Thérapie familiale, Genève, 2009, Vol. 30, No 2, pp. 211-233

EFFICACITÉ DES THÉRAPIES FAMILIALES SYSTÉMIQUES

Stephan HENDRICK[1]

Résumé : *Efficacité des thérapies familiales systémiques.* – L'auteur dresse l'état des lieux concernant la recherche sur l'efficacité des thérapies familiales et conjugales, systémiques. Les approches « classiques » n'ont pas fait l'objet d'études contrôlées jusque dans les années 1990. Toutefois, la situation s'est progressivement modifiée. De nouveaux modèles « intégrés » ont été développés et évalués, essentiellement avec des enfants et adolescents – et leur famille – présentant des troubles des conduites ou d'assuétude. Un modèle retient plus particulièrement notre attention : la BFST *(Brief Strategic Family Therapy)*. Ce modèle intègre l'approche structurale de Minuchin et Fishman et l'approche stratégique de Haley. Les études concernant ce modèle constituent par conséquent la première mise à l'épreuve des approches systémiques « classiques ». L'auteur dirige ensuite l'attention sur les processus thérapeutiques réputés efficaces. Il apparaît que ce qui est efficace, ce n'est pas une technique mais un ensemble de techniques combinées. Par ailleurs, il semble que les modèles théoriques surévaluent les effets de leurs techniques spécifiques. L'article se termine sur un constat : chaque modèle a tout intérêt à s'ouvrir à certaines pratiques issues d'autres approches.

Summary : *Efficiency of systemic family therapy.* – The author raises the inventory of the research concerning the efficiency of the family, marital and systemic therapies. The « classical » approaches have been poorly controlled during the 90s. However, the situation gradually modified. New « integrated » models were developed and assessed, essentially with children and teenagers – and their family – presenting conduct and substance abuse disorders. A model more particularly holds attention : the BFST (Briefing Strategic Family Therapy). This model integrates the structural approach of Minuchin and Fishman and the strategic approach of Haley. The studies concerning this model constitute consequently the first probation of the systemic « classical » approaches. The author steers then the attention on the effective therapeutic processes that prooved to be efficient. It seems that it is not a technique but a set of combined techniques that are effective. Besides, it seems that the theoretical models overvalue the effects of their specific technics. The article ends in a report : every model should rather open in certain practices stemming from the other approaches.

Resumen : *Eficacia de las terapias familiares sistémicas.* – El autor describe la situación de la investigación sobre la eficacia de las terapias familiares, maritales y sistémicas. Los enfoques « clásicos » no fueron objeto de estudios controlados hasta los años 1990. No obstante, la situación se modificó progresivamente. Se desarrollaron y se evaluaron nuevos modelos « integrados », esencialmente con niños y adolescentes – y su familia – que presentaban desordenes de las conductas o de dependencia. Un modelo atrae concretamente nuestra atención : el BFST *(Brief Strategic Family Therapy)*. Este modelo integra el enfoque estructural de Minuchin & Fishman y el enfoque estratégico de Haley. Los estudios relativos a este modelo constituyen por lo tanto la primera puesta a la prueba de los enfoques sistémicos « clásicos ». El autor dirige a continuación la atención sobre los procesos terapeúticos reconocidos eficaces. Todo indica que lo que es

[1] Docteur en psychologie – Psychothérapeute familial – Chargé de cours à l'Université de Mons-Hainaut, Service de Psychologie Clinique.

eficaz, no es una técnica pero un conjunto de técnicas combinadas. Por otra parte, parece que los modelos teóricos sobrestiman los efectos de sus técnicas específicas. El artículo se termina constatando que : cada modelo tiene todo interés en abrirse a algunas prácticas de otros enfoques.

Mots-clés : Thérapies familiales systémiques – Efficacité – Processus – Approches intégratives.

Keywords : Systemic family therapy – Efficiency – Process – Integrative approaches.

Palabras clave : Terapias familiares sistémicas – Eficacia – Proceso – Enfoques integrativos.

On distingue généralement les études sur les effets, (« La psychothérapie produit-elle une amélioration significative ? ») et les études sur les processus (« Comment ça marche ? Qu'est-ce qui produit l'amélioration ?). Les deux parties de cet article sont consacrées à ces deux questions.

Efficacité des thérapies familiales

La thérapie familiale ne constitue pas la chasse gardée des systémiciens. Si l'on donne à la thérapie familiale une définition large - une thérapie qui prend en compte le fonctionnement familial – de nombreux modèles intègrent cette modalité thérapeutique. Si l'on considère la thérapie familiale, tous courants confondus, l'examen de la littérature indique assez clairement que celle-ci est efficace. Nous allons d'abord examiner l'efficacité des thérapies familiales de façon générale. Nous étudierons ensuite l'efficacité des thérapies systémiques de manière plus spécifique.

Efficacité générale des thérapies familiales

La méta-analyse de Shadish, et al. *(1995)*

Shadish, *et al*. (1995) ont dirigé une méta-analyse des recherches menées sur l'efficacité des thérapies familiales et de couple (TFC). Les auteurs distinguent les thérapies de couple (TC) des thérapies familiales (TF).

Sont passées en revue 163 études contrôlées (n = 62 pour les TC et n = 101 pour les TF). Selon les auteurs, ce nombre est une découverte en soi dans la mesure où il est relativement important lorsqu'on le compare à d'autres approches. Parmi ces études, 71 effectuent des comparaisons des TFC avec un groupe de contrôle et 105 effectuent des comparaisons des TFC avec d'autres TFC ou d'autres formes de thérapie, comme la thérapie individuelle (TI).

Comparaison avec des groupes de contrôle

La taille d'effet des 71 études où les TFC sont comparées à un groupe de contrôle est .51 (d = .51). Pour donner un ordre de comparaison, ce chiffre est bien plus important que celui observé dans le cadre de recherches médicales ou d'essais de produits pharmaceutiques.

Les thérapies de couple (TC) (n = 27, d = .60) et les thérapies familiales (TF) (n = 44, d = .47), testées séparément, affichent des tailles d'effet significatives et globalement similaires. Les tailles d'effet des TC varient en fonction du problème présenté que ce soit l'insatisfaction conjugale (n = 16, d = .71) ou la communication (n = 7, d = .52).

La TF (thérapie familiale) semble couvrir une palette de problèmes plus nombreux et, dans certains cas, plus aigus, ce qui expliquerait les tailles d'effet moins importantes. Ainsi la TF fait mieux que le groupe de contrôle dans le cas de trouble du comportement chez l'enfant (n = 18, d = .53), l'agressivité chez l'enfant (n = 5, d = .61), les problèmes familiaux globaux (n = 4, d = .60) ou la communication et la résolution de problème (n = 2, d = .52). La TF fait également mieux que le groupe de contrôle pour les troubles phobiques (d = .48), la schizophrénie (d = .48) et les symptômes psychiatriques globaux (d = .50), mais il n'existe qu'une seule étude randomisée dans chaque cas. Par contre, les auteurs n'ont pas trouvé de différence en ce qui concerne la délinquance, les performances scolaires, l'abus d'alcool ou de substances ou l'accompagnement des maladies physiques.

TFC versus thérapies individuelles (TI)

Vingt-trois études comparent les TFC aux TI. La différence est faible et non significative (d = -.05). Dans 9 études, les TFC font moins bien que les TI (d = -28). Cependant, les problèmes traités dans ces études (anxiété, phobies, troubles de l'humeur, toxicomanie et troubles alimentaires) ont été sélectionnés d'une manière qui, selon Shadish, *et al*. (1995), handicape les TFC.

Différences en orientations

Aucune orientation ne s'est montrée supérieure aux autres. Ainsi, Shadish, *et al*. (1995) ont comparé le modèle comportemental-psychoéducatif (n = 40, d = .56), le modèle systémique (n = 14, d = .28), le modèle psychodynamique (n = 1, d = .63), les modèles éclectiques (n = 15, d = .58) et enfin d'autres modèles inclassables (n = 8, d = .79). Les différences globales entre ces cinq orientations sont significatives, mais les comparaisons deux à deux n'indiquent une différence qu'entre les inclassables d'une part et les modèles systémiques et humanistes. Néanmoins, la catégorie « inclassable » est trop vague et ne permet dès lors pas de conclure à une quelconque supériorité d'une approche sur l'autre.

Une autre analyse de 105 études procédant à des comparaisons de modèles conduit à la même conclusion : 81% des comparaisons effectuées concluent à l'absence de différence significative. Néanmoins, l'approche psychoéducative s'avère significativement supérieure lorsqu'on la compare aux modèles éclectiques et « inclassables », alors que cette différence est non significative avec les modèles psychodynamiques, systémiques ou humanistes. Si on répète le même type d'analyse en différenciant les TF des TC, on constate qu'il n'y a pas de différences significatives entre les tailles d'effet des divers modèles en ce qui concerne les TC. Quant aux TF, les approches comportementales sont supérieures aux approches éclectiques, humanistes et « inclassables », mais non supérieures aux modèles systémiques.

Ces résultats sont semblables à ceux publiés dans les années 1970 et 1980. En intégrant d'autres variables à côté de la variable orientation, Shadish, *et al.* (1995) ont montré par une analyse de régression que la seule variable produisant des différences significatives est l'utilisation d'un manuel de traitement ou de formation alors qu'on ne trouve pas de différence notable entre les orientations classiques.

Autres méta-analyses

Dunn et Schebel (1995) ont examiné 15 études contrôlées sur l'efficacité des thérapies conjugales. Les variables mesurées sont les comportements à l'égard du conjoint, les cognitions, les affects et la relation conjugale globale. Trois orientations sont étudiées : la thérapie comportementale (d = 0,79), la thérapie cognitivo-comportementale (d = 0,54) et la thérapie orientée sur l'insight (d = 0,87).

Baucom, *et al.* (1998) ont examiné une série d'études portant sur l'évaluation des thérapies de couple et de famille. Ces recherches avaient pour objet l'évaluation de traitements concernant la détresse conjugale ainsi que divers troubles psychopathologiques (troubles anxieux, troubles dépressifs, alcoolisme). La thérapie conjugale comportementale s'avère efficace (ajustement conjugal, communications, plaintes exprimées), en comparaison à des groupes en liste d'attente ou des traitements placebo (d = 1,01). Cette étude a toutefois montré qu'on observait jusqu'à 50% d'amélioration spontanée. Sur le plan des indications, il semble que dans le cas des agoraphobies et des TOC, la cible thérapeutique primordiale soit bien le symptôme. Dans ces cas, le fait d'associer le conjoint ou un membre de la famille au traitement d'exposition pourrait accroître la quantité et la qualité des exercices pratiqués par le patient à la maison. Le partenaire jouerait alors un rôle d'entraîneur. Par contre, en ce qui concerne les troubles de l'humeur, ceux-ci réclament que l'on s'intéresse davantage aux questions générales des relations conjugales et familiales. S'agissant toujours de la dépression, la thérapie individuelle (dans le cas présent, cognitive ou interpersonnelle) semble préférable lorsqu'il n'existe pas de trouble conjugal, alors qu'une thérapie conjugale associée à un traitement individuel semble utile lorsque ce trouble existe. Baucom, *et al.* (1998) constatent également que le fait d'associer les proches du patient au traitement semble également avoir fait ses preuves dans les troubles de dépendance à l'alcool et la schizophrénie.

Sandberg, *et al.* (1997) ont comparé différents modèles de thérapie familiale. Les résultats indiquent que la thérapie familiale comportementale est efficace pour une large gamme de perturbations (alcoolo-dépendance, troubles de l'humeur, troubles anxieux, délinquance juvénile, troubles des conduites, conflits conjugaux, schizophrénie) alors que la thérapie familiale structurale est probablement efficace pour certains troubles ciblés (troubles psychosomatiques, troubles du comportement, troubles des conduites alimentaires). Enfin, dans le champ systémique, le modèle de Milan et les thérapies narratives seraient passés de 1986 à 1995 de la catégorie « non testée » à la catégorie « efficacité incertaine ».

Efficacité des thérapies familiales systémiques

Qu'en est-il de l'efficacité si l'on définit le concept de thérapie familiale de façon plus spécifique, à savoir comme une thérapie qui prend en compte le fonctionnement familial dans une perspective systémique ?

Il y a lieu de distinguer deux vagues de recherche. La première, menée entre les années 1960 et 1990, est le fait de cliniciens. Elles concernent des modèles classiques. La seconde, plus récente, est constituée d'études contrôlées menées par des équipes mixtes de chercheurs et de cliniciens et visent à évaluer l'efficacité de thérapies familiales systémiques intégrées, c'est-à-dire ouvertes à d'autres modèles.

Les effets des thérapies systémiques « classiques »

Etat des lieux

C'est à Weakland, *et al.* (1974) que l'on doit une des premières études. Elle portait sur la population ayant consulté le M.R.I., à savoir 97 situations où 236 personnes avaient été rencontrées. Aucun de ces cas n'a été sélectionné et l'étude rend compte de toutes les situations ayant consulté jusqu'alors. Les sujets, âgés de 5 à 60 ans, étaient issus de toutes les couches sociales, de toutes cultures (noirs, blancs, asiatiques) et présentaient un large spectre de problèmes chroniques ou aigus : problèmes scolaires, problèmes professionnels, crise d'identité, problèmes conjugaux, sexuels et familiaux, délinquance, drogue, troubles alimentaires, anxiété, dépression, schizophrénie. Les sujets ont suivi un maximum de 10 séances de thérapie, généralement espacées d'une semaine selon le modèle développé au MRI. L'évaluation consistait tout d'abord à se demander en fin de thérapie si les changements planifiés lors de la thérapie s'étaient effectivement produits et si la plainte qui avait motivé la demande de consultation était éteinte. Au cours du follow-up, l'interviewer, qui n'a pas participé à la thérapie, a d'abord vérifié si les objectifs avaient été atteints. Par exemple, « Est-ce que vous vivez toujours avec votre mère ? », ou « Vivez-vous dans votre propre logement maintenant ? ». On a aussi demandé si la plainte avait définitivement disparu ou si les personnes avaient consulté d'autres thérapeutes depuis la fin de la thérapie au MRI. On a également examiné si des améliorations étaient apparues dans des secteurs qui n'avaient pas été traités lors de la thérapie. Enfin, afin de vérifier s'il n'y avait pas eu déplacement du symptôme, on a demandé au patient si de nouveaux problèmes n'étaient pas apparus depuis lors. Les résultats ont permis de classer les situations en 3 catégories : (a) disparition complète de la plainte (40%) ; (b) amélioration évidente et significative, mais partielle (32%) et (c) peu ou pas de changement (28%). Les auteurs n'ont pas tenté d'examiner les résultats en fonction d'un diagnostic psychiatrique, étant donné que cette démarche n'est pas consistante avec le modèle qui ne procède pas à de tels diagnostics. Ces résultats suggèrent que les interventions sont efficaces. Cependant, on regrettera l'absence de mesure avant/après (à tout le moins l'intensité de la détresse) et l'absence d'un groupe de contrôle. Cependant, les auteurs n'avaient d'autre intention que de contrôler les effets de leurs interventions et non de démontrer la validité du modèle.

A notre connaissance, une seule étude a cherché à comparer la thérapie brève du MRI à un autre modèle. Goldman et Greenberg (1991) ont comparé la EFT *(Emotionally Focused Therapy)* avec la Thérapie Brève de Palo Alto (TBPA). Quarante-deux couples ont été répartis aléatoirement dans trois groupes : EFT, TBPA (thérapie) ou groupe en file d'attente. On a mesuré les résultats avec des auto-questionnaires (satisfaction conjugale, résolution de conflit, réduction de la plainte, atteinte d'objectif, etc.). Les deux thérapies produisent des effets significativement supérieurs

par rapport au groupe de contrôle. Par contre, on n'a pas observé de différence entre les deux thérapies. Globalement, 67% des couples sortent des zones de détresse. Quatre mois après la thérapie, les couples ayant suivi une EFT enregistrent une diminution des acquis au niveau de la satisfaction conjugale et de l'atteinte d'objectifs et, de manière moins nette, au niveau de la réduction de la plainte. Par contre, les résultats de la TBPA à ce même follow-up n'ont pas diminué.

Minuchin, *et al.* (1975) se sont focalisés sur la structure et la dynamique de familles « psychosomatiques ». L'intervention concernait 13 enfants avec un diabète hyperlabile, 10 enfants asthmatiques et 25 enfants anorexiques. L'intervention durait de 2 à 15 mois (voire davantage dans certains cas). Les résultats indiquent une rémission des symptômes dans la majorité des cas. Toutefois, cette étude prête le flanc à de nombreuses critiques. L'âge des enfants – entre 5 et 16 ans – est très variable, de même que la durée des interventions (trop de variables susceptibles d'avoir influencé le résultat, indépendamment du traitement, n'ont pas été contrôlées). De plus, les conclusions portent sur trois pathologies différentes, même si celles-ci peuvent être regroupées dans la classe des troubles psychosomatiques. En outre, la thérapie concerne uniquement des familles volontaires, c'est-à-dire déjà animées par un désir de changement. Enfin, ces études ne comportent aucune mesure objective. La notion d'amélioration demeure par conséquent assez floue. Cette recherche présente un intérêt au rang d'étude exploratoire, ce qui était bien l'intention des auteurs, mais elle ne démontre rien en terme d'efficacité des interventions.

Les conclusions que l'on peut tirer des travaux de Nardone (1996) sont nettement plus réservées. Cet auteur a tenté de mener une série d'études d'efficacité. Le modèle utilisé se situe à la charnière des modèles interactionnels et stratégiques. La population visée est constituée de sujets présentant des troubles anxieux ou obsessionnels. Selon cet auteur, son modèle aurait fait la preuve de son efficacité avec des taux de succès pouvant aller jusqu'à 90% ! Toutefois, la méthodologie mise en œuvre prête le flanc aux mêmes types de critiques que celles énoncées dans le paragraphe précédent. Ces biais sont par contre beaucoup plus rédhibitoires puisque l'intention de l'auteur était bien, cette fois, de démontrer l'efficacité de son modèle.

Selvini, *et al.* (1993) ont tenté d'évaluer l'efficacité à long terme du modèle de Milan. Cette étude, louable dans son intention, présente à nouveau trop de biais méthodologiques pour être prise en compte. Par exemple, la durée du follow-up implique à nouveau que le nombre de variables susceptibles d'avoir influencé le résultat, indépendamment du traitement, est trop élevé.

De Shazer (1996) cite les travaux de Kiser (1988) et Kiser et Nunnally (1990) qui ont évalué le modèle de thérapie brève orientée sur la solution (TOS). Dans cette perspective, ils ont utilisé la même approche que celle de Weakland, *et al.* (1974), afin d'avoir une norme de référence. Ils ont enregistré 80,4% de « succès » (65,6% avaient atteint leur but tandis que 14,7% avaient fait des progrès importants) pour une moyenne de 4,6 séances. Un follow-up à 18 mois a indiqué que le taux de succès avait augmenté pour atteindre 86%. En outre, 77% des clients déclarèrent qu'aucun problème supplémentaire ne s'était révélé et 67% signalèrent des améliorations dans d'autres domaines. Ces études n'ont malheureusement pas été publiées et souffrent évidemment des mêmes critiques que celle de Weakland. Nous n'avons aucune indication sur ce que les auteurs appellent « succès ».

Gingerich et Eisengart (2000) ont identifié 18 études « rigoureuses » mesurant l'efficacité de la thérapie orientée sur la solution (TOS). Les études retenues répondaient aux critères suivants : 1) mise en application de la thérapie orientée sur la solution ; 2) mise en œuvre d'une forme de contrôle expérimental ; 3) évaluation du comportement ou du fonctionnement du client, et 4) évaluation à la fin du traitement ou lors d'un follow-up. Les auteurs ont classé ces études en trois catégories : études dont la rigueur est bonne, modérée ou faible. Toutefois, seulement sept études entrent dans la première catégorie et respectent les critères RCT[2] *(Efficacy studies)*.

A titre d'exemple, nous citons l'étude de Sundstrom (1993). Celle-ci compare 40 sujets déprimés ayant suivi une séance unique de thérapie, soit une session unique de thérapie brève orientée sur la solution, soit une session unique de thérapie interpersonnelle. Les sujets étaient des jeunes filles, étudiantes en psychologie présentant un score léger à modéré sur l'échelle de dépression de Beck (BDI). 34% de l'échantillon remplissaient les critères diagnostic d'un Trouble Dépressif Majeur. Les sujets sont assignés au hasard à l'une ou l'autre des sessions. Ils ont ensuite rempli une batterie des tests (l'échelle de dépression de Beck (BDI), la liste des adjectifs dépressifs (DACL), l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (SES) et une échelle qui mesure les caractéristiques individuelles du thérapeute (CRF-S). Le traitement consistait en une séance de 90 minutes menée par l'un des 21 thérapeutes diplômés. Afin de garantir l'homogénéité des interventions, chaque thérapeute avait participé préalablement à 2 heures d'entraînement à l'un ou l'autre des modèles. Les sessions étaient filmées et codées par des assistants qui étaient aveugles quant au type d'intervention utilisée. Une séance de follow-up était organisée de 7 à 10 jours après la première séance. Les sujets étaient invités à remplir les mêmes questionnaires que la première fois. Les résultats indiquent une amélioration significative lors de la seconde évaluation pour les échelles BDI et DACL. Aucun des deux traitements n'était supérieur à l'autre. On n'a constaté aucune amélioration sur l'échelle SES. L'absence de différence sur l'échelle CRF-S indique que les caractéristiques individuelles du thérapeute n'influencent pas les résultats des autres échelles.

La plupart des études répertoriées ne présentent malheureusement pas les mêmes qualités méthodologiques. Par ailleurs, l'étude de Sundstrom présente elle-même un certain nombre de limitations. Par exemple, la durée du traitement – une seule séance de 90 minutes – peut laisser perplexe. En outre, les sujets de l'étude – des jeunes filles, étudiantes en psychologie, présentant un score léger à modéré sur l'échelle de dépression de Beck – sont-ils bien représentatifs de la population des dépressifs que l'on rencontre généralement en psychiatrie ?

Conclusion

De façon générale, ces études présentent généralement un ou plusieurs des biais suivants : absence de groupe de contrôle, population sélectionnée et/ou relativement hétérogène, absence de mesures standardisées, etc. Ces études démontrent tout au plus que des effets ont été constatés sur les patients, immédiatement après le traitement. Le fait que ces effets résultent essentiellement du traitement n'est pas établi.

---

[2] *Randomized Control Trials*.

On peut aussi se demander si ces améliorations sont supérieures à celles qui sont obtenues avec un traitement placebo. Les follow-up sont soit inexistants, soit trop rapprochés, soit trop éloignés.

Il importe ici d'opérer la distinction entre « évaluation du traitement » et « évaluation du modèle ». Dans le premier cas, les résultats dépendent aussi, et peut-être davantage des qualités personnelles du thérapeute, alors que dans le second, ce sont surtout les qualités intrinsèques du modèle d'intervention qui gouvernent les résultats. Le fait qu'un thérapeute obtienne de bons résultats ne signifie pas que ceux-ci résultent du modèle thérapeutique.

L'ensemble de ces études ne permet donc pas de conclure à l'efficacité de la thérapie familiale systémique. D'une part, ces travaux présentent rarement la rigueur méthodologique indispensable à ce type de recherche. D'autre part, ils mettent en lumière une série de limites inhérentes au modèle systémique. Comme le souligne Cook-Darzens (2005), l'application stricte du paradigme systémique a souvent conduit les thérapeutes à déplacer sur « (…) le système familial les accusations étiologiques autrefois appliquées à l'un des parents (…) »[3]. Ce glissement est à la fois anti-systémique, invalide et contre-productif. Par ailleurs, le modèle systémique classique a souvent mis de côté le caractère plurifactoriel des troubles psychopathologiques. Le fonctionnement familial n'est pas seul en cause.

Ces carences ont presque mené le courant systémique au bord de son extinction dans le champ des traitements empiriquement validés au profit du « (…) gourouisme et à une culture show business attachée à l'ésotérisme et aux métaphores plus qu'aux valeurs empiriques »[4].

Consciente de ces problèmes, une nouvelle génération de chercheurs et de cliniciens a développé des nouveaux modèles d'inspiration systémique en cherchant à les évaluer de façon plus rigoureuse.

Les effets des thérapies intégratives d'inspiration systémique

Ces modèles ont en commun un certain nombre de caractéristiques. Ainsi, bien que d'inspiration systémique, ces approches intègrent également des concepts et des stratégies thérapeutiques issus d'autres modèles thérapeutiques.

Selon Waldron (1997), trois modèles de thérapie ont particulièrement fait leurs preuves : 1) l'approche systémique, et ce y compris le modèle structural stratégique et le modèle fonctionnel ; 2) la thérapie familiale comportementale ; 3) et enfin l'intervention familiale basée sur le modèle écologique (thérapie multisystémique).

Sexton et Alexander (2004) ont identifié un groupe d'interventions familiales efficaces : la thérapie familiale fonctionnelle *(Functional Family Therapy, FFT)*, la thérapie familiale multidimentionnelle *(Multidimensional Family Therapy, MDFT)*, la thérapie multisystémique *(Multisystemic Therapy, MST)* et la thérapie familiale structurale/stratégique *(Brief Structural/Strategic Family Therapy, BSFT)*. Ces modèles ont été principalement appliqués à des familles avec un adolescent présentant

---

[3] *Op. cit.,* p. 174.

[4] *Ibidem*, p. 176.

des troubles du comportement et un problème de drogue. Nous présenterons sommairement les trois premiers en nous attardant davantage sur le quatrième (BSFT).

En Europe, Cook-Darzens (2002b) a identifié une série d'études issues du groupe Maudsley à Londres concernant l'anorexie. L'étude de Eisler, *et al.* (1997) mérite une attention toute particulière en ce qu'elle remet en question certaines idées préconçues concernant le mode d'influence du fonctionnement de ces familles sur la pathologie.

Caractéristiques communes à ces divers modèles

Ces nouvelles orientations partagent un certain nombre de traits communs :

- *Elaboration :* Ces modèles résultent de travaux d'équipes importantes et non d'un ou quelques personnage(s) charismatique(s).
- *Intégration :* Les concepts et méthodes développés dans les modèles « classiques » sont articulés à d'autres apports plus récents.
- *Ouverture* à d'autres approches théoriques hors du champ systémique : notamment certaines avancées en thérapie cognitive ou en psychologie sociale. Par exemple, la notion d'attribution causale.
- *Compétence des familles :* La famille n'est plus abordée comme la « cause » d'une pathologie, mais comme une ressource. Dans les cas particuliers où certains patterns familiaux apparaissent néanmoins comme dysfonctionnels, des procédures complémentaires sont mises en œuvre afin d'aider la famille à modifier son fonctionnement.
- *Ambulatoire :* Ces approches donnent généralement la priorité aux prises en charge de type ambulatoire.
- *Ecosystème :* La famille constitue un contexte essentiel mais non unique. D'autres systèmes méritent l'attention du thérapeute. Ainsi, des interventions spécifiques sont menées en direction du contexte extrafamilial : école, communauté, voisinage, services sociaux, etc.
- *Validation empirique :* Des études contrôlées sont entreprises à propos de l'efficacité – réelle et potentielle – et des processus.
- *Rendement* : Prise en compte de données économiques telles que le ratio coût/bénéfice.
- *Implémentation* contrôlée du modèle, notamment formation et supervision des intervenants.

Examinons de plus près ces modèles intégrés. Les quatre premiers modèles concernent essentiellement des adolescents présentant des troubles du comportement divers. La dernière approche cible quant à elle des adolescentes anorexiques.

La thérapie familiale multisystémique (Multisystemic Therapy – MST)

Ce modèle a été formalisé par Henggeler, *et al.* (1999). Il s'agit d'un modèle intégré s'inspirant à la fois des approches socio-écologiques du comportement, des

thérapies familiales systémiques et des théories de l'apprentissage social. L'objectif de ce modèle est d'améliorer le niveau de fonctionnement familial et de réduire les troubles de comportement et délinquants. La durée du traitement oscille entre 2 et 4 mois. L'intervention concerne aussi bien les individus que la famille ainsi que le réseau de l'adolescent.

Henggeler, *et al.* (1999) ont montré que ce modèle permettait d'améliorer les relations et le fonctionnement familial, d'augmenter le nombre de jours de présence du jeune à l'école. Il entraînait la réduction de la consommation de drogue et réduisait le nombre d'arrestations ultérieures de 25% à 70%. Les interventions se sont également focalisées sur une grande variété de problèmes incluant les comportements violents, les situations où on constatait des comorbidités psychiatriques, les faits de maltraitance ou de négligence et la délinquance sexuelle.

Enfin les études de follow-up ont montré que la diminution du taux de récidive avait tendance à se maintenir jusqu'à cinq ans après la fin du traitement. Les travaux de Henggeler, *et al.* ont souligné que les interventions basées sur le modèle MST étaient suivies par 98% des intéressés alors que ce taux n'était que de 78% lorsqu'il s'agissait d'adolescents qui étaient référés à des centres classiques. L'étude a également montré que les adolescents ayant suivi une thérapie MST passaient 50% de temps en moins dans des centres de placement que ceux qui avaient suivi un traitement classique.

La thérapie familiale multidimensionnelle (Multidimensional Family Therapy – MDFT)

La thérapie de famille multidimensionnelle (MDFT) a été conçue pour venir en aide à des adolescents toxicomanes. Son efficacité a été démontrée dans 4 études de type RCT (Liddle, 1992 ; Liddle, 2002a, 2002b). Ces auteurs ont également montré que la MDFT s'avérait une alternative cliniquement et financièrement avantageuse par rapport au traitement résidentiel (RT) pour des adolescents avec des problèmes de santé mentale et de drogue.

De la prise en charge à la fin du traitement, le traitement résidentiel (RT) et la MDFT aboutissent à des baisses de consommation (de drogue) semblables (la RT produit une baisse de consommation de cannabis de 77% contre 62% en ce qui concerne la MDFT). Mais lors de la catamnèse à 12 mois, les bénéfices liés au RT se sont détériorés, alors que ceux-ci ont augmenté chez les sujets ayant suivi une MDFT. Ainsi, un an après la fin des traitements, la réduction n'est plus que de 40% chez les sujets RT contre 65% chez les sujets MDFT. Ce schéma s'est également reproduit à propos des troubles du comportement. Enfin, les analyses de coût montrent que la MDFT est environ un tiers moins chère que la RT. En Belgique, ce modèle a attiré l'attention du ministère de la justice. Un programme d'implémentation et d'évaluation est actuellement en cours à l'hôpital Brugmann à Bruxelles.

La thérapie familiale fonctionnelle (Functional Family Therapy – FFT)

La FFT – *Functional Family Therapy* – est une approche d'inspiration systémique qui se focalise essentiellement sur le système relationnel de la famille. La FFT se centre sur différents domaines du fonctionnement familial tels que l'émotion, les cognitions et les comportements. Ce modèle considère que les problèmes et les

symptômes constituent la manifestation de processus relationnels familiaux inefficaces, mais fonctionnels : le symptôme remplit une fonction telle que garantir la proximité ou au contraire la distance ou encore garantir la hiérarchie. Le modèle décrit également une série de phases du processus de changement : engagement/motivation, changement du comportement, généralisation. On y fixe des objectifs thérapeutiques ainsi que des procédures destinées à aboutir à ces changements de comportement qui sont spécifiques à chaque étape.

Ce modèle a été appliqué dans un cadre thérapeutique et dans un cadre préventif. Dans le champ du traitement, la FFT a montré son efficacité pour une large tranche de problèmes rencontrés par les jeunes et leur famille dans différents contextes (Alexander, *et al*., 2001 ; Elliott, 1998 ; Sexton et Alexander, 2002). Dans le champ de la prévention, la FFT a également montré son efficacité en modifiant la trajectoire probable d'adolescents à risques, par exemple en évitant à ces derniers d'entrer dans le système de la santé mentale ou de la justice. En général ces études ciblaient des jeunes âgés de 11 à 18 ans, les problèmes ou les risques pris en considération concernaient les troubles du comportement, les addictions, les comportements sexuels à risques et la délinquance. Les familles incluses dans ces recherches étaient d'origine multiethnique et multiculturelle. La FFT est une intervention relativement brève avec des moyennes de 8 à 12 sessions pour les problèmes légers et modérés et de 26 à 30 sessions pour les états cliniques les plus difficiles. Les résultats suggèrent que la FFT est efficace lorsqu'il s'agit de réduire les récidives. Gordon, *et al.* (1988) ont cherché à savoir si la FFT permettait de réduire le taux de récidive (comparer les interventions de probation classique) 60 mois après la fin du traitement. Les résultats ont montré que le taux de récidive était de 9% lorsque les sujets avaient suivi une thérapie FFT alors que ce même taux s'élève à 41% dans le cadre des interventions classiques de probation. Malheureusement ces études s'intéressent uniquement au comportement de récidive et n'ont pas exploré les modifications du changement familial. Alexander, *et al.* (2001) estiment quant à eux la réduction des récidives entre 26% et 73%. Ces résultats semblent relativement plus stables (follow-up à 5 ans) comparativement à des services d'aide classiques. Enfin il semble que l'intervention entraîne également des effets positifs pour la fratrie de l'adolescent et patient identifié.

La thérapie brève familiale structurale/stratégique (Brief Strategic Family Therapy – BSFT)

La thérapie BSFT – *Brief Strategic Family Therapy* – intègre le modèle structural de Minuchin et Fishman (1999) et le modèle stratégique de Haley (1976). Bien que les thérapies citées ci-dessus intègrent également certains apports systémiques, la BSFT est le seul modèle qui se rapproche le plus des modèles « classiques ». Pour cette raison, les recherches rapportées ci-dessous permettent de se forger une idée plus précise de la validité du paradigme systémique dans le cadre d'études contrôlées. La première recherche a consisté à définir quel style de thérapie pouvait convenir à des jeunes hispaniques, enfants d'émigrants installés aux Etats-Unis. Cette étude a montré que ces familles attendaient du thérapeute un style directif (Szapocznik, *et al*., 1978).

Szapocznik, *et al.* (1989) ont comparé 69 adolescents présentant des troubles du comportement en les répartissant aléatoirement dans trois conditions : thérapie BSFT, thérapie psychodynamique individuelle et traitement placebo. Les résultats indiquent que les deux formes de thérapie sont supérieures à la condition de contrôle. Les thérapies sont globalement équivalentes en fin de traitement sur le plan des comportements, du fonctionnement psychodynamique et du fonctionnement familial. Toutefois la thérapie BSFT s'avère supérieure lors du follow-up à 1 an. Par ailleurs, alors que le fonctionnement familial est équivalent pour les deux thérapies en fin de traitement, le score des adolescents engagés dans la thérapie psychodynamique se détériore gravement, y compris relativement au score du groupe de contrôle. Ce résultat constitue la première démonstration du phénomène d'homéostasie à partir d'une étude contrôlée et de données quantitatives. Par contre, constatant l'équivalence des deux thérapies en fin de traitement, les auteurs estiment que ces résultats indiquent que la modification de la structure familiale ne constitue pas un médiateur déterminant, ce qui va à l'encontre d'une des hypothèses essentielles du modèle structural. Par contre, l'équivalence des résultats résulterait d'un facteur commun entre les deux thérapies : le fait d'avoir produit des « expériences correctrices ».[5]

Les travaux ont ensuite visé à adapter l'approche à la problématique migratoire. En particulier, les jeunes émigrés sont confrontés à une double appartenance culturelle. La famille d'origine est porteuse de valeurs antagonistes à celles de la société américaine. D'autres travaux ont identifié les facteurs de risque et de protection. En particulier, on a cherché à prendre en compte l'écosystème (contraintes liées au milieu urbain, effets des gangs constitués de pairs, etc.). Les recherches ont ensuite évolué vers l'évaluation de l'efficacité de modèles.

Szapocznik, *et al.* (1983), Szapocznik et Coatsworth (1999) ont été parmi les premiers à décrire un modèle systémique de thérapie familiale concernant les adolescents abusant de drogue. Ces auteurs rapportent que le taux d'abstinence (prise de drogue) était de 7% lors de l'admission, alors que ce taux est passé à 80% à la fin du traitement. L'étude indique également que ces résultats tendent à se maintenir lors du follow-up 12 mois après la fin du traitement.

L'étude Sandberg, *et al.* (1997) a établi que la thérapie BSFT est probablement efficace pour les troubles psychosomatiques, les troubles des conduites et troubles des comportements alimentaire).

Santisteban, *et al.* (1997) ont testé l'efficacité de la BSFT sur une population afro-américaine et hispanique avec des familles comprenant un jeune âgé de 12 à 14 ans présentant simultanément des troubles du comportement et des troubles addictifs (alcool, marijuana, cocaïne, etc). Le traitement durait de 12 à 16 séances et portait sur un échantillon de 122 familles et sujets. A la fin du traitement, 83% des sujets ont manifesté une amélioration, une résolution totale du problème au niveau des troubles du comportement, 36% des sujets ont également éprouvé une amélioration ou une guérison totale au niveau de la variable agression sociale et 29% ont révélé

---

[5] Cette interprétation est cohérente avec la théorie des facteurs communs de Frank (1985). On se rappellera aussi que le concept « d'expérience correctrice » constitue le principal médiateur des thérapies brèves systémiques (Hendrick, 2007).

une amélioration significative au niveau des échelles d'anxiété. Cependant, bien que ces résultats soient positifs, l'absence d'un groupe de contrôle n'autorise que des conclusions limitées.

Un des obstacles majeurs à toute forme d'intervention auprès de populations précarisées réside dans leur faible engagement dans les processus thérapeutiques et le taux d'abandon relativement élevé. Ces comportements ont souvent conduit à considérer ces familles comme « résistantes » au traitement. La BSFT considère la « résistance » non comme un obstacle à la thérapie, mais comme un phénomène systémique naturel et comme une cible thérapeutique prioritaire. D'une part, il est souhaitable que ces familles puissent également bénéficier de l'aide proposée. D'autre part, l'abandon prématuré des cas les plus sévères affecte la validité interne des études d'efficacité. Coatsworth, *et al.* (2001) ont étudié l'efficacité de certaines techniques spécifiques destinées à augmenter l'engagement et le maintien de familles « résistantes » dans le processus thérapeutique. A ces fins, les auteurs ont comparé les techniques développées à cet effet par la BSFT à celles qui sont en vigueur dans les prises en charge habituelles dans les services dits communautaires (SC). Les résultats indiquent que le taux d'engagement dans la condition BSFT est significativement supérieur à celui de la condition SC (81% vs. 61%). Le même constat s'impose en ce qui concerne le taux de maintien (71% vs. 42%). Par ailleurs, la BSFT s'est avérée la plus apte à maintenir les cas les plus sévères en thérapie.

Santisteban, *et al.* (2003) ont réparti aléatoirement 126 adolescents présentant des problèmes d'assuétude dans une des deux conditions suivantes : thérapie BSFT et thérapie de groupe. La BFST s'est révélée supérieure dans les domaines suivants : réduction des problèmes d'assuétude, association avec des groupes de pairs antisociaux, utilisation de marijuana. Le fonctionnement familial, évalué par des observateurs, s'est également révélé supérieur. Par ailleurs, le lien entre changements au niveau du fonctionnement familial et la modification des troubles des conduites n'existe qu'avec des familles dont le fonctionnement était médiocre au début du traitement. En ce qui concerne les familles dont le fonctionnement était satisfaisant au début du traitement, la BFST maintient ce fonctionnement à son niveau.

Santisteban, *et al.* (2006) abordent enfin la problématique de l'implémentation multi-sites de la BSFT. Les auteurs formulent des propositions concernant les partenariats entre les différents acteurs cliniques, sociaux et universitaires[6].

Les travaux du groupe Maudsley à Londres sur les adolescentes anorexiques

Eisler, *et al.* (1997) ont comparé la thérapie familiale avec une thérapie de soutien individuelle avec des sujets anorexiques. Les 80 sujets ont été assignés aléatoirement dans l'une des deux conditions. Par ailleurs, quatre groupes sont distingués en fonction de la durée et l'âge de début de la maladie. Les résultats indiquent que la thérapie familiale est plus efficace dans le groupe de sujets constitué de jeunes patients dont l'anorexie avait débuté avant l'âge de 18 ans mais dont l'évolution était récente. Par contre, la thérapie de soutien individuelle était plus efficace dans le groupe de sujets constitué de patients ayant développé la maladie après l'âge de 18 ans. Les deux

[6] Voir à ce propos Hendrick (2009).

types de thérapie ont donné des résultats équivalents dans les autres groupes. Cette étude indique que l'efficacité de la thérapie familiale dépend davantage de variables modératrices (durée de la maladie et âge de début de la maladie) que du fonctionnement familial. Les travaux du groupe Maudsley indiquent clairement que la thérapie familiale « séparée » (les parents sont rencontrés séparément de l'adolescent) doit être préférée à la thérapie familiale « classique » (les parents et l'adolescent rencontrés ensemble) lorsque la famille fonctionne avec un haut niveau d'« émotions exprimées »[7] (critiques, hostilités, surimplications). Ce résultat est consistant avec ce qui avait déjà été observé dans le cas de familles avec un sujet schizophrène (Hendrick, 2002).

Conclusion

De façon générale, ces travaux démontrent que les modèles d'inspiration systémique sont aussi efficaces, voire supérieurs à d'autres formes de traitement.

Cependant, ces travaux indiquent également l'importance d'une approche intégrative : thérapie individuelle, familiale et écosystémique ; prise en compte de la dynamique systémique, mais aussi des facteurs de risques et de protection ; thérapie, mais aussi guidance et information.

Ces travaux nous apprennent également que la thérapie familiale « classique » est contre-indiquée dans certains cas, par exemple lorsque le niveau d'« émotions exprimées » dépasse un seuil critique.

Enfin, ces résultats ne concernent que des populations spécifiques : des enfants ou adolescents – et leur famille – et des troubles spécifiques (troubles des conduites, problèmes d'assuétudes ou troubles alimentaires). Ces deux spécificités concernent précisément des situations où l'on s'attend à ce que les facteurs familiaux jouent un rôle essentiel. La généralisation des conclusions de ces études à une autre problématique s'avère dès lors prématurée. Ce qui ouvre la route à de nouvelles pistes de recherche et à de nouveaux terrains thérapeutiques.

Les études sur les processus

Les études sur les processus généraux

On se rappelle que les « médiateurs » décrivent les procédés thérapeutiques par lesquels le changement se produit (le comment). Beutler, *et al.* (2003) ont analysé les types d'intervention, c'est-à-dire les techniques et les procédures pour provoquer des changements. De ce fait, on a pu observer que certains ensembles de procédures se retrouvaient dans divers modèles.

Ces conclusions sont, entre autres, étayées par des analyses qui comparent des traitements complets avec les mêmes traitements amputés d'une procédure considérée comme essentielle.

---

[7] Les émotions exprimées mesurent la manière dont un ou plusieurs membres d'une famille s'exprime(nt) en des termes critiques ou en montrant des signes de surimplication émotionnelle à l'égard d'un autre membre souffrant d'un syndrome psychiatrique. De nombreuses études ont montré une fréquence de rechutes plus élevée lorsque ces critiques étaient trop intenses.

Cinq classes de procédés ont ainsi été identifiées comme jouant un rôle essentiel dans les changements observés. Chacune d'entre elles se présente sous la forme d'un continuum qui joint deux pôles opposés. Les auteurs ont procédé à des méta-analyses pour chaque dimension.

Directivité du thérapeute vs auto-directivité du patient

Cette dimension dépend de la position que le thérapeute adopte, soit qu'il agit comme un guide, comme un entraîneur, voire comme un éducateur ; soit au contraire qu'il abandonne le contrôle au patient. Ces attitudes peuvent tout autant dépendre du modèle de référence du thérapeute que de son style personnel.

Les résultats des analyses sont mitigés puisque l'on trouve autant d'indications en faveur d'une attitude que de l'autre. Il semble bien que le succès d'une stratégie ou l'autre dépende en fait de certaines caractéristiques du patient. Ainsi une étude multisites portant sur 284 patients déprimés a révélé que les patients « résistants » tiraient plus de bénéfices d'une approche non directive alors que les sujets « non résistants » tiraient avantage d'une approche directive.

Une procédure particulière – la prescription de tâches à domicile – semble assez efficace. Cependant, l'efficacité dépend aussi de la mesure selon laquelle le patient adhère aux raisons qui motivent la prescription. Par ailleurs, les patients « résistants » tirent moins de bénéfices de ce type de procédure.

Ces résultats souffrent des critiques que l'on adresse généralement aux méta-analyses, en particulier de rassembler sous une même étiquette des choses parfois très différentes. Ainsi l'auto-directivité peut-elle renvoyer à des pratiques fort diverses. S'agit-il de laisser le patient libre dans les contenus, mais non quant au cadre ou s'agit-il des deux à la fois ?

Focalisation sur l'insight vs focalisation sur le symptôme

La focalisation sur l'insight consiste à inviter le patient à prendre conscience *(insight)*, à dévoiler des éléments du passé, à identifier son vécu émotionnel ou à repérer des patterns comportementaux répétitifs (et à tenter de lier ces divers éléments entre eux). Ces interventions se focalisent souvent sur le passé.

Dans le sens opposé, la focalisation sur le symptôme consiste à intervenir sur les facteurs qui renforcent le symptôme, à modifier les contextes dans lesquels ceux-ci émergent et à modifier les pensées qui les gouvernent. Ces interventions se focalisent surtout sur le moment présent.

Les résultats sont à nouveau contradictoires puisque c'est tantôt l'une des deux tendances, tantôt l'autre qui semble plus efficace. A nouveau, ceci s'explique par le fait que d'autres variables interagissent avec la dimension étudiée ici. Ainsi, 80% des études recensées indiquent que le *« coping style »* joue un rôle fondamental. Par exemple, les patients réflexifs, introvertis et introspectifs bénéficient davantage d'une approche focalisée sur l'insight. A l'inverse, des sujets plus actifs, voire agressifs, impulsifs ou manquant d'autocontrôle tirent plus d'avantages de l'approche focalisée sur le symptôme.

Focalisation sur l'émotion vs focalisation sur des tâches

Certaines approches privilégient plus que d'autres l'expression des émotions. Encore une fois, l'examen de la littérature renvoie à des résultats contradictoires. On a ainsi constaté que l'approche focalisée sur l'émotion produit de meilleurs résultats lorsqu'on a affaire à des thérapies plus longues et où l'alliance thérapeutique est élevée. Le même constat semble s'imposer avec des patients dont le niveau initial de détresse est plus bas. De même, les patients qui semblent intensément impliqués dans leur problème bénéficient plus des interventions focalisées sur l'émotion que ceux qui sont moins impliqués.

Intensité du traitement élevée vs intensité du traitement basse

L'intensité du traitement se réfère à la longueur et à la fréquence des séances. On admet généralement que le rendement thérapeutique diminue au fur et à mesure que le nombre de séances augmente. Ce constat doit toutefois être nuancé en fonction du problème présenté. L'intensité doit être gouvernée en fonction de la situation clinique : la chronicité, la présence de facteurs de comorbidité, l'existence de dysfonctionnements familiaux importants plaident plutôt en faveur de traitements plus longs.

Ajoutons qu'il est couramment admis que l'état de crise exige des séances plus rapprochées, lesquelles pouvant s'espacer ensuite en fonction de l'évolution du patient.

Auto-dévoilement du thérapeute

La tendance du thérapeute à se *dévoiler* a également été examinée. La tendance générale indique que cette capacité joue un rôle favorable.

Néanmoins, nous n'avons pas d'indication précise quant à la nature et l'ampleur du dévoilement.

Conclusion

Beutler, *et al.* (2003) dressent le constat que ce qui était efficace, ce n'était pas une technique mais un ensemble de techniques combinées. Enfin, on a pu conclure que les modèles théoriques surévaluent les effets de leurs techniques spécifiques.

Les études sur les processus spécifiques aux thérapies familiales

Sexton, *et al.* (2003) ont identifié 20 études contrôlées dont l'objectif était d'isoler et d'évaluer les pratiques thérapeutiques plus spécifiques aux thérapies familiales et susceptibles de faciliter des changements positifs. Six facteurs (médiateurs) ont été abordés et semblent liés à de meilleurs résultats thérapeutiques.

L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est surtout définie ici en termes de recherche de collaboration des familles. L'étude rapportée concernait des familles avec un adolescent abusant de drogue. Les résultats indiquent que l'alliance thérapeutique était meilleure

lorsque le thérapeute entrait en alliance avec l'adolescent. A nouveau, ce résultat rejoint l'intuition de nombreux cliniciens comme Minuchin qui insiste sur le concept de *« joining »* en début de thérapie. L'étude de Coatsworth, *et al.* (2001) citée plus haut indique que la construction d'une alliance peut devenir la cible prioritaire avec les familles réputées « résistantes ».

Le recadrage du problème

Lors de la première séance, les personnes débarquent généralement avec une « théorie » de leur problème. Cette théorie se présente souvent sous la forme d'une explication causaliste qui enferme généralement l'un ou l'autre membre de la famille dans une étiquette et fige les opportunités de changement. Il semble que le fait de recadrer le problème – c'est-à-dire d'amener les personnes à envisager celui-ci sous un angle nouveau – serait lié à de meilleurs résultats. Il semble que ce recadrage soit d'autant plus facile qu'il se produit tôt (si possible lors de la première séance). Le fait d'inviter les membres de la famille à considérer le problème sous de multiples perspectives semble produire ce recadrage. Ceci rejoint également l'intuition de nombreux systémiciens qui ont insisté sur le recadrage. Songeons à la technique du recadrage du modèle de Palo Alto, à la connotation positive de Selvini ou à la redéfinition du problème chez Andolfi.

La réduction des interactions négatives au cours des séances

La réduction des interactions négatives au cours des séances semble corrélée avec une verbalisation plus facile et des attitudes moins défensives chez les membres de la famille. Ce résultat paraît logique car on imagine difficilement que des familles soient très motivées à suivre une thérapie qui se transformerait en un règlement de comptes perpétuel. La prise en compte de la réactivité émotionnelle du système familial, notamment via le concept d'« Emotions exprimées », constitue un exemple significatif. Dans ces familles, les critiques hostiles et la surimplication constituent autant de freins à la thérapie familiale. Ces attitudes deviendront donc la cible prioritaire en début de traitement.

La résolution d'impasses

Ce facteur n'est guère différent du précédent, mais il apporte des nuances intéressantes. Par exemple, le fait de passer d'une perspective focalisée sur le problème à une perspective focalisée sur la recherche de solution, permettait de distinguer après coup les « réussites » des « échecs ». L'étude indique aussi que le fait de passer d'une problématique de contrôle à une lecture relationnelle facilitait les choses. Ces résultats semblent donner raison aux prémices théoriques de la thérapie « orientée sur la solution ».

L'amélioration des interactions et des compétences entre les séances

Il ne suffit pas de mettre fin aux interactions négatives – comme les principes précédents le suggèrent –, encore faut-il proposer des interactions positives à leur place. Ainsi, le fait d'améliorer la communication et les interactions au sein de la

famille constitue un facteur d'amélioration essentiel. En particulier, il existerait une relation entre les améliorations au niveau des interactions familiales et les résultats thérapeutiques dans des situations avec des adolescents abusant de drogues.

L'adhésion au traitement

Un autre facteur, plus surprenant, est au rendez-vous. Il semble que les résultats soient d'autant meilleurs que le thérapeute adhère au modèle qu'il est censé appliquer. Une forte adhérence prédit une issue thérapeutique favorable alors qu'une faible adhérence prédit une issue thérapeutique défavorable. Par exemple, les adolescents sont moins fréquemment incarcérés et ont moins tendance à fréquenter leurs pairs délinquants lorsque le thérapeute adhère à son modèle d'intervention.

Sexton, *et al.* (2003) ne donnent aucune interprétation de ce résultat. Nous pensons que l'adhésion garantit une forme de cohérence dans le traitement (Hendrick, 2007). Cette posture pourrait être particulièrement profitable dans des familles avec des adolescents délinquants qui se caractérisent précisément par des comportements assez souvent incohérents. Ce résultat plaide aussi en faveur de l'élaboration de manuels de thérapie.

Conclusion

A nouveau, ces conclusions doivent être tempérées. En effet, la plupart des résultats sont issus d'études qui concernaient des populations très spécifiques, par exemple, des sujets toxicomanes inclus dans un programme d'intervention familiale.

Toutefois, ces travaux confirment un certain nombre de principes préconisés par la plupart des approches systémiques – par exemple, le recadrage du problème – mais aussi par les approches comportementales – par exemple, la réduction des interactions négatives au cours de séances. Enfin, un principe comme la nécessité de créer une alliance thérapeutique constitue un facteur commun à la plupart des courants.

Conclusion

Les thérapies intégratives d'inspiration systémique se présentent clairement comme les héritières des courants systémiques classiques, en particulier les approches structurales et stratégiques. Or, les travaux issus de ce courant ont enfin permis d'établir le bien-fondé de bon nombre de concepts et de principes systémiques.

Si ces modèles ont d'abord émergé aux Etats-Unis, on assiste à des efforts similaires en Europe. Citons par exemple, dans le champ des approches spécifiques, les travaux de Cook-Darzens (2002) à propos des troubles alimentaires ou du groupe Maudsley à Londres.

Néanmoins, ces études ont également montré :

- La nécessité de développer des approches spécifiques adaptées à des problématiques ou à des pathologies spécifiques.
- L'ouverture vers les travaux concernant l'étiologie ainsi que l'étude des facteurs de risque et de protection afin de connaître les paramètres sur lesquels il y a lieu d'agir en priorité.

- L'importance d'une ouverture du paradigme systémique vers d'autres modèles.
- L'intérêt d'une évaluation rigoureuse des effets, des processus et de nombreuses variables modératrices.
- L'importance du soin à donner à la formation et à l'implémentation du modèle dans de nouveaux contextes.

Un certain nombre de questions subsistent néanmoins.

Approches éclectiques ou intégrées

Les résultats que nous venons d'examiner indiquent clairement l'intérêt pour chaque modèle d'intégrer certaines pratiques issues d'autres approches. Selon nous, toutefois, intégration et éclectisme sont deux démarches assez différentes.

L'éclectisme vise à dresser un catalogue de techniques « ayant fait leurs preuves » dans le cadre des divers modèles dont elles sont issues, et ambitionne de les juxtaposer sans toutefois chercher à établir la cohérence d'ensemble. La programmation neurolinguistique constitue un exemple parmi d'autres.

L'autre démarche – l'intégration – est d'une tout autre nature. Il s'agit ici de profiter de certaines méthodes, techniques ou procédures ayant démontré leur efficacité tout en cherchant à les relier à un noyau épistémologique de référence. Premièrement, il s'agit d'intégrer avant tout des principes et non des techniques. Par ailleurs, l'approche intégrative ne perd jamais de vue l'esprit qui gouverne les stratégies thérapeutiques. Par exemple, la réduction des interactions négatives au cours de séances – principe issu des modèles comportementaux – s'associe harmonieusement avec des principes systémiques tels que l'arrêt des tentatives de solution (modèle de Palo Alto), le blocage des patterns interactionnels répétitifs (modèle structural) ou le renforcement de patterns interactionnels positifs déjà présents (modèle de Shazer).

Approches spécifiques ou généralistes

Les modèles qui viennent d'être décrits sont spécifiques car ils s'adressent à des problématiques ciblées. Ces problématiques s'avèrent par ailleurs sévères, chroniques et très complexes. Ceci exige une prise en charge *multifactorielle* (famille, école, quartier, institutions de soins ou de justice). Elles exigent également des prises en charge *pluridisciplinaires* : thérapie familiale et individuelle, accompagnement social et juridique, traitement médical.

De telles approches ne sont toutefois pas toujours nécessaires parce que la problématique à l'origine de la demande est plus diffuse et/ou présente une gravité – relative – plus modérée et/ou l'impact sur l'écosystème est plus limité. Ces situations relèvent, selon nous, d'approches plus généralistes.

Cette distinction entre approches spécifiques ou généralistes présente toutefois un inconvénient : l'impossibilité, dans un cadre généraliste, de mener des études contrôlées. Mais comme nous l'avons indiqué auparavant, les études contrôlées de type RCT ne constituent pas la seule modalité possible d'évaluation (Hendrick,

2009)[8]. Des efforts sont désormais entrepris par divers cliniciens pour valider les traitements via des protocoles « quasi expérimentaux » encore appelés « études d'efficacité réelle » par Pinsof et Wynne (2000) ou « contrôles de qualité » par d'autres. A titre d'exemple, citons l'étude de Conoley, *et al.* (2003) concernant la thérapie orientée solution ou encore notre propre étude concernant les thérapies brèves systémiques (Hendrick, 2005).

Par ailleurs, la notion de « bonne pratique » de la thérapie invite le clinicien à s'informer en continu des apports de la recherche (Hendrick, 2009). Ainsi, les résultats des travaux de Eisler cités ci-dessus concernant l'anorexie permettent de poser des indications très fines concernant le type de thérapie qu'il faut préconiser : thérapie individuelle, thérapie familiale « séparée » ou thérapie familiale « classique ». Ce type d'étude ne peut donc plus être ignoré.

Il importe que le champ systémique se restructure autour de ces avancées récentes afin de proposer aux usagers des approches dont on connaît l'efficacité. L'ambition est aussi de proposer aux pouvoirs publics des réponses valides et efficaces aux défis du champ de la santé mentale du XXI^{e} siècle. A titre accessoire, ces études devraient permettre d'aider les thérapeutes familiaux systémiciens à mieux légitimer la place qu'ils entendent prendre dans le champ clinique.

Approches fondées sur le diagnostic ou sur d'autres variables

Le choix des approches thérapeutiques s'est longtemps appuyé sur le seul diagnostic. Bon nombre de manuels proposent des protocoles spécifiques pour chaque pathologie. Les travaux que nous venons d'explorer, en particulier ceux d'Eisler, *et al.* (1997), indiquent que d'autres facteurs doivent être pris en compte. En particulier certaines variables modératrices comme l'âge du premier épisode, la durée de la maladie ou encore la personnalité des patients – par exemple introvertis ou extravertis – et, bien entendu, le style familial.

Ces éléments plaident avec force en faveur des processus d'évaluation des psychothérapies et, à titre subsidiaire, sur la nécessité de former les futurs thérapeutes aux techniques et méthodes d'évaluation.

Stephan Hendrick
67, Chemin du Champ de Mars
7000 Mons, Belgique
stephan.hendrick@skynet.be

[8] Voir notre article « Problématique et méthodologies de l'évaluation des psychothérapies », dans le même numéro de la présente revue.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alexander J.F., Robbins M., Sexton T. (2001) : The Developmental Evolution of Family Therapy, *in* Liddle, A. H., Santisteban, D.A., Levant, R.F., Bray, J.H. (2001) : *Family Psychology. Science-based intervention,* American Psychological Association, Washington.
2. Baucom D.H., Shoham V., Mueser K.T., Daiuto A.D., Stickle T.T. (1998) : Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems, *J. Consult Clin Psy.*, 66, 53-88.
3. Beutler L.E., Malik M., Alimohamed S., Harwood T.M., Talebi H., Noble S., Wong E. (2003) : Therapist variables, *in* Bergin A.E., Garfield L. : *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, John Wiley & Sons, Inc.
4. Coatsworth J.D., Santisteban D.A., McBride C.K., Szapocznik J. (2001) : Brief Strategic Therapy versus Community Control : Engagement, Retention, and an Exploration of Moderating Role of Adolescent Symptom Severity, *Family Process,* 40, 3, 313-332.
5. Conoley C.W., Graham J.M., Neu T., Craig M.C., O'Pry A., Cardin S.A., Brossart D.F., Parker, R.I. (2004) : Solution-Focused Family Therapy With Three Aggressive and Oppositional-Acting Children : An N = 1 Empirical Study, *Family Process*, 42, 3, 361-374
6. Cook-Darzens S. (2002a) : La thérapie familiale : de la multiplicité à l'intégration, *Pratiques psychologiques*, 11, 169-183.
7. Cook-Darzens S. (2002b) : *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique*, Dunod, Paris.
8. De Shazer S. (1996) : *Différence. Changement et thérapie brève*, Satas, Bruxelles.
9. Dunn R.L., Schwebel A.I. (1995) : Meta-analytic review of marital therapy outcome research, *Journal of Family Psychology*, 9, 1, 58-68.
10. Eisler I., Dare C., Russel G.F.M., Szmukler G., Le Grange D., Dodge E. (1997) : Family and individual therapy in anorexia Nervosa. A five year follow-up, *Arch Gen Psychiatry*, 54 : 1025-1030.
11. Elliott D.S. (1998) : Editor's introduction, *in* Elliott D. (Series Ed.), Book Three : *Blueprints for violence prevention*, Venture Publishing, Golden CO and C & M Press, Denver, CO.
12. Frank J. (1985) : Therapeutic components shared by all psychotherapies, *in* Mahoney M.J., Freeman A. (Eds.) : *Cognition and psychotherapy*, Plenum Press, New York & London.
13. Gingerich W.J., Eisengart S. (2000) : Solution-Focused Brief Therapy : A review of the Outcome Research, *Family Process*, 39, 477-498.
14. Goldman A., Greenberg L. (1992) : Comparison of Integrated Systemic and Emotionally Focused Approaches to Couple Therapy, *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 6, 962-969.
15. Gordon D.A., Arbuthnot J., Gustafson K., McGreen, P. (1988) : Home-based behavioral systems family therapy with disadvantaged juvenile delinquents, *American Journal of Family Therapy*, 16, 243-255.
16. Haley J. (1976) : *Problem-solving therapy.* Jossey-Bass, San Francisco, CA.
17. Hendrick S. (2002) : Les émotions exprimées. Le point de la recherche et son apport à la théorie familiale systémique, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux,* 29*,* 139-166*,* De Boeck, Bruxelles.
18. Hendrick S. (2007) : Un modèle de thérapie brève systémique, *Thérapie Familiale*, 28, 2, 121-138.
19. Hendrick S. (2009) : Problématique et méthodologies de l'évaluation des psychothérapies, *Thérapie Familiale*, 30, 2, 147-165.
20. Henggeler S.W., Pickrel S.G., Brondino M.J. (1999) : Multisystemic treatment of substance abusing and dependent délinquents : Outcomes, treatment fidelity and transportability, *Mental Service Research*, 1, 171-184.
21. Liddle H.A., DAKOF G.A. (2002b) : A randomized controlled trial of intensive outpatient, family-based therapy vs residential drug treatment for co-morbid adolescent drug abusers, *Drug and Alcohol Dependance*, 66, S2-S202, S103.

22. Liddle H.A. (2002a) : *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users*, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Vol. 5. DHHS Publication No. (SMA) 02 -3660. Rockville, MD : Center for Substance Abuse Treatment.

23. Liddle H.A. (2004) : Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use : research contributions and future research needs, *Addiction*, 99 (Suppl 2), 76-92.

24. Minuchin S., Fishman H.C. (1999) : *Family Therapy Techniques,* Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts. (5e éd., B. L., Liebman., 1re éd en 1988).

25. Minuchin S., Baker L., Rosman R, Milman L., Todd, 1.C. (1975) : A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy, *Archives General Psychiatry,* 32, 1031-1038.

26. Nardone G. (1996) : *Peur, panique, phobies. Un modèle de stratégie brève pour une résolution rapide des problèmes,* L'Esprit du temps, Bordeaux.

27. Pinsof, W.M. & Wynne, L.C. (1995b), *Family therapy effectiveness. Current Research and Theory.* Washington : American Association for Marriage and Family Therapy.

28. Pinsof, W.M., Wynne, L.C. (2000) : Toward progress research : closing the gap between family therapy practice and research, *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 4, 1-8.

29. Sandberg J.G, Johnson L.N., Dermer S.B., Gfeller-Strouts L.L., Seibold J.M., *et al.* (1997) : Demonstrated efficacy of models of marriage and family therapy : an update of Gurman, Knisker and Pinsof's chart, *Am. J. Family Therapy*, 25, 121-137.

30. Santisteban, D.A., Coatsworth D., Perez-Vidal A., Mitrani V., Jean-Gilles M., Szapocznik J. (1997) : Brief structural/strategic family therapy with African American and Hispanic high-risk youth, *Journal of Community Psychology*, 25, 5, 453-471.

31. Santisteban D.A., Coatsworth D., Perez-Vidal, Kurtines W.M., Schwartz S.J., LaPerriere A., *et al.* (2003) : The efficacy of brief strategic/structural family therapy in modifying behavior problems and exploration of the mediating role that family functioning plays in behavior change, *J. of Family Psychology*, 17, 121-133.

32. Santisteban D.A., Morales L.S., Robbins M.S., Szapocznik J. (2006) : Brief Strategic Therapy : Lessons Learned in Efficacy Research and Challenges to Blending Research and Practise, *Family Process,* 45, 2, 259-271.

33. Selvini M., Selvini Palazzoli M., Allegra G., Babando R., Basile P., Bedarida L., Gogliani A., Mancini A., Panico D., Pasin E,. Serra T. (1993) : Comment se portent les anorexiques traitées par Mara Selvini Palazzoli et ses équipes entre 1971 et 1987 ? Une étude quantitative sur les résultats de la psychothérapie familiale, *Thérapie familiale*, Genève, 2003, 24, 4, 381-402.

34. Sexton T.L., Alexander J.F. (2002) : Functional family therapy : An empirically supported family based interventions model for risk adolescents and their families. Wiley Series in Couples and Family dynamics and Treatment, *Comprehensive handbook of Psychotherapy.* Volume II : *Cognitive/behavioral/functional* (Patterson T, Ed.), John Wiley & Sons, New York.

35. Sexton T.L., Alexander J.F., Mease A.L. (2003a) : Levels of Evidence for the Models and Mecanisms of Therapeutic Change in Family and Couple Therapy, *in* Bergin A.E., Garfield L. (2003) : *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, John Wiley & Sons, Inc., New York.

36. Sexton T.L., Weeks G.R., Robbins M.S. (2003b) : *Handbook of Family Therapy*, Brunner-Routledge, New York.

37. Shadish W.R., Ragsdale K., Glaser R.R., Montgomery L.M. (1995) : The efficacy and effectiveness of marital and family therapy : A perspective from meat-analysis, *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 345-360.

38. Szapocznik J., Coatsworth D. (1999) : An ecodevelopmental framework for organizing the influences on drug abuse : A developmental model of risk and protection, *in* Glantz M.D., Hartel C.R. (Eds.) : *Drug abuse : Origins & Interventions* (pp. 331-366), American Psychological Association, Washington, DC.

39. Szapocznik J., Kurtines W., Foote F., Perez-Vidal A., Hervis O. (1983) : Conjoint versus one-person family therapy : some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 6, 889-899.

40. Szapocznik J., Rio A., Murray E., Cohen R., Scopetta M.A., Rivaz-Vasquez, A., *et al*. (1989) : Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 961-970.

41. Szapocznik J., Scopetta M.A., Aranalde M.A., Kurtines W.M. (1978) : Cuban value structure : Clinical implications, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 5, 961-970.

42. Waldron H. (1997) : Adolescent substance abuse and family therapy outcome. A review of randomized trials, *in* Ollendick T.H., Prinz R.J. (Eds.) : *Advances in Clinical Child Psychology,* 19, 199-234, Plenum Press, New York.

43. Weakland J.H., Fisch R., Watzlawick P., Bodin A.M. (1974) : Brief Therapy : Focused Problem Resolution, *Family Process*, 13, 2.