- Hersh J, Curry JF, Becker SJ. The influence of comorbid depression and conduct disorder on MET/CBT treatment outcome for adolescent substance use disorders. *Int J Cogn Ther* 2013;6(4):325-41.
- Hogue A, Dauber S, Henderson CE, Bobek M, Johnson C, Lichvar E, Morgenstern J. Randomized trial of family therapy versus nonfamily treatment for adolescent behavior problems in usual care. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015;44(6):954-69.
- Hogue A, Henderson CE, Ozechowski TJ, Robbins MS. Evidence base on outpatient behavioral treatments for adolescent substance use: Updates and recommendations 2007-2013. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2014;43(5):695-720.
- Hogue A, Henderson CE, Dauber S, Barajas PC, Fried A, Liddle HA. Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(4):544-55.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Typologie des produits de connaissance de l'INESSS. Québec, Qc : INESSS; 2017. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS-Typologie-des-produits_juillet2017.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. Québec, Qc : INESSS; 2018. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Conduites addictives chez les adolescents – Usages, prévention et accompagnement. Collection Expertise collective. Paris, France : INSERM; 2014. Disponible à : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/5965>.
- Institut universitaire sur les dépendances du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Les pratiques reconnues dans les ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance. Montréal, Qc : CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2016. Disponible à : http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/dependances/Pratiques_reconnues.pdf.
- Jensen CD, Cushing CC, Aylward BS, Craig JT, Sorell DM, Steele RG. Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2011;79(4):433-40.

- Kairouz S, Boyer R, Nadeau L, Perreault M, Fiset-Laniel J. Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Québec, Qc : Institut de la statistique du Québec (ISQ); 2008. Disponible à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/troubles-mentaux-toxicomanie.pdf>.
- Kaminer Y, Bukstein O, Tarter RE. The Teen-Addiction Severity Index: Rationale and reliability. *Int J Addict* 1991;26(2):219-26.
- Kelly JF, Kaminer Y, Kahler CW, Hoepfner B, Yeterian J, Cristello JV, Timko C. A pilot randomized clinical trial testing integrated 12-Step facilitation (iTSF) treatment for adolescent substance use disorder. *Addiction* 2017;112(12):2155-66.
- Laframboise F et Mireault J. Leçons apprises sur les enjeux de dépendances et de toxicomanie grâce aux grands consommateurs de soins. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux* 2014;10(4):44-5.
- Lambert G, Haley N, Tremblay C, Frappier J-Y, Roy É, Otis J. Consommation problématique de substances psychoactives et comportements sexuels à risque chez les adolescents admis en centre jeunesse. *Drogues, santé et société* 2015;14(1):132-51.
- Landry M, Bergeron J, Provost G, Germain M, Guyon L. Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour les adolescents et adolescentes : étude des qualités psychométriques. *Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ)*. Montréal, Qc : Centre Dollard-Cormier; 2000. Disponible à : http://aqcid.com/images/Intranet/Outils/Evaluations/2016/IGT/Ado/2000_I GT_Ado.pdf.
- Laprise P, Gagnon H, Leclerc P, Cazale L. Consommation d'alcool et de drogue. Dans : *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*, Tome 1. Québec, Qc : Institut de la statistique du Québec (ISQ); 2012 : 169-207. Disponible à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alimentation/sante-jeunes-secondaire1.pdf>.
- Lascaux M, Ionescu S, Phan O. Effectiveness of formalised therapy for adolescents with cannabis dependence: A randomised trial. *Drugs* (Abingdon Engl) 2016;23(5):404-9.
- Latimer E, McGregor J, Méthot C, Smith A. Je compte MTL 2015 – Dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 mars 2015. Montréal, Qc : Ville de Montréal; 2015. Disponible à : https://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/d_social_fr/media/documents/rapport_denombrement_personnes_situation_itinerance.pdf.
- Laventure M, Brunelle N, Bertrand A, Garneau M. Adolescents dépendants ou à risque de le devenir – Pratiques d'intervention prometteuses. Québec, Qc : Presses de l'Université Laval; 2017.

- Laventure M, Paquette G, Garneau M, Lepage M, Ostiguy M, Bisson L-D, et al. Évaluation de l'implantation et évolution des participants au programme Maître de sa vie du Centre de réadaptation Portage-Québec Sherbrooke, Qc : Université de Sherbrooke; 2016. Disponible à : https://portage.ca/wp-content/uploads/2017/02/2017-Rapport_Portage-Quebec-Maitre-de-sa-vie.pdf.
- Leslie K, Manning SJ, Maser C, Snelgrove D, Thornton T, Wills A, Brands B. Long-term health and psychosocial status of youth who received substance abuse treatment in adolescence. *Int J Ment Health Addiction* 2016;14(2):111-9.
- Leslie KM, Société canadienne de pédiatrie, Comité de la santé de l'adolescent. La réduction des méfaits : une démarche pour réduire les comportements à risque des adolescents en matière de santé. *Paediatr Child Health* 2008;13(1):57-60.
- Létourneau N. Engagement des parents dans le suivi externe des adolescents en traitement dans un centre de réadaptation en dépendances : obstacles et facilitateurs. Essai synthèse inédit, Maîtrise en intervention en toxicomanie Sherbrooke, Qc : Université de Sherbrooke; 2015. Disponible à : https://www.usherbrooke.ca/toxicomanie/fileadmin/sites/toxicomanie/documents/2e_cycle_Maitrise/Essais_synthese/2015/Essai_N._Letourneau.pdf.
- Li L, Zhu S, Tse N, Tse S, Wong P. Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2016;111(5):795-805.
- Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, Henderson CE, Greenbaum PE. Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2009;77(1):12-25.
- Liddle HA, Dakof GA, Turner RM, Henderson CE, Greenbaum PE. Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction* 2008;103(10):1660-70.
- Liddle HA, Rowe CL, Gonzalez A, Henderson CE, Dakof GA, Greenbaum PE. Changing provider practices, program environment, and improving outcomes by transporting multidimensional family therapy to an adolescent drug treatment setting. *Am J Addict* 2006;15(Suppl 1):102-12.
- Lindstrøm M, Saidj M, Kowalski K, Filges T, Rasmussen PS, Jørgensen A-M. Family behavior therapy (FBT) for young people in treatment for illicit non-opioid drug use: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews* 2015;9. Oslo, Norvège : Campbell Collaboration; 2015. Disponible à : https://campbellcollaboration.org/media/k2/attachments/Lindstrom_FBT_Review.pdf.

- Lindstrøm M, Saidj M, Kowalski K, Filges T, Rasmussen PS, Jørgensen A-M. Brief strategic family therapy (BSFT) for young people in treatment for non-opioid drug use: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews* 2013;7. Oslo, Norvège : Campbell Collaboration; 2013. Disponible à : https://campbellcollaboration.org/media/k2/attachments/Lindstrom_BSFT_Review.pdf.
- Littell JH. The case for multisystemic therapy: Evidence or orthodoxy? *Child Youth Serv Rev* 2006;28(4):458-72.
- Mann K, Batra A, Fauth-Bühler M, Hoch E. German guidelines on screening, diagnosis and treatment of alcohol use disorders. *Eur Addict Res* 2017;23(1):45-60.
- Marel C, L. MK, Kingston R, Gournay K, Deady M, Kay-Lambkin F, et al. Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings (2nd edition). Sydney, Australie : Centre of Research Excellence in Mental Health and Substance Use, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales; 2016. Disponible à : <https://comorbidityguidelines.org.au/pdf/comorbidity-guideline.pdf>.
- Mee-Lee D. The ASAM criteria: Treatment criteria for addictive, substance-related and co-occurring conditions (3rd edition). Carson City, NV : The Change Companies; 2013.
- Ménard J-M et Simard M. Toxicomanie et itinérance : un modèle d'intervention intégrée. *Info-toxico Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec* 2013;25(1):4 p. Disponible à : https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4041/F1701377146_toxicomanie_et_itinerance_un_modele_dintervention_integree.pdf.
- Miller WR et Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. 2^e éd. Paris. France : InterEditions; 2013.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le plan de services individualisé et intersectoriel. Rapport déposé au Comité national de concertation sur l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Québec, Qc : MELS et MSSS; 2005. Disponible à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_comp/MELS-MSSS_Plan-services.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet. Québec, Qc : MSSS; 2018. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Glossaire – Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux. Québec, Qc : MSSS; 2017. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-127-03W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux : guide d'accompagnement Québec, Qc : MSSS; 2016. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-06W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Manuel de référence sur la protection de la jeunesse. Québec, Qc : MSSS; 2010. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-838-04.pdf>.
- Mongrain L. Les services à l'entourage des personnes dépendantes : guide de pratique et offre de service de base. Montréal, Qc : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ); 2011. Disponible à : https://aidq.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide_Entourage.pdf.
- Moyers TB, Manuel JK, Ernst D. Motivational interviewing treatment integrity coding manual 4.2 (MITI 4.2). Unpublished manual. Version française - Adaptée et traduite de l'anglais par Cristiana Fortini, Patrick Berthiaume et Jacques Gaume. Albuquerque, NM : University of New Mexico; 2014. Disponible à : https://motivationalinterviewing.org/sites/default/files/miti_4.2.pdf.
- Najavits LM. Seeking Safety: An implementation guide. Dans : Rubin A et Springer DW, réd. Substance abuse treatment for youth and adults: Clinician's guide to evidence-based practice. Hoboken, NJ : John Wiley and Sons; 2009 : 311-47. Disponible à : <https://www.ccsme.org/wp-content/uploads/2017/01/seeking-safety-an-implementation-guide.pdf>.
- Najavits LM, Gallop RJ, Weiss RD. Seeking Safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorder: A randomized controlled trial. J Behav Health Serv Res 2006;33(4):453-63.
- National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors (NASADAD). State adolescent substance use disorder treatment and recovery practice guide. Washington, DC : NASADAD; 2014. Disponible à : <http://nasadad.org/wp-content/uploads/2014/09/State-Adolescent-Substance-Use-Disorder-Treatment-and-Recovery-Practice-Guide-9-24-14.pdf>.
- National Clinical Guideline Centre (NCGC). Patient experience in adult NHS services: Improving the experience of care for people using adult NHS services. Patient experience in generic terms. Londres, Angleterre : Royal College of Physicians; 2012. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg138/evidence/full-guideline-pdf-185142637>.

- National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH). Common mental health disorders: Identification and pathways to care. National Clinical Guideline 123. Londres, Angleterre : British Psychological Society et Royal College of Psychiatrists; 2011a. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/evidence/full-guideline-pdf-181771741>.
- National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH). Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence. National Clinical Practice Guideline 115. Londres, Angleterre : British Psychological Society et Royal College of Psychiatrists; 2011b. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/evidence/full-guideline-pdf-136423405>.
- National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH). Drug misuse: Psychosocial interventions. National Clinical Practice Guideline 51. Londres, Angleterre : British Psychological Society et Royal College of Psychiatrists; 2008. Disponible à : http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231359_EN_UK02_psychosocial_interventions.pdf.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (Third edition). Bethesda, MD : NIDA; 2018. Disponible à : <https://www.drugabuse.gov/node/pdf/675/principles-of-drug-addiction-treatment-a-research-based-guide-third-edition>.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of adolescent substance use disorder treatment: A research-based guide. Bethesda, MD : NIDA; 2014. Disponible à : https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podata_1_17_14.pdf.
- National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA). Young people's specialist substance misuse treatment: Exploring the evidence. Londres, Angleterre : NTA; 2009. Disponible à : http://drugslibrary.wordpress.stir.ac.uk/files/2017/04/yp_exploring_the_evidence_01091.pdf.
- National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA). Guidance on commissioning young people's specialist substance misuse treatment services. Londres, Angleterre : Department for Children, Schools and Families; 2008. Disponible à : <https://www.bl.uk/britishlibrary/-/media/bl/global/social-welfare/pdfs/non-secure/q/u/i/guidance-on-commissioning-young-peoples-specialist-substance-misuse-treatment-services.pdf>.
- Ngô T-L. Les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience. Santé mentale au Québec 2013;38(2):35-63.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Substances psychoactives [site Web]. Prise en charge de l'abus de substances psychoactives. Genève, Suisse : OMS; 2018. Disponible à : https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/fr/ (consulté le 25 septembre 2018).

- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève, Suisse : OMS; 2001. Disponible à : https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1.
- Pauzé R, Touchette L, Desautels J. Intervenir en situation de crise familiale selon une approche écosystémique. Québec, Qc : Presses de l'Université du Québec; 2017.
- Puech L. L'aide contrainte dans le champ administratif. *Empan* 2013;89(1):38-47.
- Rigter H, Henderson CE, Pelc I, Tossman P, Phan O, Hendriks V, et al. Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug Alcohol Depend* 2013;130(1-3):85-93.
- Riley KJ, Rieckmann T, McCarty D. Implementation of MET/CBT 5 for adolescents. *J Behav Health Serv Res* 2008;35(3):304-14.
- Robbins MS, Feaster DJ, Horigian VE, Rohrbaugh M, Shoham V, Bachrach K, et al. Brief strategic family therapy versus treatment as usual: Results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2011;79(6):713-27.
- SAMHSA's National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP). Family Behavior Therapy [site Web]. Rockville, MD : NREPP; 2015. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20180129230737/legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=113> (consulté le 18 juillet 2018).
- SAMHSA's National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP). Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) [site Web]. Rockville, MD : NREPP; 2014. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20150905181929/http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=41> (consulté le 18 juillet 2018).
- Schöpfel J. Vers une nouvelle définition de la littérature grise. *Cahiers de la documentation* 2012;66(3):14-24.
- SickKids. Substance Abuse Program [site Web]. Toronto, ON : Hospital for Sick Children (SickKids); 2018. Disponible à : <http://www.sickkids.ca/AdolescentMedicine/substance-abuse-program.html> (consulté le 5 juillet 2018).
- Smith DC et Hall JA. Strengths-oriented family therapy for adolescents with substance abuse problems. *Soc Work* 2008;53(2):185-8.
- Smith DC, Hall JA, Williams JK, An H, Gotman N. Comparative efficacy of family and group treatment for adolescent substance abuse. *Am J Addict* 2006;15(Suppl 1):131-6.
- Société française d'alcoologie (SFA). Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie* 2015;37(1):5-84.

- Spach M. L'influence du groupe de pairs sur la consommation de substances psychoactives licites et illicites à l'adolescence. *Revue Jeunes et Société* 2016;1(1):57-82.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Treatment Episode Data Set (TEDS): 2002-2012. National Admissions to Substance Abuse Treatment Services. Rockville, MD : SAMHSA; 2014. Disponible à : https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/TEDS2012N_Web.pdf.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Designing a recovery-oriented care model for adolescents and transition age youth with substance use or co-occurring mental health disorders. Rockville, MD : SAMHSA; 2009. Disponible à : <https://gucchdtacenter.georgetown.edu/publications/AdolescentRecoveryReport.pdf>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). National Summit on Recovery: Conference report (The voices of youth, p. 86-102). Rockville, MD : SAMHSA; 2007. Disponible à : https://www.samhsa.gov/sites/default/files/partnersforrecovery/docs/Summit_Rpt_1.pdf.
- Tanner-Smith EE, Steinka-Fry KT, Kettrey HH, Lipsey MW. Adolescent substance use treatment effectiveness: A systematic review and meta-analysis. [This resource is being made publically available through the Office of Justice Programs' National Criminal Justice Reference Service]. Nashville, TN : Peabody Research Institute, Vanderbilt University; 2016. Disponible à : <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/grants/250440.pdf>.
- Tanner-Smith EE, Wilson SJ, Lipsey MW. The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *J Subst Abuse Treat* 2013;44(2):145-58.
- The York Centre. Day treatment services [site Web]. Richmond Hill, ON : The York Centre; 2016. Disponible à : http://www.theyorkcentre.ca/index.php?page=services_daytreatment (consulté le 18 juillet 2018).
- Traoré I. Consommation d'alcool et de drogue. Dans : Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017. Résultats de la deuxième édition. La santé physique et les habitudes de vie des jeunes, Tome 3. Québec, Qc : Institut de la statistique du Québec (ISQ); 2018 : 219-61. Disponible à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alimentation/sante-jeunes-secondaire-2016-2017-t3.pdf>.
- Tremblay J. Système en matière d'accès et modèles par niveau de soin [vidéo enregistré le 22 septembre 2016 lors du Colloque AIDQ-RISQ *Chaque porte est la bonne! Comment améliorer l'accessibilité aux services?*]. Québec, Qc : Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec; 2016. Disponible à : https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=4242&owa_no_fiche=173.

- Tremblay J, Bertrand K, Landry M, Ménard J-M. Recension des écrits sur les meilleures pratiques en réadaptation auprès des adultes alcooliques ou toxicomanes. Dans : Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance : guide de pratique et offre de services de base. Montréal, Qc : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ); 2010 : 11-87. Disponible à : <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/9782921628129.pdf>.
- Tremblay J, Brunelle N, Blanchette-Martin N, Landry M, L'Espérance N, Laventure M, et al. Évaluation des Mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie (MAJT) [Rapport de recherche - Programme Actions concertées]. Québec, Qc : Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC); 2014. Disponible à : http://www.frgsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_TremblayJ_rapport+2014_MAJT/932ee644-8ccd-42b0-92dc-2161741be083.
- Tremblay J, Rush BR, Bertrand K, Blanchette-Martin N, L'Espérance N, Savard A-C, Demers-Lessard G. Estimation des besoins de services jeunesse en dépendance au Québec – EBS-Dépendance Jeunesse. Rapport final [non publié]. Québec, Qc : Université du Québec à Trois-Rivières; 2015.
- Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, Vaughn MG. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: A meta-analytic review. Arch Pediatr Adolesc Med 2010;164(1):85-91.
- Tupker E. Les jeunes, les drogues et la santé mentale : ressource pour les professionnels. Toronto, ON : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2004.
- United Nations Office on Drugs and Crime et World Health Organization (UNODC-WHO). International standards for the treatment of drug use disorders. UNODC; 2017. Disponible à : https://www.who.int/substance_abuse/activities/msb_treatment_standards.pdf.
- Van der Pol TM, Hoeve M, Noom MJ, Stams GJ, Doreleijers TA, van Domburgh L, Vermeiren RR. Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis. J Child Psychol Psychiatry 2017;58(5):532-45.
- Vasters GP et Pillon SC. Drugs use by adolescents and their perceptions about specialized treatment adherence and dropout. Rev Latino-Am Enfermagem 2011;19(2):317-24.
- Waldron HB et Turner CW. Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. J Clin Child Adolesc Psychol 2008;37(1):238-61.
- Waldron HB, Turner CW, Ozechowski TJ. Profiles of drug use behavior change for adolescents in treatment. Addict Behav 2005;30(9):1775-96.

- Washington State Division of Alcohol and Substance Abuse (DASA). Improving the statewide adolescent treatment system of care: Strategic plan. Olympia, WA : Washington State Department of Social and Health Services; 2008.
Disponible à :
<https://www.dshs.wa.gov/sites/default/files/SESA/publications/documents/SATPlan.pdf>.
- Winters KC, Botzet AM, Fahnhorst T. Advances in adolescent substance abuse treatment. Curr Psychiatry Rep 2011;13(5):416-21.
- Winters KC et Henly GA. Adolescent Diagnostic Interview (ADI): Manual. Los Angeles, CA : Western Psychological Services; 1993.
- Winters KC, Lee S, Botzet A, Fahnhorst T, Nicholson A. One-year outcomes and mediators of a brief intervention for drug abusing adolescents. Psychol Addict Behav 2014;28(2):464-74.

ANNEXE A

Stratégie de repérage d'information scientifique

Le repérage de la littérature a été effectué par une conseillère en information scientifique de l'INESSS dans les bases de données de langue anglaise et française suivantes : PsycINFO (Ovid), PubMed, CINAHL (EBSCO), Social Work Abstracts (Ovid) et ERIC (Ovid). Ce repérage a été complété à l'aide de mots-clés équivalents dans les bases de données québécoises (Érudit). La recherche documentaire a été effectuée en décembre 2016 et couvrait les articles publiés en de 2005 à 2016 pour les questions 1 et 2, et de 2011 à 2016, pour la question 3 portant sur l'expérience des usagers. La recherche documentaire a été mise à jour en 2017.

PubMed (NLM)

- #1 adolescen*[ti] OR teen*[ti] OR youth[ti] OR youths[ti] OR young[ti] OR
undergraduate*[ti] OR juvenile[ti] OR student*[ti] OR college*[ti] OR school[ti] OR
schools[ti] OR universit*[ti]
- #2 substance*[ti] OR drug[ti] OR drugs[ti] OR alcohol[ti] OR marijuana[ti] OR
marihuana[ti] OR hashish[ti] OR cannabis[ti] OR MDMA[tiab] OR heroin[ti] OR
narcotic[ti] OR opium[ti] OR ecstasy[ti] OR hallucinogen[ti] OR cocaine[ti] OR
drink*[ti] OR methamphetamine[ti] OR chemical[ti]
- #3 addict*[ti] OR disorder*[ti] OR abus*[ti] OR use*[ti] OR using[ti] OR misus*[ti] OR
utilis*[ti] OR depend*[ti] OR habit*[ti] OR intoxica*[ti] OR crav*[ti] OR involve*[ti]
OR consumption[ti] OR abstain[ti] OR abstinence[ti]
- #4 psychotherap*[ti] OR intervention*[ti] OR intervening[ti] OR therap*[ti] OR treat*[ti]
OR practice*[ti] OR program*[ti] OR model*[ti] OR approach*[ti] OR initiative*[ti]
OR method[ti] OR methods[ti] OR counseling[ti] OR interviewing[ti] OR
regulation*[ti] OR incentive*[ti] OR enhancement[ti] OR motivational[ti] OR skills
training[ti] OR aftercare[ti] OR CBT[tiab] OR rehab*[ti] OR recov*[ti]
- #5 outpatient*[tw] OR extern*[tw] OR day[tw] OR days[tw] OR daily[tw] OR
weekly[tw] OR week*[tw] OR ambulator*[tw]
- #6 #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5
- #7 adolescent[mh] OR young adult[mh]
- #8 ambulatory care[mh] OR outpatients[mh]
- #9 substance-related disorders[majr]
- #10 psychotherapy[majr] OR rehabilitation[sh] OR therapy[sh]
- #11 #7 AND #8 AND #9 AND #10

- #12 #6 OR #11
- #13 effective*[tiab] OR efficacious[tiab] OR efficacy[tiab] OR efficien*[tiab] OR benefi*[tiab] OR valu*[tiab] OR reliab*[tiab] OR evidence[tiab] OR recommend*[tiab] OR gain*[tiab] OR compar*[tiab] OR good[tiab] OR best[tiab] OR better[tiab] OR great*[tiab] OR positive[tiab] OR preferable[tiab] OR appropriat*[tiab] OR potential*[tiab] OR promis*[tiab] OR helpful*[tiab] OR protective*[tiab] OR safe*[tiab] OR innocuity[tiab] OR innocuous*[tiab] OR success*[tiab] OR adequate*[tiab] OR useful*[tiab] OR choice[tiab] OR tolera*[tiab] OR viable[tiab] OR low-cost*[tiab] OR increas*[tiab] OR improv*[tiab] OR facilitat*[tiab] OR enhanc*[tiab] OR prevent*[tiab] OR warrant*[tiab] OR ameliorat*[tiab] OR attenuat*[tiab] OR avoid*[tiab] OR change[tiab] OR changes[tiab] OR encourag*[tiab] OR eliminat*[tiab] OR reduc*[tiab] OR decreas*[tiab]
- #14 #12 AND #13
- #15 tobacco[tiab] OR nicotine[tiab] OR cigarette*[tiab] OR soft drink*[tiab] OR energy drink*[tiab]
- #16 animal*[tiab] OR mice[tiab] OR mouse[tiab] OR rat[tiab] OR rats[tiab] OR murine[tiab]
- #17 #14 NOT (#15 OR #16)

PsycINFO (EBSCO)

- #1 TI (adolescen* OR teen* OR youth OR youths OR young OR undergraduate* OR juvenile OR student* OR college* OR school OR schools OR universit*)
- #2 TI (substance* OR drug OR drugs OR alcohol OR marijuana OR marihuana OR hashish OR cannabis OR MDMA OR heroin OR narcotic OR opium OR ecstasy OR hallucinogen OR cocaine OR drink* OR methamphetamine OR chemical)
- #3 TI (addict* OR disorder* OR abus* OR use* OR using OR misus* OR utilis* OR depend* OR habit* OR intoxica* OR crav* OR involve* OR consumption)
- #4 TI (psychotherapy* OR intervention* OR intervening OR therap* OR treat* OR practice* OR program* OR model* OR approach* OR method OR methods OR counseling OR interviewing OR regulation OR incentive* OR enhancement OR motivational OR skills training OR aftercare OR CBT OR recover* OR rehab*)
- #5 TI (effective* OR efficacious OR efficacy OR efficien* OR benefi* OR valu* OR reliab* OR evidence OR recommend* OR gain* OR compar* OR good OR best OR better OR great* OR positive OR preferable OR appropriat* OR potential* OR promis* OR helpful* OR protective* OR safe* OR innocuity OR innocuous* OR success* OR adequate* OR useful* OR choice OR tolera* OR viable OR low-cost* OR increas* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR prevent* OR warrant* OR ameliorat* OR attenuat* OR avoid* OR change OR changes OR encourag* OR eliminat* OR reduc* OR decreas*)

- #6 AB (effective* OR efficacious OR efficacy OR efficien* OR benefi* OR valu* OR reliab* OR evidence OR recommend* OR gain* OR compar* OR good OR best OR better OR great* OR positive OR preferable OR appropriat* OR potential* OR promis* OR helpful* OR protective* OR safe* OR innocuity OR innocuous* OR success* OR adequate* OR useful* OR choice OR tolera* OR viable OR low-cost* OR increas* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR prevent* OR warrant* OR ameliorat* OR attenuat* OR avoid* OR change OR changes OR encourag* OR eliminat* OR reduc* OR decreas*)
- #7 TX (outpatient* OR extern* OR day OR days OR daily OR weekly OR week* OR ambulator*)
- #8 #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND (#5 OR #6) AND #7
- #9 TI (tobacco OR nicotine OR cigarette* OR soft drink* OR energy drink*) OR AB (tobacco OR nicotine OR cigarette* OR soft drink* OR energy drink*)
- #10 TI (animal* OR mice OR mouse OR rat OR rats OR murine) OR AB (animal* OR mice OR mouse OR rat OR rats OR murine)
- #11 #8 NOT (#9 OR #10)

CINAHL Complete

- #1 TI (adolescen* OR teen* OR youth OR youths OR young OR undergraduate* OR juvenile OR student* OR college* OR school OR schools OR universit*)
- #2 TI (substance* OR drug OR drugs OR alcohol OR marijuana OR marihuana OR hashish OR cannabis OR MDMA OR heroin OR narcotic OR opium OR ecstasy OR hallucinogen OR cocaine OR drink* OR methamphetamine OR chemical)
- #3 TI (addict* OR disorder* OR abus* OR use* OR using OR misus* OR utilis* OR depend* OR habit* OR intoxica* OR crav* OR involve* OR consumption)
- #4 TI (psychotherapy* OR intervention* OR intervening OR therap* OR treat* OR practice* OR program* OR model* OR approach* OR method OR methods OR counseling OR interviewing OR regulation OR incentive* OR enhancement OR motivational OR skills training OR aftercare OR CBT OR recover* OR rehab*)
- #5 TI (effective* OR efficacious OR efficacy OR efficien* OR benefi* OR valu* OR reliab* OR evidence OR recommend* OR gain* OR compar* OR good OR best OR better OR great* OR positive OR preferable OR appropriat* OR potential* OR promis* OR helpful* OR protective* OR safe* OR innocuity OR innocuous* OR success* OR adequate* OR useful* OR choice OR tolera* OR viable OR low-cost* OR increas* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR prevent* OR warrant* OR ameliorat* OR attenuat* OR avoid* OR change OR changes OR encourag* OR eliminat* OR reduc* OR decreas*)
- #6 AB (effective* OR efficacious OR efficacy OR efficien* OR benefi* OR valu* OR reliab* OR evidence OR recommend* OR gain* OR compar* OR good OR best

OR better OR great* OR positive OR preferable OR appropriat* OR potential* OR promis* OR helpful* OR protective* OR safe* OR innocuity OR innocuous* OR success* OR adequate* OR useful* OR choice OR tolera* OR viable OR low-cost* OR increas* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR prevent* OR warrant* OR ameliorat* OR attenuat* OR avoid* OR change OR changes OR encourag* OR eliminat* OR reduc* OR decreas*)

- #7 TX (outpatient* OR extern* OR day OR days OR daily OR weekly OR week* OR ambulator*)
- #8 #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND (#5 OR #6) AND #7
- #9 TI (tobacco OR nicotine OR cigarette* OR soft drink* OR energy drink*) OR AB (tobacco OR nicotine OR cigarette* OR soft drink* OR energy drink*)
- #10 TI (animal* OR mice OR mouse OR rat OR rats OR murine) OR AB (animal* OR mice OR mouse OR rat OR rats OR murine)
- #11 #8 NOT (#9 OR #10)

Social Sciences Abstracts (EBSCO)

- #1 TI (adolescen* OR teen* OR youth OR youths OR young OR undergraduate* OR juvenile OR student* OR college* OR school OR schools OR universit*)
- #2 TI (substance* OR drug OR drugs OR alcohol OR marijuana OR marihuana OR hashish OR cannabis OR MDMA OR heroin OR narcotic OR opium OR ecstasy OR hallucinogen OR cocaine OR drink* OR methamphetamine OR chemical)
- #3 TI (addict* OR disorder* OR abus* OR use* OR using OR misus* OR utilis* OR depend* OR habit* OR intoxica* OR crav* OR involve* OR consumption)
- #4 AB (addict* OR disorder* OR abus* OR use* OR using OR misus* OR utilis* OR depend* OR habit* OR intoxica* OR crav* OR involve* OR consumption)
- #5 TI (psychotherapy* OR intervention* OR intervening OR therap* OR treat* OR practice* OR program* OR model* OR approach* OR method OR methods OR counseling OR interviewing OR regulation OR incentive* OR enhancement OR motivational OR skills training OR aftercare OR CBT OR recover* OR rehab*)
- #6 AB (psychotherapy* OR intervention* OR intervening OR therap* OR treat* OR practice* OR program* OR model* OR approach* OR method OR methods OR counseling OR interviewing OR regulation OR incentive* OR enhancement OR motivational OR skills training OR aftercare OR CBT OR recover* OR rehab*)
- #7 TI (effective* OR efficacious OR efficacy OR efficien* OR benefi* OR valu* OR reliab* OR evidence OR recommend* OR gain* OR compar* OR good OR best OR better OR great* OR positive OR preferable OR appropriat* OR potential* OR promis* OR helpful* OR protective* OR safe* OR innocuity OR innocuous* OR success* OR adequate* OR useful* OR choice OR tolera* OR viable OR low-

cost* OR increas* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR prevent* OR
warrant* OR ameliorat* OR attenuat* OR avoid* OR change OR changes OR
encourag* OR eliminat* OR reduc* OR decreas*)

- #8 AB (effective* OR efficacious OR efficacy OR efficien* OR benefi* OR valu* OR reliab* OR evidence OR recommend* OR gain* OR compar* OR good OR best OR better OR great* OR positive OR preferable OR appropriat* OR potential* OR promis* OR helpful* OR protective* OR safe* OR innocuity OR innocuous* OR success* OR adequate* OR useful* OR choice OR tolera* OR viable OR low-cost* OR increas* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR prevent* OR warrant* OR ameliorat* OR attenuat* OR avoid* OR change OR changes OR encourag* OR eliminat* OR reduc* OR decreas*)
- #9 TX (outpatient* OR extern* OR day OR days OR daily OR weekly OR week* OR ambulator*)
- #10 #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND (#5 OR #6) AND #7
- #11 TI (tobacco OR nicotine OR cigarette* OR soft drink* OR energy drink*) OR AB (tobacco OR nicotine OR cigarette* OR soft drink* OR energy drink*)
- #12 TI (animal* OR mice OR mouse OR rat OR rats OR murine) OR AB (animal* OR mice OR mouse OR rat OR rats OR murine)
- #13 #10 NOT (#11 OR #12)

Date de la recherche : avril 2018
Limites : 2005 - 2017; anglais et français

PubMed (NLM)

- #1 adolescen*[ti] OR teen*[ti] OR youth[ti] OR youths[ti] OR young[ti] OR undergraduate*[ti] OR juvenile[ti] OR student*[ti] OR college*[ti] OR school[ti] OR schools[ti] OR universit*[ti]
- #2 substance*[ti] OR drug[ti] OR drugs[ti] OR alcohol[ti] OR marijuana[ti] OR marihuana[ti] OR hashish[ti] OR cannabis[ti] OR MDMA[tiab] OR heroin[ti] OR narcotic[ti] OR opium[ti] OR ecstasy[ti] OR hallucinogen[ti] OR cocaine[ti] OR drink*[ti] OR methamphetamine[ti] OR chemical[ti]
- #3 addict*[tiab] OR abus*[tiab] OR misus*[tiab] OR depend*[tiab] OR habit*[tiab] OR intoxica*[tiab] OR crav*[tiab] OR consumption[tiab] OR abstain*[tiab] OR abstinence[tiab] OR detox*[tiab]
- #4 #1 AND #2 AND #3
- #5 addict*[ti] OR abus*[ti] OR misus*[ti] OR depend*[ti] OR habit*[ti] OR intoxica*[ti] OR crav*[ti] OR consumption[ti] OR abstain*[ti] OR abstinence[ti] OR detox*[ti]
- #6 #1 AND #5

- #7 #4 OR #6
- #8 outpatient*[tw] OR out-patient*[tw] OR extern[tw] OR day hospital*[tw] OR partial hospital*[tw] OR day center*[tw] OR day centre*[tw] OR day program*[tw] OR day clinic*[tw] OR day treatment*[tw] OR ambulator*[tw] OR recovery school*[tw] OR recovery high school*[tw] OR recovery college*[tw]
- #9 (guidelines as topic[mh] OR practice guidelines as topic[mh] OR guideline[pt] OR health planning guidelines[mh] OR practice guideline[pt] OR consensus[mh] OR consensus development conference, NIH[pt] OR consensus development conference[pt] OR consensus development conferences, NIH as topic[mh] OR consensus development conferences as topic[mh] OR critical pathways[mh] OR clinical conference[pt] OR algorithms[mh] OR review literature as topic[mh] OR meta-analysis as topic[mh] OR meta-analysis[mh] OR meta-analysis[pt] OR technology assessment,biomedical[mh] OR randomized controlled trials as topic[mh] OR randomized controlled trial[pt] OR cohort studies[mh] OR comparative study[pt] OR guideline*[tw] OR guide line*[tw] OR CPG[tw] OR CPGs[tw] OR guidance[tw] OR best practice*[tw] OR practical guide*[tw] OR practice parameter*[tw] OR consensus[tw] OR algorithm*[tw] OR clinical pathway*[tw] OR critical pathway*[tw] OR recommendation*[tw] OR committee opinion*[tw] OR policy statement*[tw] OR position statement*[tw] OR standard[tw] OR standards[tw] OR (systematic*[tw] AND (review*[tw] OR overview*[tw] OR search*[tw] OR research*[tw])) OR meta-analy*[tw] OR metaanaly*[tw] OR met analy*[tw] OR metanaly*[tw] OR randomized control trial*[tw] OR RCT[tw] OR HTA[tw] OR HTAs[tw] OR technology assessment*[tw] OR technology overview*[tw] OR technology appraisal*[tw] OR (review[pt] AND medline[tw] AND (cochrane[tw] OR embase[tw] OR cinhal[tw] OR psycinfo[tw]))) NOT (case reports[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt] OR letter[pt])
- #10 #7 AND #8 AND #9

PsycINFO

- #1 (adolescen* OR teen* OR youth OR youths OR young OR undergraduate* OR juvenile OR student* OR college*).ti,ab
- #2 (substance* OR drug OR drugs OR alcohol OR marijuana OR marihuana OR hashish OR cannabis OR MDMA OR heroin OR narcotic OR opium OR ecstasy OR hallucinogen OR cocaine OR drink* OR methamphetamine OR chemical).ti
- #3 (addict* OR abus* OR misus* OR depend* OR habit* OR intoxica* OR crav* OR involve* OR consumption OR abstain* OR abstinence OR detox*).ti,ab,kw
- #4 #1 AND #2 AND #3
- #5 (addict* OR abus* OR misus* OR depend* OR habit* OR intoxica* OR crav* OR involve* OR consumption OR abstain* OR abstinence OR detox*).ti
- #6 #1 AND #5

- #7 #4 OR #6
- #8 (outpatient* OR out-patient* OR extern OR (day ADJ2 (hospital*OR center* OR centre* OR program* OR clinic* OR treatment*)) OR partial hospital* OR ambulator* OR (recovery ADJ2 (school* OR college*))).ti,ab,tw
- #9 (exp treatment guideline/ OR health care planning/ OR algorithm/ OR consensus/ OR consensus development/ OR clinical pathway/ OR clinical protocol/ OR meta-analysis/ OR "meta analysis (topic)"/ OR biomedical technology assessment/ OR systematic review/ OR "systematic review (topic)"/ OR randomized controlled trial/ OR "randomized controlled trials (topic)"/ OR randomization/ OR double-blind procedure/ OR single-blind procedure/ OR placebo/ OR (guideline* OR guide line* OR guidance* OR practical guide* OR CPG OR CPGs OR algorithm* OR (best ADJ3 practice*) OR clinical path OR clinical paths OR (clinical ADJ3 pathway*) OR clinical protocol* OR committee opinion* OR consensus OR (critical ADJ3 pathway*) OR policy statement* OR position statement* OR practice parameter* OR practice pathway* OR practice protocol* OR recommendation* OR standard of care OR standards of care OR standard care* OR gold standard* OR practice standard* OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR (systematic* ADJ3 (review* OR overview* OR search* OR research*)) OR evidence base* OR evidence report* OR evidence synthesis OR evidence syntheses OR research evidence* OR umbrella review* OR technology appraisal* OR technology assessment* OR technology overview* OR technology reassessment* OR umbrella review* OR HTA OR HTAs OR random* OR rct OR rcts OR "rct's" OR placebo* OR sham OR ((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) ADJ3 (mask* OR blind* OR dumm*)) OR comparison group* OR comparison studies OR comparison study OR control group*).ti,ab. OR (review.tw. AND ((medline OR pubmed) AND (cinahl OR cochrane OR embase OR psycinfo)).ti,ab.)) NOT (case report/ OR editorial/ OR letter/)
- #10 #7 AND #8 AND #9

CINAHL Complete

- #1 TI (adolescen* OR teen* OR youth OR youths OR young OR undergraduate* OR juvenile OR student* OR college* OR school OR schools OR universit*)
- #2 AB (adolescen* OR teen* OR youth OR youths OR young OR undergraduate* OR juvenile OR student* OR college* OR school OR schools OR universit*)
- #3 #1 OR #2
- #4 TI (substance* OR drug OR drugs OR alcohol OR marijuana OR marihuana OR hashish OR cannabis OR MDMA OR heroin OR narcotic OR opium OR ecstasy OR hallucinogen OR cocaine OR drink* OR methamphetamine OR chemical)

- #5 TX (addict* OR disorder* OR abus* OR use* OR using OR misus* OR utilis* OR depend* OR habit* OR intoxica* OR crav* OR involve* OR consumption OR abstain* OR abstinence OR detox*)
- #6 #3 AND #4 AND #5
- #7 TI (addict* OR disorder* OR abus* OR use* OR using OR misus* OR utilis* OR depend* OR habit* OR intoxica* OR crav* OR involve* OR consumption OR abstain* OR abstinence OR detox*)
- #8 #3 AND #7
- #9 #6 OR #8
- #10 TI (outpatient* OR out-patient* OR extern OR (day N2 (hospital*OR center* OR centre* OR program* OR clinic* OR treatment*))) OR partial hospital* OR ambulator* OR (recovery N2 (school* OR college*)))
- #11 AB (outpatient* OR out-patient* OR extern OR (day N2 (hospital*OR center* OR centre* OR program* OR clinic* OR treatment*))) OR partial hospital* OR ambulator* OR (recovery N2 (school* OR college*)))
- #12 #9 OR #10
- #13 TX (guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR practical guide* OR practice parameter* OR best practice* OR evidence base* OR consensus OR algorithm* OR clinical pathway* OR critical pathway* OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR standard OR standards OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR meta regression* OR metaregression* OR meta review* OR metareview* OR meta synthesis OR metasynthesis OR overview of review* OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal* OR umbrella reivew*)
- #14 #9 AND #12 AND #13
- #15 TX (energy OR fruit*)
- #16 #14 NOT #15

EBM Reviews (OvidSP) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database

- #1 (adolescen* OR teen* OR youth OR youths OR young OR undergraduate* OR juvenile OR student* OR college*).ti,ab

- #2 (substance* OR drug OR drugs OR alcohol OR marijuana OR marihuana OR hashish OR cannabis OR MDMA OR heroin OR narcotic OR opium OR ecstasy OR hallucinogen OR cocaine OR drink* OR methamphetamine OR chemical).ti,ab,tw
- #3 (addict* OR abus* OR misus* OR depend* OR habit* OR intoxica* OR crav* OR involve* OR consumption OR abstain* OR abstinence OR detox*).ti,ab,tw
- #4 (outpatient* OR out-patient* OR extern OR (day ADJ2 (hospital*OR center* OR centre* OR program* OR clinic* OR treatment*)) OR partial hospital* OR ambulator* OR (recovery ADJ2 (school* OR college*))).ti,ab,tw
- #5 #1 AND #2 AND #3 AND #4

Social Work Abstracts (OvidSP)

- #1 (adolescen* OR teen* OR youth OR youths OR young OR undergraduate* OR juvenile OR student* OR college*).ti,ab
- #2 (substance* OR drug OR drugs OR alcohol OR marijuana OR marihuana OR hashish OR cannabis OR MDMA OR heroin OR narcotic OR opium OR ecstasy OR hallucinogen OR cocaine OR drink* OR methamphetamine OR chemical).ti,ab,tw
- #3 (addict* OR abus* OR misus* OR depend* OR habit* OR intoxica* OR crav* OR involve* OR consumption OR abstain* OR abstinence OR detox*).ti,ab,tw
- #4 (outpatient* OR out-patient* OR extern OR (day ADJ2 (hospital*OR center* OR centre* OR program* OR clinic* OR treatment*)) OR partial hospital* OR ambulator* OR (recovery ADJ2 (school* OR college*))).ti,ab,tw
- #5 #1 AND #2 AND #3 AND #4

ANNEXE B

Liste des sites Web consultés pour la sélection des documents provenant de la littérature grise

La recherche de la littérature grise a été effectuée à partir des sites d'agences d'évaluation des technologies et des modes d'intervention, des sites portant sur les interventions ou programmes recensés dans le document ainsi que de sites d'associations professionnelles soutenant les interventions en dépendance et en jeunesse. La liste des sites Web consultés est présentée à l'annexe B. Les registres suivants, compilant des données probantes des interventions en dépendance et en jeunesse, ont aussi été consultés :

- Alcohol and Drug Abuse Institute (ADAI)
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC)
- SAMHSA National Registry of Evidence-Based Programs and Policies (NREPP)

La mise à jour de la littérature grise a été effectuée par l'entremise des veilles électroniques disponibles sur les sites retenus (ex. NICE Newsletter, Centre québécois de documentation en toxicomanie, etc.).

Moteurs de recherche spécialisés en guide de pratique et documents évaluatifs

Portail canadien des pratiques exemplaires

Guidelines International Network

Campbell Collaboration

Cochrane Reviews

Centre québécois de documentation en toxicomanie (CQDT)

Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) /AIDQ

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substance (CCDUS)

Evidence Exchange Network for Mental Health and Addictions

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Best practice portal)

National Institute on Drug Abuse (NIDA)

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) : Thématique addiction

Observatoire français des drogues et de la toxicomanie (OFDT)

Société française d'alcoologie (SFA)

Drug and Alcohol Findings

University of Washington Alcohol and Drug Abuse Institute (ADAI)

Institut national de santé publique (INSPQ)

Instances gouvernementales des bonnes pratiques et des politiques gouvernementales

Canada

- * Santé Canada

Sites provinciaux

- * Colombie-Britannique : Ministry of Health Services and Ministry of Children and Family Development
- * Ontario : Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)
Canadian Agency for Drugs and Technology Health (CADTH)
Hospital for Sick Children (SickKids)
The York Centre

États-Unis

- * Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, y compris le National Registry of Evidence-based Programs and Practices - NREPP)
- * National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors (NASADAD)

France

- * Haute Autorité de Santé (HAS)
- * Observatoire français des drogues et de la toxicomanie (OFDT)

Royaume-Uni

- * National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
- * National Health Service
- * Social Care Institute for Excellence
- * Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

Australie et Nouvelle-Zélande

- * National Health and Medical Research Council (NHMRC) Centre of Research Excellence in Mental Health and Substance Use
- * National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC)
- * Australian Institute of Health and Welfare

Organisations internationales

- * United Nations Office on Drugs and Crime (unodc.org)
- * Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/mental_health)

INSTANCES PROFESSIONNELLES

- * American Society of Addiction Medicine (ASAM)
- * American Psychiatric Association (APA)
- * American Psychological Association (APA)
- * Association des psychiatres du Canada (APC)
- * Canadian Society of Addiction Medicine
- * Royal College of Psychiatrists (RCP)

SITES WEB JEUNESSE

Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health
California Evidence-Based Clearinghouse for Children Welfare (CEBC)
Office of Justice Juvenile and Delinquency Prevention (OJJDP)
American Academy of Child Adolescent Psychiatry (AACAP)

SITES WEB DE PROGRAMMES

Site du programme Seeking Safety
Site du programme Seven Challenges
Site du système de services Chestnut

ANNEXE C

Critères de sélection de la littérature

Les critères de sélection de la littérature sont présentés ci-dessous. La qualité des revues systématiques et méta-analyses a été évaluée à l'aide de la grille AMSTAR (Kung *et al.*, 2010). Trois des 20 revues et méta-analyses retenues ont été jugées d'excellente qualité, deux de bonne qualité, 12 de moyenne qualité et 3 de faible qualité.

Critères de sélection	Questions 1 et 2	Question 3
Population (P)	Clientèle jeunesse présentant un trouble de l'usage d'une substance psychoactive	
Intervention (I)	Traitement, programmes, interventions, activités et autres modalités offertes sur une base externe	
Comparateur (C)	Études avec ou sans comparateur	Sans objet
Outcomes (O) - Résultats d'intérêt	Résultats en lien avec l'offre et l'organisation des services (composition et qualification du personnel, coordination des services, collaboration intersectorielle, etc.), adhésion et rétention dans le traitement, effets sur la consommation (fréquence, sévérité, etc.), effets sur le fonctionnement social et scolaire et la qualité de vie.	Tout résultat relatif aux perceptions et à l'expérience vécue des jeunes et des membres de l'entourage : acceptabilité et satisfaction envers les interventions et services reçus, utilité et inconvénients perçus, etc.
Contexte de traitement	Centres de réadaptation spécialisés en dépendance, hôpitaux/centres de jour ou autre établissement offrant des services externes.	
Types d'études	Revue systématique/méta-analyses, guides de pratique (2005-2017). Évaluations de programme et autres études portant sur des programmes et interventions implantés en milieu réel (2005-2017)	Guides de pratique et études primaires avec données qualitatives (2005-2017)
Exclusion	Les études ou guides dont la moyenne d'âge dépasse les 18 ans. Les études ou guides reposant principalement sur des traitements pharmacologiques	

ANNEXE D Qualité des revues systématiques et méta-analyses retenues

ITEM	CRITÈRES	Baldwin, 2012	Barnett, 2012	Becker et Curry, 2008	Bender, 2010	Calabria, 2011	Deady, 2014	Engle et Macgowan, 2009	Filges (TCC), 2015 (Campbell)	Filges (FFT), 2015 (Campbell)	Filges (MDF), 2015 (Campbell)	Hogue, 2014	Jensen, 2011	Li, 2016	Lindstrøm (BSFT), 2013	Lindstrøm (FBT), 2015	Tanner-Smith, 2013	Tanner-Smith, 2016	Tripodi, 2010	Van der Pol, 2017	Waldron et Turner, 2008
1	Un plan de recherche établi a priori est-il fourni?	3	3	3	3	2	2	3	3	4	4	3	2	3	3	3	3	4	4	3	2
2	La sélection des études et l'extraction des données ont-ils été confiés à au moins deux personnes?	4	3	3	4	2	3	1	4	4	4	3	4	2	4	4	1	4	3	2	1
3	La recherche documentaire était-elle exhaustive?	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	La nature de la publication (littérature grise, par exemple) était-elle un critère d'inclusion?	2	2	2	3	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	3	3	1	2	2
5	Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie?	1	2	1	2	2	2	1	4	4	4	1	2	1	4	4	1	1	2	1	1
6	Les caractéristiques des études incluses sont-elles indiquées?	2	3	1	2	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4
7	La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été évaluée et consignée?	1	1	3	3	3	4	1	4	4	4	3	1	2	4	4	1	2	2	1	2
8	La qualité scientifique des études incluses dans la revue a-t-elle été utilisée adéquatement dans la formulation des conclusions?	2	1	3	1	3	3	2	4	3	3	2	1	3	4	4	1	1	2	1	2
9	Les méthodes utilisées pour combiner les résultats des études sont-elles appropriées?	4	S. O.	1	4	S. O.	3	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	4	4	3	4
10	La probabilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée?	3	1	1	2	2	1	1	3	3	2	1	3	4	2	2	2	3	3	4	2
11	Les conflits d'intérêts ont-ils été déclarés?	2	2	1	3	3	4	1	3	2	3	1	1	2	2	3	1	3	2	2	2
TOTAL		27	23	22	23	28	32	21	28	42	40	25	28	30	39	38	23	33	31	26	26
		C	C	D	C	C	C	D	A	A	B	C	C	C	B	A	D	C	C	C	C

À = Excellente qualité

B = Bonne qualité

C = Moyenne qualité

D = Faible qualité

40 et +

35 et 39

25 et 34

24 et moins

ANNEXE E Recoupement des études primaires publiées depuis l'an 2000

Études primaires	Baldwin, 2012	Barnett, 2012	Becker et Curry, 2008	Bender, 2010	Calabria, 2011	Deady, 2014	Engle et Macgowan, 2009	Filges, 2015a	Filges, 2015b	Filges, 2015c	Hogue, 2004	Jensen, 2011	Lindstrøm, 2013	Lindstrøm, 2015	Li, 2006	Tanner- Smith, 2013	Tanner- Smith, 2016	Tripodi, 2010	Van der Pol, 2017	Waldron et Turner, 2008
Arzin 2001	X		X											X		X	X	X		X
Baer et al., 2001																X				
2007											X	X			X			X		
2008		X		X																
Baily et al., 2004		X	X									X								
Battjes et al., 2003							X					X								
2004		X																		X
Barnett et al., 2001																X				
Berguis et al., 2006																X				
Borduin et al., 2009	X																			
Borsari et Carey, 2000																				
Brown et al., 2003		X																		
2009																				
Burleson et Kaminer 2011		X															X			
Burrow-Sanchez et al., 2011																	X			
Carey et al., 2006																X				
Coatsworth et al., 2001	X																			
Conrad et al., 2006			X																	
Cornelius et al., 2001						X														
2004						X														
2005						X														
2009						X											X			
2010						X														
2011						X											X			

Études primaires		Baldwin, 2012	Barnett, 2012	Becker et Curry, 2008	Bender, 2010	Calabria, 2011	Deady, 2014	Engle et Macgowan, 2009	Filges, 2015a	Filges, 2015b	Filges, 2015c	Hogue, 2004	Jensen, 2011	Lindstrøm, 2013	Lindstrøm, 2015	Li, 2006	Tanner- Smith, 2013	Tanner- Smith, 2016	Tripodi, 2010	Van der Pol, 2017	Waldron et Turner, 2008
Curry et al., 2003							X	X													
D'Amico et al.	2008		X		X	X							X			X	X		X		
	2013											X						X			
Dennis et al., 2004		X	X	X				X	X	X			X				X	X		X	X
Edwards et al., 2006																	X				
Esposito-Smythers et al.	2006					X															
	2011											X						X			
Findling et al., 2009							X											X			
Friedman et al., 2002																			X		
Gmel et al., 2012												X									
Godley et al.	2002				X														X		
	2006				X												X	X			
	2007																	X	X		
	2010		X							X		X						X			
	2014																	X			
Goti et al., 2010			X																		
Gray et al., 2010			X																		
Grenard et al., 2007			X										X			X					
Grichting et al., 2011																				X	
Harris 2012																		X			
Heinzerling et al., 2013																		X			
Henderson et al., 2010																				X	
Hendriks et al.,	2011									X		X								X	
	2012																			X	

Études primaires		Baldwin, 2012	Barnett, 2012	Becker et Curry, 2008	Bender, 2010	Calabria, 2011	Deady, 2014	Engle et Macgowan, 2009	Filges, 2015a	Filges, 2015b	Filges, 2015c	Hogue, 2004	Jensen, 2011	Lindstrøm, 2013	Lindstrøm, 2015	Li, 2006	Tanner- Smith, 2013	Tanner- Smith, 2016	Tripodi, 2010	Van der Pol, 2017	Waldron et Turner, 2008
Henggeler et al.,	2002																				X
	2006			X								X					X				
	2012											X						X			
Henggeler et al.	2002																				X
	2006			X								X					X				
	2012											X						X			
Hides et al.	2010						X														
	2011						X														
Hogue et al.	2004																			X	
	2008																			X	
Huang et al., 2011																X					
Hunter et al., 2012												X									
Juarez et al., 2006																	X				
Kaminer et al.	2002			X				X		X							X	X			X
	2008		X														X		X		
	2014																	X			
Kemp 2007						X															
Killen et al., 2012																		X			
Latif, 2005																	X				
Latimer et al., 2003				X	X			X		X							X	X	X		
Lattimore et al., 2004																	X				
Leschield et Cunningham, 2002		X																			
Letourneau et al., 2009		X																			

Études primaires		Baldwin, 2012	Barnett, 2012	Becker et Curry, 2008	Bender, 2010	Calabria, 2011	Deady, 2014	Engle et Macgowan, 2009	Filges, 2015a	Filges, 2015b	Filges, 2015c	Hogue, 2004	Jensen, 2011	Lindstrøm, 2013	Lindstrøm, 2015	Li, 2006	Tanner- Smith, 2013	Tanner- Smith, 2016	Tripodi, 2010	Van der Pol, 2017	Waldron et Turner, 2008
Liddle et al.	2001	X		X	X			X	X								X	X	X	X	X
	2003																				X
	2004	X		X	X												X				X
	2008	X			X				X								X	X	X	X	
	2009					X			X			X						X		X	
	2011																	X		X	
Lindeman 2009																		X			
Lotts 2013																		X			
Lowe et al., 2012																		X			
Marsch et al., 2005																		X			
Marsden et al., 2006			X	X									X			X					
Martin et Copeland 2008			X		X							X	X								
Mason et al.	2011		X										X								
McCambridge et al.	2004		X	X									X			X					
	2005		X																		
	2008		X										X			X					
	2011		X																		
McGillicuddy et al., 2001				X	X														X		
McGovern et al., 2006																	X				
McNally et Palfai 2003																	X				
Miranda et al., 2014																		X			
Morrall et al., 2005																		X			
Murphey et al., 2001																	X				
Musher-E. et Kulick, 2003																	X				
McNally et Palfai 2003																	X				
Miranda et al., 2014																		X			
Morrall et al., 2005																		X			
Murphey et al., 2001																	X				

Études primaires	Baldwin, 2012	Barnett, 2012	Becker et Curry, 2008	Bender, 2010	Calabria, 2011	Deady, 2014	Engle et Macgowan, 2009	Filges, 2015a	Filges, 2015b	Filges, 2015c	Hogue, 2004	Jensen, 2011	Lindstrøm, 2013	Lindstrøm, 2015	Li, 2006	Tanner- Smith, 2013	Tanner- Smith, 2016	Tripodi, 2010	Van der Pol, 2017	Waldron et Turner, 2008
Musher-E. et Kulick, 2003																X				
Najavatis et al., 2006			X													X	X			
Niederhofer et Staffen 2003																X				
Nissen 2005																	X			
Srisurapanont et al., 2007			X													X				
Stanger et al. 2009											X									
2015																	X			
Stanton et al., 2007																				X
Stein et al. 2006		X		X								X			X	X				
2011		X																		
Sundell et al., 2008	X																			
Sussman et al., 2011		X																		
Thurstone et al., 2010																	X			
Thush et al., 2009		X	X									X								
Timmons-Mitchell et al., 2006	X																			
Tossman et al., 2010																			X	
Valdez et Cepeda, 2008													X							
Verbanck et al., 2010																			X	
Waldron et al.	2001	X	X	X	X		X		X	X						X	X			X
	2005																			X
	2006				X															
	2007																			X
Walker et al.	2006			X	X						X	X				X	X			
	2011										X				X					
Winters et al.	2000															X				X
	2007			X												X		X		
	2012										X									

Études primaires	Baldwin, 2012	Barnett, 2012	Becker et Curry, 2008	Bender, 2010	Calabria, 2011	Deady, 2014	Engle et Macgowan, 2009	Filges, 2015a	Filges, 2015b	Filges, 2015c	Hogue, 2004	Jensen, 2011	Lindstrøm, 2013	Lindstrøm, 2015	Li, 2006	Tanner- Smith, 2013	Tanner- Smith, 2016	Tripodi, 2010	Van der Pol, 2017	Waldron et Turner, 2008
Woody et al., 2008																	X			
Zhang et al., 2001																	X			

ANNEXE F Synthèse des résultats documentés dans les revues systématiques et méta-analyses

Sources Qualité	Critères de sélection des études		Principaux résultats d'intérêts Principaux résultats de la RS
Baldwin <i>et al.</i>, 2012 24 études 1973 – 2009 N = 2 146 Moyenne	Interventions	Thérapies familiales : MDFT, FFT, MST, et BSFT • Durée : non spécifiée	- Les 4 thérapies familiales sont plus efficaces que les traitements alternatifs (12 études, $d = 0,26$, IC : 0,05 - 0,48) - La MST et la BSFT sont plus efficaces que le traitement usuel (11 études, $d = 0,21$, IC : 0,02 – 0,40) - La BSFT et la FFT sont supérieures au groupe contrôle dans 3 études et comparables dans une autre étude - Les tailles d'effets ont été calculées sur l'ensemble des mesures combinées (consommation de substances, comportements délinquants et autres) - Les auteurs rapportent que les tailles d'effets sont plus grandes pour les mesures d'abus de substances et délinquance et plus petites dans les études avec une plus grande proportion de filles (tailles d'effets non présentées)
	Population	Jeunes 11-19 ans • Avec troubles liés à l'utilisation de substances, de conduite ou délinquance	
	Substances	Non spécifié	
	Autres informations	Résultats post-traitement seulement	
Barnett <i>et al.</i>, 2012 39 études 1998 - 2011 N = 13 107 Moyenne	Interventions	Entretien motivationnel (MI) seul, avec rétroaction et combiné à une autre intervention • Interventions manualisées dans 28 % des études • Format individuel dans 90 % des études • Durée : séance unique à 12 séances au total	- Effet positif MI sur au moins une substance rapportée dans 67 % des études (26/39) : alcool (7 études), cannabis (7 études), tabac (6 études), substances mixtes (8 études) - Effet positif MI dans toutes les études où MI est administré en groupe (4/4) et dans 63 % des études (34/39) où MI est administré en individuel - Effet positif MI dans 75 % des études (6/8) où administré seul, dans 65 % des études (11/17) avec la composante rétroaction, et 64 % des études (9/14) où MI est combiné à une autre intervention - Une étude suggère que l'efficacité de l'entretien motivationnel est accrue lorsqu'il est effectué auprès des adolescents et leurs parents versus aux adolescents seulement
	Population	Échantillon dont l'âge moyen est $\leq 18,5$ ans	
	Substances	Alcool, cannabis, tabac, drogues dures, substances mixtes	
	Autres informations	Résultats post-traitement et suivi de 1 à 14 mois	
Becker et Curry, 2008 38 études 1983 – 2006 N = ? Faible	Interventions	Interventions ciblant la consommation de substances • Durée : non spécifié	- Thérapies familiales MST, MDFT, FSN, et EBFT sont d'efficacité supérieure aux traitements alternatifs et usuels dans la moitié des études et d'efficacité comparable dans l'autre - Interventions motivationnelles brèves (1 ou 2 séances) sont d'efficacité supérieure au comparateur dans 3 études et d'efficacité comparable à l'éducation psychologique dans une autre - Interventions TCC sont d'efficacité supérieure au traitement usuel et à la thérapie de groupe dans 2 études et comparable à la FBT et à l'éducation psychologique dans les 2 autres - MET/TCC est d'efficacité supérieure aux thérapies familiales, à l'A-CRA, et aux thérapies de groupe dans 3 études et inférieure à la thérapie familiale et à la thérapie de groupe dans une autre - Thérapie de groupe est d'efficacité inférieure aux thérapies familiales, à la TCC de groupe, et aux interventions motivationnelles brèves dans 5 études, mais d'efficacité comparable à la TCC de groupe dans une autre
	Population	Jeunes 13-18 ans • Avec un diagnostic d'abus ou de dépendance ou un niveau élevé de consommation	
	Substances	Non précisé	
	Autres informations	Moment de l'évaluation non spécifié • Évaluation de la qualité des études sur 14 critères • Résultats présentés seulement pour les études ayant obtenu un score de qualité ≥ 7	

Sources	Critères de sélection des études		Principaux résultats d'intérêts Principaux résultats de la RS
Bender <i>et al.</i>, 2010 15 études 1985 – 2008 N = 1 559 Moyenne	Interventions	Thérapies familiales et individuelles - Durée variant de 2 à 3 séances/semaine sur 16 semaines - Interventions manualisées dans 93 % des études - Offertes en clinique dans 73 % des études	- Réduction de l'usage de cannabis de 67 % supérieur parmi les jeunes traités que parmi les groupes témoins - Les tailles d'effets sont comparables pour l'ensemble des interventions familiales (7 études) comparées à l'ensemble des interventions individuelles (7 études) - La MDFT est supérieure à l'éducation familiale au suivi de 6 et 12 mois, à la thérapie de groupe au suivi de 6 semaines, 3, 6 et 12 mois, et à la TCC au suivi de 3, 6, 12 mois - La FFT est supérieure à la thérapie de groupe au suivi de 4 mois, mais comparable au suivi de 7 mois - La FFT est inférieure à la TCC au suivi de 4 mois, mais comparable au suivi de 7 mois - La BSFT est supérieure à la thérapie de groupe au suivi de 5 mois et supérieure à l'éducation psychologique au suivi de 6 mois - La TCC est comparable à la thérapie de groupe au suivi de 4 mois, mais supérieure au suivi de 7 mois - La TCC est supérieure au counseling de soutien au suivi de 12 mois - L'entretien motivationnel et la MET sont comparables au traitement usuel et à liste d'attente au suivi de 1, 3 et 6 mois
	Population	Adolescents 12 à 19 ans	
	Substances	Cannabis	
	Autres informations	Résultats post-traitement Suivi de 6 mois et moins dans 53 % des études, de 6 à 11 mois dans 20 % des études et 12 mois et plus dans 27 % des études	
Calabria <i>et al.</i>, 2011 9 études 2005 - 2009 N = 957 Moyenne	Interventions	MET/TCC, A-CRA, MI, MDFT - Interventions individuelles dans 90 % des études - Durée : 1 à 32 séances	- Toutes les études ont été jugées comme étant de faible qualité - Toutes les interventions ont été jugées prometteuses, à l'exception de l'entretien motivationnel - Par contre, dans les 3 études portant sur l'entretien motivationnel, les jeunes étaient soit en situation d'itinérance, incarcérés ou issus de milieux défavorisés et n'ont reçu qu'une seule séance d'intervention motivationnelle, comparativement à un nombre de séances variant entre 4 à 32 séances pour les autres interventions investiguées
	Population	Jeunes 11 - 25 ans Avec un diagnostic d'abus ou de dépendance ou référés pour consommation à risque ou abusive	
	Substances	Alcool	
	Autres informations	Moment de l'évaluation non mentionné Aucun résultat quantitatif n'est présenté dans le texte	
Deady <i>et al.</i>, 2014 10 études 1994 - 2012 N = 582 Moyenne	Interventions	TCC, MET/TCC, TCC + interventions familiales - Format individuel dans 40 % des études - Durée : 8 à 20 séances	- La MET/TCC est supérieure au traitement usuel pour réduire la consommation de cannabis au suivi de 3 mois ($d = -0,57$) et réduire le % de jeunes avec un diagnostic d'abus ou de dépendance au suivi de 3 et 6 mois (1 étude) - La TCC et MET/TCC sont supérieures au traitement usuel pour réduire les symptômes dépressifs à la fin du traitement ($d = -0,51$) et au suivi de 2 ans ($d = -1,14$ sur le BDI et $-1,28$ sur le HAM-D) (2 études) - Réduction significative de la quantité de la consommation de substances pré versus post traitement en faveur de la TCC et MET/TCC dans 4 études (d variant entre 0,31 et -0,86) - Réduction significative des symptômes dépressifs pré versus post traitement dans 6 études (d variant entre 1,03 et 2,81)
	Population	Jeunes 12 - 25 ans - Avec un diagnostic de dépression comorbide - Proportion de garçons varie de 23 % à 85 % par étude	
	Substances	Alcool, cannabis et autres substances	
	Autres informations	Résultats post-traitement et suivi variant de 3 mois à 5 ans Interventions combinées avec un antidépresseur dans 60 % des études	

Sources	Critères de sélection des études		Principaux résultats d'intérêts Principaux résultats de la RS
Engle et Macgowan, 2009 12 études 1992 – 2004 N = 1 751 Faible	Interventions	Thérapies de groupe, TCC, thérapies familiales, interventions motivationnelles, éducation psychologique • Durée : de 8 à 32 séances, de 60 à 120 minutes chacune	- Réduction significative de la consommation pré versus post traitement pour 10 des 13 traitements investigués - Parmi ces 10 traitements, l'éducation psychologique et la thérapie de groupe pour adolescents ont été jugées comme étant possiblement efficaces et les 8 autres traitements comme ayant quelques indications d'efficacité
	Population	Adolescents avec abus de substances	
	Substances	Alcool et drogues, excepté tabac	
	Autres informations	Résultats post-traitement et suivi de 6 mois et plus dans 75 % des études. Aucun suivi dans 25 % des études	
Filges <i>et al.</i>, 2015a 5 études 2000 - 2014 N = 1 239 Excellente	Interventions	Thérapie familiale MDFT • Durée : de 12 à 48 séances sur 3 à 6 mois	- Traitement complété pour 50 % à 100 % des jeunes recevant la MDFT et 44 % à 81 % des jeunes recevant le traitement alternatif - La MDFT est supérieure aux autres traitements alternatifs (résultats combinés) pour réduire la sévérité de la consommation de cannabis (d = -0,35, IC : - 0,59 à -0,11) - La MDFT est supérieure à la thérapie de groupe pour adolescents (d = -0,76, IC : -1,28 à -0,24), au groupe de soutien par les pairs (d = -0,67, IC : -1,12 à 0,23), et à la TCC (d = -0,40, IC : -0,76 à -0,05) - La MDFT est comparable à la MET/TCC5 - La MDFT est plus efficace que les autres traitements alternatifs (résultats combinés) pour réduire la fréquence de la consommation de cannabis (d = 0,24, IC : - 0,43 à - 0,06) - La MDFT est supérieure au groupe de soutien par les pairs (d = -0,48, IC : -0,92 à -0,05), à la TCC (d = -0,38, IC : -0,74 à -0,02) et au traitement usuel (d = -0,25, IC : -0,46 à -0,05) - La MDFT est comparable à la MET/TCC5
	Population	Jeunes 11 - 18 ans • Proportion de garçons varie de 73 % à 86 % par étude • Proportion de caucasiens variant de 3 % à 51 % par étude	
	Substances	Cannabis	
	Autres informations	Revue de Campbell Collaboration • Résultats post-traitement et suivi de 3 à 6 mois • 3 des 5 études ont été réalisées par les chercheurs ayant développé la MDFT (Liddle <i>et al.</i>)	
Filges <i>et al.</i>, 2015b 7 études 1998 – 2012 N = 953 Excellente	Interventions	TCC et MET/TCC5 et MET/TCC7 • Format individuel dans 57 % des études et format de groupe dans les autres • Durée : de 6 semaines à 6 mois	- À court terme (3 mois post-initiation), pas de différence entre la MET/TCC comptant 5 ou 7 séances et les traitements alternatifs (résultats combinés) pour réduire la consommation de substances - MET/TCC supérieure au groupe témoin (d = -0,90, IC : -1,55 à -0,25) - MET/TCC comparable à la thérapie familiale MDFT et au programme Chestnut Bloomington - MET/TCC inférieure à la thérapie familiale FFT (une étude : d = 0,78, IC : 0,25 -1,31) - TCC comparable à la thérapie familiale MDFT et à l'éducation psychologique - À moyen terme (6 mois post-initiation), pas de différence entre la MET/TCC comptant 5 ou 7 séances et les traitements alternatifs (résultats combinés) pour réduire la consommation de substances - MET/TCC supérieure au groupe témoin (d = -0,96, IC : -1,55 à -0,31) - MET/TCC comparable à la thérapie familiale MDFT et FFT et au programme Chestnut Bloomington - TCC comparable à la thérapie familiale MDFT et à l'éducation psychologique - À long terme (12 mois post-initiation), pas de différence entre la TCC et la MET/TCC comptant 5 ou 7 séances et les traitements alternatifs (résultats combinés) pour réduire la consommation de substances, sur le pourcentage de jours abstinents et le fonctionnement familial
	Population	Jeunes 12 - 18 ans • Proportion de garçons varie de 60 % à 80 % par étude • Proportion de caucasiens varie de 50 % à 100 % par étude	
	Substances	Cannabis et autres substances non opioïdes	
	Autres informations	Revue de Campbell Collaboration • Résultats post-traitement et suivi de 3 à 12 mois	

Sources	Critères de sélection des études		Principaux résultats d'intérêts Principaux résultats de la RS
Filges <i>et al.</i>, 2015c 2 études 1989 – 2013 N = 255 Excellente	Interventions	Thérapie familiale FFT seule et combinée avec TCC • Durée : non spécifiée	- La FFT est supérieure à la TCC (d = 0,78, IC : 0,25, 1,31) et à la thérapie de groupe (d = 0,97, IC : 0,44 – 1,51) au suivi de 4 mois pour réduire la consommation de cannabis, mais comparable au suivi de 7 mois - La FFT est comparable à la TCC et à la thérapie de groupe au suivi de 4 et 7 mois sur le pourcentage de jours abstinents
	Population	Jeunes 13 - 21 ans • Proportion de garçons = 61 % et 80 % • Proportion de caucasiens = 38 % et 90 %	
	Substances	Cannabis	
	Autres informations	Revue de Campbell Collaboration • Résultats post-traitement et suivi 4, 7 et 9 mois	
Hogue <i>et al.</i>, 2014 19 études 2007 - 2014 N = 6 619 Moyenne	Interventions	Thérapies familiales, interventions motivationnelles, MET/TCC et traitements intégrés pour troubles concomitants • Durée : varie de 2 séances au total à 2 séances/semaine pendant 4 mois	Les 19 études d'efficacité indiquent que : - La TCC individuelle et de groupe est supérieure à l'éducation psychologique et au groupe d'entraide, mais inférieure aux thérapies familiales FBT et EBFT, et à la MET/TCC - La MET/TCC est supérieure au traitement usuel et à la TCC individuelle - La thérapie familiale FBT est supérieure à thérapie de soutien de groupe - L'entretien motivationnel combiné à la MET est supérieur à l'entretien motivationnel seul et à la liste d'attente - La thérapie familiale EBFT combinée à la gestion de cas (ACC) est supérieure à la EBFT seule et au traitement usuel - Le counseling basé sur les 12 étapes adaptées aux adolescents est supérieur à la liste d'attente Les 4 études d'efficacité indiquent que : - Les jeunes avec des comorbidités bénéficient davantage d'interventions familiales et multidimensionnelles - Les intervenants dans la communauté peuvent être formés pour implanter les thérapies familiales - Étant donné l'efficacité relativement comparable des différents traitements, l'accent devrait être mis sur les moyens pour soutenir l'implantation des traitements existants, leur adaptation aux différentes populations versus le développement de traitements manualisés additionnels, hautement standardisés et développés dans un contexte de recherche
	Population	Jeunes 11 - 19 ans • Proportion de garçons varie de 33 % à 85 % par étude • Proportion de caucasiens varie de 3 % à 91 % par étude	
	Substances	Alcool et autres substances	
	Autres informations	19 études d'efficacité et 4 études d'efficacité • Résultats post-traitement seulement	

Sources	Critères de sélection des études		Principaux résultats d'intérêts Principaux résultats de la RS
Jensen <i>et al.</i>, 2011 21 études 1998 - 2009 N = 5 471 Moyenne	Interventions Entretien motivationnel - Durée : séance unique dans 62 % des études, de 2 à 9 séances dans les autres études - Intervenants sans formation spécialisée dans 80 % des cas	Population Jeunes 12 - 23 ans - Proportion de garçons (7 études combinées) = 55 % - Proportion de caucasiens (7 études combinées) = 68 % (informations non disponibles pour les autres études) - Jeunes recrutés dans la communauté dans 81 % des études et en cliniques dans les autres études	- L'entretien motivationnel (MI) est légèrement supérieur au comparateur pour réduire la consommation d'alcool et de drogues ($d = 0,16$, CI : 0,08 – 0,25) (16 études) - Le MI a un effet plus important sur la consommation de tabac que sur les autres substances psychoactives - Les effets du MI sont maintenus dans les études avec un suivi de 6 mois ou moins ($d = 0,32$, CI : 0,04 – 0,61), mais la différence n'est plus significative entre le MI et comparateur pour les études avec un suivi de 7 à 24 mois
	Substances	Alcool et autres substances, incluant tabac	
	Autres informations	Résultats post- traitement et suivi de 1 à 24 mois	
Li <i>et al.</i>, 2016 10 études 1998 - 2011 N = 1 466 Moyenne	Interventions Entretien motivationnel Durée : séance unique dans 70 % des études et de 3 à 4 séances dans les autres	Population Jeunes 12-19 ans - Ratio de garçons/filles : 6,5/3,5 - Proportion de caucasiens (études combinées) = 42 %	- L'entretien motivationnel (MI) est plus efficace que le traitement usuel pour augmenter l'attitude au changement (3 études, $d = 0,44$, CI 0,20 – 0,67), mais n'a pas d'effet significatif sur la consommation (8 études, 1 à 4 séances) - Effet sur l'attitude au changement non significatif au suivi post-traitement (8 études) - Tailles d'effets plus grandes lorsque le MI est comparé au traitement usuel (6 études, $d = 0,29$, CI : 0,11 – 0,47), mais celles-ci sont non significatives lorsque le MI est comparé à de l'éducation et à de la relaxation - Tailles d'effets plus grandes pour le MI offert en milieu clinique (2 études, $d = 0,35$) qu'en milieu scolaire (4 études, $d = 0,15$)
	Substances	80 % de jeunes consommateurs de cannabis	
	Autres informations	Résultats post-traitement et au suivi de 1 à 12 mois	
Lindstrøm <i>et al.</i>, 2013 3 études 2003 - 2011 N = 806 Bonne	Interventions Thérapie familiale BSFT Durée : 2 à 8 séances	Population Jeunes 12-18 ans - Proportion de garçons = 59 %, 75 % et 78 % - Proportion de caucasiens = 31 % dans une étude et 0 % dans les 2 autres (100 % hispaniques)	- Tailles d'effets non significatives sur la consommation de cannabis pour le MI versus le comparateur (3 études) - Pas d'effet significatif non plus sur le fonctionnement familial, la rétention en traitement
	Substances	Substance principale = Cannabis	
	Autres informations	Revue de Campbell Collaboration Résultats post-traitement seulement (2 études), avec un suivi de 3 à 12 mois (1 étude).	

Sources	Critères de sélection des études		Principaux résultats d'intérêts Principaux résultats de la RS
Lindstrøm et al., 2015 2 études 1994 et 2001 N = 82 Bonne	Interventions	Thérapie familiale FBT • Durée : 15 séances de 1 à 2 heures chacune sur 6 mois	- La première étude indique que la thérapie familiale FBT est supérieure au counseling de soutien à la fin du traitement pour réduire la consommation de cannabis ($d = 1,06$, CI : 0,22 – 1,90). La seconde étude indique que la FBT est d'efficacité comparable à la TCC à la fin du traitement et au suivi de 6 mois - La première étude indique que la FBT est supérieure au counseling de soutien à la fin du traitement pour améliorer le fonctionnement familial selon le rapport des parents ($d = 0,98$, CI : 0,10 -1,73), mais pas selon le rapport des jeunes. Pas de différence significative entre la FBT et TCC à la fin du traitement sur le fonctionnement familial. Les deux études ne rapportent pas de différence significative sur le fonctionnement familial au suivi de 6 mois - La FBT est comparable à la TCC et au counseling de soutien à la fin du traitement et au suivi de 6 mois pour engager le jeune dans ses études ou en emploi et pour réduire les comportements à risque et les arrestations
	Population	Jeunes 12-18 ans • Avec un trouble de conduite comorbide dans une étude • Proportion de garçons par étude = 77 % et 82 % • Proportion de caucasiens = 80 %	
	Substances	Substance principale = cannabis	
	Autres informations	Résultats post-traitement et au suivi de 6 mois	
Tanner-Smith et al., 2013 45 études 1981 - 2008 N = ? Faible	Interventions	Diverses interventions • Durée moyenne des traitements = 76 jours (2,5 mois) • Offertes en groupe dans 33 % des études	- Les résultats indiquent que tous les traitements, à l'exception du traitement usuel, sont plus efficaces que le placebo et l'absence de traitement (14 comparaisons, $d = -0,20$, CI : -0,31 à -0,10) pour réduire la consommation de substances - Les thérapies familiales sont plus efficaces que le counseling mixte/de groupe (7 comparaisons, $d = 0,32$, CI : 0,18 – 0,47) et l'éducation psychologique (5 comparaisons, $d = 0,45$, CI : 0,2 – 0,88) - Les thérapies familiales et le counseling mixte de groupe obtiennent les plus grandes améliorations pré/post traitement que la MET et TCC seule et combinée, que l'éducation psychologique et l'absence de traitement - Variables modératrices : La comparaison des tailles d'effets pré et post traitement obtenue dans les études en tenant compte des caractéristiques des participants, de la durée du traitement, de la fréquence des contacts et de la qualité de l'implantation du traitement sur la réduction de la consommation, indépendamment du type de traitement, indiquent que : - les tailles d'effets pré et post sont plus grandes pour le cannabis ($d = 0,58$) et la consommation de substances mixtes ($d = 0,65$) que pour l'alcool ($d = 0,31$) et les opiacés ($d = 0,13$) - les tailles d'effets pré et post ne sont pas influencées par l'âge, le genre, la race/ethnie, la comorbidité, la délinquance et la sévérité de la substance au début du traitement. Les tailles d'effets pré et post ne sont pas influencées par la fréquence des contacts et le niveau d'implantation de l'intervention une fois les autres variables prises en compte
	Population	Jeunes âgés de 16 ans en moyenne (études combinées) • Proportion de garçons (études combinées) = 68 % • Proportion de caucasiens (études combinées) = 61 % • 47 % avec troubles comorbides ou arrestations antérieures • 32 % des jeunes référés après un traitement résidentiel	
	Substances	Diverses	
	Autres informations	Résultats post-traitement seulement • Les analyses incluent 73 comparaisons directes entre 2 traitements	

Sources	Critères de sélection des études		Principaux résultats d'intérêts Principaux résultats de la RS
Tanner-Smith et al., 2016 61 études 1983 – 2015 N = ? Moyenne	Interventions	Diverses interventions - Durée : séance de 1,7 heure en moyenne par semaine sur une période de 104 jours (3,4 mois) en moyenne 76 % des interventions sont manualisées, 33 % sont offertes en groupe et 29 % en format familial 82 % sont offertes en externe et 7 % à l'interne	- Les comparaisons directes indiquent que tous les traitements sont plus efficaces que le traitement usuel et l'absence de traitement : - peu de différences significatives entre les différents types de traitement bien qu'en général, le counseling de groupe et le groupe d'entraide soient moins efficaces que les autres traitements alors que les thérapies familiales, la MET/TCC et les programmes multiservices sont généralement plus efficaces que les autres traitements - Les comparaisons pré versus post-traitement indiquent que tous les traitements entraînent une réduction de la consommation (d variant entre 0,86 et 1,38) - Variables modératrices : La comparaison des tailles d'effets pré et post traitement obtenue dans les études indiquent qu'indépendamment du type de traitement : - les tailles d'effets sont plus grandes pour le cannabis (d = 0,36) et les polysubstances (d = 0,63) que pour l'alcool et les autres substances - les tailles d'effets sont plus petites dans les ECR que dans les autres études, - pas d'évidence que les taux d'abandon et les problèmes d'implantation soient associés aux tailles d'effets obtenues - pas d'associations significatives entre les caractéristiques des jeunes (race, genre, âge, comorbidité et niveau de délinquance) et les tailles d'effets, une fois les caractéristiques méthodologiques prises en compte - pas d'effet principal de la durée du traitement et la fréquence des contacts sur les tailles d'effets une fois les autres variables prises en compte
	Population	Jeunes âgés de 16 ans en moyenne - Proportion de garçons (études combinées) = 71 % - Proportion de caucasiens (études combinées) = 52 % 64 % avec troubles comorbides et 57 % avec arrestations antérieures 32 % référés après un traitement résidentiel	
	Substances	Alcool 55 % des études, polysubstances 46 % des études, cannabis 22 % des études et autres substances 7 % des études	
	Autres informations	Résultats post-traitement seulement - Ajout de 16 études par rapport à leur revue de 2013 - Analyses incluent 95 comparaisons directes entre 2 types de traitement	
Tripodi et al., 2010 16 études 1994 - 2008 N = 1 116 Moyenne	Interventions	Interventions individuelles dans 62 % des études, familiales dans 31 % des études, et combinées dans 7 % des études - Durée : varie de 1 à 3 séances au total à 3 séances par semaine pendant 16 semaines 94 % des interventions sont manualisées ou requièrent une formation spécifique	Les tailles d'effets obtenues indiquent que la réduction d'alcool sont plus grandes pour les interventions investiguées que pour les comparateurs (d = -0,61, CI : -0,66 à -0,26) et plus grandes pour les traitements individuels (d = -0,75, CI : -1,05 à -0,40) que pour les thérapies familiales (d = -0,46, CI : -0,66 à -0,26) : - plus grandes pour les traitements résidentiels pour adolescents basés sur la TCC et les 12 étapes que pour le traitement usuel (d = -1,91, CI : -2,37 – à -1,61) - plus grandes pour les interventions motivationnelles brèves que pour le traitement usuel (d = -1,54, IC : -1,88 à -1,20) - plus grandes pour la TCC combinée à de la gestion de cas que pour la gestion de cas seulement (d = -0,87, IC : -1,26 à -0,48) - plus grandes pour la MDFT que pour l'éducation familiale (d = -0,81, CI : -1,29 à -0,34) - plus grandes pour des interventions motivationnelles brèves effectuées auprès du jeune (d = -1,37, IC : -1,97 à -0,78) et auprès du jeune et un parent (d = -1,71, IC : -2,24 à -1,08) que pour les groupes témoins Les tailles d'effets obtenues indiquent un meilleur maintien des gains au suivi de 12 mois : - pour les thérapies comportementales que pour le counseling de soutien (d = -0,66, IC -0,97 à -0,34) - pour la MDFT que pour l'éducation familiale (d = -0,81, IC : -1,29 à -0,34) - pour la MDFT que pour la thérapie de groupe pour adolescents (d = -0,57, IC : -1,06 à -0,07)
	Population	Jeunes de 19 ans et moins	
	Substances	Alcool	
	Autres informations	Résultats post-traitement et au suivi de 6 mois et plus dans 75 % des études	

Sources	Critères de sélection des études		Principaux résultats d'intérêts Principaux résultats de la RS
Van der Pol et al., 2017 8 études 2001 - 2015 N = 1 488 Moyenne	Interventions	MDFT, TCC, thérapie de groupe, et traitement combiné	Les tailles d'effets obtenues sur la consommation de substances indiquent que : - il y a peu de différences significatives entre les différents types de traitements (d variant de -0,62 à 1,16) - la MDFT est légèrement supérieure aux autres types de thérapies (d = 0,24) - Tendance en faveur de la MDFT pour améliorer le fonctionnement familial - la MDFT obtient de plus grandes tailles d'effets auprès de jeunes avec des abus sévères de substances et des troubles de comportements qu'auprès des jeunes sans ces caractéristiques - il n'y a pas d'effet modérateur lié à l'âge, au genre, l'ethnie, la durée du traitement et la durée du suivi - la présence de dépression, de troubles anxieux et d'un TDAH n'est pas associée aux tailles d'effets - le pourcentage de jeunes inclus dans les études avec un trouble de l'usage de l'alcool, de cannabis, ou autres drogues n'est pas associé aux tailles d'effets
	Population	Âge moyen par étude varie entre 13 et 17 ans - Proportion de garçons varie de 67 % à 93 % par étude - Proportion avec troubles de conduites varie de 29 % à 84 % par étude	
	Substances	Diverses substances	
	Autres informations	Résultats post-traitement, durée des suivis non mentionnés	
Waldron et Turner, 2008 17 études 1998 - 2007 N = 2 307 Moyenne	Interventions	Thérapies familiales, TCC, MET/TCC - Durée : de 5 à 20 séances et de 12 heures à 187 heures au total - Interventions manualisées dans la quasi-totalité des études	Les résultats obtenus sur la consommation de cannabis indiquent que les tailles d'effets pré versus post-traitement : - sont plus grandes pour la TCC, les thérapies familiales et les thérapies de groupe que pour les traitements de moindre intensité (d moyen = 0,45 vs 0,19) - sont plus petites pour les études ayant une plus grande proportion de jeunes hispaniques - ne sont pas associées à l'âge et au genre
	Population	Jeunes 11 - 18 ans - Proportion de garçons (études combinées) = 75 % - Proportion de caucasiens (études combinées) = 45 %	
	Substances	Cannabis	
	Autres informations	Résultats post-traitement et suivi de 6 à 12 mois Analyses incluent 46 comparaisons directes entre 2 traitements	

A-CRA : Adolescent community reinforcement approach; ACC : Assertive continuing care; BSFT : Brief strategic family therapy; D : D de Cohen; ECR : Essais cliniques randomisés; EBFT : Ecologically based family therapy; FBT : Focused family behaviour therapy; FFT : Functional family therapy; FSN : Family support network; IC : Intervalles de confiance; MDFT : Multidimensional family therapy; MET : Motivational enhancement therapy; MET/CBT : Motivational enhancement therapy with cognitive-behavioral therapy; MI : Motivational interviewing; MST : Multisystemic family therapy; TCC : Thérapie cognitivo-comportementale; TDAH : Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

ANNEXE G Synthèse des recommandations émises par les guides de pratique

INTERVENTIONS ET PROGRAMMES	ADAI (2015)	EAR (2017)	APA (2006)	AUSTRALIAN GOVERNMENT, DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING (2009)	CEBC	EMCDDA (2017)	NCCMH (2011)	RCP (2012)
INTERVENTIONS MOTIVATIONNELLES								
Motivational Enhancement Therapy - MET	Prometteuse	Non évaluée	Recommandé avec preuve clinique substantielle (alcool)	Niveau d'appui le plus élevé	Non évaluée	Non évaluée	Recommandée	Norme minimale
Entretien motivationnel	Données probantes	Niveau d'appui le plus élevé	Recommandé	Niveau d'appui le plus élevé	Données de recherche substantielles	Efficacité inconnue	Recommandée	Norme minimale
INTERVENTIONS COGNITIVO-COMPORTEMENTALES								
Thérapie Cognitive-comportementale - TCC	Données probantes	Niveau d'appui le plus élevé	Recommandée avec preuve clinique substantielle (cocaïne)	Recommandé avec niveau d'appui le plus élevé	Non évaluée	Susceptible d'être bénéfique	Recommandée**	Norme minimale**
Motivational Enhancement Therapy / Cognitive Behavioral Therapy (MET-CBT)	Données probantes	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Prometteuse	Non évaluée	Recommandée	Non évaluée
THÉRAPIES FAMILIALES								
Brief Strategic Family Therapy - BSFT	Prometteuse	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Données de recherche	Non évaluée	Recommandée	Norme minimale*
Adolescent Family Behavior Therapy - FBT	Données de recherche	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Données de recherche	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée

INTERVENTIONS ET PROGRAMMES	ADAI (2015)	EAR (2017)	APA (2006)	AUSTRALIAN GOVERNMENT, DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING (2009)	CEBC	EMCDDA (2017)	NCCMH (2011)	RCP (2012)
Functional Family Therapy - FFT	Données probantes	Consensus d'experts ou extrapolation issue d'autres recommandations	Non évaluée	Non évaluée	Données de recherche	Non évaluée	Recommandée	Norme minimale*
Ecologically Based Family Therapy - EBFT	Données de recherche	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Données de recherche	Bénéfique	Non évaluée	Non évaluée
PROGRAMMES STRUCTURÉS FAMILIAUX								
Multidimensional Family Therapy - MDFT	Données probantes	2 ^e niveau de preuve et de recommandation le plus élevé	Non évaluée	Non évaluée	Données de recherche substantielles	Bénéfique	Recommandée	Norme minimale*
Multisystemic Therapy - MST	Prometteuse	Consensus d'experts ou extrapolation issue d'autres recommandations	Non évaluée	Non évaluée	Données de recherche substantielles	Non évaluée	Recommandée	Norme minimale*
Strengths-Oriented Family Therapy - SOFT	Prometteuse	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée

INTERVENTIONS ET PROGRAMMES	ADAI (2015)	EAR (2017)	APA (2006)	AUSTRALIAN GOVERNMENT, DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING (2009)	CEBC	EMCDDA (2017)	NCCMH (2011)	RCP (2012)
PROGRAMMES STRUCTURÉS DE GROUPE								
Adolescent Community Reinforcement Approach A-CRA	Données probantes	Non évaluée	Recommandée avec preuve clinique substantielle	Non évaluée	Données de recherche	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée
Assertive Continuing Care - ACC	Prometteuse	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée
Chestnut Bloomington Adolescent Outpatient and Intensive Outpatient	Prometteuse	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée
The Seven Challenges	Prometteuse	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Prometteuse	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée
Seeking Safety for Adolescents	Prometteuse	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée	Prometteuse	Non évaluée	Non évaluée	Non évaluée

* pour les jeunes avec des comorbidités sévères et/ou un soutien social limité

** pour les jeunes ayant des comorbidités limitées et un bon réseau de soutien social

ANNEXE H Description des guides de pratiques retenus

DESCRIPTION			MÉTHODOLOGIE		
Nom du guide, année, pays	Auteurs	Titre	Population cible	Recherche et analyse systématique de la littérature	Groupe d'experts pluridisciplinaire
AACAP American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2005 États-Unis	Bukstein <i>et al.</i>	Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Substance Use Disorders	Adolescents c'est-à-dire « enfants plus âgés et adolescents »	- Revue de la littérature scientifique et consensus clinique (1990-2003)	Les paramètres ont été revus par un groupe d'experts dont certains étaient indépendants.
ADAI Alcohol and Drug Abuse Institute 2015 États-Unis	Stoner et Sutherland	Treating Youth Substance Use An Inventory of Evidence Based Practices	- Adolescents (12-17 ans) - Jeunes adultes (18-20 ans)	- Références des revues de littérature couvrant la période (2000-2014) - Études (1998-2015)	Sans objet
ADAPTE-Youth 2013 Belgique	Bekkering <i>et al.</i>	Dépistage, évaluation et traitement de l'abus d'alcool chez les jeunes	Jeunes de 12 à 18 ans	- Revue systématique (2007-2013)	Panel d'experts (médecine, recherche en psychologie psychiatrie, éducateurs)
APA American Psychiatric Association 2006 États-Unis	Kleber <i>et al.</i>	Treatment of Patients With Substance Use Disorders, Second Edition	Section sur les enfants et les adolescents	- Revue de la littérature (1995-2005)	- Groupe de psychiatres avec expertise clinique et de recherche en troubles liés à l'utilisation de substances - Révision de versions préliminaires par une vingtaine d'organisations - Approbation par l'assemblée générale et le conseil d'administration de l'APA.
ASAM American Society of Addiction Medicine 2013 États-Unis	Mee-Lee <i>et al.</i>	The ASAM Criteria, Treatment Criteria for Addictive, Substance-Related, and Co-Occurring Conditions, Third Edition	Section sur les adolescents	Sans objet	Sans objet

DESCRIPTION			MÉTHODOLOGIE		
Nom du guide, année, pays	Auteurs	Titre	Population cible	Recherche et analyse systématique de la littérature	Groupe d'experts pluridisciplinaire
Australian Government Department of Health and Ageing 2009 Australie	Haber <i>et al.</i>	Guidelines for the treatment of alcohol problems	Section sur les adolescents et les jeunes	- Méta-analyses d'essais contrôlés randomisés, études descriptives non expérimentales, consensus d'experts - Mise à jour de la revue de l'édition précédente - Références bibliographiques couvrant la période de 1983-2009	- Consultation avec un panel d'experts - Rétroaction des cliniciens sur la précédente édition
Australian Government, Department of Health National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC) Centre of Research Excellence in Mental Health and Substance Use 2016 Australie	Marel <i>et al.</i>	Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings, Second edition	Section sur les adolescents et jeunes adultes	- Mise à jour des preuves d'une édition précédente - Consultation avec un panel d'experts - Rétroactions de la part des cliniciens de l'édition précédente - Examen exhaustif des meilleures données probantes disponibles	- Panel multidisciplinaire d'experts en santé, santé mentale, et dépendances, cliniciens, usagers et personnel soignant. - Experts de sites d'injection supervisée. - Forum de discussion incluant les parties prenantes
CEBC California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare, 2006 à 2017 États-Unis	CEBC (site Web)	Fiche individuelle pour chaque intervention (MDFT, A-CRA, Adolescent FBT, EBFT, FFT, entrevue motivationnelle, MET-CBT5, MST, Seeking Safety, The Seven Challenges)	Interventions visant les jeunes, les adolescents et les jeunes adultes	À l'exception de la MET/CBT5, les informations pour chaque intervention sont fournies par un représentant du programme. Une recherche supplémentaire est conduite par le CEBC dans des revues scientifiques à comité de lecture.	Sans objet
CSAT Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)	CSAT	Substance Abuse: Clinical Issues in Intensive Outpatient Treatment, a treatment improvement protocol, TIP 47	Section sur les adolescents	Consensus d'experts	Panel de chercheurs cliniques, de cliniciens, d'administrateurs de programmes, de décideurs et de représentants d'usagers et lecteurs externes de terrain

DESCRIPTION			MÉTHODOLOGIE		
Nom du guide, année, pays	Auteurs	Titre	Population cible	Recherche et analyse systématique de la littérature	Groupe d'experts pluridisciplinaire
2006 États-Unis					
EAR European Addiction Research 2017 Allemagne, Suisse, Autriche	Mann <i>et al.</i>	German Guidelines on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol Use Disorders	Section sur les enfants et les adolescents	- Revues systématiques (publications jusqu'à la fin 2012), méta-analyses et études primaires. - Recherche supplémentaire de publications jusqu'au début 2014 (les recommandations ont alors reçu le grade de « consensus »). - Recommandations basées sur un consensus formel.	Groupe de travail composé d'un échantillon représentatif de 46 sociétés scientifiques, surtout issues du corps médical ainsi que des patients et des membres de l'entourage.
FQCRPAT Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes 2006 Québec	Bertrand <i>et al.</i>	Intervenir auprès des jeunes et de leur entourage dans les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, ainsi que les membres de leur entourage.	Adolescents de 12 à 17 ans inscriptibles dans les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, ainsi que les membres de leur entourage.	- Sondage - Analyse de la littérature scientifique - Focus group auprès des membres du Comité jeunesse et membres de la Table clinique de la FQCRPAT	Collaboration d'experts de l'intervention jeunesse provenant des CRPAT de la majorité des régions du Québec.
INSERM Institut national de la santé et de la recherche médicale 2014 France	INSERM	Conduites addictives chez les adolescents Usages, prévention et accompagnement Principaux constats et recommandations	Adolescents	Ce travail s'appuie sur les données scientifiques disponibles en date du 2 ^e semestre 2013. Près de 1 400 articles constituent la base documentaire de cette expertise ainsi que des guides.	Groupe d'experts pluridisciplinaires issus de la communauté scientifique française et internationale, indépendants du commanditaire et de groupes de pression reconnus.
NASADAD National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors	Wurzburg <i>et al.</i>	State Adolescent Substance Use Disorder Treatment and Recovery Practice Guide	Adolescents (12 à 18 ans)	- Standards, guides de pratiques ou lignes directrices recensés par 24 états américains - Revue non systématique	Ce guide s'appuie principalement sur le travail mené avec des coordinateurs de la jeunesse pour chaque état et le personnel de la NASADAD.

DESCRIPTION			MÉTHODOLOGIE		
Nom du guide, année, pays	Auteurs	Titre	Population cible	Recherche et analyse systématique de la littérature	Groupe d'experts pluridisciplinaire
2014 États-Unis				d'articles scientifiques et de guides (publiés entre 1999 et 2013).	
NCCMH National Collaborating Centre for Mental Health 2011 Royaume-Uni	Drummond <i>et al.</i>	Alcohol-use disorders, the NICE guideline on diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence	Pour les 10 ans et plus Section sur les enfants et les adolescents	- Revue de littérature systématique (1993 à mars 2010) - Recherche dans les bases de données de juin 2008 à la date la plus récente.	Équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé, une personne non spécialiste, des représentants d'utilisateurs et de proches aidants.
NIDA National Institute on Drug Abuse 2018 États-Unis	NIDA	Principles of drug addiction treatment, a research-based guide, Third edition	Sections sur les adolescents	Pas d'information disponible	Pas d'information disponible
NIDA National Institute on Drug Abuse 2014 États-Unis	NIDA	Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide	Jeunes de 12 à 17 ans	- Références bibliographiques couvrant la période de 2000 à 2013	Pas d'éléments sur la méthodologie
NREPP National Registry of Evidence-based Programs and Practices 2006 à 2015 États-Unis	NREPP (site Web)	Fiche individuelle pour chaque intervention (MET-CBT, A-CRA-ACC, A-CRA, Adolescent FBT, BSFT, CBOP, FBT, MDFT, entrevue motivationnelle, MET, prévention de la rechute, Seeking Safety, The Seven Challenges)	Interventions visant les jeunes, les adolescents et les jeunes adultes	Le site n'est plus accessible depuis la décision de l'administration américaine de remplacer le NREPP.	Sans objet

DESCRIPTION			MÉTHODOLOGIE		
Nom du guide, année, pays	Auteurs	Titre	Population cible	Recherche et analyse systématique de la littérature	Groupe d'experts pluridisciplinaire
NTA National Treatment Agency for Substance Misuse 2009 Royaume-Uni	Britton	Young people's specialist substance misuse treatment, Exploring the evidence	Mineurs	- Revue de littérature systématique (2001-2009) - Références bibliographiques (2001-2013)	Vaste consultation du groupe de travail
RCP Royal College of Psychiatrists 2012 Royaume-Uni	Gilvarry <i>et al.</i>	Practice standards for young people with substance misuse problems	18 ans et moins	Revue de la littérature de documents spécifiques : guides du NICE pour les mineurs, politiques et obligations statutaires Consultation	Groupe consultatif de parties prenantes dans le domaine de la santé, de l'éducation, du social et du secteur associatif Consultations de jeunes
SFA Société Française d'Alcoologie 2015 France	Aubin <i>et al.</i>	Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonnes pratiques	Sections sur les adolescents	Revue systématique 1994-2014	Groupe de travail multidisciplinaire et pluriprofessionnel; groupes de lecture nationaux et européens
UNODC-WHO United Nations Office on Drugs and Crime World Health Organization 2016 International	UNODC-WHO	International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders	Section sur les adolescents	Pas d'information disponible	Groupe d'experts internationaux
Washington State Division of Alcohol and Substance Abuse (DASA) 2008 États-Unis	Washington State Department of Social and Health Services, Health and Recovery Services Administration, Division of Alcohol and Substance	Improving the Statewide Adolescent Treatment System of Care, Strategic Plan	Adolescents	- Revue de littérature - Consultations auprès de 185 personnes dont 49 prestataires de services en santé mentale, 43 agents	Comité directeur national

DESCRIPTION			MÉTHODOLOGIE		
Nom du guide, année, pays	Auteurs	Titre	Population cible	Recherche et analyse systématique de la littérature	Groupe d'experts pluridisciplinaire
	Abuse			d'orientation, 62 adolescents et 31 membres de leur famille.	

ANNEXE I

Interventions motivationnelles

Cette annexe comporte la description des interventions motivationnelles suivantes :

- thérapie de renforcement de la motivation (MET);
- entretien motivationnel (EM).

Motivational Enhancement Therapy (MET) (Thérapie de renforcement de la motivation)	
Type/mode d'intervention	
Intervention motivationnelle brève Individuel	
Population cible	
Jeunes ambivalents quant à la modification de leurs habitudes de consommation	
Description de l'intervention	
La thérapie de renforcement de la motivation (<i>Motivational Enhancement Therapy</i>, MET) est une forme d'intervention brève centrée sur la personne et adaptée de l'entretien motivationnel. Cette forme d'intervention se distingue de l'entretien motivationnel par un protocole d'intervention manualisé et des rétroactions personnalisées qui permettent d'informer la personne sur l'intensité de sa consommation par rapport à la consommation moyenne d'une population de référence, mais également de renforcer son engagement. Objectifs : L'objectif est de travailler sur l'ambivalence au changement et de renforcer la motivation interne du jeune à initier un traitement et arrêter de consommer. Des stratégies d'adaptation face aux situations à risque élevé de consommation sont également discutées avec la personne. Composantes : Six principes sous-tendent la thérapie de renforcement de la motivation : 1) exprimer de l'empathie; 2) souligner l'écart entre ce que souhaite la personne et le stade où elle se trouve; 3) éviter de susciter de la résistance; 4) « rouler » avec la résistance, c'est-à-dire éviter la confrontation, avec l'objectif de modifier la perception de la personne; 5) susciter des solutions de la part de la personne; 6) renforcer le sentiment d'efficacité personnelle. L'intervenant peut inviter le jeune à venir accompagné d'une personne significative pour lui. La MET est souvent utilisée en combinaison avec la TCC ou d'autres interventions cognitivo-comportementales pour soutenir le changement. Milieu d'intervention : la thérapie peut être dispensée en externe, en interne, à domicile, en milieu scolaire, en milieu communautaire.	
Intensité et durée	
Dans le cadre du projet MATCH, l'intensité était d'une séance d'évaluation complétée par une rétroaction personnalisée et suivie de quatre séances d'environ une heure, offertes sur douze semaines. Toutefois, le manuel indique que dans des conditions autres que celles du projet MATCH, il est possible d'adapter la durée et l'intensité de la MET. La décision d'inviter une personne significative dans une ou plusieurs séances relève également de l'intervenant.	
Formation	
Dans le cadre du projet MATCH, les thérapeutes sélectionnés possédaient pour la très grande majorité au minimum une maîtrise en travail social, en psychologie, en relation d'aide et ont un minimum de deux ans d'expérience. Ils ont travaillé longtemps avec des personnes ayant une dépendance à l'alcool et ont de l'expérience dans l'application de la théorie des systèmes, la thérapie familiale et l'approche motivationnelle. Après une formation intensive de 3 jours avec présentation du projet, une revue du manuel, l'écoute de cas pratiques et des exercices pratiques, les intervenants ont eu un minimum de deux études de cas concrets. Les enregistrements vidéo de ces séances d'entraînement ont été évalués pour s'assurer de la conformité au protocole et du niveau de compétence démontrée par les thérapeutes lors des séances. Les intervenants ont reçu de la rétroaction hebdomadaire par téléphone sur les séances d'entraînement. Enfin, chaque site du projet a reçu une supervision hebdomadaire sur place par un coordinateur du projet. Les intervenants ont reçu une certification après la supervision et la rétroaction d'environ 3 cas pratiques et 26 heures de séances d'intervention supervisée en moyenne.	

Manuel

Des interventions inspirées de la thérapie de renforcement de la motivation ont aussi été adaptées pour la clientèle adolescente utilisant principalement le cannabis (par exemple « The Adolescent Cannabis Check-Up » ou « The Teen Marijuana Check-Up »).

Le manuel pour la version de la MET adaptée aux adolescents et développée dans le cadre du projet Adolescent Cannabis Check-Up (ACCU) est disponible gratuitement en anglais :

The Adolescent Cannabis Check-up: A brief intervention for young cannabis users. Findings and Treatment Manual.
<https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/TR.200.pdf>

Le manuel ci-dessous présente la thérapie de renforcement de la motivation dans un contexte spécifique de recherche. Les séances sont standardisées dans cette visée, mais peuvent être ajustées en fonction des objectifs de traitement.

Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG. Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence (Volume 2, Project MATCH Monograph Series). Rockville, MD : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1995

Disponible gratuitement en anglais : <https://motivationalinterviewing.org/sites/default/files/MATCH.pdf>

Pas de site Web

Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention

Cinq guides parmi les guides recensés appuient la MET

- ADAI (2015) – Prometteuse
- APA (2006) – Recommandé avec preuve clinique substantielle pour la population générale et en ce qui concerne l'alcool. Niveau d'appui le plus élevé
- Australian Government Department of Health and Ageing (2009) : Recommandée avec le niveau d'appui le plus élevé
- NCCMH (2011) : Les interventions motivationnelles sont recommandées pour les jeunes ayant des troubles liés à l'utilisation d'alcool
- RCP (2012) : Norme minimale

Motivational interviewing (Entretien motivationnel (EM))
Type/mode d'intervention
Intervention motivationnelle Individuel ou en groupe
Population cible
Jeunes ambivalents quant à leur consommation ou non disposés au changement
Description de l'intervention
« L'EM est un style de communication collaboratif et centré sur un objectif, avec une attention particulière au langage de changement. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme » [Miller et Rollnick, 2013, p. 30]. Il peut être intégré ou combiné avec d'autres interventions. Objectifs : L'objectif est de favoriser chez le jeune une ouverture au changement et d'augmenter sa motivation. Composantes : L'esprit de l'entretien motivationnel est fondé sur quatre éléments séquentiels et récursifs : le partenariat, le non-jugement, l'altruisme, l'évocation. Il s'appuie sur quatre processus : 1) l'engagement dans la relation (« processus par lequel les deux parties établissent un contact utile et une relation de travail »); 2) la focalisation (« processus par lequel on développe et maintient une direction précise dans la conversation sur le changement »); 3) l'évocation (« faire émerger les propres motivations au changement du client »); 4) la planification (« développement de l'engagement vers le changement et la formulation d'un plan d'action précis »). Milieu d'intervention : Selon le manuel, l'entretien motivationnel a été utilisé dans divers contextes impliquant un professionnel de santé dont l'objectif est de favoriser un changement. Son application a également été explorée dans un nombre important de contextes différents et notamment dans des services pénitentiaires pour mineurs, la protection de l'enfance et des interventions opportunistes en services sociaux.
Intensité et durée
Les interventions motivationnelles brèves comptent entre une à cinq séances de 60 minutes maximum chacune. Toutefois, « l'EM n'est pas un protocole de traitement qui requiert une durée spécifique » (p. 325).
Formation
L'entretien motivationnel relève d'un processus continu d'apprentissage, d'accompagnement et de rétroaction personnalisée. Au minimum, la formation en EM devrait couvrir quatre composantes : 1) connaître les techniques et l'esprit de l'EM; 2) « le développement de la compétence dans les savoir-faire relationnels centrés sur le client »; 3) la focalisation et l'évocation; 4) la planification et l'intégration de l'EM afin d'initier le changement. Une grille d'évaluation et de codification intitulée MITI 4.2 (Motivational Interviewing Treatment Integrity - [Moyers <i>et al.</i>, 2014]) permet de s'assurer de la conformité à l'entretien motivationnel et d'offrir une rétroaction au clinicien. Le manuel recommande un apprentissage par tutorat avec des feedbacks fondés sur l'observation de la pratique, par l'intermédiaire d'enregistrements. Plutôt que de suggérer un nombre de séances précis, il est suggéré de viser l'atteinte d'une compétence ou d'un critère. La participation à un séminaire de formation initiale requiert d'être complétée par de la formation continue et encadrée par de la supervision clinique. Plusieurs sites et organismes offrent de la formation et notamment l'AFDEM (Association de diffusion francophone de l'entretien motivationnel) : https://www.afdem.org/ et le MINT (Motivational Interviewing Network of Trainers), réseau international de diffusion et de promotion de l'entretien motivationnel : https://motivationalinterviewing.org/motivational-interviewing-training

Manuel

Pas de manuel spécifique pour les jeunes avec des troubles liés à l'usage de substances.

Le manuel pour l'entretien motivationnel : Miller WR et Rollnick S. L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement, trad. par Lécalier D, Michaud P. Paris, France : InterEditions; 2013.

Site Web : <http://motivationalinterviewing.org/>

Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention

Six guides parmi les guides recensés appuient l'entretien motivationnel

- ADAI (2015) : Appuyé par des données probantes; niveau d'appui le plus élevé. En contexte de groupe et en milieu médical : l'entretien motivationnel est considéré comme prometteur
- Australian Government Department of Health and Ageing (2009) : Les interventions motivationnelles sont recommandées avec le niveau d'appui le plus élevé
- CEBC (2018) : Appuyé sur des données de recherche substantielles; Niveau d'appui le plus élevé
- EAR (2017) : Niveau d'appui le plus élevé
- RCP (2012) : Les interventions motivationnelles sont considérées comme une norme minimale.
- NCCMH (2011) : Les interventions motivationnelles devraient être offertes aux jeunes ayant des troubles liés à l'utilisation de substances

ANNEXE J

Interventions cognitivo-comportementales

Cette annexe comporte la description des interventions cognitivo-comportementales suivantes :

- la thérapie cognitivo-comportementale (TCC);
- Thérapie de renforcement de la motivation – thérapie cognitivo-comportementale (MET-TCC).

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) (Thérapie cognitivo-comportementale (TCC))
Type/mode d'intervention
Intervention cognitivo-comportementale Individuel, groupe, familial
Population cible
Adolescents ayant un trouble de l'usage d'une substance; adolescents ayant des comorbidités limitées.
Description de l'intervention
La thérapie cognitivo-comportementale relève des théories de l'apprentissage, du conditionnement opérant et de la théorie cognitive. Elle vise à modifier les comportements à travers une action sur les pensées et croyances négatives et le développement de stratégies et habiletés orientées vers la résolution de problèmes. Objectifs : La thérapie cognitivo-comportementale vise à développer chez la personne les aptitudes permettant de résister à la consommation de substances, d'améliorer sa capacité de résolution des problèmes et de réduire les attentes positives vis-à-vis des effets de la consommation. À partir de l'identification des facteurs internes ou externes déclencheurs de la consommation, elle vise également le développement de moyens pour gérer les situations à risque par la mise en pratique d'exercices de résolution de problèmes, des jeux de rôles et des exercices à domicile. Composantes : Les principales composantes caractérisant la TCC en contexte de dépendance sont : 1) l'analyse fonctionnelle de la consommation de substances, c'est-à-dire de ses déclencheurs et de ses conséquences positives et négatives; 2) l'entraînement aux habiletés à gérer les situations à risque (<i>coping</i>); 3) l'entraînement aux habiletés de refus de la consommation; 4) l'identification des facteurs déclencheurs de la consommation ou de la rechute; 5) l'augmentation d'activités remplaçant la consommation [Institut universitaire sur les dépendances, 2016]. Différents manuels intégrant en partie ou en totalité ces différentes composantes sont retrouvés au sein de la littérature scientifique, comme dans le manuel pour le processus d'accompagnement et d'alliance pour le changement thérapeutique par exemple (PAACT, Lascaux et Phan, 2014). Des interventions visant à améliorer le sentiment d'efficacité pour bien gérer les situations à risque, adaptées aux adolescents, ont été développées telles que la prévention structurée de la rechute (PR) (Witkiewitz et Marlatt, 2004). Cette intervention s'appuie sur l'idée qu'une faible confiance dans sa capacité personnelle à être efficace en situation à risque de consommation contribuerait grandement à la rechute. Certains auteurs ont suggéré des pistes d'intervention pour bonifier le modèle cognitivo-comportemental de la prévention de la rechute, par exemple l'apprentissage de la méditation de pleine conscience pour aider la personne à mieux gérer son stress et les périodes de <i>craving</i>. Milieus d'intervention : la thérapie peut être dispensée à domicile ou en externe.
Intensité et durée
La durée de l'intervention varie typiquement entre 5 et 20 séances hebdomadaires ou aux deux semaines, d'une durée de 30 à 60 minutes. Toutefois, la durée et la fréquence devraient être ajustées en fonction de la complexité, de la sévérité des problèmes et de la réponse au traitement.

Formation
Dans le cadre du projet MATCH, dont la TCC est l'une des interventions à l'étude, les thérapeutes sélectionnés devaient avoir au minimum une maîtrise en relation d'aide, en psychologie, en travail social ou dans un domaine connexe, sauf exception, ainsi que de l'expérience en techniques comportementales et cognitives. Un minimum de deux ans d'expérience professionnelle après l'obtention du diplôme était requis. Dû à l'évolution de la pratique et de la recherche en TCC, la supervision, la participation à des congrès et des ateliers de formation sont essentielles. En Europe, l'Association Européenne de Thérapie Comportementale et Cognitive (EACBT) exige « au moins 300 heures d'enseignement théorique, dont 150 sur les processus psychologiques de base. Pour les suivis : 10 patients dans trois domaines différents, 4 cas écrits au moins, 75 heures de supervision en TCC, avec 25 heures en "live". Les supervisions sont individuelles ou en petits groupes de quatre. Il est aussi demandé 100 heures de développement personnel, connaissance de soi en individuel ou en petit groupe (une connaissance éclairée de soi plutôt qu'une thérapie). Une partie est incluse dans la formation à la TCC et une autre est un aspect de la supervision » [Bondolfi et Bizzini, 2006].
Manuel
Il n'existe pas de manuel spécifique pour l'intervention avec des jeunes ayant des troubles liés à l'usage de substances. Un des manuels chez les adultes est : Kadden R, Carroll K, Donovan D, et al. Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence (Volume 3, Project MATCH Monograph Series). Rockville, MD : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism;1995. https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/projectmatch/match03.pdf Site Web : non disponible
Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention
7 guides parmi les guides recensés appuient la TCC • ADAI (2015) : Appui basé sur des données probantes • APA (2006) : Recommandé avec preuve clinique substantielle pour la population générale ayant des troubles liés à l'utilisation de cocaïne. • Australian Government, Department of Health and Ageing (2009) : Niveau d'appui le plus élevé • EAR (2017) : Niveau d'appui le plus élevé • EMCDDA (s.d.) : susceptible d'être bénéfique pour réduire la consommation de substances • NCCMH (2011) : Recommandé pour les jeunes ayant des troubles liés à l'utilisation d'alcool • RCP (2012) : il est attendu que de la thérapie cognitivo-comportementale individuelle, un équivalent ou des conseils spécialisés soient offerts aux jeunes ayant des comorbidités limitées et un bon réseau de soutien (NICE ALC, 2010; NCCMH, 2011); la TCC en groupe est jugée souhaitable pour les jeunes pour lesquels elle est indiquée

Motivational Enhancement Therapy - Cognitive-Behavioral Therapy (MET-CBT) (Thérapie de renforcement de la motivation – thérapie cognitivo-comportementale) (MET-TCC)	
Type/mode d'intervention	
Intervention cognitivo-comportementale/renforcement motivationnel Individuel et groupe	
Population cible	
Adolescents ayant des troubles de l'usage du cannabis et autres substances.	
Description de l'intervention	
La thérapie de renforcement de la motivation combinée avec la thérapie cognitivo-comportementale (MET/TCC) est une intervention brève combinant à l'origine 2 séances individuelles de renforcement motivationnel administrées préalablement à 3 séances de groupe de thérapie cognitivo-comportementale. La MET/TCC-5 a été développée dans le cadre d'un essai clinique randomisé (Cannabis Youth Treatment) incluant plus de 600 familles et visant à comparer l'efficacité de 5 interventions pour réduire la consommation de cannabis chez les adolescents. Bien que le manuel d'intervention ait été créé pour les utilisateurs du cannabis, il peut être utilisé pour d'autres substances. Objectifs : Les séances individuelles motivationnelles visent à intervenir sur les facteurs susceptibles de favoriser le changement chez les adolescents ayant un trouble d'usage de substances. Les séances hebdomadaires de groupe en thérapie cognitivo-comportementale ciblent l'apprentissage et le développement de stratégies d'adaptation dans différentes situations à risque (comment refuser une offre de consommation, comment gérer les situations à risque, etc.), d'aptitudes à la résolution de problèmes sans recourir à l'alcool ou au cannabis et la gestion de la rechute. Milieu d'intervention : l'intervention peut être dispensée en externe y compris dans les ressources en santé mentale et les services sociaux destinés aux jeunes. Les autres organismes tels que les organismes communautaires, les écoles et les groupes médicaux peuvent également implanter cette thérapie à condition d'avoir du personnel formé; en tant qu'intervention brève, elle peut être implantée dans les milieux médicaux.	
Intensité et durée	
Outre la version d'origine de la MET/TCC comptant 5 séances, il existe une version de la MET/TCC à laquelle 2 séances d'éducation parentale ont été ajoutées (MET/TCC-7) ainsi qu'une version comptant 10 séances de groupe de TCC plutôt que 5 (MET/TCC-12). La MET/TCC-12 est le modèle le plus souvent offert par les services de santé et de services sociaux. Il existe une forme de suivi individuel post-traitement appelé MET/CBT-A (MET/TCC Aftercare) destiné aux jeunes qui sortent d'un traitement intensif. Le suivi comporte 5 séances de maintien réparties sur 12 semaines. La première séance est de 50 minutes et les 4 autres de 15 minutes. Le suivi peut être effectué par téléphone ou en personne.	
Formation	
Selon le manuel, les intervenants devraient avoir au minimum une année d'expérience clinique en travail avec les adolescents et un diplôme d'études supérieures en santé mentale ou en intervention dans le domaine des dépendances ou éventuellement un baccalauréat dans un domaine en lien avec la santé mentale, associé à une formation intensive et une supervision clinique, pour être compétents. Les intervenants sont soumis à une heure de supervision hebdomadaire avec visionnage et enregistrement des séances de thérapie par le superviseur. Une rétroaction est fournie afin d'aider l'intervenant à s'améliorer et obtenir une certification. Une expérience en dépendance, en intervention comportementale ou cognitivo-comportementale ou en intervention manualisée sont des atouts permettant l'appropriation de la MET/TCC5 plus rapidement. La formation dure une journée et demie à deux jours, dépendamment du niveau de formation requis par les intervenants et est offerte par un clinicien ayant une expérience en formation, intervention et supervision en MET/TCC ainsi que deux ans d'expérience avec des adolescents.	

Manuel

Disponible gratuitement en anglais :

Volume 1 : Sampl S et Kadden R. Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 sessions. Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 1. Rockville, MD : Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2001. https://chestnut.org/Portals/0/Docs/LI-Bookstore/Manuals/MCB5_CYT_v1.pdf

Volume 2 : Webb C, Scudder M, Kaminer Y, Kadden R. The Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Supplement: 7 sessions of cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users. Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 2. Rockville, MD : Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2001. <https://store.samhsa.gov/system/files/sma08-3954.pdf>

Pas de site Web

Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention

Trois guides sur les guides recensés appuient la MET-TCC

- ADAI (2015) – Appui basé sur des données probantes
- CEBC (2010) – Prometteuse
- NCCMH (2011) - Recommandée

ANNEXE K

Thérapies familiales

Cette annexe comporte la description des thérapies familiales suivantes :

- thérapie familiale stratégique brève (BSFT);
- adolescent – Focused Family Behavior Therapy (Adolescent FBT);
- thérapie familiale fonctionnelle (FFT);
- ecologically based family therapy (EBFT).

Brief Strategic Family Therapy, BSFT (Thérapie familiale stratégique brève)	
Type/mode d'intervention	
Thérapie familiale Familial	
Population cible	
Jeunes âgés de 6 à 18 ans ayant des comportements problématiques; jeunes ayant des affiliations avec des pairs aux comportements problématiques; jeunes ayant des troubles liés à l'utilisation de substances avec des conséquences sur les rapports familiaux; familles qui vivent des interactions conflictuelles.	
Description de l'intervention	
En identifiant les stratégies de communication familiales inadaptées et les interactions qui seraient à la base des problèmes de comportement du jeune, la thérapie s'efforce de transformer et d'améliorer le fonctionnement familial. Objectifs : Elle vise à prévenir, réduire ou traiter les troubles liés à l'utilisation de substances ainsi que d'autres problèmes associés comme des troubles du comportement ou des comportements délinquants chez les jeunes. Le second objectif consiste à améliorer le comportement du jeune par l'amélioration du fonctionnement familial. Composantes : Trois composantes sont au cœur de l'intervention : 1) le contact avec chaque membre de la famille et l'appropriation du fonctionnement du système familial; 2) l'observation de la dynamique familiale et des interactions favorisant ou défavorisant la prise de substances chez les jeunes; 3) la restructuration de la dynamique de façon à modifier les interactions qui incitent le jeune à consommer. Les méthodes employées incluent l'amélioration de la communication entre les membres de la famille, le recentrage sur le présent ou encore le recadrage. Des stratégies sont également utilisées pour favoriser la rétention dans le traitement. Milieu d'intervention : le programme peut être dispensé en externe, en hébergement, en organisme communautaire, en services de santé mentale, en services et ressources en traitement des dépendances ou cliniques familiales. Les interventions peuvent avoir lieu dans des endroits désignés par les familles, incluant au domicile.	
Intensité et durée	
12 à 16 sessions hebdomadaires en général, mais peut être dispensée en 8 ou 24 sessions si nécessaire.	
Formation	
Pas de précisions sur le niveau de diplomation requis. La formation en BSFT est d'une durée de trois jours et comprend des conférences interactives, le visionnement de séances de thérapie familiale et des discussions de cas cliniques. Un certain nombre de séances de thérapies doit être enregistré et envoyé au superviseur afin de recevoir de la rétroaction personnalisée via vidéoconférence sur une base hebdomadaire.	
Manuel	
Disponible gratuitement en anglais : http://www.bsft.org/documents/BSFTNIDATherapyManual.pdf Szapocznik J, Hervis O, Schwartz S. Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse. Therapy Manuals for Drug Addiction. NIH Pub. No. 03-4751. Bethesda, MD : National Institute on Drug Abuse (NIDA); 2003. Site Web : http://www.bsft.org	

Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention
Quatre guides parmi les guides recensés appuient la BSFT • ADAI (2015) : Prometteuse • CEBC (2017) : Appuyée par des données de recherche • RCP (2012) : Norme minimale • NCCMH (2011) : La BSFT est recommandée pour les jeunes pour les jeunes ayant des comorbidités importantes et/ou un réseau de soutien social limité

Adolescent – Focused Family Behavior Therapy (Adolescent FBT)	
Type/mode d'intervention	
	Thérapie familiale de type comportemental Familial
Population cible	
	Adolescents avec des problèmes de dépendance et des problèmes associés.
Description de l'intervention	
	La FBT cible non seulement l'utilisation de substances, mais également les problèmes de conduite, les habiletés de résolution de problèmes, les relations familiales, l'amélioration des résultats académiques ou professionnels et les aptitudes à la communication. Objectifs : Une version plus spécifique aux adolescents vise principalement à réduire l'utilisation de substances, optimiser le fonctionnement familial, améliorer la stabilité mentale, la fréquentation scolaire ou la présence au travail. L'objectif de l'intervention est d'identifier les facteurs déclencheurs de la consommation de substances du jeune et de renforcer les capacités de maîtrise de soi. Elle s'appuie sur les forces du jeune et la détermination des interventions à accentuer selon le jeune et les parents. La relation parent-enfant est vue comme la clé de résolution des problèmes de comportement, incluant ceux liés aux troubles liés à l'utilisation de substances. C'est pourquoi les jeunes assistent aux séances avec au moins un membre significatif de l'entourage, un parent si le jeune est mineur, et que ce modèle de traitement incite les frères et sœurs ainsi que les pairs à participer au processus. Le programme invite les jeunes à fixer des cibles d'intervention pour réduire ou arrêter leur consommation tandis que les parents sont invités à fixer des objectifs d'amélioration de l'environnement familial via des pratiques parentales plus efficaces. Composantes : Les composantes de cette thérapie sont de plusieurs ordres : familial, thérapeutique (incluant de la téléthérapie, de la préparation à des entrevues professionnelles, l'identification des facteurs à la source de certains problèmes tels que la négligence envers les enfants, les troubles liés à l'utilisation de substances, la restructuration de l'environnement, la gestion de la contingence, l'amélioration des aptitudes à communiquer) ainsi que des outils standardisés à l'intention des intervenants pour implanter le programme efficacement. Le programme est flexible, les jeunes pouvant choisir des interventions parmi une panoplie d'options disponibles. À chaque séance, les jeunes et leurs familles revoient les objectifs et sont récompensés par un proche si les objectifs sont atteints. Des exercices de révision et de pratique entre les séances par les jeunes et leurs familles sont également inclus dans la thérapie, avec un format facile à compléter (listes à cocher, énoncés à compléter, etc.). La thérapie familiale comportementale permet aux intervenants de s'adapter aux préférences individuelles, culturelles et comportementales des jeunes. Par ailleurs, la FBT adaptée aux adolescents est conçue pour tout type de substances consommées (alcool, cannabis et drogues dures). Milieu d'intervention : externe, à domicile, en cabinet. Selon les concepteurs de la thérapie [Donohue <i>et al.</i>, 2009], lorsqu'un seul intervenant est présent, l'intervention est offerte en externe tandis que dans les cas de maltraitance où des enfants sont en danger ou dans les cas de troubles liés à l'utilisation de substances et de comorbidités sévères, deux intervenants vont réaliser l'intervention à domicile. L'un d'entre eux assure alors l'intervention auprès des adultes tandis que l'autre intervient auprès des enfants.

Intensité et durée
Généralement de 12 à 20 séances de 90 minutes avec une durée de séance décroissante jusqu'à 60 minutes et une fréquence décroissante d'une fois par semaine à une fois par mois sur une durée de 4 à 6 mois. Des contacts téléphoniques hebdomadaires sont prévus pour augmenter l'engagement et la participation aux séances. Selon le site Web de la FBT, les interventions pour adultes ou adolescents sont généralement de 60 minutes en externe tandis que les adultes qui reçoivent des interventions de la protection de la jeunesse requièrent 90 minutes d'intervention à domicile. Des interventions post-traitement et des évaluations de suivi sont planifiées pendant les 6 mois après la fin de l'intervention.
Formation
Dans tous les cas, les intervenants doivent être agréés ou supervisés par un professionnel agréé, avec idéalement une expérience dans les thérapies comportementales. Les intervenants devraient avoir un niveau baccalauréat dans un champ approprié (travail social, dépendances, santé mentale, etc.). Une maîtrise est souhaitable. Une expérience avec la clientèle cible et un intérêt dans l'utilisation de la thérapie familiale comportementale sont nécessaires. Les superviseurs devraient également être des professionnels licenciés et avoir une expérience avec la clientèle cible et dans la conduite de thérapies appuyées sur des données probantes, en particulier les thérapies comportementales. La formation inclut trois jours à trois jours et demi d'ateliers, deux ateliers d'approfondissement de trois jours chacun et huit à douze mois de formations téléphoniques hebdomadaires d'une durée de 60 à 90 minutes. Les intervenants sont également formés à la gestion du manque de motivation de la part des adolescents et au refus de se soumettre aux procédures du traitement. Dans les cas où cette dernière situation se répète régulièrement, un superviseur du programme intervient en simultané avec l'intervenant afin de l'accompagner et lui fournir de l'aide sur place.
Manuel
Disponible (payant) en anglais : https://www.wiley.com/en-ca/Treating+Adolescent+Substance+Abuse+Using+Family+Behavior+Therapy:+A+Step+by+Step+Approach-p-9780470621929 Donohue B et Azrin NH. Treating Adolescent Substance Abuse Using Family Behavior Therapy: A Step-by-Step Approach. Hoboken, NJ : John Wiley and Sons; 2011. • Le manuel contient des informations techniques, des ressources pour favoriser l'implantation, des listes de vérification des protocoles et propose des solutions aux problèmes les plus fréquemment rencontrés lors des séances de thérapie. Ces ressources sont disponibles gratuitement en ligne et imprimables sur autorisation. • Le site inclut de nombreuses ressources concernant l'implantation, la formation ou des outils standardisés, incluant plusieurs ressources gratuites. Une vidéo de formation est disponible gratuitement : https://www.youtube.com/user/FRSslab Site Web : http://familybehaviorther.wixsite.com/familytherapy
Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention
Deux guides parmi les guides recensés appuient la FBT • ADAI (2015) – Appui basé sur des données de recherche • CEBC (2017) – Appui basé sur des données de recherche

Functional Family Therapy (FFT) (Thérapie familiale fonctionnelle)
Type/mode d'intervention
Thérapie familiale Familial
Population cible
Familles avec des jeunes de 10 à 18 ans ayant des problèmes sévères de comportement, des troubles liés à l'utilisation de substances, des comportements délinquants, des troubles de l'humeur et des comportements sexuels à risque. Les frères et sœurs cadets du jeune sont souvent intégrés dans le processus.
Description de l'intervention
La FFT se distingue par le fait de considérer les troubles liés à l'utilisation de substances et les comportements problématiques au sein d'une représentation plus relationnelle qu'individuelle. Ainsi, l'usage de substances et les fugues sont analysés comme des conséquences de schémas d'interaction familiale inadaptés ainsi que de capacités d'adaptation et de résolution de problèmes limitées. D'où une attention portée sur les principaux nœuds à la source des problèmes comportementaux : capacités de résolution de problèmes, communication, pratiques parentales. Objectifs : Dans un premier temps, une évaluation familiale identifiant les aspects interactionnels et fonctionnels de certains comportements, attributions et sentiments des membres de la famille, est menée. Les interventions visent alors à engager les familles dans le traitement et renforcer leur motivation au changement. Dans un deuxième temps, l'objectif consiste à rendre effectifs les changements dans la famille. Composantes : En plus d'activités prétraitement d'ordre motivationnel et d'activités post-traitement, la thérapie comporte cinq phases interdépendantes et adaptables en fonction des caractéristiques des familles : 1) Engagement au changement; 2) Motivation au changement; 3) Évaluation des relations; 4) Changement comportemental; 5) Généralisation dans les domaines du comportement et à travers différents systèmes au sein desquels le jeune est intégré comme l'école, le système judiciaire ou avec ses pairs par exemple. Milieu d'intervention : La thérapie peut être dispensée en externe, en organisme communautaire, à domicile, à l'école.
Intensité et durée
La thérapie comporte 8 à 16 séances et jusqu'à 30 pour les profils cliniques complexes, pendant une durée de trois à six mois. L'intervenant rencontre le jeune au moins une fois par semaine, avec ou sans sa famille. Des séances de 60 à 90 minutes avec la famille, 30 minutes de contacts (téléphoniques par exemple) et 30 minutes d'évaluation et de planification sont prévues. Toutefois, il importe de garder à l'esprit que l'intensité de l'activité clinique dépend principalement du niveau de risque et des besoins de la famille.
Formation
Le site Web de cette thérapie indique qu'un niveau maîtrise est indispensable, à moins de circonstances exceptionnelles. Le cas échéant, un niveau baccalauréat peut être considéré. D'autres données de recherche indiquent qu'au-delà du niveau du diplôme, c'est surtout le niveau d'observance au modèle de traitement, une formation continue en FFT et des protocoles facilitant le transfert du modèle dans des situations réelles qui participent à l'efficacité de la thérapie. Un niveau maîtrise est requis pour être superviseur de programme sur place. Une certification est obligatoire pour l'intervenant. Celle-ci inclut une journée sur site où sont abordées les questions d'implantation pour l'administration et l'équipe clinique, notamment concernant l'intégration des services ou la supervision, ainsi qu'une formation au logiciel Web FFT et aux protocoles pour l'équipe clinique; deux jours de formation sur site; une heure de consultation téléphonique par équipe clinique; 3 sessions de deux jours de suivi d'implantation sur site; après six mois, deux jours de formation supplémentaires en dehors du site sont prévus.

La supervision est assurée par un consultant FFT au départ puis par un membre de l'équipe formé en supervision FFT via deux sessions de formation intensives de deux jours chacune dispensée sur 3 mois consécutifs, des consultations téléphoniques bimensuelles et une journée de suivi.

Manuel

Disponible (payant) en anglais : <http://www.apa.org/pubs/books/4317302.aspx>

Alexander JF, Waldron HB, Robbins MS, Neeb AA. Functional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. Washington, DC : American Psychological Association; 2013.

Site Web : <http://www.fftllc.com/>

Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention

Cinq guides parmi les guides recensés appuient la FFT

- ADAI (2015) – Appuyé sur des données probantes
- CEBC (2018) – Appuyé sur des données de recherche
- EAR (2017) - Appuyé sur des consensus d'experts, d'autorités ou des extrapolations issues d'autres recommandations
- NCCMH (2011) : Recommandé
- RCP (2012) : Il est attendu que la FFT soit offerte aux jeunes avec des comorbidités sévères et/ou un soutien social limité

Ecologically Based Family Therapy (EBFT)	
Type/mode d'intervention	
Thérapie familiale Familial	
Population cible	
Adolescents ayant fugué et ayant une consommation problématique; jeunes ayant des conduites sexuelles à risque, comportements délinquants et jeunes victimes de trauma, d'abus ou de violences domestiques; familles en situation de crise.	
Description de l'intervention	
Objectifs : L'objectif de l'EBFT est de renforcer les compétences permettant de poser des limites claires et appropriées au contexte adolescent, particulièrement quand les parents ont l'impression de ne plus avoir d'autorité sur le jeune. Parmi les autres objectifs du programme, on recense la réduction ou la prévention de la consommation, la prévention du VIH, la diminution des conflits familiaux, des fugues et autres comportements problématiques de l'adolescent. L'amélioration de la communication et des liens émotionnels entre les membres de la famille est également une des cibles d'intervention. Composantes : L'engagement et la motivation chez les membres de la famille et le jeune ainsi que le développement des compétences permettant de favoriser le développement d'une dynamique familiale positive sont au cœur de l'intervention. Cette dernière se concentre sur les facteurs individuels, interpersonnels et environnementaux ainsi que sur les besoins, les forces et les faiblesses de la famille, à la source de la consommation de substances et familiaux. Des exercices pratiques entre les séances sont également prévus dans le but de renforcer l'application des compétences. Milieu d'intervention : la thérapie peut être dispensée en externe, en organisme communautaire, à domicile.	
Intensité et durée	
14 à 16 séances de 50 minutes en moyenne, dont 12 séances familiales à domicile ou en cabinet et deux à quatre séances de prévention du VIH sur une période de trois à six mois. Une à deux séances individuelles peuvent être incluses dans les cas où les membres de la famille refusent de se rencontrer dans les séances de thérapie familiale.	
Formation	
La capacité à conceptualiser la famille en tant que système et à pouvoir établir des connexions entre les difficultés présentées par la famille est plus importante que le niveau de diplôme. La durée et l'intensité de la formation dépendent principalement de la capacité de l'intervenant à mettre en pratique les aptitudes thérapeutiques nécessaires pendant les séances de thérapie. Les thérapeutes familiaux suivent une formation de 2 jours de formation didactique accompagnée d'exercices de rôle chaque semaine jusqu'à ce qu'un certain niveau de confort avec les procédures soit atteint. Des rétroactions sur les séances enregistrées sont aussi des composantes de la formation. Les superviseurs doivent être capables de superviser les séances de thérapie familiale basées sur l'écologie et avoir d'excellentes aptitudes à gérer les crises familiales et les risques subséquents pour le jeune. Ils doivent avoir une bonne compréhension du réseau des services sociaux et de santé et plus particulièrement du système de justice pour adolescents, du système scolaire et du système de santé afin d'être en mesure d'orienter les thérapeutes pendant la gestion de cas.	
Manuel	
Tout le matériel est disponible uniquement en anglais. Le manuel inclut une section sur la formation et la supervision. Personne ressource : Natasha Slesnick (slesnick.5@osu.edu) pour obtenir une copie du manuel. Slesnick N. Treatment Manual: Ecologically Based Family Therapy for Substance Abusing Runaway Youth. Unpublished manuscript. 2003.	
Pas de site Web	
Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention	

3 guides parmi les guides recensés appuient l'EBFT

- ADAI (2015) – Appui basé sur des données de recherche
- CEBC (2018) – Appui basé sur des données de recherche
- EMCDDA (2017) – Bénéfique

ANNEXE L

Programmes structurés familiaux

Cette annexe comporte la description des programmes structurés familiaux suivants :

- thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT);
- thérapie multisystémique (MST);
- thérapie familiale orientée sur les forces (SOFT).

Multidimensional family therapy (MDFT) (Thérapie familiale multidimensionnelle)
Type/mode d'intervention
Programme structuré Séances individuelles avec le jeune, séances avec le(s) parent(s), séances avec les autres membres de la famille et/ou les systèmes externes à la famille (comme le système scolaire par exemple) et enfin des séances afin de changer les interactions entre le jeune et ses parents.
Population cible
Adolescents entre 11 et 18 ans présentant un trouble de l'usage d'une substance et leurs familles.
Description de l'intervention
Objectifs : D'une part, la thérapie vise à réduire les comportements problématiques des jeunes tels que les troubles liés à l'utilisation de substances, les difficultés émotionnelles, les problèmes familiaux et scolaires, les comportements antisociaux ou à risque. D'autre part, elle cherche à améliorer le fonctionnement familial, les pratiques parentales, la réceptivité des parents au processus de réadaptation des jeunes et la communication intrafamiliale par l'amélioration des habiletés parentales et de la capacité du jeune à s'exprimer auprès de sa famille. La thérapie cible quatre domaines : a) l'adolescent : les interventions visent l'engagement du jeune dans le traitement, la communication entre le jeune, sa famille et les autres adultes et le développement de stratégies de substitution à l'utilisation de substances psychoactives; b) les parents : l'intervenant suscite l'engagement parental dans le traitement, cible une amélioration des pratiques parentales de l'engagement émotionnel et comportemental vis-à-vis des enfants; c) les interactions familiales, principalement axées sur une meilleure communication, particulièrement lors des conflits; d) la communication entre les membres de la famille et les institutions en lien avec le jeune (école, santé mentale, justice, protection de l'enfance). Composantes : Parmi les éléments-clés, on retrouve des interventions visant les familles plutôt que les individus, mais également la reconnaissance des familles comme inscrites au sein d'un tissu social et culturel. En ce sens, elle est adaptée aux parents qui ont eux-mêmes des troubles liés à l'utilisation de substances. La thérapie familiale multidimensionnelle met l'accent sur la qualité de l'alliance thérapeutique entre le(s) parent(s), l'intervenant et le jeune, l'importance d'adresser des thèmes culturels et l'augmentation de l'engagement du jeune dans le processus. La MDFT est organisée en trois phases : 1) une définition des objectifs et une évaluation des domaines sur lesquels travailler avec le jeune et la famille; 2) le traitement proprement dit; 3) le renforcement des changements comportementaux et relationnels afin de maintenir les gains. Milieu d'intervention : L'intervention peut être dispensée à domicile, dans un organisme communautaire, un programme externe de jour, un hôpital, une école, un centre de détention juvénile, un service de réadaptation en interne, un service en santé mentale. Elle peut également être appliquée auprès des jeunes qui font l'objet de mesures extrajudiciaires.
Intensité et durée
L'intensité dépend des besoins de la famille : une version pour un mode externe intensif consiste en 25 séances pendant 6 mois tandis qu'une intensité plus légère requerra 12 séances pendant trois mois (Filges <i>et al.</i>, 2015). Selon CEBC (2018), l'intensité recommandée est d'une à deux séances hebdomadaires d'environ 45 à 90 minutes pendant 3 à 4 mois pour les jeunes et les familles à risque et cinq à six mois pour les jeunes ayant des troubles liés à l'utilisation de substances ou des diagnostics de troubles de conduite. Pour les cas les plus sévères, une à trois séances hebdomadaires sont prescrites. Entre les séances, des appels téléphoniques au jeune et sa famille sont prévus, en plus de contacts avec l'école, la protection de la jeunesse, etc. La durée recommandée selon CEBC (2018) est de 3-4 mois pour les jeunes et les familles à risque et de 5-6 mois. Selon le NREPP (2008), l'intervention est dispensée une à deux fois par semaine pendant 12 à 16 semaines. Chaque séance dure une heure à une heure et demie.

Formation
Bien que la MDFT ait pu avoir été utilisée par des intervenants sans expérience en thérapie familiale, le manuel suggère que les intervenants et les superviseurs aient idéalement une expérience en thérapie familiale et/ou en développement de l'enfant. Un guide indique que les intervenants doivent avoir au minimum un niveau maîtrise en relation d'aide, en santé mentale, en thérapie familiale, en travail social ou une discipline connexe. Un niveau baccalauréat ou une expérience pertinente sont suffisants pour les assistants des intervenants. De la supervision hebdomadaire d'études de cas cliniques est prévue pour chaque intervenant ainsi que de la supervision DVD/vidéo ou en direct chaque mois. Les informations issues de ces activités sont entrées dans un portail Web spécifique (MDFT Clinical Portal) afin de faciliter l'adhésion des intervenants et des superviseurs à l'approche. Selon le site Web du programme, trois niveaux de formation à la MDFT sont disponibles : une formation intensive de deux jours, une certification de 4 à 6 mois pour les intervenants et de 6 mois pour les superviseurs et une formation de formateur de formateurs (la durée n'est pas indiquée).
Manuel
La thérapie multidimensionnelle dispose de ressources de formation et de matériel pédagogique, incluant le manuel, en anglais (disponible gratuitement) et en français. Pour obtenir des ressources en français, contacter info@mdft.org http://www.mdft.org/mdft/media/files/Publications/Liddle-%282009%29-Adolescent-drug-abuse-A-family-based-multidimensional-approach.pdf Liddle HA. Adolescent Drug Abuse: A Family-Based Multidimensional Approach. Clinician's Manual. Center City, MN : Hazelden; 2009. http://lib.adai.washington.edu/clearinghouse/downloads/Multidimensional-Family-Therapy-for-Adolescent-Cannabis-Users-207.pdf Liddle HA. Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users. Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 5. Rockville, MD : Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2002 Site Web : http://www.mdft.org/
Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention
Cinq guides parmi les guides recensés appuient la MDFT • ADAI (2015) – Appuyé sur des données probantes • CEBC (2018) – Appui basé sur des données de recherche substantielles • EAR (2017) – Appui basé sur un niveau de preuve et de recommandation le plus élevé • NCCMH (2011) – La MDFT est recommandée pour les jeunes ayant des troubles liés à l'utilisation d'alcool, avec des comorbidités importantes et/ou un réseau de soutien limité • RCP (2012) : Norme minimale

Multisystemic Family Therapy (MST) (Thérapie multisystémique)	
Type/mode d'intervention	
Programme structuré Familial	
Population cible	
Adolescents avec des troubles liés à l'utilisation de substances et à risque de placement en dehors du milieu familial à cause de comportements antisociaux, criminels ou délinquants ou de troubles liés à l'utilisation de substances; jeunes coupables d'agression verbale ou physique à l'école, à la maison ou dans la communauté. Thérapie non recommandée pour les jeunes qui vivent de façon indépendante ou dont les tuteurs ou amis adultes ne sont pas identifiables; les jeunes qui sont suicidaires, psychotiques ou homicidaires; les jeunes ayant des problèmes psychiatriques sévères; les jeunes coupables d'infraction sexuelle, mais n'ayant pas d'autre comportement antisocial ou délinquant (il existe une version de la thérapie multisystémique adaptée pour ces jeunes, Multisystemic Therapy – Problem Sexual Behaviour, MST-PSB); les jeunes ayant des difficultés de fonctionnement au niveau social ou ayant reçu un diagnostic d'autisme.	
Description de l'intervention	
La thérapie multisystémique est un programme thérapeutique familial intensif visant la prévention et le traitement des troubles de la conduite chez les adolescents. Surtout développée pour les jeunes avec des comportements délinquants, la MST a été adaptée pour l'intervention en dépendance. Objectifs : L'intervention cible et intervient sur les facteurs au sein de la famille et des réseaux d'influence autour du jeune qui semblent contribuer à son comportement antisocial telles que les relations affectives familiales, les performances scolaires et la discipline parentale. Composantes : Toutes les techniques d'intervention sont appuyées sur des données probantes. La MST s'appuie sur neuf principes qui guident l'intervention, par exemple la concentration des efforts sur les forces du jeune, l'enracinement des interventions dans le présent, l'orientation vers la recherche de solutions, l'adaptation de l'intervention en fonction des capacités et de la maturité du jeune. Des exercices de révision et de pratique entre les séances sont également prévus pendant le processus clinique. Milieu d'intervention : La thérapie multisystémique prend place dans le milieu naturel du jeune (domicile, école ou dans la communauté par exemple) afin de s'assurer du maintien des acquis à la fin de l'intervention et de mieux outiller les familles dans le développement de réseaux de soutien positifs.	
Intensité et durée	
Les interventions ont lieu entre une à cinq fois par semaine avec une intensité décroissante et durent généralement entre trois à cinq mois. Les contacts peuvent inclure des appels téléphoniques brefs ou des rencontres en face à face pouvant aller jusqu'à deux heures. Vers la fin du traitement, l'intervenant peut contacter la famille au besoin pour s'assurer du maintien des gains. Des services cliniques sont disponibles 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.	

Formation
Les intervenants formés à la MST possèdent le plus souvent une maîtrise, idéalement en travail social ou en relation d'aide, mais il n'est pas exigé qu'ils soient formés à la thérapie familiale. Une équipe clinique en thérapie multisystémique est composée de deux à quatre intervenants par site, avec un superviseur présent au moins à mi-temps si possible. Les intervenants suivent 6 familles au maximum. Le superviseur doit avoir une maîtrise et être formé en thérapie cognitivo-comportementale et en thérapie familiale pragmatique. Il doit avoir une compréhension du système de justice pénale pour les adolescents et une expérience en gestion de familles en situation de crise avec risques de compromission de la sécurité ou du développement. Il devrait superviser au maximum une à deux équipes, une fois par semaine. Une formation de cinq jours est offerte à Charleston, en Caroline du Sud ou sur place, par la compagnie qui gère les droits du programme. À cela s'ajoutent des consultations hebdomadaires téléphoniques auprès d'un expert pour s'assurer de l'adhésion et de la fidélité au traitement et des formations trimestrielles sur place d'une journée et demie pour chaque équipe d'intervenants. Les données sont collectées par les ressources et envoyées à l'Institut MST (MSTI), notamment pour s'assurer une fidélité au traitement.
Manuel
Disponible (payant) en anglais : https://www.guilford.com/books/Multisystemic-Therapy-Antisocial-Behavior-Children-Adolescents/Henggeler-Schoenwald-Borduin-Rowland/9781606230718 Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin CM, Rowland MD, Cunningham PB. Multisystemic Therapy for Antisocial Behavior in Children and Adolescents. 2^e éd. New York, NY : Guilford Press; 2009. Des vidéos sont également disponibles : http://www.msts services.com/mst-videos Site Web : http://www.msts services.com/
Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention
Cinq guides parmi les guides recensés appuient la MST • ADAI (2015) – Prometteuse • CEBC (2017) – Appui basé sur des données de recherche substantielles • EAR (2017) – Appui basé sur des consensus d'experts, d'autorités ou de preuves indirectes • NCCMH (2011) – La MST est recommandée pour les jeunes ayant des troubles liés à l'utilisation d'alcool, des comorbidités importantes et/ou un réseau de soutien limité • RCP (2012) – Il est attendu que la MST soit offerte aux jeunes avec des comorbidités sévères et/ou un soutien social limité

Strengths-Oriented Family Therapy (SOFT)	
Type/mode d'intervention	
Programme structuré de type justice sociale Familial et groupe	
Population cible	
Adolescents ayant des troubles de l'usage d'une substance	
Description de l'intervention	
Le SOFT est un programme basé sur les forces conçu par des travailleurs sociaux. Objectifs : Le but est de réduire l'utilisation de substances et les problématiques associées chez les adolescents. Composantes : Le programme se caractérise par trois composantes principales : 1) tout d'abord, une session familiale de renforcement de la motivation avant le début du traitement, appelé le SORT (Strengths-Oriented Referral for Teens); 2) des méthodes et un langage ancrés dans la recherche de solutions; 3) au début du processus de réadaptation, une évaluation des forces et des ressources disponibles par les familles. Quatre activités sont proposées : le SORT, un travail avec les familles conçu autour de trois étapes (l'engagement et l'évaluation des forces; l'implantation d'un plan et le suivi et l'ajustement des cibles thérapeutiques); des groupes multifamiliaux et de la gestion de cas au besoin pour la recherche d'emploi, les visites à domicile, le lien avec d'autres ressources. Pour favoriser la rétention des communautés socioculturelles dont le taux d'abandon est plus élevé que les autres communautés, les thérapeutes sont issus des communautés socioculturelles également. Milieu d'intervention : Le programme peut être dispensé en externe ou en organisme communautaire.	
Intensité et durée	
Au total les jeunes reçoivent 30 heures de traitement sur douze semaines, dont 5 séances de 2 heures, toutes les deux semaines pendant environ 12 semaines pour les adolescents, 10 séances de deux heures hebdomadaires en rencontres multifamiliales.	
Formation	
Pas d'informations sur le niveau de diplomation. Les intervenants reçoivent de la supervision continue ainsi que de l'évaluation sur des séances enregistrées.	
Manuel	
L'obtention du manuel se fait par l'entremise des concepteurs du programme : Douglas C. Smith, Ph.D., (217) 333-5308, smithdc@illinois.edu James A. Hall, Ph.D., (317) 274-8812, jah6@iu.edu	
Pas de site Web	
Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention	
Un guide parmi les guides recensés appuie SOFT • ADAI (2015) – Prometteuse	

ANNEXE M

Programmes structurés de groupe

Cette annexe comporte la description des programmes structurés de groupe suivant :

- approche de soutien communautaire pour adolescents (ASC-A);
- assertive continuing care (ACC);
- Chestnut Bloomington outpatient program (CBOP);
- Seven Challenges;
- Seeking safety for adolescents.

Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) (Approche de renforcement par la communauté/ Approche de soutien communautaire (ASC-A))	
Type/mode d'intervention	Programme structuré de type cognitivo-comportemental Familial
Population cible	Jeunes de 12-24 ans avec des troubles de l'usage d'une substance; jeunes avec des troubles concomitants de santé mentale.
Description de l'intervention	Objectifs : Les objectifs consistent à consolider ou développer les facteurs de renforcement de type familial, social, et éducationnel/vocationnel vis-à-vis de la consommation, réorganiser le milieu dans lequel évolue l'adolescent afin qu'il ait plus de plaisir et de motivation à s'abstenir qu'à consommer et développer des liens avec un milieu qui favorise la consolidation des acquis à travers, par exemple, des activités sociales, l'implication de la famille et l'emploi. Composantes : L'intervenant cherche surtout à répondre aux besoins cliniques du jeune en choisissant parmi les différentes procédures et en fonction des enjeux soulevés par le jeune au cours de la session, ce qui permet de consolider son engagement dans le processus clinique. Un élément important de cette intervention repose sur le développement, pendant les séances, de nouvelles habiletés qui permettront de réduire la consommation et qui seront renforcées en dehors des interventions, au cours d'activités sociales déterminées entre le jeune et l'intervenant. L'A-CRA compte sur les 17 procédures suivantes pour développer des habiletés de gestion de facteurs de stress au quotidien et éliminer les troubles liés à l'utilisation de substances : Présentation de l'A-CRA; Analyse fonctionnelle de la consommation de substances; Analyse fonctionnelle des comportements pro-sociaux; Échelle du bonheur; Planification du traitement; Augmentation des divertissements pro-sociaux; Encouragements systématiques; Techniques de refus de consommation de substances; Prévention de la rechute; Échantillon de sobriété; Habiletés de communication; Techniques de résolution de problèmes; Amélioration des rapports entre le jeune et le parent; Exercices à pratiquer en dehors des séances; Techniques de recherche d'emploi; Présentation de l'A-CRA et établissement d'une relation avec le parent et motivation; Gestion de la colère. Milieus d'intervention : L'A-CRA peut être dispensée en externe, en externe intensif, en service avec hébergement, en organisme communautaire ou à l'école. L'intervention combinée A-CRA/ACC a déjà été implantée dans un centre de jour avec des jeunes ayant commis des délits et avec des jeunes en service avec hébergement.
Intensité et durée	Généralement, l'A-CRA inclut 10 séances individuelles d'une heure avec l'adolescent, deux séances d'une heure avec les parents et deux séances d'une heure avec les parents et l'adolescent, pour un total de 14 heures sur une période de 12 à 14 semaines. Selon le manuel de la thérapie, le suivi dure 10 à 12 semaines Le programme est souvent suivi d'un programme d'ACC de 12 à 14 semaines à domicile pour prévenir la rechute. Le thérapeute devra se rendre au domicile de l'adolescent, ou à d'autres endroits, si celui-ci a des problèmes de transport, s'il ne se présente pas aux séances ou s'il vit dans un milieu contrôlé (comme un foyer de détention). L'ASC-A exige que les thérapeutes s'engagent à répondre aux besoins des adolescents et de leurs parents ou tuteurs.

Formation
Les intervenants devraient avoir au minimum un baccalauréat dans un domaine clinique. Il est noté qu'une maîtrise et une expérience clinique particulièrement en approche cognitivo-comportementale facilitent l'appropriation de l'A-CRA par l'intervenant. La supervision clinique de l'A-CRA requiert un diplôme de niveau de maîtrise. Une formation de base de 28 heures est offerte à l'équipe clinique (superviseurs et intervenants). Après environ 14 heures additionnelles (incluant du temps de rétroaction sur les séances enregistrées par les intervenants), il est possible d'obtenir la certification. Par la suite, des ateliers supplémentaires sont disponibles pour l'utilisation de l'A-CRA avec une clientèle présentant des troubles concomitants et pour les superviseurs.
Manuel
Disponible gratuitement en anglais et en français : http://ebtx.chestnut.org/Portals/0/Documents/ACRA_FR%20-%20vol%204.pdf Godley SH, Meyers RJ, Smith JE, Godley MD, Titus JM, Karvinen T, et al. The Adolescent Community Reinforcement Approach for Adolescent Cannabis Users. Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 4. Rockville, MD : Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2001. Site Web : http://ebtx.chestnut.org/Treatments-and-Research/Treatments/A-CRA
Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention
Quatre guides parmi les guides recensés appuient l'A-CRA • ADAI (2015) : Appui basé sur des données probantes – niveau d'appui le plus élevé • APA (2006) : Recommandé avec preuve clinique substantielle – niveau d'appui le plus élevé • CEBC (2018) : Appui basé sur des données de recherche – 2^e niveau d'appui le plus élevé • NCCMH (2011) : Les interventions qui s'appuient sur l'environnement social, comme l'A-CRA, sont recommandées

Assertive Continuing Care (ACC)	
Type/mode d'intervention	
	Programme structuré Individuel et familial
Population cible	
	Jeunes de 12 à 22 ans ayant des troubles de l'usage d'une substance et sortant d'un service avec hébergement ou d'un service en externe.
Description de l'intervention	
	L'ACC est un programme de soins continus dispensés après une période de traitement en service avec hébergement ou externe (intensive ou non) qui repose sur la phase de vulnérabilité plus élevée dans les 90 jours suivant la fin d'un traitement et particulièrement dans les premiers jours ou semaines. Objectifs : L'objectif est de consolider les acquis dans une logique de continuum de soins. Le programme se veut une transition entre la fin d'une intervention en milieu externe ou interne et le maintien des gains. Dans le but de réduire les risques de rechute et de renforcer les liens et soutiens communautaires. Composantes : Le programme inclut des visites à domicile, de la gestion de cas et des procédures provenant de l'approche par renforcement communautaire A-CRA. L'ACC est souvent offert à la suite du programme A-CRA. Milieus d'intervention : Le manuel de l'ACC indique que la thérapie est offerte à domicile, mais que l'intervenant peut parfois rencontrer l'adolescent dans un autre milieu de vie du jeune (restaurant, terrain de basketball, etc.). L'intervention combinée avec l'A-CRA a également été implantée dans un centre de jour auprès de jeunes ayant commis des délits.
Intensité et durée	
	Le programme compte généralement 12 à 15 séances offertes sur une période de 90 jours, mais le contact avec les participants peut s'étendre au-delà si nécessaire. L'objectif est de rencontrer le jeune au moins une fois par semaine. Le manuel indique que sur les 12 à 15 séances, quatre rencontres sont prévues avec la famille, dont deux en présence du jeune.
Formation	
	Selon le manuel, pour offrir l'ACC, l'intervenant devrait détenir au minimum un diplôme de baccalauréat en relation d'aide dans un domaine connexe, avec préférentiellement une exposition à l'approche cognitivo-comportementale et une expérience avec les adolescents ou le traitement des troubles de l'usage d'une substance. Une maîtrise ainsi qu'une connaissance des procédures de l'A-CRA sont requises pour les superviseurs.
Manuel	
	Disponible gratuitement en anglais : http://ebtx.chestnut.org/Portals/0/Documents/ACC_manual_revised_2nd_ed_111306.pdf Godley SH, Godley MD, Karvinen T, Slown LL, Wright KL. ACC The Assertive Continuing Care Protocol: A Clinicians's Manual for Working with Adolescents After Residential Treatment for Alcohol and Other Substance Use Disorders. 2^e éd. Bloomington, IL : Lighthouse Institute; 2006. Site Web : http://ebtx.chestnut.org/Treatments-and-Research/Treatments/ACC
Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention	
	Un guide parmi les guides recensés appuie l'ACC • ADAI (2015) : Appui basé sur des données de recherche

Chestnut Health Systems' Bloomington Outpatient Program(CBOP)	
Type/mode d'intervention	
Programme structuré	
Groupe principalement, combinées avec des sessions individuelles et familiales pour la planification du traitement et le suivi des progrès.	
Population cible	
Adolescents de 12 à 18 ans ayant des troubles de l'usage d'une substance, qui se qualifient pour les services externes réguliers ou intensifs selon les critères de l'ASAM et qui sont motivés pour un changement.	
Description de l'intervention	
Le programme regroupe à la fois des éléments du modèle de traitement en externe et en externe intensif.	
Objectifs : Le programme vise à renforcer l'estime de soi, les aptitudes à la communication et à la prise de décision, à la gestion du stress, de l'information sur les substances psychoactives et la prévention de la rechute, tout en offrant de l'éducation aux loisirs.	
Composantes : Les habiletés visées couvrent 14 sujets chaque semaine tels que la prévention de la rechute, l'estime de soi, les problèmes familiaux ou les loisirs et ces modules sont offerts en groupe. Le programme met l'accent sur un plan d'intervention individualisé qui permet de déterminer le groupe dans lequel l'adolescent devrait participer. Les thérapies de groupe sont un espace de parole pour les jeunes afin de travailler sur la manière de gérer ses difficultés, avec des rétroactions de la part des pairs. Des programmes familiaux sont offerts aux jeunes et à leurs familles.	
Milieu d'intervention : le programme est dispensé uniquement en externe. Ce programme peut être un palier d'intensité plus faible pour les jeunes qui sortent d'un traitement à l'interne ou pour ceux pour lesquels les services externes réguliers ne sont pas suffisants.	
Intensité et durée	
Le nombre de séances et la durée du programme dépendent des résultats de l'évaluation, des besoins du jeune, de la réponse au traitement et du soutien nécessaire au jeune. Selon le site Web de l'intervention, un jeune reçoit entre 6 à 13 heures de thérapie individuelle ou de groupe par semaine tout en continuant de vivre à domicile et de fréquenter l'école. Le programme peut également être approprié pour les jeunes qui sortent d'un service de réadaptation avec hébergement.	
Les séances sont offertes en continu et sont composées de 12 présentations de 35-40 minutes chacune qui peuvent être offertes le soir ou le matin pour s'ajuster aux obligations scolaires et professionnelles des jeunes. Les thérapies de groupe sont hebdomadaires et durent entre 35 et 40 minutes.	
Formation	
Tous les intervenants qui offrent une intervention directe dans le cadre de ce programme (conseiller, travailleur social, spécialiste en dépendance) sont licenciés, certifiés ou en cours d'acquisition d'une certification qui devra être obtenue d'ici la fin de la deuxième année en emploi.	

Manuel
Disponible en anglais, gratuit en téléchargement ou payant en version papier : https://chestnut.org/Portals/0/Docs/LI-Bookstore/Manuals/CHS_Tx_Manual_part_1.pdf https://chestnut.org/Portals/0/Docs/LI-Bookstore/Manuals/CHS_Tx_Manual_part_2.pdf https://chestnut.org/Portals/0/Docs/LI-Bookstore/Manuals/CHS_Tx_Manual_part_3.pdf https://chestnut.org/Portals/0/Docs/LI-Bookstore/Manuals/CHS_Tx_Manual_part_4.pdf Godley SH, Risberg RA, Adams L, Sodetz A. Chestnut Health Systems' Bloomington Outpatient and Intensive Outpatient Treatment Model. Bloomington, IL : Chestnut Health Systems; 2003. Site Web : http://www.chestnut.org/AddictionTreatment/AdolescentAddictionServices
Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention
Un guide parmi les guides recensés appuie le programme Chestnut Bloomington : • ADAI (2015) - Prometteuse

The Seven Challenges	
Type/mode d'intervention	
	Programme structuré Individuel, groupe (jusqu'à 10 participants) et familial
Population cible	
	Adolescents et jeunes adultes de 13 à 25 ans ayant des troubles de l'usage d'une substance et des problématiques associées.
Description de l'intervention	
	Ce programme vise à accompagner les jeunes dans leur engagement à prendre des décisions permettant d'améliorer leur vie. Plutôt que de suivre un programme prédéfini, les intervenants façonnent les séances en fonction des besoins des jeunes. Objectifs : La démarche favorise chez la personne une prise de conscience des méfaits entraînés par l'utilisation de substances et une responsabilisation vis-à-vis de la direction qu'elle souhaite donner à sa vie. Les difficultés associées aux problèmes psychologiques ou au manque de compétences sociales sont autant abordées que les troubles liés à l'utilisation de substances. Le programme vise également à améliorer les relations interpersonnelles, les résultats académiques ou professionnels, l'état de la santé mentale et reprendre le contrôle de sa vie. Enfin, il a été développé en portant une attention à la diversité culturelle des jeunes. Composantes : Les jeunes sont amenés à identifier et travailler sur les problématiques qui leur tiennent le plus à cœur ainsi que les défis qu'ils rencontrent. Les intervenants profitent de l'occasion pour discuter les risques et problèmes créés par la consommation, des besoins auxquels elle répond et des transformations nécessaires à apporter pour améliorer leur vie à travers sept défis (Seven challenges) : 1) discuter ouvertement et de façon transparente de soi et de l'utilisation de substances; 2) identifier les bénéfices apportés par la consommation; 3) examiner les impacts de la consommation et des méfaits entraînés ou risques potentiels; 4) apprécier sa propre responsabilité et celle des autres personnes vis-à-vis des problèmes vécus; 5) réfléchir à la direction vers laquelle le jeune semble s'orienter et l'orientation désirée pour sa vie; 6) prendre des décisions éclairées vis-à-vis de sa vie et de l'usage de substances; 7) donner suite aux décisions prises et revenir aux étapes précédentes si des problèmes sont repérés. Le programme se compose d'activités de groupe (prévention de la rechute, entraînement aux stratégies d'adaptation); de périodes de travail individuel, comme l'écriture dans un journal personnel; de suivi individuel et de rencontres familiales ou multifamiliales. Milieu d'intervention : Le programme est particulièrement flexible et a été implanté en externe, à domicile, en interne, en externe intensif, en milieu scolaire, en tribunal de traitement de la toxicomanie, en milieu judiciaire, en programme de jour, en milieu hospitalier, en service de probation, en foyer de groupe.
Intensité et durée	
	Le programme autorise une grande flexibilité au niveau de la fréquence et de la durée des sessions, en fonction du milieu d'intervention, des besoins du jeune et de la sévérité de ses problématiques. Le CEBC (2016) recommande 90 minutes par semaine minimum pour les situations moins sévères et note qu'il n'y a pas de durée prescrite.
Formation	
	Aucun niveau de diplôme n'est exigé, le seul prérequis pour suivre la formation Seven Challenges étant que l'intervenant soit expérimenté en relation d'aide auprès des jeunes. Une formation de trois jours et un manuel décrivant les différentes activités sont disponibles. Une supervision clinique hebdomadaire par un spécialiste du programme, de niveau maîtrise, est nécessaire.
Manuel	
	Disponible en anglais : http://sevenchallenges.com/App_System/Lib/Documents/7C_Manual.pdf SchWebel, R. The Seven Challenges Manual. Tucson, AZ : Viva Press; 2004. Le manuel, les journaux personnels et le recueil de textes sont disponibles en anglais ou en espagnol. Le livre d'activités est disponible uniquement en anglais. Site Web : http://sevenchallenges.com/

Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention
Deux guides parmi les guides recensés appuient The Seven Challenges • ADAI (2015) – Prometteuse • CEBC (2016) – Prometteuse

Seeking Safety for Adolescents (SSA) Programme à la recherche de la sécurité	
Type/mode d'intervention	
Programme structuré de type cognitivo-comportemental Groupe principalement (entre 2 et 50 participants par groupe), peut être individualisé	
Population cible	
Adolescents avec une dépendance aux psychotropes et qui présentent également des symptômes liés à un ou des événements traumatiques incluant les agressions physiques, psychologiques ou sexuelles.	
Description de l'intervention	
Seeking Safety est une intervention qui propose des stratégies d'adaptation pour renforcer le sentiment de sécurité dans les domaines dits cognitif, comportemental et relationnel. Objectifs : Les objectifs sont le développement de stratégies d'adaptation dans quatre domaines (les relations interpersonnelles, le comportement, l'état émotionnel et la pensée) afin d'augmenter son sentiment de sécurité, ainsi que la réduction de la consommation et des symptômes de détresse associés aux traumatismes. L'intervention repose sur cinq principes clés : 1) la recherche de la sécurité comme objectif ultime; 2) un programme intégré qui prend en considération les traumatismes vécus et l'abus de substances en même temps; 3) le ciblage des idéaux; 4) une intervention sur les domaines cognitif, comportemental, interpersonnel et de la gestion de cas; 5) une attention portée aux émotions de l'intervenant en donnant des pistes à ce dernier pour mieux observer les réponses émotionnelles chez la personne. Composantes : Le programme original consiste en 25 modules. Sept modules portent sur les relations interpersonnelles (intitulés Demander de l'aide, Honnêteté, Fixer des limites dans ses relations, Relations saines, Ressources communautaires, Guérir de la colère, Obtenir l'aide des autres pour votre rétablissement); sept autres modules portent sur le comportement (intitulés Prendre soin de vous, Se détacher de la douleur émotionnelle (ancrage dans la réalité), Drapeaux rouges et drapeaux verts, Engagement, Faire face aux déclencheurs, Faire bon usage de votre temps, S'auto-réconforter); sept autres modules portent sur le domaine cognitif (intitulés ESPT : Reprendre le contrôle de votre vie, Compassion, Lorsque vous êtes sous l'emprise de substances, Pensée axée sur le rétablissement, Intégrer le moi divisé, Création de sens, La découverte) et enfin quatre modules transversaux consistent en l'Introduction au traitement et à la gestion de cas, La sécurité, Le jeu des choix de vie (revue générale) et Fin du traitement). Milieu d'intervention : Le programme peut être dispensé en interne, en externe, dans une école, un hôpital ou un organisme communautaire.	
Intensité et durée	
Le programme Seeking Safety a été conçu pour être très flexible, l'idée étant d'agir en fonction du milieu d'intervention, de l'intervenant et des besoins des usagers. Il peut donc être aussi long ou court que nécessaire, sachant qu'un module par semaine offert à un jeune correspondra à une durée d'environ six mois. Les modules peuvent également être offerts sans ordre particulier.	

Formation

Aucun niveau de formation ou d'expérience préalable n'est requis pour accéder à la formation donnée. Le manuel peut être utilisé tant par des travailleurs sociaux, des psychologues, des infirmiers, des intervenants en santé mentale ou en dépendances, des intervenants scolaires, des intervenants psychosociaux en intervention de crise, des paraprofessionnels que par des pairs. Bien qu'il soit possible d'obtenir une certification à l'issue de la conduite de ce programme, celle-ci n'est pas obligatoire. Le site Web du programme propose cinq consultations téléphoniques spécifiquement dédiées aux adolescents.

Des formations en ligne, en présentiel, des vidéos de formation de 4,5 heures, de la formation de superviseur et des consultations téléphoniques sont aussi disponibles pour les personnes qui souhaitent plus d'informations ou après une session de formation en présentiel : <https://www.treatment-innovations.org/training.html>. Les formations durent en général une à deux journées.

Manuel

Il n'existe pas de version pour adolescents, mais le site Web du programme indique que le manuel pour adultes peut être utilisé avec les adolescents. Le manuel contient tous les supports de formation et les ressources nécessaires pour intervenir auprès d'un jeune.

Disponible (payant) sur le site du programme en anglais : http://www.treatment-innovations.org/store/p2/Seeking_Safety_book_-_English_language.html et en français : https://www.treatment-innovations.org/store/p21/Seeking_Safety_book_-_French_translation.html

Najavits LM. Seeking Safety. A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse. New York, NY : Guilford Press; 2002.

Site Web : <http://www.treatment-innovations.org/seeking-safety.html>

Sociétés savantes et guides de pratique qui appuient cette intervention

Deux guides parmi les guides recensés appuient Seeking Safety

- ADAI (2015) – Prometteuse
- CEBC (2017) – Prometteuse



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

