



Cofinanciado por
la Unión Europea

Thérapie familiale HEDERA à domicile RAPPORT DE MISE EN ŒUVRE - CONCLUSIONS



- Chercheurs coordinateurs :

Nuria Molano Mérida (EDUVIC)

Marta Rodríguez Lama (EDUVIC)

- ÉDUVIQUE :

Nuria Molano Mérida (coordinatrice de recherche)

Marta Rodríguez Lama (coordinatrice de recherche)

Javier Loyo Rivera (Coordonnateur de la mise en œuvre)

Adela Camí Dealbert (superviseure de mise en œuvre)

- Agintzari :

Géraldine Sagarna Brusseleers (coordinatrice de la recherche et de la mise en œuvre)

Alaitz Garmendia Jauregui (coordonateur de recherche)

Begoña Guijarro Masero (superviseure de mise en œuvre)

Blanca Angulo López de Armentia (suivi du projet)

- La Bottega Dei Ragazzi:

Daniela Ariadna Moreno Boudon (coordinatrice de recherche)

Denis Cesari (coordonnateur de la mise en œuvre)

- Holtls :

Cătălin-George Fedor (coordonateur de recherche et de mise en œuvre)

Stefan Marian Cojocaru (coordonateur de recherche et de mise en œuvre)

- Walker :

Stéphanie Destandau (coordinatrice de recherche)

Hélène Nogues (coordinatrice de recherche)

Patricia Barnetche (coordonnatrice de recherche)

Frédérique Pène (coordinatrice de mise en œuvre)

Christiane Expert (Coordonnatrice de la mise en œuvre)

Le projet de recherche HEDERA « Thérapie familiale à domicile » vise à évaluer empiriquement l'application d'un modèle thérapeutique en milieu familial. Ce modèle, élaboré conjointement par différentes organisations européennes de services sociaux, sera évalué par la collecte de données sur la santé relationnelle des familles participantes et sur l'expérience, les compétences et les connaissances des professionnels qui le mettent en œuvre. Cette étude empirique s'inscrit dans la deuxième phase d'un projet de formation plus vaste, financé par la subvention Erasmus+ KA220-VET pour les partenariats de formation professionnelle.

Cette phase de recherche appliquée relève du lot de travaux 3 (ci-après, WP3). Elle est précédée d'une première phase, relevant du lot de travaux 2 (ci-après, WP2), consistant en le développement théorique et méthodologique du modèle de thérapie familiale et la conception de sa mise en œuvre, et suivie de la conception et de la mise en œuvre d'activités de formation destinées aux professionnels de l'action sociale (lot de travaux 4, WP4).

L'objectif de ce rapport est de rassembler les principaux aspects de la conception de la recherche menée dans le cadre du WP2 et de présenter les résultats finaux obtenus grâce à l'évaluation empirique des familles et des professionnels participants (WP3).

1. Objectifs de la recherche

Du point de vue des familles participantes, les questions suivantes se posent :

- A. Analyser la composition et l'organisation des familles, ainsi que leur profil sociodémographique. de ses membres adultes et mineurs.
- B. Évaluer le niveau de satisfaction des familles à l'égard du processus d'intervention thérapeutique.
- C. Comparer le niveau de santé relationnelle des familles entre le début et la fin du processus thérapeutique. Plus précisément, nous évaluerons la cohésion et l'adaptabilité familiales, la qualité de vie, le stress parental et le sentiment de compétence parentale des parents, ainsi que l'adaptation psychologique, la santé et le soutien social perçu des mineurs.
- D. Analyser les similitudes et les différences entre les mesures de santé relationnelle et de satisfaction à l'égard du processus thérapeutique des familles recevant une intervention à domicile et celles la recevant au cabinet (groupe témoin).
- E. Vérifier les relations entre les différents aspects de la santé relationnelle des familles et leurs caractéristiques sociodémographiques et organisationnelles, tant au début qu'à la fin du processus d'intervention thérapeutique.
- F. Examiner les progrès observés dans les mesures de santé relationnelle, du début à la fin de l'intervention, dans différents profils familiaux, selon leur composition, leur organisation, les caractéristiques sociodémographiques de leurs membres et le motif de la demande thérapeutique.
- G. Comprendre les similitudes et les différences entre les familles des différents pays concernés en ce qui concerne les mesures de santé relationnelle et leur satisfaction à l'égard du processus d'intervention thérapeutique.

Du point de vue des thérapeutes participants , l'objectif est de :

- H. Étudier les caractéristiques sociodémographiques, éducatives et professionnelles des thérapeutes.
- I. Examiner le niveau des compétences thérapeutiques dans le contexte familial de
Les thérapeutes avant et après l'intervention.
- J. Analyser la structure relationnelle et les indicateurs de protection et de risque des familles au début de l'intervention, et relier ces aspects aux données sociodémographiques, à la composition et à l'organisation familiales, et aux mesures de santé relationnelle rapportées par les familles.
- K. Évaluer le niveau de satisfaction et les difficultés rencontrées par les thérapeutes en ce qui concerne le processus d'intervention thérapeutique, en étudiant la relation de ces aspects avec le contexte de l'intervention (bureau ou domicile) et les mesures précédentes rapportées par la famille et les thérapeutes eux-mêmes.
- L. Connaître les similitudes et les différences entre les thérapeutes des différents pays impliqués en ce qui concerne leur expérience dans le processus d'intervention thérapeutique.

Du point de vue des professionnels chargés d'orienter les familles participantes vers les services de soutien thérapeutique, l'objectif est de :

- M. Connaître l'évaluation de ces professionnels sur le processus d'intervention thérapeutique, en termes de niveau de progrès favorable qu'ils perçoivent chez les familles accompagnées.

2. Participants

Concernant l'origine des familles participant à la recherche, il s'agissait de familles orientées vers les services de soutien thérapeutique de chacune des organisations. Plus précisément, ces familles étaient suivies par les services suivants :

- EDUVIC : EDUVIC-Familles – Services d'orientation et de conseil familial et services de thérapie familiale (Barcelone).
- AGINTZARI : Programme de placement familial (Álava) ; Programme d'accueil familial, Service Post-Adoption de la Députation Forale de Biscaye et Arlobi, Adoptia, Service Betirako (Bizkaia); Service de placement familial et d'aide à l'adoption (Navarre); Équipe d'intervention socio-éducative de Bermeo (Bizkaia).
- WALKER : Service de soutien aux familles, Institut pédagogique éducatif et thérapeutique, et Traité d'Union (Bayonne).
- LA BOTTEGA DEI RAGAZZI: Services Sociaux des Communes de Padoue (PD), Rubano (PD), Abano Terme (PD), Torreglia (PD), CASF (PD); demandes volontaires.
- HOLTIS : Programme d'Éducation Parentale – Service Psychothérapeutique (Iași).

Les familles participantes devaient se trouver dans une situation de vulnérabilité, avec des enfants et/ou des adolescents de moins de 18 ans vivant au domicile, et des difficultés relationnelles liées à l'une de ces situations :

- Anxiété familiale découlant de situations de crise non résolues, notamment des pertes et des situations difficiles pour certains de ses membres.
- Vulnérabilité des figures parentales dans le développement de leur rôle et de leurs fonctions.
- Relations conflictuelles entre adultes ayant des répercussions sur les fils et les filles.
- Mauvais résultats scolaires dus au stress familial ou au manque d'implication de personnes importantes parental.
- Problèmes de santé résultant d'une négligence des soins de base.
- L'isolement social résultant d'un manque de liens sociaux et d'expériences négatives avec autour.
- Comportements à risque chez les fils et les filles résultant de la négligence parentale.
- Solitude et stress dans les processus de différenciation des enfants liés à leur identité.

Le tableau suivant présente les données sur la participation des familles :

FAMILLES (groupe)		Intervention terminée et évaluation complète
AGINTZARI	Maison	10
	Contrôle	8
LA BOTTEGA DEI RAGAZZI	Maison	11
	Contrôle	8
MARCHEUR	Maison	8
	Contrôle	8
ÉDUVIV	Maison	54
	Contrôle	49
HOLTIS	Maison	5
	Contrôle	5
ENTITÉS TOTALES		166

En outre, en ce qui concerne le profil des thérapeutes (45 au total), les participants étaient des thérapeutes familiaux employés dans les services thérapeutiques respectifs mentionnés ci-dessus, formés à la thérapie familiale systémique et ayant au moins un an d'expérience professionnelle dans l'intervention familiale.

Enfin, les références professionnelles des familles (18 au total), qui ont participé en tant qu'informateurs des progrès de celles-ci après la fin de l'intervention, sont celles qui auraient orienté la famille vers les services de soutien thérapeutique de chaque entité.

3. Dimensions évaluées, instruments et procédure

L'évaluation familiale comprenait, dans un premier temps, un formulaire de contact initial portant sur les aspects fondamentaux de la composition et de l'organisation familiale, ainsi qu'un entretien semi-structuré concernant le motif de la consultation. Ces deux documents étaient complétés par le thérapeute à partir des informations fournies par la famille. Par ailleurs, les familles ont renseigné les données sociodémographiques de leurs membres à l'aide d'un formulaire prévu à cet effet. De plus, elles ont rempli des questionnaires standardisés visant à évaluer les dimensions suivantes : la cohésion et l'adaptabilité familiales, à l'aide de l'échelle d'évaluation de l'adaptabilité et de la cohésion familiales (FACES) ; la qualité de vie, à l'aide de l'échelle de qualité de vie de l' Organisation mondiale de la Santé ; le stress parental, à l'aide du questionnaire abrégé de l'indice de stress parental (PSI-SF) ; le sentiment de compétence parentale, à l'aide de l'échelle du sentiment de compétence parentale (PSOC) ; et l'adaptation psychologique des mineurs, à l'aide du questionnaire des forces et des difficultés (SDQ). À mi-parcours du processus thérapeutique, il leur a été demandé de remplir un questionnaire relatif à leur expérience de l'intervention jusqu'à ce stade.

À la fin de l'intervention, les participants ont été invités à remplir un questionnaire de satisfaction concernant le processus thérapeutique. De plus, les mineurs ont participé à l'évaluation en complétant un questionnaire d'auto-évaluation portant sur leur santé générale et leur perception du soutien social dont ils bénéficiaient.

De plus, les thérapeutes ont évalué la structure relationnelle familiale à l'aide d'un questionnaire spécialement conçu à cet effet. Ils ont également rempli un formulaire sur les indicateurs de protection observés au sein de la famille, un autre sur les indicateurs de risque, ainsi qu'un questionnaire sur l'environnement familial, tous élaborés spécifiquement pour cette recherche. Ils ont évalué les objectifs thérapeutiques et les progrès de chaque famille grâce à une grille de suivi. Par ailleurs, ils ont rempli deux questionnaires d'auto-évaluation conçus pour cette étude : l'un portant sur les caractéristiques sociodémographiques, scolaires et professionnelles, et l'autre sur leur expérience du processus thérapeutique avec chaque famille.

Enfin, les professionnels responsables de chaque famille ont rendu compte des progrès de la famille dans le processus thérapeutique à l'aide d'un bref questionnaire conçu spécifiquement à cet effet.

Concernant le calendrier et le déroulement de l'intervention thérapeutique, les deux groupes (expérimental et témoin) ont suivi le même processus, seule la structure (domicile ou cabinet) différant. L'intervention consistait en 10 séances de thérapie familiale (plus une première prise de contact) et était conçue pour se tenir toutes les deux semaines, à raison d'une séance d'une heure par séance. Les techniques utilisées ont été définies et décrites dans le manuel d'intervention, en fonction des difficultés relationnelles rencontrées par les familles et prises en charge par le modèle d'intervention thérapeutique mentionné précédemment. Un tableau récapitulatif détaillant la structure des séances et les critères d'évaluation est présenté ci-dessous.

MOMENT DE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE	BUT	ÉVALUATION
Séance 0 (contact initial)	Accueil de la famille et présentation de l'intervention et de la recherche	- Document de premier contact

Séance 1	Établissement de la relation thérapeutique et évaluation initiale (pré-test)	- Entretien initial - Fiche de données sociodémographiques - VISAGES IV - Qualité de vie - PSI-SF - PSOC - SDQ - Auto-déclaration pour les mineurs - Diagnostic de la structure Relationnel - Fiche d'indicateurs de risque - Fiche d'indicateurs de protection
Séance 2	Évaluation de la dynamique familiale et définition des objectifs thérapeutiques	- Fiche d'objectifs initiaux et de suivi (définition des objectifs thérapeutiques) - Guide d'observation de l'environnement de la famille
Séance 3	Développement de l'intervention thérapeutique	
Séance 4	Développement de l'intervention thérapeutique	
Séance 5	Développement de l'intervention thérapeutique et évaluation à moyen terme	Questionnaire intermédiaire sur le processus thérapeutique - famille - Formulaire initial et de suivi des objectifs (suivi des objectifs)
Séance 6	Développement de l'intervention thérapeutique	
Séance 7	Développement du intervention thérapeutique	
Séance 8	Développement du intervention thérapeutique	
Séance 9	Approfondissement et consolidation des acquis	
Séance 10	Clôture, plan futur, suivi avec un professionnel référent et évaluation finale (post-test)	- Questionnaire final sur le processus thérapeutique - famille - VISAGES IV - Qualité de vie - PSI-SF - PSOC - SDQ - Auto-déclaration pour les mineurs Questionnaire sur le processus thérapeutique – thérapeute

		- Fiche d'objectifs initiaux et de suivi (évaluation finale des objectifs thérapeutiques) - Questionnaire sur le processus thérapeutique professionnel pertinent
--	--	--

4. Évaluation de la formation interne reçue par les professionnels de mise en œuvre

Chaque organisation a organisé des sessions de formation pour les professionnels impliqués dans la mise en œuvre. À cette fin, ces professionnels ont reçu un dossier numérique contenant le document du modèle Hedera, le manuel de collecte de données et l'ensemble des instruments. Le contenu commun de ces sessions de formation était le suivant :

- 1) Introduction et contexte du modèle Hedera
- 2) Principes clés du modèle
- 3) Méthodologie et techniques
- 4) Lignes directrices pour la collecte de données
- 5) Questions et réponses/Discussion
- 6) Conclusion et prochaines étapes

95 % des participants considèrent que la session de formation reçue a été « très bonne » (62 %) ou « bonne » (33 %), tandis que 5 % la considèrent comme « suffisante ».

En ce qui concerne les supports de formation, 90 % des participants les considèrent comme « très bons » (50 %) ou « bons » (40 %), et 10 % les considèrent comme « suffisants ».

La clarté et la structure du contenu abordé dans les formations internes sont considérées comme un facilitateur dans l'exécution du projet.

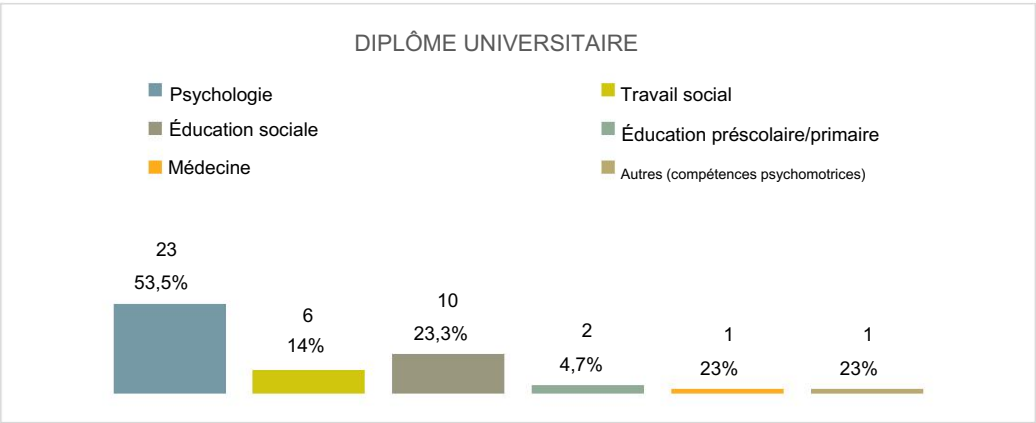
La formation interne a été appréciée pour avoir fourni des outils et des techniques utiles à la pratique thérapeutique à domicile. Cependant, le besoin de formation complémentaire porte sur le même aspect, ce qui souligne l'importance des sessions de formation supplémentaires, davantage axées sur les techniques et les outils, qui ont eu lieu en juillet et en septembre et qui continueront d'être développées pendant la phase de mise en œuvre.

Les réponses concernant les besoins de formation soulignent également l'importance d'un soutien continu aux professionnels pendant la mise en œuvre (séances de supervision mensuelles), ainsi que des activités découlant des réunions entre les coordinateurs de projet et les professionnels. Plus précisément, ces séances de supervision visent non seulement à favoriser l'apprentissage par l'expérience dans l'utilisation des techniques et des outils, mais aussi à aborder les problématiques liées au contexte territorial du projet.

5. Caractéristiques sociodémographiques, éducatives et professionnelles des thérapeutes

Nous disposons de données provenant de 43 professionnels impliqués, dont la plupart appartiennent à EDUVIC (16, représentant 37 % du total), suivis d'Agintzari (12, 28 %), Caminante (5, 12 %), Bottega Dei Ragazzi (7, 16 %) et Holtis (1, 3 %).

L'âge moyen des professionnels est de 41 ans, le plus jeune ayant 28 ans et le plus âgé 57 ans. La grande majorité sont des femmes (34 cas, soit 79 % du total). Les autres sont des hommes (9 cas, soit 21 %). La plupart (58 %) sont titulaires d'un master et 5 % d'un doctorat. La fréquence et le pourcentage correspondant de chaque type de diplôme universitaire sont indiqués ci-dessous :



En moyenne, les professionnels impliqués ont 13,3 ans d'expérience en intervention familiale (l'expérience la plus faible est de 1 an et la plus élevée de 30 ans), et, plus précisément dans le cas de la thérapie familiale, l'expérience moyenne est de 5,6 ans, la plus élevée étant de 26 ans.

Parmi les professionnels interrogés, 24 (56 %) avaient une expérience des soins à domicile avant le début du projet. Cette expérience antérieure était en moyenne de 8 ans (de 1 à 23 ans). Plus précisément, 11 professionnels avaient une expérience des soins thérapeutiques à domicile, d'environ 4 ans en moyenne (de 1 à 9 ans). Le niveau de compétences perçu pour la prestation de soins thérapeutiques à domicile était en moyenne de 6,70 sur 10 (minimum 4, maximum 9).

Les professionnels ont également fait part des avantages et des inconvénients qu'ils anticipaient concernant l'intervention à domicile. Ils pouvaient répondre librement à ces questions et, en fonction de leurs réponses, ont ensuite été classés dans les catégories ci-dessous (chaque professionnel pouvait citer plusieurs catégories).

Avantage	% de mentions
Une meilleure compréhension de la dynamique familiale et de ses contextes relationnels	63%
Plus de confort et de confiance pour la famille	56%
Meilleure adaptation à la réalité familiale et transfert de compétences : 42 %	

Une plus grande implication de certains membres de la famille (en particulier les adolescents)	23%
Alliance thérapeutique renforcée et simplifiée	21%
Une meilleure adhésion au processus thérapeutique	9%
Intervention plus intensive grâce à l'obtention de davantage d'informations sur la réalité familiale	9%
Inconvénient	% de mentions
Difficultés d'adaptation, de contrôle et de positionnement dans le contexte familial : 70 %	
Manque d'espace approprié pour mener la thérapie et/ou présence de distractions	30%
L'insécurité et la présence de risques non contrôlés	23%
Difficulté à gérer les événements imprévus	16%
Sentiment d'invasion de l'espace privé de la famille	12%
Temps passé par le professionnel en voyage	12%
Manque d'outils pour travailler à domicile	12%
La résistance de la famille à l'intervention à domicile	9%

6. Profil sociodémographique et relationnel des familles participantes

En moyenne, parmi les entités, nous constatons que :

- 53 % des familles ont été orientées vers le processus thérapeutique par d'autres professionnels (contre une demande directe).
- 35 % des familles avaient déjà été vues par le thérapeute qui effectuait la mise en œuvre.

- 22 % des familles avaient déjà participé à des processus thérapeutiques.

Dans 80 % des familles, la figure maternelle était la première personne de la famille avec laquelle l'enfant avait des contacts. Prenez contact pour entamer le processus thérapeutique.

- L'âge moyen des parents est de 43,30 ans.
- 38 % des adultes participants ont fait des études supérieures.
- En ce qui concerne les fils et les filles, le groupe d'âge le plus fréquent est celui des enfants âgés de 11 à 15 ans (48 %).

Concernant le profil relationnel, on observe une prédominance de familles aux frontières floues et au style relationnel fusionnel. Cette configuration se caractérise par une surimplication émotionnelle de ses membres, des intrusions, de l'ambivalence et un contrôle mutuel excessif. Conformément à

Dans cette dynamique, le mythe familial le plus récurrent est celui de « l'harmonie ». Cette croyance, qui entretient l'image d'une famille unie et sans frictions, fait souvent obstacle à la reconnaissance et à la gestion des conflits inhérents à toute vie en cohabitation.

Comparativement à l'environnement physique, l'environnement social de la famille (activités, amitiés, participation à la vie de quartier) obtient des scores plus faibles. Parmi les autres indicateurs, il est à noter qu'en moyenne, 73 % des adultes ne participent pas ou très peu à la vie de leur quartier.

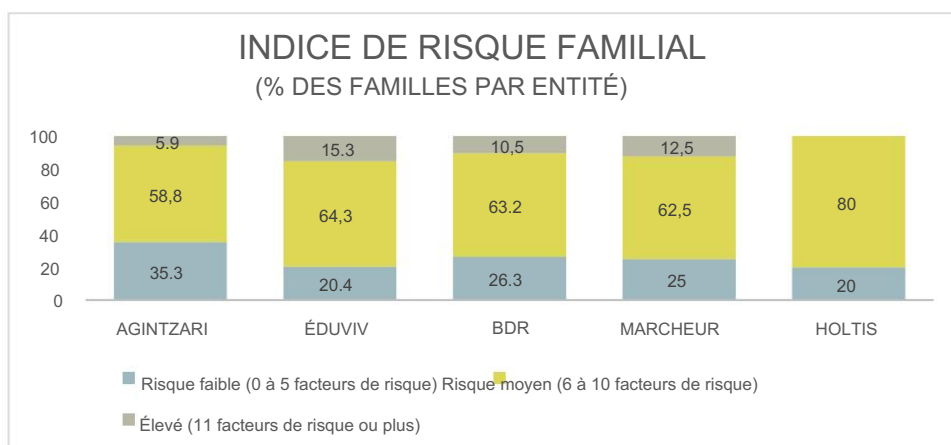
Concernant les facteurs de risque, les organisations s'accordent sur les facteurs les plus fréquents au sein des familles. On peut identifier les six plus fréquents (présents dans au moins deux organisations) :

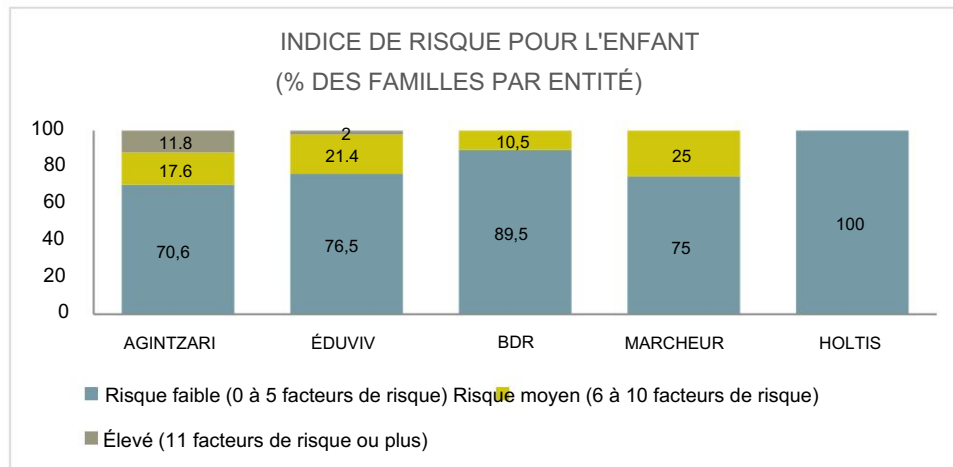
- Conflits entre le père et la mère
- Difficultés relationnelles avec la famille et/ou le partenaire
- Difficultés dans les fonctions parentales normatives et/ou affectives
- Difficultés à établir les rôles et la hiérarchie familiale
- Adultes surchargés de responsabilités • Crise familiale

De même, parmi les 19 facteurs de risque liés à l'enfant, il est possible d'identifier les 6 plus typiques parmi les entités (présents dans au moins deux entités) :

- Difficultés comportementales
- Difficultés socio-émotionnelles
- Difficultés et présupposés des normes
- Comportements transgressifs
- Deuil non résolu
- Difficultés d'adaptation au lycée ou à l'école

Compte tenu de l'effet cumulatif des facteurs de risque psychosociaux, un indice de risque a été élaboré en fonction du nombre de facteurs de risque présents simultanément, tant pour les familles que pour les mineurs. Une tendance observée parmi les organismes est que la plupart des familles accompagnées présentent un niveau global de facteurs de risque familiaux plus élevé et un indice de risque spécifique à l'enfant plus faible.





L'analyse des facteurs de protection, pour sa part, nous amène à identifier les 4 facteurs de protection typiques parmi les entités (présents dans au moins 2 entités) :

- Engagement des soignants
- Prise de conscience des problèmes, désir de changement
- Disponibilité des ressources économiques/logements
- Intérêts et compétences des enfants

7. Début du processus thérapeutique

Parmi les motifs de consultation, l'analyse des données recueillies auprès de toutes les parties prenantes, telles qu'exprimées par les familles, révèle que la demande thérapeutique est fortement axée sur le soutien à la parentalité. Ainsi, le motif le plus fréquent de consultation concerne le besoin de renforcer le rôle parental, appréhendé comme la présence de doutes quant à l'exercice de ce rôle ou le désir exprimé de recevoir un soutien dans ce domaine (66 %). En deuxième position, le besoin de soutenir le bien-être de l'enfant est prédominant (32 %), et en troisième position (26 %), une situation de comportement perturbateur chez l'enfant dans un ou plusieurs aspects de sa vie est constatée (par exemple, rébellion, dynamique conflictuelle, absentéisme scolaire, conflits entre frères et sœurs ou violence envers l'un des parents). En quatrième position, des difficultés liées à la détérioration du lien parent-enfant sont mentionnées (23 %).

La présence des deux parents dès le début du processus thérapeutique (en moyenne, dans 51 % des cas) est un indicateur important de leur motivation et de leur capacité à collaborer pour le bien de la famille. Les données recueillies montrent que, dans la plupart des cas, le premier membre de la famille contacté par téléphone pour initier le processus thérapeutique est généralement la mère. Cependant, lors du premier entretien en face à face avec le thérapeute, les deux parents sont impliqués dans une proportion significative de cas. Ceci est cohérent avec l'approche consistant à présenter cette intervention aux familles comme un processus familial, en soulignant l'implication directe et conjointe des deux parents dans la résolution des problèmes relationnels.

Après avoir analysé conjointement les objectifs fixés par les thérapeutes et les familles au sein des différentes entités, les principales orientations pour la définition des objectifs se sont dégagées.

Les éléments identifiés sont :

A. Gestion des émotions et santé mentale :

- Développer des stratégies de régulation émotionnelle et comportementale pour les deux pour les enfants comme pour les parents.
- Promouvoir l'estime de soi, l'autonomie et les compétences sociales, notamment chez les jeunes enfants. les fils et les filles.
- Créer un environnement propice à la santé mentale des familles.

B. Amélioration de la communication :

- Favoriser une communication ouverte et claire, essentielle pour résoudre les conflits et renforcer les relations.
- Créer de nouveaux canaux de communication et clarifier les messages entre les membres de la famille.

C. Parentalité et coparentalité :

- Pour aider les parents à établir des limites claires dans leurs relations et à définir les rôles parentaux et familiaux, en favorisant un environnement coopératif, structuré et prévisible.
- Apprenez à respecter les besoins des autres membres de la famille et à adapter votre style parental aux besoins de vos fils et de vos filles.

D. Liens familiaux :

- Renforcer les liens et les relations entre les membres de la famille, en particulier entre parents et enfants.
- Créer un environnement familial harmonieux, solidaire et empathique pour tous membres.

E. Reconstruction relationnelle, soutien spécifique pour les situations et moments difficiles transition:

- Promouvoir les éléments de résilience et la gestion du changement en période de transition.
- Restructurer l'identité et la dynamique familiales en période de changement, comme un divorce ou la perte d'un membre de la famille.
- Pour faire face aux situations traumatiques et aux difficultés émotionnelles grâce à un soutien psychoéducatif.
- Favoriser la reconnexion émotionnelle et créer un espace de soutien pour chacun individuel.
- Renforcer le réseau de soutien externe (amis, activités sociales, etc.).

Les objectifs fixés à ce jour couvrent les difficultés relationnelles suivantes, conçues pour être abordées à partir du modèle Hedera, démontrant une bonne adéquation entre la conception du modèle et les besoins des familles.

8. Évaluation du processus thérapeutique et des mesures de santé relationnelle

Objectifs

Lors de l'analyse de l'évaluation par les familles du niveau d'atteinte des objectifs fixés lors de la séance 2, puis réévalués lors des séances 5 et 10, nous avons constaté une amélioration statistiquement significative pour tous les éléments et globalement. Aucune différence significative n'a été observée entre le groupe témoin et le groupe bénéficiant de l'intervention à domicile.

Cohésion et adaptabilité familiales

Les résultats comparatifs de l'étude FACES IV au fil du temps suggèrent que l'efficacité de l'intervention Hedera varie selon les entités et en fonction des différents facteurs.

Les aspects abordés par le modèle circumplexe sont les suivants : à cet égard, un effet positif potentiel est observé dans EDUVIC et HoltIs, avec des améliorations tant au niveau de la cohésion que de la flexibilité.

Par ailleurs, une diminution du désengagement a été constatée, ce qui laisse présager une amélioration de la situation des familles à HoltIs et Caminante. De même, la réduction du chaos à HoltIs pourrait indiquer une amélioration de la situation des familles roumaines accompagnées par cette organisation.

Globalement, la comparaison de l'évolution temporelle entre les groupes témoins et les groupes domestiques n'a montré aucune différence significative.

Sentiment de compétence parentale

La comparaison des scores moyens de satisfaction parentale avant et après l'intervention révèle des augmentations dans toutes les catégories, avec des hausses statistiquement significatives pour deux d'entre elles (Caminante et HoltIS). On observe la même tendance pour la sous-échelle d'efficacité parentale, à l'exception d'Agintzari, où les scores restent stables. La comparaison des tendances avant et après l'intervention entre le groupe d'intervention à domicile et le groupe témoin montre des résultats similaires.

Stress parental

En comparant les scores moyens de détresse parentale avant et après l'intervention, nous avons observé une réduction significative des niveaux de détresse après l'intervention dans les cinq organisations. Concernant les différences de scores moyens pour l'interaction parent-enfant dysfonctionnelle entre le début et la fin de l'intervention, le score moyen post-intervention était inférieur dans toutes les organisations, la différence étant significative pour EDUVIC et HoltIS. Un schéma similaire a été observé pour la sous-échelle « enfant difficile », où les scores moyens post-intervention étaient inférieurs aux scores pré-intervention, cette différence étant significative pour Agintzari, EDUVIC et HoltIS. En analysant les scores moyens globaux, en considérant les données de toutes les organisations, nous avons constaté des améliorations significatives dans les trois sous-échelles. La comparaison des changements pré- et post-intervention dans les groupes « à domicile » et « contrôle » a révélé des tendances similaires.

Si l'on considère les variables sociodémographiques et organisationnelles des familles, on observe que les familles ayant un enfant diagnostiqué avec un trouble psychologique ou des problèmes de santé mentale obtiennent des scores plus élevés aux sous-échelles de détresse parentale et d'enfant difficile. De même, on constate des scores moyens plus élevés pour l'enfant difficile dans les familles où le père, la mère ou le proche aidant a des antécédents de troubles mentaux.

Une autre variable influençant les résultats est la nature des limites, claires ou floues. Dans le cas d'interactions parent-enfant dysfonctionnelles, le score est plus faible lorsque les limites sont imprécises.

Ces scores sont plus élevés et plus nets lorsque les frontières sont floues, une différence également observée pour la détresse parentale. Si l'on se concentre sur les modèles d'interaction familiale, on constate que la sous-échelle « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle » affiche des scores plus élevés pour tous les modèles, à l'exception du modèle démocratique.

Adaptation psychologique des membres mineurs

En comparant les scores moyens globaux, en considérant les données de toutes les entités réunies, on observe qu'entre les périodes pré- et post-intervention, les scores des échelles cliniques (symptômes émotionnels, troubles du comportement, hyperactivité et difficultés relationnelles) diminuent, tandis que le score de l'échelle de prosocialité augmente. De manière générale, cette tendance est similaire à domicile et dans le groupe témoin. Par ailleurs, la diminution des scores moyens pour les symptômes émotionnels, les troubles du comportement et l'hyperactivité est significative pour les deux échelles EDUVIC et HoltIS ; et le comportement prosocial augmente significativement dans l'échantillon EDUVIC.

Si nous observons comment cette échelle interagit avec les variables sociodémographiques et organisationnelles Au sein des familles, nous avons observé que le groupe de familles qui possède un modèle d'interaction Les groupes démocrates affichent des scores moyens nettement inférieurs en ce qui concerne les symptômes émotionnels et les problèmes relationnels avec leurs pairs.

Qualité de vie

Entre les phases initiale et finale de l'intervention, une comparaison globale des scores moyens, prenant en compte les données de toutes les entités, révèle des améliorations significatives de la qualité de vie, de la santé physique, de la santé mentale, des relations sociales et de la perception de l'environnement. Les résultats sont similaires dans les groupes bénéficiant de l'intervention à domicile et dans le groupe témoin.

En croisant les données de l'échelle de qualité de vie avec les variables sociodémographiques et d'organisation familiale, nous avons observé une diminution significative de la santé physique et de la satisfaction de vie en cas d'antécédents de troubles mentaux chez le père, la mère ou le proche aidant. De même, nous avons constaté que la perception de la qualité de vie était significativement plus faible lorsqu'un des enfants avait reçu un diagnostic de trouble psychologique ou de problème de santé mentale.

Lorsque nous observons le modèle d'interaction familiale, nous constatons comment les styles sacrificiel, hyperprotecteur et délégitif sont liés à une détérioration de la santé physique, de la santé mentale, des relations sociales et de l'environnement.

En ce qui concerne l'organisation familiale, nous avons observé une baisse significative des scores attribués par les familles monoparentales en matière de santé physique, de santé mentale, de relations sociales et environnement. Dans cette dernière sous-échelle, une baisse significative des scores est également observée dans les familles séparées.

Auto-déclaration des membres mineurs

Si l'on compare les scores moyens globaux, en considérant les données de toutes les entités réunies, entre le début et la fin de l'intervention, on constate des augmentations significatives de l'activité physique, de l'humeur et des émotions, de la vie familiale et du temps.

Le temps libre, les amis, la vie scolaire et le soutien familial perçu sont autant d'éléments qui influencent les résultats. Globalement, les résultats sont similaires dans les groupes « domicile » et « témoin ».

Questionnaire intermédiaire et final sur la satisfaction à l'égard du processus thérapeutique

De manière générale, les familles sont satisfaites, voire très satisfaites, de la thérapie, tant en ce qui concerne son impact sur la vie familiale que leur satisfaction globale vis-à-vis du processus thérapeutique. Les scores moyens se situent autour de 4 sur 5. Ainsi, les participants estiment globalement que la thérapie a un effet clairement bénéfique sur les relations familiales et que l'intervention est bien accueillie, avec un sentiment de confiance et d'utilité dans leur relation avec les thérapeutes. Bien qu'il n'y ait pas de différences majeures entre les groupes à domicile et le groupe témoin, l'impact moyen de la thérapie sur la vie familiale et la satisfaction vis-à-vis du processus thérapeutique sont relativement plus élevés à Bottega Dei Ragazzi et Caminante. Du point de vue des thérapeutes, dans des organisations comme Agintzari et Bottega Dei Ragazzi, la thérapie à domicile tend à avoir un impact plus important et à procurer une plus grande satisfaction que la thérapie en cabinet.

Interrogées sur leur volonté de reproduire l'intervention thérapeutique à domicile, entre 82 % et 100 % des familles ont répondu par l'affirmative. Ces résultats témoignent d'une appréciation très positive du processus et de ses bienfaits pour les familles.

Questionnaire post-implémentation destiné aux thérapeutes

Concernant leur expérience de la thérapie à domicile, les thérapeutes soulignent plusieurs aspects qui ont contribué à leur développement professionnel. Voici quelques pourcentages des aspects les plus pertinents :

- Adaptation, flexibilité et cadre thérapeutique (25,4 %). Les thérapeutes soulignent avoir développé une plus grande capacité à adapter leur intervention aux particularités de chaque famille et de chaque contexte.
- En observant le contexte familial et écologique (25,4 %), les thérapeutes soulignent généralement l'enrichissement que représente la connaissance et la capacité d'observer des aspects qu'ils n'auraient pas pu appréhender autrement, accès aux séances de bureau.
- Compréhension relationnelle, lien et évaluation (16,9 %), le travail dans l'environnement domestique a permis d'accéder à des dynamiques, des routines et des significations qui ne sont pas visibles en consultation, un aspect associé à un enrichissement de l'évaluation clinique, à la compréhension du système familial et à la qualité de l'intervention.
- Développement personnel du thérapeute (9,9 %), plusieurs professionnels identifient un développement de la connaissance de soi, de la sensibilité et de l'humilité thérapeutique ; ils apprécient que la pratique dans des environnements non conventionnels favorise une attitude réflexive, plus proche et plus favorable au lien.
- Outils, techniques et apprentissage professionnel (5,6 %).
- Évaluation positive de la nouveauté de l'expérience (12,7 %) perçue comme une opportunité de croissance et de renouveau dans sa propre pratique.

On observe une forte convergence entre les professionnels de différentes organisations quant à leur évaluation des compétences et connaissances méthodologiques acquises. La catégorie « utilisation des outils d'évaluation » se distingue particulièrement, recueillant plus de 70 % des mentions dans l'ensemble des organisations. En deuxième position, de par son caractère transversal et sa fréquence élevée, figure « le développement des sessions » (84 % en moyenne dans l'ensemble des organisations).

Le niveau moyen de compétences perçu pour dispenser des soins à domicile était de 6,70 sur 10 (minimum 4, maximum 9). Après l'intervention, la moyenne était de 7,66 (10 étant le score de compétence maximal).

Questionnaire destiné aux professionnels externes

De manière générale, les professionnels externes qui servent de références aux familles soulignent l'amélioration de la communication, l'acquisition de conseils parentaux, l'amélioration de la dynamique relationnelle et la mise en place d'un espace sécurisant pour la famille comme principaux avantages du processus thérapeutique.

Concernant les avantages de la modalité à domicile, ils soulignent la possibilité d'atteindre des enfants et des adolescents réticents à participer, l'espace sécurisant créé pour eux, le lien qu'elle favorise avec le thérapeute et sa plus grande valeur écologique.

9. Conclusions finales

L'efficacité du modèle d'intervention thérapeutique Hedera ayant été démontrée, il convient de souligner la grande variété de possibilités qu'il offre par rapport au modèle d'intervention traditionnel. Aborder le domicile sous un angle thérapeutique modifie le niveau d'information auquel nous avons accès, nous aidant à contextualiser les difficultés rencontrées par la famille et la souffrance qu'elle endure. Cette approche à domicile présente une valeur écologique significative, nous permettant de comprendre les dynamiques relationnelles dans leur contexte spécifique.

Cela nous permet d'entrer en contact avec des membres de la famille qui, autrement, ne pourraient ou ne souhaiteraient pas participer, et d'offrir des séances de thérapie dans des régions plus isolées où ce type de ressources est inexistant. La présence du thérapeute à domicile inverse les rôles traditionnels et renforce le lien thérapeutique, offre une plus grande flexibilité pendant les séances et facilite la connexion pour les enfants dans leur propre espace sécurisant. La présence du thérapeute à domicile lève de nombreuses barrières que les familles érigent souvent face à des intervenants extérieurs, modifiant ainsi leur perception de ces derniers.

Forts de notre expérience de mise en œuvre du modèle et des retours des thérapeutes et des familles, nous sommes convaincus de la valeur de l'intervention à domicile comme outil thérapeutique à part entière. Les résultats globalement similaires obtenus dans les deux groupes d'intervention (domicile/cabinet) confirment la grande flexibilité d'Hedera, permettant une intervention entièrement à domicile ou une alternance de séances à domicile et en cabinet, selon les besoins spécifiques de chaque cas.

Nous sommes convaincus de l'utilité du modèle présenté et satisfaits des résultats obtenus lors de sa mise en œuvre. En témoignent la poursuite de certains processus thérapeutiques initiés et l'intégration du modèle aux services de certaines organisations, compte tenu des résultats positifs obtenus.