



Thérapie multi systémique¹

Della Knoke

Cette fiche d'information décrit la thérapie multi systémique (TMS) et présente ce que la recherche révèle concernant son efficacité auprès des jeunes qui ont de graves problèmes de comportement.

Qu'est-ce que la thérapie multi systémique?

La TMS est une intervention intensive à court terme offerte à domicile et dans la communauté à des jeunes et à des familles dysfonctionnelles. À l'origine, cette thérapie a été mise en œuvre pour diminuer les comportements criminels et antisociaux chez les jeunes qui avaient des démêlés avec la justice, mais on a étendu son utilisation à ceux qui manifestent une série de problèmes de comportement graves et qui sont à risque de placement hors de leur domicile familial. Les objectifs des interventions MST sont les suivants :

- améliorer le fonctionnement familial (p. ex., améliorer la communication, la résolution de conflit, les relations maritales et les relations parent-enfant);
- diminuer les affiliations antisociales et cultiver des relations pro sociales avec les pairs;
- promouvoir les compétences scolaires et sociales à l'école; et
- surmonter les obstacles aux changements (p. ex, les problèmes de santé mentale non traités de la personne qui s'occupe de l'enfant, un niveau de stress élevé, des habiletés parentales déficientes).

La prémisse centrale de la TMS est que le comportement problématique des jeunes est le produit de nombreux facteurs qui interagissent dans divers domaines de la vie.² La recherche appuie cette prémisse. En effet, on a découvert qu'une variété de facteurs

présents dans l'environnement social du jeune influence sa décision d'adopter ou non des comportements antisociaux ou délinquants. La TMS est centrée sur la modification des déterminants des comportements antisociaux des jeunes et cible de multiples sphères d'influence y compris la famille, les pairs, l'école, le quartier et la communauté. Elle a été mise au point pour pallier les limites en matière de services de justice pour les jeunes.³ Par exemple, les études ont permis de découvrir que les interventions offertes dans les bureaux ou dans les milieux résidentiels (p. ex., dans les unités de soins en milieu fermé ou en incarcération) avaient des répercussions limitées sur le comportement lorsque le jeune retournait à la maison.⁴

La TMS repose sur un principe important, à savoir le rôle central joué par la famille en ce qui a trait aux soins destinés au jeune, à son développement et au changement comportemental. En effet, la famille joue un rôle actif dans le développement et la surveillance des objectifs de traitement. La TMS est conçue pour permettre aux familles de gérer la situation efficacement si leur jeune est en crise, et pour fournir aux jeunes et aux familles des techniques et du soutien afin de diminuer le risque de récurrence des crises. En d'autres termes, la TMS vise à modifier les conditions qui font courir un risque aux jeunes lorsqu'ils habitent avec leur famille plutôt qu'à les retirer pour les placer dans d'autres milieux afin de traiter les facteurs de risque.

La TMS ne fait pas appel à une série de techniques d'intervention uniques, elle intègre plutôt plusieurs stratégies d'intervention issues des thérapies cognitives, comportementales et familiales. Les interventions sont conçues sur mesure pour cibler les zones d'influence particulières de chaque jeune et des stratégies supplémentaires ayant trait à

CENTRES D'EXCELLENCE POUR LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS

La protection et le bien-être des enfants

d'autres modèles de traitement centré sur les problèmes peuvent être intégrées au besoin. On peut aussi faire appel au personnel scolaire, à des spécialistes médicaux et à d'autres ressources communautaires pour aider le jeune et sa famille à effectuer des changements positifs et à les maintenir.

Quelle est la différence entre la TMS et les autres interventions?

La thérapie individuelle est centrée sur le traitement des problèmes chez les jeunes eux-mêmes. En revanche, la TMS aborde les aspects relatifs au domicile et à la communauté qui contribuent à déclencher et maintenir les modèles de comportement problématique. La TMS et les modèles d'intervention complémentaires sont semblables en ce sens qu'ils insistent sur les approches communautaires, individualisées et centrées sur la famille pour résoudre les problèmes des jeunes. Les deux s'efforcent d'améliorer et d'augmenter le recours aux ressources de soutien dans l'environnement naturel du jeune. Cependant, ces modèles comportent des différences importantes. La TMS est intensive et limitée dans le temps. Les conseillers qui utilisent cette forme de thérapie s'occupent d'un petit nombre de cas et sont disponibles pour les familles sept jours sur sept, 24 heures sur 24. Ils peuvent avoir des contacts quotidiens avec les familles selon la situation et les besoins de chacune. L'intervention est offerte au domicile familial et dure normalement de quatre à six mois, les familles recevant entre 40 et 60 heures de service pendant ce temps.⁵ En revanche, les modèles complémentaires coordonnent et mobilisent les services communautaires et le soutien informel pour créer un système de soins qui sera en place aussi longtemps qu'il sera nécessaire. En d'autres termes, les modèles complémentaires visent à établir un lien entre les familles et les ressources disponibles plutôt qu'à offrir un ensemble particulier d'interventions cliniques qui demandent des conseillers spécialement formés, comme c'est le cas pour la TMS.

La TMS est-elle efficace?

L'examen de la recherche sur les TMS indique que les jeunes qui bénéficient de cette thérapie améliorent davantage leurs résultats que ceux qui reçoivent une thérapie individuelle ou « des services habituels » (c.-à-d. les traitements généralement offerts par des programmes communautaires, judiciaires, de protection de l'enfance ou hospitaliers).^{6,7,8,9} Par exemple, les chercheurs ont découvert que le taux de nouvelles arrestations et de consommation de substance des jeunes qui avaient des démêlés avec la justice et qui

avaient suivi une TMS était moins élevé, qu'ils commettaient moins d'infractions, et qu'ils avaient moins d'affiliations délinquantes avec leurs pairs que ceux qui avaient reçu un autre type d'intervention. Certaines études indiquent que les jeunes qui suivent une TMS sont moins susceptibles d'être incarcérés que ceux qui reçoivent d'autres formes de traitement. Chez les jeunes qui adoptent des comportements criminels par la suite, les infractions commises par ceux qui ont suivi une TMS sont moins graves et les périodes d'incarcération sont plus courtes comparés aux autres. La TMS améliore aussi les relations familiales et la cohésion au sein de la famille. Bien que moins d'études aient porté sur le recours à la TMS chez les jeunes qui ont de graves problèmes affectifs et comportementaux, les chercheurs rapportent des résultats positifs. Selon la recherche, les jeunes qui vivent des crises nécessitant des soins psychiatriques d'urgence et qui suivent une TMS peuvent ressentir moins de détresse psychologique, avoir moins de problèmes de comportement et connaître moins d'hospitalisations pour des crises subséquentes que les jeunes hospitalisés qui reçoivent un traitement psychiatrique.

La recherche sur les avantages à long terme de la TMS est contradictoire. Certaines études ont démontré que les résultats des jeunes continuent à s'améliorer au cours des années qui suivent la thérapie comparés à ceux des jeunes qui bénéficient d'autres interventions. Les autres études ont permis de découvrir que les avantages de la TMS sont les plus élevés immédiatement après le traitement et qu'il y a peu de différences entre la TMS et les autres interventions dans les mois et les années qui suivent la fin du traitement.

Plusieurs études ont déterminé que la TMS était « une intervention prometteuse » en matière de maltraitance envers les enfants. Elles s'appuyaient sur les résultats d'une étude publiée en 1987 portant sur 33 familles qui avaient infligé mauvais traitements aux enfants ou qui avaient fait preuve de négligence envers eux.¹⁰ Cette étude montrait qu'immédiatement après le traitement, les familles qui avaient infligé de mauvais traitements et qui bénéficiaient de la TMS amélioraient davantage leurs relations parent-enfant que celles qui recevaient une formation sur l'art d'être parent. Cependant, il n'y a pas eu d'évaluation de suivi pour déterminer si ces différences se maintenaient à long terme. Le taux de placement à l'extérieur du domicile familial n'a pas été étudié. Une autre étude effectuée en Norvège¹¹ a comparé les résultats de jeunes « sérieusement antisociaux » qui recevaient une TMS avec ceux qui bénéficiaient de services de protection de l'enfance (en Norvège, les jeunes de moins de 18 ans qui

commettent des actes criminels sont desservis par les services de protection de l'enfance plutôt que par le secteur de la justice). À la fin du traitement, les jeunes qui avaient reçu une TMS manifestaient de plus grandes améliorations comportementales et passaient moins de temps placés hors de leur domicile familial que ceux qui avaient reçu des services de protection de l'enfance. Ces études suggèrent que la TMS peut avoir des effets bénéfiques pour les familles desservies par les services de protection de l'enfance. Cependant, en général, la quantité de recherche actuellement disponible est insuffisante pour certifier que la TMS est efficace pour ces familles.

La plupart des recensions ont conclu que la TMS est un modèle de traitement efficace ou « probablement efficace » pour les jeunes qui éprouvent de sérieux problèmes de comportement.¹² Cependant, d'après une recension systématique,¹³ peu de données probantes appuient la conclusion selon laquelle la TMS est supérieure aux autres formes d'intervention destinée aux jeunes qui ont de graves problèmes de comportement. Une recension systématique combine les résultats de nombreuses études bien conçues afin d'évaluer à quel point l'abondante recherche indique qu'une intervention est efficace. La recension systématique sur la TMS, qui est disponible [ici](#), est centrée sur les études aléatoires contrôlées qui comprennent des évaluations de suivi des jeunes et de leur famille au moins un an après la fin du traitement. Sept des huit études qui faisaient partie de la recension systématique étaient basées sur des jeunes qui avaient un comportement antisocial ou sur ceux qui avaient des démêlés avec la justice. Une étude portait sur l'utilisation de la TMS pour les jeunes qui vivaient des crises nécessitant des soins psychiatriques.

Les chercheurs qui ont examiné l'ensemble des résultats de ces recherches n'ont pas trouvé de différences en matière de résultat de traitement entre les jeunes qui avaient suivi une TMS et ceux qui avaient bénéficié d'autres types de traitement. Par exemple, il n'y avait pas de différences en ce qui a trait à la proportion de jeunes contrevenants incarcérés ni en ce qui concerne la durée de l'incarcération dans l'année qui suivait l'intervention. Le nombre moyen d'arrestations et de condamnations, de comportements délinquants autorapportés, la consommation de substances, et le nombre de problèmes de comportement des jeunes rapportés par les intervenants et les enseignants étaient similaires. Les familles qui avaient suivi la TMS et celles qui recevaient d'autres formes de traitement avaient des résultats semblables en ce qui a trait aux mesures de fonctionnement familial (p. ex., cohérence familiale et adaptabilité).

Les chercheurs qui étudiaient les jeunes qui vivaient des épisodes nécessitant des soins psychiatriques urgents ont trouvé que ces derniers étaient moins souvent hospitalisés immédiatement après avoir suivi une TMS que ceux qui avaient reçu un traitement à l'hôpital. Cependant, la proportion de jeunes hospitalisés et leur durée de séjour étaient comparables dans l'année suivant le traitement. En résumé, en combinant les résultats de plusieurs études, les chercheurs ont découvert que la TMS était efficace, mais pas significativement plus que les autres traitements dispensés.

Résumé

La TMS consiste à offrir des interventions cliniques intensives, individualisées et à court terme à des jeunes et à leur famille perturbés. Cette forme de thérapie a été dispensée à des jeunes référés par le secteur de la justice, surtout à ceux qui courraient un risque de placement dans des établissements destinés aux jeunes, et elle a fait l'objet d'études plus considérables dans ce cadre. Les principaux objectifs de la TMS sont d'améliorer le fonctionnement familial et de permettre aux familles de faciliter les changements comportementaux positifs chez leurs enfants et de les soutenir. Les services sont offerts au domicile de la famille et dans la communauté où elle réside afin de s'attaquer aux caractéristiques de l'environnement social des jeunes qui contribuent au comportement problématique et qui l'entretiennent. D'après plusieurs études, les jeunes qui ont de graves problèmes comportementaux obtiennent de meilleurs résultats avec la TMS qu'avec d'autres interventions. Ces recensions ont donné beaucoup de crédit à la TMS comme modèle de traitement particulièrement efficace. Cependant, une recension systématique des études sur la TMS n'a pas appuyé cette conclusion. Bien que la recension systématique montre que certaines études rapportaient des effets positifs, elle indique aussi que ces études ne rapportaient pas de meilleurs résultats de façon systématique. Les chercheurs ont recommandé de procéder à des recherches supplémentaires avant de conclure que la TMS est supérieure aux autres interventions pour les jeunes qui ont de graves problèmes de comportement.

-
- 1 Ce feuillet d'information a été revu par des pairs experts du domaine de la protection de l'enfance.
 - 2 Potter, D. et Mulkern, V. (2004). *Multisystemic Therapy: Issue Brief*. Prepared for Rutgers Center for State Health Policy. Consulté le 6 novembre 2008 à : <http://www.cshp.rutgers.edu/TACCMSconfPapers/SEDBriefVI.pdf>

- 3 Weiss, B., Catron, T., Han, S., Harris, V., Caron, A. et Ngo, V. (2004). *An Independent Evaluation of Multisystemic Therapy (MST)*. Center for Psychotherapy Research & Policy, Vanderbilt University.
- 4 Burns, B. J., Schoenwald, S. K., Burchard, J., Faw, L. et Santos, A. B. (2000). Comprehensive community-based interventions for youth with severe emotional disorders: Multisystemic Therapy and the wraparound process. *Journal of Child and Family Studies*, 9(3), 283–314.
- 5 Ibid.
- 6 Borduin, C. M., Schaeffer, C. M. et Ronis, S. T. (2003). Multisystemic treatment of serious antisocial behavior in adolescents. Dans C. A. Essau (Ed.), *Conduct and oppositional disorders in children and adolescents: Epidemiology, risk factors, and treatment* (pp. 299–318). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- 7 Burns, B. J., Schoenwald, S. K., Burchard, J., Faw, L. et Santos, A. B. (2000). Comprehensive community-based interventions for youth with severe emotional disorders: Multisystemic Therapy and the wraparound process. *Journal of Child and Family Studies*, 9(3), 283–314.
- 8 Curtis, N. M., Ronan, K. R. et Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411–419.
- 9 Potter, D. et Mulkern, V. (2004). *Multisystemic Therapy: Issue Brief*. Prepared for Rutgers Center for State Health Policy. Consulté le 6 novembre 2008 à : <http://www.cshp.rutgers.edu/TACCMSconfPapers/SEDBriefVI.pdf>
- 10 Brunk, M., Henggeler, S. W. et Whelan, J. P. (1987). A comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 311–318.
- 11 Ogden, T. et Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9 (2), 77–83.
- 12 Littell, J.H. (2005). Lessons from a systematic review of effects of multisystemic therapy. *Children and Youth Services Review*, 27,445–63.
- 13 Littell, J. H., Popa, M. & Forsythe, B. (2005). *Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10–17*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Consulté le 6 novembre 2008 à : http://db.c2admin.org/doc-pdf/Mst_Littell_Review.pdf

Au sujet de l'auteure : Della Knoke a un doctorat en travail social et est fonctionnaire.

Référence suggérée : Knoke, D. (2008). *La thérapie multi systémique*. Fiche de renseignements du CEPB #69F. Toronto, ON, Canada: Faculté de service social Factor Inwentash, Université de Toronto.

Les fiches de renseignements du CEPB sont produites et distribuées par le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants afin de rendre accessible la recherche canadienne en matière de bien-être et de protection de l'enfance.

Le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants (CEPB) est l'un des Centres d'excellence pour le bien-être des enfants financés par l'Agence de santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne représentent pas nécessairement la politique officielle des bailleurs de fonds du CEPB.

Ce feuillet d'information peut être téléchargé à : www.cecw-cepb.ca/fr/infosheets