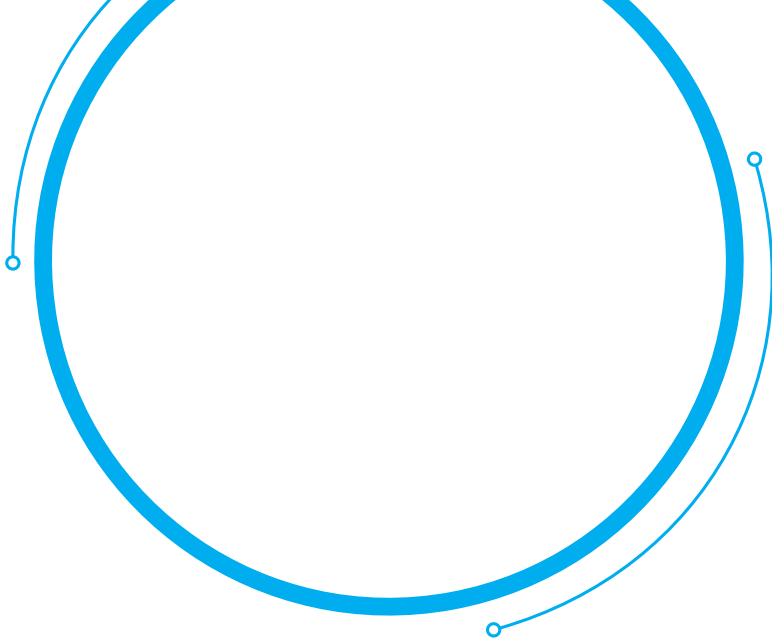




Centre jeunesse
de Québec

Institut universitaire

RACONTEZ-MOI : à propos de l'intervention brève et intensive de crise auprès des familles



Direction scientifique
© Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire



RACONTEZ-MOI :

à propos de l'intervention brève et intensive de crise auprès des familles

Au cours des cinq dernières années, différents programmes d'intervention brève et intensive de crise ont été conçus et implantés dans les CSSS du Québec. Ces nouveaux programmes répondent aux « Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-service Jeunes en difficulté » énoncées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (2007) qui recommandent la mise sur pied de programmes d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu dans tous les CSSS du Québec (Fiche 5).

Ces programmes doivent viser de multiples objectifs :

- résoudre la crise et outiller la famille pour prévenir d'autres crises;
- éviter un placement, particulièrement un placement en urgence;
- prévenir un premier signalement en protection de la jeunesse;
- écourter une intervention en protection de la jeunesse ou prévenir la récurrence d'une situation de compromission;
- développer ou consolider les compétences et les habiletés liées à l'exercice du rôle parental;
- permettre aux jeunes d'adopter les comportements adéquats sur les plans personnel et social dans une perspective de maintien dans leur milieu de vie.

Au fil de l'implantation de ces programmes, des succès ont été obtenus et des difficultés ont été rencontrées. Des défis ont été relevés, d'autres persistent années après années. Des observations, des constats ont été faits, une expérience clinique propre à ce type d'intervention s'est développée. Certains programmes obtiennent de bons résultats, mais l'évidence reste à démontrer. Des familles ont bénéficié de ces programmes, d'autres moins. Des intervenants ont développé des outils originaux pour intervenir auprès des familles et des jeunes, mais ces pratiques novatrices ont peu d'occasions d'être partagées. Certains programmes ont fait l'objet d'évaluation par des chercheurs, mais plusieurs programmes prometteurs bénéficieraient et bénéficieraient sûrement d'une démonstration de leurs effets au cours des prochaines années.

Dans le cadre de cette publication, nous proposons de faire une place à tous ces acteurs de l'intervention auprès des jeunes et des familles en situation de crise : gestionnaires, intervenants, familles, jeunes et chercheurs. L'objectif est de contribuer au développement des connaissances dans ce domaine particulier de l'intervention. Différents textes pourront être proposés : des résumés d'articles ou de méta-analyses, des résultats de recherches, des résultats de mémoires de maîtrise et de thèses de doctorat, des réflexions concernant l'implantation de ces programmes dans les CSSS, des résultats d'études évaluatives, des réflexions critiques, des témoignages d'intervenants, de familles ou de jeunes.

Animée par la Direction scientifique du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, cette publication sera acheminée par voie électronique, en octobre et en avril de chaque année, aux équipes qui interviennent en situation de crise. Son contenu pourra également être repris dans diverses autres plates-formes de diffusion. Si un projet de texte vous vient en tête, je vous invite à le soumettre par voie électronique à Geneviève Dionne (genevievedionne.cj03@ssss.gouv.qc.ca) qui vous guidera dans sa rédaction et pourra en planifier la publication. Un comité composé de chercheurs et d'intervenants procédera à l'évaluation des textes et proposera des corrections s'il y a lieu. Afin de présenter une information synthétique, diversifiée, riche, rigoureuse, utile et efficace, les textes ne devront pas dépasser trois pages à simple interligne.

Dans le cadre de ce premier numéro, nous présentons le résumé de deux méta-analyses : la première porte sur les facteurs communs en thérapie conjugale et familiale et l'autre sur l'efficacité de la thérapie conjugale et familiale. Le choix de ces deux premiers textes se justifie principalement par le fait que l'intervention familiale est au cœur de ces programmes. Nous espérons donc que ce premier numéro marque le début d'un partage de connaissances et d'expériences qui contribuera, nous l'espérons, à l'amélioration des pratiques et du succès de l'intervention auprès des jeunes et des familles.

Bonne lecture!

Robert Pauzé

Directeur scientifique

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

LES FACTEURS COMMUNS EN THERAPIE CONJUGALE ET FAMILIALE

Dans une récente méta-analyse intitulée « Common Factors in Couple and Family Therapy: Must All Have Prizes? », Sparks et Duncan (2010) se penchent sur la question de l'efficacité des thérapies conjugale et familiale (TCF). Globalement, ils se demandent si le verdict du dodo se confirme dans le cas des différentes approches en TCF. Autrement dit, est-ce que les différentes approches en TCF produisent des effets similaires? Les auteurs distinguent d'abord l'efficacité absolue de l'efficacité relative puis discutent de l'importance de porter un regard critique. Ils terminent sur les facteurs communs des diverses approches et sur les effets bénéfiques de la rétroaction.

L'efficacité absolue et relative des TCF

Le terme « efficacité absolue » fait référence à l'efficacité d'un traitement en comparaison avec l'absence d'un traitement. Dans le cas de la TCF, les données de recherche indiquent que cette forme d'intervention est plus efficace que l'absence de traitement, notamment dans les cas de consommation de drogues, de troubles de comportement, de délinquance, d'alcoolisme, de difficultés conjugales et de schizophrénie. Selon les résultats de méta-analyses, la taille de l'effet de la thérapie familiale (TF) est évaluée à 0,58 (ce qui correspond à une ampleur modérée : cela signifie que 64 % des familles bénéficient positivement de l'intervention) et celle de la thérapie conjugale (TC) à 0,84 (ce qui correspond à une ampleur élevée : cela signifie que 69 % des familles bénéficient positivement de l'intervention) (Wampold, 2001). Ainsi, peu importe l'approche préconisée, les TCF sont plus efficaces pour atténuer un éventail de problèmes, comparativement à l'absence de traitement. À cet égard, Lambert et Ogles (2004) observent qu'en moyenne, n'importe quel traitement effectué de façon systématique est quatre fois plus efficace que l'absence de traitement. Malgré les effets positifs maintes fois observés de la TCF, il importe de souligner que 30 à 40 % des patients abandonnent en cours de traitement ou ne rapportent pas de changements significatifs (Lambert et Ogles, 2004)

Le terme « efficacité relative », quant à lui, fait référence aux effets comparatifs de deux formes de thérapies. Selon les résultats de différentes méta-analyses, il appert que les TCF ne sont pas supérieures aux thérapies individuelles et que les différentes formes de thérapie familiale (Shadish et al., 2002) et conjugale (Christensen et al., 2004) s'équivalent.

Importance de porter un regard critique

Sur la base de ces constatations, certains chercheurs dans le domaine de l'évaluation des thérapies nous invitent à avoir un regard critique sur les résultats des études comparatives.

Selon eux, différents facteurs peuvent influencer les résultats de ces études, notamment l'allégeance du chercheur pour une des approches comparées et le fait de réaliser des études dans des conditions de comparaison non équivalentes.

Le terme « allégeance » réfère aux croyances du chercheur et à son engagement envers une approche particulière. Selon Sparks et Duncan (2010), l'allégeance du chercheur à une approche peut introduire un biais lors de la présentation de résultats de recherches comparatives. À cet égard, Luborsky et al. (1999) observent que l'allégeance du chercheur à une école de pensée, à une approche ou à une méthode peut expliquer jusqu'à 69 % des variations dans les résultats d'études comparatives. C'est pourquoi selon eux, les études comparatives visant à évaluer l'efficacité d'une approche par rapport à une autre devraient idéalement être faites par des chercheurs neutres.

La non-équivalence des conditions dans lesquels des traitements sont comparés peut également influencer les résultats des études comparatives entre deux traitements. Par exemple, lorsque l'on compare une intervention multisystémique à une intervention individuelle réalisée auprès d'un jeune, les résultats vont généralement dans le sens de l'approche multisystémique. Selon Sparks et Duncan (2010), cela va de soi puisque les conditions dans lesquelles l'étude a été réalisée ne sont pas équivalentes. Ainsi, les comparaisons entre les différents types d'intervention devraient toujours se faire à partir de conditions équivalentes.

Les facteurs communs des diverses approches

Les conclusions des études indiquant que les TCF s'équivalent, et donc qu'elles n'ont pas de différences significatives entre elles, suggèrent qu'elles possèdent des facteurs communs. La majorité de ces facteurs communs sont attribuables au client (facteurs extra-thérapeutiques) tandis que d'autres découlent directement de l'intervention (Wampold, 2001).

Selon ce chercheur, les facteurs extrathérapeutiques comptent pour 87 % des facteurs qui influencent les résultats de la thérapie. Ces facteurs incluent notamment la volonté de changement des clients, la qualité des relations interpersonnelles entretenues par les clients, la discipline individuelle des clients pour se fixer des objectifs, les ressources préexistantes des clients ou le fait d'avoir effectué des changements avant le début du traitement. Par exemple, les clients qui ont effectué des changements avant le début du traitement avaient une probabilité quatre fois plus élevée de terminer le traitement avec des résultats positifs alors que les clients qui n'en effectuaient pas étaient plus sujets à terminer la thérapie plus précocement (Beyebach et al, 1996).

Par ailleurs, il apparaît que 13 % des facteurs qui influencent les résultats de la thérapie sont attribuables à la thérapie comme telle (Wampold, 2001). De ce pourcentage, 6 à 9 % sont directement liés au thérapeute comme individu (Wampold et Brown, 2005), lequel constitue un élément prédictif important pour les résultats, même si ce facteur n'a été que très peu étudié de façon isolée. Ainsi, les interventions menées par des thérapeutes faisant preuve d'empathie, de chaleur humaine, de compassion et de sensibilité sont généralement plus concluantes (Green et Herget, 1991; Bischoff et McBride, 1996). À cet égard, les recherches tendent à démontrer qu'une alliance favorable entre le client et le thérapeute est le meilleur prédicteur des résultats en psychothérapie. Les conclusions qui se dégagent de la littérature actuelle sur les TCF suggèrent que l'alliance thérapeutique est une variable prédictive importante sur le succès d'une intervention.

Enfin, les modèles et les techniques utilisés par les thérapeutes ont aussi des effets généraux et spécifiques sur la réussite d'une thérapie. Même s'ils diffèrent de l'un à l'autre dans leur contenu, ils possèdent tous une logique intrinsèque, une explication des difficultés du client, un rituel et des stratégies à suivre pour les résoudre (Frank et Frank, 1991). Ainsi, peu importe la technique employée, les thérapeutes s'engagent tous à aider le client. Il est également prouvé, en médecine et en psychothérapie, que lorsque le placebo ou la condition techniquement inerte sont offerts dans un contexte qui génère des attentes optimistes, ils produisent des effets fiables presque aussi grands ou aussi grands que le traitement en tant que tel. Si l'approche importe peu, le degré d'allégeance du thérapeute à une approche contribue à ce que le client croit aussi au traitement. L'allégeance et les attentes agissent tels des miroirs avec le degré de croyance du thérapeute et du client relativement à la thérapie et à ses rituels. Cette conviction est donc déterminante pour les résultats. Dans cette optique, le clinicien doit avoir un modèle dans lequel placer sa foi. Il doit aussi adopter une certaine logique pour que le client le perçoive comme un professionnel crédible. Les facteurs placebo peuvent aussi être alimentés par le thérapeute.

Un nouveau facteur commun : la rétroaction

Peu importe la référence théorique du clinicien, la rétroaction (le fait de mesurer fréquemment l'évolution et les comportements du client) accroît de façon significative

l'efficacité des interventions. Même si certains considèrent que cela fait partie du travail quotidien souvent effectué de façon informelle, la rétroaction peut véritablement être considérée comme un facteur commun de changement. Selon les études de Lambert (2007), les thérapeutes qui reçoivent une brève rétroaction sur une base hebdomadaire améliorent de façon significative leur efficacité thérapeutique et réduisent le taux de détérioration de leur patient. Une recherche menée auprès de 205 couples en thérapie qui fournissaient une rétroaction régulière à leur thérapeute a permis d'observer une différence dans les résultats allant jusqu'à 10 % de la variance des changements (Anker et al., 2009). C'est donc dire que les éléments influençant de façon positive les résultats d'une intervention ne peuvent être trouvés qu'avec la collaboration des clients, par leur rétroaction par rapport à leur progrès dans la thérapie et grâce à la qualité de l'alliance thérapeutique. Cela permet au thérapeute de mieux s'arrimer aux besoins spécifiques d'un client au fur et à mesure du suivi.

Conclusion

Les études sur les facteurs communs des thérapies permettent d'identifier des balises qui contribuent à augmenter les résultats des interventions. Par ailleurs, la prise en compte des rétroactions des clients permet d'individualiser et d'ajuster les interventions. Selon Sparks et Duncan (2010), le thérapeute n'a pas besoin de savoir quelle approche est la meilleure pour tel problème, mais plutôt de proposer une intervention qui présente un bon ajustement aux besoins du client dans le moment.



EFFICACITE DE LA THERAPIE CONJUGALE ET FAMILIALE

Dans le cadre de leur recension d'écrits intitulée « Levels of Evidence for the Models and Mechanisms of Therapeutic Change in Family and Couple Therapy », Sexton, Alexander et Leigh Mease (2004) font le point sur l'efficacité de la thérapie conjugale (TC) et familiale (TF) et identifient certains facteurs communs qui contribuent à ce que les changements amenés par la thérapie soient positifs.

L'efficacité de la thérapie conjugale et familiale

Selon ces auteurs, la taille de l'effet de la thérapie conjugale est de 0,60 (ce qui correspond à une taille d'effet moyenne : cela signifie que 64 % des couples bénéficient positivement de l'intervention) lorsque l'on compare des couples en traitement à des couples non suivis. Il apparaît cependant que 41 % des couples connaissent une évolution cliniquement significative. Par ailleurs, la taille de l'effet de la thérapie familiale varie entre 0,47 et 0,53 (ce qui correspond à une taille d'effet moyenne : cela signifie que 60 % des familles bénéficient positivement de l'intervention). En outre, il en ressort que 70 % des cas traités vont mieux que la population contrôle à la suite de l'intervention.

Les domaines dans lesquels la TF est indiquée

La TF est considérée comme une intervention efficace pour une variété de problèmes cliniques. Parmi ceux-ci, notons le trouble oppositionnel et le trouble des conduites chez les enfants et les adolescents, l'abus de substances chez les adolescents et les adultes (dont l'impact est plus élevé que l'intervention individuelle), la schizophrénie (notamment sur le climat familial qui peut agir comme déclencheur d'une crise ou d'une rechute après rémission), les troubles de l'humeur chez les jeunes et les adultes et les troubles alimentaires chez les enfants, les adolescents et les adultes.

Les facteurs qui contribuent aux changements thérapeutiques en TF

Différents facteurs communs contribuent à ce que les changements amenés par la thérapie soient positifs. Parmi ceux identifiés, notons la redéfinition du problème. Au cours des premières rencontres, la redéfinition du problème permet à tous les membres de la famille de donner leur point de vue par rapport au problème. Les familles qui réussissent à porter le problème ensemble et à s'épauler plutôt que de l'attribuer à un seul individu réussissent mieux la thérapie. Également, notons la résolution des impasses. Résoudre une impasse thérapeutique est un tournant dans la réussite d'une thérapie. Pour la famille, le fait de pouvoir passer de l'état de « problème » à l'état de « résolution » fait la différence entre la réussite et l'échec

de l'intervention. Enfin, notons l'alliance thérapeutique. L'alliance thérapeutique est un des rares processus thérapeutiques liés aux résultats des interventions à la fois en thérapie individuelle et familiale. L'alliance est définie ici comme la quantité d'efforts déployés par les clients et les thérapeutes dans le but de collaborer.

Parmi les facteurs contributifs aux changements thérapeutiques, notons également la réduction de la négativité lors des séances (les interactions négatives ou conflictuelles observées au sein de la famille en thérapie sont associées à de faibles résultats et à l'abandon prématuré de l'intervention par les familles), l'amélioration des compétences comportementales et interactionnelles (on fait référence ici au fait de modifier de façon positive la communication entre les parents et les adolescents. L'amélioration de la communication entre eux est associée à une réduction des troubles de comportement et la réduction de la toxicomanie chez les adolescents) et finalement, l'adhésion au traitement (selon différents résultats de recherche, il appert que l'adhésion du thérapeute aux principes des programmes d'intervention est associée à une évolution positive de la famille).

Des programmes d'interventions spécifiques

La méta-analyse de Shadish et coll. (1995) fait ressortir que si toutes les approches sont conçues, implantées et suivies également, elles s'équivalent à peu de choses près du point de vue des effets bénéfiques, à l'exception des approches comportementales qui ont une petite longueur d'avance. Cependant, lorsque l'on considère les programmes d'interventions spécifiques pour des problèmes cliniques particuliers, toutes les approches ne sont pas égales entre elles. Kazdin (1997) propose différents programmes prometteurs pour le traitement des désordres de la conduite : l'entraînement aux habiletés parentales, la thérapie familiale fonctionnelle, la thérapie multisystémique et l'intervention axée sur la résolution de problèmes.

Les interventions validées empiriquement

En conclusion, peu d'interventions familiales ont été validées empiriquement. Seuls quatre types d'interventions correspondent actuellement à ces critères : la thérapie familiale fonctionnelle, la thérapie familiale multidimensionnelle, la thérapie multisystémique et la thérapie familiale structurale. Dans tous les cas, ces programmes se concentrent sur les troubles perturbateurs du comportement chez les adolescents et sur les problèmes particuliers de délinquance, de santé mentale, d'abus de drogues et de conflits familiaux.

REFERENCES

Article Les facteurs communs en thérapie conjugale et familiale

- Anker, M., Duncan, B. et Sparks, J. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 693-704.
- Bischoff, R. J. et McBride, A. (1996). Client perceptions of couple and family therapy. *American Journal of Family Therapy*, 24, 117-128.
- Beyebach, M., Morejon, A. R., Palenzuela, D. L. et Rodriguez-Arias, J. L. (1996). Research on the process of solution-focused brief therapy. Dans S. Miller, M. Hubble et B. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp.299-334). San Francisco: Jossey-Bass.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. et Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distress married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 176-191.
- Frank, J. D. et Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing* (3^e ed.). Baltimore: Johns-Hopkins University Press.
- Green, R. J. et Herget, M. (1991). Outcomes of systemic/strategic team consultation: II. The importance of therapist warmth and active structuring. *Family Process*, 30, 321-336.
- Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What have we learned from a decade of research at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy research*, 17, 1-14.
- Lambert, M. et Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S. et al. (1999). The researcher's own therapy alliance: A «wild card» in comparison of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-106.
- Shadish, W. R. et Baldwin, S. A. (2002). Meta-analysis of MFT interventions. Dans D. H. Sprenkle (Ed.), *Effectiveness research in marriage and family therapy* (pp.339-379). Alexandria, VA: American Association of Marriage and Family Therapy.
- Sparks, J. A. et Duncan, D. L. (2010). Common Factors in Couple and Family Therapy: Must All Have Prizes? Dans D. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold et M. A. Hubble (Eds.), *The Heart and Soul of Change, Second Edition: Delivering What Works in Therapy* (pp.357-391). Washington: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. et Brown, G. (2005). Estimating therapist variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.

Article Efficacité de la thérapie conjugale et familiale

- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 161-178.
- Sexton, T. L., Alexander, J. F. et Leigh Mease, A. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. Dans M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 590-646). New York, NY: Wiley.
- Shadish, W. R., Ragsdale, K., Glaser, R. R. et Montgomery, L. M. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: A perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 345-360.



