



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Mémoire

Comparaison de l'efficacité de la *MultiDimensional Family Therapy* (MDFT) versus la *Treatment As Usual Explicité* (TAU^E) dans le traitement de l'abus et de la dépendance au cannabis chez l'adolescent : présentation du protocole INCANT

Treatment efficacy comparison study with cannabis users or dependents adolescents: MultiDimensional Family Therapy (MDFT) versus Treatment As Usual Explicité (TAU^E)

C. Jouanne^{a,*}, O. Phan^a, M. Corcos^b

^a Centre émergence espace Tolbiac, 6, rue de Richemont, 75013 Paris, France

^b Département de psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune, institut mutualiste Montsouris, 42, boulevard Jourdan, 75014 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 29 décembre 2008

Accepté le 3 mars 2009

Disponible sur Internet le 14 juillet 2010

Mots clés :

Addiction

Adolescence

Cannabis

Multidimensionnel

Psychothérapie

Keywords:

Addiction

Adolescence

Cannabis

Multidimensional

Psychotherapy

R É S U M É

En France, le cannabis est la substance illicite la plus expérimentée et consommée chez les adolescents. Aux États-Unis, une thérapie s'est révélée particulièrement efficace dans ce domaine : la *Multi-Dimensional Family Therapy* (MDFT), s'inspirant de techniques systémiques et cognitives. Pour valider l'efficacité de cette méthode thérapeutique, il semblait primordial de la placer dans le cadre et le contexte français, en la comparant à ce qui se fait habituellement en France dans la prise en charge des consommations problématiques de cannabis. Ainsi, depuis octobre 2006, deux centres de soins de Paris et sa banlieue participent à ce protocole de recherche, avec la perspective d'inclure 150 adolescents, âgés de 13 à 18 ans, présentant un diagnostic d'abus ou de dépendance au cannabis. Cette étude longitudinale est réalisée en partenariat avec quatre autres pays européens, et doit s'achever fin 2009. Ce projet, soutenu par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT), s'intègre dans le cadre d'un programme de soins et de prévention envers la problématique de consommation à l'adolescence. Son objectif est double : valider une méthode thérapeutique, dans le contexte européen et plus particulièrement français, efficace dans le champ des addictions à l'adolescence ; développer des moyens d'évaluation des psychothérapies.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

In France, cannabis is the illicit substance most tested and consumed by the teenagers. In the United States, a therapy appeared particularly effective in this field: *MultiDimensional Family Therapy* (MDFT), taking as a starting point systemic and cognitive techniques. To validate the effectiveness of this therapeutic method, it seemed paramount to place it in the French framework and context by comparing it with what is usually done in France in the catch in charge problematic consumption of cannabis. Thus, since October 2006, two health care centres of Paris and its suburbs take part in this protocol of research with the prospect to include 150 teenagers, old from 13 to 18 years, presenting a diagnosis of abuse or dependence to the cannabis. This longitudinal study is carried out in partnership with four other European countries and should be completed at the end of 2009. This project, supported by Interdepartmental Mission of Fight against Drugs and Drug-addiction (MILDT), is integrated within the framework of a programme of care and prevention towards the problems of consumption into adolescence. Its objective is double: (1) to validate a therapeutic method in the context European, and more particularly French, effective in the field of the addictions to adolescence; (2) to develop means of evaluation of psychotherapies.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jouanne.celine@neuf.fr (C. Jouanne).

En France métropolitaine, en 2005, 12,4 millions de personnes âgées de 12 à 75 ans déclarent avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. Parmi ces expérimentateurs, 3,9 millions en ont consommé dans l'année, et, au sein de ce groupe, 1,2 millions sont des consommateurs réguliers (au moins dix fois par mois), dont 550 000 usagers quotidiens. La part des consommateurs réguliers est en hausse : entre 2000 et 2005, elle est passée de 3,8 à 5,9 %. En 2005, 49,5 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir expérimenté le cannabis. En moyenne, cette expérimentation a lieu à 15 ans. Toujours chez les 17 ans, 10,8 % en font un usage régulier (au moins dix fois par mois) : 15 % des garçons et 6,8 % des filles. À 17/18 ans, au vu d'un test de repérage, la moitié des usages réguliers sont considérés comme problématiques [6]. En 2003, 18 % des demandes adressées aux centres de soins aux toxicomanes concernaient le cannabis. Les consultations destinées aux jeunes consommateurs et à leurs familles, mises en place en 2005 sur la demande de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT), ont attiré 16 000 usagers au cours de la première année d'existence de ce dispositif. Des études suggèrent que les troubles liés à la consommation de cannabis chez les adolescents ne sont pas facilement surmontés sans traitement [14]. Ainsi, une étude allemande [18] montre que seuls 14 % des sujets présentant un abus de cannabis et 16 % des sujets présentant une dépendance au cannabis ont cessé spontanément de consommer de la drogue durant les cinq années suivantes. Dans quatre cas sur dix, l'abus ou la dépendance de cannabis était encore présente après cinq ans. Une intervention précoce et rapidement effective est le seul moyen d'empêcher des dégâts, pour certains irréparables, à ce moment clé de la maturation d'un individu qu'est l'adolescence.

En avril 2003, les représentants des ministères de la Santé français, belge, allemand, hollandais et suisse ont constitué un Comité de Direction : l'*Action Plan for Cannabis Research* (APCR), dans le but d'étudier la prise en charge des consommateurs de cannabis dans leur pays respectif. Il était en effet devenu nécessaire de se pencher sur les thérapies les plus efficaces pour faire face à ce problème qu'est la consommation de cannabis. Il n'existe pas de stratégie thérapeutique validée scientifiquement en Europe pour traiter les problèmes de dépendance au cannabis. Aux États-Unis, dans le cadre du programme *Cannabis Youth Treatment* (CYT), plusieurs thérapies ont été étudiées. Parmi celles-ci, une s'est révélée particulièrement efficace chez les adolescents : la MDFT, ou *MultiDimensional Family Therapy*, développée par H. Liddle, responsable du *Center for Treatment Research on Adolescence Drug Abuse* (CTRADA) de l'université de Miami. Les différentes études démontrent en effet que la MDFT serait significativement plus efficace que les autres traitements étudiés (thérapie de groupe, prévention, traitement à domicile...) en ce qui concerne quatre axes principaux : la consommation de substances, les troubles du comportement, le fonctionnement familial, la compliance thérapeutique [9]. En se centrant à la fois sur le patient, sa famille, les relations intrafamiliales et l'environnement, la MDFT se présente comme une méthode thérapeutique complète et spécifique dans le traitement des addictions à l'adolescence. Cependant, les études montrant l'efficacité de la MDFT n'ont été faites qu'aux États-Unis.

En 2004 et 2005, les pays de l'APCR ont alors décidé d'organiser la formation de thérapeutes à la méthode MDFT (formation de cinq thérapeutes européens dans le centre CTRADA), et ont vérifié que cette thérapie était applicable en Europe (étude pilote européenne durant cinq mois). Grâce aux résultats encourageants de cette première étude et à l'intérêt que celle-ci a suscité auprès du personnel thérapeutique confronté à la prise en charge de jeunes consommateurs de cannabis, les responsables ont décidé de continuer dans la voie de cette thérapie et d'étudier tout particulièrement l'efficacité de cette prise en charge, comparative-ment à la prise en charge habituelle (*Treatment or Therapy As Usual* [TAU]).

Un protocole de recherche est alors né dans cinq pays européens (France, Pays-Bas, Allemagne, Suisse, Belgique) : le projet *INternational Cannabis Need of Treatment* (INCANT), ayant pour principal objectif l'application et la validation de la méthode MDFT en Europe.

1. Justification de l'étude

Les études montrant l'efficacité de la MDFT ont été réalisées aux États-Unis. En effet, la MDFT a été principalement étudiée chez les adolescents américains (anglo-américains, afro-américains et hispano-américains), de conditions socioéconomiques basses et principalement sous main de justice. De plus, aux États-Unis, les études s'effectuent sur les « native americans », le gouvernement fédéral imposant des études par ethnies pour valider la méthode dans chaque sous-type de populations. En outre, la MDFT a été comparée essentiellement à des thérapies standardisées, protocolisées, de forte inspiration cognitivocomportementale, ces dernières étant extrêmement répandues outre-Atlantique. Enfin, le contexte américain est bien particulier puisque toutes ces thérapies, si efficaces soient-elles, sont en fait loin de couvrir l'ensemble des besoins de la population américaine. L'admission dans l'un de ces programmes de recherche est souvent considérée par l'adolescent et sa famille comme une chance ; ce qui constitue alors déjà un biais.

La situation thérapeutique française est bien différente sous de nombreux aspects. Tout d'abord, outre les différences culturelles, les populations qui consultent en centre de soins sont hétérogènes, avec un effectif important dans les classes socioéconomiques moyennes. Le motif de la demande est en effet la plupart du temps la chute du rendement scolaire, dont l'imputabilité au cannabis est plus visible chez les adolescents issus de milieu non défavorisé. Ensuite, ce sont les parents ou les professionnels du milieu éducatif et social, plus que la justice, qui sont à l'origine de la demande de prise en charge. De plus, la gratuité des soins étant la règle, le tissu sanitaire et social étant bien plus important qu'aux États-Unis, l'entrée dans un programme de soins ne constitue plus une contrainte. Enfin, les thérapies usuelles en France ne sont ni standardisées ni protocolisées, et font largement appel à la culture psychanalytique.

Au vu de ces nombreuses divergences, il semblait donc primordial, pour valider l'efficacité de cette méthode thérapeutique en France, de la placer dans le cadre et le contexte français, en la comparant à ce qui se fait habituellement en France dans la prise en charge des consommations problématiques de cannabis. Cela revenait donc à comparer dans un essai clinique randomisé la MDFT à la TAU.

Du fait de la non-standardisation des thérapies, une étude de ce qui se fait habituellement en France a été réalisée afin d'obtenir, entre autres, un manuel de TAU représentatif. Pour s'assurer de la conformité des thérapeutes à cette TAU manualisée, une supervision des thérapeutes a été mise en place. Cependant, par le simple fait de la manualisation et de la supervision, la TAU risquait de ne plus être la TAU. Nous avons donc décidé de réaliser l'étude sur trois pôles :

- la thérapie la plus couramment utilisée en France : la TAU. Dans cette thérapie, seules des compétences initiales chez les thérapeutes (psychologues et psychiatres ayant une expérience dans le domaine des addictions) seront requises. Il n'y a pas de formalisation ni de manuel de thérapie ;
- un pôle TAU dite explicitée : la *Therapy or Treatment Explicitée* (TAU^E). Ici, la thérapie est formalisée, standardisée et supervisée de façon stricte ;
- la thérapie familiale multidimensionnelle ou MDFT.

La comparaison MDFT-TAU^E permettra d'évaluer l'efficacité de la MDFT au sens « efficacy », puisque le niveau de prise en charge est comparable.

La comparaison MDFT-TAU permettra d'évaluer quant à elle l'efficacité de la MDFT au sens « efficiency », puisque la prise en charge TAU correspond à une situation « vie réelle ».

Au niveau de l'étude en elle-même, la France est le seul pays européen à proposer la comparaison de la MDFT avec deux thérapies.

2. Les différentes modalités thérapeutiques

2.1. La Therapy As Usual : TAU

La pratique thérapeutique courante ne faisant pas l'objet d'un manuel précis, chaque pays a décrit sa TAU lors d'une réunion européenne. Cette description a été réalisée par chaque thérapeute pratiquant dans les centres participant à l'étude. Il est alors apparu que dans les quatre autres pays que la France participant au protocole, chaque TAU était différente. Par exemple, en Hollande, la TAU est largement inspirée par les techniques cognitivocomportementales, tandis que pour l'Allemagne, elle est issue des thérapies systémiques. Il a alors été décidé que chaque pays comparerait la MDFT à sa propre TAU. Cette procédure offrira l'avantage de comparer la MDFT à plusieurs formes de thérapies.

En France, il n'existe pas de thérapie codifiée. Pour définir la TAU française, il a fallu se référer aux pratiques thérapeutiques les plus usitées dans les centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST). Une conférence a alors été organisée, à l'issue de laquelle sont apparus les éléments suivants :

- les modes de prise en charge sont hétérogènes selon les centres ;
- toutefois, il existe un certain nombre de points communs, notamment :
 - la réalisation d'un bilan complet, celui-ci pouvant s'avérer en lui-même thérapeutique,
 - les thérapies s'inspirent très souvent des entretiens motivationnels et du modèle analytique ;
- dans les faits, il existerait une prise en charge minimale, avec une fréquence des entretiens peu élevée, sans supervision des thérapeutes et sans codification ou explicitation de la thérapie (entretiens centrés sur les notions de bilan et d'écoute) ;
- une prise en charge plus intensive, avec supervision personnelle et tentative de modélisation de la pratique clinique (entretiens motivationnels et thérapie inspirée de la prise en charge analytique classique).

La TAU reflète la prise en charge minimale dans les CSST français. Dans l'ensemble, cette pratique est assez hétérogène ; toutefois, certains axes semblent se dégager. Tout d'abord, concernant la formation initiale des thérapeutes, les thérapeutes TAU français du protocole INCANT sont des psychologues ou psychiatres qui justifient d'une expérience dans le domaine des addictions. En pratique, ce sont des thérapeutes travaillant depuis plusieurs années en CSST auprès de patients présentant une conduite addictive. Ensuite, ces thérapeutes réalisent des entretiens de bilan de consommation de substances. Il s'agit de faire le point avec l'adolescent et sa famille sur la consommation et les répercussions de cette dernière. En outre, une part importante de la thérapie est centrée sur l'écoute. Enfin, il n'y a pas de supervision de la pratique clinique. En revanche, des réunions institutionnelles sont organisées avec l'équipe afin de réaliser un bilan clinique de la situation des patients.

2.2. La Therapy As Usual Explicitée : TAU^E

La TAU doit, par définition, représenter autant que possible ce qui se fait dans les « Consultations Jeunes Usagers et autres psychostimulants », initiées par la MILDT en 2005–2006. Afin de définir la TAU et de rédiger le manuel de TAU^E, des professionnels exerçant au sein de ces consultations ont été interviewés sur divers thèmes (accueil des adolescents, premiers entretiens, suivi et prise en charge, orientations proposées à l'adolescent, formation des thérapeutes). Le choix de ces consultations s'est effectué avec l'objectif de prendre en compte différentes implantations géographiques et structures de rattachement (CSST, milieu hospitalier, etc.) tout en s'assurant de l'existence d'une file active correspondante à la population du protocole INCANT (13–18 ans). Plus précisément, cette investigation s'est effectuée sur dix sites, cinq situés dans la région Île-de-France, et cinq situés en province. Chaque entretien a été enregistré puis retranscrit, afin d'effectuer ensuite des analyses et des comparaisons. Il en ressort que, bien que les modes de prise en charge soient hétérogènes, certains axes semblent se dégager, tant sur les procédures que sur l'évolution du suivi. Ainsi, un manuel de TAU^E a pu être rédigé à partir des informations recueillies, avec le souci d'être le plus représentatif possible.

La TAU^E présente des modalités spécifiques lui permettant d'être quantifiable et comparable à la MDFT¹ :

- l'adolescent est reçu seul par le thérapeute (psychologue ou psychiatre) au rythme d'une fois par semaine (le rythme pouvant être modifié après six mois de suivi) ;
- les parents sont vus lors du premier entretien, en présence de l'adolescent. Par la suite, ils peuvent être reçus pour rappeler le cadre de départ (suivi centré sur l'adolescent). Il n'y a pas d'entretiens familiaux possibles ;
- en lien avec le suivi thérapeutique, un accompagnement socioéducatif peut être mis en place entre l'adolescent et le travailleur social ;
- le thérapeute peut être amené à orienter l'adolescent vers un médecin psychiatre pour un traitement médicamenteux ;
- les thérapeutes sont supervisés sur leur pratique clinique de façon hebdomadaire ;
- des entretiens sont filmés tout au long de la recherche.

Trois phases se dégagent au cours de la prise en charge TAU^E. Elles se succèdent dans un ordre relativement fixe, mais avec une importance variable accordée à chacune d'entre elles selon l'évolution du suivi. La première phase est consacrée à la construction de l'alliance thérapeutique. Cette première phase, de quelques entretiens (un mois), consiste en une évaluation des consommations de l'adolescent, sa personnalité, ses relations familiales et son environnement. L'écoute active telle que l'ont décrite Carl Rogers et Farson en 1979 [15] est la technique d'entretien essentiellement utilisée dans cette première phase. La deuxième phase est une aide à l'autoévaluation. Cette dernière a deux objectifs : aider l'adolescent à autoévaluer la gestion de sa consommation de cannabis et les impacts de celle-ci sur son environnement ; et renforcer la motivation aux changements de l'adolescent. Le déroulement de la phase d'autoévaluation répond à différentes techniques thérapeutiques qui vont s'intriquer dans les différents entretiens : les stratégies motivationnelles, les techniques cognitivocomportementales et les éléments psychodynamiques.

L'engagement de l'adolescent dans cette réflexion va lui permettre une meilleure compréhension de la fonction du cannabis dans sa vie quotidienne. Ainsi, le thérapeute pourra travailler directement sur l'ambivalence du jeune quant à son désir

¹ Lascaux, Couteron, Bouthillon-Heitzmann, Phan (sous presse).

de changement, caractéristique à l'adolescence. Au fur et à mesure de l'avancement de la motivation au changement de sa consommation, soit de l'ordre de la diminution, soit de l'ordre de l'arrêt, l'adolescent va être invité à expérimenter de nouveaux comportements (expériences, essais, stratégies de *coping*) pour la gestion de sa consommation. La troisième phase de la thérapie aura pour but d'amorcer la prise en acte de ces nouvelles compétences, de poursuivre un travail psychothérapeutique et de faire un bilan à six mois de thérapie avec une mise en perspective pour la suite. En effet, à ce stade, le thérapeute est en mesure de proposer, en fonction des éléments acquis lors des deux précédentes phases, des pistes de réflexion. Cependant, la poursuite de la thérapie dépend avant tout de la demande faite par l'adolescent.

2.3. La MultiDimensional Family Therapy : MDFT

L'approche MDFT est un protocole de soins fondé sur un certain nombre de principes, en particulier l'hypothèse selon laquelle la prise de drogue chez l'adolescent est un phénomène multidimensionnel. Il inclut un certain nombre de variables comme la personnalité de l'adolescent, la famille, l'environnement, ainsi que les interactions entre ces différentes variables. La littérature a par ailleurs mis en évidence l'existence de facteurs protecteurs à la consommation de substances psychoactives [8]. En prenant en compte cette notion de facteurs déclenchants et de facteurs protecteurs, la MDFT va se centrer sur quatre composantes :

- les caractéristiques personnelles de l'adolescent, et notamment son positionnement par rapport aux produits (perception de la dangerosité, vécu émotionnel, comportement vis-à-vis des consommations) ;
- les parents (représentations des drogues, mesures prises à l'encontre de la consommation) ;
- les interactions familiales ;
- les autres sources d'influence, comme le milieu scolaire, éventuellement le système judiciaire.

La thérapie se déroule en trois étapes : la construction des fondations du processus thérapeutique, la demande de changement, et enfin la consolidation des progrès. L'idée principale est d'avoir un impact direct sur les facteurs de risque et de protection pour parvenir à un arrêt de la consommation. L'objectif est d'essayer de rétablir un processus normal de développement. L'action thérapeutique se fait à différents niveaux : personnel, familial et extrafamilial. L'adolescent doit acquérir un certain nombre de compétences, comme repérer, voire éviter tout ce qui conduit à la consommation, développer des activités en dehors du contexte d'usage, essayer de gérer ses émotions. Vis-à-vis des parents, l'objectif est de les aider face aux démarches qu'ils auront à faire pour soutenir leur enfant. Il s'agit aussi d'obtenir une alliance thérapeutique avec les parents. Au niveau des relations intrafamiliales, la prise en charge consiste dans le repérage des attitudes dysfonctionnelles pour pouvoir les aborder et éventuellement les traiter².

Comparativement à la TAU^E, le volume horaire concernant la prise en charge du patient en consultation est identique. La TAU^E consiste en une séance hebdomadaire d'une heure, avec, le plus souvent, l'adolescent, et parfois les parents. La MDFT comporte en moyenne trois sessions hebdomadaires réparties de la manière suivante :

- une session de consultation MDFT d'une heure, où sont rencontrés le patient et sa famille (séparément et/ou ensemble) ;

- deux contacts téléphoniques avec le thérapeute et/ou le travailleur social. Ces contacts téléphoniques sont une spécificité de la MDFT, et ne s'intègrent pas dans la prise en charge classique d'inspiration analytique en face à face (TAU).

Les pratiques de traitement classiques en Europe se résument souvent à des sessions conduites par le thérapeute avec l'adolescent et quelquefois avec la famille. Ces sessions sont limitées dans l'espace (cabinet du thérapeute) et espacées dans le temps (au mieux avec une fréquence hebdomadaire). À l'inverse, la MDFT propose une pratique à la fois plus fréquente (plusieurs contacts par semaine), et plus souple, incluant par exemple des visites à domicile, des contacts téléphoniques, des contacts avec l'école, avec les pairs...

Le **Tableau 1** permet de rendre compte des caractéristiques des différentes thérapies évaluées dans le protocole.

3. Méthodologie

3.1. Hypothèses

Dans ce protocole de recherche, nous suivons l'hypothèse générale que la MDFT serait plus efficace que la TAU et la TAU^E chez des adolescents présentant un abus ou une dépendance au cannabis.

3.2. Sujets

L'échantillon clinique de l'étude doit comporter idéalement 150 adolescents, âgés de 13 à 18 ans, pour la France. Ces derniers doivent présenter un diagnostic d'abus ou de dépendance au cannabis, et avoir au moins un parent (ou représentant légal) acceptant de participer à la thérapie et à l'étude. À noter que l'abus d'autres substances psychoactives, les troubles du comportement et/ou les troubles psychiatriques, souvent associés à la consommation de cannabis, ne constituent pas un critère d'exclusion.

3.3. Lieux de la recherche

En France, les adolescents et leurs parents sont recrutés au sein de deux centres spécialisés dans les addictions aux substances psychoactives et offrant une Consultation Jeunes Usagers selon le protocole de la MILDT : le centre émergence espace Tolbiac, rattaché à l'institut mutualiste Montsouris (Paris, XIII^e arrondissement), et le CSST-centre départemental d'aide aux toxicomanes (CEDAT) de Mantes-la-Jolie qui dépend de l'hôpital Mignot de Versailles.

3.4. Instruments d'évaluation

Les outils sont communs aux cinq pays européens participant à ce protocole de recherche.

3.4.1. Intake Interview

L'*Intake Interview* (CTRADA, 1998) sera proposé à l'adolescent et à ses parents séparément. Cet hétéroquestionnaire, d'une vingtaine de minutes, permet de recueillir des données sociodémographiques, mais aussi des informations sur l'histoire du jeune, la composition familiale, la consommation de drogues, les pathologies psychiatriques dans la famille, les antécédents avec la justice, le parcours de soin, les problèmes scolaires, la relation avec les pairs.

Il existe une version spécifique à l'adolescent et une spécifique aux parents.

² Phan, Bonnaire, Bastard, Jouanne (sous presse).

Tableau 1
Récapitulatif des caractéristiques des thérapies.

	TAU	TAU ^E	MDFT
Manuel	Non	Oui	Oui
Formation initiale des thérapeutes spécifique à l'étude	Non	Oui	Oui
Bilan de consommation de substances	Oui	Oui	Oui
Réunions institutionnelles	Oui	Oui	Oui
Supervision clinique différée	Non	Oui	Oui
Supervision en directe	Non	Non	Oui
Rythme des consultations	Représentatif, fixé à 1 fois/semaine	Au moins une fois par semaine ou plus si besoin	1 fois/semaine
Appels téléphoniques	Libre appréciation du thérapeute	Non	2 fois/semaine

TAU : *Therapy As Usual* ; TAU^E : *Therapy As Usual Explicitée* ; MDFT : *MultiDimensional Family Therapy*.

3.4.2. Données sociodémographiques

Un formulaire ad hoc permettra le recueil de différentes données utiles pour cette étude : caractéristiques démographiques, âge, nationalité, situation familiale, nombre d'enfants (pour les parents), données scolaires et professionnelles, parcours scolaire, universitaire, profession actuelle, informations médicales, antécédents personnels médicaux, recueil des traitements médicamenteux. Ce questionnaire sera complémentaire de l'administration de l'*Intake Interview*.

3.4.3. Timeline Follow-Back method (TLFB)

Le *Timeline Follow-Back method* : TLFB [3,4,19] est un entretien structuré permettant de mesurer l'évolution de la consommation du jeune dans le temps. Il recueille des informations sur les substances consommées et la quantité utilisée au jour le jour de cannabis et d'alcool. Ce test présente de bonnes qualités psychométriques [5,10,16].

3.4.4. Analyse d'urine

Des échantillons d'urine sont analysés pour vérifier la présence de cannabis. Une analyse semi-quantitative de cannabis dans les urines est aussi réalisée à l'inclusion et à six et 12 mois.

3.4.5. Adolescent Diagnostic Interview-Light (ADI-Light)

L'ADI-Light [21] est un entretien structuré évaluant les consommations de substances à l'adolescence, en fonction des critères du DSM-IV-TR.

3.4.6. Inventaire des expériences personnelles (PEI)

Le PEI [20] est un autoquestionnaire qui évalue la sévérité de la consommation de drogues et les problèmes qui y sont associés. Ce questionnaire présente de bonnes qualités psychométriques [22] et il est sensible au changement [17].

3.4.7. Youth Self-Report (YSR)

Cet autoquestionnaire abrégé permet à l'adolescent de faire le point sur les troubles du comportements et les éventuels troubles psychotiques. Le YSR présente de bonnes qualités psychométriques [1].

3.4.8. Child Behavioral Checklist (CBCL)

Le CBCL [1] est la version « parent » du YSR. Il permet de mettre en évidence les éventuels troubles du comportement et des compétences sociales chez l'adolescent. Nous utilisons trois échelles de caractéristiques sociales : l'Échelle d'Activités (capacité à participer à des activités), l'Échelle Sociale (capacité à entrer en contact avec des amis), et l'Échelle Scolaire (mesure de la performance scolaire).

3.4.9. Adolescent Depression Rating Scale (ADRS)

L'ADRS [11,12] permet d'évaluer la présence et la sévérité d'un état dépressif chez l'adolescent âgé de 13 à 20 ans. Cet outil a été construit de manière à évaluer trois domaines : émotionnel (irritabilité, tristesse, perception négative de soi-même et idées suicidaires) ; non émotionnel (ralentissement mental, problèmes

Tableau 2
Récapitulatif des évaluations E0 à E12.

	Parents					Adolescent				
	E0	E3	E6	E9	E12	E0	E3	E6	E9	E12
<i>Consommation de cannabis</i>										
ADI-Light						X				
Intake Interview	X		X		X	X		X		X
TLFB						X	X	X	X	X
Analyse d'urine						X		X		X
<i>Comportement social et scolaire</i>										
CBCL	X		X		X					
YSR	X		X		X	X		X		X
PEI						X		X		X
<i>Comorbidités psychiatriques</i>										
ADRS						X				X
<i>Satisfaction de la thérapie</i>										
SS			X		X			X		X

ADI-Light : *Adolescent Diagnostic Interview-Light* ; TLFB : *Timeline Follow-Back method* ; CBCL : *Child Behavioral Checklist* ; YSR : *Youth Self-Report* ; PEI : inventaire des expériences personnelles ; ADRS : *Adolescent Depression Rating Scale* ; SS : échelle de satisfaction.

de sommeil) ; manifestations cliniques (interactions à l'école, relations sociales, scolarité). Cette échelle a été validée en France sur 400 adolescents et présente des qualités psychométriques satisfaisantes [13].

3.4.10. Échelle de satisfaction (SS)

La SS [2] est proposée à l'évaluation à six mois, pour évaluer la satisfaction de l'adolescent, du parent et du thérapeute quant aux résultats du traitement. La SS est un autoquestionnaire qui comporte quatre dimensions :

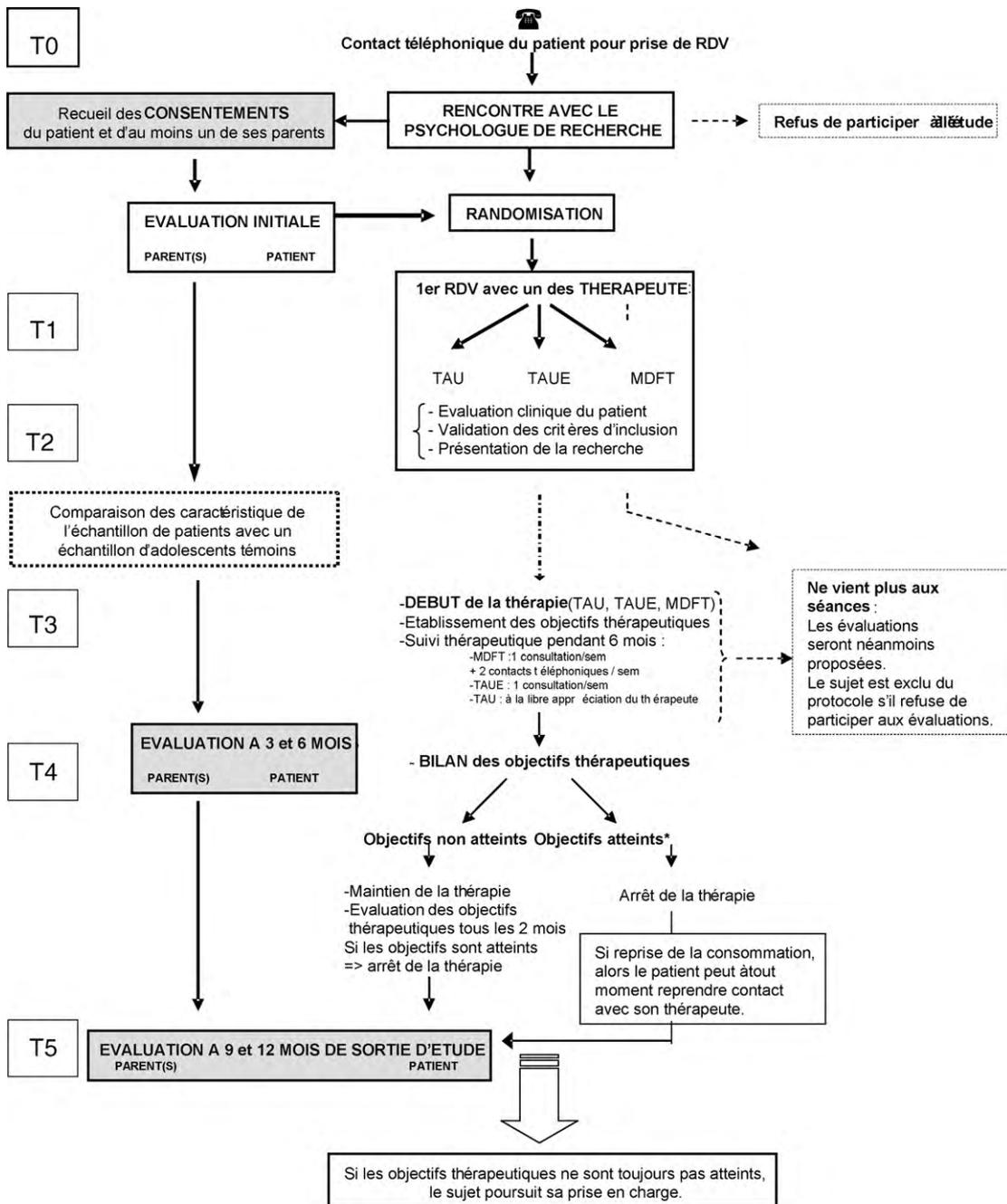
- satisfaction et accès au traitement ;

- processus de traitement de l'adolescent et relations avec le thérapeute ;
- amélioration du fonctionnement familial ;
- satisfaction globale.

La SS présente de bonnes qualités psychométriques [7]. Le **Tableau 2** permet d'avoir un aperçu global des différentes évaluations effectuées.

3.4.11. Procédure

Dans le cadre d'une demande de prise en charge, le patient (ou ses parents) prend contact avec l'un des deux centres recruteurs.



* L'objectif thérapeutique est considéré comme atteint quand l'adolescent n'a pas consommé de cannabis pendant un mois

Fig. 1. Schéma procédure.

Tout patient âgé de 13 à 18 ans faisant la demande d'une « consultation cannabis » est reçu par la psychologue de recherche.

Après avoir vérifié les critères d'inclusion, celle-ci présente l'étude au patient et à sa famille. S'ils le souhaitent, ceux-ci peuvent disposer d'un temps de réflexion et donner leur réponse lors d'un second rendez-vous avec la psychologue de recherche. Après lecture de la fiche d'information et signature des consentements, la famille est incluse dans l'étude, randomisée, et se voit attribuer l'une des trois thérapies. La procédure de randomisation est imposée par le protocole européen. La procédure utilisée est la « Randomisation par l'Urne » [23]. Cette procédure permet l'équilibre entre les conditions de traitements pour trois variables d'évaluation : âge, genre et degré de consommation de cannabis. Elle est effectuée par la psychologue de recherche, par l'intermédiaire d'un programme disponible sur le site Internet de l'étude : <http://www.incant.eu/>.

Le patient et sa famille rencontrent ensuite le thérapeute pratiquant la méthode thérapeutique qui leur a été attribuée (MDFT, TAU, ou TAU^E).

Une première évaluation est alors proposée au patient et à ses parents (évaluation initiale : E0). Après chaque évaluation, un temps de restitution est prévu pour chacun des membres de la famille avec la psychologue de recherche.

Après avoir fixé des objectifs thérapeutiques précis, le patient et sa famille suivent la thérapie qui leur a été attribuée pendant six mois. Cette thérapie consiste en :

- une consultation par semaine, plus deux contacts téléphoniques pour la MDFT ;
- une consultation par semaine pour la TAU^E ;
- est laissée à la libre appréciation du thérapeute TAU.

Au terme de ces six mois, la troisième évaluation (E6) leur est proposée. Parallèlement, du point de vue de la prise en charge :

- si les objectifs thérapeutiques ont été atteints, le patient arrête la thérapie. Il conserve à tout moment la possibilité de reprendre contact avec son thérapeute s'il rencontre de nouvelles difficultés ;
- si au terme des six mois de thérapie, les objectifs thérapeutiques n'ont pas été atteints, alors le patient continue sa prise en charge. Le thérapeute proposera un bilan clinique au patient tous les deux mois, afin d'évaluer si les objectifs thérapeutiques ont été atteints.

Trois mois après les six premiers mois de thérapie, une évaluation a lieu avec l'adolescent (E9). Un an après le début de la prise en charge, la dernière évaluation est proposée au patient et à sa famille (E12) afin de voir si les éventuels progrès qui auraient été faits pendant la thérapie sont toujours observables et si d'autres éléments de la vie du patient se sont améliorés.

Le nombre de séances de thérapie supplémentaires sera pris en compte dans cette évaluation. Au terme de la recherche, si les objectifs thérapeutiques n'ont toujours pas été atteints, alors le patient continue sa prise en charge (Fig. 1).

4. Retombées attendues et conclusion

Ce projet, soutenu par la MILDT, s'intègre dans le cadre d'un programme de soins et de prévention envers la problématique de consommation à l'adolescence.

L'objectif d'INCANT est double, il est à la fois de valider une méthode thérapeutique, dans le contexte européen et plus particulièrement français, efficace dans le champ des addictions à l'adolescence, et de développer des moyens d'évaluation des psychothérapies.

Le projet de recherche est aussi l'occasion de mieux cerner les facteurs de risque/de pérennisation, ainsi que les facteurs de protection/résilience de ces conduites addictives.

À l'heure actuelle, il n'existe aucune méthode spécifique de prise en charge des addictions. En effet, la thérapie d'inspiration analytique et la thérapie cognitivocomportementale présentent l'inconvénient de ne pas prendre en compte le patient et sa famille comme système. La thérapie familiale intègre bien cette donnée, mais n'insiste pas assez sur la prise en charge du patient seul, comme celle des parents seuls. En se centrant à la fois sur le patient, sa famille, leur relation et l'environnement, la MDFT se présente comme une méthode thérapeutique spécifique au traitement des addictions.

Les retombées de cette étude seront multiples. Les résultats seront tout d'abord mis en correspondance avec ceux obtenus dans les autres pays européens. Si l'efficacité de la MDFT, concernant la diminution de la consommation de cannabis, est établie et que cette efficacité reste pertinente par rapport au surcoût que l'utilisation de la MDFT nécessite (ce que les études américaines suggèrent), alors la MDFT pourrait être implantée dans les centres de santé publique destinés au traitement des addictions.

Par ailleurs, cette étude devrait nous permettre de détailler quelles sont les dimensions qui évoluent lors d'une prise en charge thérapeutique concernant les conduites d'abus et de dépendance à l'adolescence. En effet, elle évalue l'impact de la MDFT et de la TAU sur les facteurs de risque/de pérennisation de la conduite addictive tels que les troubles psychiatriques, le fonctionnement familial, le comportement social, les performances scolaires et la régulation émotionnelle. Le fait de mieux connaître sur quoi la MDFT et la TAU sont efficaces permettra, de plus, une meilleure indication thérapeutique.

L'étude permettra également d'évaluer si la MDFT, thérapie demandant une implication importante du patient et de sa famille, sera néanmoins bien acceptée et suscitera une bonne compliance thérapeutique, comparativement à la TAU.

Enfin, cette étude nous permettra de caractériser la population des adolescents consommateurs de cannabis par rapport à des adolescents non consommateurs. Cet axe devrait apporter de meilleures connaissances du fonctionnement spécifique de ces adolescents, au niveau psychologique et social.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] Achenbach TM, Edelbrock CS. Manual for the youth self-report. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1983.
- [2] Brannan AM, Sonnichsen E, Heflinger CA. Measuring satisfaction with children's mental health services: validity and reliability of the satisfaction scales. Eval Program Plann 1996;19:131–41.
- [3] Bry BH, Conboy C, Bisgay K. Decreasing adolescent drug use and school failure: long-term effects of targeted family problem-solving training. Child Fam Behav Ther 1986;8:43–9.
- [4] Bry BH, Krinsley KE. Booster sessions and long-term effects of behavioral family therapy on adolescent substance use and school performance. J Behav Ther Exp Psychiatry 1992;23:183–9.
- [5] Carey KB. Reliability and validity of the time-line follow back interview among psychiatric outpatients: a preliminary report. Psychol Addict Behav 1997;11:26–33.
- [6] Costes JM, editor. Cannabis, données essentielles. Saint-Denis: OFDT; 2007.
- [7] Heflinger CA, Simpkins CG. Tennessee's adolescents in publicly funded treatment for substance problems: a baseline intervirex findings for TennCare beneficiaries. Nashville: Vanderbilt Institute for public Policy Studies, Center for Mental Health Policy; 2000.
- [8] Liddle HA, Hogue A. A family-based, developmental-ecological preventive intervention for high-risk adolescents. J Marital Fam Ther 2000;26:265–79.
- [9] Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond G, Barrett K, Tejada M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. Am J Drug Alcohol Abuse 2001;27:651–88.

- [10] Maisto SA, Connors GJ. Using subject and collateral reports to measure alcohol consumption. In: Litten RZ, Allen JP, editors. *Measuring alcohol consumption: psychosocial and biochemical methods*. Clifton: Humana Press; 1992. p. 73–96.
- [11] Myers K, Winters N. Ten-year review of rating scales, I: overview of scale functioning, psychometric properties, and selection. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:114–22.
- [12] Myers K, Winters N. Ten-year review of rating scales, II: scales for internalizing disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:634–59.
- [13] Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The adolescent depression rating scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry* 2007;7(2).
- [14] Rieger H. *Cannabis: prevention and treatment in youth*. Utrecht: Trimbo Institute; 2006.
- [15] Rogers C, Farson R. Active listening. In: Kolb D, Rubin I, MacIntyre J, editors. *Organizational psychology*. 3rd ed., New Jersey: Prentice Hall; 1979.
- [16] Sobell L, Sobell MB. Timeline follow-back: a technique for assessing self reported alcohol consumption. In: Litten RZ, Allen JP, editors. *Measuring alcohol consumption: psychosocial and biochemical methods*. Clifton: Humana Press; 1992. p. 41–72.
- [17] Stinchfield R, Winters KC. Measuring change in adolescent drug misuse with the personal experience inventory (PEI). *Subst Use Misuse* 1997;32:63–76.
- [18] Von Sydow K, Lieb R, Pfister H, Hoffler M, Wittchen HU. Use, abuse and dependence of ecstasy and related drugs in adolescents and young adults – a transient phenomena? Results from a longitudinal community study. *Drug Alcohol Depend* 2002;66:147–59.
- [19] Waldron HB, Slesnick N, Brody JL, Turner CW, Peterson TR. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:802–13.
- [20] Winters KC, Henly GA. *Personal experience inventory and manual*. Los Angeles: Western Psychological Services; 1989.
- [21] Winters KC, Henly GA. *Adolescent diagnostic interview schedule and manual*. Los Angeles: Western Psychological Services; 1993.
- [22] Winters K, Latimer W, Stinchfield R, Egan E. Measuring adolescent drug abuse and psychosocial factors in four ethnic groups of drug-abusing boys. *Exp Clin Psychopharmacol* 2004;12:227–36.
- [23] Stout RL, Wirtz PW, Carbonari JP, Del Boca FK. Ensuring balanced distribution of prognostic factors in treatment outcome research. *J Stud Alcohol* 1994;Suppl. 12:70–5.