

## Préambule

Tout en prenant l'initiative de la mise à jour de l'*Argumentaire : Thérapies de famille et de couples, thérapies systémiques* publié en 2009, le comité de l'ASTHEFIS a souhaité promouvoir l'intervention systémique. Cette dernière ne faisant pas l'objet de publication scientifique validée de type "empirically-validated treatments" il n'était pas évident de la mettre sur la même base. Aussi, le comité a décidé d'affirmer son point de vue en rédigeant un texte d'introduction dépassant les limites du champ de la thérapie. (Décembre 2021)

### L'approche systémique : panorama actuel des divers modes d'intervention dans cette orientation thérapeutique

Développée dès les années 50, au départ pour des thérapies familiales et de groupe, l'approche systémique s'est différenciée en différents courants et manières d'intervenir jusqu'à nos jours. Le regard porté sur les interactions des individus en lien avec leurs différents systèmes d'appartenance reste le point central de cette approche.

Cette approche focalisée sur les systèmes en interaction représente une coupure épistémologique par rapport à l'approche linéaire traditionnelle en santé mentale.

L'intervention systémique est un acte thérapeutique qui - dans une perspective aussi bien diachronique que synchronique - vise un changement. Elle peut être pratiquée auprès d'une personne, d'une famille, d'un groupe, dans le cadre d'un cabinet de consultation, en milieu socio-éducatif, lors d'une hospitalisation en milieu psychiatrique, dans le contexte du travail social, en médecine psychosomatique, dans une analyse sociologique...

L'intervention systémique est pratiquée par différents professionnels (éducateurs, assistants sociaux, psychothérapeutes, médecins ou psychologues, médecins généralistes, infirmiers, managers, etc.). Ceux-ci ont suivi une formation certifiée en

approche systémique ou se sont familiarisés à celle-ci par le biais d'une collaboration avec des professionnels formés. En ce sens, on peut affirmer que :

- L'intervenant systémique a à cœur de toujours replacer les comportements considérés comme problématiques dans leur contexte relationnel plus large, qu'il soit familial, professionnel ou social.

- Il s'intéresse davantage au « comment » fonctionne l'interaction entre les personnes concernées par la situation problématique - en cherchant à repérer certaines régularités observables (redondances) - qu'au « pourquoi » des comportements de ces personnes - comme le font d'autres approches plus « interprétatives ».

- Il co-construit son intervention avec les personnes concernées et prend aussi en compte leurs ressources et celles des systèmes considérés.

- Il considère qu'il influence toujours les systèmes humains auprès desquels il est amené à intervenir, et qu'il est en retour toujours influencé par eux. Il ne prétend donc pas avoir un regard « objectif » sur les situations dans lesquelles il cherche à faire émerger un changement.

Ajoutons encore que si, dans sa dimension de psychothérapie, ce sont surtout les thérapies de couples et de famille qui ont fait l'objet de recherches scientifiques (cf. l'argumentaire publié ci-dessous), les psychothérapies individuelles et les thérapies systémiques en setting variable commencent, elles aussi, à faire l'objet de publications (cf. bibliographie sélective A).

Ajoutons encore que dans le domaine du travail éducatif et social, ce nouveau paradigme systémique, en se centrant sur les interactions entre individus, a ouvert de nouveaux types d'intervention par sa souplesse à s'inscrire dans des cadres professionnels et institutionnels très divers.

Les collaborations interinstitutionnelles, si présentes dans le champ du travail social, ont bénéficié, grâce à l'approche systémique, de nouveaux modèles de coopération et de travail en réseau ainsi que de co-interventions.

Tout en maintenant une éthique professionnelle, l'idée de prendre en compte la responsabilité et les ressources des demandeurs, qu'ils soient volontaires ou non, a entraîné des changements de postures, de techniques d'intervention et de mode de

communication des intervenants, donnant plus de place à la créativité et aux apprentissages en continu.

Si les professionnels du social pratiquent plutôt une transmission de leurs savoirs pragmatiques et expérientiels dans le cadre d'une tradition orale, ils s'inspirent néanmoins fortement des écrits de représentants d'autres domaines.

Les professionnels qui ont suivi une formation post diplôme en systémique ont besoin d'un espace de partage privilégié avec d'autres systémiciens afin de maintenir et suivre les développements de cette orientation. Dans ce sens les associations systémiques leur proposent une affiliation bienvenue ainsi qu'une reconnaissance d'identité. Il est également important que ces associations restent aussi ouvertes aux personnes simplement intéressées par cette orientation.

#### Bibliographie sélective :

- A) Dauré Y. (2017) La thérapie systémique individuelle, Une clinique actuelle, Paris, Ed. ESF
- Duruz, N. (2011). La psychothérapie individuelle d'orientation systémique : Une thérapie sans famille ? *Thérapie familiale*, 32(3), 331-347.
- Rufer M. (2012) Erfasse komplex, handle einfach. Systemische Psychotherapie als Praxis der Selbstorganisation - ein Lernbuch, Göttingen, Ed. Vandenhoeck&Ruprech
- Vaudan, C. et al. (2009). Y a-t-il une place pour la psychothérapie individuelle ? *Thérapie familiale*, 30(3), 379-400.
- B) Amiguet Olivier (2010). Systémique et travail social : quels défis pour demain ? *Thérapie familiale* 31 (1) 39-48
- Coenen Roland (2002). Eduquer sans punir. *Thérapie familiale* 23 (4) 325-348
- Destal D et al. (1993) Des institutions et de la systémique. *Thérapie familiale XIV* (3) 239-251
- Gaillard Jean-Paul et al. (2011). Vers une neuro-éco-systémique. *Thérapie familiale* 32 (1) 171-190
- Gaillard Jean-Paul (2007). Sur le façonnement psychociétal en cours : enjeux psychothérapeutiques et éducatifs . *Thérapie familiale* 28(4) 349-367

Hanot Michel (2006). Techniques systémiques d'entretien pour travailleur social. *Thérapie familiale* 27 (1) 75-89

Hardy Guy et al. (1993) (1994), De l'aide contrainte à l'intervention sous mandat. *Thérapie familiale*, Partie 1, 14 (4) 353-365, Partie 2 15 (2) 167-185

Nanchen Maurice (1994). Engager un processus néguentropique, A partir de quand une consultation psychologique devient-elle psychothérapeutique ? *Thérapie familiale* 15 (1) 3-14

Philippe Isabelle et al. (2020), De la nécessité, des grandeurs et des difficultés, du travail avec les familles des enfants placés en institution pédagogique. L'exemple de la Fondation Sombaille jeunesse. *Thérapie familiale* 41 (1) 53-71

Salamin Christiane (2021). Le confort du thérapeute au service de la thérapie. *Thérapie familiale* 42 (1), 9-22

**Argumentaire :**  
**« Thérapies de famille et de couple /**  
**Thérapies systémiques »**  
Deuxième édition – mise à jour 2021

2009

Recherche et rédaction : Michelle Bischoff et Séverine Bessero.

Coordination : Benoît Reverdin, Nicola Gervasoni et Philip Nielsen

Expertise et supervision scientifique : Prof. Nicolas Favez (Université de Genève)

Groupe de travail 2009 : Benoit Reverdin, Philip Nielsen, Nicola Gervasoni, Michelle Bischoff et Séverine Bessero (AGTF) ; Nicolas Favez (Université de Genève) ; Raymond Traube (SISTEMICA) ; Daniel Krähenbühl (SGS) ; Heidi Oetiker (VEF) ; Valérie Le Goff et Robert Neuburger (ASTHEFIS).

Cet argumentaire est le fruit d'une collaboration entre les associations nationales et cantonales de thérapie familiale et systémique et de conseil conjugal (SISTEMICA, ASTHEFIS, SGS, STIRPS, VEF)

ASTHEFIS : Association Suisse de Thérapies de Familles et Interventions Systémiques

SGS : Schweizerische Gesellschaft für systemische Therapie und Beratung Therapie und Beratung

SISTEMICA : Fédération suisse des associations de thérapies familiales

VEF : Verband für systemische Paar – und Familientherapie-/beratung

STIRPS : Società Ticinese di Ricerca e Psicoterapia Sistemica

AGTF : Association Genevoise de Thérapie Familiale

2021

Recherche et rédaction : Hana Bida et Nicolas Favez (Université de Genève)

Coordination : Jean Zufferey (ASTHEFIS)

Octobre 2009 et avril 2021

## Avant-propos

Le présent argumentaire – fruit d’une collaboration entre les associations nationales de thérapie familiale/de couple et systémique – a comme finalité de faire le point sur l’efficacité des thérapies et interventions de famille et de couple, en se basant sur la littérature scientifique. Une première version a été proposée en 2009 ; la présente version est une mise à jour tenant compte des résultats issus des recherches menées entre 2010-2020 dans le domaine de la psychothérapie et de l’intervention de couple et de famille.

L’argumentaire a été rédigé selon les principes suivants :

- Les références sélectionnées sont issues de recherches répondant aux standards scientifiques, tels que définis dans le domaine des traitements validés empiriquement (empirically-validated treatments) (Nathan & Gorman, 2007).
- Le champ d’application présenté est celui des troubles psychiques reconnus par la LAMal (loi fédérale sur l’assurance-maladie). Il s’agit, en principe, de diagnostics répertoriés dans la CIM<sup>1</sup> ou dans le DSM<sup>2</sup>. D’autres troubles ou difficultés pour lesquels la psychothérapie ou l’intervention de couple et de famille s’est montrée efficace sont également mentionnés.
- La présentation des recherches d’efficacité est scindée en deux parties principales : l’une consacrée aux démarches volontaires de la part du patient, l’autre aux démarches non volontaires. En effet, il a paru particulièrement pertinent de souligner l’efficacité des thérapies de famille dans des domaines où le patient refuse le traitement ou n’en est pas demandeur et qui représentent des problèmes ayant un impact social considérable. Une troisième partie présente les données relatives à la rentabilité économique de ces thérapies.
- L’argumentaire n’a pas fonction de répertoire des différentes pratiques, mais se centre sur les facteurs communs aux diverses approches familiales.

---

<sup>1</sup> Classification Internationale des Maladies.

<sup>2</sup> Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux.

## Introduction

### Les approches thérapeutiques de la famille et du couple : de quoi s'agit-il ?

Dans le présent document nous adoptons les définitions suivantes pour rendre compte des approches thérapeutiques de la famille et du couple :

*« Toute forme de psychothérapie ou d'intervention ponctuelle ou répétée réunissant au moins deux personnes faisant partie du contexte de vie ou de survie d'une ou de plusieurs personnes en souffrance, c'est-à-dire partageant une destinée commune »* (Collectif INSERM, 2004).

*« La thérapie familiale s'intéresse aux problèmes et souffrances que présentent la personne à l'intérieur du contexte relationnel constitué d'autres personnes d'importance significative et de son réseau social »* (NFTO ; National Family Therapy Organisations, 2009).

Nous retiendrons dans le cadre de cette définition les psychothérapies de famille et de couple, ainsi que d'autres interventions familiales incluant la psychoéducation et les groupes multifamiliaux. La psychoéducation propose aux familles les attitudes adaptatives à mettre en place face aux perturbations liées à la maladie d'un membre de la famille. Les groupes multifamiliaux réunissent, dans un but thérapeutique, plusieurs familles présentant souvent un problème commun. De manière générale, l'échange d'informations, l'entraide, les moyens de faire face aux problèmes rencontrés et le développement de la solidarité interfamiliale y sont encouragés.

Les premières thérapies familiales ont vu le jour à la fin des années 30 aux Etats-Unis. A cette époque, les psychothérapies étaient essentiellement effectuées en consultations individuelles. C'est à partir d'un double constat clinique que les thérapies familiales se sont développées : d'une part, les praticiens avaient remarqué l'aggravation de l'état de patients hospitalisés suite à une visite de leur famille ; d'autre part, l'inclusion de la famille dans le traitement résultait au contraire en une amélioration symptomatique. Depuis ce moment, la thérapie familiale n'a cessé d'être en constante évolution, donnant naissance à diverses écoles. C'est au cours des années 1970 qu'elle s'est développée en Europe.

On retrouve la thérapie de famille dans plusieurs domaines d'intervention, tant sur le plan médical, que psychologique ou social. Elle est enseignée et pratiquée dans la majeure partie des universités et des institutions psychiatriques en Suisse, publiques et privées.

### **Les principes fondamentaux de la thérapie de famille**

Les écoles de thérapie familiale s'appuient sur des apports théoriques divers, mais elles partagent les postulats suivants :

- Les comportements et les vécus problématiques des individus sont liés aux interactions, aux liens familiaux et au contexte dans lequel ils se développent ;
- Un changement apporté aux relations interpersonnelles provoque un changement chez le patient, ou renforce le changement qui est en train de se produire ;
- Le travail thérapeutique se focalise sur les interactions familiales dans l'ici et le maintenant ainsi que sur l'histoire de l'individu porteur du symptôme et celle des autres membres de son système familial ;
- Les ressources et l'autonomie des patients et de leur famille sont utilisées comme leviers thérapeutiques.

Les thérapies de famille peuvent être exercées selon plusieurs modèles psychothérapeutiques (systémique, cognitivo-comportemental et psychodynamique notamment). Toutefois, la majeure partie d'entre elles s'inspire du modèle systémique. Dans la suite de ce texte, nous utiliserons communément les acronymes TF/TS (thérapie de famille/thérapie systémique) pour évoquer les psychothérapies de famille et de couple.

### **À quelles situations s'applique la TF/TS ?**

A l'origine, la TF/TS est apparue comme mode de réponse thérapeutique à des problématiques psychiatriques graves telles que les troubles du spectre de la schizophrénie. Elle s'est progressivement développée pour traiter ou gérer une large gamme de troubles, incluant notamment les troubles psychotiques au sens large, les troubles psychosomatiques, les troubles du comportement alimentaire, les addictions, les démences, la maltraitance envers les enfants, la violence conjugale et familiale. Il



s'agit de manière générale de prises en charge relativement brèves, entre 6 et 20 séances.

## **Bilan des recherches**

### **Types de recherche en psychothérapie**

À ce jour, les données d'efficacité concernant la psychothérapie viennent principalement de trois types d'études reconnues pour leur validité scientifique : les études sur les effets, qui se distinguent en études dites d'efficacité (efficacy studies)<sup>3</sup>, et études dites d'efficience (effectiveness studies)<sup>4</sup>, et les études sur les processus (process-to-outcome)<sup>5</sup> dans lesquelles les changements observés chez le patient durant la prise en charge thérapeutique sont mis en lien avec le résultat du traitement. Il s'agit de s'intéresser dans un premier temps au processus thérapeutique ayant lieu en thérapie (à savoir les actions, les expériences et la relation thérapeute-patients) et, dans un deuxième temps, aux actions et aux expériences des uns et des autres en dehors des séances de thérapie, mais tout en s'y référant (Crits-Christoph et al., 2013). Pour le présent document, nous avons retenu les trois types d'études.

### **Efficacité de la TF/TS**

*L'efficacité de la TF/TS est aujourd'hui bien établie en général et en particulier pour plusieurs problèmes cliniques spécifiques.*

La TF/TS est efficace soit comme traitement unique, soit conjuguée à une autre forme de traitement, tel qu'un traitement pharmacologique, un traitement individuel, social ou éducatif. Les résultats des recherches que nous présentons ci-après ont été récapitulés et résumés dans plusieurs ouvrages et articles scientifiques que le lecteur

---

<sup>3</sup> Les études d'efficacité sont réalisées dans des conditions contrôlées, se caractérisant par la constitution d'un groupe de patients souffrant de mêmes troubles, soumis à un processus thérapeutique standardisé et manualisé, qui est comparé à un groupe contrôle sans traitement ou bénéficiant d'un traitement alternatif.

<sup>4</sup> Les études d'efficience s'intéressent aux effets d'une intervention psychothérapeutique telle qu'elle est dispensée dans la pratique clinique courante.

<sup>5</sup> Les études de processus examinent les liens entre les processus ayant lieu pendant les séances de thérapie, ou entre les séances, et les résultats favorables obtenus au niveau des symptômes, du fonctionnement et des problématiques des patients.

trouvera mentionnés en bibliographie ; deux de ces références sont en langue française (Favez & Darwiche, 2016 ; Cazauvieilh, 2020), une en langue allemande (von Sydow, Beher, Metzloff & Schweizer, 2007) et l'ensemble des autres en langue anglaise uniquement (Carr, 2016 , 2018 , 2019 ; Lambert, 2013 ; Crane & Payne, 2011 ; Sexton & Lebow, 2016 ; Tilden, Theisen, Wampold, Johnson & Hoffart, 2020 ; Datchi & Sexton, 2016 ; Lucksted, MacFarlane, Downing & Dixon, 2012 ; Forand, DeRubeis & Amsterdam, 2013 ).

Rappelons que cette version met à jour les résultats des recherches menées entre 2000 et 2009 grâce à une deuxième vague d'études datant des années 2010 à 2020. De nouvelles problématiques dans lesquelles la TF/TS a fait ses preuves ont par ailleurs été ajoutées.

### **Efficacité de la TF/TS pour des problématiques dans lesquelles les patients ne sont généralement pas les demandeurs directs de soins**

La TF/TS s'avère souvent plus efficace que les thérapies individuelles pour des problèmes graves dans lesquels les patients sont peu ou pas demandeurs de soins tels que les comportements antisociaux, les troubles liés à l'utilisation de substances, les troubles alimentaires ou encore les troubles psychotiques. Ces situations sont caractérisées par une difficulté à engager le patient dans les soins et à l'y maintenir. Les refus ou ruptures de soins ont de lourdes conséquences pour l'entourage et génèrent un coût social élevé, notamment en termes d'hospitalisations et d'incarcérations. L'implication de la famille/partenaire dans le processus de soins pour ce type de troubles s'avère très efficace.

#### Récapitulatif des principaux résultats de recherche chez les patients généralement non demandeurs de soins

##### *Les troubles du comportement/ problèmes de délinquance juvénile*

La TF/TS permet une amélioration significative des troubles des conduites chez les enfants et les adolescents. Elle est tout aussi efficace que la thérapie individuelle, voire plus selon certaines études.

#### *Le déficit d'attention et hyperactivité (ADHD) chez l'enfant*

La TF/TS permet une amélioration significative des troubles d'attention et d'hyperactivité chez l'enfant. Lorsqu'elle est combinée à un traitement pharmacologique, la TF/TS est considérée comme le traitement de choix.

#### *Les troubles liés à l'utilisation de substances*

La TF/TS permet une plus forte diminution de la consommation de substances et une meilleure adhésion aux programmes thérapeutiques que les traitements individuels. Elle est liée à une abstinence de plus longue durée et à une plus grande satisfaction relationnelle chez les personnes ayant des problèmes d'abus de substances ou d'alcool que les approches individuelles, ainsi qu'à moins de symptomatologie (troubles internalisés et externalisés) chez leurs enfants.

#### *Les troubles des conduites alimentaires*

La TF/TS permet une amélioration significative dans les cas d'anorexie mentale et une diminution plus importante des rechutes que dans les situations de thérapies individuelles. De même, la TF/TS s'avère aussi efficace, voire plus efficace qu'une psychothérapie individuelle dans les cas de boulimie à l'adolescence. Enfin, la TF/TS mène plus rapidement vers un niveau élevé de rétablissement qu'une thérapie individuelle.

#### *Les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques*

Les résultats principaux montrent que la TF/TS, conjuguée à un traitement pharmacologique et à un suivi thérapeutique individuel, permet une diminution du nombre de rechutes et augmente l'adhésion du patient au traitement pharmacologique. De plus, la TF/TS permet une amélioration des relations entre le patient et ses proches, en diminuant le stress que ces derniers perçoivent dans la gestion du trouble du patient.

#### *Les problèmes de sommeil*

La TF/TS est aussi efficace qu'un traitement pharmacologique pour traiter les problèmes d'endormissement chez l'enfant. Toutefois, elle est la seule à avoir un effet positif sur le long terme.

#### *Les problèmes d'attachement insécuré*

La TF/TS permet une amélioration de l'attachement parent-enfant au sein des familles à risque, particulièrement dans les cas d'attachement désorganisé.

#### *Enurésie*

La TF/TS permet une réduction de l'énurésie nocturne. Elle est plus efficace qu'un traitement pharmacologique sur le long terme.

#### *Encoprésie*

La TF/TS réduit l'incontinence fécale diurne ou nocturne.

#### *Maltraitance physique et négligence envers l'enfant*

La TF/TS permet de réduire le risque de futurs abus physiques, ainsi que le stress parental, et ceci de façon plus marquée que des traitements parentaux individuels. Elle permet d'améliorer les compétences parentales, l'ajustement individuel et le fonctionnement familial. Le taux de placement des enfants au sein des foyers diminue également.

## **Efficacité des TF/TS pour des problématiques dans lesquelles les patients sont généralement demandeurs de soins**

La TF/TS s'avère efficace dans de nombreuses situations « classiques » de demande de soins, soit comme traitement unique, soit en combinaison avec d'autres traitements.

### Récapitulatif des principaux résultats de recherche chez les patients demandeurs de soins

#### *Les troubles de l'humeur*

La TF/TS est aussi efficace que les traitements individuels dans les cas de dépression. Elle est plus efficace que la thérapie individuelle pour maintenir les améliorations après le traitement et pour réduire les risques de rechute. Elle permet une meilleure adhésion aux soins qu'un traitement pharmacologique. Une TF/TS menée après une tentative de suicide chez l'adolescent réduit l'état dépressif et le risque de récurrence suicidaire. De plus, elle permet une meilleure adhésion à un traitement spécialisé. Concernant les troubles bipolaires, la TF/TS combinée à un traitement pharmacologique est l'approche la plus efficace.

#### *Les troubles anxieux*

La TF/TS, combinée à un traitement pharmacologique, est l'approche la plus efficace pour le traitement des troubles obsessionnels compulsifs et de l'agoraphobie. La TF/TS est aussi efficace que le traitement individuel pour le trouble panique avec agoraphobie. La TF/TS est tout aussi efficace, voire plus selon les études, que les thérapies individuelles pour les enfants/ adolescents souffrant d'anxiété (généralisée et de séparation) et leur famille en difficulté. La TF/TS est le traitement le plus efficace pour le trouble du stress post-traumatique chez les jeunes.

#### *Les troubles psychosomatiques chez l'enfant et l'adulte*

La TF/TS est efficace dans le traitement des douleurs chroniques, ainsi que pour l'énurésie, l'encoprésie, le diabète, les douleurs chroniques abdominales et l'asthme.

#### *Les troubles psycho-sexuels*

Les troubles psycho-sexuels sont, dans la plupart des cas, accompagnés de détresse conjugale, ce qui renforce l'indication d'une prise en charge en couple. Les principaux résultats indiquent que la TF/TS est efficace pour les troubles du désir chez l'homme et chez la femme, l'anorgasmie, le vaginisme et les dyspareunies. De plus, les troubles érectiles ainsi que l'éjaculation précoce sont le plus efficacement traités dans le cadre d'une TF/TS combinée à un traitement pharmacologique.

#### *La détresse conjugale*

La TF/TS est reconnue efficace dans la réduction de la détresse conjugale, en particulier lors de thérapies comprenant en moyenne une vingtaine de séances. Il a été montré qu'une version en ligne des TF/TS est aussi efficace que la forme traditionnelle.

### *Violence conjugale*

La TF/TS est plus efficace pour les situations de violences conjugales que les interventions alternatives. Elles sont appropriées pour les violences conjugales légères à modérées et pour prévenir leur forme sévère.

### **Études de « coût-efficacité »<sup>6,7</sup>**

L'ensemble des études de la première vague d'études (2000-2009) mettait en évidence la rentabilité économique de la TF/TS, tant pour le patient que pour les membres de son entourage. Les données récentes confirment cette tendance. La TF/TS est plus rentable que la thérapie individuelle ou un traitement mixte car elle présente un meilleur rapport coût-bénéfice (Crane & Christenson, 2014 ; Crane & Payne, 2011). Elle permet, de plus, une compensation des frais médicaux puisque les coûts liés à la TF/TS sont inférieurs à ceux liés à d'autres formes de prise en charge (par exemple examens médicaux, hospitalisations). Finalement, les personnes fréquentant souvent les services de santé y ont moins recours après une TF/TS (Carr, 2016).

Plus spécifiquement, la TF/TS permet des économies de coûts supérieures à d'autres programmes de prise en soin dans les situations de délinquance juvénile, de trouble de la conduite et de trouble lié à l'utilisation de substances. Les économies sont réalisées au niveau des frais liés à la justice, aux tribunaux et au placement en foyer qui sont des coûts pris en charge par la société. Quelques exemples : économie de 16,250\$ selon Barnowski (1997 cité dans Sexton & Lebow, 2016), ou encore de 40,000\$ (Chamberlain et Smith, 2003 cité dans Carr, 2019) par jeune, en frais de justice et en dédommagement aux victimes. De même, chez les jeunes consommateurs de cannabis, la TF/TS s'avère moins coûteuse qu'une prise en charge ambulatoire en centre de jour. Elle permet également de soigner à moindres coûts les conduites addictives aux produits illicites chez les adolescents que toute autre forme de thérapie. Chez les jeunes présentant des troubles de conduite alimentaire de type "anorexie", la TF/TS est plus rentable qu'un traitement hospitalier (Carr, 2019). Dans les cas de dépression, la TF/TS a un coût équivalent à celui d'une thérapie médicamenteuse. Chez les personnes souffrant de troubles psychotiques, la TF/TS conjuguée à un traitement

---

<sup>6</sup> Les études « coût-efficacité » comparent les coûts d'une intervention ou d'un programme auquel est attribuée une valeur monétaire avec les effets de l'intervention ou du programme en question.

<sup>7</sup> Dans cette section, nous mettons le détail des références au regard des résultats présentés.

pharmacologique dans un programme multimodal réduit les coûts et le nombre d'hospitalisations (Lucksted et al., 2012). De plus, la TF/TS donne lieu à une réduction des coûts, dans le sens où elle contribue fortement à réduire les doubles prises en charge au sein d'une même famille (Von Sydow, Behr, Retzlaff & Schweitzer, 2007). En résumé, la TF/TS s'avère être la forme de psychothérapie la plus rentable pour un certain nombre de troubles.

## **Conclusion**

Les découvertes issues de la recherche en psychothérapie entre 2000 et 2009, ainsi qu'entre 2010 et 2020 montrent de façon indiscutable que les TF/TS sont hautement recommandées pour de nombreux troubles psychiques, aux différents âges de la vie. Elles sont efficaces, rentables et ont des effets durables dans le temps.

Parmi les avantages majeurs : la TF/TS contribue à alléger la souffrance des membres de la famille confrontés à une problématique psychique d'un de leurs membres. Ainsi, elles permettent d'éviter que ceux-ci nécessitent à leur tour une prise en charge thérapeutique individuelle ce qui constitue une substantielle économie pour le système de santé.

Les résultats récents soutiennent sans équivoque le maintien du développement des approches familiales tant sur le plan de la pratique qu'au niveau de l'enseignement et de la recherche en Suisse. La TF/TS est une intervention de qualité souvent complémentaire à d'autres prises en charge des problématiques psychiques.

## En résumé

### La TF/TS est efficace

La TF/TS est particulièrement efficace lors de troubles graves et complexes nécessitant des prises en charge importantes, aussi bien dans les situations dans lesquelles le patient est demandeur du traitement, que dans les situations dans lesquelles il ne l'est pas :

- Conduites antisociales et délinquance
- Troubles des conduites alimentaires
- Troubles liés à l'utilisation de substances
- Dépression/ Suicidalité
- Troubles psychotiques
- Troubles psychosomatiques
- Problématiques diverses de l'enfance (attachement insécure, énurésie, encoprésie, maltraitance physique et négligence)

Dans le cas de troubles organiques et/ou psychiques sévères, la TF/TS est optimale lorsqu'elle est combinée avec d'autres approches thérapeutiques.

## Bibliographie

Ouvrages et articles récapitulant les principaux résultats des recherches dans le domaine de l'efficacité de la TF/TS

- Bischoff, M. et Bessero, S. (2009). *Argumentaire : « Thérapies de famille et de couple / Thérapies systémiques »*.  
[https://www.asthefis.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8&Itemid=117](https://www.asthefis.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=117)
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(2), 153-213.
- Carr, A. (2018). Couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(4), 492-536.
- Carr, A. (2016). How and why do family and systemic therapies work? Australian and New Zealand *Journal of Family Therapy*, 37(1), 37-55.
- Cazauvieilh, C. (2020 - sous presse). Fonctionnements et dysfonctionnements des psychothérapies : synthèse de la littérature et présentation de deux méthodologies associées aux meilleurs résultats. *Pratiques Psychologiques*.
- Crane, R. D., and Christenson, J. (2014). A summary report of cost-effectiveness: Recognizing the value of family therapy in health care. In J. Hodgson, A. Lamson, T. Mendenhall, and R. Crane (Eds.), *Medical Family Therapy: Advanced Applications* (pp. 419-436). Switzerland: Springer.
- Crane, R. D., and Payne, S. H. (2011). Individual versus family psychotherapy in managed care: Comparing the costs of treatment by the mental health professions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 273-289.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons M. B., Mukherjee D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. In M. J. Lambert (Eds.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (p. 298-340). New-York: John Wiley & Sons.
- Datchi, C. and Sexton T.L. (2016). Integrating research and practice through intervention science. In T.L. Sexton & J. Lebow (Eds.), *Handbook of Family Therapy: The Science and Practice of Working with Families and Couples* (p. 434-453). New-York : Routledge.



- Favez, N., and Darwiche, J. (2016). *Les thérapies de couple et de famille. Modèles empiriquement validés et applications cliniques*. Wavre : Mardaga.
- Forand, N. R., DeRubeis, R. J., & Amsterdam, J. D. (2013). Combining medication and psychotherapy in the treatment of major mental disorders. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (p. 735-774). New-York: John Wiley & Sons.
- Hogue, A. Liddle, H. A., Dauber, S. & Samuolis, J. (2004). Linking session focus to treatment outcome in evidence-based treatments for adolescent substance abuse. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(2), 83-96.
- Collectif INSERM (2004). *Psychothérapie : Trois approches évaluées*. Paris : Les éditions INSERM.
- Johnson S.M., and Brubacher L.L. (2016). Emotionally focused couple therapy: Empiricism and art. In T.L. Sexton & J. Lebow (Eds.), *Handbook of Family Therapy: The Science and Practice of Working with Families and Couples* (p. 326-348). New-York: Routledge.
- Liddle, H. A. (2016). Multidimensional family therapy. In T.L. Sexton & J. Lebow (Eds.), *Handbook of Family Therapy: The Science and Practice of Working with Families and Couples* (p. 231-249). New-York: Routledge.
- Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., & Dixon, L. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of marital and family therapy*, 38(1), 101-121.
- McFarlane, W. (2016). Family Psychoeducation for severe mental illness. In T.L. Sexton & J. Lebow (Eds), *Handbook of Family Therapy: The Science and Practice of Working with Families and Couples* (p. 305-325). New-York: Routledge.
- Schoenwald, S.K., Henggeler, S.W., and Rowland, M.D. (2016). Multisystemic Therapy. In T.L. Sexton & J. Lebow (Eds), *Handbook of Family Therapy: The Science and Practice of Working with Families and Couples* (p. 271-285). New-York: Routledge.
- Sexton, T.L., Datchi, C., Evans, L., LaFollette, J., and Wroght L. (2013). The effectiveness of couple and family-based clinical interventions. In M. J. Lambert (Eds.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (p. 587-639). New-York: John Wiley & Sons.

- Sexton, T.L. (2016). Functional family therapy. In T.L. Sexton & J. Lebow (Eds), *Handbook of Family Therapy: The Science and Practice of Working with Families and Couples* (p. 250-270). New-York: Routledge.
- Tilden, T., Theisen, M., Wampold, B. E., Johnson, S. U., & Hoffart, A. (2020). Individual distress and dyadic adjustment over the course of couple therapy and three-year follow-up: A replication study. *Psychotherapy Research*, 30(3), 375-386.
- Von Sydow, K., Beher, S., Retzlaff, R., & Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie / Familientherapie*. Hogrefe-Verlag.