

Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario

Résumé de pratique

clinique : La formation aux compétences de la thérapie comportementale dialectique (TCD) pour les jeunes qui consomment des substances psychoactives



youth
wellness
hubs

ONTARIO

carrefours
bien-être
pour les jeunes

DE L'ONTARIO

Dernière mise à jour : janvier 2026

Remerciements

Ce résumé de pratique sur la formation aux compétences de la thérapie comportementale dialectique (TCD) fournit des conseils aux cliniciens pour les aider à intégrer à leur pratique les compétences liées à la TCD. Ce résumé s'adresse aux thérapeutes, conseillères et conseillers, travailleuses sociales et travailleurs sociaux, intervenant·e·s en service social, infirmières praticiennes et infirmiers praticiens, infirmières et infirmiers diplômé·e·s et médecins ainsi qu'à l'ensemble des professionnel·le·s de la santé qui prodiguent des traitements ou fournissent un accompagnement psychologique aux jeunes âgés de 12 à 25 ans qui ont des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives et des problèmes de dépendance.

Le présent document est uniquement destiné à des fins éducatives. Il ne saurait se substituer à une formation professionnelle, aux politiques en vigueur dans les établissements ou à l'exercice du jugement clinique. Il ne fait que présenter un tour d'horizon des principes de la TCD, sans prétendre fournir le cadre nécessaire à une prestation standard et complète de cette thérapie. Il vise seulement à guider l'intégration de compétences liées à la TCD dans la pratique clinique.

En collaboration avec leurs partenaires provinciaux, les Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario (CBEJO) appuient le développement des capacités des professionnels ontariens de la santé mentale et des dépendances qui interviennent auprès d'enfants et d'adolescents. Nous adressons nos plus sincères remerciements au Comité directeur provincial pour le développement des capacités en matière de traitement de la consommation de substances psychoactives, comité qui a guidé et soutenu ce travail en assurant la collaboration intersectorielle des systèmes et leur harmonisation.

Collaborateurs au présent document :

- Victoria E. Stead, Ph. D., C. Psych., psychologue clinicienne à l'hôpital St. Joseph's Healthcare de Hamilton, professeure adjointe au département de psychiatrie et neurosciences comportementales de l'Université McMaster, et membre du corps professoral du Peter Boris Centre for Addictions Research de cette université
- Christopher Bourke, responsable de la mobilisation des connaissances, bureau provincial des CBEJO
- Leshawn Benedict, courtier de connaissances, bureau provincial des CBEJO
- Karleigh Darnay, directrice, Pratique clinique et mise en œuvre, bureau provincial des CBEJO
- Art Vijayaratham, spécialiste de l'identité de marque et du contenu, bureau provincial des CBEJO
- Abdur Willie, spécialiste de la mobilisation des jeunes, bureau provincial des CBEJO
- Waasii Hester, spécialiste de la mobilisation des jeunes, bureau provincial des CBEJO

Pour des renseignements supplémentaires sur ce document, veuillez adresser un courriel à training@ywho.ca

Référence suggérée :

Carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario. 2025. Résumé de pratique clinique : La formation aux compétences de la thérapie comportementale dialectique (TCD) pour les jeunes qui consomment des substances psychoactives . [en ligne], <https://youthhubs.ca/resources>

Table des matières

**Qu'est-ce que la thérapie
comportementale
dialectique (TCD)?.....4**

**Comment repérer les jeunes
susceptibles de bénéficier
d'une formation aux
compétences liées à la TCD5**

**Compétences liées à la TCD
et considérations relatives à
son emploi chez les jeunes6**

**Considérations pour les
séances de TCD11**

Liens et ressources14

**Appendice A :
Application des
compétences liées à la TCD15**

**Appendice B :
Modèle d'outil de suivi19**

Références.....20

Imprimé au Canada. © Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2025. Le présent document peut être reproduit librement à des fins personnelles. Il est interdit de le reproduire à d'autres fins ou de le transmettre, sous quelque forme ou par quelque procédé que ce soit – électronique ou mécanique, y compris la photocopie, l'enregistrement ou l'intégration dans un système de stockage et de consultation – sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Seules de brèves citations (ne dépassant pas 200 mots) sont permises dans le cadre d'une revue ou d'un ouvrage scientifique. La réalisation de ce document a été rendue possible grâce à l'appui financier du ministère de l'Éducation de l'Ontario. Les points de vue qui y sont formulés ne sauraient être interprétés comme reflétant nécessairement la position officielle du ministère.

Qu'est-ce que la thérapie comportementale dialectique?

La **thérapie comportementale dialectique (TCD)** cible la dysrégulation émotionnelle, caractérisée par la labilité émotionnelle et les accès de colère incontrôlés, ainsi que les troubles du comportement que sont les conduites suicidaires, les comportements d'automutilation et les manifestations d'agressivité^{1,2}. Initialement conçue pour les personnes présentant une suicidalité chronique et un trouble de la personnalité limite (TPL), la TCD est à présent validée pour son efficacité dans le traitement de divers troubles de santé mentale et de la consommation de substances psychoactives³⁻¹⁰. Il a été démontré en particulier que les interventions de formation aux compétences liées à la TCD, centrées sur la régulation émotionnelle, étaient prometteuses pour les jeunes confrontés à des troubles concomitants de consommation de substances et de santé mentale^{6,11}.

La TCD affirme la nécessité d'aider les jeunes à accepter leurs expériences actuelles, tout en les aidant à effectuer des changements profonds pour donner un sens à leur vie. Il s'agit d'une démarche thérapeutique qui vise à légitimer les émotions et à reconnaître les épreuves et le vécu, tout en encourageant le développement émotionnel, l'acquisition de compétences et l'édification d'une « vie qui vaut la peine d'être vécue » : une existence riche et gratifiante, en harmonie avec les aspirations et les valeurs personnelles des jeunes^{1,2}.

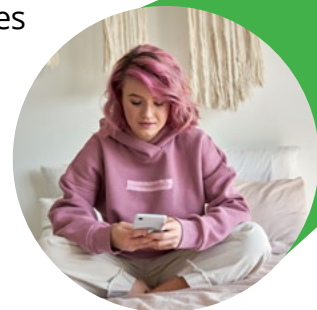
Sous sa forme complète, la TCD se présente comme un modèle de traitement structuré mettant l'accent sur l'adhésion à un cadre global, lequel comprend² :

- des séances individuelles hebdomadaires;
- une formation hebdomadaire aux compétences, en groupe;
- un encadrement téléphonique entre les séances (au besoin);
- des réunions hebdomadaires de thérapeutes centrées sur la TCD (analyses de cas, pratiques exemplaires, etc.).

Bien que l'adhésion intégrale au modèle de traitement demeure privilégiée, on a constaté que la formation aux compétences issues de la TCD, prise isolément, avait des effets cliniques positifs et qu'elle était plus aisée à mettre en œuvre, en particulier dans le contexte extra-hospitalier¹². Les approches intégrées, fondées sur des données probantes et ciblant à la fois la consommation de substances psychoactives et les troubles mentaux concomitants, sont reconnues comme des pratiques exemplaires et elles sont appuyées par des lignes directrices cliniques. La mise en œuvre souple des principes et compétences de la TCD (en dehors du programme complet) est ainsi conforme aux meilleures pratiques en matière de traitement des troubles liés à la consommation de substances et des troubles mentaux concomitants¹³⁻¹⁶.

Comment repérer les jeunes susceptibles de bénéficier d'une formation aux compétences liées à la TCD

La démarche initiale consiste à déterminer quels sont les jeunes les plus susceptibles de bénéficier des compétences liées à la TCD. Pour ce faire, les cliniciens doivent examiner les habitudes de consommation de substances et le tableau clinique de chaque jeune (dont les facteurs de risque et la présence de troubles concomitants) ainsi que ses objectifs de traitement. Soulignons qu'une évaluation approfondie constitue une pratique exemplaire qui permet d'établir le plan de traitement et assure que chaque jeune recevra le niveau de soins adapté à ses besoins¹⁶.



L'évaluation minutieuse du risque, des comorbidités, de la déficience fonctionnelle et des objectifs des jeunes aide à établir un point de départ pertinent (dans le cadre de la TCD ou non) et à prioriser les cibles thérapeutiques. Cette évaluation est essentielle pour personnaliser les interventions en fonction des besoins individuels des jeunes dont le tableau clinique et les troubles liés à la consommation de substances sont complexes.

Pour juger s'il est pertinent de démarrer avec un enseignement des compétences liées à la TCD ou si un programme complet de TCD serait plus indiqué, les cliniciens peuvent utiliser un outil de dépistage rapide. Chez les jeunes présentant les caractéristiques suivantes, on peut immédiatement instaurer une formation aux compétences liées à la TCD :

- Consommation de substances psychoactives mue par les émotions ou les impulsions
- Faible tolérance à la détresse
- Déclencheurs interpersonnels/pression des pairs
- Écarts et rechutes répétés
- Désir de diminuer sa consommation ou disposition à essayer des stratégies de réduction des méfaits
- Engagement à participer à des séances périodiques et à réaliser les exercices entre les séances
- Volonté de changement ou ambivalence face au changement
- *Absence* de risques importants pour la sécurité (p. ex., suicidalité active ou automutilation grave, consommation de substances à risque élevé)
- *Absence* de comportements perturbant fortement le processus thérapeutique (p. ex., crises répétées entre les séances, faible assiduité, non-réalisation des exercices, attitudes hostiles ou agressives, etc.)

Les cliniciens peuvent amorcer la formation aux compétences de la TCD (p. ex., pleine conscience, tolérance à la détresse) tout en surveillant la gravité des symptômes et le niveau de risque. Toutefois, si une jeune personne manifeste des comportements mettant sa vie en danger (p. ex., suicidalité active, automutilation grave, consommation de substances psychoactives à risque élevé), des comportements perturbant fortement le processus thérapeutique (p. ex., absences répétées, intoxication marquée durant une séance de thérapie, hostilité) ou une déstabilisation liée à une comorbidité grave ou à un déclin fonctionnel, il est préférable de suspendre temporairement l'intervention et de procéder à une évaluation complète afin de déterminer si une TCD intégrale ou un niveau de soins plus intensif serait nécessaire.

Compétences liées à la TCD et considérations relatives à son emploi chez les jeunes

En adaptant de manière réfléchie les compétences liées à la TCD, les cliniciens aident les jeunes qu'ils traitent à faire face à des difficultés liées à la consommation de substances psychoactives en acquérant des stratégies d'adaptation efficaces pour avancer résolument vers leurs objectifs de rétablissement^{17,18}.

Nous présentons ci-dessous des compétences de TCD particulièrement adaptées à cette population, accompagnées de considérations pratiques pour leur mise en œuvre. Pour des descriptions détaillées de chaque compétence, les cliniciens peuvent consulter le *DBT Skills Training Manual*². Nous mettons également en évidence la pertinence de ces compétences pour la consommation problématique de substances psychoactives et nous donnons aussi des indications importantes pour l'intervention auprès des jeunes. Les compétences peuvent être enseignées en séances individuelles ou en groupe, en intégrant la pratique et la psychoéducation présentées dans le *DBT Skills Training Manual*².

L'intérêt de chaque compétence doit être clairement expliqué aux jeunes et on doit souligner son rapport avec la consommation de substances et les symptômes associés, ainsi que son rôle dans l'acquisition de stratégies permettant de prendre les choses en main. Les compétences sont introduites et pratiquées durant les séances, et les jeunes sont invités à les mettre en œuvre entre les séances et à consigner leur pratique à l'aide de feuilles de travail.

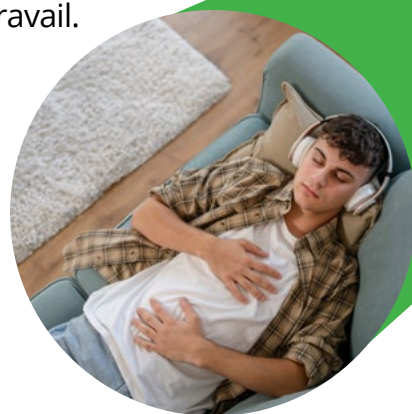
PLEINE CONSCIENCE

Au cœur de la TCD, la pleine conscience a pour but d'aider les jeunes à reconnaître leurs impulsions, déclencheurs et habitudes et à se retenant d'agir de façon impulsive.

Exemples de compétences particulières ([voir l'Appendice A pour des applications spécifiques à la consommation de substances psychoactives](#)) :

- États de conscience
- Compétences liées au « quoi » (ce que l'on fait pour être pleinement conscient·e) : observer, décrire et participer
- Compétences liées au « comment » (comment agir en pleine conscience) : éviter de porter un jugement, se concentrer sur une chose à la fois et efficacité

En se familiarisant avec la pleine conscience, notamment avec les états de conscience ainsi qu'avec les compétences associées au « quoi » et au « comment », les jeunes apprennent à reconnaître leurs impulsions liées à la consommation de substances. Cette prise de conscience contribue à réduire les comportements impulsifs et peut, selon les objectifs de traitement, aider les jeunes à diminuer leur consommation ou à se défaire de leurs habitudes de consommation les plus dangereuses. Comme toute compétence – sport, habileté manuelle, etc. –, la pleine conscience requiert une pratique régulière. On peut même intégrer de courts exercices au début de chaque séance de thérapie afin de consolider l'apprentissage.



Considérations propres à l'emploi de la TCD auprès de jeunes pour pleine conscience

Enseignez des activités de pleine conscience adaptées aux jeunes	Proposez des activités ludiques ou des jeux interactifs; offrez aux jeunes la possibilité de choisir l'exercice de pleine conscience qu'ils souhaitent réaliser; en groupe, donnez-leur la possibilité d'animer un exercice de pleine conscience (p. ex., exercice d'apaisement par les cinq sens, désignation de « deux choses qui ne sont pas quétaines », etc.).
Expliquez que la pratique de la pleine conscience peut être difficile	Cette pratique peut être difficile à assimiler pour les jeunes, compte tenu de l'omniprésence des médias sociaux et de l'importance attribuée à la capacité de mener plusieurs tâches en parallèle dans leur quotidien.
Invitez les jeunes à pratiquer la pleine conscience au quotidien	Les jeunes peuvent être invités à aborder leurs interactions avec les médias sociaux ou les jeux vidéo en pleine conscience, en mettant en œuvre les compétences liées au « quoi » et au « comment ».

Façons de mettre en œuvre les compétences de pleine conscience :

- Les jeunes peuvent **s'exercer à la méditation de pleine conscience**, qu'elle soit guidée par la ou le thérapeute ou réalisée de manière autonome. Il est vivement conseillé de mener les exercices de pleine conscience de la façon prescrite dans le cadre de la TCD afin d'optimiser l'apprentissage (cf. *DBT Skills Training Manual*).
- Demandez aux jeunes de **faire un suivi/noter les moments où ils sont pleinement conscients** au cours de la journée (p. ex., à l'aide d'un outil de suivi, comme indiqué plus haut).

TOLÉRANCE À LA DÉTRESSE

Cette habileté, qui permet de gérer les situations de crise, est surtout pertinente face aux envies pressantes, aux symptômes de sevrage et aux déclencheurs. Elle permet aux jeunes d'affronter les situations de crise sans recourir à la consommation de substances psychoactives.

Exemples de compétences particulières ([voir l'Appendice A pour des applications spécifiques à la consommation de substances psychoactives](#)) :

- Compétence STOP
- Compétence TERR
- Distraction avec ACCEPTS
- Amélioration du moment
- Apaisement par les 5 sens
- Avantages et inconvénients de la consommation
- Acceptation radicale de la réalité et réorientation de l'esprit vers la réalité

Les compétences de tolérance à la détresse revêtent une importance particulière pour les jeunes dont la consommation de substances psychoactives peut avoir des conséquences particulièrement dangereuses (selon la nature de la substance, la quantité consommée, la fréquence et le mode de consommation, et les effets subséquents). Les jeunes qui adoptent



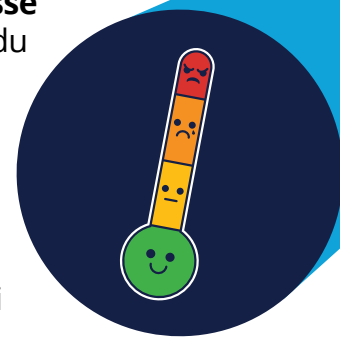
des comportements de consommation à risque élevé pourraient bénéficier d'un plan de tolérance à la détresse fondé sur ces compétences, plan aidant à maîtriser les envies intenses de consommer ou l'excitation émotionnelle intense susceptible de précipiter la consommation. Il constitue une étape cruciale, car il permet de trouver la stabilité nécessaire pour ensuite s'engager dans une réflexion plus avancée et développer des compétences plus avancées (p. ex., résolution de problèmes, prise de recul, évaluation des idées ou régulation émotionnelle).

Il est important d'établir les avantages et les inconvénients de la consommation dès le début du traitement afin de renforcer la motivation. Les résultats de cet exercice peuvent servir à consolider les objectifs thérapeutiques des jeunes. L'acceptation radicale aide les jeunes à prendre conscience de la réalité de leur consommation de substances psychoactives : envies et conséquences – plutôt que d'éviter d'y penser. Enfin, la stratégie visant à détourner leur attention aide les clients à réaffirmer leur engagement envers leurs objectifs en matière de traitement et de consommation (surtout après des revers) et renforce leur capacité à se centrer sur leurs objectifs et à persévérer, même lorsque les choses ne se déroulent pas comme prévu.

Considérations propres à l'emploi de la TCD auprès de jeunes pour tolérance à la détresse	
Demandez aux jeunes d'élaborer leur propre plan de tolérance à la détresse.	Remettez aux jeunes des modèles qu'ils peuvent utiliser pour créer leur plan. Invitez-les à le concevoir de manière à en optimiser l'utilisation (p. ex., recourir à un codage couleur, rendre le plan visuellement attrayant, réaliser un tableau à afficher dans leur chambre, ou encore représenter un thermomètre illustrant différentes intensités émotionnelles). Demandez aux jeunes d'inclure dans leur plan des compétences adaptées à leur niveau (c.-à-d. celles de tolérance à la détresse pratiquées durant la semaine).
Passez en revue les avantages et les inconvénients de la consommation	Il n'est pas facile de parler de consommation de substances psychoactives, en particulier pour les jeunes, du fait de la stigmatisation qui y est associée. En recourant à un exemple général dans le cadre d'un groupe, on peut montrer qu'il est tout à fait normal d'hésiter à aborder ce sujet et le rendre ainsi moins personnel ou intimidant pour les jeunes.
Veillez à inclure des exemples pertinents pour les jeunes	Présentez aux jeunes des exemples pertinents, tout en les invitant à fournir leurs propres exemples, susceptibles de correspondre davantage à leur expérience.

Façons de mettre en œuvre les compétences de tolérance à la détresse :

- Les jeunes peuvent remplir les **feuilles de travail sur la tolérance à la détresse dans le cadre de la formation aux compétences liées à la TCD**, sur la base du *DBT Skills Training Manual*².
- Demandez aux jeunes d'élaborer un **plan individualisé de compétences de tolérance à la détresse**.
- Utilisez un **thermomètre des émotions** (outil visuel pour évaluer l'intensité émotionnelle) et aidez les jeunes à indiquer les compétences de tolérance à la détresse qui fonctionnent le mieux à différents niveaux d'intensité, créant ainsi un outil de référence rapide pour les situations à haute intensité.



- Invitez les jeunes à présenter leurs **plans de tolérance à la détresse** au groupe, ce qui promeut ainsi l'apprentissage entre pairs, la modélisation des compétences et le soutien mutuel.
- Demandez aux jeunes de **s'exercer à l'utilisation du plan/des compétences durant les séances et entre les séances** lorsque leurs émotions/impulsions ne sont pas d'intensité trop élevée.

RÉGULATION DES ÉMOTIONS

Contribuez à diminuer la vulnérabilité aux écarts et aux rechutes en favorisant une meilleure prise de conscience des émotions qui précèdent la consommation de substances ou de celles qui y succèdent et une meilleure gestion de ces émotions.

Exemples de compétences particulières ([voir l'Appendice A pour des applications spécifiques à la consommation de substances psychoactives](#)) :

- Compétences PLEASE
- Pleine conscience des émotions actuelles
- Surfer sur la vague
- Comprendre et nommer les émotions
- Action opposée
- Vérifier les faits
- Accumuler des expériences positives



L'acquisition de compétences de régulation des émotions permet aux jeunes de prendre conscience des liens entre leur vécu émotionnel et leur consommation de substances psychoactives. Ces compétences revêtent une importance capitale, car elles offrent des moyens efficaces de maîtriser l'intensité émotionnelle et diminuent la dépendance aux substances comme stratégie d'adaptation – en particulier lorsque la réduction de la consommation ou l'abstinence constitue l'objectif thérapeutique. Elles devraient idéalement être introduites après que les jeunes ont acquis les bases de la tolérance à la détresse et qu'ils sont prêts à avancer dans leur apprentissage.

Considérations propres à l'emploi de la TCD auprès de jeunes pour régulation des émotions

Mettez ces compétences en œuvre de manière engageante et interactive.

Pour les séances de groupe, les jeunes peuvent travailler en paires ou en petits groupes pour réfléchir à des façons d'appliquer les compétences PLEASE, puis présenter leurs exemples à l'ensemble du groupe. Une autre activité pourrait consister à répartir les jeunes en sous-groupes et à leur attribuer une émotion et un scénario à traiter à l'aide de l'action opposée ou de la vérification des faits, avant de présenter leurs résultats au grand groupe.

Façons de mettre en œuvre les compétences de régulation des émotions :

- Ces compétences peuvent être exercées dans le cadre d'**activités de pleine conscience**, en surfant sur la vague d'une impulsion. Montrez une vidéo ou faites écouter aux jeunes un contenu évocateur sur le plan émotionnel, puis invitez-les à observer attentivement les sensations corporelles qui en émergent (surfer sur la vague).

- En groupe, amenez les jeunes à pratiquer l'« **action opposée** » au moyen de jeux de rôle ou de répétition comportementale, etc.
- Distribuez de petites descriptions de situations et **invitez les jeunes à identifier les émotions**, à déterminer si elles sont justifiées et à réfléchir aux façons dont ils pourraient mettre en œuvre des **actions opposées**, etc.

EFFICACITÉ INTERPERSONNELLE

Les compétences d'efficacité interpersonnelle de la TCD permettent aux jeunes de communiquer clairement leurs besoins et leurs désirs. Souvent, les jeunes répriment leurs sentiments ou espèrent qu'on devinera leurs désirs et leurs besoins, ce qui entraîne une grande frustration ou des explosions de colère. L'incapacité à réguler les émotions, à résoudre les conflits et les difficultés dans les interactions sociales peuvent mener à la consommation de substances psychoactives¹⁹⁻²¹. Or, cette consommation peut elle-même provoquer la rupture de relations. Les compétences d'efficacité interpersonnelle permettent de reconstruire ou de protéger les relations qui comptent. Elles aident aussi les jeunes à exprimer leurs émotions et à préserver leur respect de soi dans les relations toxiques.



Exemples de compétences particulières ([voir l'Appendice A pour des applications spécifiques à la consommation de substances psychoactives et les explications des acronymes](#)) :

- DEAR MAN
- GIVE
- FAST

Ces compétences sont particulièrement utiles pour les jeunes confrontés à des situations sociales difficiles liées à leur consommation de substances (p. ex., comment demander à des amis de ne pas les inviter à des soirées où on consommera des substances psychoactives).

Considérations propres à l'emploi de la TCD auprès de jeunes pour efficacité interpersonnelle

Pour présenter ces compétences, donnez des exemples d'efficacité interpersonnelle adaptés aux jeunes	Exemple : Mettre un terme à une relation avec un·e ami·e qui persiste dans la consommation de substances ou demander à renouer une amitié après une transgression survenue à la suite de la consommation d'une substance psychoactive.
---	--

Façons de mettre en œuvre les compétences d'efficacité interpersonnelle :

- Recourez à des **jeux de rôle** durant les séances de thérapie individuelle ou en groupe, entre pairs.
- Demandez aux jeunes de réaliser des **exercices hors séance** et d'en faire le compte rendu à l'aide des feuilles de travail pour la pratique des compétences de la TCD.
- Invitez les jeunes à **donner leurs propres exemples**. Cet exercice se prête particulièrement à la thérapie de groupe, car on peut demander aux pairs de faire des commentaires sur la manière dont la compétence a été utilisée.

Considérations essentielles pour les séances de TCD

Considérations relatives à la mise en œuvre de la formation aux compétences de TCD en groupe :



Durée du programme : ^{2,22,23}

- Généralement, 24 séances hebdomadaires – cycle prolongé (répétition des modules, avec exercices plus approfondis et généralisation des acquis).
- Adaptation pour 12 à 16 semaines (voir la partie sur la formation aux compétences liées à la TCD pour adolescents dans DBT skills handouts for adolescents).
- La durée dépend des besoins des jeunes, de l'intensité de la thérapie et de la capacité du programme.



Durée de la séance :

- 90 à 120 minutes (généralement avec une courte pause)



Taille et type du groupe :

- 6 à 10 jeunes
- Envisagez des groupes plus petits pour les jeunes nécessitant un accompagnement plus important
- Le groupe peut être fermé (composition fixe)
- Le groupe peut être ouvert/à effectif variable (de nouveaux membres peuvent s'y joindre en cours de cycle, ce qui exige une bonne orientation et un rappel des règles/lignes directrices à l'arrivée de chaque nouvelle participante ou nouveau participant)
- Tenez compte de la diversité des modes d'apprentissage et faites preuve de créativité



Animateurs :

- Il est recommandé que le groupe soit animé par deux cliniciens formés à la TCD (p. ex., psychologue, travailleuse ou travailleur social·e, psychothérapeute, infirmière ou infirmier, intervenant·e en dépendances, pair aidant, etc.), dont au moins un·e professionnel·le de la santé réglementé·e.
- Les animateurs doivent être formés pour pouvoir offrir un encadrement approprié au groupe, au besoin.
- L'idéal serait que les animateurs participent à une équipe de consultation en TCD ou se soumettent à une supervision pour garantir la fidélité au modèle dans le cadre d'un accompagnement



Structure typique d'une séance :

1. **Accueil (5 à 10 min)** : inscription des présences, dépistage des symptômes/risques (au besoin), rappel des règles du groupe
2. **Exercice de pleine conscience (5 à 15 min)** : activité brève et adaptée aux jeunes, avec explication de sa pertinence.
3. **Passage en revue des devoirs/outils de suivi (15 à 30 min)** : passage en revue des feuilles de travail attribuées ainsi que de la pratique des compétences. Il convient d'indiquer que les écarts de conduite sont normaux et de souligner l'importance des actions réparatrices signalées.
4. **Pause (5 à 15 minutes)** : surtout si la séance dure 120 minutes.
5. **Enseignement d'une nouvelle compétence (20 à 30 min)** : exposé didactique avec explication et exemples portant sur la consommation de substances psychoactives
6. **Mise en pratique (20 à 25 min)** : jeux de rôle, petits groupes, application de la nouvelle compétence à la vie de tous les jours
7. **Conclusion et attribution des devoirs (~5 à 10 min)** : déterminer la compétence à exercer, puis prendre l'engagement de la consigner dans l'outil de suivi

Il importe de préciser les attentes relatives à l'abstinence au cours des séances (p. ex., se présenter sobre ou, si une jeune personne a consommé des substances avant la tenue de la séance de groupe, participer de manière constructive sans perturber autrui). Les écarts, lorsqu'ils sont révélés, doivent être abordés sans jugement ni humiliation, en privilégiant la réduction des méfaits, l'absence de critique et les efforts pour se reprendre en main plutôt que la culpabilisation. Par ailleurs, il convient d'inviter les jeunes à s'abstenir de nouer des relations personnelles en dehors des séances pendant toute la durée de leur participation au groupe, ceci afin de préserver l'anonymat, d'atténuer la pression des pairs et de protéger l'intégrité du cadre thérapeutique.



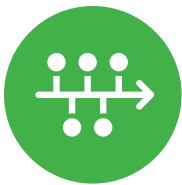
Séances individuelles :

Il convient d'intégrer un suivi de la consommation de substances (p. ex., cartes-journal ou outils de suivi hebdomadaires) et d'aborder explicitement les envies et la consommation afin de renforcer la planification de la réduction des méfaits. Ces séances peuvent compléter les séances de groupe, s'inscrire dans un programme global de TCD ou être proposées individuellement dans le cadre d'un programme structuré de formation aux compétences.



Participation des familles :

Incluez des renseignements sur les services qui offrent aux familles des informations sur la consommation de substances (sans être nécessairement axés sur la TCD).



Utilisation de la carte-journal/l'outil de suivi TCD hebdomadaire :

Les cartes-journal de la TCD aident les jeunes à faire le suivi de leurs comportements problématiques, de leurs envies, de leurs émotions et de leur recours aux compétences. Elles visent à développer l'autoréflexion, à surveiller les habitudes au fil du temps, à faciliter la réduction de la consommation de substances et à orienter le contenu des séances vers les enjeux nécessitant une attention particulière. Pour les jeunes qui font une consommation problématique de substances psychoactives, ces cartes peuvent être adaptées afin de faire le suivi des envies, de la consommation et des déclencheurs, en liant directement l'exercice des compétences aux objectifs thérapeutiques. Les jeunes sont invités à remplir quotidiennement leurs fiches de suivi entre les séances. Cette pratique est généralement plus efficace pour les séances individuelles, mais il est recommandé de l'intégrer aux séances de groupe.

Pour les jeunes désireux de réduire leur consommation ou d'atténuer les risques qui y sont associés, le suivi de la consommation est particulièrement important. Le fait de noter au quotidien les quantités consommées encourage la diminution de la consommation²⁴; il offre également des informations utiles aux jeunes qui ne perçoivent pas toujours l'ampleur de leur consommation au quotidien. En règle générale, on introduit l'outil de suivi en exposant son but et en déterminant, de manière collaborative avec la jeune personne, les substances à surveiller. On précise ensuite la façon dont le suivi sera fait (p. ex., fréquence, format et degré de détail) afin que l'outil soit facile à utiliser, utile et gérable. En cas de consommation de plusieurs substances, il est important de les suivre toutes, ce qui permet aux cliniciens de détecter les risques liés aux mélanges et de voir si la consommation d'une certaine substance augmente lorsque l'on en réduit une autre.



Remarque à l'intention des cliniciens :

En l'absence d'un programme de TCD intégral, il peut être judicieux d'adopter une appellation autre que carte-journal (p. ex., journal hebdomadaire) afin d'éviter toute ambiguïté.

En bref :

- La thérapie comportementale dialectique est un traitement fondé sur des données probantes, pouvant être mobilisé pour traiter de nombreux troubles mentaux et aplanir les difficultés associées à la consommation de substances psychoactives.
- Centrées sur le développement de compétences de pleine conscience, de tolérance à la détresse, de régulation des émotions et d'efficacité interpersonnelle, les interventions de TCD ont permis d'obtenir des améliorations cliniques chez les jeunes, particulièrement en milieu extrahospitalier.
- Il importe de déterminer si les jeunes seraient susceptibles de tirer profit de compétences issues de la TCD ou du programme intégral, en analysant leurs habitudes de consommation de substances, le tableau clinique, les facteurs de risque, les troubles concomitants et les objectifs thérapeutiques qu'ils se fixent. Une évaluation approfondie demeure indispensable pour orienter la planification du traitement et déterminer l'intensité des soins nécessaire.
- Il convient d'adapter la TCD aux jeunes pour ce qui est de la présentation des compétences en employant des exemples pertinents et en faisant le lien entre les stratégies proposées et leurs expériences personnelles de consommation de substances psychoactives.

Liens et ressources

- TCD Montréal – Boîte à thérapie comportementale dialectique, [en ligne], <https://tcdmontreal.com/>
- Linehan, M. M. 2025. DBT® skills training manual: Revised edition, Guilford Press, [en ligne], https://www.guilford.com/books/DBT-Skills-Training-Manual/Marsha-Linehan/9781462556359?srsId=AfmBOoq_1bpgXHWCeFXDgEr9XJUKmUIUHVJksNaCxB6XyjFQ4klzdzT
- Rathus, J. H., et A. L. Miller. 2007. DBT skills handouts for adolescents, Guilford Press, [en ligne], https://www.guilford.com/books/DBT-Skills-Manual-for-Adolescents/Rathus-Miller/9781462515356?srsId=AfmBOoBrQExS-38gr_b_pWWFqgRMP5LxAj56ByamJ0e28zNA1W4JcV7
- Treatment Implementation Collaborative – Free resource library, [en ligne], <https://www.ticllc.org/tic-video-library>
- Using Mindfulness to Embrace Addictive Cravings and Urges, [en ligne], https://www.youtube.com/watch?v=M1SdYo_ZYeE&t=172s

Appendice A :

Application des compétences liées à la TCD dans le cadre du traitement de la consommation de substances psychoactives

Module TCD	Solutions intégrées spécifiques à la consommation de substances
Pleine conscience	États de conscience – accès à l'esprit de sagesse → Harmoniser l'état émotionnel (« J'en ai besoin maintenant ») et la pensée rationnelle (« ma valeur réside dans la réduction de ma consommation au service de mes aspirations à long terme ») pour s'ancrer dans une voie intermédiaire (c.-à-d. l'<i>esprit de sagesse</i>). Observer et décrire → Percevoir les impulsions, les envies et les pensées comme de simples occurrences passagères et non comme des ordres à suivre. Attitude dénuée de jugement → Prendre conscience des écarts ou des rechutes sans se traiter d'« imbécile » ou « de bon-ne à rien », pour éviter la consommation dictée par la honte.
Tolérance à la détresse	Compétence STOP → Lorsqu'une puissante envie de consommer se présente : • S'arrêter : s'arrêter là où on est, suspendre toute action. • Temps de recul : quitter le lieu où on se trouve, s'éloigner des situations et objets déclencheurs. • Observer : tourner son attention vers ce qu'on ressent à l'intérieur et ce qu'on remarque autour de soi. • Poursuivre en pleine conscience : choisir une stratégie pour traverser le moment (p. ex., approches de réduction des méfaits, autres outils de tolérance à la détresse, etc.) Compétence TERR → Lorsque les envies, les impulsions, les symptômes de sevrage ou les crises atteignent une intensité élevée. Ces techniques sont particulièrement pertinentes face aux manifestations physiques accompagnant l'envie de consommer : • Température : plonger le visage dans un bol d'eau glacée, poche de glace sur le visage. • Exercice intense : sauts papillons, sprints, pompes, position de la chaise contre un mur pendant 2 minutes. • Respiration rythmée : inspirer sur 4 temps, expirer sur 6. • Relaxation progressive des muscles

Distraction volontaire ACCEPTS → Quand l'objectif consiste à ne pas céder immédiatement à une envie :

- **Activités** : se promener, faire du sport, dessiner ou effectuer une courte séance d'entraînement au lieu de consommer.
- **Contribution** au bien-être d'une personne ou à celui de la société : appeler un·e ami·e ou lui envoyer un texto pour prendre de ses nouvelles, aider à la préparation d'un repas familial, s'engager dans une activité de bénévolat.
- **Comparaisons** : se remémorer des moments où l'on a su surmonter des envies ou maintenir l'abstinence/la réduction de consommation.
- **Émotions** : regarder une vidéo qui fait sourire, écouter une musique qui met de bonne humeur.
- **Pensées** : résoudre un casse-tête, compter à rebours à partir de 100 en retirant le chiffre 7, trouver un film pour chaque lettre de l'alphabet.
- **Tenir à distance** : remettre à plus tard certains soucis (« je m'en occuperai demain »), se dire fermement « non ».
- **Sensations** : tenir un glaçon, prendre une douche froide, mettre de la musique entraînante à plein volume.

Amélioration du moment IMPROVE : Ensemble de stratégies visant à améliorer la qualité de l'instant présent, pour rendre plus supportables une crise ou une envie intenses . Cette stratégie est particulièrement indiquée lorsque l'intensité émotionnelle est moindre que dans les cas ci-dessus.

- **Imagerie mentale** : visualiser l'envie comme un ballon qu'on gonfle puis qu'on laisse s'envoler dans le ciel au loin.
- **Mettre un sens** : se rappeler – « réduire ma consommation/pratiquer l'abstinence m'aide à rester en harmonie avec mes objectifs »
- **Prière/spiritualité** : prier, méditer ou réfléchir
- **Relaxation** : respirer profondément, faire des étirements, écouter de la musique douce
- **Orienter son attention vers une seule chose** : trouver une chose unique sur laquelle se concentrer (p. ex., prendre une collation en pleine conscience)
- **Vacances (brèves)** : faire une pause (sieste, moment dans la nature, après-midi sans téléphone)
- **Encouragement** : se motiver à voix haute (p. ex., « je peux surfer sur cette vague sans consommer »)

	<u>Apaisement par les 5 sens</u> : stratégies pour se calmer lorsqu'on est en détresse – à utiliser, par exemple, après d'autres habiletés d'adaptation aux envies intenses (ci-dessus) ou pour faire face aux symptômes de sevrage : • Vue : tamiser les lumières ou allumer une bougie, regarder la nature, observer les objets dans la pièce • Ouïe : écouter une musique douce ou entraînante, un balado ou le son de la pluie contre la fenêtre • Odorat : utiliser des huiles essentielles, sentir un animal de compagnie, vaporiser un parfum, une eau de Cologne ou un brumisateuse pour le corps • Goût : savourer lentement une collation favorite ou une bonne tasse de thé ou de café • Toucher : se blottir dans une couverture douce, caresser son chien, employer une balle antistress
	<u>Avantages et Inconvénients</u> → Aider la jeune personne à déterminer les facteurs qui la retiennent dans sa situation actuelle (c.-à-d. continuer à consommer des substances) et ceux qui l'orientent vers le changement (c.-à-d. réduire sa consommation, mettre en place des stratégies de réduction des méfaits ou s'abstenir), puis analyser les conséquences à court et à long terme pour ancrer les décisions dans l'esprit de sagesse. Cette compétence est particulièrement utile dans les périodes d'ambivalence, car elle permet aux jeunes de clarifier leurs objectifs de traitement et de comprendre ce qui les maintient « bloqués » dans le confort immédiat du statu quo. <u>Acceptation radicale</u> → Accueillir sans réserve les envies, les émotions, la douleur et la réalité de sa condition, en renonçant à les combattre. Cette compétence a pour objectif de : • Réduire la souffrance secondaire liée au combat contre la réalité (p. ex., « je ne devrais pas me sentir comme ça », « ce n'est pas juste »). • Reconnaître les envies ou déclencheurs de consommation sans porter de jugement, ce qui favorise l'utilisation de stratégies d'adaptation pour ne pas céder aux envies. • Accepter les conséquences passées de la consommation (conflits familiaux, décrochage scolaire, etc.), sans se laisser piéger par la honte ou la culpabilité, lesquelles alimentent fréquemment la poursuite de la consommation. • Ramener l'attention au moment présent pour ouvrir la voie à des actions plus constructives, orientées vers les objectifs de rétablissement et à l'édification d'une vie qui vaut la peine d'être vécue.

Régulation des émotions	Compétence PLEASE → Pour diminuer sa vulnérabilité aux envies et aux impulsions en prenant soin de ses besoins physiologiques : • Prendre soin de La santé physique • Éviter les substances altérant l'humeur • Adopter une Alimentation équilibrée • Instaurer de bonnes habitudes de Sommeil • Intégrer des Exercices physiques quotidiens Pleine conscience des émotions du moment – surfer sur la vague → Se représenter les envies comme une vague : elle monte, culmine puis se brise. Respirer lentement, observant la vague d’instant en instant. Comprendre et nommer les émotions → Reconnaître et nommer les émotions, notamment celles qui se rapportent à la consommation de substances, en établissant une distinction entre l’état émotionnel et l’envie de consommer, et en prenant conscience de leurs interactions. Action opposée → Identifier les émotions qui déclenchent la consommation problématique de substances et élaborer, pour chacune, un plan d’action opposé afin d’en diminuer les effets (p. ex., si la honte pousse une jeune personne à consommer, elle pourrait choisir délibérément de se tourner vers des personnes bienveillantes plutôt que de s’isoler). Vérifier les faits → Déterminer si les envies sont fondées sur des suppositions (p. ex., « je ne survivrai pas à cela sans consommer », « si j’en ai envie, c’est pour une bonne raison ») ou sur la réalité. Se créer des expériences positives → Planifier des activités dépourvues de substances, qui apportent de la joie et un sentiment d’accomplissement, afin de se doter de véritables solutions de rechange à la consommation.
Efficacité interpersonnelle	DEAR MAN (Décrire, Exprimer, Affirmer, Renforcer, Maintenir sa pleine conscience, agir avec Assurance, Négocier) → Pour formuler des demandes d’aide ou établir clairement des limites concernant les substances psychoactives (p. ex., demander à un·e ami·e de ne pas apporter d’alcool ou de s’abstenir de parler de consommation). GIVE (Garder la bienveillance, s’Intéresser, Valider, Être cordial·e) → Pour renouer ou entretenir des relations empreintes de compréhension et de bienveillance (p. ex., en cas de contrariété provoquée à l’occasion de la consommation d’une substance psychoactive). FAST (Faire preuve d’équité, Arrêter les excuses, Suivre ses valeurs, Transmettre honnêtement) → Pour préserver le respect de soi lorsqu’on subit des pressions pour consommer (« Non merci, pas aujourd’hui »), sans culpabilité ni honte.

Appendice B : Modèle d'outil de suivi²

[illegible]

Références

1. Linehan, M. M. 1993. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder, Guilford Press.
2. Linehan M. M. 2015. DBT skills training manual, 2e éd., Guilford Press.
3. Dimeff, L. A., et M. M. Linehan. 2008. « Dialectical behavior therapy for substance abusers », dans Gorecki, D. A., sous la dir. de, *Clinical Handbook of Psychological Disorders* p. 434-481, Guilford Press.
4. Haktanir, A., et K. A. Callender. 2020. « Meta-analysis of dialectical behavior therapy (DBT) for treating substance use », *Research on Education and Psychology*, vol. 4 (no spécial), p. 74-87. <https://doi.org/10.54535/rep.2020.specialissue>
5. Harned, M. S., A. L. Chapman, E. T. Dexter-Mazza, A. Murray, K. A. Comtois et M. M. Linehan. 2008. « Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of DBT versus community treatment by experts », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 76, no 6, p. 1068-1075. <https://doi.org/10.1037/a0014044>
6. Hawkins, E. H. 2009. « A tale of two systems: Co-occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents », *Annual review of psychology*, vol. 60, no 1, p. 197-227.
7. Linehan, M. M., H. Schmidt, L. A. Dimeff, J. C. Craft, J. Kanter et K. A. Comtois. 1999. « Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence », *American Journal on Addictions*, vol. 8, no 4, p. 279-292. <https://doi.org/10.1080/105504999305686>
8. Miga, E. M., A. D. Neacsiu, A. Lungu, H. L. Heard et L. A. Dimeff. 2019. « Dialectical behaviour therapy from 1991-2015: What do we know about clinical efficacy and research quality? », dans M. A. Swales, sous la dir. de, *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy*, p. 415-465, Oxford University Press.
9. Ritschel, L. A., N. E. Lim et L. M. Stewart. 2015. « Transdiagnostic applications of DBT for adolescents and adults », *American Journal of Psychotherapy*, vol. 69, no 2, p. 111-128. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.111>
10. Warner, N., et M. Murphy. 2022. « Dialectical behaviour therapy skills training for individuals with substance use disorder: A systematic review », *Drug and Alcohol Review*, vol. 41, no 2, p. 501-516. <https://doi.org/10.1111/dar.13370>
11. Henderson, J. L., G. Chaim et E. B. Brownlie. 2019. « Integrated treatment for youth with concurrent disorders: Evidence, challenges, and recommendations », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 64, no 6, p. 388-396. <https://doi.org/10.1177/0706743719830015>
12. Mattei, S. B., et R. Sposato. 2020. « Skills only or comprehensive DBT: That is the question », *Clinical Neuropsychiatry*, vol. 17, no 4, p. 204-212.
13. Magill, M., B. D. Kiluk et L. A. Ray. 2023. « Efficacy of cognitive behavioral therapy for alcohol and other drug use disorders: is a one-size-fits-all approach appropriate? », *Substance Abuse and Rehabilitation*, p. 1-11.
14. McKee, S. A. 2017. « Concurrent substance use disorders and mental illness: Bridging the gap between research and treatment », *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, vol. 58, no 1, p. 50.
15. Mueser, K. T., D. L. Noordsy, R. E. Drake et L. Fox. 2003. « Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice », dans Barlow, D. H., sous la dir. de, *The Guilford Press*.
16. Stead, V. E., A. B. Lumb, J. Brasch et J. MacKillop. 2025. « Substance use disorders », dans Hupp, S., et Tolin, D. F., sous la dir. de, *Science-based therapy: Raising the bar for empirically supported treatments*, p. 193-217, Cambridge University Press.
17. Halladay, J., V. Stead, C. McCarron, M. Kennedy, K. King, M. Venantius, J. MacKillop et coll. 2023. « Initial insights from a quality improvement initiative to develop an evidence-informed young adult substance use program », *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 32, no 3, p. 185.
18. Halladay, J., S. K. Syan, E. Mote, S. Eskandarian, L. Rahman, V. E. Stead, J. MacKillop et coll. 2025. « Iterative development and clinical outcomes of an outpatient young adult substance use program », *Psychology of Addictive Behaviors*.

19. De Berardis, D., M. Fornaro, L. Orsolini, A. Ventriglio, F. Vellante et M. Di Giannantonio. 2020. « Emotional dysregulation in adolescents: implications for the development of severe psychiatric disorders, substance abuse, and suicidal ideation and behaviors », *Brain Sciences*, vol. 10, no 9, p. 591.
20. Colman, M., et E. Wulfert. 2002. « Conflict resolution style as an indicator of adolescents' substance use and other problem behaviors », *Addictive behaviors*, vol. 27, no 4, p. 633-648.
21. Winters, D. E., R. Brandon-Friedman, G. Yepes et J. D. Hinckley. 2021. « Systematic review and meta-analysis of socio-cognitive and socio-affective processes association with adolescent substance use », *Drug and alcohol dependence*, vol. 219, 108479.
22. MacPherson, H. A., J. S. Cheavens et M. A. Fristad. 2013. « Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth », *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, vol. 42, no 2, p. 205-219. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.755927>
23. Miller, A. L., J. H. Rathus et M. M. Linehan. 2007. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*, Guilford Press.
24. Gass, J. C., J. S. Funderburk, R. Shepardson, J. D. Kosiba, L. Rodriguez et S. A. Maisto. 2021. « The use and impact of self-monitoring on substance use outcomes: A descriptive systematic review », *Substance Abuse*, vol. 42, no 4, p. 512-526.