

EVALUATION D'UNE THÉRAPIE SYSTÉMIQUE À PARTIR DE L'ÉTUDE INCANT

Comparaison d'une prise en charge habituelle d'adolescent(e)s consommateurs problématiques de cannabis avec la « Thérapie Familiale Multidimensionnelle » (MDFT)
Patrick Spapen *et al.*

Médecine & Hygiène | *Thérapie Familiale*

**2013/2 - Vol. 34
pages 195 à 214**

ISSN 0250-4952

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2013-2-page-195.htm>

Pour citer cet article :

Spapen Patrick *et al.*, « Evaluation d'une thérapie systémique à partir de l'étude INCANT » Comparaison d'une prise en charge habituelle d'adolescent(e)s consommateurs problématiques de cannabis avec la « Thérapie Familiale Multidimensionnelle » (MDFT),
Thérapie Familiale, 2013/2 Vol. 34, p. 195-214. DOI : 10.3917/TF.132.0195

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Evaluation d'une thérapie systémique à partir de l'étude INCANT

Comparaison d'une prise en charge habituelle d'adolescent(e)s consommateurs problématiques de cannabis avec la « Thérapie Familiale Multidimensionnelle » (MDFT)

Patrick Spapen Psychologue, thérapeute familial, formateur MDFT

Tatiana Angelidis Psychologue, chercheuse, thérapeute familiale et MDFT

Valérie Antoniali Psychologue, thérapeute cognitivo-comportementale et MDFT

Kris Van Gerwen Infirmière psychiatrique, thérapeute familiale, formatrice MDFT

Isy Pelc Psychiatre, coordinateur du projet

Paul Verbanck Psychiatre, chef du service

Résumé

Evaluation d'une thérapie systémique à partir de l'étude INCANT: comparaison d'une prise en charge habituelle d'adolescent(e)s consommateurs problématiques de cannabis avec la « Thérapie Familiale Multidimensionnelle » (MDFT). – Le modèle intégratif systémique de la MDFT est comparé à une thérapie cognitivo-comportementale dans une étude avec randomisation aléatoire - étude INCANT, impliquant plusieurs pays européens. Le contexte, la méthodologie, les résultats de l'étude pour la Belgique et ses implications cliniques sont présentés et discutés après une brève présentation du modèle.

Introduction

L'étude INCANT a été réalisée à l'initiative du «Five-Countries Action Plan for Cannabis Research (APCR)», plan adopté en 2003 par les représentants des ministres de la Santé d'Allemagne, Belgique, France, Pays-Bas et Suisse. L'APCR a souligné le besoin d'une étude pour évaluer les traitements des jeunes qui

abusent de cannabis. Le traitement sélectionné a été la « Multidimensional Family Therapy » (MDFT) développée par le Center of Treatment and Research for Adolescent Drug Abuse (CTRADA) de la Faculté de médecine de l'Université de Miami. L'équipe dirigée par le Pr H. Liddle se compose de formateurs-superviseurs, de thérapeutes et de chercheurs. Le modèle thérapeutique est en évolution depuis plus de 20 ans. Ce choix a été basé sur une revue systématique de la littérature qui a montré que la MDFT présente régulièrement des résultats très probants dans le traitement des jeunes abusant de cannabis (1-7). L'étude principale INCANT (International Cannabis Need of Treatment) a coordonné 5 sites répartis dans les différents pays engagés pour évaluer et comparer la MDFT avec une thérapie dite « as usual » (de fait des thérapies individuelles ou de groupe, d'inspiration cognitivo-comportementale ou analytique selon les pays). En tout, 450 adolescents dont 60 pour la Belgique, ont participé à l'étude coordonnée par le Pr Henk Rigter de l'université d'Amsterdam (2006-2010).

Après une brève présentation de la MDFT, nous présenterons le design de l'étude, les résultats pour la Belgique et les implications cliniques. L'ensemble des données recueillies lors de l'étude belge a été joint à celui des différents pays ayant participé à l'étude, ce qui donne lieu à diverses publications nationales et internationales dont certaines sont encore en cours (9-19)

La Thérapie Familiale Multidimensionnelle

Ce modèle systémique a pour objectif de permettre à l'adolescent de se réinscrire le plus rapidement possible dans une trajectoire développementale optimale en pouvant intervenir intensivement sur les différentes composantes de l'existence de l'adolescent¹. Il s'adresse aux adolescents présentant une consommation problématique de substances psychoactives s'accompagnant le plus souvent de divers troubles du comportement. Les méthodes d'intervention sont basées sur les données de la recherche et ciblent les processus qui maintiennent la prise de drogue et les problèmes de comportement dans les multiples environnements dans lesquels l'adolescent se développe.

Les stratégies thérapeutiques sont inspirées par la thérapie familiale notamment stratégique (Haley) et structurale (Minuchin), enrichies notamment d'éléments de TCC, de *drug counseling*. Tout au long de la thérapie, les thérapeutes sont attentifs à la manière unique dont ces processus se manifestent pour chaque famille. Le traitement consiste dans l'évaluation des facteurs de risque et de protection ainsi que la mobilisation des ressources individuelles, familiales et sociales nécessaires pour que le jeune reprenne une trajectoire développementale plus optimale. La durée de la thérapie pendant l'étude a été fixée à six mois, avec en moyenne deux entretiens par semaine tantôt à domicile, tantôt à l'hôpital, des entretiens téléphoniques, les préparations de séances. La charge de travail est en conséquence de huit situations par thérapeute à plein temps.

Quatre domaines sont abordés : l'adolescent comme individu, les parents dans leur fonction parentale, les relations familiales et le contexte extrafamilial (intervenants ressources, école, tribunal, pairs). Les entretiens se déroulent tantôt avec l'adolescent, tantôt avec les parents, tantôt avec toute la famille. Chaque

¹ Adolescent ou adolescente, ces dernières étant sous-représentées dans notre population.

entretien est préparé, le résultat recherché et la manière d'y parvenir sont réfléchis à l'avance. Cette orientation en termes de résultat permet d'organiser le travail et de penser en fonction de buts à long terme, de buts intermédiaires et d'objectifs spécifiques à chaque séance ainsi que les stratégies à développer pour atteindre ces buts. Ces éléments sont discutés en supervision ou durant les interventions en équipe.

Par exemple, un des objectifs de fin de thérapie peut être de (r) établir des relations familiales au sein desquelles le jeune peut se sentir accepté et compris par ses parents, un but intermédiaire serait d'organiser des séances où le jeune exprime à ses parents son vécu et où les parents peuvent réagir en écoutant et en manifestant leur intérêt et leur soutien, et le but d'une séance avec un adolescent peut être d'avoir son accord pour partager un peu plus de son « monde » avec ses parents. Cette approche est détaillée dans un article paru précédemment dans la revue *Thérapie familiale* (8).

Méthodologie

La MDFT a été comparée en Belgique avec le traitement habituel (thérapie « as usual », TAU) proposé par la Clinique du Cannabis. Il s'agit de consultations hebdomadaires se basant à la fois sur des techniques visant à augmenter la motivation (approche motivationnelle) et des techniques inspirées du modèle cognitivo-comportementaliste. Le traitement se focalise sur l'adolescent; toutefois, des contacts supplémentaires avec les parents sont organisés (soutien et information sur l'évolution du traitement). La durée du traitement n'est pas limitée dans le temps. Les troubles éventuels autres que ceux liés à la consommation de cannabis sont également pris en compte.

Hypothèses

L'étude de comparaison entre les deux traitements (MDFT vs TAU) visait à répondre à un ensemble d'hypothèses :

- La MDFT est-elle plus efficace qu'une prise en charge habituelle pour réduire l'usage de cannabis ?
- La MDFT est-elle plus efficace pour atténuer les facteurs de risque associés à l'abus de cannabis (autres abus de substance, symptômes anxieux, dépressifs, troubles du comportement, dysfonctionnement familial, problèmes scolaires, délinquance) ?
- La MDFT est-elle plus efficace pour retenir les adolescents dans la thérapie ?
- Quel est le coût effectif de la MDFT par rapport à une thérapie habituelle ?
- La MDFT est-elle acceptée par les jeunes, les familles et les thérapeutes ?

Design général de l'étude

Il s'agit d'une étude avec randomisation aléatoire informatisée dans l'un ou l'autre des traitements proposés, en pondérant trois variables : l'âge, le sexe et la quantité de cannabis consommée.

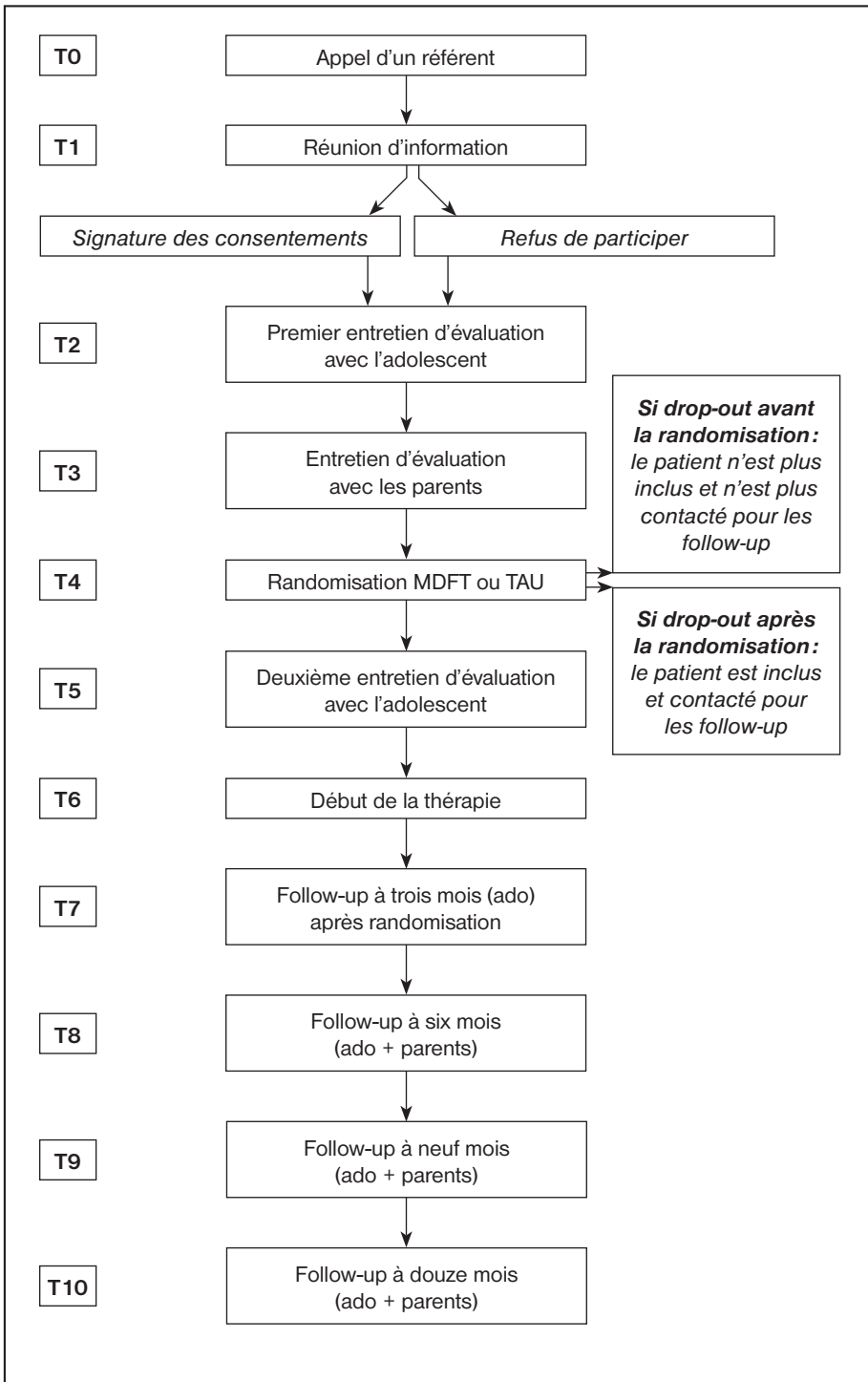


Figure 1. Design de l'étude

Critères de sélection/exclusion

La population se compose d'adolescents âgés de 13 à 18 ans qui répondent aux critères d'abus ou de dépendance au cannabis (DSM-IV) et dont un parent au moins accepte de participer au traitement. Les adolescents présentant un retard mental important ou une décompensation psychotique ou un état suicidaire aigu qui nécessiterait une hospitalisation ont été exclus de l'étude.

Echelles et outils d'évaluation

Le tableau 1 reprend l'ensemble des outils d'évaluation qui ont été utilisés avec les adolescents et leurs parents au début du traitement (T0), puis tous les trois mois jusqu'à 12 mois (T12) après le début du traitement (6 mois après la fin du traitement MDFT).

Ces outils donnent un aperçu de différents domaines significatifs de la vie d'un(e) adolescent(e).

Tableau 1. Présentation des échelles selon le temps

	ADOLESCENT					PARENT				
	T0	T3	T6	T9	T12	T0	T3	T6	T9	T12
Consommations de cannabis										
ADI-Light	+				+					
Intake Interview	+		+		+	+		+		+
TLFB	+	+	+	+	+					
Test d'urine	+	+	+	+	+					
Comportement social et scolaire										
CBCL*						+		+		+
YSR	+		+		+					
PEI	+		+	+	+					
Fonctionnement familial										
FES	+		+	+	+	+		+		+
Événements de vie										
Life Events Scale	+				+					
PBI	+				+	+				+
Satisfaction de la thérapie										
SS			+					+		

* Le CBCL est l'équivalent du YSR pour les parents. Par conséquent, le CBCL n'est administré qu'aux parents (et pas aux jeunes) et le YSR n'est proposé qu'aux jeunes et pas aux parents.

Voici une description de chacune des échelles utilisées :

- **Adolescent Diagnostic Interview-Light** (ADI-Light; Winters et Henly, 1993). Le ADI-L est un entretien structuré évaluant les consommations de substances à l'adolescence, en fonction des critères du DSM-IV. Il sera utilisé pour confirmer le diagnostic de dépendance au cannabis et déterminer la présence ou l'absence de consommation d'autres substances.
- **Adolescent and parent(s) Intake Interview**. L'Intake Interview (CTRADA, 1998) sera proposé à l'adolescent et à ses parents séparément. Ce questionnaire permet de recueillir des données sociodémographiques mais aussi des informations sur l'histoire du jeune, la composition familiale, la consommation des drogues, les pathologies psychiatriques dans la famille, les antécédents avec la justice, le parcours de soins, les problèmes scolaires et la relation avec les pairs. Il existe une version spécifique à l'adolescent et une spécifique aux parents.
- **Timeline Follow-Back-90** (TLFB-90; Bry et coll., 1986; Bry et Kinsley, 1992; Waldron et coll., 2001). Le TLFB-90 est un entretien structuré permettant de mesurer l'évolution de la consommation du jeune dans le temps. Il recueille des informations sur la quantité de cannabis consommée au jour le jour.
- **Personal Experiences Inventory** (PEI; Winters et Henly, 1989). Le PEI est un questionnaire qui évalue la sévérité de la consommation de drogues et les problèmes qui y sont associés.
- **Youth Self-Report** (YSR; Achenbach et Edelbrock, 1979; 1983). Ce questionnaire abrégé permet à l'adolescent de faire le point sur les troubles du comportement et les éventuels troubles psychotiques.
- **Child Behavior Checklist** (CBCL; Achenbach et Edelbrock, 1979, 1983). Le CBCL 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 utiliserons trois échelles de caractéristiques pro-sociales : l'Echelle d'activités (capacité à participer à des activités), l'Echelle sociale (capacité à entrer en contact avec des amis) et l'Echelle scolaire (mesure de la performance scolaire).
- **Family Environment Scale** (FES; Moos et Moos, 1986; Grotevant et Carlson, 1989). Le FES est une échelle qui évalue le fonctionnement familial avec des sous-échelles « conflits » et « cohésion ». L'échelle est proposée à l'adolescent et à ses parents
- **Life Event Scale**. Cette échelle constituée de 16 questions, permet d'évaluer les événements de vie qui ont eu lieu au sein de la famille (décès, naissance, maladie grave, déménagement, changement d'école) durant les 12 derniers mois.
- **Satisfaction scale**. Cette échelle évalue la satisfaction de l'adolescent et des parents quant aux résultats du traitement.

Résultats

Comparaison qualitative MDFT-TAU au moment de l'inclusion (T0)

Le tableau 2 présente les résultats d'une **analyse descriptive** des données de l'ensemble de la population de l'étude répartie dans les deux groupes randomisés au T0.

Tableau 2. Comparaison de la population des deux groupes (MDFT vs TAU) selon différents critères

	MDFT	TAU
Envoyeurs	Parents • juge • ado	Parents • ado • juge
Sexe	93,3% garçons	93,3% garçons
Age moyen	16,6 ans	16,7 ans
Nationalité	Belge	Belge
Origine des parents	46,6% nés à l'étranger (dont 64,3% venant d'un autre pays d'Europe)	26,7% nés à l'étranger (dont 62,5% venant d'un pays d'Afrique)
Situation familiale	50% parents divorcés	63,3% parents divorcés
Antécédents familiaux	43,3% problèmes drogues ou problèmes psychiatriques 40% problèmes juridiques	33,3% problèmes drogues ou problèmes psychiatriques 26,7% problèmes juridiques
Suivi actuel selon ado	23,3% suivi judiciaire 20% suivi psy	33,3% suivi judiciaire 13% suivi psy
Antécédents ado selon parents	66,7% suivi judiciaire 46,7% suivi psy	63,3% suivi judiciaire 30% suivi psy
Loisirs (top 5)	Ecouter musique • téléphoner • regarder TV • internet/jeux vidéo • sorties	Ecouter musique • téléphoner • internet/jeux vidéo • sorties • regarder TV
Fréquentations selon ado	58,7% amis consommant drogues 29,3% amis ayant déjà été arrêtés	76,7% amis consommant drogues 53,3% amis ayant déjà été arrêtés
Fréquentations selon parents	63,3% mauvaise influence 43,3% gentils et soutenant 36,7% ni bons ni mauvais	60% mauvaise influence 50% ni bons ni mauvais 33,3% gentils et soutenant
Scolarité selon ado	30% enseignement général 23,3% enseignement technique 20% pas scolarisé	40% enseignement technique 20% pas scolarisé 13,33% enseignement professionnel
Scolarité selon parents	63,3% beaucoup de mauvaises notes 60% renvoi ou absentéisme régulier	66,7% beaucoup de mauvaises notes 60% renvoi ou absentéisme régulier

Tableau 2. Comparaison de la population des deux groupes (MDFT vs TAU) selon différents critères (suite)

	MDFT	TAU
Travail selon ado	33,3% travail non régulier 30% travail régulier	60% travail non régulier 13,3% travail régulier
Travail selon parents	36,7% ça se passe bien 6,7% a beaucoup manqué le travail	40% ça se passe bien 20% a beaucoup manqué le travail
Source de revenu	33,3% salaire 30% argent venant de la famille 10% revenus illégaux	30% salaire 26,7% argent venant de la famille 30% revenus illégaux
Justice	43,3% ont déjà été arrêtés 0% condamnés 0% incarcérés	40% ont déjà été arrêtés 16,7% condamnés 13,3% incarcérés
Origine problèmes justice	23,3% drogues 10% violence	23,3% drogues 16,7% violence
Événements de vie	58% changement d'école	50% changement d'école

Comparaison pour les deux groupes (MDFT vs TAU) de l'évolution des résultats à différents questionnaires

Les figures 2 à 14 présentent les résultats d'une **analyse descriptive** comparant les moyennes des scores de chaque groupe au cours du temps (T0-T3-T6-T9-T12).

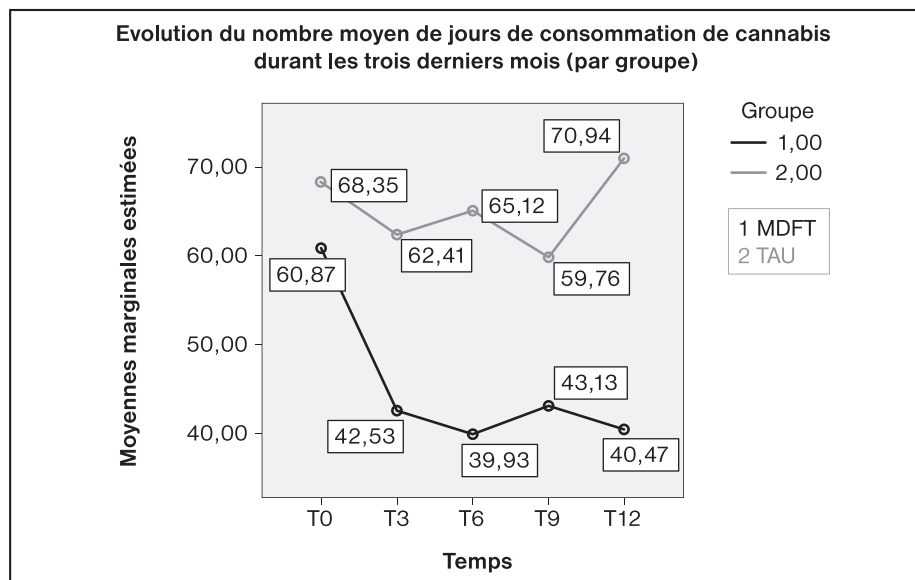


Figure 2. Evolution des résultats au Timeline Follow-Back (TLFB) pour les deux groupes

Le nombre de jours de consommation de cannabis diminue d'environ un tiers pour les adolescents MDFT. Ce résultat est statistiquement significatif. De plus, il est important de remarquer que ce résultat reste stable six mois après la fin de la thérapie (T12).

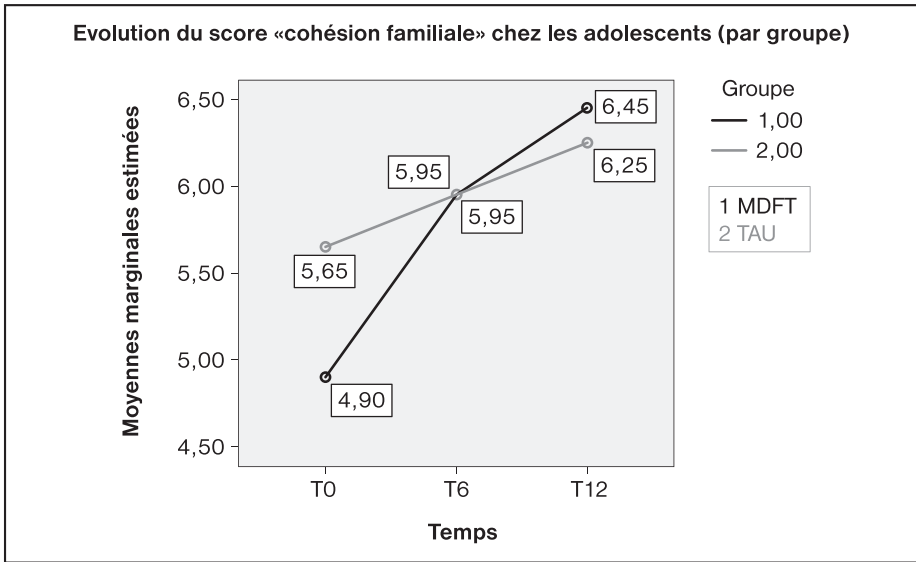


Figure 3. Evolution des résultats au FES Ado (cohésion familiale) pour les deux groupes

La perception d'une meilleure « cohésion familiale » chez les adolescents MDFT évolue de manière plus importante que chez les adolescents TAU.

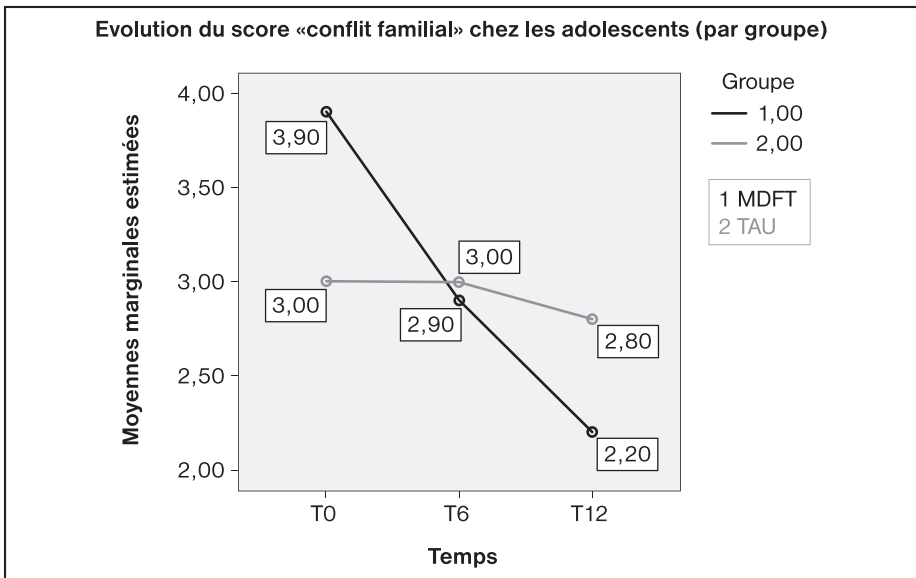


Figure 4. Evolution des résultats au FES Ado (conflit familial) pour les deux groupes

Les adolescents MDFT perçoivent moins de conflits familiaux que les adolescents TAU au cours de la thérapie.
 Les parents donnent des réponses similaires au questionnaire « conflits » et « cohésion » que leurs adolescents.

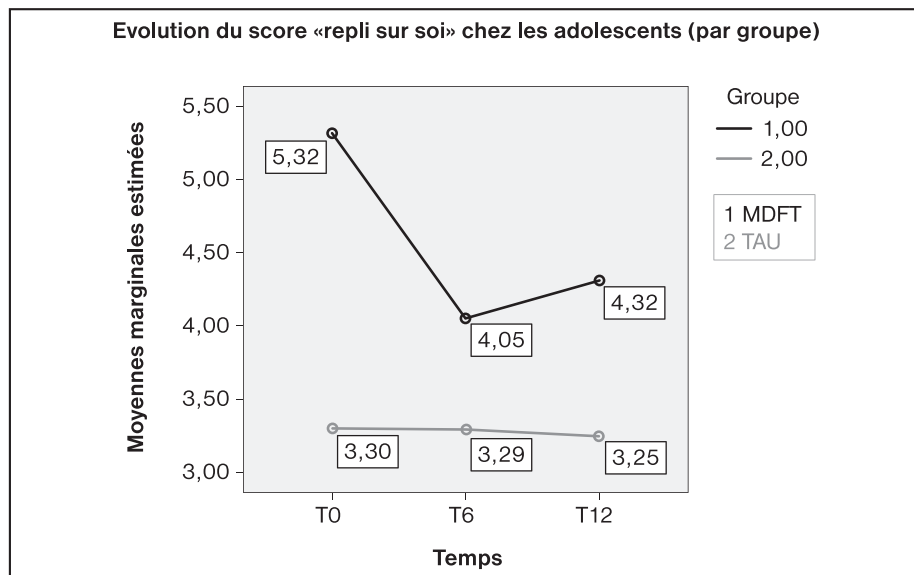


Figure 5. Evolution des résultats au YSR (repli sur soi) pour les deux groupes

Les adolescents MDFT se sentent moins repliés sur eux-mêmes après la thérapie.

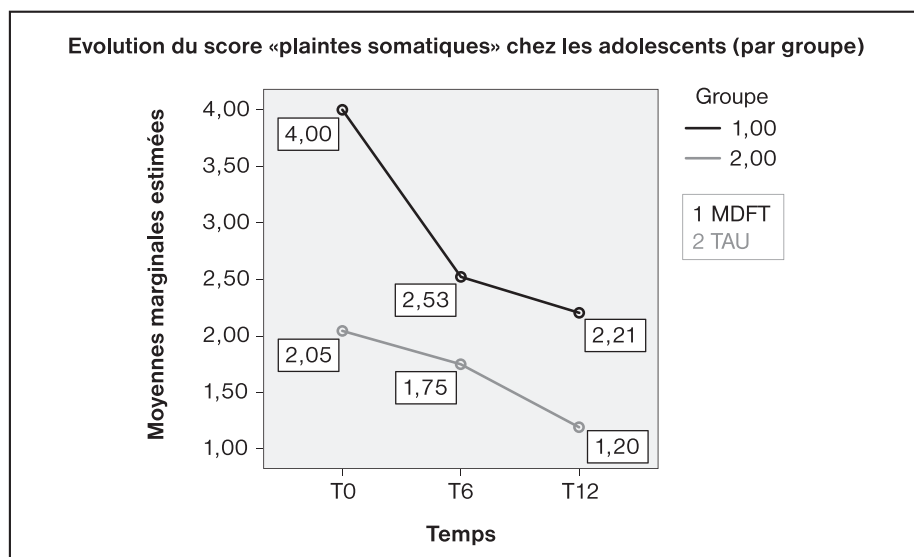


Figure 6. Evolution des résultats au YSR (plaintes somatiques) pour les deux groupes

Il y a moins de plaintes somatiques dans les deux groupes, et cette diminution est stable six mois après la fin de la thérapie MDFT.

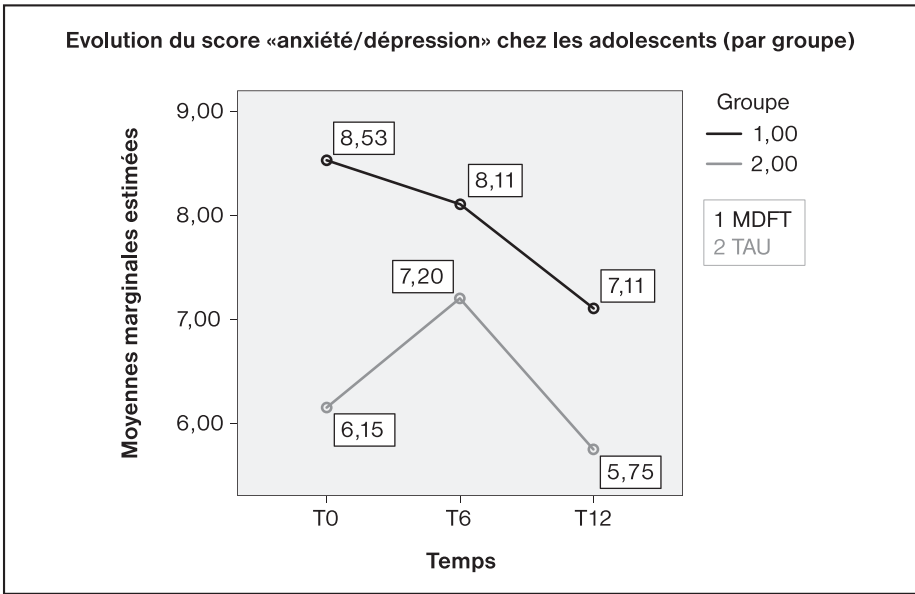


Figure 7. Evolution des résultats au YSR (anxiété/dépression) pour les deux groupes

Il y a une diminution du score «anxiété/dépression» dans les deux groupes. Ce score continue de diminuer six mois après la fin de la thérapie MDFT.

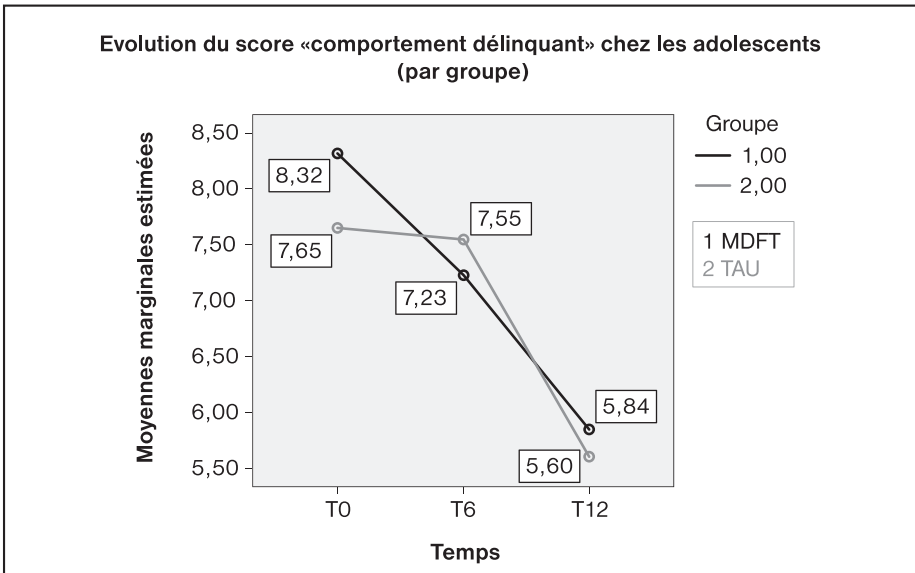


Figure 8. Evolution des résultats au YSR (comportement délinquant) pour les deux groupes

Le comportement délinquant baisse dans les deux groupes et cette diminution se prolonge six mois après la fin de la thérapie MDFT.

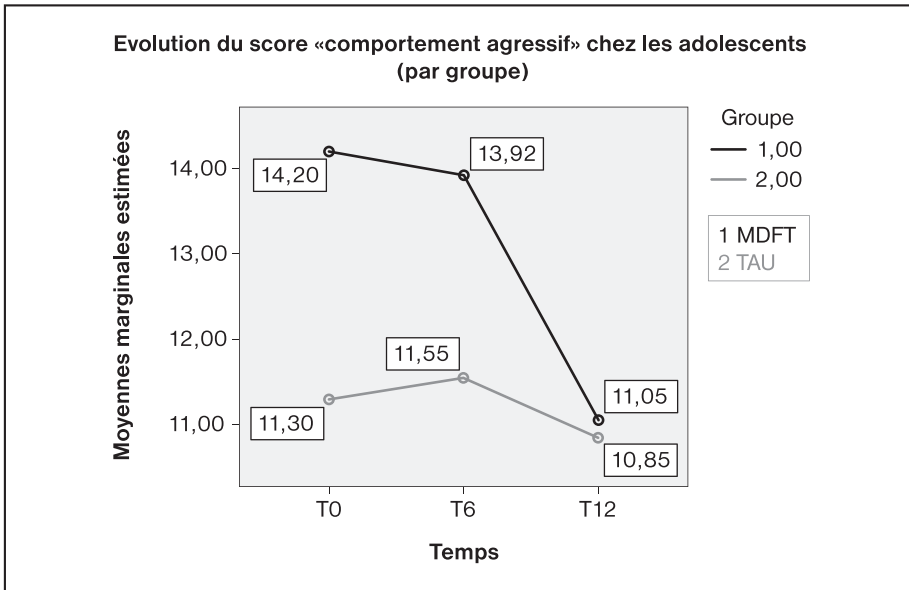


Figure 9. Evolution des résultats au YSR (comportement agressif) pour les deux groupes

La diminution du score « comportement agressif » est particulièrement sensible six mois après la fin du traitement MDFT.

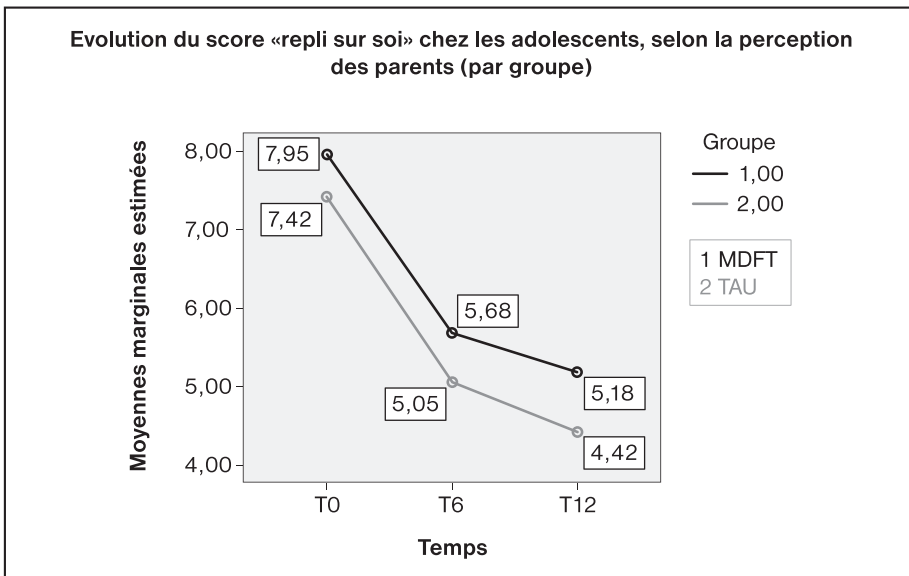


Figure 10. Evolution des résultats au CBCL (repli sur soi) pour les deux groupes

Les parents des deux groupes perçoivent leurs adolescents avec moins de « repli sur soi ».

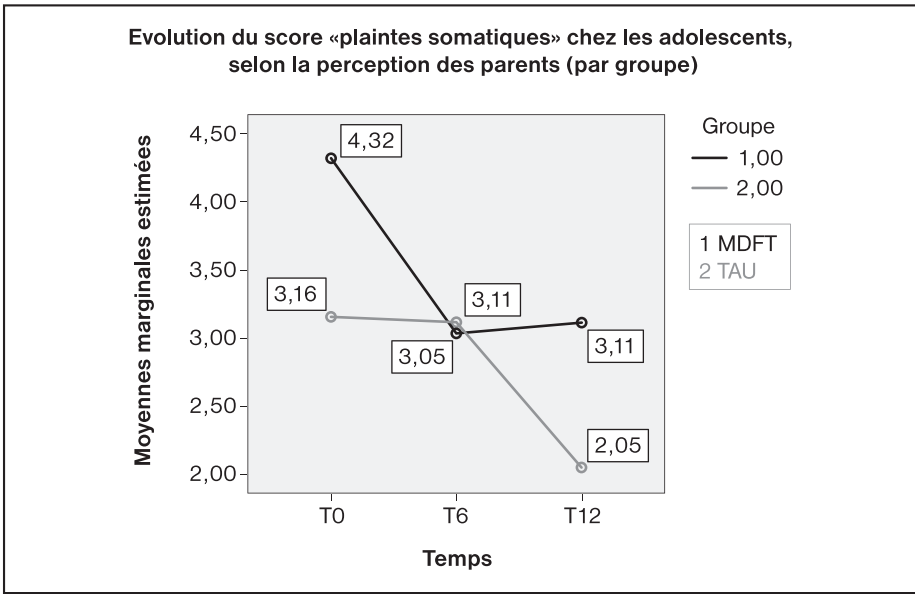


Figure 11. Evolution des résultats au CBCL (plaintes somatiques) pour les deux groupes

Les parents des deux groupes perçoivent moins de « plaintes somatiques » chez leurs adolescents.

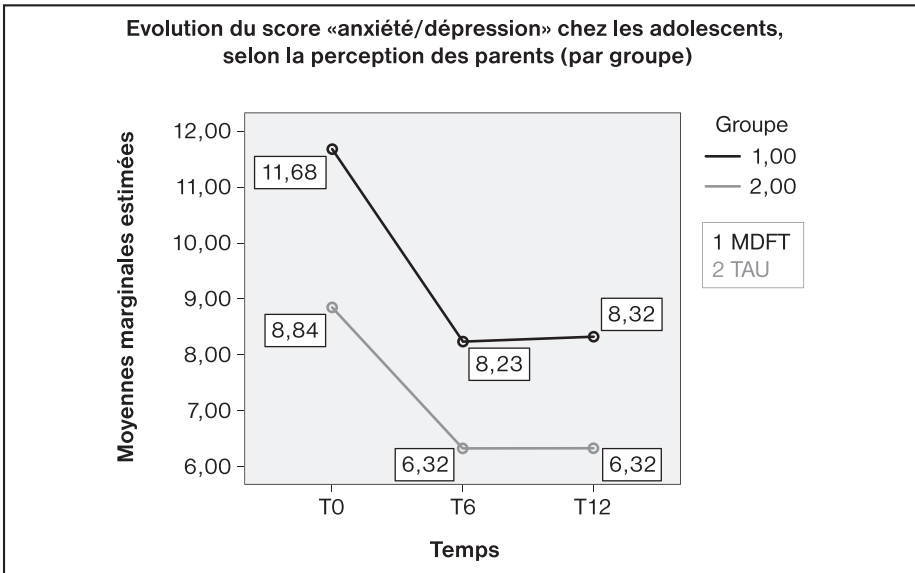


Figure 12. Evolution des résultats au CBCL (anxiété/dépression) pour les deux groupes

Les parents des deux groupes perçoivent aussi moins d'« anxiété/dépression » chez leurs adolescents.

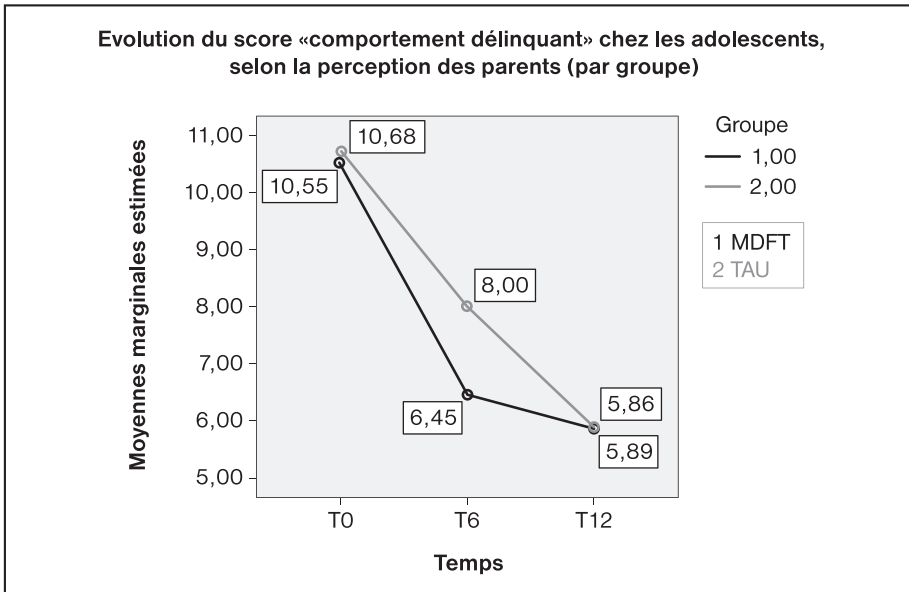


Figure 13. Evolution des résultats au CBCL (comportements délinquants) pour les deux groupes

Il y a une nette réduction du comportement délinquant chez les deux groupes, amélioration qui se poursuit six mois après la fin de la thérapie MDFT.

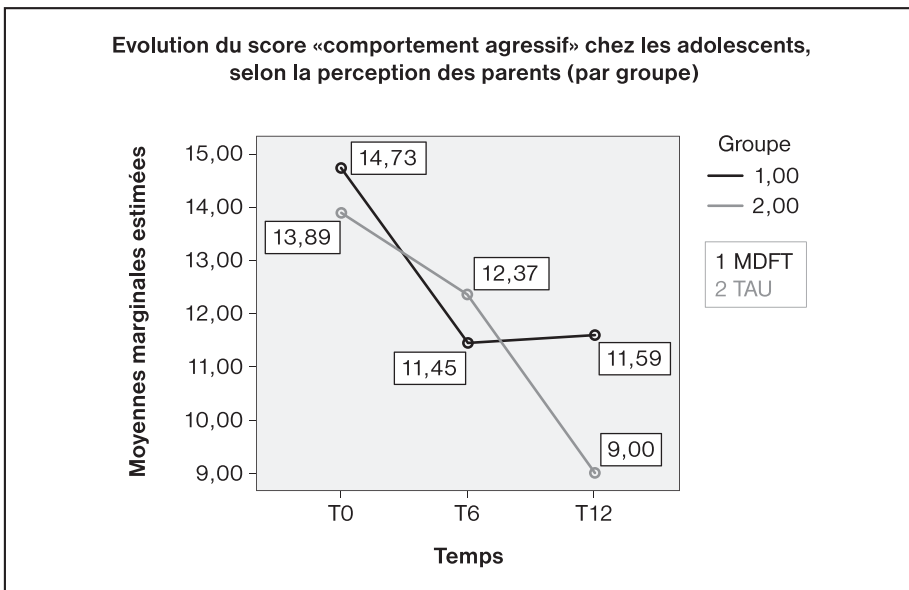


Figure 14. Evolution des résultats au CBCL (comportement agressif) pour les deux groupes

Il y a une amélioration du score pour les deux groupes, particulièrement TAU.

En ce qui concerne les loisirs, dans les deux groupes, il y a une augmentation très sensible des loisirs organisés, et ce de manière stable, également six mois après la fin de la thérapie MDFT. Pour ce qui est de la scolarité, les données recueillies ne nous permettent pas de tirer des conclusions précises, mais le nombre d'adolescents déscolarisés reste constant et tourne autour des 20%. Enfin, pour le domaine judiciaire, il y a une diminution des arrestations dans les deux groupes. Cette diminution reste stable six mois après la fin du traitement pour les adolescents MDFT.

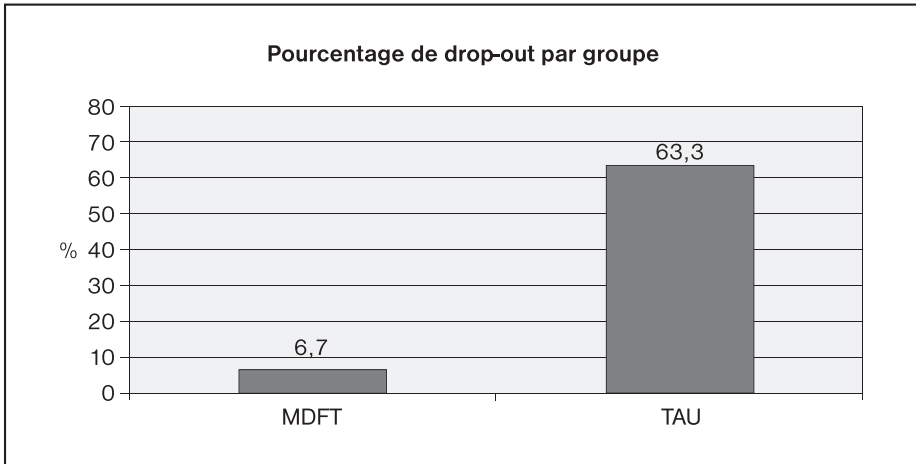


Figure 15. Compliance au traitement pour les deux groupes

Comme nous pouvons le constater sur la figure 15, il n'y a que 6,7% de drop-out (abandon) en MDFT contre 63,3% en TAU.

Ce résultat est un indicateur très discriminant entre les deux groupes. Il indique une meilleure compliance au traitement lorsque les patients sont randomisés MDFT.

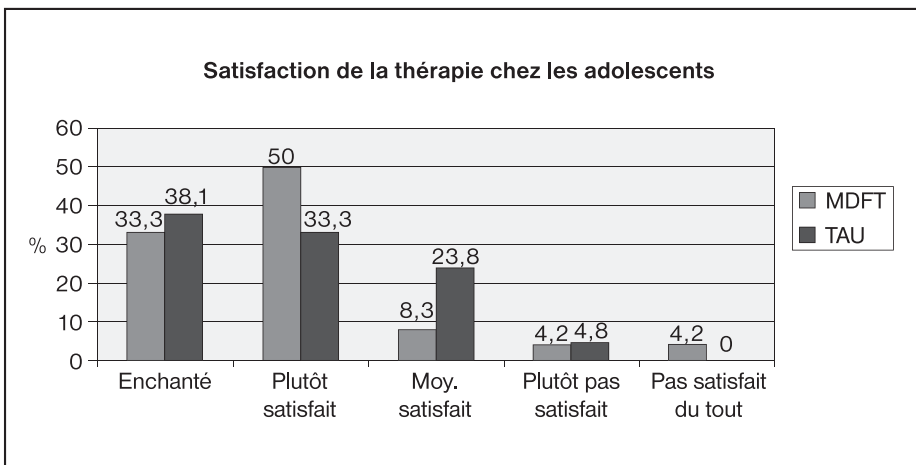


Figure 16. Satisfaction de la thérapie pour les deux groupes

L'échelle de satisfaction est proposée au cours du follow-up de six mois (FU-6).

Sur la figure 16, nous observons que parmi les patients qui ont répondu au questionnaire, 83,3% (50 + 33,3) des adolescents MDFT sont satisfaits de leur thérapie. C'est le cas pour 71,4% (38,1 + 33,3) des adolescents TAU.

Les résultats de l'échelle de satisfaction indiquent que malgré le fait que la plupart des adolescents ne sont pas demandeurs, ils arrivent à s'investir et à profiter de la thérapie qui leur est proposée.

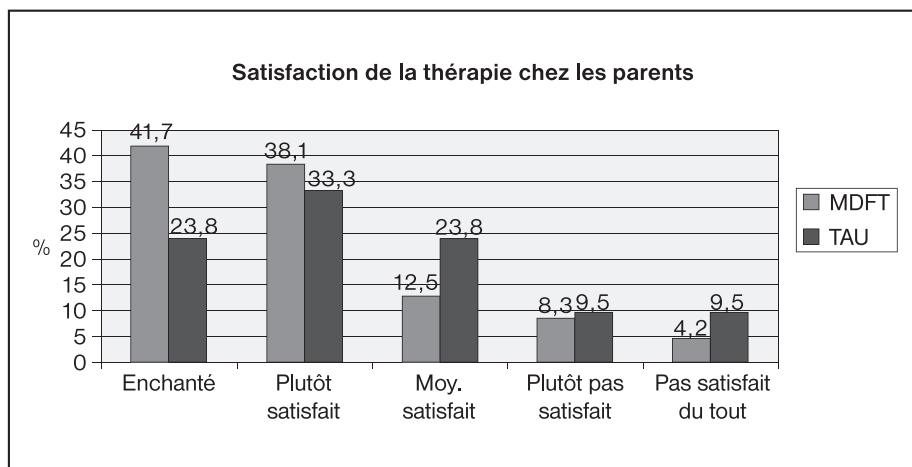


Figure 17. Satisfaction de la thérapie pour les deux groupes

Comme nous pouvons le constater (figure 17), la plupart des parents sont satisfaits de la thérapie. 79,8% des parents MDFT sont satisfaits de la prise en charge, ce qui est le cas pour 57,1% des parents TAU.

Il est important de signaler que plusieurs parents des adolescents ayant suivi la thérapie MDFT estiment que la question de satisfaction de la thérapie est réductrice. En effet, la question «de manière générale, combien êtes-vous satisfaits de l'aide que votre enfant a reçue?» n'inclut pas le fait qu'ils se soient eux-mêmes sentis aidés pour faire face aux difficultés de leur adolescent. Ainsi plusieurs parents se sont sentis obligés de répondre «moyennement satisfaits» ou «plutôt pas satisfaits» par rapport à la problématique du cannabis, alors qu'ils exprimaient une grande satisfaction par rapport à l'aide qu'ils ont reçue.

Conclusions de l'étude INCANT-Belgique

Une analyse descriptive indique dans les deux thérapies des améliorations mais avec une supériorité pour la MDFT. Les facteurs statistiquement significatifs qui distinguent les deux approches (p -valeur $\leq 0,05$) sont :

- la diminution de jours de consommation de cannabis en MDFT.
- Le taux de drop-out, 6,7% pour MDFT et 63,3% pour TAU. En effet la quasi-totalité des jeunes a pu poursuivre jusqu'au bout la thérapie MDFT, ce qui est remarquable par rapport à ce type de population.

- la perception par les parents d'une meilleure santé mentale de leur adolescent (moins de repli sur soi et de plaintes somatiques) en MDFT.

La quasi-totalité des autres variables est améliorée en MDFT de manière presque toujours supérieure à la thérapie « as usual » sans que la différence entre les deux approches soit statistiquement significative.

Parmi celles-ci, on peut remarquer la baisse d'agressivité et la réduction notable des comportements délinquants et des arrestations ainsi que l'amélioration de la cohésion familiale.

Dans les deux groupes, les jeunes pratiquent plus d'activités. En ce qui concerne l'école et l'insertion professionnelle les données sont difficilement interprétables, mais le sentiment clinique est qu'après un an, la majorité d'entre eux réussit à s'inscrire dans un projet personnel.

Enfin soulignons que 83,3% des adolescents MDFT sont satisfaits de leur thérapie, ainsi que 71,4% des adolescents TAU. En ce qui concerne les parents, 79,8% des parents MDFT sont satisfaits de la prise en charge, contre 57,1% des parents TAU.

Les réponses aux cinq questions auxquelles se proposait de répondre l'étude INCANT peuvent donc trouver une réponse en ce qui concerne l'étude belge :

- **Oui**, la MDFT est plus efficace qu'une prise en charge habituelle pour réduire la consommation de cannabis.
- **Oui**, la MDFT est efficace pour atténuer les facteurs de risque liés à l'abus de cannabis.
- **Oui**, la MDFT est beaucoup plus efficace pour engager et retenir les adolescents dans le processus de la thérapie.
- Le coût effectif de la MDFT par rapport à une thérapie habituelle reste à discuter et évaluer par INCANT Europe. Les études américaines montrent un coût plus élevé et une efficacité moindre des traitements résidentiels par rapport à la MDFT. Nous avons estimé que le coût d'une thérapie MDFT par rapport au coût des hospitalisations liées à la prise de cannabis est moindre. Nous n'avons pas évalué le coût d'une mesure de placement judiciaire, ce qui arrive régulièrement dans ce genre de situations.
L'approche « as usual » en consultation montre un haut niveau de drop-out et des résultats moindres alors qu'il s'agit déjà d'une consultation spécialisée. Il faut également chiffrer tous les rendez-vous non honorés qui sont beaucoup plus nombreux dans une approche « as usual », en tout cas lorsqu'il s'agit d'adolescents faiblement motivés, ce qui est souvent le cas.
- **Oui**, la MDFT est très bien acceptée par la grande majorité des jeunes, des familles et par les thérapeutes. Les thérapeutes ayant participé à l'étude sont satisfaits du modèle qui leur donne des outils utiles.

Implications cliniques et perspectives

Les bons résultats de l'étude en Belgique se confirment lorsque l'on collecte les données des cinq pays participants pour les adolescents les plus à risque (19). Ces résultats donnent une crédibilité et des arguments conséquents auprès des pouvoirs publics dans le développement de politique de soin en santé mentale. En effet, cette approche s'est fortement développée aux Pays-Bas où plus de 40 équipes sont formées et où le traitement, après avoir été validé par les autorités,

est remboursé par les mutuelles. En France, en Allemagne, en Belgique néerlandophone et maintenant en Finlande et en Suède, des équipes se forment au modèle. Les données des recherches montrent l'importance de l'implication de la famille dans l'aide à apporter aux enfants et aux adolescents. Plusieurs modèles systémiques «family based», dont la MDFT, montrent leur efficacité dans divers domaines. Cet apport de la recherche qui favorise le développement des thérapies familiales a nourri nos réflexions et pratiques et a accru la motivation des thérapeutes de l'équipe. En effet, en clinique, nous avons rarement du recul quant à l'efficacité de nos interventions, en tout cas de manière quantitative. Nous pouvons parfois nous réjouir quand plusieurs des situations que nous traitons semblent évoluer favorablement ou nous décourager quand c'est l'inverse. Ces résultats favorables augmentent également la confiance et l'adhésion des familles dans la thérapie. Cela nous a amené à élaborer après la fin de l'étude un outil simplifié d'évaluation quantitative en utilisant l'expérience acquise lors d'INCANT. Nous avons également mené des évaluations qualitatives en collaboration avec le Service de psychologie du développement et de la famille de l'Université Libre de Bruxelles. Même si les données recueillies ne reflètent bien sûr pas l'exacte réalité de la complexité de l'ensemble des processus en jeu, elles nous donnent néanmoins des éléments importants d'orientation clinique et permettent de mieux confronter nos théories à la réalité pour les adapter aux différents contextes cliniques rencontrés.

Correspondance :

Patrick Spapen
Laboratoire de psychologie médicale,
Alcoologie
et Addictologie de l'ULB
c/o Service de psychiatrie, CHU Brugmann
4, Place Van Gehuchten
1020 Bruxelles, Belgique
patrick.spapen@chu-brugmann.be

Bibliographie

1. Austin A.M., Macgowan M.J., Eric F., 2005. Effective Family-Based Interventions for Adolescents With Substance Use Problems : A Systematic Review Wagner. *Research on Social Work Practice*, 15, 67.
2. DFT Final Review EN 8.29.11. *Substance Abuse Mental Health Services Administration (SAMHSA) Report – Assessing the Evidence Base: MDFT.*
3. Gantner A., Spohr B., 2010. Multidimensionale Familientherapie (MDFT) in der Praxis: Therapeutische Erfahrungen mit jugendlichen Cannabisabhängigen und ihren Familien. *SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 56, 71-6.
4. Hawkins E.H., 2009. A Tale of Two Systems : Co-Occurring Mental Health and Substance Abuse Disorders Treatment for Adolescents. *Annual Review Psychology*, 60, 197-227.
5. Hendriks V., van der Schee E., Blanken P., 2011. Treatment of adolescents with cannabis use disorder : main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioural therapy in the Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119, 64-71.

6. Hendriks V., van der Schee E., Blanken P., 2012. Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: Treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*. Epub ahead of print.
7. Huey S.J., Polo A.J., 2008. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Ethnic Minority Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 1, 262-301.
8. Nielsen P., Croquette Krokak M., Phénix M., 2010. La prise en charge d'adolescents surconsommateurs de cannabis: la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT). In: Al Curdi C., Carrasco K., Savary J.F. (Eds.). *Intervention précoce*. GREA, Yverdon-les-Bains.
9. Nielsen P., Beytrison P., Croquette Krokak M., 2011. Les thérapies ordonnées par la justice pour les adolescents surconsommateurs de substances psychoactives: réflexions et expériences dans un débat d'actualité. *Cahiers critiques*, 46, 85-95.
10. Perepletchikova F., Krystal J.H., Kaufman J., 2008. Practitioner Review: Adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 11, 1131-1154.
11. Phan O., Henderson C.E., Angelidis T., Weil P., van Toorn M., Rigter R., Soria C., Rigter H., 2011. European youth care sites serve different populations of adolescents with cannabis use disorder. Baseline and referral data from the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 11, 110.
12. Rigter H., Pelc I., Phan O., et al., 2005. Report on the INCANT Study Multidimensional Family Therapy in Europe as a treatment for adolescents with cannabis use disorder and other problem behaviours. Rotterdam: Erasmus MC, Department of Public Health (www.incant.eu).
13. Rigter H., Pelc I., Tossmann P., Phan O., Grichting E., Hendriks V., Rowe C., 2010. INCANT: A transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry*, 10, 28.
14. Rigter H., Henderson C., Pelc I., Tossmann P., Phan O., Hendriks V., Schaub M., Rowe C., 2013. Multidimensional Family Therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 30, 85-93.
15. Rowe C., Rigter H., Henderson C., Gantner A., Mos K., Nielsen P., Phan O., 2013. Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial, *Journal of Substance Abuse Treatment*, In press.
16. Rowe C.L., 2012. Family Therapy for Drug Abuse: Review and Updates 2003-2010. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 1, 221-243.
17. Spapen P., Angelidis T., Antoniali V., van Gerwen K., Pelc I., Verbanck P., 2010. La thérapie familiale multidimensionnelle des adolescent(e)s dépendants du cannabis. *Thérapie familiale*, 31, 117-32.
18. Tossmann P., Jonas B., Rigter H., Gantner A., 2012. Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen. *Sucht*, 58, 3, 157-66.
19. Vaughn M.G., Howard M.O.A., 2004. Adolescent Substance Abuse Treatment: A Synthesis of Controlled Evaluations. *Research on Social Work Practice*, 14, 325.

Abstract

Assessment of a systemic therapy based on the INCANT study: comparison between a typical clinical intervention on teenagers exhibiting habitual and problematic consumption of cannabis with the «Multidimensional Family Therapy» (MDFT). – The integrative systemic model of the MDFT is compared to a cognitive behavioral therapy in a random design study – the INCANT study, which involves several European countries. The study's context, methodology, results for Belgium and clinical implications are presented and discussed after a brief introduction of the model.

Resumen

Evaluación de la terapia sistémica a partir del estudio INCANT: comparación de la terapia habitual que reciben los adolescentes consumidores problemáticos de cannabis con la «Terapia Familiar Multidimensional» (MDFT). – El modelo integradora sistémica de la MDF. se compara con una terapia cognitivo-comportamentale en un estudio aleatorio al azar – estudio INCANT, el cual implica diferentes países europeos. El contexto, la metodología, los resultados del estudio para Bélgica y sus implicaciones clínicas se presentan y, después, discuten tras una breve presentación del modelo.