

MST-CAN – une nouvelle offre pour la protection de l'enfance dans le canton de Thurgovie

Bruno Rhiner, Ute Fürstenau

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Thurgovie, Weinfelden

Depuis janvier 2011 se déroule dans le canton de Thurgovie un projet modèle pour le traitement de familles qui négligent et maltraitent leurs enfants. Au moyen d'une thérapie en consultation, l'ensemble de la famille est accompagné de manière intensive et en intégrant l'environnement. Cette thérapie dite multisystémique destinée à la protection de l'enfance MST-CAN (child abuse and neglect) est une adaptation de la thérapie multisystémique éprouvée pour adolescents présentant un trouble grave du comportement social, qui est proposée en Thurgovie depuis 2007, ainsi qu'en Argovie depuis 2009. L'offre MST-CAN de Thurgovie est la première de ce type dans un pays non anglophone et l'une des premières en Europe. Actuellement, de nouvelles équipes MST-CAN s'établissent à Londres, Amsterdam et New York.

Forts taux de placement chez des tiers


La négligence et la maltraitance représentent des facteurs principaux de risque pour toute une série d'affections psychiatriques. En Allemagne, Pillhofer *et al.* estiment dans une revue de littérature systématique que 3–10% des enfants ont fait l'expérience d'une maltraitance, sont négligés ou doivent grandir dans des conditions d'éducation accablantes [1]. Sur les 7,1 milliards d'euros dépensés en Allemagne en 2010 pour les aides à l'éducation faisant partie de l'aide aux adolescents, 3,9 milliards sont passés dans les frais pour le placement d'enfants [2].

En Suisse, le taux de placement chez un tiers présente, dans la plupart des cantons, un niveau aussi élevé que dans les pays européens voisins. Malheureusement, en Suisse, des statistiques pertinentes font pourtant défaut au niveau fédéral. En comparaison internationale, le nombre d'enfants accueillis par des tiers dans les pays germanophones est, avec env. 1%, relativement élevé. Suite à un changement de loi en Allemagne, le nombre de placements sous garde a augmenté de 43% pour passer à 83 500 cas durant les cinq dernières années [3, 4]. En Suisse aussi, avec la révision du droit de tutelle, qui entrera en vigueur à partir de mi-janvier 2013, et la création de services professionnels de protection des enfants et des adultes, un développement comparable est à prévoir. En Suisse, la prévalence de mesures sous forme de curatelle varie, selon les cantons, entre 0,3% (Uri) à 4,3% (Neuchâtel) [5].


Les décisions qui, en raison de l'atteinte au bien-être de l'enfant, débouchent sur un empiètement du droit de garde des parents sont toujours difficiles et lourdes de conséquences. Les raisons d'une intervention officielle

étaient, selon Deegener, une négligence dans 40–50% des cas, une maltraitance physique dans 25% des cas, des atteintes sexuelles dans 10% des cas et une violence morale dans 3% des cas [6]. Dans l'étude suisse menée par le projet 52 du Fonds national, Voll *et al.* ont trouvé qu'un trouble psychique des membres de la famille était en cause dans 50% des cas de négligence des enfants et qu'une maladie de dépendance était impliquée dans 45% des cas [7].

De lourdes conséquences sociales et sanitaires

La négligence et la maltraitance ont de lourdes conséquences à court et à long termes sur la santé des enfants concernés. Problèmes psychiques, abus de substances, troubles de la santé, problèmes relationnels avec les jeunes du même âge, échec scolaire et délinquance font partie des conséquences à court terme. A long terme, les enfants concernés développent des troubles généraux de la santé, des troubles anxieux et dépressions, ils présentent un risque plus élevé d'abus de substances et une propension supérieure au suicide (fig. 1 ). Par ailleurs, le fait que la négligence et la maltraitance se transmettent de génération en génération, à travers le comportement éducationnel, est problématique. Des enfants ayant été maltraités ou négligés par le passé deviennent souvent des parents maltraitants et négligents. Les coûts engendrés par cas de maltraitance d'un enfant jusqu'à la retraite ont été calculés dans une analyse allemande bénéfices-coûts à 424 000 euros pour des évolutions optimistes et modérées, et à 1 243 000 euros en cas de scénarios pessimistes [8].

Au vu des énormes conséquences pour les enfants concernés et des coûts considérables engendrés pour la société, il est étonnant que des procédés thérapeutiques basés sur des preuves soient encore peu connus dans ce domaine et insuffisamment appliqués.

Les facteurs de risque conduisant à la négligence et à la maltraitance peuvent, dans les différents systèmes, survenir autour d'un enfant ou d'un adolescent et être identifiés (fig. 2 ). Les facteurs de risque relatifs à l'enfant sont un retard du développement, un handicap, des troubles du comportement et des facteurs tempéramentaux. Les parents présentent souvent leur propres antécédents de maltraitance et d'abandon, disposent de connaissances insuffisantes concernant le développement de l'enfant ou souffrent de troubles du contrôle des impulsions, d'affections psychiatriques telles que dépression ou troubles de la dépendance et sont peu ca-



Bruno Rhiner



Ute Fürstenau

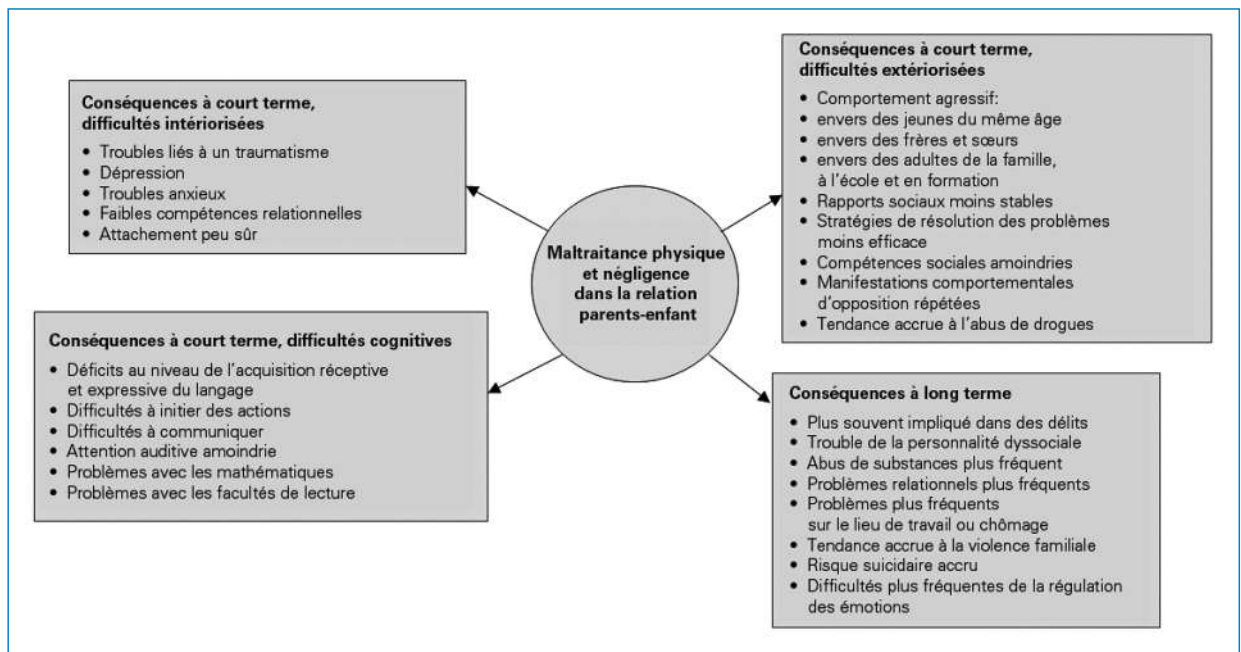


Figure 1
Conséquences à court et à long terme de la négligence et de la maltraitance.

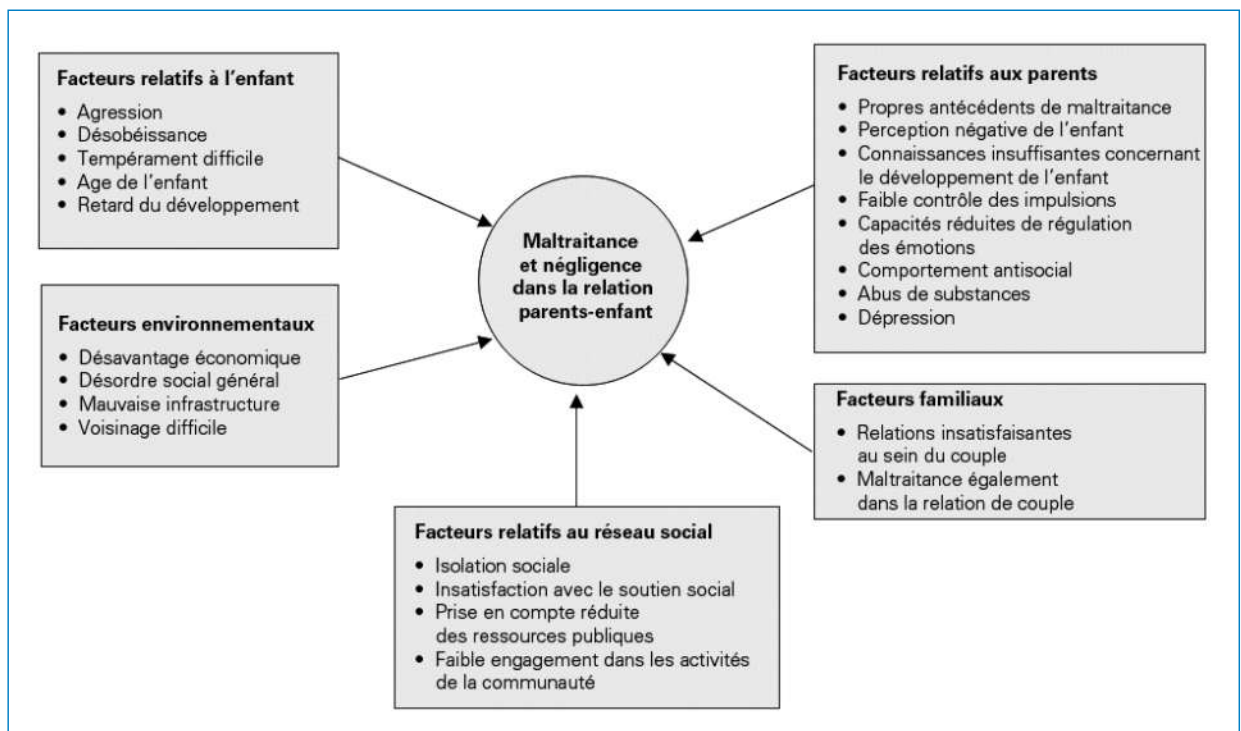


Figure 2
Facteurs de risque pouvant mener à la négligence et à la maltraitance.

pables de réguler correctement leurs propres émotions. Des conflits dans la relation de couple, accompagnés de disputes violentes, parfois physiques, ainsi qu'un parent seul, représentent d'autres facteurs de risque. Les familles concernées sont souvent isolées et peuvent difficilement faire appel à des structures d'aide dans leur environnement. De même, un désavantage économique et de l'agitation générale, ou encore un voisinage difficile, sont souvent observés.

Une approche thérapeutique systémique

Au vu de la genèse multifactorielle de la négligence et de la maltraitance, il n'est pas surprenant que la thérapie multisystémique représente, avec son approche globale, une mesure thérapeutique adaptée et pertinente. Le programme thérapeutique basé sur des faits et manualisé MST-CAN a été développé par Swenson et ses collaborateurs en Caroline du Sud, aux Etats-Unis [9]. Le stan-

dard MST est largement diffusé au niveau international et se concentre sur des adolescents présentant un trouble du comportement social [10, 11]. MST-CAN est une adaptation de cette approche multisystémique éprouvée dans le domaine de la protection de l'enfance. Dans une équipe MST-CAN, quatre thérapeutes (et une psychologue postgraduée en tant que cothérapeute pour les situations de crise), titulaires d'un master en psychologie, travaillent ensemble à temps plein, sous la direction technique d'un médecin-chef exerçant à 100%. Un thérapeute traite au maximum trois à quatre familles. Chaque famille se trouve en thérapie pour une durée de 6 à 9 mois. Ceci permet à chaque thérapeute d'effectuer un travail hautement intensif avec toute la famille. Les enfants traumatisés ne sont pas les seuls considérés comme patients, mais toute la famille, en particulier les parents des enfants, qui sont souvent eux-mêmes malades sur le plan psychiatrique (dépressions, troubles de la personnalité, maladies de dépendance, troubles dus à un traumatisme). En plus de l'habituelle méthode de travail multisystémique, les thérapeutes reçoivent une formation concernant les procédés thérapeutiques basés sur les preuves en vue du traitement de troubles liés à un traumatisme chez les enfants et les adultes, mais également pour le traitement d'abus de substances. Le facteur clé dans ces familles fortement accablées est le fait que le thérapeute puisse intégrer de première main dans le programme thérapeutique l'ensemble de la famille et le système impliqué tout autour, en incluant le jardin d'enfant et l'école, les travailleurs sociaux des centres de conseils et des administrations. L'équipe est de garde en permanence pour la famille concernée, afin d'assurer à tout moment une aide téléphonique ou une intervention sur place en cas de crise. Avec l'aimable soutien de l'Office fédéral de la santé publique, nous pouvons charger l'université de Bâle d'effectuer des recherches intensives sur le projet de modèle, aussi bien du point de vue des résultats thérapeutiques qu'en termes de rapport coûts-efficacité. Au bout d'un an et demi de MST-CAN en Thurgovie, les premiers résultats intermé-

diaires sont très prometteurs et nous espérons que le gouvernement du canton de Thurgovie, avec à sa prévoyance et son mode de pensée global, fera de MST-CAN une offre permanente.

Correspondance:

Dr Bruno Rhiner
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
Schützenstrasse 15
CH-8570 Weinfelden
[bruno.rhiner\[at\]stgag.ch](mailto:bruno.rhiner[at]stgag.ch)

Références

- 1 Pillhofer M, Ziegenhain U, Nandi C, Fegert JM, Goldbeck L. Prävalenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland. Annäherung an ein Dunkelfeld. *Kindheit und Entwicklung* 2011; 20(2):64-71.
- 2 Deutsches Statistisches Bundesamt, 2010. Online-Zugriff www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/KinderJugendhilfe.
- 3 Schmid M, Fegert JM. Fremdplazierte Kinder in Pflegefamilien und stationärer Jugendhilfe. In C. Eggers, J. M. Fegert & F. Resch (Eds.), *Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, 2012 (63-74). Heidelberg: Springer.
- 4 Deutsches Statistisches Bundesamt, 2011. Online-Zugriff www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/KinderJugendhilfe.
- 5 Daten der Jahre 2004 VBK.
- 6 Deegener G, Körner W. *Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien*. 2. Aufl. 2008, Lengerich et al.: Pabst.
- 7 Voll P. Wenn Kinder mit Behörden gross werden – Probleme und Prozesse im zivilrechtlichen Kinderschutz. *Soziale Sicherheit CHSS*. 2006;5:242-8.
- 8 Gahleitner SB, Homfeldt H, Fegert JM. Gemeinsam Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf übernehmen? Hindernisse und Lösungswege für Kooperationsprozesse. In S. B. Gahleitner & H. G. Homfeldt (Eds.), *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste*, 2012 (247-72). Weinheim: Beltz Juventa.
- 9 Swenson C, Schaeffer C, Henggeler S, Faldowski R, Mayhew AM. Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: A Randomized Effectiveness Trial. *Journal of Family Psychology*. 2010;24(4):497-507.
- 10 Fürstenau U, Rhiner B. Multisystemische Therapie MST. *Schweiz Med Forum*. 2009;9(1-2):17.
- 11 Rhiner B, et al. Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens – Implementierung in der deutschsprachigen Schweiz und erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2011;39(1):33-9.