Cofinancé par l'Union européenne
Erasmus+

Hedera

Modèle Hedera

Thérapie familiale à domicile

Fondements théoriques et méthodologiques

Coordination EDUVIC

Nuria Molano Mérida
Marta Rodríguez Lama

EDUVIC

Adela Camí Dealbert
Javier Loyo Rivera

HoltIS

Stefan Cojocaru
Cătălin-George Fedor

Agintzari

Géraldine Sagarna Brusseleers
Alaitz Garmendia Jauregui
Begoña Guijarro Masero
Blanca Angulo López de Armentia

Caminante

Stéphanie Destandau
Hélène Nogues
Patricia Barnetche
Frédérique Pène
Christiane Expert

La Bottega Dei Ragazzi

Daniela Ariadna Moreno Boudon
Denis Cesari

Publié dans Iași, 2026

expert projects publishing

This work is licensed under CC BY-SA 4.0. To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/

Indice

1.- PRÉSENTATION DU PROJET HEDERA 1
1.1. Justification 3
1.2. Bénéficiaires 5
1.3. Entités associées 6
1.4. Objectifs 11
1.3. Processus de construction du modèle Hedera 13
1.3.1. Mise en œuvre et évaluation du modèle Hedera : recherche appliquée 14
2. MODÈLE HEDERA : FONDEMENTS THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES .. 23
2.1. Fondements théoriques 24
2.2. Bases méthodologiques 43
2.2.1. Intervention à domicile 43
2.2.2. Principes méthodologiques 46
2.2.3. Procédure d'intervention 47
Références 93
Annexes 101

1.- PRÉSENTATION DU PROJET HEDERA

Le projet européen HEDERA Erasmus+ (2023-1-ES01-KA220-VET-000164938) a pour objectif de former des professionnels **de l'action sociale à un** modèle d'intervention thérapeutique **qui favorise** la santé relationnelle **en agissant depuis son propre** domicile **des familles .** Dans ce projet, le modèle d'intervention a été conçu, mis en œuvre et évalué afin d'offrir une formation aux professionnels fondée sur des principes théoriques et méthodologiques solides, et sur des preuves empiriques de son efficacité pour promouvoir la santé relationnelle au sein des familles accompagnées.

De cette manière, le **modèle Hedera,** conçue dans le cadre de ce projet, propose une intervention systémique novatrice qui intègre le domicile comme espace thérapeutique, en complément et en synergie avec le cabinet médical ou le bureau. Elle repose sur le principe que le **domicile** n'est pas seulement un contexte, mais aussi un **outil qui renforce le lien thérapeutique, facilite l'observation écologique et favorise des processus de transformation relationnelle plus profonds** .

Le modèle Hedera implique une intervention thérapeutique au domicile des familles confrontées à **des difficultés relationnelles** afin d'améliorer **la santé relationnelle familiale** , facteur essentiel pour promouvoir **le bien-être général. l'état mental** de ses membres.

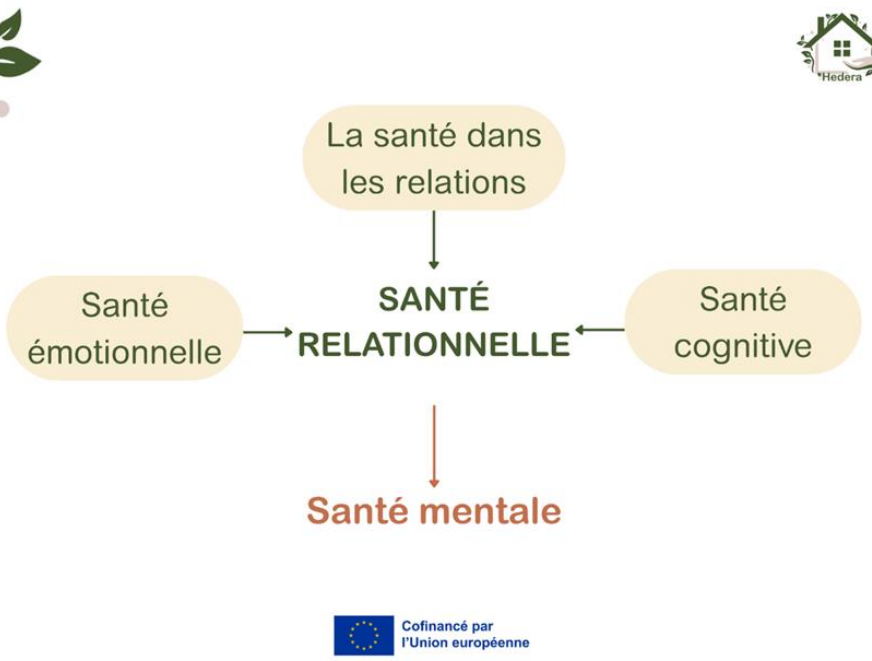
La santé relationnelle désigne la capacité à établir et à maintenir des relations significatives avec soi-même, avec autrui, avec des groupes et avec les communautés, en fonction de nos interactions et de nos liens avec les autres (Bermejo, 2009 ; Frosch et al., 2021 ; Willis & Eddy, 2022). Plus précisément, il s'agit de la capacité à :

- **Relation à soi-même** . Capacité à créer des liens et à développer une intimité. Aptitude à se différencier tout en conservant un sentiment d'appartenance. Capacité à affronter et à gérer les situations difficiles et à les résoudre efficacement. Capacité d'autorégulation. Flexibilité et adaptabilité au changement.
- **Maintenir des relations saines au sein du milieu familial** . Capacité à établir une structure et une dynamique familiales fonctionnelles : exercice approprié des rôles et des fonctions ; capacité à équilibrer les limites et l'affection dans les relations

familiales ; capacité à construire un sentiment d'appartenance et à promouvoir l'autonomie ; figures parentales offrant affection, protection et sociabilité, etc.

- **Entretenir des relations significatives avec des personnes extérieures au cercle familial** . Capacité à établir des relations de confiance, de respect et de soutien mutuel.
- **Entretenir des relations saines avec la communauté** . Connaître et utiliser efficacement les ressources et services locaux. Faire confiance aux relations au sein du réseau de soutien professionnel.

En substance, la santé relationnelle englobe les trois dimensions d'un même **triangle** : **des relations saines** , **une santé cognitive** et **une santé émotionnelle** . Un équilibre harmonieux entre ces trois axes est indispensable pour qu'un individu puisse atteindre la santé relationnelle et, par conséquent, une personnalité équilibrée, gage de bien-être mental.



En définitive, ce modèle vise à aider les familles à construire une dynamique fonctionnelle où les rôles et les fonctions parentales sont exercés avec affection et protection, **permettant ainsi au foyer d'être un espace sûr** qui facilite également une connexion saine avec le réseau social et communautaire extérieur.

1.1. Justification

Le projet HEDERA est né de besoins réels identifiés par ses organisations partenaires grâce à leur pratique professionnelle directe, une supervision clinique systématique, leur participation à des projets sociaux et de formation, des études de cas longitudinales et des équipes de recherche appliquée. Depuis plus de dix ans, ces organisations partenaires ont accumulé des données probantes, tant pratiques qu'observationnelles, sur :

- Obstacles persistants à l'accès à des services thérapeutiques de qualité pour les familles vulnérables.
- Difficultés à maintenir les processus d'amélioration dans des contextes de stress socio-économique et émotionnel.
- La nécessité d'interventions plus intensives, écologiques et contextualisées.
- L'importance du foyer en tant qu'espace relationnel où émergent les schémas familiaux essentiels.
- L'absence de modèles standardisés, évaluables et transférables pour l'intervention thérapeutique et socio-éducative auprès des familles à domicile.

Le projet HEDERA a ainsi émergé comme le prolongement naturel d'un travail clinique et socio-éducatif accumulé, et comme une réponse structurée à un besoin professionnel identifié de longue date. Dans ce contexte, les situations de détresse émotionnelle et relationnelle exacerbées par la pandémie de COVID-19 et ses conséquences ont joué un rôle déterminant dans l'accélération du développement du projet. À cet égard, l'Organisation mondiale de la Santé (2020) indique que l'impact d'une pandémie sur la santé mentale est plus marqué au sein des populations vivant en situation d'exclusion sociale, ainsi que chez d'autres groupes, comme les personnes âgées.

Entre autres facteurs, la situation pandémique a été liée à l'émergence d'altérations psychosociales (stress familial , isolement social) et à l'augmentation d'autres indicateurs (AEP, 2022 ; Muelas, 2021 ; Paricio del Castillo & Pando, 2020 ; Vindegaard & Benros , 2020) : symptômes d'anxiété et de dépression, entre autres pathologies ; violence domestique ; automutilation ; troubles alimentaires ; toxicomanie ; orientations vers les services de santé mentale ; utilisation excessive de la technologie ; et difficultés économiques.

Cette réalité s'observe également dans les services de psychothérapie familiale, avec une augmentation significative des symptômes émotionnels, relationnels, cognitifs et

comportementaux. Par conséquent, le système de santé mentale et de services sociaux est impacté et incapable de répondre aux besoins engendrés par la pandémie (Robles-Sánchez, 2021). En particulier, la **distanciation sociale** mise en place pendant la pandémie a intensifié les relations déjà établies dans la sphère numérique et **diversifié les méthodes d'intervention auprès des individus et des familles** . Elle a également nécessité l'exploration **de nouvelles façons d'accéder aux réseaux de soutien formels et informels** , ainsi que l'amélioration de la communication avec les professionnels (Hertlein , 2012 ; Konca , 2022 ; Requena & Ayuso, 2022 ; Sen et al., 2022). **Les soins thérapeutiques à domicile permettent aux professionnels d'être plus proches des différents contextes d'interaction des familles et de leurs membres** , favorisant ainsi le bien-être familial et renforçant les liens de la famille avec la communauté. Cela nécessite de prendre en compte l'interaction entre les facteurs individuels et l'environnement socio-économique, culturel et physique.

Cependant, le domicile constitue un contexte clinique et socio-éducatif complexe, caractérisé par **des relations étroites** , **une faible structure formelle** et **une forte exposition à des variables écologiques, sociales et éthiques** . Cela requiert des compétences spécifiques qui ne peuvent être développées uniquement en milieu clinique.

Dans ce cadre, le projet HEDERA, basé sur la combinaison de la recherche appliquée et de la formation, vise **à construire un modèle de thérapie familiale qui inclut le domicile comme contexte d'intervention, et à offrir une formation à ce modèle aux professionnels.** Ce projet s'appuie sur la thérapie familiale issue des disciplines de la psychologie, de l'éducation sociale et du travail social, ainsi que des sciences sociales en général. Il vise à concevoir, à partir de données scientifiques probantes, un outil d'intervention thérapeutique efficace qui intègre l'environnement familial immédiat (le foyer) et les contextes communautaires dans lesquels évoluent les individus, dans le but de **les autonomiser.** Cette formation vise à améliorer significativement l'impact et les résultats des interventions menées par **les professionnels selon ce modèle, et à partager ce modèle issu de la recherche avec la communauté en vue de son développement et de sa mise en œuvre. Elle porte donc sur une compétence professionnelle spécifique : la compétence transdisciplinaire en santé relationnelle à domicile** . C'est pourquoi elle est conçue comme une formation brève, intensive et axée sur les compétences, orientée vers une application pratique en contexte professionnel.

Pour conclure la justification du projet HEDERA, les quatre piliers sur lesquels repose le caractère novateur de ce projet sont résumés ci-dessous :

- **Conception d'un modèle de thérapie familiale combinant thérapie socio-éducative et neurosciences appliquées** . Cette approche hybride permet de comprendre et d'agir sur la dynamique familiale à partir d'un cadre multidimensionnel et fondé sur des données probantes, orienté vers un changement durable.
- **utilise le domicile comme principal espace thérapeutique** . Il transforme le domicile en un contexte thérapeutique structuré, innovant et défini méthodologiquement.
- **aborde les problèmes de santé mentale d'origines diverses dans une perspective de santé relationnelle** . Elle propose un cadre d'intervention applicable aux cas liés au stress chronique, à la vulnérabilité socio-économique, aux conflits intergénérationnels, à la dysrégulation émotionnelle, aux difficultés parentales, à la migration et aux relations transnationales, ainsi qu'à la négligence relationnelle, entre autres.
- **Développement d'un modèle scientifiquement testé et évalué** . Le processus transnational de test et d'évaluation permet d'élaborer des guides méthodologiques, des outils d'intervention et des supports de formation fondés sur des données empiriques. Hedera ne se contente pas de concevoir un modèle innovant : elle le teste, l'affine, l'évalue et démontre son applicabilité en situation réelle, ce qui lui permet ensuite de former des professionnels à son utilisation.

1.2. Bénéficiaires

Le projet HEDERA vise principalement à former les professionnels **des** sciences sociales. Cette formation s'adresse essentiellement à trois profils professionnels du secteur de l'action sociale (psychologues, travailleurs sociaux et éducateurs sociaux), et plus particulièrement à ceux qui pratiquent la thérapie. Cette approche s'inscrit dans le cadre de l'appel de l'Union européenne à la transdisciplinarité opérationnelle , permettant aux équipes de professionnels de différentes disciplines de partager un langage commun *en matière de santé relationnelle* , optimisant ainsi l'intervention et réduisant la fragmentation des pratiques.

Dans le modèle Hedera, la formation unifiée se justifie par le fait que l'intervention ne vise pas l'individu en tant que tel, c'est-à-dire sa santé mentale intrapsychique , mais plutôt les dynamiques relationnelles susceptibles de la compromettre. En ce sens, le modèle Hedera s'attache à améliorer les interactions au sein de la famille et dans le contexte social immédiat ; ces deux objectifs peuvent être atteints par les trois profils professionnels, à condition qu'ils bénéficient d'une formation adéquate, incluant nécessairement la thérapie systémique relationnelle.

En revanche , l'intervention thérapeutique proposée par le modèle Hedera s'adresse aux familles **orientées** par les services sociaux, éducatifs et de santé, ou à celles qui en font la demande de leur propre initiative. Ces familles présentent généralement un profil de vulnérabilité ou de risque, car l'intervention vise à répondre à leurs difficultés relationnelles et, plus particulièrement, à les aider à développer leurs **compétences parentales** . Ainsi, bien que l'intervention soit conçue pour s'adapter aux différents modèles familiaux et aux étapes du cycle de vie , elle est particulièrement destinée aux familles avec des enfants scolarisés ou des adolescents.

En outre, plus largement et dans une optique de transfert de connaissances, le projet HEDERA s'adresse aux différentes **communautés locales** et autres entités intéressées dans les territoires où il est mis en œuvre et ceux susceptibles de l'être dans la sphère européenne, avec pour objectif de promouvoir la santé des relations familiales dans ces communautés, par la diffusion des connaissances issues du modèle et de sa mise en œuvre.

1.3. Entités associées

Le projet HEDERA est piloté par **EDUVIC SCCL** (Espagne) et s'appuie sur son **modèle de thérapie familiale socio-éducative** , dont les principaux éléments sont présentés dans la section suivante. À partir de ce modèle, il... Les connaissances et les pratiques issues d'autres modèles de travail en matière **d'intervention familiale sur le plan international sont rassemblées et intégrées** , notamment celles de l' Association **HoltIS** (Roumanie), l' association **Caminante** (France), la coopérative **Agintzari** (Espagne) et la coopérative **La Botegga Dei Ragazzi** (Italie) sont partenaires de ce modèle. Leurs principaux services sont détaillés ci-dessous, notamment ceux liés à la construction et au développement de ce modèle.

- **ÉDUVIC (Espagne)**

EDUVIC SCCL est une coopérative d'initiative sociale à but non lucratif qui œuvre depuis plus de 30 ans au service des personnes, et plus particulièrement des enfants, des adolescents, des jeunes et des familles . En tant que coopérative, EDUVIC fonde son organisation et sa gestion sur les valeurs coopératives, notamment l'entraide, la démocratie, l'égalité, l'équité, la solidarité, l'honnêteté et la transparence, qui constituent les principes fondamentaux de son action quotidienne.

EDUVIC gère actuellement de nombreux services et projets psychothérapeutiques et socio-éducatifs aux objectifs de prise en charge variés, catégorisés par type au sein des différents départements de la coopérative. Ces projets vont de la protection et de la prise en charge de l'enfance (via EDUVIC · Infància) à la psychothérapie individuelle et de couple (via P&TI) et au soutien aux sportifs de haut niveau (EDUVIC · Sport). Elle propose également des projets axés sur la formation professionnelle (EDUVIC · Escola Itinere) et le soutien aux familles (EDUVIC · Famílies) .

- **Association HoltIS (Roumanie)**

Le modèle d'intervention de cette association est fortement marqué par la promotion et la mise en œuvre du travail en réseau et poursuit les objectifs suivants : promouvoir des normes élevées de compétence et d'éthique professionnelle dans le domaine de la petite enfance ; promouvoir l'éducation parentale, considérée comme un soutien aux parents et aux autres personnes s'occupant d'enfants dans l'exercice de leur rôle parental ; développer des programmes de formation et d'assistance technique, des séminaires, des conférences et d'autres activités visant à renforcer les capacités des autorités locales, des organismes et des communautés à fournir des services sociaux de garde d'enfants ; mettre en œuvre des activités de bénévolat et de mobilisation communautaire afin d'accroître la participation et l'implication des membres de la communauté dans le développement local ; et coopérer avec les organisations roumaines et internationales qui offrent des services de garde d'enfants et un

soutien aux familles, en développant des partenariats efficaces. Concrètement, sur la base de ces objectifs, l' association développe et met en œuvre des programmes sociaux qui contribuent à:

- ✓ Promouvoir les compétences parentales des mères et des pères afin de favoriser la santé mentale (émotionnelle et relationnelle) de leurs familles, ainsi que l'amélioration des relations avec leurs propres fils et filles, grâce au Programme éducatif sur la parentalité appréciative .
- ✓ Encourager les jeunes à participer activement à la vie communautaire en menant des activités visant à développer leurs compétences sociales, leur esprit civique, leur esprit d'équipe et leur sentiment d'appartenance au groupe, grâce à la création et à l'expansion des clubs HoltIS .

- **Association de marche (France)**

L'association Caminante œuvre dans les domaines de la prévention, de l'accompagnement éducatif et social, et du soutien psychologique aux personnes vulnérables. Sa philosophie repose sur le principe que chaque personne accompagnée, ainsi que sa famille, a droit au respect inconditionnel, quelles que soient sa situation, ses convictions ou ses origines. Elle s'efforce ainsi de permettre à chacun de s'épanouir pleinement en tant que citoyen grâce à un soutien continu et à la recherche de l'autonomie personnelle, de l'intégration scolaire et sociale, et de perspectives d'insertion professionnelle.

Actuellement, l'association propose un large éventail de services visant à soutenir et à accompagner psychologiquement et socio-éducativement les familles et leurs membres vulnérables pour diverses raisons. Ces services comprennent des structures d'hébergement et d'accueil, ainsi que des activités socio-éducatives à domicile . Sa mission se concrétise ainsi à travers différents dispositifs : le Service d'Accompagnement des Familles ; les Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques (ITEP) ; le Trait d'Union ; Lo Caleï ; le Service d'Éducation à Domicile et de Soins Spécialisés (SESSAD) ; l'Institut Médico-Éducatif (IME) ; et les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). Par exemple, le Service d'Accompagnement des Familles est une approche thérapeutique qui vise à favoriser la communication entre les membres de la famille, permettant à chacun de collaborer pour un

fonctionnement plus souple, surmonter les crises, s'épanouir individuellement et trouver un nouvel équilibre. Par ailleurs, les ITEP (Centres Intégrés de Soutien Psychologique et Psychologique) accueillent les enfants, les adolescents et les jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe fortement leur socialisation et leur accès à l'apprentissage. L'objectif est de les accompagner dans leur développement psychologique, en soutenant leur épanouissement individuel grâce à une intervention interdisciplinaire. Le Trait d'Union est un service de prévention et d'éducation destiné aux parents et à leurs enfants. Il vise à soutenir les relations familiales à différentes étapes de l'enfance et/ou lors de périodes critiques ou difficiles qui menacent la stabilité familiale. Sa mission est d'accompagner la parentalité et le développement de l'enfant. À Lo Caleï , il s'agit d'un service de soutien destiné à améliorer la qualité de vie de personnes vulnérables (sorties d'hôpital, personnes vulnérables en raison de leur âge, d'une maladie, d'un handicap, de leur situation familiale ou de leur environnement) ayant choisi de vivre à domicile.

En outre, Caminante a développé le projet européen CAPEvFAIR , axé sur la prise en charge des femmes vulnérables en soins périnatals en France, en Espagne, en Italie et en Roumanie, ainsi que le projet GEFA (*Grandir en famille) . Aujourd'hui , GIFT* (en anglais), auquel participent 4 pays européens (Espagne, France, Italie et Roumanie), représentés à parts égales par les services sociaux et la prise en charge des familles vulnérables et par les universités pour assurer la formation des professionnels dans le même domaine.

- **Agintzari SCIS (Espagne)**

Agintzari Elle œuvre à la mise en œuvre de propositions innovantes et à la gestion de services de qualité visant à répondre aux besoins sociaux des personnes et des groupes en situation de difficulté. Cette coopérative développe, entre autres services, des services d'intervention socio-éducatifs et psychosociaux ainsi que des services de soins secondaires. De plus, elle promeut et met en œuvre des ressources et des projets grâce à ses propres initiatives et à des financements subventionnés, tels que le modèle d'intervention Casas Conectadas en Red (Réseau de logements connectés) , pour préserver les liens familiaux et prévenir les ruptures familiales ; le service Betirako , pour soutenir les personnes endeuillées pendant la

pandémie ; l' initiative Behari , basée sur le modèle Teknoadineko , pour le dépistage et le soutien des personnes âgées souffrant de solitude ; et ARLOBI-ADOPTIA , qui dispose d'une importante équipe de professionnels en psychologie expérimentés dans la prise en charge des enfants et de leurs familles, notamment celles touchées par des situations traumatiques, et qui propose les services suivants : soutien psychosocial aux familles et aux mineurs ; La thérapie par le jeu (Theraplay®) pour renforcer les liens individuels et collectifs, dans laquelle l'équipe Agintzari a été formée et certifiée par l' Institut Theraplay en 2011 (Guijarro et al., 2017); des consultations continues en personne et par vidéoconférence, des groupes thérapeutiques pour adolescents, une formation spécialisée pour les professionnels et les familles, des conseils sur l'organisation et la conception d'outils de publication, et des recherches sur les processus et les résultats.

- **La Bottega Dei Ragazzi (Italie)**

À La Bottega Dei Ragazzi , la recherche, la formation professionnelle et l'intervention socio-éducative dans le domaine de la culture enfantine sont des éléments clés de son action sociale. Parmi les services dédiés au bien-être psychologique et les centres de soutien familial gérés par cette coopérative, une attention particulière est portée aux familles avec de jeunes enfants, afin de favoriser un équilibre entre vie professionnelle et vie familiale. Elle propose des services axés sur les loisirs pour adolescents, des services de développement communautaire et le Service d'Éducation à Domicile (SED) , un service spécifique de protection de l'enfance et de soutien familial basé sur l'accompagnement à domicile. Le SED est spécifiquement conçu pour les enfants et les familles confrontés à des difficultés scolaires et des risques psychosociaux, en leur offrant un réseau de soutien. Intervenant directement au domicile familial, il renforce les compétences parentales, propose des activités éducatives et de socialisation pour les groupes minoritaires et contribue au bien-être émotionnel et relationnel des familles. Ainsi, il vise à favoriser l'épanouissement positif de l'enfant ou de l'adolescent dans un contexte familial respectueux de sa personnalité, qui encourage le développement harmonieux de son potentiel et l'aide à gagner en autonomie.

1.4. Objectifs

Les objectifs généraux du projet HEDERA s'articulent autour de **deux axes d'action** : le **développement d'un modèle de thérapie familiale incluant une intervention à domicile,** et la **mise en place de programmes de formation pour les professionnels** afin d'assurer l'efficacité de ce modèle. Par ailleurs, tout au long du projet, HEDERA vise à partager et diffuser le modèle développé, ainsi que ses processus de conception, de mise en œuvre, d'évaluation et de formation, **auprès de la communauté internationale .**

Les objectifs spécifiques fixés en lien avec ces objectifs généraux sont énumérés ci-dessous.

1. En premier lieu, le projet HEDERA vise **à construire un modèle thérapeutique Applicable à l'échelle internationale, cette solution s'attaque aux difficultés relationnelles des familles et favorise la santé relationnelle de leurs membres, en agissant dans le contexte familial.**

1.1. Concevoir un modèle théorique et méthodologique de thérapie familiale centré sur le domicile, en complément du travail effectué en cabinet ou en salle de consultation ; fondé sur des données scientifiques issues de sa mise en œuvre ; et intégrant les modèles de travail des organisations partenaires participant au projet. Ce modèle vise à répondre aux besoins suivants :

- Accompagner les familles afin de connaître et de comprendre les dynamiques relationnelles qu'elles ont mises en place, dans leur contexte social et culturel.
- Identifiez, avec la famille, les aspects de la santé mentale qui se sont détériorés, en vous concentrant sur les éléments relationnels et émotionnels de chaque membre de la famille et de la famille dans son ensemble qui sont liés à cette détérioration.
- Pour soutenir les familles dans le processus d'adaptation que leur situation actuelle implique et dans l'approche relationnelle de leurs difficultés :

- Anxiété familiale découlant de situations de crise non résolues, notamment des pertes et des situations difficiles vécues par l'un 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 des figures parentales.
- Problèmes de santé résultant de la négligence des soins de base.
- L'isolement social résultant d'un manque de liens sociaux et d'expériences négatives avec l'environnement.
- 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.

● Promouvoir les compétences parentales et les processus de restructuration et de transformation qui génèrent de nouvelles dynamiques relationnelles et qui favorisent une parentalité positive dans les familles avec enfants et adolescents.

● Offrir aux familles des stratégies relationnelles et éducatives pour contribuer à la régulation et à la corégulation de chaque membre et de la famille dans son ensemble.

● Promouvoir la coordination et la coopération entre les services de soutien aux familles , notamment en orientant les situations nécessitant un suivi psychiatrique vers le système de santé publique et les services sociaux lorsque des situations à risque social sont détectées.

1.2. Mettre en œuvre et évaluer empiriquement le modèle d'intervention thérapeutique conçu, grâce à la participation d'un échantillon international de familles et de professionnels.

1.3. Examiner le modèle d'intervention thérapeutique conçu , en se basant sur les données empiriques obtenues lors de sa mise en œuvre.

2. Dans un second temps, le projet HEDERA se concentre **sur la création et la fourniture de formations aux professionnels selon le modèle conçu** .

   2.1. Concevoir un programme de formation pour les professionnels de l'action sociale basé sur le modèle qui a été construit, mis en œuvre et évalué, qui comprend les fondements théoriques et méthodologiques de ce modèle et un examen de celui-ci basé sur les informations obtenues grâce à son évaluation.

   2.2. Offrir une formation aux professionnels de l'action sociale , leur permettant d'acquérir les connaissances et les compétences suivantes :

   - Connaissance du milieu familial et de sa dynamique relationnelle, dans son propre environnement de vie .
   - Utilisation de stratégies d'intervention familiale adaptées au milieu familial et capacité à transférer les techniques et les outils du contexte du bureau au domicile familial .

3. Dans ces deux axes de travail, le projet HEDERA prévoit **de partager et de diffuser avec la communauté internationale** , de manière ouverte et transparente, le modèle construit ainsi que les connaissances et les expériences tirées du processus de conception, d'application et de formation professionnelle.

   3.1. Créer un site web sur la transparence .

   3.2. Publier les actualités et les résultats sur les réseaux sociaux.

   3.3. Impliquer les autorités et services locaux, les professionnels et les établissements d'enseignement et de recherche dans le domaine des sciences sociales et de la santé, ainsi que les organismes de santé et de protection sociale.

   3.4. Participez aux événements et autres activités de sensibilisation.

1.3. Processus de construction du modèle Hedera

Le modèle Hedera présenté dans ce document, dont les fondements théoriques et méthodologiques sont détaillés dans la deuxième section, est une version révisée faisant suite

à une première mise en œuvre et évaluation internationale du modèle initialement conçu. Cette recherche appliquée a permis d'apporter des ajustements méthodologiques au modèle afin d'en renforcer l'efficacité, la viabilité et la pérennité. La sous-section suivante décrit brièvement le déroulement et les principaux résultats de cette phase de mise en œuvre et d'évaluation.

Ainsi, les données quantitatives et qualitatives recueillies lors de la mise en œuvre du modèle Hedera en 2025 ont permis d' optimiser ce modèle grâce à une analyse structurée, validée par l'ensemble de l'équipe de coordination du projet, avec l'appui des professionnels de terrain et du groupe d'experts. Ce réajustement méthodologique vise à améliorer la qualité des interventions auprès des familles, à domicile et au bureau, grâce à :

- Définir plus précisément les critères d'accès et d'utilisation du modèle.
- Renforcer la structure du processus thérapeutique.
- Adapter la méthodologie aux différents types de familles.
- Améliorer les conditions des interventions à domicile.
- Renforcer la formation, l'encadrement et le soutien des professionnels.

Par conséquent, après intégration des améliorations proposées, les résultats suivants sont attendus :

- Une meilleure adaptation du modèle Hedera aux réalités familiales dans différents contextes européens.
- Cohérence méthodologique et documentaire accrue du modèle.
- Amélioration de l'acceptation et de l'adhésion familiales.
- Amélioration de la qualité de la relation thérapeutique.
- Améliorer l'impact thérapeutique sur la santé relationnelle des familles.
- Plus de sécurité et de bien-être professionnel.
- Renforcer l'impact communautaire des interventions.

1.3.1. Mise en œuvre et évaluation du modèle Hedera : recherche appliquée

La recherche menée dans le cadre du projet HEDERA a cherché à évaluer empiriquement l'application du modèle thérapeutique conçu spécifiquement pour ce projet. Pour ce faire, des données ont été recueillies sur la santé relationnelle des familles participantes ainsi que sur

l'expérience, les compétences et les connaissances des professionnels mettant en œuvre le modèle. Cette phase de recherche appliquée est précédée d'une phase initiale consacrée au développement théorique et méthodologique du modèle de thérapie familiale et à la conception de sa mise en œuvre. Elle est suivie de la conception et de la mise en œuvre d'activités de formation destinées aux travailleurs sociaux. Les **objectifs** de la recherche sont présentés ci-dessous .

Du point de vue des **familles participantes** , les questions suivantes se sont posées :

A. Analysez la composition et l'organisation des familles, ainsi que le profil sociodémographique de leurs 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 par les enfants.
D. Analyser les similitudes et les différences entre les mesures de santé relationnelle et la satisfaction à l'égard du processus thérapeutique des familles bénéficiant d'une intervention à domicile et celles la bénéficiant au cabinet (groupe témoin).
E. Afin de 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 était de :

H. Étudier les caractéristiques sociodémographiques, éducatives et professionnelles des thérapeutes.

I. Examiner le niveau de compétences thérapeutiques des thérapeutes dans leur contexte familial 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, ainsi qu'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 (cabinet ou domicile) et les mesures antérieures rapportées par la famille et les thérapeutes eux-mêmes.
L. Comprendre les similitudes et les différences entre les thérapeutes des différents pays impliqués, en ce qui concerne leur expérience du processus d'intervention thérapeutique.

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

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

L'étude a donc inclus trois groupes de **participants** : les familles, les thérapeutes et les professionnels désignés par les familles, lorsque celles-ci bénéficiaient de services sociaux. Au cours de l'étude, 244 familles ont eu la possibilité de participer à l'intervention Hedera, au sein de l'ensemble des organisations participantes. Parmi elles, 166 ont mené l'intervention à terme dans le délai imparti (septembre 2024 – septembre 2025). Quatre-vingt-huit familles (53 %) constituaient le groupe expérimental et ont reçu l'intervention thérapeutique à domicile. Les familles restantes (groupe témoin) ont reçu l'intervention dans leur lieu de travail habituel (cabinet ou clinique). Par ailleurs, 46 professionnels employés par les organisations partenaires du projet ont participé en tant que thérapeutes. Enfin, le troisième groupe de participants était composé des professionnels externes chargés d'orienter chaque famille vers le programme, auprès desquels des données ont été recueillies.

Pour participer, les familles devaient se trouver en situation de vulnérabilité ou de risque modéré au moment de la mise en œuvre, avoir des mineurs vivant au domicile et rencontrer 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 vécues par l'un 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 des figures parentales.
- Problèmes de santé résultant de la négligence des soins de base.
- L'isolement social résultant d'un manque de liens sociaux et d'expériences négatives avec l'environnement.
- 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.

En conséquence, les critères d'exclusion suivants ont été établis :

- Antécédents de violence grave.
- Problèmes psychiatriques graves non traités.
- Toxicomanie non traitée.
- Manque d'engagement envers le programme.
- Questions juridiques en suspens relatives à la garde ou au bien-être des enfants/adolescents.
- Maladies graves ou handicaps empêchant toute participation active.
- Des attentes irréalistes quant aux résultats du programme.

Concernant l'origine des familles participant à la recherche, elles étaient prises en charge 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 (Alava) ; Programme d'accueil familial, Service Post-Adoption de la Députation Forale de Biscaye et Arlobi , Adoptia , Service Betirako (Bizkaia) ; Service d'aide au placement familial et à l'adoption (Navarre); Équipe d'intervention socio-éducative de Bermeo (Biscaye).
- CAMINANTE: Service de soutien familial, Institut pédagogique éducatif et thérapeutique, et Trait d'Union (Bayonne).

- LA BOTTEGA DEI RAGAZZI: Services sociaux des municipalités de Padoue (PD), Rubano (PD), Abano Terme (PD), Torreglia (PD), CASF (PD) ; candidatures volontaires.
- HOLTIS : Programme d'Éducation Parentale – Service Psychothérapeutique (Iaşi).

Par ailleurs, en ce qui concerne le profil des thérapeutes, les participants étaient des thérapeutes familiaux employés dans les services thérapeutiques respectifs mentionnés ci-dessus, formés à la thérapie familiale systémique et possédant au moins un an d'expérience professionnelle en intervention familiale.

Enfin, les professionnels qui ont servi de référents aux familles et qui ont participé en tant qu'informateurs sur les progrès de ces dernières après la fin de l'intervention sont ceux qui auraient orienté la famille vers les services de soutien thérapeutique de chaque entité.

En bref, concernant les participants à la recherche, l'obtention d'informations sur l'intervention thérapeutique à partir de sources multiples réduit les biais possibles et nous aide à avoir une vision aussi objective que possible du développement de ces familles, des professionnels participants et de la mise en œuvre de l'intervention.

Concernant les **instruments** utilisés, l'évaluation des familles a consisté, dans un premier temps, en un formulaire de contact initial portant sur les aspects fondamentaux de la composition et de l'organisation familiales , suivi d'un entretien semi-structuré concernant le motif de la consultation . Ces deux documents ont été complétés par le thérapeute à partir des informations fournies par la famille. Par ailleurs, les familles ont renseigné les données sociodémographiques de leurs membres au moyen d'un formulaire prévu à cet effet. Enfin, elles ont rempli des questionnaires standardisés visant à évaluer la cohésion et l'adaptabilité familiales , à l'aide de l' *Échelle d'évaluation de la cohésion et de l'adaptabilité familiales* (Échelle de cohésion et d'adaptabilité *familiales). Adaptabilité et cohésion Évaluation Échelles (FACES* , Olson et Gorall , 2006) ; qualité de vie (*échelle de qualité de vie* de l'Organisation mondiale de la santé , OMS, 2004) ; stress parental (*échelle de stress parental – version abrégée* , *PSI-SF* , Abidin , 1995) ; sentiment de compétence parentale (échelle de sentiment de compétence parentale , *Parenting Sense of Parent Competence Scale, Parenting Sense of Parent Competence Scale, 2006) Sentiment de compétence Échelle* (*PSOC* , Johnston et Mash , 1989) ; et l'adaptation psychologique des mineurs, à l'aide du *questionnaire sur les forces et les difficultés. Questionnaire SDQ* (Goodman, 1997). À mi-parcours du processus thérapeutique, les participants ont été invités à remplir un questionnaire relatif à leur expérience de l'intervention

jusqu'à ce moment, et à la fin de l'intervention, ils ont été invités à remplir un questionnaire de satisfaction concernant le processus thérapeutique . De plus, les mineurs ont participé à l'évaluation en remplissant un questionnaire d'auto-évaluation , qui les interrogeait sur des aspects généraux de leur santé et sur le soutien social qu'ils percevaient .

De plus, les thérapeutes ont établi un diagnostic de la structure relationnelle 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 formulaire sur les indicateurs de risque et un questionnaire sur l'environnement familial , tous élaborés spécifiquement pour cette recherche. Ils ont par ailleurs évalué les objectifs thérapeutiques et les progrès de chaque famille à l'aide d'une grille de suivi objective. Enfin, ils ont rempli deux questionnaires d'auto-évaluation conçus pour cette recherche : 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 la **procédure** , avant le début de la recherche appliquée, chaque entité a obtenu l'autorisation des responsables des services et territoires concernés, en expliquant la mise en œuvre de l'intervention thérapeutique et la nature de la recherche. Par ailleurs, la recherche a reçu l'approbation du Comité de bioéthique du CHU de Bellvitge (réf . PR145/24).

Avant le début de la mise en œuvre, tous les thérapeutes sélectionnés ont suivi une formation interne portant sur le modèle de thérapie familiale conçu, l'ensemble des instruments à administrer et les directives de collecte de données. Ils ont eu accès à un manuel d'intervention et à un guide de collecte de données, qui présentaient le cadre théorique et méthodologique du modèle thérapeutique, une description de l'étude de recherche ainsi que des directives pour la mise en œuvre et l'évaluation.

Concernant les familles, conformément aux critères d'inclusion préalablement établis, elles ont été sélectionnées sur la base des orientations effectuées au début de la recherche auprès des services de soutien thérapeutique des organismes concernés, en respectant l'ordre de réception de ces orientations. Les familles participantes ont été réparties aléatoirement entre

le groupe expérimental (à domicile) et le groupe témoin (au cabinet), après avoir donné leur consentement éclairé à la condition qui leur avait été attribuée pour leur participation à l'étude.

Concernant le calendrier et le déroulement de l'intervention thérapeutique, les deux groupes (expérimental et témoin) ont suivi le même processus, la seule différence résidant dans le lieu (domicile ou cabinet). L'intervention consistait en dix séances de thérapie familiale (plus une première séance de prise de contact) et était conçue pour se tenir toutes les deux semaines, à raison d'une séance d'une heure par séance. En fonction des difficultés relationnelles que peuvent rencontrer les familles et qui peuvent être prises en charge par le modèle d'intervention thérapeutique, comme mentionné précédemment, les techniques utilisées ont été définies et décrites dans le manuel d'intervention. La méthodologie de l'intervention thérapeutique est détaillée dans la section 2.

Concernant l'évaluation, la batterie d'instruments a été utilisée au début (pré-test) et à la fin (post-test) de l'intervention thérapeutique. Par ailleurs, à mi-parcours, les familles ont rempli un bref questionnaire sur le processus thérapeutique, et les thérapeutes ont suivi les progrès accomplis vers les objectifs thérapeutiques.

Les **résultats** de cette recherche appliquée, compilés dans un rapport final (Projet HEDERA, 2025), ont permis d'ajuster la méthodologie du modèle HEDERA. Ainsi, le modèle décrit dans la section 2 du présent document intègre les conclusions et les enseignements tirés de la phase de mise en œuvre et d'évaluation du modèle HEDERA. De manière générale, la recherche appliquée a permis ce qui suit :

1. **Consolider un modèle d'intervention mixte et flexible (domicile-bureau), adapté aux besoins de chaque famille et aux conditions organisationnelles.**

   Le domicile lui-même constitue un contexte d'intervention thérapeutique validé par les familles et les professionnels, au même titre que le cabinet ou la salle de consultation, et, comparé à ce dernier, il est plus propice à la profondeur du diagnostic, à la compréhension de la difficulté relationnelle, à l'adaptation de l'intervention aux besoins et aux ressources de la famille, ainsi qu'à l'intensité et à la qualité du lien entre le thérapeute et la famille.

   Le potentiel thérapeutique du domicile, dans les éléments mentionnés, est lié au fait que l'intervention thérapeutique repose sur un **plan systématisé** (parcours de soins) qui

accompagne la mise en place, le diagnostic, l'intervention et la clôture de la thérapie, ainsi que la coordination avec d'autres acteurs.

2. **Afin de vérifier l'acquisition des connaissances et des compétences des thérapeutes et d'évaluer leur prise en compte de l'intervention à domicile.**

Les thérapeutes témoignent avoir surmonté leurs préjugés professionnels et personnels en travaillant dans l'espace privé des familles. L'intervention à domicile, associée à une formation préalable au modèle Hedera, à un plan d'intervention systématique, à l'utilisation d'outils adaptés au milieu familial et à une supervision continue du processus thérapeutique, a permis de considérer le domicile comme une opportunité d'atteindre les familles ayant un accès limité au cabinet, où ils peuvent tisser des liens plus étroits et co - créer avec elles un espace sécurisant.
La participation de ces professionnels englobe des profils variés, issus notamment de la psychologie, du travail social et de l'éducation sociale. L'ensemble du processus de formation, de mise en œuvre, d'évaluation et de supervision a été mené selon un langage et une méthodologie communs, conformément à l'objectif de créer une formation s'inscrivant dans une approche transdisciplinaire opérationnelle .

3. **Formation, évaluation, intervision , supervision et coordination.**

En lien avec le point précédent, la perception de sécurité lors des interventions à domicile, ainsi que le déploiement des ressources pour mener à bien la thérapie dans ce contexte, ont bénéficié de :

- Renforcer la formation à l'utilisation technique des instruments et des outils.
- L'utilisation d'instruments et d'outils comme moyen de promouvoir la réflexion chez les familles et les professionnels et d'approfondir le diagnostic, l'intervention et la conclusion
- Renforcer les espaces d' intervision et de supervision comme soutien continu à la pratique professionnelle.
- Dans ces espaces, approfondissez la perspective de genre et les problèmes associés.

- Analyser et réfléchir aux facteurs de troisième ordre qui conditionnent la pratique thérapeutique (classe sociale, genre, racisme, stigmatisation, discours dominants), ainsi qu'aux questions d'éthique professionnelle.
- Créer un réseau de professionnels travaillant à domicile et partageant leurs expériences, leurs préoccupations et leurs méthodes de travail.

4. Adapter le profil familial auquel l'intervention thérapeutique est destinée.

Bien que le modèle Hedera soit destiné aux familles confrontées à diverses difficultés relationnelles, notamment celles présentant un profil de risque léger au moment de l'intervention, son utilité pour améliorer la santé relationnelle a été mise en évidence dans les familles présentant les caractéristiques suivantes :

- Familles avec enfants d'âge scolaire et adolescents.
- Familles avec parents séparés ou familles monoparentales.
- Les familles dont un ou plusieurs membres ont reçu un diagnostic de trouble mental.

5. Promouvoir les activités ayant un impact communautaire et les loisirs familiaux.

L'évaluation réalisée met très clairement en évidence la nécessité des éléments suivants :

- Renforcer les liens sociaux et la participation communautaire.
- Lutter contre l'isolement et les expériences traumatiques dans une perspective communautaire.
- Intégrer les objectifs de santé relationnelle liés à la communauté dans le processus thérapeutique, en tirant parti du travail effectué à domicile.
- D'un point de vue pratique, encouragez les activités récréatives familiales et communautaires qui impliquent particulièrement les adultes.

2. MODÈLE HEDERA : FONDEMENTS THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES

Comme indiqué dans la première section, le modèle HEDERA s'appuie sur le **modèle de thérapie familiale socio-éducative** (ci-après, TFSE) développé par **EDUVIC** . Le TFSE, dont les principes théoriques et méthodologiques sont présentés dans Camí et al. (2019), découle d'expériences professionnelles partagées, analysées et évaluées à travers les différents projets gérés par cette coopérative et fait l'objet d'une révision continue, intégrant et s'enrichissant de nouvelles contributions pertinentes dans le domaine de la psychothérapie.

Ce modèle est conçu pour soutenir les familles en situation de crise, de vulnérabilité ou de risque, **tant dans le cadre de traitements que de mesures préventives** . Il intègre une approche préventive visant à renforcer et préserver les familles, permettant ainsi d'offrir un soutien plus large aux familles présentant différents niveaux de risque. Son objectif est de créer et de favoriser un environnement positif propice aux transformations qui **mènent à l'établissement d'un équilibre familial sans dysfonctionnements relationnels** , permettant à la famille de remplir pleinement ses rôles. De plus, la prévention est primordiale dans les familles avec de jeunes enfants ou d'autres mineurs , car la qualité des relations et des liens établis durant la petite enfance est fondamentale pour le développement psychologique ultérieur.

CARACTÈRE PRÉVENTIF :	NATURE DU TRAITEMENT :
Détection des situations de risque ou de vulnérabilité Identification des situations susceptibles de déboucher sur un conflit	Traitement des symptômes ou des schémas relationnels dysfonctionnels qui affectent la dynamique familiale.

Ainsi, dans la perspective de l'approche TFSE, la famille est conçue comme une cellule sociale fondamentale chargée de répondre aux besoins des enfants. En tant que professionnels, notre objectif est d'accompagner les familles à travers les différentes étapes du cycle de vie afin de **favoriser un attachement sécure et une parentalité positive** , les

premières années de la vie étant particulièrement importantes pour **le développement affectif, cognitif, émotionnel et relationnel** (Palacios et al., 2014).

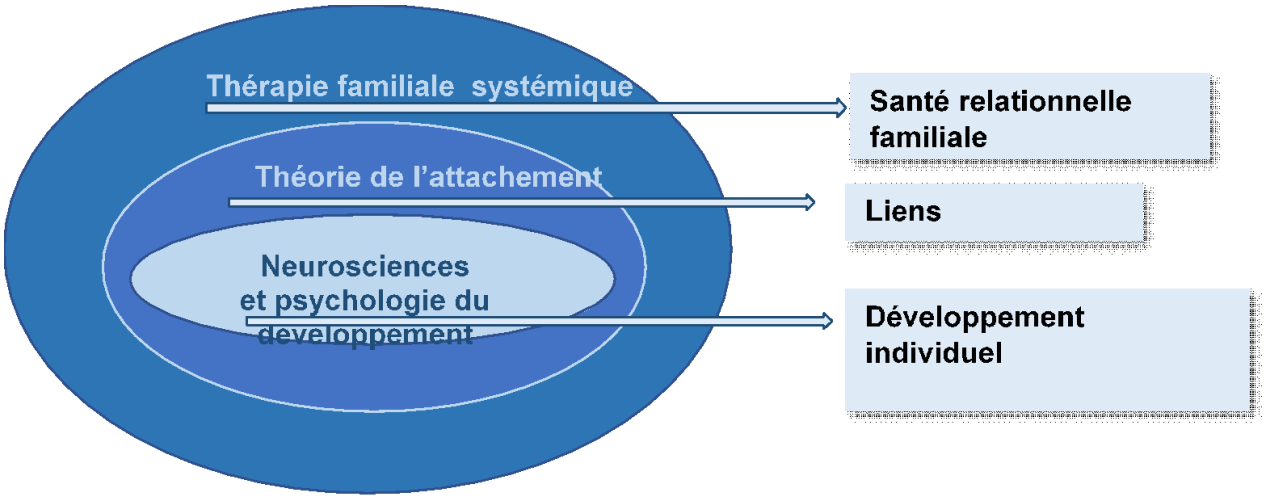
Pour y parvenir, il est nécessaire de partir d'une approche communautaire et d' une codépendance entre les différents agents intervenants, permettant ainsi de renforcer le soutien et les ressources naturelles de la famille (Jiménez, 2009 ; Loyo & Trujillo, 2017). En ce sens, travailler avec la famille est aussi important que **travailler en réseau** , c'est-à-dire avec les professionnels des autres services qui prennent en charge la famille, afin de garantir un **soutien écologique, coordonné, efficace et cohérent,** répondant aux besoins familiaux et personnels des membres qui la composent.

Sur la base de ces éléments précédents du TFSE, intégrés et enrichis par les connaissances et les expériences des entités participantes mentionnées, dans le modèle proposé ici, Hedera, l'intervention se concentre sur : **la dynamique relationnelle familiale** , c'est-à-dire la manière dont les membres de la famille interagissent en termes de structure (Minuchin , 1974) et de communication (Watzlawick et al., 2002) ; **Le lien affectif,** en tant que connexion émotionnelle profonde et durable entre deux personnes, est celui qui se forme avec les figures significatives de l'enfance et qui est crucial pour la stabilité mentale, émotionnelle et relationnelle d'une personne tout au long de sa vie (Palacios et al., 2014). **Le développement individuel** , en termes de représentation, d'intégration et de compréhension de soi et des autres, ainsi que la qualité et la sécurité des relations interpersonnelles développées au cours de la vie, est également un aspect clé de ce modèle (Fonagy et al., 2002). La sous-section suivante présente les fondements théoriques de ce modèle.

2.1. Fondements théoriques

S'appuyant sur des fondements éclectiques, le modèle Hedera vise à promouvoir des relations familiales saines en soutenant **des prémisses et des théories scientifiquement validées** , constamment affinées par la pratique et les nouvelles contributions des sciences sociales : le **modèle systémique** , **la théorie de l'attachement** , **les neurosciences et la psychologie du développement** . Dans un second temps, il s'appuie sur le modèle intégratif et de retraitement des traumatismes, ainsi que sur la théorie de la mentalisation, qui combine

les connaissances issues des domaines théoriques susmentionnés. Le graphique ci-dessous illustre l'articulation des modèles théoriques et des concepts.



Vous trouverez ci-dessous quelques-uns des principes et caractéristiques les plus importants de ces prémisses et théories.

Thérapie familiale systémique

Le modèle Hedera part d' une approche systémique centrée sur le domicile comme noyau de l'intervention, le bureau étant utilisé comme ressource complémentaire . Le **modèle systémique** de la thérapie familiale (Voir Feixas et al., 2016) postule que tous les problèmes peuvent être abordés dans une perspective relationnelle. Fondée sur le modèle systémique, **la thérapie familiale systémique socio-éducative** (Camí et al., 2019) vise *la transformation* des individus et des familles sur les plans émotionnel et cognitif, englobant la connaissance de soi, ainsi que sur les plans relationnel et social, englobant la compréhension d'autrui et la construction de soi en relation avec les autres. L'approche SOFT commence par :

- Les principes du modèle structurel (Minuchin , 1974 ; Minuchin et Fishman , 1981), qui démontrent qu'une intervention auprès de l'ensemble du système familial améliore son **fonctionnement relationnel** , ont un effet positif sur les individus présentant des symptômes et réduisent leurs comportements perturbateurs. Ainsi, le symptôme

individuel est considéré comme l'expression de dynamiques dysfonctionnelles au sein du système familial où il se manifeste.

- Une approche stratégique (Haley , 1976, 1980), qui permet de réduire efficacement le stress induit dans la dynamique familiale par la présence de symptômes.

- Une vision circulaire du problème ou du symptôme est adoptée, car il est appréhendé dans le contexte relationnel où il acquiert sa fonctionnalité et se maintient grâce aux contributions de chaque membre de la famille, via des schémas d'interaction complexes et répétés (Selvini et al., 1980). Dans cette perspective, comme le soulignent Feixas et al. (2016), il est discutable de parler de responsabilité ou de culpabilité, puisque chaque membre de la famille contribue au problème.

- Une perspective narrative (Díaz, 2007) permet de construire de nouvelles compréhensions afin de transformer les dynamiques familiales dysfonctionnelles et de promouvoir le bien-être relationnel. Un élément fondamental consiste à se concentrer sur la compréhension qu'a la famille de ses problèmes et de sa souffrance, en mettant l'accent sur ses forces plutôt que sur ses faiblesses.

- L'idée que les familles et leurs membres n'aient pas pu acquérir ou intégrer certaines ressources et capacités tout au long de leur vie, faute d'occasions ou d'expérience en matière d'introspection, est présentée comme un élément essentiel pour permettre aux familles de comprendre ce qui est activé dans leurs interactions interpersonnelles et, à partir de cette compréhension, d'acquérir de nouvelles ressources et compétences pour transformer leurs relations en relations plus saines.

- La compréhension que la réalité est subjective — autrement dit, qu'il n'existe pas de réalité absolue que le thérapeute puisse découvrir et modifier — constitue le fondement de l'approche collaborative, et non autoritaire, adoptée par le professionnel auprès de la famille. Le thérapeute s'adresse à la famille pour comprendre et l'aider à comprendre les événements, afin qu'elle puisse trouver de nouvelles façons d'y faire face.

De plus, la conception systémique de la famille inclut la compréhension de son évolution et des relations caractéristiques à chaque étape de la vie, en tenant compte des diverses formes

de structure familiale. L'approche évolutionniste de l'étude de la famille a proposé un **cycle de vie familial** en différentes étapes (Camps et al., 2017). Celles-ci peuvent varier légèrement selon les auteurs, mais elles suivent traditionnellement une séquence commune :

1. La formation d'un couple. Un nouveau système familial se met en place : des limites se définissent, de nouvelles règles s'établissent et une distance avec la famille d'origine se crée, donnant ainsi naissance à une identité de couple. Parmi les principales difficultés rencontrées à ce stade figure l'impossibilité de se détacher de sa famille d'origine.

2. La naissance des enfants. Le système parent -enfant émerge parallèlement au système conjugal, réduisant le temps disponible pour chacun et celui consacré au couple. Les nouveaux parents acquièrent la responsabilité d'élever leurs enfants et doivent développer les compétences nécessaires pour mener à bien cette tâche. Les difficultés rencontrées à ce stade sont principalement liées à des besoins affectifs non satisfaits au sein du couple, à l'ingérence de la famille d'origine et à un manque de compétences parentales.

3. Les familles avec enfants d'âge préscolaire. Les enfants restent très proches de leurs parents, même s'ils commencent à interagir dans le cadre scolaire et avec leurs pairs. Ils font preuve d'une plus grande autonomie sur les plans moteur, cognitif et émotionnel, et sont capables d'exprimer plus clairement leurs besoins, ce qui rend les besoins non satisfaits plus évidents.

4. La famille avec enfants d'âge scolaire. Immersion des enfants dans d'autres contextes (école, pairs). Processus d'individuation. Des difficultés surgissent, notamment, lorsque les règles du contexte familial confirment ou infirment le fonctionnement d'autres contextes.

5. Les familles avec des adolescents. Le début de la séparation d'avec leurs enfants. La frontière entre l'enfance et l'âge adulte, où la relation parents-enfants devient plus symétrique. Le principal problème relationnel qui se pose à ce stade est le refus d'accepter ou de permettre cette séparation progressive.

6. Les enfants quittent le foyer. Le couple se retrouve à nouveau seul, ce qui peut engendrer un certain malaise face au départ des enfants, même si cela peut aussi signifier le retour aux amitiés. Les enfants commencent à s'épanouir professionnellement et à fonder leur propre famille.

7. Le vieillissement de la famille. La famille connaît des changements de rôles et des pertes (emplois, membres de la famille). Les parents ont besoin du soutien de leurs enfants. Parmi les difficultés liées à ce vieillissement figurent la solitude, l'isolement, le deuil et l'adaptation à la perte de la jeunesse et aux nouveaux rôles qu'elle implique.

Les familles, en tant qu'entités socio-émotionnelles et relationnelles, traversent elles aussi des crises, des transformations, une évolution, et connaissent des pertes comme des gains. Toutes ces crises, transformations et évolutions familiales engendrent des défis, des efforts et de nouvelles tâches auxquels leurs membres ne sont pas toujours suffisamment préparés et qui nécessitent un soutien et des conseils professionnels. Dans la succession d'étapes présentées, nous avons clairement décrit les évolutions de la famille nucléaire intacte : couple sans enfant, couple avec de jeunes enfants, enfants d'âge scolaire, famille avec adolescents, famille avec de jeunes enfants, syndrome du nid vide, etc. Dans ces situations, le développement des enfants exige du couple parental qu'il gère l'éducation, la scolarité, la collaboration et les conflits avec d'autres systèmes (école, communauté, santé, travail, etc.). Plus tard, ils doivent apprendre à prendre leurs distances et à respecter l'autonomie et la liberté de leurs enfants, qui, autrefois dépendants, commencent à construire leur propre mode de vie, à fonder un couple et une famille, donnant ainsi naissance à un réseau familial élargi qui a également besoin de soutien et, parfois, d'aide et de soins.

Cependant, **la diversité familiale et ses caractéristiques uniques** engendrent des phases de développement nouvelles, moins familières et potentiellement déstabilisantes, auxquelles nous devons être capables de faire face. Autrement dit, il est crucial de comprendre ces réalités diverses et d'y répondre lorsque l'on travaille avec les familles, afin de leur apporter le soutien le plus adapté possible. En Espagne, et comme dans d'autres contextes européens (González, 2023), voici quelques-uns des principaux changements observés dans le fonctionnement et la structure des familles :

- Les familles ne commencent plus par le mariage.

- Au sein des familles traditionnelles biparentales, les rôles ont évolué vers une plus grande égalité entre les figures adultes.
- Les structures familiales se sont diversifiées : divorce ou séparation des couples, donnant naissance à *des familles binucléaires* et *recomposées* ; monoparentalité ; enfants nés par procréation médicalement assistée ; enfants adoptés ou placés en famille d'accueil ; mariage homosexuel, parentalité par alliance , équipes parentales, etc.

En résumé, les transformations et progrès sociaux, tels que l'allongement de l'espérance de vie, l'égalisation des rôles de genre, les avancées vers l'égalité entre les femmes et les hommes et l'importance accrue accordée à la liberté individuelle et à l'autodétermination, parmi de nombreux autres facteurs, ont fait de la famille une structure sociale plus diversifiée. Par exemple, **le divorce** , loin de briser la famille, l'a transformée en une structure plus complexe où ses membres doivent apprendre à surmonter le deuil et les processus d'adaptation qu'implique une telle séparation. Une famille monoparentale, lors d'un divorce, se transforme en une famille composée de plusieurs foyers qui doivent apprendre à se respecter et à collaborer, donnant naissance à de nouvelles relations familiales et à de nouveaux liens de parenté qui doivent trouver leur place et leur fonction (Coleman et al., 2006). Ex-conjoints , beaux-parents, beaux-fils et belles-filles, demi-frères et sœurs... Ces éléments marquent de nouvelles formes de liens et de relations familiales, engendrant de nouvelles crises, de nouveaux conflits, de nouvelles solutions et de nouvelles alternatives. Par conséquent, ils ont également besoin d'un soutien technique et doivent évoluer de la crise de la séparation vers des familles monoparentales alternées et collaboratives , des remariages et de nouvelles naissances ou incorporations, en surmontant des pertes coûteuses et en faisant l'expérience de différentes adaptations.

D'**accueil** , **adoptives** et **collaboratrices** du système de protection de l'enfance (SPE) élargissent le cadre de développement et d'épanouissement de leurs membres. Ces familles tissent des liens avec les familles biologiques des enfants et adolescents qu'elles accueillent, adoptent ou avec lesquels elles collaborent, que ce soit par le biais de visites ou en recherchant et en facilitant l'accès à leurs origines. Contrairement aux familles biologiques, leur préparation à l'accueil, à l'adoption ou à la collaboration comprend de nouvelles étapes : formation et évaluation d'aptitude, intégration d'un nouveau membre, soutien et suivi institutionnels, et fin de placement, planifiée ou non. Ainsi, ces familles en lien avec le SPE présentent des

structures, des missions, des défis, des conflits et des transformations différents qui doivent être pris en compte (Bernedo et al., 2020 ; Brodzinsky et Palacios, 2023 ; León et al., 2021 ; Palacios, 2009).

des familles **homoparentales** , une réalité depuis un certain temps qui enrichit notre compréhension de la nature et du rôle social de la famille, ainsi que des familles **mixtes** , composées d'une personne née à l'étranger et d'une personne née dans le pays (Musarra , 2017), et **des familles migrantes** dont le processus de réunification représente un défi actuel, non seulement en termes de diversité culturelle, mais aussi pour la compréhension de la vie familiale (González, 2023). De même, les familles **confrontées à des troubles de santé** mentale parmi leurs membres doivent déployer des efforts considérables pour évoluer : prise de conscience des symptômes, recherche d'aide, gestion de la souffrance, réorganisation du quotidien, suivi de traitements thérapeutiques et exploration d'alternatives, jusqu'à retrouver leur équilibre (Casanova-Rodas et al., 2014). Toutes ces réalités familiales, et d'autres encore, sont prises en compte dans le modèle HEDERA et intégrées à ses méthodes de travail.

Pour poursuivre l'étude d'autres aspects liés à la perspective systémique, il convient de souligner son influence du **modèle écologique** (Bronfenbrenner , 1979) **et de la théorie des systèmes** (Bertalanffy, 1968), qui considèrent que l'interaction entre les variables génétiques et psychologiques et l'environnement s'inscrit dans des systèmes dynamiques, complexes et multifactoriels . Ainsi, le développement humain résulte d'influences multiples provenant de différents niveaux ou systèmes contextuels (microsystème, mésosystème , exosystème , macrosystème , chronosystème). Ces niveaux sont appréhendés comme des structures interdépendantes, organisées de manière hiérarchique, qui exercent leur influence combinée et conjointe sur le développement.

Ainsi, la perspective **écosystémique** est l'une des principales sources de la thérapie systémique, permettant de considérer la famille comme un **microsystème imbriqué dans des systèmes plus vastes** , avec lesquels elle entretient des relations multidirectionnelles. Au sein du microsystème familial, différents sous-systèmes relationnels entre ses membres peuvent être identifiés, tels que le sous-système fraternel, le sous-système conjugal ou le sous-système parent -enfant.

Perspective **bioécologique** , Bronfenbrenner et Morris (1998) identifient quatre éléments principaux du développement humain : **les processus proximaux** (interactions réciproques

prolongées et intenses entre l'individu et les personnes, les objets et les symboles, permettant la transformation et la réalisation de son potentiel) ; l' **individu** lui-même, qui, par ses caractéristiques, ses ressources et ses dispositions, joue un rôle actif dans son développement ; le **contexte** , qui inclut l'interaction des systèmes écologiques ; et **le temps** , puisque tous les éléments susmentionnés sont susceptibles d'évoluer. Dans cette perspective, l'évolution de chaque famille est conditionnée par le rôle que jouent ses membres en tant qu'agents de stabilité et de changement, à travers des interactions significatives maintenues dans le temps et au sein de différents contextes relationnels.

Théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement considère l'attachement comme le premier système que les êtres humains développent pour assurer leur survie. Grâce à ce lien primaire, les enfants restent connectés à leurs figures d'attachement, qui répondent à leurs **besoins émotionnels, protecteurs et de soins** . Ainsi, malgré l'importance des relations d'attachement plus tard dans l'enfance et tout au long du cycle de vie (Cassidy & Shaver , 2016), la petite enfance est une période clé pour le développement socio-émotionnel (Palacios et al., 2014), l'attachement précoce ayant un impact direct sur l'organisation cérébrale, comme mentionné précédemment.

Le développement de l'attachement au cours des premières années de la vie
De la naissance à trois mois , le bébé s'intéresse aux adultes qui l'entourent, sans manifester de préférence marquée. Les soins et l'attention qu'il reçoit (alimentation, réponses à ses pleurs, marques d'affection, etc.) constituent les fondements du lien d'attachement.
Entre trois et six mois , le bébé commence à reconnaître ses principaux soignants, ceux qui s'occupent constamment de lui, le calment, lui parlent, le caressent... Ces soignants sont disponibles quand il a besoin d'eux et instaurent une relation de confiance solide, si bien qu'il se sent plus à l'aise avec eux qu'avec des inconnus.
Entre six mois et un an , le lien d'attachement entre le bébé et ses principaux dispensateurs de soins se consolide, ce qui se traduit généralement par la détresse ressentie lors de la séparation d'avec eux et le rejet des étrangers.

Première et deuxième année . L'acquisition d'une plus grande autonomie physique est liée à l'évolution des interactions et de la dépendance de l'enfant envers ses parents. Le bébé explore son environnement en se déplaçant et en jouant. Parallèlement, il a besoin de la présence de ses parents à proximité pour explorer son environnement en toute sécurité et pouvoir se tourner vers eux en cas de danger. Progressivement, son anxiété diminue lorsqu'il est séparé de ses parents et il interagit calmement avec les autres. Grâce à la confiance établie avec ses parents, l'enfant apprend et intègre que même s'ils s'absentent, ils reviendront et seront disponibles en cas de besoin.

Il existe des périodes spécifiques, appelées fenêtres d'opportunité, durant lesquelles certains stimuli sont nécessaires au développement optimal de certaines zones cérébrales. Cette stimulation appropriée dépend de l'établissement d'un lien d'attachement satisfaisant. À cet égard, les enfants ayant subi des traumatismes précoces, tels que de la négligence et des maltraitances graves, une ou plusieurs séparations d'avec leurs figures d'attachement, ou un placement en institution – impliquant l'absence d'un adulte référent – présentent souvent des conséquences négatives sur leur développement physique, cognitif, linguistique et socio-émotionnel (Hillman et al., 2020 ; Raby & Dozier , 2019 ; West et al., 2020). Par exemple, certains enfants adoptés sont victimes d'abandon dès leur plus jeune âge. Ils en souffrent parfois sans en avoir conscience ni pouvoir le raconter, bien que l'impact émotionnel et affectif puisse être très important, comme nous le verrons plus loin lors de notre discussion sur l'impact des situations traumatiques. Ainsi, la solitude, la négligence parentale, le manque de protection, l'insécurité, la peur, l'angoisse, la douleur physique, la faim, les accidents, les mauvais traitements et les abus, la rage, la colère et autres émotions incontrôlées sont des expériences courantes dans l'environnement social et familial où ils se sont développés et ont commencé à se former en tant que personnes. De plus, nombre d'entre eux ont subi de nombreuses séparations et la perte des personnes qui prenaient soin d'eux (mère, père, frères et sœurs, autres membres de la famille et soignants, autres résidents du foyer d'accueil...) et ces expériences peuvent engendrer une peur irrationnelle et inconsciente d'être à nouveau abandonnés. (Musarra , 2017). Il est donc essentiel que leurs parents ou autres personnes s'occupant d'eux [1]puissent être à l'écoute des besoins et du rythme de chacun de leurs fils et filles.

[1]Ce projet vise à prendre en compte les différents modèles familiaux, notamment les familles avec enfants et adolescents bénéficiant de mesures de protection, telles que le placement en famille d'accueil ou la collaboration

En définitive, les êtres humains ont besoin d'amour, d'affection et de respect pour se sentir **aimés, valorisés et dignes de la confiance d'autrui** . Selon les théories du professeur Humberto Maturana, chaque être humain naît avec une structure qui repose sur la confiance en un environnement accueillant ; il est interdépendant de son environnement et ne pourrait survivre sans son soutien. Lorsque cette confiance fait défaut, la souffrance n'est rien d'autre qu'une privation de cet environnement essentiel à *l'existence* , que ce soit par le rejet ou le fait de ne pas être entendu.

Du point de vue de la théorie de l'attachement, le sentiment de sécurité, d'anxiété ou de peur d'un enfant est largement déterminé par la **disponibilité et la réactivité** de ses principaux référents. De plus, la capacité des parents à créer un lien affectif avec leurs enfants et le type d'attachement qu'ils offrent sont directement liés au type d'attachement qu'ils ont développé durant leur propre enfance. Leurs ressources émotionnelles, cognitives et comportementales pour répondre affectueusement à leurs enfants se sont développées grâce à leurs premières expériences avec leurs propres référents. Il est donc essentiel qu'ils prennent conscience de leurs forces et de leurs faiblesses afin d'acquérir de nouvelles compétences dans des domaines qui auraient pu être négligés et d'améliorer leur sensibilité aux besoins de leurs enfants.

Dans la continuité des postulats de la théorie de l'attachement, un parent attentif est celui qui est prévisible pour l'enfant, lui permettant d'acquérir des compétences **d'autorégulation adéquates** (Feldman , 2007 ; Gunnar & Cheatham , 2003) et, de ce fait, favorisant un attachement sécure (Beebe et al., 2016). Dans le cadre de l'intervention « Attachement et rattrapage bio-comportemental » (ABC), fondée sur la théorie de l'attachement, les experts soulignent plusieurs comportements clés à privilégier dans les familles vulnérables : la capacité à prendre **soin de l'enfant** en lui offrant **affection et attention** , ce qui favorise un attachement sécure ; la capacité à **s'intéresser à** l'enfant et à suivre son initiative, en étant à son écoute, ce qui favorise son autorégulation émotionnelle et comportementale ; la capacité à **apprécier la compagnie** de l'enfant, fondamentale pour renforcer son estime de soi ; et l' **évitement des comportements menaçants ou effrayants** envers l'enfant (Dozier & Bernard, 2019). Concernant ce dernier point, comme l'ont souligné Benito-Gómez et al. (2022) indiquent que les personnes qui s'occupent d'enfants et qui ont des antécédents de traumatisme ou un niveau

familiale. À cet égard, sauf indication contraire, le terme « *parents* » sera étendu aux *adultes responsables* , tels que les familles d'accueil, et le terme « *enfants* » inclura également les mineurs faisant partie de la cellule familiale sans lien de sang, tels que les enfants et adolescents placés en famille d'accueil.

élevé de stress parental sont plus susceptibles d'adopter des comportements effrayants, comme crier, frapper ou menacer leurs enfants.

De plus, l'attachement sécure est étroitement lié aux principes de la parentalité positive et à la résilience familiale . **La parentalité positive,** qui inclut **une psychoéducation sur les rôles parentaux** aux différentes étapes du développement (voir Palacios et al., 2014), a une vocation préventive et vise à renforcer **les compétences parentales** en s'appuyant sur les acquis et en développant les ressources et les sources de soutien. Partant du principe que le développement psychologique de l'enfant requiert des liens affectifs **stables et chaleureux dans un** environnement **structuré** (Rodrigo, 2010), elle a pour objectif de garantir que les parents soient à l'écoute des besoins de leurs enfants et y répondent, en assurant le respect de leurs droits et en optimisant leur développement et leur bien-être. Ainsi, cette perspective favorise le bien-être de l'enfant, la santé familiale et **la qualité des soins** , entendus de manière bien plus globale et nuancée que la simple absence de maltraitance (Barudy & Dantagnan , 2009 ; Rodrigo, 2010, 2015).

Par conséquent, la parentalité positive repose sur des pratiques parentales favorisant le développement de l'autonomie, de l'estime de soi et de **la résilience familiale et parentale** face aux difficultés et aux défis (Rodrigo et al., 2010). Au niveau familial, la résilience se définit comme un ensemble de processus de réorganisation des significations et des comportements qu'une famille en situation de stress active pour retrouver et maintenir un fonctionnement et un bien-être optimaux, en équilibrant ses ressources et les besoins familiaux (Cyrulnik et al., 2003 ; Gómez & Kotliarenco , 2010). Ainsi, entre autres éléments, la parentalité positive favorise **des liens d'attachement sécurisants** entre parents et enfants, avec une gestion appropriée de l'expression et de la régulation émotionnelles, ce qui garantit le bien-être de la famille et de chacun de ses membres et leur permet de faire face efficacement aux situations stressantes ou de crise. De plus, en tant que modèle écologique, la perspective de la parentalité positive postule **qu'élever des enfants n'est pas une tâche qui peut être entreprise seul** . Chaque mère et chaque père doit avoir accès à un réseau de ressources formelles et informelles qui renforcent leur sentiment de compétence et développent leurs aptitudes et ressources personnelles (Jiménez, 2009) . La famille élargie, le réseau d'amis et le réseau communautaire semi-informel constituent un cadre naturel de soutien et de protection ; ils disposent

également de ressources institutionnelles, dont l'efficacité dépend largement de leur conception et de leur gestion.

Cela dit, dans le cadre de la théorie de l'attachement, l'un des éléments fondamentaux du modèle Hedera est de fournir aux familles les outils nécessaires pour comprendre et transformer certaines difficultés de leurs enfants en occasions de renforcer leurs liens affectifs. À cette fin, ce modèle s'appuie également sur une intervention fondée sur les principes de la théorie de l'attachement, qui offre une opportunité unique d'évaluer et d'intervenir dans le contexte de la relation naturelle entre parents et enfants : la thérapie par le jeu, **Theraplay ©** , développée initialement en 1967 par Ann Jernberg à l' Institut Thérapie par le jeu à Chicago.

Theraplay © est une méthode de thérapie par le jeu structurée, conçue pour renforcer et développer les liens d'attachement entre les enfants et leurs figures d'attachement. Elle s'articule autour de quatre dimensions favorisant un attachement sécure : la structure, le soutien, la connexion et le défi. Le travail sur ces dimensions aide les enfants à développer une relation plus sécurisante et de confiance avec les autres et avec eux-mêmes. Les séances de thérapie par le jeu créent un espace de connexion émotionnelle entre l'enfant et son parent (ou figure d'attachement), transformant leurs interactions en expériences plus positives, enrichissantes et réparatrices. Vous trouverez plus de détails sur cette méthode dans la section consacrée aux techniques d'intervention.

Pour mettre en œuvre une intervention familiale basée sur cet outil, il est d'abord nécessaire de réaliser une évaluation pratique de l'attachement de l'enfant, appelée Méthode d'Interaction de Marschack (MIM ; Marschack , 1960). Il s'agit d'une technique structurée permettant d'observer et d'évaluer la qualité et la nature des interactions et de la relation entre les personnes qui prennent soin de l'enfant et ce dernier. Elle consiste en une série de tâches simples conçues pour susciter des comportements dans toutes les dimensions de l'attachement mentionnées précédemment (Fraser , 2014). L'objectif de cette séance est d'amener les personnes qui prennent soin de l'enfant à visualiser certaines de leurs scènes d'interaction à l'aide de la MIM, guidées par des questions de réflexion posées par le thérapeute. Ces questions les aident à mieux prendre conscience et à comprendre, de manière plus intégrée, leurs points forts et les compétences qui nécessitent d'être développées. L'impact de la visualisation elle-même a une fonction thérapeutique : l'intégration des images permet une recréation plus consciente des séquences dans leur vie quotidienne.

Neurosciences et psychologie du développement

Les neurosciences et **la psychologie du développement conçoivent l'être humain comme compétent, plein de** potentiel, capable de façonner son expérience d'apprentissage et de construire ses connaissances grâce à sa propre expérience et à l'observation des autres.

Les théories socioconstructivistes de l'apprentissage conçoivent l'apprentissage comme un processus original et constructif qui se déroule de l'intérieur vers l'extérieur, au gré des interactions entre les êtres humains et leur environnement. Il s'agit d'un processus bidirectionnel et dynamique : chaque **famille apprend de son environnement,** tout en étant capable de l'influencer et de le modifier. L'influence de cet environnement sur la famille évolue en fonction de ses transformations. Dans cette perspective, la famille est un **système fluide et actif** , responsable de son bien-être émotionnel et relationnel grâce au développement de compétences transversales et à la découverte de stratégies originales et créatives pour résoudre ses problèmes. Ces compétences et stratégies peuvent être acquises par l' **exemple** d'autres familles et de professionnels. C'est ce qu'on appelle **l'apprentissage vicariant** , formulé initialement par le psychologue Albert Bandura dans sa théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1984), qui stipule que l'apprentissage se fait par l'observation et l'imitation d'autres personnes et situations.

point de vue neuroscientifique , **la neurobiologie interpersonnelle** (Siegel , 2001, 2012) postule que les cerveaux isolés n'existent pas et que le cerveau est un organe adaptatif qui développe ses structures grâce à l'interaction avec d'autres cerveaux. L'esprit se développe à l'interface entre les processus neurophysiologiques et les relations interpersonnelles. **L'apprentissage par l'expérience modifie directement les circuits responsables de processus tels que la mémoire, les émotions et la conscience de soi.** Ainsi, la maturation génétiquement programmée du système nerveux est façonnée par l'expérience, notamment l'expérience interpersonnelle.

Le cerveau social

- Les régions corticales plus primitives : le cortex préfrontal orbitomédian , l'insula et le cortex cingulaire. Elles sont impliquées dans l'expérience émotionnelle et l'expérience interne.
- Les structures sous-corticales, telles que l'amygdale, l'hippocampe et l'hypothalamus, jouent un rôle important. L'amygdale est impliquée dans le traitement de la peur, de l'attachement, des souvenirs précoces, des émotions et de la reconnaissance faciale. L'hippocampe organise la mémoire explicite et l'apprentissage conscient. L'hypothalamus traduit de nombreuses interactions sociales en processus corporels par l'activation de l' axe hypothalamo- hypophyso -surrénalien.
- Le système des neurones miroirs, qui fournit un cadre pour comprendre la cognition sociale et le cerveau social au niveau cellulaire.

Les relations précoces jouent un rôle essentiel dans le développement cérébral. Des soins attentifs offrent au bébé un environnement métabolique optimal pour la croissance neuronale, grâce à la stimulation biochimique et à la plasticité neuronale. Durant les premières années de sa vie, le bébé apprend à ramper, à marcher, acquiert le langage et développe sa motricité. Tout cela le motive à explorer le monde physique et social. Le cerveau du bébé se développe au sein d'un système d'interconnexions incluant l'enfant, ses proches et la communauté sociale. Ainsi, les personnes qui prennent soin de l'enfant stimulent sa croissance cérébrale par leur disponibilité émotionnelle et leurs interactions réciproques. Les changements ainsi induits chez l'enfant se répercutent sur le parent, par exemple lorsqu'il joue avec lui et reçoit son sourire. De cette manière, les jeux, les caresses, les réponses adaptées aux besoins de l'enfant, et bien d'autres interactions, déclenchent une véritable cascade de processus biologiques, et le développement cérébral devient un processus dynamique en constante réorganisation tout au long de la vie.

Un point important à souligner concernant ces premiers échanges est que le développement primaire, celui du nourrisson préverbal , se déroule fondamentalement dans le domaine de la connaissance implicite – une connaissance non symbolique, non verbale, procédurale et inconsciente. La communication non verbale, les mouvements corporels, les sensations et les émotions stockées qui constituent la mémoire implicite coexistent tout au long de la vie avec la connaissance explicite, responsable du souvenir conscient de l'expérience. En lien avec la compréhension du traumatisme, que nous aborderons plus loin, on peut dire

que la mémoire explicite et la mémoire implicite sont deux systèmes interdépendants qui fonctionnent en étroite connexion, même s'ils peuvent être dissociés, comme c'est souvent le cas avec les souvenirs traumatiques. Ainsi, les somatisations qui suivent fréquemment des expériences traumatiques peuvent être considérées comme des marqueurs somatiques générés lors de cette expérience.

Par ailleurs, il convient de mentionner la neuroplasticité cérébrale . L'environnement et l'éducation reçus durant la petite enfance offrent des opportunités uniques de stimuler et de façonner les capacités cérébrales. Apprendre, se souvenir, oublier et se remettre de situations douloureuses sont autant d'actions rendues possibles par cette plasticité. Bien que le cerveau soit particulièrement plastique durant la petite enfance, il conserve, par la suite, la capacité de s'adapter à l'expérience. Cependant, toutes les fonctions ne sont pas malléables au même rythme ni dans la même mesure, et certaines nécessitent des expériences plus profondes pour être modifiées (Brodzinsky et al., 2022).

En résumé, à la naissance, notre cerveau est en grande partie immature et développera les fonctions liées à cette maturation au contact du monde qui l'entoure. D'un point de vue évolutionniste, même pendant la vie intra-utérine, il existe des **périodes sensibles ou critiques** pour certains types de développement. Autrement dit, si un aspect caractéristique ne se développe pas durant une période sensible, il est fort probable qu'il affecte le développement de la phase suivante, ce qui rend l'intervention précoce dans l'environnement immédiat extrêmement précieuse. Ainsi, la maturation cérébrale se déroule par étapes, et différents auteurs ont proposé diverses perspectives pour l'expliquer : psychosexuelle, socioculturelle, morale et psychosociale. Vous trouverez ci-dessous quelques-unes des théories les plus importantes à ce jour, également appelées grandes théories. Une compréhension de base de ces théories du développement est essentielle pour cerner les besoins de l'enfant à chaque étape et pour déterminer si son développement progresse comme prévu pour son âge.

Selon la théorie de l'apprentissage de Piaget (voir Piaget, 2000), le progrès ou le développement intellectuel se produit lorsque les individus recherchent un équilibre cognitif, c'est-à-dire un équilibre mental, qui résulte de l'interprétation de nouvelles expériences à la lumière de leurs connaissances préexistantes. Cependant, lorsque cet équilibre n'est pas atteint et qu'un déséquilibre apparaît, la confusion s'installe. Cela offre une opportunité de croissance cognitive si le mode de pensée est modifié et adapté (adaptation). Piaget postulait

que le développement cognitif se déroule en une série de périodes séquentielles, chacune présentant des caractéristiques uniques en matière de pensée et de raisonnement (Berger, 2007). Autrement dit, la pensée des enfants évolue avec le temps et l'expérience, et leurs processus de pensée influencent leurs conclusions et leurs actions.

1. Période sensori-motrice (*de la naissance à 2 ans*) : Les enfants utilisent leurs sens et leurs capacités motrices pour comprendre le monde ; il n'y a pas de pensée conceptuelle ou réflexive.
2. Période préopératoire (*2-6 ans*) : Les enfants utilisent une pensée « magique » et symbolique, appréhendant le monde par le langage. Il s'agit d'une pensée égocentrique, où le monde est perçu de leur propre point de vue.
3. Période des opérations concrètes (*6-11 ans*) : Les enfants comprennent les opérations logiques sans interprétation réflexive et rationnelle, leur pensée se limite donc à ce qu'ils voient, entendent, touchent et expérimentent.
4. Période opératoire formelle (*à partir de 12 ans*) : Les adolescents et les adultes ont une pensée abstraite et hypothétique, un raisonnement analytique (et non seulement émotionnel) et comprennent la logique des choses qu'ils n'ont jamais vécues.

Ces phases se succèdent, mais il ne s'agit pas d'un processus purement linéaire, puisque les informations apprises sont reconfigurées en fonction des développements cognitifs ultérieurs.

Selon la **théorie socioculturelle,** l'apprentissage social se produit par l'interaction sociale lorsque des mentors, tels que les parents ou les enseignants, guident les apprenants dans leur zone proximale de développement, située entre leurs capacités actuelles et leurs limites actuelles. Pour décrire ce processus, Vygotsky (1979, 1981) a développé le concept de participation guidée, par lequel les mentors transmettent des compétences et des coutumes propres à chaque culture, en impliquant les apprenants dans des activités collectives.

Alors, dans le **La théorie du développement moral ,** qui combine les théories de Piaget et de Dewey (Kohlberg, 1984), définit le jugement moral comme un processus permettant de réfléchir à ses propres valeurs et de les hiérarchiser de manière logique. Cette théorie postule que le développement du jugement et du raisonnement moral ne fait pas partie intégrante du développement cognitif, mais constitue un processus distinct et parallèle. Ce processus se déploie en trois niveaux, illustrant la manière dont chaque individu adopte une perspective différente sur les normes morales de la société.

- **Stade préconventionnel** : Ce stade dure jusqu'à l'âge de 11 ans environ. À ce stade, les enfants commencent à appréhender la morale afin d'éviter les sanctions infligées par les figures d'autorité en cas de non-respect des règles. Ce stade est axé sur les biens matériels et se caractérise par le conformisme et le respect des normes sociales, contribuant ainsi au bon fonctionnement de la société.
- **Niveau conventionnel** : Ce niveau apparaît à l'adolescence. À ce stade, le garçon ou la fille se soumet aux règles, aux attentes et aux conventions de la société et des figures d'autorité, partant du principe qu'il est bénéfique de se conformer à ces attentes et normes, et que tout manquement à ces dernières entraîne des conséquences. Ainsi, l'intention de la personne qui accomplit l'action commence à être prise en compte.
- **Niveau post-conventionnel** : Ce niveau se manifeste chez les adultes. À ce stade, les individus pensent et agissent en fonction de principes moraux généraux, tels que le respect ou la dignité, en se détachant d'une vision centrée sur eux-mêmes. Cette phase conduit à une réflexion sur les valeurs universelles qui devraient guider une société. Ainsi, si les principes moraux d'une personne entrent en conflit avec les normes sociales, elle les évaluera et agira selon ses propres principes plutôt que selon les conventions sociales.

Enfin, selon **la théorie psychosociale d'Erikson**, le développement se déroule en 8 étapes distinctes, chacune comportant un conflit psychosocial qui doit être résolu de manière satisfaisante pour que le développement puisse avoir lieu correctement :

1. **Confiance vs méfiance (0-1 an) :** apprendre à faire confiance aux soignants et à l'environnement ou développer de la méfiance envers eux.
2. **Autonomie vs. Honte et doute (1-3 ans) :** être autonome ou développer des sentiments de honte et de doute quant à ses capacités.
3. **Initiative vs. Culpabilité (3-6 ans) :** prendre l'initiative et agir de manière délibérée ou, face à une répression ou une punition excessive, développer un sentiment de culpabilité.
4. **Apprendre vs. Infériorité (6-12 ans) :** développer des compétences et un sentiment d'accomplissement ou développer un sentiment d'infériorité.

5. **Identité vs. Confusion des rôles (12-18 ans) :** explorer différents rôles et idées pour former sa propre identité ou avoir une confusion des rôles découlant d'un manque d'exploration.
6. **Intimité vs. Isolement (jeunes adultes) :** nouer des relations intimes ou éprouver des sentiments d'isolement et de solitude.
7. **Générativité vs. Stagnation (âge adulte moyen) :** créer ou nourrir des choses qui perdureront au-delà de sa propre vie (par exemple, des enfants, des réussites professionnelles ou des contributions à la société) ou éprouver un sentiment de stagnation.
8. **Intégrité contre désespoir (fin de l'âge adulte) :** éprouver des sentiments d'intégrité ou ressentir du désespoir.

Autres bases théoriques

Le **modèle intégratif et de retraitement du traumatisme** vise à traiter les traumatismes subis, quelle que soit leur origine. Le traumatisme est perçu comme la conséquence de l'exposition d'une personne à un événement stressant qui dépasse ses capacités d'adaptation, entraînant un dérèglement de son système nerveux. Dans ce cas, la personne est incapable de traiter et d'intégrer l'événement et en subit les conséquences émotionnelles, cognitives, relationnelles et physiologiques, affectant ainsi son développement. Comme l' affirme Midori (2022, p. 209), « lorsque le corps est en mode défensif ou protecteur, il n'y a pas de place pour la relaxation » . Ce modèle s'appuie sur les récentes découvertes en neurosciences et met l'accent sur les dimensions physiologiques et émotionnelles, dans un cadre où l'écoute attentive de la personne et l'établissement d'une alliance thérapeutique sont des éléments essentiels de l'intervention. L'objectif est d'aider la personne **à intégrer le traumatisme à sa conscience afin qu'elle puisse y faire face en utilisant ses ressources actuelles,** à guérir les blessures émotionnelles qu'il a causées et **à prévenir la perpétuation des difficultés familiales** liées aux soins des enfants, aux relations avec les partenaires, aux relations avec l'environnement et aux relations avec soi-même.

Les résultats des recherches en neurosciences, axées sur la compréhension des expériences traumatiques et leur application dans les processus éducatifs et thérapeutiques des familles et

des individus en situation de vulnérabilité, ont été intégrés au modèle systémique socio-éducatif. Ainsi, des auteurs tels que Peter Levine , Bessel van der Kolk , Stephen Porges , Suzanne Midori , Janina Fisher et Deb Dana ont servi de cadre à l'intégration des techniques et des principes de la théorie du traumatisme. Voici quelques-uns des principes fondamentaux de la psychothérapie intégrative et du retraitement des traumatismes :

- Tous les êtres humains naissent avec la même valeur innée.
- L'ouverture à la compréhension des processus vitaux et le respect de la nature sont propres à l'expérience de chaque être humain.
- L'expérience s'organise en réseaux neuronaux qui englobent des aspects physiologiques, affectifs, cognitifs et comportementaux. Elle s'appuie sur la sagesse profonde du cerveau et du corps sous-corticaux pour s'auto-guérir.
- Tout au long de notre vie, nous, êtres humains, recherchons des relations et sommes interdépendants. Le contact extérieur, par le biais de la socialisation, est le fondement du contact avec notre monde intérieur (émotionnel) ; les deux sont essentiels et interdépendants pour notre santé émotionnelle et relationnelle.
- Les êtres humains souffrent des troubles émotionnels qu'ils ont vécus. Dans l'adversité, nous recherchons des liens et un soutien social.
- Les êtres humains ont une tendance naturelle à la croissance et à la guérison si les circonstances sont favorables.
- Tout comportement a un sens dans le contexte où il s'est développé. Tout ce que nous avons organisé dans notre mode de fonctionnement est le fruit de notre intelligence de survie.
- La présence du thérapeute, ainsi que celle d'autres professionnels compétents, est essentielle pour instaurer un climat de sécurité et un espace propice à la guérison. Les interventions du thérapeute doivent reposer sur le principe d'ouverture et de non-violence.

La théorie de la mentalisation inspire également notre modèle - cadre, notamment en ce qui concerne le rétablissement et/ou le développement de la capacité de mentalisation. Un fonctionnement réflexif sain permet la gestion et la régulation des émotions et facilite la construction de récits sur la vie et/ou les événements/expériences traumatiques (par exemple, la privation affective, les difficultés d'inclusion sociale, les échecs personnels ou les ruptures

amoureuses). La mentalisation désigne la capacité des individus à interpréter leurs propres actions, ainsi que celles d'autrui, en fonction d'un ensemble d'états psychologiques ou mentaux subjectifs (besoins, désirs, sentiments, croyances, objectifs, finalités et raisons) (Fonagy & Bateman, 2016). Au sein du concept de mentalisation, qui englobe différentes constructions, la fonction réflexive parentale (Fonagy et al., 1991) a été conceptualisée comme une compétence de mentalisation large et généralisée. Elle nous renseigne, d'une part, sur la capacité du parent à comprendre les comportements de l'enfant en termes mentaux, et d'autre part, sur la cohérence de l'association entre ces comportements et les états mentaux.

Les données probantes confirment l'idée que la mentalisation n'est pas innée, mais se développe plutôt dans le contexte des relations d'attachement, par l'interaction avec les principaux dispensateurs de soins (Fonagy et al., 2002). La capacité de mentalisation se développe de manière optimale dans le cadre d'un attachement sécure (Allen & Fonagy , 2014 ; Bleiberg et al., 2012). Il est donc essentiel de prendre en compte les connaissances empiriques relatives aux traumatismes relationnels, en les associant aux expériences de négligence, d'exclusion et/ou de dépendance vécues par les individus suite à des interactions inadéquates avec leurs dispensateurs de soins et autres figures importantes tout au long de leur vie. Avec le temps, ces traumatismes façonnent des sujets sociaux dotés d'une sensibilité accrue aux interactions avec autrui, influençant leur développement individuel et relationnel dans la sphère intersubjective.

2.2. Bases méthodologiques

2.2.1. Intervention à domicile

Intervenir au sein du domicile familial, avec une position souple et respectueuse, présente l'avantage de favoriser une relation **plus chaleureuse , plus étroite** et plus **personnalisée ,** ainsi que la possibilité de proposer et d'activer de nouvelles dynamiques relationnelles sur place, en intervenant dans le ***même* contexte quotidien**. Ceci encourage une approche holistique et écologique des soins familiaux. De plus, certains auteurs indiquent que cela facilite l'implication de la famille et augmente les chances de mener l'intervention à terme (Fowles et al., 2018).

Elle peut également présenter un certain nombre de difficultés ou d'inconvénients, principalement liés à l'intervention du professionnel dans l'espace familial privé, au manque de ressources ou à l'absence de systématisation des séances. De par sa nature même, l'intervention à domicile exige la prise en compte de considérations éthiques et de directives spécifiques (Boland , 2019 ; Fierro et Salcedo, 2003).

D'une part, l'évaluation et l'intervention à domicile présentent une plus grande **validité écologique** , entendue comme la capacité de prédire ce qui se produit réellement dans un contexte naturel. Ainsi, Gardner (2000) souligne que l'observation de la famille dans son propre foyer, environnement quotidien et non structuré pour ses membres, offre une meilleure valeur prédictive quant aux aspects que nous souhaitons évaluer (par exemple, le niveau d'affection, la gestion des conflits, la stimulation apportée par les parents à leurs enfants, etc.). Ceci est particulièrement important lorsqu'il s'agit de comprendre et d'examiner des situations génératrices de conflits importants, car les réactions et les interactions entre les membres dans des environnements structurés ou artificiels se produisent rarement de la même manière que dans la réalité familiale quotidienne.

Bien que le thérapeute puisse observer la famille dans son environnement naturel, cette possibilité d'intervenir au sein du foyer familial revêt une autre dimension : dans ce cadre, la famille évolue dans son environnement naturel, et le thérapeute apparaît comme un *intrus* (Woods, 1988). De ce fait, il est généralement plus difficile de maintenir une structure systématique et ordonnée lors des séances à domicile, où le thérapeute peut être emporté par la dynamique familiale elle-même. Deux éléments sont donc essentiels : la planification et la flexibilité.

Il est essentiel de planifier les objectifs et le déroulement des séances et *de communiquer* ce plan de développement à la famille, en veillant notamment à ce que l'espace nécessaire soit disponible, en prévoyant le matériel qui sera utilisé, le cas échéant, et en s'assurant que tous les membres participants puissent être présents le moment venu.

La flexibilité est nécessaire pour s'adapter à un environnement non structuré. Par exemple, en fonction des objectifs de chaque séance, le thérapeute doit disposer de plus de temps pour commencer et terminer la séance, afin de tenir compte des distractions et des pauses imprévues (surtout en présence de jeunes enfants). De même, en accédant directement à la dynamique familiale habituelle et en acquérant une connaissance approfondie de la structure

et des caractéristiques de leur cadre de vie, il est fort probable que des objectifs non prévus initialement ou des situations inconnues nécessitent un ajustement du plan d'intervention thérapeutique. À cet égard, LeCroy et Whitaker (2005) indiquent par exemple que parmi les situations les plus difficiles rencontrées par les professionnels intervenant à domicile figurent la consommation de substances psychoactives ou le fait d'être témoin de violences sexistes.

Comme le souligne González-Calvo (2003), l'intervention à domicile est fortement recommandée auprès des familles réticentes ou méfiantes à l'idée d'entamer un traitement, ainsi que lorsque le service où travaille le professionnel est stigmatisant. Par ailleurs, Rodrigo et al. (2010) indiquent, concernant l'intervention familiale par visites à domicile, qu'elle est particulièrement indiquée, mais non exclusivement, pour les familles confrontées à une crise temporaire ou chronique, celles qui manquent cruellement de ressources ou de connaissances, et celles ayant de très jeunes enfants.

Ces auteurs soulignent également certains des principaux avantages et inconvénients qui se présentent traditionnellement lors d'une intervention à domicile :

Avantages :

- Un soutien psychologique individualisé grâce à l'implication de la famille, basé sur la connaissance de leur habitat et l'observation de leurs routines et interactions sociales dans leur environnement naturel.
- Adapter l'intervention, le retour d'informations et la prescription aux particularités de la famille et aux ressources disponibles à domicile
- Un environnement privé moins menaçant et plus naturel pour la famille
- Promotion active des comportements liés à la santé, aux soins et à l'éducation des enfants, par l'exemple, l'accompagnement et le soutien social
- Suivi étroit de leurs progrès

Inconvénients :

- Travailler avec des ressources limitées pour aider la famille
- Favorise la dépendance envers le professionnel
- Difficultés à contacter les familles et à fixer des rendez-vous
- L'absence d'un plan d'action systématique nuit aux bonnes relations et à la coopération avec la famille.
- Difficultés d'évaluation, dues en partie au manque de systématicité des interventions

- Intervention dans les zones résidentielles perçues comme dangereuses, présentant des conditions climatiques et de vie défavorables.
- Répondre aux réactions violentes ou menaçantes dirigées contre le thérapeute

Source : Adapté de Glebova et al. (2012) ; LeCroy & Whitaker (2005) ; Rodrigo et al. (2010).

2.2.2. Principes méthodologiques

- Une **intervention complémentaire sera proposée** au travail effectué par les professionnels des services partenaires auprès des enfants, des adolescents et de leurs familles.

- Elle sera développée grâce à **la mise en réseau** des professionnels qui mettent en œuvre le modèle Hedera et des professionnels locaux, garantissant ainsi une intervention cohérente et coordonnée de manière efficace pour répondre aux besoins des familles.

- Une **compréhension systémique** des processus familiaux sera fournie aux professionnels pour orienter les patients vers les services dédiés.

- Une relation d'aide se construira à partir d'une **proximité relationnelle,** afin de créer un climat relationnel qui facilite les processus de réflexion, de compréhension et de résolution des difficultés rencontrées par les familles et leurs membres.

- La **perspective de genre sera intégrée** en travaillant avec les familles sur le respect des différentes identités de genre de leurs membres et des rapports de pouvoir qui peuvent s'établir pour des raisons de genre, ainsi que sur leurs implications dans le fonctionnement familial.

- **La confidentialité et l'éthique professionnelle seront garanties** tout au long du processus d'intervention, préservant ainsi la vie privée des familles accompagnées et traitant avec soin les dilemmes éthiques.

- Une **intervention sera menée à la fois au niveau préventif et curatif,** afin de remédier aux situations qui affectent la stabilité relationnelle des différents membres de la famille.

- Nous travaillerons sur **l'implication et la motivation des familles impliquées** dans ces procédures.

- Nous travaillerons dans une **perspective valorisante** qui prend en compte les capacités, le potentiel et les ressources de la famille.

- Le **thérapeute est l'outil le plus important**. Le processus thérapeutique ne doit pas être rigide et doit privilégier l'empathie, le respect et la relation thérapeutique plutôt que toute technique ou tout modèle établi.

- Des efforts seront déployés pour **adapter le service thérapeutique aux** besoins réels des territoires où il est développé.

- Le service sera géré selon des processus de qualité **et une responsabilité sociale** conçus spécifiquement pour ce projet.

2.2.3. Procédure d'intervention

Processus de travail thérapeutique

Le chemin vers une relation saine commence par une prise de conscience de la qualité de nos relations, la compréhension de ce qui nous arrive (le sens caché des difficultés rencontrées) et la capacité à ressentir et à gérer nos émotions avec plus de conscience. Ce modèle nous invite à réfléchir avec la famille à ses modes relationnels habituels, à identifier ses forces et ses faiblesses, afin de la soutenir, de l'intérieur et à l'aide d'éléments du quotidien, vers une évolution plus saine de ses relations, tant au sein de la famille qu'avec son entourage. Le modèle prend donc en compte les trois axes du triangle pour comprendre les familles et

intervenir thérapeutiquement auprès d'elles. L'accès physique au domicile familial permet sans aucun doute d'obtenir des informations directes sur le bien-être de ses membres dans ces trois domaines. La section suivante examine les principaux éléments à considérer concernant la sélection des familles et leur accès à l'intervention thérapeutique ; le cadre du modèle ; l'organisation du processus thérapeutique ; et son déroulement.

Sélection des familles et accès à l'intervention thérapeutique

Dans le cadre d'une thérapie à domicile, il est essentiel que les familles perçoivent le processus thérapeutique comme sûr et soutenu. Par conséquent, l'un des objectifs initiaux devrait viser à réduire les résistances ou les refus à l'intervention à domicile, ainsi qu'à établir une communication claire et transparente, adaptée aux besoins de la famille, concernant la procédure à suivre.

Pour ce faire, plusieurs actions stratégiques sont proposées. Premièrement, il est essentiel de se coordonner au préalable **avec les professionnels concernés,** car ils peuvent faciliter la mise en place du service et instaurer un climat de confiance initial. De même, notamment pour les familles nécessitant un soutien thérapeutique pour la première fois ou moins habituées à ce type de prise en charge, proposer la **possibilité de réaliser quelques séances initiales en cabinet** peut contribuer à établir un lien dans un contexte perçu comme plus neutre et sécurisant par la famille.

De même, il est essentiel de fournir une explication détaillée de la **méthodologie d'intervention** à domicile, notamment en ce qui concerne la planification des séances, l'espace requis, le matériel nécessaire et la structure générale de chaque rencontre. Enfin, il convient de souligner que l'approche de l'intervention est **thérapeutique et non évaluative,** afin de réduire toute crainte liée au jugement ou à une supervision extérieure, et ainsi favoriser une plus grande ouverture et une meilleure collaboration de la part de la famille.

L'intervention thérapeutique se concentre principalement sur les processus auxquels participent activement les différents membres du système familial, favorisant une approche relationnelle et intégrative. Cependant, cette intervention doit également être suffisamment flexible pour s'adapter aux contextes où la participation conjointe de tous les membres n'est pas possible, comme dans le cadre **d'interventions individuelles** ou de **situations de**

séparation parentale où le travail conjoint est impossible ou où il n'y a pas la volonté de travailler ensemble.

À cet égard, l'adaptation des outils et techniques de l'approche systémique-relationnelle aux formats d'intervention individuelle est proposée, tout en maintenant l'analyse des liens et de la dynamique familiale au cœur du processus thérapeutique. De même, il est nécessaire de concevoir des stratégies spécifiques permettant d'accompagner un parent seul lorsque l'autre parent ne participe pas à l'intervention.

De même, l'inclusion symbolique de figures importantes non présentes dans le processus thérapeutique est jugée pertinente afin d'intégrer leur influence à la dynamique relationnelle du système. Dans les contextes de garde partagée ou de résidence alternée, il est important d'évaluer les interventions qui tiennent compte de la vie partagée de l'enfant entre deux foyers, en adaptant les objectifs et les stratégies en conséquence.

Enfin, lorsque les conditions le permettent, il est recommandé que les séances communes se tiennent dans un environnement de bureau, en privilégiant les espaces de réunion structurés qui permettent un travail direct entre les différents membres impliqués.

L'intervention thérapeutique est également envisageable dans les familles avec **des enfants d'âges différents,** à condition de prendre en compte un certain nombre de considérations préalables afin d'adapter le processus aux caractéristiques développementales de chaque membre. À cet égard, il est proposé de privilégier les outils d'intervention couramment utilisés auprès des enfants et des adolescents, afin qu'ils puissent être appliqués avec souplesse dans les contextes familiaux regroupant des tranches d'âge diverses. De même, il est jugé nécessaire de structurer le processus thérapeutique en consacrant des séances distinctes à chaque groupe d'âge, permettant ainsi une attention mieux adaptée aux besoins spécifiques de chaque étape du développement. Enfin, l'utilisation d'outils psychoéducatifs adaptés aux différentes phases de développement est recommandée, dans le but de faciliter la compréhension, la participation et les bénéfices du processus thérapeutique pour tous les membres de la famille.

Concernant le thérapeute, nous travaillons généralement avec un seul thérapeute par famille. Cependant, à Hedera, **la cothérapie** est proposée comme une modalité d'intervention particulièrement pertinente à domicile, sous réserve des contraintes organisationnelles. Cette

stratégie thérapeutique, fondée sur l'intervention conjointe de deux professionnels, offre des avantages considérables tant pour les familles accompagnées que pour les thérapeutes eux-mêmes, contribuant ainsi à une nette amélioration de la qualité du processus.

En matière de thérapie familiale, la cothérapie offre un espace propice à la construction collaborative de nouvelles perspectives sur la dynamique familiale, réduisant ainsi le risque d'escalade des conflits ou de rupture de la relation thérapeutique. Elle permet également une attention plus individualisée lors des moments critiques grâce à la répartition fonctionnelle des espaces d'intervention, assurant ainsi la continuité du processus thérapeutique. De même, la présence de deux professionnels élargit le champ d'observation, permettant une interprétation plus riche et plus nuancée des dynamiques relationnelles, tant dans leurs dimensions verbales que non verbales.

Du point de vue des professionnels, la cothérapie renforce le sentiment de sécurité dans l'intervention en partageant les responsabilités et en facilitant la prise de décision dans des contextes complexes. Elle contribue également à une plus grande cohérence éthique et professionnelle en encourageant une réflexion conjointe sur la pratique. Enfin, elle favorise un environnement de travail plus structuré, transparent et sécurisant, ce qui se traduit par une meilleure qualité et une plus grande pérennité de l'intervention thérapeutique.

Encadrement

Le cadre thérapeutique désigne les instructions données par le thérapeute concernant les éléments du processus thérapeutique : la fréquence et la durée des séances ; les créneaux horaires disponibles pour la famille ; les membres de la famille attendus ; les explications des bénéfices du processus pour la famille ; la possibilité d'une cothérapie et/ou d'une supervision par une équipe thérapeutique ou dans le cadre d'une supervision ; etc. Il est parfois nécessaire de rappeler aux familles ce cadre, par exemple les règles convenues concernant la présence, la ponctualité et la participation. Avec certaines familles, il peut être nécessaire de convenir de stratégies pour faciliter leur implication dans le cadre thérapeutique. Par exemple, programmer un appel la veille de la séance pour leur rappeler l'heure du rendez-vous. En

définitive, le cadre thérapeutique comprend les instructions établies par le thérapeute pour maintenir la relation thérapeutique tout au long du processus de thérapie familiale.

Une bonne communication initiale avec la famille est essentielle concernant les problèmes sur lesquels nous pouvons les aider (cadre du modèle), ainsi que pour établir méticuleusement le diagnostic du problème familial et les objectifs à poursuivre, qui peuvent être réajustés au fur et à mesure que le processus thérapeutique progresse.

L'accent est mis sur l' **implication active** des familles dans l'éducation de leurs enfants afin de favoriser un développement harmonieux et de consolider une dynamique familiale positive et bienveillante. Cela implique **d'accompagner les parents** dans l'exercice de leurs rôles et responsabilités de coparents, en veillant au bien-être relationnel, émotionnel, cognitif et physiologique de leurs enfants. Pour ce faire, il est essentiel de s'appuyer **sur les capacités** de la famille. En mettant en lumière ses atouts et ses méthodes efficaces, on renforce sa confiance en soi et on l'aide à surmonter les difficultés. Une connaissance directe des ressources familiales et de l'environnement dans lequel la famille évolue nous permet de mieux exploiter ces atouts.

Concernant le rôle du thérapeute, son positionnement et sa fonction thérapeutique à domicile sont ceux d'un ***expert invité***. La mise en œuvre requiert un cadre organisationnel clair et partagé, garantissant la cohérence et la transparence de l'intervention. À cet égard, il est essentiel que, dès le départ, le processus thérapeutique soit clairement défini et validé avec la famille, incluant le plan d'intervention et l'organisation générale des séances. Ce cadre initial favorise l'élaboration d'attentes réalistes, encourage la participation active des intervenants et renforce l'alliance thérapeutique. En thérapie à domicile (par opposition à la thérapie en cabinet), la coordination avec la famille doit être encore plus poussée en termes de planification et d'aménagement de l'espace. La planification est rassurante : elle permet d'organiser non seulement la logistique, mais aussi le bien-être émotionnel des thérapeutes et des familles. Il est important d'aborder les préoccupations et les craintes de la famille concernant notre visite à domicile. Il est crucial qu'elle comprenne le contexte thérapeutique, et non évaluatif ; autrement dit, la visite à domicile n'a pas pour but de documenter l'environnement et les espaces observés afin d'en déterminer l'adéquation. Pour la première séance à domicile, il est recommandé que tous les membres de la famille soient présents, ou

du moins le plus grand nombre possible. Lors de cette première visite, nous pourrons aborder les points suivants :

- L'observation dès l'arrivée (qui ouvre la porte et comment les invités sont accueillis) fournit des informations pertinentes sur la dynamique familiale.
- La position de chaque membre de la famille à son arrivée (qui interagit, qui reste à distance, avec qui sont les enfants) permet de comprendre les rôles et les relations.
- Les éléments visibles de la maison, tels que les photos ou les tableaux, révèlent des personnages importants ; poser des questions à leur sujet et observer les réactions émotionnelles fournit des informations précieuses.
- L'état d'ordre dans la maison peut indiquer s'il s'agit d'une situation normale ou d'une préparation particulière pour une visite.
- L'analyse de l'utilisation des espaces (occupés, abandonnés ou « possédés » par quelqu'un) nous permet de comprendre les dynamiques et les schémas familiaux.
- La famille devrait être impliquée dans la décision concernant le lieu où se dérouleront les séances.
- Les comportements varient selon l'espace ; observer les rôles dans différentes pièces et s'informer sur leur utilisation permet donc d'orienter l'intervention.

De plus, dans le cadre d'une intervention thérapeutique à domicile, une part importante du rôle de l' *expert invité* auprès des familles consiste à **les soutenir et à les accompagner. Établir des liens de confiance** cela implique **une coordination avec** les services éducatifs, de santé, sociaux, sportifs, de loisirs et autres services communautaires afin de faciliter la communication et l'implication des familles. L'objectif est de favoriser un lien entre la famille et la communauté, en promouvant la socialisation dans des espaces inclusifs et non cloisonnés, jusqu'à ce que la famille et ses membres puissent participer de manière autonome. Ces actions peuvent inclure l'accompagnement des familles lors de leurs visites aux services, la fourniture d'informations pour les aider à comprendre l'offre de ces services et la mise en valeur des avantages qu'une utilisation appropriée de ces services peut apporter à la famille, en particulier aux enfants, afin de promouvoir des interactions sociales saines.

En conclusion, compte tenu de ce qui précède, voici quelques facteurs de réussite thérapeutique :

- Procéder à une analyse initiale approfondie de la dynamique familiale, y compris son potentiel et ses difficultés.
- Élaborer un plan d'action coordonné.
- Organiser une séance de cadrage initiale.
- Consacrer tout le temps nécessaire à l'établissement du lien thérapeutique.
- Impliquer la famille et travailler en collaboration avec elle.
- Élaborer des plans d'intervention sur mesure, mis en œuvre selon une séquence adaptée à chaque cas, et prendre en compte, de surcroît, le lien qui unit la famille à son environnement immédiat.

Organisation du processus thérapeutique

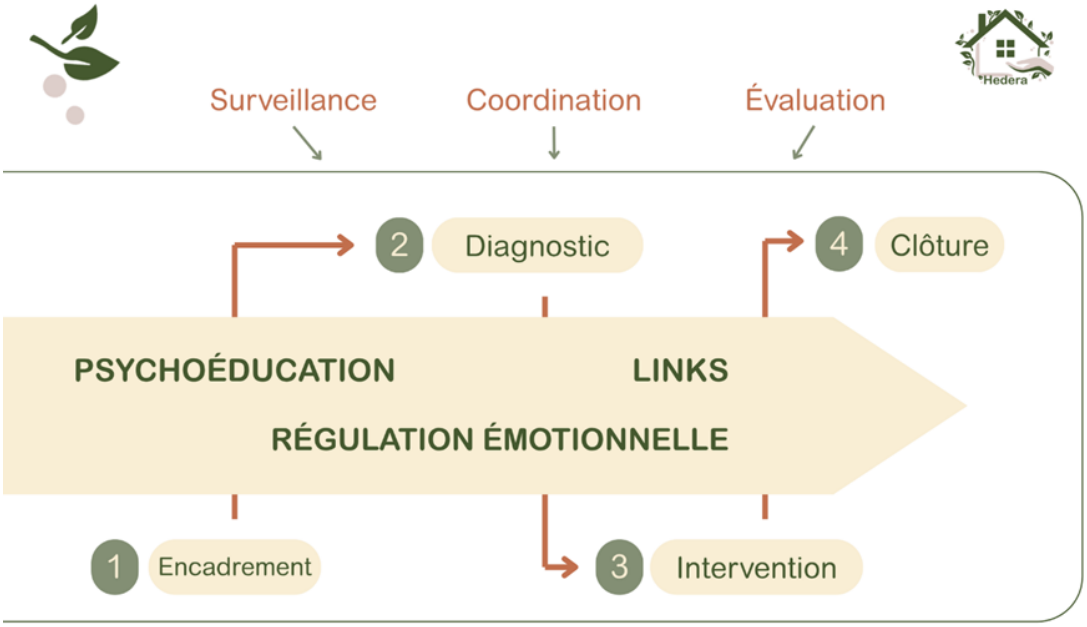
Le processus d'intervention repose sur une approche intégrée de trois aspects clés de **la santé relationnelle**, développée selon un parcours structuré en phases séquentielles et progressives. Premièrement, la dimension des **relations saines** vise à analyser et à transformer **les dynamiques relationnelles intrafamiliales**, en portant une attention particulière aux schémas d'interaction et aux styles de communication qui façonnent le système familial. Cette dimension prend également en compte la relation de la famille avec son environnement, considérée comme un élément essentiel à la construction et au maintien de ces schémas. En ce sens, la relation famille-environnement devient un espace pertinent d'intervention communautaire, où les relations extérieures reflètent et, en retour, modulent la qualité des relations internes. Ainsi, la nature des relations, tant au sein qu'à l'extérieur de la famille, constitue un indicateur clé de la santé relationnelle ou, à l'inverse, d'un dysfonctionnement relationnel.

Deuxièmement, **la santé cognitive** est liée aux processus par lesquels les individus construisent leurs croyances, leurs schémas de pensée et leurs cadres d'interprétation de la réalité. L'atteinte d'une bonne santé cognitive passe par un travail **psychoéducatif** visant à générer de nouvelles compréhensions et significations. Ce processus facilite la reconfiguration des schémas de pensée, favorisant des formes d'interprétation plus fonctionnelles qui encouragent des interactions relationnelles plus adaptées. La psychoéducation intègre les

apports de contributions théoriques pertinentes, telles que l'approche systémique, la théorie de l'attachement et les avancées en neurosciences et en traumatologie, permettant une compréhension plus approfondie de phénomènes comme le traumatisme et ses effets sur l'organisation psychique et relationnelle.

Enfin, **la santé émotionnelle** s'articule autour du développement des capacités **d'autorégulation** de chaque membre de la famille, ainsi que de la régulation émotionnelle systémique. Cet axe met l'accent à la fois sur les processus d'autorégulation individuels et sur la dynamique de corégulation qui se manifeste au sein de la famille, deux éléments considérés comme des compétences essentielles à la gestion adaptative des émotions dans les contextes relationnels.

L'intervention, menée aussi bien en cabinet qu'à domicile, intègre de manière transversale ces trois axes – dynamiques relationnelles intra- et extra-familiales, psychoéducation et régulation émotionnelle – afin de promouvoir la santé relationnelle, considérée comme un facteur de protection fondamental pour la santé mentale. **L'interaction entre ces axes est activée en continu tout au long du processus** (établissement de la relation, diagnostic relationnel, intervention et clôture), s'adaptant aux besoins spécifiques de chaque étape.



Cofinancé par l'Union européenne

Par conséquent, le travail sur chacun des axes de la santé relationnelle s'effectue par le biais d'un ensemble de pratiques spécifiques qui doivent être organisées en un parcours d'intervention. Ce parcours définit le cheminement thérapeutique, du premier contact avec la famille jusqu'à la fin du processus. En ce sens, le modèle Hedera propose les phases suivantes :

- **Phase initiale ou de cadrage :** les règles du service sont établies, le cadre est explicité, les accords thérapeutiques sont formalisés et les demandes sont recueillies.
- **Phase de diagnostic** : Une observation directe de la famille dans son environnement quotidien est réalisée afin d'établir un diagnostic complet prenant en compte les dimensions relationnelles, cognitives et émotionnelles. Sur la base de cette analyse, les objectifs et les stratégies d'intervention sont définis.
- **Phase d'intervention** : des stratégies et des pratiques visant à transformer les dynamiques identifiées sont mises en œuvre, intégrant les trois axes de la santé relationnelle.
- **Phase de clôture** : Cette phase est axée sur la préparation de la fin de l'intervention, la consolidation des acquis et la réalisation d'une évaluation finale du processus, en mettant l'accent sur l'autonomisation des familles.

À toutes les phases, trois processus fondamentaux sont intégrés : **l'évaluation du suivi continu** du processus thérapeutique, **la coordination entre les professionnels** et **la supervision** de l'intervention sont essentiels. Ces éléments garantissent la cohérence, la qualité opérationnelle et éthique, ainsi que l'efficacité du processus d'intervention, permettant des ajustements dynamiques en fonction de l'évolution de la famille.

Durée et séances

S'appuyant sur un cadre procédural de base structuré en phases, comme décrit précédemment, le processus thérapeutique du modèle Hedera se veut nécessairement flexible, intégrant à la fois les principes structurels de l'intervention et les caractéristiques propres à chaque système familial. À ce titre, il est essentiel de prendre en compte les valeurs, les significations et les priorités que les familles elles-mêmes attribuent à leur démarche, plaçant ainsi la relation thérapeutique au cœur de l'intervention et lui conférant structure et

sens. Cette approche implique une adaptation continue des stratégies et des rythmes de travail, favorisant une intervention contextualisée et adaptée aux réalités des participants.

Initialement, pour la mise en œuvre du modèle Hedera, un **parcours de soins** a été conçu avec une durée suggérée de dix séances, prévu comme cadre pour structurer le processus thérapeutique. Cependant, les données recueillies lors de la phase de recherche empirique démontrent la pertinence d'assouplir ce paramètre, à condition que **la cohérence méthodologique**, la **centralité et l'évaluation continue des objectifs thérapeutiques soient maintenues**. Ainsi, la flexibilité dans la durée du processus est non seulement compatible avec l'obtention d'améliorations significatives de la santé relationnelle des familles, mais elle est également associée à des niveaux de satisfaction adéquats de la part des familles et des professionnels impliqués.

Par conséquent, si la flexibilité est un principe directeur du processus thérapeutique, son application doit s'inscrire dans un cadre minimal garantissant la cohérence, la systématicité et la qualité de l'intervention. À cet égard, le respect d'une série de **conditions fondamentales est essentiel** :

A) Premièrement, **les quatre étapes fondamentales du processus d'intervention doivent être respectées et clairement définies** : l'évaluation initiale, le diagnostic, l'intervention elle-même et la clôture. Ces phases établissent la séquence structurelle du processus thérapeutique et garantissent une progression ordonnée, de la définition initiale du cadre jusqu'à la conclusion de l'accompagnement.

B) Deuxièmement, il est **essentiel que les trois piliers de la santé relationnelle — le lien affectif, les aspects cognitifs et émotionnels — soient abordés de manière intégrée tout au long du processus.** L'intervention doit garantir la présence transversale de ces trois piliers, en évitant les approches partielles qui limitent la compréhension et la transformation des dynamiques familiales.

C) Troisièmement, **le processus diagnostic doit être mené de façon structurée et systématique au domicile familial**, permettant une observation écologiquement pertinente de la dynamique familiale dans son environnement naturel. De plus,

l'intervention découlant de ce diagnostic, s'appuyant sur l'utilisation d'outils et d'instruments spécifiques, doit privilégier **les séances à domicile**. Cette approche facilite une meilleure adaptation des stratégies thérapeutiques au quotidien familial et favorise le transfert des apprentissages au contexte des interactions.

- ✓ Dans le cadre de l'intervention thérapeutique, une alternance de séances au domicile familial et en cabinet est proposée, le domicile demeurant toutefois central tant pour le diagnostic que pour la mise en œuvre de l'intervention. Cette combinaison de lieux permet une approche plus globale, intégrant l'observation directe des dynamiques familiales dans leur environnement naturel à des espaces de réflexion plus structurés.

- ✓ Le domicile facilite un diagnostic plus approfondi et plus complet du système familial en donnant accès aux modes d'interaction, à l'utilisation de l'espace et à la dynamique quotidienne qui sont rarement observés dans un cadre clinique traditionnel. De plus, l'intervention à domicile renforce l'alliance thérapeutique en plaçant le professionnel dans une position de plus grande proximité et d'accessibilité et permet de concevoir des stratégies d'intervention mieux adaptées à la situation spécifique de la famille. En ce sens, l'intervention à domicile représente l'expression par excellence de la perspective écologique appliquée à la thérapie familiale.

- ✓ Plus précisément, la thérapie à domicile privilégie une approche qui tire parti des ressources existantes au sein de l'environnement familial, conformément à une stratégie d'intervention *peu coûteuse*. Il s'agit d'utiliser les objets, les routines et la dynamique du foyer comme éléments actifs de l'intervention, en les intégrant comme ressources thérapeutiques qui renforcent l'efficacité et la pertinence du travail accompli. Cette approche optimise non seulement les ressources existantes, mais facilite également le transfert et la généralisation des apprentissages thérapeutiques au quotidien de la famille, ce qui accroît la pérennité des changements obtenus.

- ✓ De même, il est essentiel d'intégrer systématiquement l'apprentissage réalisé à domicile dans les séances de consultation, afin d'enrichir le processus thérapeutique et de favoriser un retour d'information continu entre les deux espaces d'intervention.

- ✓ Concernant les caractéristiques spécifiques de l'intervention à domicile, elle doit être guidée par un ensemble de principes qui la distingue des soins dispensés en cabinet ou en consultation. Premièrement, elle favorise une plus grande intensité, flexibilité et créativité dans la conception et la mise en œuvre des stratégies thérapeutiques, en réponse à la complexité et à la richesse de l'environnement naturel. Deuxièmement, le thérapeute, dans une attitude respectueuse, a l'opportunité de repenser positivement l'espace domestique et les relations qui s'y développent, grâce à un soutien et un accompagnement *sur place*. Troisièmement, l'intervention à domicile requiert une attention particulière et une communication fluide et transparente avec la famille concernant les aspects logistiques du processus : espaces, horaires, outils et matériel. Il est nécessaire d'établir des protocoles clairs pour la préparation de l'espace thérapeutique à domicile. Ces protocoles doivent prendre en compte les conditions physiques du lieu en veillant à un espace adéquat qui favorise l'interaction, la confidentialité et la planification des séances en fonction des habitudes et des horaires du foyer. Ainsi, un cadre structuré est créé qui, sans sacrifier la flexibilité, permet de mener le processus thérapeutique avec rigueur méthodologique et fonctionnalité pratique.

D) De plus, la flexibilité du processus doit s'appuyer sur des ajustements continus de l'intervention, fondés sur une compréhension partagée entre la famille et les professionnels. Ces ajustements doivent être étayés par un **système d'évaluation systématique, mis en œuvre aux moments clés du processus** (début, milieu et fin), permettant de suivre les progrès, d'identifier les nouveaux besoins et de réorienter les stratégies d'intervention si nécessaire.

- ✓ L'objectif est de promouvoir l'utilisation systématique d'instruments techniques tout au long du processus thérapeutique, afin d'améliorer la qualité de l'évaluation et de permettre des conclusions d'intervention plus complètes, rigoureuses et fondées sur des données probantes. L'intégration d'outils et de procédures de collecte de données standardisés contribuent à une plus grande précision dans l'évaluation des changements et dans la prise de décision clinique.

- ✓ Il est essentiel d'intégrer une dimension prédictive et anticipative au processus thérapeutique en définissant clairement le plan d'intervention dès ses premières étapes. À cet égard, il est recommandé de planifier à l'avance et de manière structurée la combinaison des séances à domicile et en cabinet, en évitant les décisions improvisées qui pourraient nuire à la cohérence du processus et à l'adhésion des familles.

- ✓ De plus, la possibilité de prolonger le processus thérapeutique est envisagée dans des cas justifiés afin d'atteindre les objectifs fixés. Ces prolongations sont étayées par des rapports d'étape démontrant l'évolution de la famille et la nécessité d'une intervention continue. Par exemple, il peut être pertinent et bénéfique pour la famille, dans certains cas, d'organiser des séances de suivi après la clôture officielle du processus thérapeutique – appelées séances de consolidation. *Ces séances* visent à consolider les progrès accomplis, à prévenir les rechutes et à favoriser la pérennisation des changements. Elles renforcent ainsi la durabilité des résultats obtenus et permettent de maintenir une relation thérapeutique ciblée et stratégique.

E) Enfin, la mise en place d'un **système de supervision et/ou d'intervision** est considérée comme essentielle. Ce système vise à garantir la qualité et la cohérence des pratiques thérapeutiques. Il devrait être complété par des évaluations partagées avec la famille à différentes étapes du processus, ainsi que par une formation adéquate des professionnels à l'intervention thérapeutique à domicile. Ces éléments contribuent à

consolider un modèle d'intervention réflexif et collaboratif, orienté vers l'amélioration continue.

- ✓ Concernant les conditions de travail et le bien-être professionnel, il est essentiel de prendre en compte les spécificités du domicile comme espace d'intervention, en établissant des protocoles clairs pour guider les actions lorsque les conditions environnementales sont jugées sous-optimales – par exemple, en cas d'hygiène insuffisante ou de manque d'espace. La définition de ces protocoles contribue à garantir la qualité de l'intervention ainsi que la sécurité et le bien-être des professionnels. Dans ce cadre, il est nécessaire d'anticiper des alternatives permettant la poursuite du processus thérapeutique sans compromettre la relation ni les objectifs de l'intervention. Parmi ces alternatives figure la possibilité d'exprimer son malaise de manière thérapeutique, une fois l'alliance thérapeutique avec la famille consolidée, afin que cette communication s'intègre au processus relationnel. De même, l'option de déplacer certaines séances au cabinet ou en ligne est envisagée lorsque les conditions à domicile le requièrent. À cet égard, la modalité en ligne est intégrée comme une ressource complémentaire et temporaire, permettant la continuité de l'intervention dans des situations spécifiques, tout en préservant la flexibilité du dispositif thérapeutique sans se substituer à la valeur fondamentale du travail dans l'environnement naturel de la famille.

Parcours du processus thérapeutique

Voici un aperçu général du déroulement d'une séance de thérapie familiale selon le modèle Hedera. La section suivante décrit en détail certains outils et instruments pouvant être utilisés dans le cadre de l'intervention thérapeutique. Parmi ces outils et instruments, le thérapeute sélectionne ceux qui correspondent le mieux à la nature spécifique du problème abordé, aux objectifs visés, ainsi qu'aux besoins et caractéristiques propres à chaque système familial. De même, le moment et la méthode d'utilisation de ces outils et instruments doivent être adaptés au déroulement du processus thérapeutique. Cependant, pour toute famille, quels que soient

le problème présenté et les objectifs poursuivis, les outils de base considérés comme essentiels lors de l'intervention thérapeutique sont listés pour chaque séance.

Le **déroulement de base du** processus thérapeutique proposé est structuré en différentes phases : premièrement, les **séances de cadrage et de diagnostic**, qui comprennent le premier contact, l'entretien initial et l'évaluation de la dynamique familiale ; deuxièmement, les **séances d'intervention thérapeutique** , visant à atteindre les objectifs préalablement établis ; et enfin, les **séances d'approfondissement, de consolidation des acquis et de clôture** du processus thérapeutique.

Par conséquent, dans le cadre général défini, la méthodologie adoptée doit se caractériser par sa flexibilité et son dynamisme, afin de proposer une intervention adaptée au profil et à la situation de chaque famille. À cette fin, il est essentiel de prendre en compte divers facteurs contextuels, tels que les conditions sociales, professionnelles et économiques, ainsi que l'environnement dans lequel la famille évolue. De même, il convient de considérer l'organisation et la structure relationnelle qui façonnent son fonctionnement interne, le stade de son cycle de vie, ses relations avec la famille élargie et le contexte social, ainsi que ses attentes, ses besoins, ses motivations et ses demandes. Enfin, il est fondamental de s'intéresser à la manière dont la famille elle-même interprète ses difficultés et reconnaît ses atouts.

À titre indicatif, dans un processus structuré en dix séances (précédées d'un premier contact avec la famille), la répartition de ces séances pourrait être planifiée comme suit :

Séance O : Premier contact.

- **Objectifs** :
  1. Recevoir la demande de la famille.
  2. Présenter brièvement l'intervention.
- **Contenu** : Brève présentation du thérapeute, du service et de la procédure ; recueil d'informations de base sur la famille ; acceptation verbale par la famille du début du processus thérapeutique.
- **Instruments de base** : Planche contact (Annexe I).
- **Remarques** : Cette première séance peut être animée par un professionnel autre que celui qui mettra en œuvre la thérapie. Toutefois, le thérapeute qui accompagnera la

famille doit recueillir des informations de base sur celle-ci en personne (au cabinet), en visioconférence ou par téléphone, présenter brièvement le service et le déroulement de la thérapie, et programmer une première rencontre en personne (ou en visioconférence) avec les adultes de la famille.

Certaines familles participent peut-être déjà à un service thérapeutique ou à d'autres services offerts par l'organisme par lequel Hedera est mis en œuvre. Dans ce cas, un premier contact doit être établi, mais adapté aux connaissances que la famille a déjà du service, de l'organisme et le professionnel doit tenir compte des informations et du travail déjà effectué avec la famille.

Séance 1 : Évaluation initiale et établissement de la relation thérapeutique.

- **Objectifs** :

  1. Apprendre à connaître la famille, créer un climat de confiance et de sécurité.
  2. Définir des objectifs clairs pour la thérapie.

- **Contenu** : Discussion des attentes et des préoccupations de la famille ; présentation détaillée du thérapeute, du service et de la procédure : introduction du contenu pouvant être abordé par la méthode Hedera et de la méthodologie à suivre ; observations initiales sur la dynamique familiale ; discussion collaborative avec les membres de la famille pour définir des objectifs thérapeutiques spécifiques et réalistes basés sur l'approche globale de Hedera.

- **Instruments de base** : Formulaire d'entretien initial (Annexe II) ; plan de travail ou parcours de processus (Annexe III) ; document de diagnostic familial (Annexe IV) ; document des indicateurs de risque (Annexe V) et protection (Annexe VI).

- **Remarques** : Cette première rencontre est proposée dans un bureau ou une salle de consultation avec les adultes de la famille. Elle peut se dérouler en ligne si la famille le préfère si elle est dans l'incapacité ou ne souhaite pas se déplacer. Les informations relatives au diagnostic relationnel de la famille seront alors recueillies et pourront être complétées après la première visite à domicile.

Séance 2. Évaluation de la dynamique familiale.

- **Objectifs** :

  1. Comprendre la dynamique familiale, les besoins et problèmes spécifiques, leur potentiel ou leurs forces, leur réseau de ressources et de soutien (formel et informel).
  2. Établir les hypothèses relationnelles initiales et les objectifs de travail.

- **Contenu** : Entretiens individuels, par sous-systèmes familiaux et/ou famille dans son ensemble ; recueil des demandes/points de vue des membres mineurs ; identification des schémas comportementaux et des rôles familiaux.

- **Instruments de base** : Formulaire d'objectifs initiaux (Annexe VII). Protocole d'observation à domicile (VIII).

- **Observations** : Il est essentiel que cette séance, au cours de laquelle la dynamique familiale est évaluée en profondeur et les objectifs de travail sont définis d'un commun accord, se déroule à domicile et en présence des membres mineurs participant à l'intervention thérapeutique.

Séances 3 à 8 : Développement de l'intervention thérapeutique.

- **Objectifs** :

  1. Mettre en œuvre des outils thérapeutiques en fonction des objectifs convenus.
  2. Suivi des progrès et ajustement des objectifs et des techniques d'intervention.

- **Contenu** : Le contenu abordé dépendra des objectifs fixés. Le tableau ci-dessous répertorie les éléments suivants : a) les situations de difficultés relationnelles pouvant être traitées grâce à Hedera ; b) une série d'aspects potentiels à explorer selon le type de difficulté et c) une proposition d'outils pouvant s'avérer utiles pour les aborder. Ces outils seront brièvement décrits dans la sous-section suivante.

Difficultés relationnelles	Aspects à travailler	Outils proposés
Anxiété familiale découlant de situations de crise non résolues (deuil, deuil lié à la migration, autres situations difficiles)	Encourager l'expression et la régulation des émotions	Expression et régulation des émotions (roue des émotions, exercices de régulation émotionnelle, bouclier familial)

	Encourager la communication et l'expression des besoins au sein de la famille Développer un bon niveau d'empathie au sein de la famille Renforcer les systèmes de soutien naturels Pour aider les familles à prendre connaissance des ressources communautaires et à apprendre comment utiliser celles dont elles ont besoin. Mettre en place des mécanismes de soutien en situation de crise	Psychoéducation sur les situations traumatiques (échelle, langage adapté aux traumatismes) Techniques et instruments systémiques (génogramme, écomaps, sculptures, métaphores, redéfinition, connotation positive) Attachement et lien émotionnel (génogramme, histoire de vie)
Vulnérabilité des figures parentales dans le développement de leur rôle et de leurs fonctions	Informer les parents sur les capacités de leurs enfants à chaque étape de leur développement. Détecter et traiter les limites et les problèmes des enfants. Éviter d'imposer des exigences inappropriées aux enfants. Mettre en place un style éducatif approprié. Encourager l'expression verbale et non verbale de l'affection. Établir conjointement des règles de coexistence, ainsi que les rôles qui correspondent à chacun d'eux.	Psychoéducation sur le développement de l'enfant Psychoéducation à la sensibilité parentale, à l'attachement et à la mentalisation (cercle de sécurité parental, création de liens par le jeu, promotion de la sensibilité parentale par le biais de retours d'information en direct) Techniques et instruments systémiques (génogramme, sculptures, structure, délimitation des frontières)
Relations conflictuelles entre adultes qui affectent les enfants	Éviter la présence d'enfants lors des disputes.	Techniques et instruments systémiques (génogramme, sculptures, mise en scène,

	Afin de réduire le nombre de situations violentes au sein du couple à domicile Éviter d'impliquer les enfants dans les disputes. Encourager les interactions positives au sein du couple. Favoriser une communication positive entre le parent et l'enfant Établir des relations de coopération entre frères et sœurs	redéfinition du problème, connotation positive, délimitation des frontières, métaphores)
Mauvais résultats scolaires dus au stress familial ou au manque d'implication des figures parentales	Sensibiliser les parents à l'importance de surveiller leurs enfants Renforcer l'implication des parents dans l'école Favoriser un environnement d'étude approprié	Psychoéducation sur le développement de l'enfant Techniques et instruments systémiques (redéfinition, écomaps, structure)
Problèmes de santé résultant de la négligence des soins de base	Sensibiliser les parents à l'importance de surveiller leurs enfants Normaliser les soins de santé physique et mental Éducation aux pratiques adaptées et recommandées en fonction du stade de développement de l'enfant	Psychoéducation sur le développement de l'enfant Psychoéducation à la sensibilité parentale (promouvoir la sensibilité parentale par le biais de retours d'information en direct) Techniques et instruments systémiques (structure)
L'isolement social résultant d'un manque de liens sociaux et d'expériences négatives avec l'environnement	Renforcer les systèmes de soutien naturels et le lien positif avec l'environnement Pour aider les familles à prendre connaissance des	Techniques et instruments systémiques (génogramme, écomaps)

	ressources communautaires et à apprendre comment utiliser celles dont elles ont besoin. Participer à l'organisation d'activités de loisirs communautaires	Attachement et lien émotionnel (génogramme, histoire de vie)
Comportements à risque chez les enfants résultant de la négligence parentale	Sensibiliser les parents à l'importance de surveiller leurs enfants Faciliter la création d'espaces sains pour les interactions entre pairs Promotion des compétences sociales	Psychoéducation sur le développement de l'enfant Expression et régulation des émotions (roue des émotions, exercices de régulation émotionnelle) Psychoéducation sur les situations traumatiques (échelle, langage adapté aux traumatismes) Techniques et instruments systémiques (écomaps, redéfinition, connotation positive, mise en scène, structure) Attachement et lien émotionnel (génogramme, histoire de vie)
Solitude et stress dans les processus de différenciation des enfants liés à leur identité	Promouvoir le développement personnel et l'autonomie des membres de la famille Amélioration de l'estime de soi et des compétences sociales Faciliter la création d'espaces sains pour les interactions entre pairs	Techniques et instruments systémiques (structure, délimitation des frontières, sculptures, redéfinition, connotation positive, mise en scène, écomaps) Expression et régulation des émotions (roue des émotions, exercices de régulation émotionnelle) Attachement et lien émotionnel (génogramme, histoire de vie)

- **Instruments de base** : Formulaire initial (section sur l'évaluation des objectifs) (Annexe VII).

- **Observations** : L'intervention prévoit une alternance de séances au cabinet ou en salle de consultation et à domicile, ce dernier lieu étant privilégié lorsque les conditions le permettent. La famille doit être informée à l'avance des séances prévues à domicile et de leur nombre ; toutefois, certains ajustements peuvent être apportés d'un commun accord après une évaluation à mi-parcours du processus thérapeutique et un bilan de l'atteinte des objectifs.

Séances 9 et 10 : Analyse approfondie, consolidation, clôture et plan futur.

- **Objectifs** :

  1. Consolider les changements positifs et développer des compétences à long terme.
  2. Préparer la famille à la fin de la thérapie.
  3. Conclure la discussion de manière appropriée et aborder les projets futurs.

- **Contenu** : Résumé de la thérapie et célébration des réussites ; évaluation finale et rétroaction valorisante à la famille ; observation de la stabilité et de la constance des changements ; discussion sur la façon de maintenir et de poursuivre les progrès ; planification de stratégies d'entraide et de soutien mutuel, avec les ressources de l'environnement, le cas échéant.

- **Instruments de base** : Feuille initiale (section de finalisation).

- **Observations** : La signature peut se faire au bureau ou à domicile, bien qu'il soit recommandé de la faire dans ce dernier contexte, compte tenu de sa signification émotionnelle pour la famille.

Outils et instruments d'intervention

- **Outils et instruments pour réaliser un diagnostic relationnel et travailler sur la santé des relations**

Cette section présente certains outils et instruments [2]pouvant appuyer le diagnostic relationnel familial, la formulation d'objectifs et d'hypothèses relationnelles, ainsi que le travail axé sur la santé des relations. Ces outils et instruments sont issus de la thérapie systémique et d'autres approches thérapeutiques qui l'enrichissent et la complètent, telles que la thérapie narrative et le psychodrame.

Travail en matière de litiges familiaux

Ce qui donne sens à la création du système thérapeutique, c'est la demande d'aide de la famille, car les difficultés au sein de ce système engendrent de la souffrance et entravent l'épanouissement de ses membres. Le système thérapeutique se fonde donc sur cette demande. En y répondant (qui *souffre, de quoi souffre-t-elle* et *qu'attend-elle du professionnel et de la thérapie* ?), nous pouvons obtenir des informations sur la structure et le fonctionnement de la famille, et ainsi comprendre ce qui s'y passe.

La demande découle d'une crise ou d'un problème familial. La famille se mobilise pour résoudre ce problème (en développant sa capacité d'adaptation aux changements) et s'organise en conséquence. Lorsque la famille souffre et se trouve incapable de résoudre le problème par ses propres moyens, la demande d'aide se manifeste comme un appel à l'aide pour apaiser sa détresse émotionnelle.

La demande survient lorsqu'un client , de sa propre initiative ou orientée par un professionnel, fait appel à nos services. La famille et le thérapeute établissent alors une relation et co - construisent le système thérapeutique, avec un objectif commun plus ou moins explicite (soulager la souffrance, réduire les conflits et les tensions familiales et acquérir de nouvelles stratégies pour surmonter les difficultés). La famille et le thérapeute collaborent à la réalisation d'un objectif défini dans un délai précis.

[2]Le développement des techniques et des instruments contenus dans cette section a été adapté du travail de Camí et al. (2019).

Généralement, la famille accepte le thérapeute comme chef de file, mais ce dernier doit gagner cette position. D'une part, si le thérapeute ne remet pas en question le point de vue du client, son intervention risque de perpétuer les dynamiques dysfonctionnelles familiales plutôt que de favoriser une transformation. D'autre part, si la demande de la famille est catégoriquement rejetée, la relation thérapeutique risque de se rompre. Le professionnel doit donc **prendre en compte la demande de la famille et veiller à reconnaître chaque membre comme un individu ayant besoin d'aide tout en questionnant sa perspective sur le problème et en promouvant l'autonomie de la famille dans la résolution de ses difficultés** .

En conclusion, lors de l'analyse de la demande, nous prêterons attention aux éléments suivants :

- ✓ Qui formule clairement la demande ? Qui sollicite de l'aide ? Qui reconnaît que la situation est problématique ?
- ✓ L'explication et la construction narrative de celles-ci.
- ✓ Le degré de consensus au sein de la famille. Les membres qui partagent la demande et ceux qui ne la partagent pas ; les autres demandes possibles formulées par d'autres membres du système, concernant le problème soulevé ou d'autres problèmes.
- ✓ Différenciation entre la demande explicite, qui est communiquée, et la demande implicite, qui est comprise de manière sous-jacente.
- ✓ Niveau d'anxiété au sein du système lié à la disponibilité et à la motivation au changement.

Motivation

Concernant l'analyse de la demande, il est important de considérer la motivation de la famille à changer ses relations dysfonctionnelles. Il convient d'évaluer le rapport entre les forces homéostatiques ou morphostatiques (tendant vers l'équilibre, cherchant à apaiser la crise sans altérer la stabilité du système relationnel dysfonctionnel) et les forces morphogéniques (favorisant la transformation des relations fonctionnelles).

Évaluer la motivation au changement évite au professionnel de prendre en charge des difficultés relationnelles que la famille n'est pas suffisamment motivée à aborder et à

surmonter, ce qui rend les efforts du professionnel vains et peut, de surcroît, engendrer chez la famille le sentiment que leurs problèmes sont insolubles.

En général, les familles ont besoin de mettre fin à leurs souffrances, mais simultanément, le fait qu'un ou plusieurs de leurs membres présentent des symptômes est nécessaire au maintien de leur équilibre. Pour développer une intervention thérapeutique auprès de familles où les forces homéostatiques prédominent, il est indispensable de s'attaquer au besoin sous-jacent. Cela implique **de consacrer du temps et un espace à approfondir la compréhension qu'a la famille des difficultés qu'elle rencontre,** dans le but de transformer ce besoin en une relation d'aide où chacun reconnaît la détresse que cela lui cause, les difficultés qu'il éprouve à le surmonter et perçoit le changement comme une responsabilité partagée.

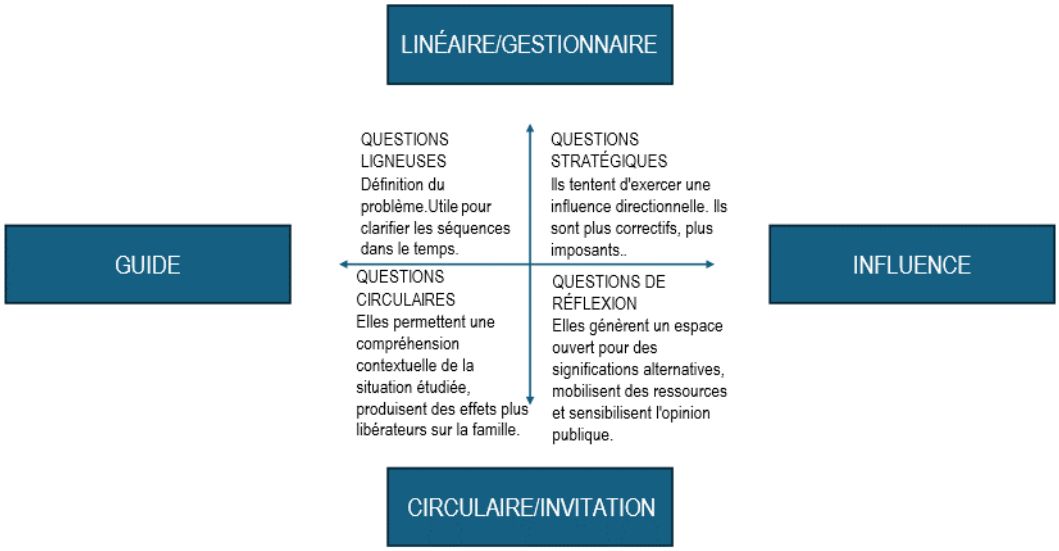
Il est important **de formuler une hypothèse systémique initiale sur la demande**, car elle nous permet de comprendre quels besoins émotionnels sous-tendent les forces au service du changement et de l'homéostasie dans le jeu relationnel de la famille et, ainsi, de pouvoir construire une intervention thérapeutique qui favorise la transformation de la dynamique familiale.

Questions : Obtenir des informations dans une perspective systémique

Les questions visant à obtenir des informations et à formuler des hypothèses relationnelles sur le fonctionnement interne de la famille peuvent être catégorisées comme suit :

- **Linéaire** : *Qui a fait ça ? Quand cela s'est-il produit ? Que s'est-il passé ? Comment les événements se sont-ils déroulés ?*
- **Circulaires** : *Que fait votre fils lorsque vous vous disputez avec votre femme ? Que fait votre mère lorsque sa fille fugue ?*
- **Questions stratégiques :** *Quand va-t-il enfin arrêter de se comporter comme un enfant gâté ? Quand a-t-il décidé que perdre le contrôle était la meilleure solution ? Se pourrait-il que la tristesse soit le meilleur moyen d'attirer l'attention ?*
- **Réflexion :** Ces questions sont particulièrement utiles dans le cadre d'un travail individuel, comme celui utilisé en psychothérapie orientée solutions : *Que remarqueriez-vous si le problème n'existait pas à votre réveil ? Que feriez-vous, ressentiriez-vous ou penseriez-vous si*

le problème n'existait pas? Qu'avez-vous fait, pensé ou ressenti pour résoudre le problème? Qu'est-ce qui vous a été utile? Qu'est-ce qui ne vous a pas permis d'aller mieux?



Source : adapté de Rodríguez-Testal (2024).

Structure

La structure familiale correspond à l'ensemble des interactions répétitives qu'une famille utilise pour remplir ses fonctions. C'est par l' **observation de ces schémas répétitifs** que l'on peut déterminer sa structure et, par conséquent, évaluer le fonctionnement ou le dysfonctionnement de la dynamique familiale. En analysant cette dynamique, le thérapeute peut formuler des hypothèses relationnelles sur le fonctionnement interne de la famille lesquelles orienteront son intervention.

Le fonctionnement d'une famille dépend de l'adéquation de son organisation structurelle aux besoins et aux exigences de ses contextes développementaux et sociaux respectifs. **L'observation de la structure familiale par le thérapeute repose sur deux variables principales : les limites (règles de participation) et la hiérarchie (règles de pouvoir).**

Au sein des familles, **les frontières** visent à préserver la différenciation des systèmes (par exemple, en définissant les rôles et les fonctions du système parental et en établissant les règles d'interaction avec le système enfant) et à faciliter l'intégration de ses membres (en instaurant un ordre relationnel qui favorise un sentiment d'appartenance, comme par exemple : « Qu'est-ce que je peux attendre de mon père ? »). Si les frontières sont **claires,** la

famille se caractérise par une attention particulière aux besoins des autres membres, une communication ouverte, le respect de l'autonomie des membres et des sous-systèmes et un soutien mutuel. À l'inverse, si ces frontières sont très **floues,** les membres auront tendance à avoir peu d'autonomie, des phénomènes de contrôle, d'ingérence et d'excès d'implication se produiront et un manque de clarté dans les frontières entre les sous-systèmes (par exemple, entre les systèmes parental et enfant) sera observé. À l'autre extrême, des frontières **rigides** engendreront des familles distantes dont les membres seront insensibles les uns aux autres et feront preuve de peu d'implication et d'engagement.

D'autre part, **la hiérarchie** résulte de la répartition du pouvoir entre les différents membres d'une famille. Tout système requiert une hiérarchie, une répartition du pouvoir. Celle-ci est liée à la protection de ses membres, visant à leur fournir toutes les ressources nécessaires à leur survie. Dans une hiérarchie saine, les rôles de chacun sont clairement définis en fonction de leur pouvoir au sein de la famille. Pour le bon fonctionnement familial, une hiérarchie claire et sans ambiguïté est indispensable, quelle que soit son évolution au fil des années : parents, enfants, grands-parents, etc., chacun développant les rôles et fonctions qui lui conviennent au sein de la dynamique familiale. Cet ordre sain repose sur des limites et des règles claires, rendant la dynamique familiale prévisible et générant ainsi un sentiment de sécurité. Chacun connaît sa place dans le système, ce qu'il peut attendre des autres et ce qu'ils peuvent attendre de lui.

Pour évaluer la hiérarchie familiale, il faut **observer qui détient le pouvoir, qui exerce un contrôle sur qui et le niveau de compétence et de dépendance de chaque membre**. Généralement, une hiérarchie s'établit entre parents et enfants ainsi qu'entre frères et sœurs. Un enfant peut être soumis(e) à sa mère et adopter un rôle parental auprès de son cadet dictant son comportement en toutes circonstances.

Un dysfonctionnement de ces variables structurelles peut conduire à **des pathologies organisationnelles,** telles que la fusion symbiotique, les coalitions intergénérationnelles, l'inversion des rôles ou la parentification, les soignants en position périphérique ou l'expression de conflits conjugaux dans la relation parent-enfant.

Certaines des techniques que nous verrons dans cette section, telles que le génogramme, les sculptures ou la mise en scène sont particulièrement adaptées à l'observation et à l'intervention sur les dysfonctionnements structurels.

Redéfinir le problème

Cette technique permet de créer de nouvelles significations ou compréhensions concernant un comportement ou une situation ayant fait l'objet d'une étiquette négative. Dans les familles où un membre est considéré comme problématique, les évaluations se concentrent généralement sur les comportements qui confirment ce problème tandis que les comportements fonctionnels et appropriés ont tendance à être ignorés. Ainsi, une « étiquette » négative se forme, une perception influencée par une compréhension « du point de vue du problème » qui renforce la dynamique dysfonctionnelle adoptée par la personne concernée et entretenue par la famille. Ceci perpétue une dynamique familiale source de stress pour l'ensemble de la famille.

La redéfinition engendre un changement de perspective où la difficulté est appréhendée sous un angle positif et permet la transformation.

Cette technique peut être utilisée à tout moment du processus thérapeutique, notamment en cas de plaintes, de dénigrement, de reproches ou d'attaques contre le comportement ou la situation de la personne.

Connotation positive

Cette technique consiste à reformuler un problème familial ou un symptôme individuel en termes positifs. C'est un outil qui permet de mieux comprendre certains comportements et attitudes, de réduire les critiques formulées par les autres membres de la famille à l'encontre de la personne et qui peut être utilisé à n'importe quel moment du processus thérapeutique.

En valorisant positivement les comportements de tous les membres de la famille, en montrant clairement qu'ils découlent tous d'un désir commun de maintenir l'unité et la cohésion du système familial, le thérapeute peut placer tous les membres sur un pied d'égalité et éviter de se retrouver piégé dans des alliances dysfonctionnelles.

Cette technique permet au thérapeute de donner une signification positive à une caractéristique de la personne ou de la famille qui était auparavant perçue comme négative et exprimée comme une plainte. Cette réinterprétation aide les autres membres de la famille à

comprendre que cette caractéristique peut être utile, avoir une fonction positive et, par conséquent, être dénuée de toute intention négative ou pathologique au sens strict.

Métaphores

Lorsque l'on parle de communication métaphorique, on fait référence à une communication qui relie une réalité extérieure à une réalité intérieure, aboutissant à une nouvelle signification qui vise à élargir notre vision du monde. Elle ouvre la porte au domaine émotionnel où elle exerce une influence considérable en contournant les mécanismes de défense de l'individu et en sollicitant les résonances inconscientes. Ceci ouvre des perspectives de connexion et de solutions nous permettant de dépasser le message purement spécifique et cognitif. Elle peut prendre différentes formes : analogies, images, anecdotes, mythes, récits, proverbes, comparaisons, etc.

Plus la résistance de la famille est forte, plus il est utile d'utiliser des suggestions indirectes, comme des métaphores. Cet outil peut être utilisé de diverses manières et dans de nombreuses situations pour aider à :

- Accroître la compréhension, au sein de la famille, de son fonctionnement relationnel.
- Montrer, illustrer ou expliquer le fonctionnement inconscient.
- Ouvrir des possibilités d'interprétation.
- Générer de nouveaux répertoires de résolution de problèmes.
- Permettre un traitement inconscient.
- Semer des idées.
- Recadrer et redéfinir un problème.
- Faire preuve d'empathie et créer des liens avec la famille.
- Parvenir à une transformation.

Pour créer cette métaphore, le thérapeute doit adapter le langage, les personnages et le contenu à la famille avec laquelle il travaille afin que cela paraisse familier et permette une meilleure connexion.

Créer de l'intensité

Cette technique vise à aider la famille à intégrer le message véhiculé par le thérapeute. Ces interventions sont conçues pour renforcer un message précis. Elles s'avèrent utiles lorsque le message du thérapeute, de par sa structure rigide, n'atteint pas la famille.

Cela peut s'appliquer de différentes manières :

- Répétition du message : répéter le même message plusieurs fois permet de remettre en question les interactions dysfonctionnelles.
- Interactions isomorphes : le thérapeute répète les modes d'interaction qui se produisent entre les membres de la famille de sorte que ceux-ci soient indirectement remis en question.
- Modification du rythme et du temps de la famille : cela implique de raccourcir ou d'allonger la durée de certaines séquences pour aller au-delà du tolérable et permettre à la famille d'expérimenter différentes façons d'interagir les uns avec les autres.
- Modification de la distance physique ou émotionnelle : modifier la distance entre les membres de la famille et entre eux et le thérapeute peut modifier le degré d'attention porté au message thérapeutique.

Approche

L'objectif est d'accompagner la famille dans l'identification des transformations nécessaires à son bien-être relationnel. Le thérapeute repère les difficultés rencontrées par les membres de la famille et met en lumière les fonctions affectées par ces difficultés évitant ainsi toute dispersion de l'attention. Cela implique de sélectionner et d'analyser des éléments spécifiques de l'interaction familiale afin d'identifier les données pertinentes pour la thérapie.

La technique peut impliquer :

- Organiser les données fournies par la famille en fonction des thèmes pertinents pour leur processus thérapeutique.
- Déterminer par ordre de priorité les sujets à aborder en famille.
- Choisir un sujet, en reportant ceux qui, bien qu'intéressants, ne sont pas utiles actuellement pour vos objectifs thérapeutiques.

- Choisir une séquence d'interactions familiales dans laquelle ce thème se reflète et qui est susceptible d'être abordée de manière thérapeutique.

Cette technique est particulièrement utile pour les familles confrontées à une transition difficile, pour lesquelles la définition d'objectifs thérapeutiques s'avère très ardue. Elle peut être utilisée aussi bien lors des premières séances que tout au long du processus.

Génogramme sur trois générations

Le génogramme sur trois générations est un outil utile pour visualiser les informations relatives à l'organisation et à la structure de la famille, ainsi qu'à son héritage relationnel reçu des familles d'origine et aux relations qu'elles entretiennent avec elles, aux schémas familiaux établis, aux événements marquants de l'histoire familiale, aux relations avec l'environnement, etc.

C'est un outil que nous pouvons utiliser de manière globale tout au long de l'intervention auprès de la famille qui nous aide à adopter une vision systémique de la dynamique familiale et nous permet de prioriser les aspects sur lesquels travailler afin de rompre l'instabilité dysfonctionnelle de cette dynamique.

L'un des principaux objectifs du génogramme sur trois générations est d'identifier les schémas récurrents au sein de la dynamique familiale. Ces schémas nous permettent de comprendre la structure familiale (mythes et croyances, règles familiales, développement des rôles et des fonctions, délégation, etc.) qui sous-tend un mode de fonctionnement particulier. Grâce à ces informations, nous élaborons des hypothèses relationnelles qui nous aideront à jeter les bases de l'intervention. Ce processus se déroule principalement lors des trois premières séances et est actualisé au fur et à mesure que la famille fournit de nouvelles informations.

Ainsi, grâce au génogramme familial, nous enregistrons des informations sur les membres de la famille et leurs liens de parenté sur trois générations. Ces informations nous permettent de :

✓ Comprendre les symptômes d'un patient identifié comme un problème au sein d'un réseau de liens et de relations, et non comme un élément isolé, nous permet de comprendre la fonction du symptôme au sein du système familial.

- ✓ Élaborer des hypothèses relationnelles sur la dynamique familiale qui sous-tend et donne sens au symptôme. Cela permet d'établir des pistes de travail avec la famille.
- ✓ Observer les schémas relationnels possibles de transmission générationnelle qui pourraient expliquer ou être liés à certaines difficultés rencontrées par certains membres de la famille.

Pour créer le génogramme, il faut procéder à trois niveaux :

1) **Construire l'organisation familiale**

   Un génogramme représente par des symboles les liens biologiques et juridiques qui unissent les membres d'une famille. On y trouve notamment le sexe, les mariages, les séparations, le nombre de frères et sœurs, les grossesses, les avortements, les décès, le concubinage, etc. (Voir le document ***« Génogramme »*** pour la liste des symboles utilisés).

2) **Enregistrement des informations**

   Au deuxième niveau de construction du génogramme, il convient d'ajouter des informations sur la famille. Les données les plus importantes à prendre en compte sont :

   - Nom de chaque membre : placé sous le carré ou le cercle correspondant à chaque membre.
   - Âge actuel : il est placé à l'intérieur du carré ou du cercle de chaque membre.
   - Profession, études : indiquées à côté ou en dessous du symbole de chaque membre.
   - Âge au décès : il est inscrit à l'intérieur du carré ou du cercle situé au-dessus de la croix.
   - Date de naissance : placée à côté ou au-dessus du symbole de chaque membre.
   - Date de décès : indiquer la comme la date de naissance.
   - Date de mariage : Indiquée au-dessus de la ligne du mariage, avec l'initiale « m » et l'année. Par exemple : m : 2001.
   - Date de séparation : symbolisée de la même manière que pour le mariage, mais avec la lettre « s ». Par exemple : S : 2005.
   - Date du divorce : identique à la date de séparation, suivie de la lettre « d ». Par exemple : d:07.

- Cause du décès : Elle est placée à côté du carré ou du cercle du membre décédé.
- Incidents médicaux : maladies pertinentes, hospitalisations, problèmes psychologiques importants, etc. À placer à côté du symbole du membre affecté.
- Éléments distinctifs de certains membres : placés à côté du symbole de chaque membre.
- Événements marquants : succès ou échecs, émigration, périodes d'absence. S'ils concernent toute la famille, ils sont placés dans un rectangle en bas de la page ; s'ils concernent un seul membre, ils sont placés à côté de son symbole.

3) **Description des relations – structure familiale**

Le troisième niveau de construction d'un génogramme concerne les relations entre les membres de la famille et plus précisément les liens et interactions qui se maintiennent dans le temps. Ces informations peuvent être déduites directement des réponses de la famille à nos questions et indirectement de leurs conversations et de nos observations. Différents types de lignes sont utilisés pour représenter les diverses relations (liens) entre les membres de la famille. Consultez le document *« Génogramme »* pour connaître les lignes de base utilisées pour construire un génogramme.

- Pour construire le génogramme avec la famille, il est recommandé d'utiliser une feuille de papier et des stylos ou feutres de différentes couleurs (idéalement, au moins noir, vert et rouge). Le thérapeute doit veiller à apporter ce matériel au domicile de la famille pour la séance.

Écocarte ou carte réseau

Cet outil vise à représenter la structure familiale et ses interconnexions avec le contexte extrafamilial, c'est-à-dire les systèmes avec lesquels ses membres interagissent (famille élargie, voisinage, école, amis, autres institutions, etc.). Dans le cadre de l'approche communautaire d'Hedera, cet outil est fondamental pour appréhender la famille comme une unité sociale interconnectée à son environnement. Un aspect essentiel est que, grâce à l'écocarte ou carte réseau, certains facteurs de protection peuvent être identifiés, tels que les systèmes de soutien formels et informels dont dispose la famille. Il permet également de retracer les liens passés susceptibles d'aider la famille à faire face aux difficultés actuelles et de

promouvoir des relations plus saines (par exemple, la pratique d'activités sportives ou de loisirs).

Pour créer la carte réseau, le génogramme familial sera au centre, dessiné à l'intérieur d'un cercle, et relié à des membres spécifiques ou à la famille en général ; les données pertinentes provenant de systèmes externes indiquées par la famille ou observées par le thérapeute seront ajoutées à l'extérieur de ce cercle.

Dans cette démarche, il peut être utile d'envisager le concept de **génogramme** faisant apparaître les liens entre les différents membres de la famille), afin que le thérapeute puisse prendre en compte les informations relatives aux personnes avec lesquelles chaque membre de la famille se sent émotionnellement lié qu'il s'agisse de membres de la famille proche ou non. Il est donc pertinent de considérer les relations affectives avec les enseignants, les voisins, les amis, etc.

- Pour élaborer la carte réseau ou écocarte, il est recommandé d'utiliser une feuille de papier et un stylo ou un marqueur. Elle peut être réalisée après le génogramme ou séparément, afin de simplifier ce dernier pour la carte réseau ou écocarte. Le thérapeute doit s'assurer d'apporter ce matériel au domicile de la famille lors de la séance. Il sera utile de recueillir, le cas échéant, toute information fournie par le référent concernant les groupes et les professionnels avec lesquels la famille interagit, ainsi que les observations du thérapeute après sa familiarisation avec l'environnement de vie de la famille.

Histoire de vie

Le travail sur le récit de vie consiste à ordonner chronologiquement ou à représenter la vie des membres d'une famille afin de favoriser la compréhension que les événements vécus sont interconnectés et liés à des facteurs familiaux, sociaux et culturels. Ainsi, au-delà d'un simple classement chronologique, l'élaboration d'un récit de vie en famille permet à ses membres de comprendre et de construire le récit de leur parcours de vie et, sur cette base, d'élaborer des stratégies pour l'avenir. Au niveau individuel, ce travail offre des avantages considérables aux personnes dont la vie est caractérisée par un récit fragmenté ou partiellement vide, marqué par des expériences douloureuses. C'est notamment le cas des personnes placées en famille d'accueil ou adoptées.

En abordant l'histoire de vie au niveau familial, nous pouvons aider la famille et chacun de ses membres à :

- ✓ Comprendre les événements qui ont façonné leur histoire de vie et les émotions qui y sont associées.
- ✓ Créer un exercice de réflexion sur les besoins qu'ils expriment.
- ✓ Favoriser une identité familiale positive et un sentiment d'appartenance à la famille.
- ✓ Créer un espace où ils pourront identifier et assimiler les moments où ils ont surmonté des crises, des incertitudes et des peurs.
- ✓ Organiser et relier les expériences passées au présent et à l'avenir, en favorisant un sentiment d'autonomie personnelle.

Pour aider la famille à établir son histoire de vie, il sera utile d'avoir préalablement recueilli des informations au moyen d'un bref entretien et d'outils tels que le génogramme sur trois générations.

L'outil principal consiste à créer un Livre de Vie, un document personnalisé que chaque famille rédige et dans lequel elle consigne différentes expériences et événements, ainsi que les sentiments qui y sont associés et qui sont importants pour ses membres. Il peut contenir des dessins, des photos, des lettres, des écrits... Bref, tout ce qui contribue à refléter le parcours de vie de la famille.

- ❖ Le thérapeute intervenant au domicile familial aura un accès privilégié aux objets personnels de la famille, tels que photographies, dessins et souvenirs. La famille pourra également consulter ces objets en présence du thérapeute. Dans l'élaboration de leur récit de vie, la famille guide la construction de son histoire et le thérapeute devrait intervenir le moins possible dans le choix du contenu. Toutefois, il sera précieux pour le processus thérapeutique d'observer certains détails de cette construction, comme l'identité du photographe ou l'emplacement des souvenirs précieux de la famille.

Sculptures

L'art de la sculpture offre aux familles un aperçu dynamique, une expression plastique et symbolique de leur structure et de leurs relations. Son utilisation en thérapie familiale favorise

un apprentissage expérientiel affranchi des limites et des obstacles du langage verbal. Utilisée dès le début du processus thérapeutique, elle présente un grand potentiel pour diagnostiquer les dynamiques relationnelles et d'attachement. Son utilisation initiale ou à d'autres moments de la thérapie permet une compréhension émotionnelle profonde de chaque membre de la famille et de la manière dont il vit sa situation facilitant ainsi la transformation et la réorganisation.

Une procédure de base pour la construction de sculptures est présentée ci-dessous (adaptée de Girón, 2022), bien qu'elle puisse être adaptée aux objectifs du thérapeute. À partir de cette procédure, nous présenterons une reconstitution des sculptures créées selon le modèle de la thérapie familiale socio-éducative: les « *sculptures parlantes* ».

- Après avoir écouté la famille, on leur explique que lors de cette séance, ils travailleront sur leur situation mais d'une manière différente.
- "Imaginez que le thérapeute ne parle ni ne comprenne votre langue et que chacun de vous doive exprimer sa perception de la situation ou du problème à travers une image représentative. Cette image est comparable à une sculpture que l'on pourrait trouver dans un parc; en la regardant, l'observateur peut se faire une idée de ce que le sculpteur a voulu transmettre (vous pouvez également utiliser une photo ou une image représentative de la situation, afin que chacun puisse comprendre ce qui se passe)".
- Chaque membre de la famille est invité à réfléchir à la manière dont il peut représenter le problème dans la sculpture (quelques minutes lui sont accordées pour cela). Il est possible que chacun soit invité à décrire brièvement l'image au thérapeute en privé (l'objectif étant d'éviter de modifier les images initiales ou d'utiliser celles créées par les membres précédents). Cependant, cette demande implique l'utilisation du langage verbal; elle ne serait donc appropriée que s'il existe un risque élevé que la première sculpture influence les autres.
- Chaque personne est invitée à représenter la sculpture y compris elle-même.
- On ne peut pas parler en sculptant: les autres sont comme de l'argile. Il faut donc essayer de communiquer ce que l'on souhaite par la distance, la posture et les expressions du visage et du corps.

- Une fois la sculpture assemblée, un soi auxiliaire (il peut s'agir du thérapeute lui-même s'il n'y a personne) remplace l'auteur afin qu'il puisse la contempler et voir s'il souhaite y apporter des modifications.
- Une fois corrigée (si correction il y a eu), la pièce est réintégrée à la sculpture et le thérapeute la photographie pour la contempler plus tard.
- Pour comprendre le contenu, l'auteur est invité à se mettre à la place des autres membres et à prononcer un court monologue exprimant ses sentiments (2 ou 3 mots). Aucune explication ni description ne sera acceptée car celles-ci seront fournies dans la section commentaires lors de la consultation de l'image créée.
- Enfin, chaque auteur doit donner un nom à la sculpture, également simple (2 ou 3 mots). Le processus est répété avec les différents membres, si nécessaire.
- Une fois que tout a été exprimé, on peut leur demander de commenter leur propre travail et celui des autres (le thérapeute n'ajoute rien, mais les guide pour qu'ils se concentrent sur ce qu'ils ont ressenti à ce moment-là, plutôt que sur ce qu'ils pensent).
- Puisqu'ils auront été confrontés à des difficultés familiales (tristesse, solitude, isolement, colère, déception, etc.) et qu'ils en seront témoins, il leur est demandé d'ajouter un petit mouvement à la sculpture qu'ils auront chacun construite qui pourrait représenter une amélioration du problème qui les préoccupe.
- Une fois de plus, chaque membre travaille sur sa sculpture, des photos sont prises, des titres sont attribués et un monologue est interprété.

Dans le cadre *des sculptures parlantes,* le processus est très similaire, bien que le thérapeute initie la sculpture en fonction de la dynamique familiale observée. Après avoir été placé, les membres de la famille sont invités à exprimer leurs ressentis (confort/inconfort, distance, blocages, contact visuel, etc.) et à indiquer les changements qu'ils apporteraient pour se sentir mieux ou pour faire disparaître les symptômes et l'inconfort. Dès lors, les membres de la famille peuvent se déplacer librement. Le travail peut porter sur la sculpture actuelle, la sculpture idéale ou désirée, la sculpture redoutée, ou encore sur le passé, le présent et l'avenir.

❖ Il n'est pas nécessaire que tous les membres de la famille soient présents pour créer la sculpture. Le thérapeute ou d'autres objets (comme des poupées ou des chaises) peuvent être utiles pour représenter les membres absents ou des aspects que la famille ne peut

aborder (comme une maladie ou un décès). Dans ce contexte, le thérapeute utilisera tous les objets du quotidien disponibles pour stimuler la créativité dans cette technique.

Mise en scène

Cette technique permet à la famille de démontrer, en présence du thérapeute, sa dynamique relationnelle dans diverses situations quotidiennes vécues à travers des conflits ou des moments de détresse. Par le biais de jeux de rôle, le thérapeute et la famille ont l'opportunité de visualiser les règles qui régissent les interactions entre ses membres et d'identifier ensemble leurs séquences interactionnelles. Ainsi, les problèmes et les tentatives de résolution peuvent être vécus dans le présent, au sein d'un cadre thérapeutique où la famille, soutenue par le thérapeute, peut interpréter ses relations sous un angle nouveau.

La mise en scène peut se dérouler de trois manières différentes :

- En observant les interactions spontanées, les règles de l'organisation familiale et en déterminant les domaines dysfonctionnels à mettre en évidence.
- Provoquer des interactions dans un but commun.
- Proposition d'interactions alternatives.

❖ Recréer les interactions familiales ou proposer de nouvelles interactions au sein de l'espace familial où surviennent régulièrement ou occasionnellement des tensions et des conflits revêt une importance écologique considérable. Dans cette optique, le thérapeute n'a pas besoin d'imaginer *ce qui se passe à la maison* ; il peut observer directement la situation ou la recréer sur place.

Définir les frontières

L'objectif de ces techniques est de mettre de l'ordre dans les rôles et les fonctions au sein de la famille, en modifiant les frontières entre les sous-systèmes :

- Modifier la distance psychologique ou affective : le thérapeute observe les interactions qui se produisent en présence des membres de la famille (positionnement des membres, prise de parole, interruptions, aide apportée, etc.). Ces indicateurs permettent d'établir une cartographie des relations de proximité, d'alliances, de coalitions, etc. Afin de

modifier cette distance psychologique, le thérapeute peut proposer des manœuvres spatiales ou des outils cognitifs pour mieux comprendre le besoin de distance ou de proximité.

- Modifier la durée d'interaction au sein d'un système significatif : raccourcir ou allonger un processus interactionnel est utile pour établir des limites entre les sous-systèmes ou pour les séparer.

❖ Comme pour les jeux de rôle, l'application de cette technique dans le contexte quotidien de la famille offre un enrichissement plus important, à la fois grâce à la capacité du thérapeute à observer comment ces rôles et fonctions sont répartis au sein du foyer, et grâce à la généralisation directe des modifications dans l'espace où elles se produisent réellement.

Le blason

Le blason familial peut être utilisé lorsque les situations familiales semblent «bloquées ». Il s'agit de créer un contexte expérientiel qui encourage la contemplation et l'analyse de l'histoire et des caractéristiques uniques de la famille, y compris les émotions ressenties à différents moments, sans se fier uniquement aux mots et aux simples déclarations.

À l'instar d'autres objets flottants servant d'intermédiaires dans la communication, le blason familial vise à interagir avec et sur la culture du groupe auquel il appartient.

Chaque membre de la famille est invité à compléter les cases d'un blason vierge selon les instructions du thérapeute. L'objectif est de créer, à partir des souvenirs et des représentations de chacun, un blason qui puisse représenter la famille, puis d'en discuter avec les autres membres. Une des dernières étapes pourrait consister à créer un blason collectif à partir des blasons individuels.

Encadré supérieur : devise familiale

Ici, chaque membre de la famille doit suggérer une « phrase » dans la case vide, devenant ainsi une devise emblématique capable de représenter la famille dans son unicité.

La case « objet », dans la partie supérieure droite du blason:

Ici, chaque membre de la famille doit suggérer, et, si possible, dessiner dans la case vide, un objet emblématique susceptible de représenter la famille dans son unicité.

La case « passé » se trouve dans la partie supérieure gauche du blason:

Chaque personne est invitée à choisir un personnage et/ou un événement de son histoire familiale.

La case "présent" se trouve dans la partie infèrieure gauche du blason:

Chacun est invité à parler des ressources actuelles, qui aide qui?, les alliances au sein de la famille...

La case "avenir" se trouve dans la partie inférieure droite du blason:

Cette case représente les missions de la famille et/ou les projets personnels à venir.

La question du temps sert ensuite à raconter cette histoire et à révéler les liens qui unissent le présent, la reconstitution du passé et la projection de l'avenir.

Défi social

Cet outil vise à favoriser les liens sociaux dans les différents contextes de vie des familles, impliquant adultes et enfants. Son objectif principal est de faciliter l'atteinte des objectifs liés à l'intégration de la famille dans la communauté locale, en encourageant la participation à des activités de loisirs et de temps libre, ainsi qu'en renforçant les relations entre pairs.

Sur le plan méthodologique, l'outil consiste à définir une représentation centrale de la famille (par le biais d'une photographie ou en identifiant ses membres par leurs noms de famille ou prénoms) autour de laquelle les participants consignent les activités qu'ils souhaitent pratiquer et les relations sociales qu'ils désirent renforcer. Il est recommandé que ces contributions soient aussi précises que possible.

Il est également essentiel de recueillir les intérêts de tous les membres du système familial, adultes et enfants compris. Ce processus prend la forme d'une séance de brainstorming collaborative, qui facilite l'identification des motivations partagées et des besoins relationnels.

Par conséquent, cet outil permet d'orienter l'intervention vers un meilleur accès de la famille aux ressources communautaires disponibles, en favorisant sa participation à des activités

communes et en facilitant l'élargissement de ses réseaux sociaux avec ses pairs dans son environnement immédiat.

- **Outils et instruments pour travailler sur la santé cognitive (psychoéducation)**

Les outils et instruments présentés ci-dessous visent, d'une part, à améliorer les compétences parentales afin de garantir le développement global optimal des enfants et adolescents dont ils ont la charge. Plus précisément, ils comprennent des outils destinés à développer des compétences parentales axées sur un développement socio-émotionnel approprié, favorisant ainsi un lien sain entre les parents et leurs enfants. D'autre part, ils incluent également des outils permettant de comprendre le développement neurologique, les fonctions corporelles et leur lien avec le vécu de situations traumatiques, facilitant ainsi la compréhension de l'impact de ces situations sur nos relations aux autres.

Psychoéducation sur le développement de l'enfant : étapes clés du développement et besoins à chaque étape

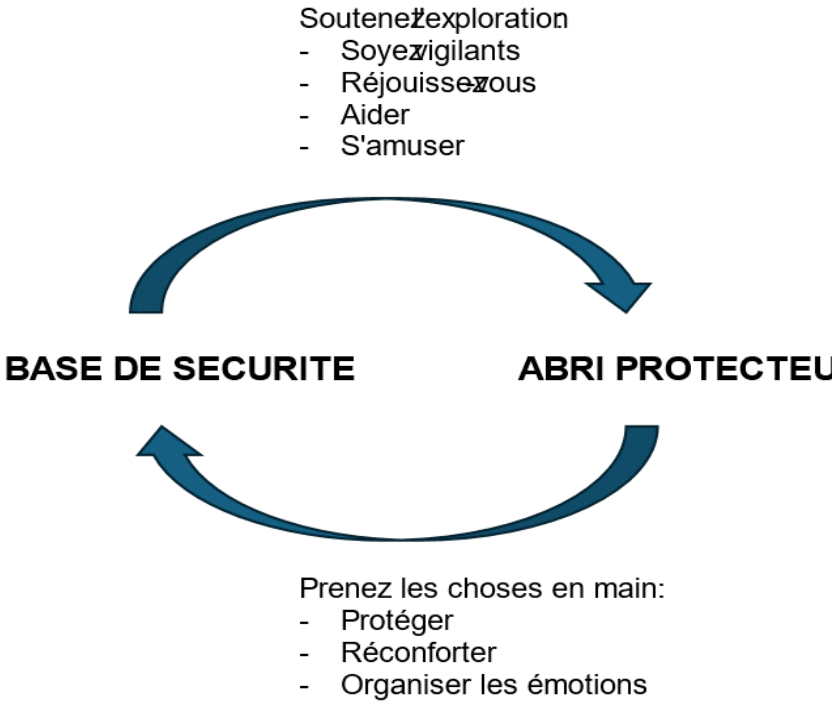
Étapes du développement. Recommandations publiques pour chaque âge en fonction des besoins de développement :

https://www.ventanafamilias.es/guias-para-cada-edad/

Développement émotionnel. Guides publics adaptés à différents âges et contextes :

https://www.ventanafamilias.es/desarrollo-emocional/

Le cercle de sécurité parentale



Source : Adapté de Hoffman et al. (2006).

<u>Thérapie par le jeu</u> **<u>ou Theraplay</u>**

Theraplay © est une intervention basée sur une méthode ludique structurée visant à renforcer et développer les liens d'attachement entre les enfants et leurs figures d'attachement. Elle se concentre sur quatre dimensions favorisant un attachement sécure : la structure, le soin et l'attention, la connexion et l'écoute, et le défi. Le travail sur ces dimensions aide les enfants à développer une relation plus sécurisante et de confiance avec les autres et avec eux-mêmes. Les séances de thérapie par le jeu créent un espace de connexion émotionnelle entre l'enfant et son parent (ou figure d'attachement), transformant leurs interactions en expériences plus positives, enrichissantes et réparatrices.

Grâce à la dynamique spécifique de cette intervention, les 4 dimensions qui sont à la base d'un attachement sécurisant seront travaillées.

Les dimensions sont les suivantes :

- *Structure* : la capacité des personnes qui s'occupent de l'enfant à fixer des limites et à fournir un environnement sûr, ordonné et compréhensible, ainsi que la capacité de l'enfant à accepter cette structure.
- *Les soins* : la capacité à reconnaître adéquatement les besoins émotionnels de l'enfant et à y répondre avec sensibilité. Ils concernent également la capacité de l'enfant à recevoir ces soins.
- *Accordage* : capacité à favoriser l'implication dans l'interaction entre les personnes qui s'occupent de l'enfant et l'enfant, et à permettre à l'enfant de rester impliqué.
- *Défi* : capacité à stimuler le développement des enfants en proposant des attentes réalistes, en encourageant les progrès et en renforçant les réussites.

Le document ***« Thérapie par le jeu »*** explique les dynamiques et les dimensions sur lesquelles on peut travailler à travers elles, tout au long des séances 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9.

Sensibiliser les parents grâce aux commentaires en direct

Les retours en direct du thérapeute aux parents sur leurs interactions avec leurs enfants constituent un outil précieux pour renforcer les interactions positives et proposer des alternatives à celles qui ne favorisent pas un attachement sécurisant. Ces retours peuvent également s'appuyer sur un enregistrement de l'interaction familiale, si le thérapeute le juge pertinent.

Cette technique est particulièrement utile pour les familles avec des enfants de 0 à 4 ans. Utilisant une méthodologie similaire à celle du programme ABC (Dozier & Bernard, 2019), évoquée précédemment, le thérapeute guide les parents afin qu'ils réagissent avec affection et attention envers l'enfant lorsqu'il est en détresse (par exemple, en le prenant dans leurs bras, en le câlinant ou en validant verbalement son émotion), qu'ils suivent son initiative lors des jeux et activités (par exemple, en le laissant initier le jeu, en décrivant ce qu'il fait ou en l'imitant) et qu'ils évitent les comportements susceptibles de l'effrayer (par exemple, faire semblant de pleurer lorsqu'il n'obéit pas, lui crier dessus, le menacer, etc.). Le thérapeute peut utiliser deux formes de retour d'information sur les interactions : le retour vidéo, qui consiste à montrer aux

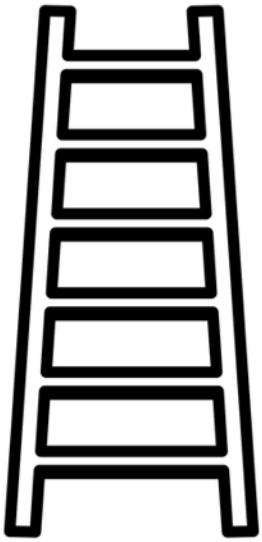
parents des enregistrements de séances précédentes pour qu'ils analysent le déroulement des interactions, et le retour d'information en temps réel, c'est-à-dire un retour immédiat sur le comportement du parent pendant la séance. L'avantage de ce dernier type de retour d'information, contrairement au premier, est qu'il permet aux parents d'identifier les comportements appropriés au fur et à mesure qu'ils se produisent, ou, avec les conseils du thérapeute, d'appliquer d'autres façons de répondre à l'enfant lorsqu'il adopte des comportements parentaux inappropriés.

Le thérapeute, soit en en discutant sur le moment, soit à partir d'un enregistrement, favorise **la mentalisation parentale**, c'est-à-dire qu'il aide les parents à identifier ce dont l'enfant peut avoir besoin à ce moment précis et les encourage à adapter leurs réponses pour répondre de manière plus sensible à ces besoins.

Psychoéducation sur les neurosciences et les traumatismes

L'échelle (théorie polyvagale)

S'appuyant sur la théorie polyvagale de Porges , le concept d'échelle nous aide à comprendre la réaction de notre système nerveux face aux situations menaçantes.



Vagin ventral
Sécurité et socialisation- Je me sens en sécurité et en relation avec les autres

Activation du système nerveux sympathique
Fuite ou combat- Je me sens menacé et mon corps me demande de fuir ou de combattre

Ventral dorsal
Immobilisation - Je me sens dépassé, gelé, insatisfait, annulé

Un langage respectueux du traumatisme subi par les enfants

Une attention particulière doit être portée à une éventuelle expérience traumatique lorsque certains indicateurs apparaissent dans le développement de l'enfant :

- ✓ Troubles affectifs ou physiques
- ✓ Faible tolérance, mauvaise modulation et/ou mauvaise récupération des états affectifs négatifs
- ✓ Sensibilité au bruit et/ou au toucher
- ✓ Des plaintes physiques sans explication apparente
- ✓ Faible conscience physique ou émotionnelle, difficulté à décrire les émotions
- ✓ Troubles de l'attention et/ou du comportement
- ✓ Agression et opposition
- ✓ Hypervigilance
- ✓ Prise de risques
- ✓ Comportements d'automutilation.
- ✓ Perception personnelle d'être endommagé, impuissant, vulnérable.
- ✓ Préoccupation pour le soignant
- ✓ Méfiance extrême envers le soignant
- ✓ Manque d'empathie

Les adultes qui prennent soin d'enfants ayant vécu un traumatisme, sans en comprendre pleinement la nature, peuvent utiliser un langage culpabilisant qui contribue à l'intériorisation d'étiquettes négatives. En voici quelques exemples :

Langage à connotation négative	**Langue préférée**
Irrespectueux ; impoli	*Détresse ; peur ; frustration*
Agressif	*Anxieux ; apeuré ; surstimulé*
Stimulant	*Craintif ; anxieux ; bloqué ; cherche à contrôler ; vérifie la relation*
Prise de risques	*Recherche un sentiment d'appartenance ; craint la solitude ; instinct de protection ; teste les limites*

- **Outils et instruments pour travailler sur la santé émotionnelle (régulation émotionnelle)**

Les outils conçus pour faciliter l'expression et la régulation des émotions constituent un ensemble de stratégies visant à promouvoir l'identification, la compréhension et la gestion appropriée du monde émotionnel, tant sur le plan individuel que relationnel. Ces interventions cherchent à aider les personnes à reconnaître et nommer leurs émotions, à les exprimer de manière adaptée et à développer des ressources pour moduler leur intensité, en évitant les réactions impulsives ou les débordements émotionnels. Leur application est particulièrement pertinente dans le contexte familial, car elle contribue à améliorer la qualité des interactions, à renforcer les liens et à prévenir les conflits liés aux difficultés de gestion des émotions.

Roue des émotions

La roue des émotions peut être utilisée pour travailler l'identification émotionnelle chez les enfants, les adolescents et les adultes. Elle permet de définir et de préciser l'émotion ressentie, en se concentrant sur les émotions de base. Voici un exemple de cette roue :

https://almaserra.com/rueda-de-las-emociones/

Un autre outil facilitant l'identification des émotions et l'association des états corporels aux émotions est la *carte des émotions*, qui invite les membres de la famille à représenter leurs réactions émotionnelles sur un schéma corporel. De même, les émotions peuvent être représentées par la métaphore de la météo (nuageux – colère/tristesse ; ensoleillé – joie, etc.), permettant ainsi de comprendre son état émotionnel sans avoir à nommer l'émotion.

Dés des émotions en famille

Le dé des émotions familiales est un outil symbolique et ludique qui se fabrique à partir d'un gabarit en papier (en forme de dé). Chaque face représente des éléments liés à l'image de soi des membres de la famille, notamment les aspects qu'ils apprécient chez eux ainsi que ceux qui suscitent un malaise ou un sentiment de rejet.

Cette dynamique favorise l'expression des émotions dans un cadre partagé, encourageant l'ouverture et la compréhension mutuelle entre les membres de la famille. De plus, elle contribue au développement d'une personnalité plus équilibrée en facilitant l'acceptation des

différentes dimensions, positives comme négatives, et en promouvant ainsi une vision plus nuancée, réaliste et équilibrée de soi-même au sein du système relationnel.

Exercices de régulation émotionnelle

L'émotion est un système de régulation qui contrôle les interactions relationnelles. Pour travailler avec les émotions, quelle que soit l'expérience vécue, il est important de se recentrer sur l'instant *présent* et de se concentrer sur son corps. Voici quelques techniques utiles pour explorer, identifier, restructurer et réguler les émotions (Pubill, 2022) :

Je travaille avec la colère	• Extériorisation des émotions liées à des expériences d'offense ou de grief (dessins, travaux manuels, lettres…) • Sculptures (concentrez-vous sur ce que vous ressentez dans chaque position) • L'ancrage (ressentir le poids du corps sur la plante des pieds)
Je travaille avec la tristesse	• Extérioriser sa tristesse • Se concentrer sur les sensations corporelles • Chaise vide (dialogue émotionnel)
Je travaille avec la peur	• Extérioriser la peur • Se concentrer sur les sensations corporelles • Expression des émotions par la visualisation de la personne dans un lieu calme et amical
Je travaille avec honte	• Extérioriser la honte • Se concentrer sur les sensations corporelles • Autonomisation

Références

Abidin R. R. (1995). *Parenting Stress Index (3ª ed.)*. Psychological Assessment Resources Inc.

AEP: Asociación Española de Pediatría (2022). *Comunicado del Grupo de Trabajo Multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia. La pandemia ha provocado un aumento de hasta el 47% en los trastornos de salud mental de los menores.* Cosulté sur: https://www.aeped.es/sites/default/files/20220407_np_salud_mental_infancia_y_adolescencia.pdf

Allen, J. G., & Fonagy, P. (2014). Mentalizing in psychotherapy. Dans R. E. Hales, S. C. Yudofsky & L. W. Roberts (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry* (pp. 1095–1118). American Psychiatric Publishing, Inc..

Bandura, A. (1984). *Teoría del Aprendizaje Social*. Espasa Calpe.

Barudy, J., & Dantagnan, M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.

Beebe, B., Messinger, D., Bahrick, L. E., Margolis, A., Buck, K. A., & Chen, H. (2016). A systems view of mother–infant face-to-face communication. *Developmental Psychology*, *52*(4), 556–571.

Benito-Gómez, M., Carrera, P., Zablah, F., Roben, C., & Dozier, M. (2022). Promoting parental sensitivity with an evidence-based early Intervention. *Papeles del Psicólogo*, *43*(3), 110-116.

Berger, K. S. (2007). *Psicología del Desarrollo. Infancia y adolescencia*. Médica Panamericana.

Bermejo, J. C. (2009). Hacia una salud holística. *Ética, humanismo y sociedad*, *2*(2), 115-116.

Bernedo, I. M., González-Pasarín, L., Salas, M. y Fuentes, M. J. (2020). *Las visitas: un espacio de desarrollo familiar. Programa de formación psicoeducativo para mejorar las visitas que los menores acogidos mantienen con sus familias biológicas*. Grupo de Investigación sobre Acogimiento Familiar. Universidad de Málaga.

Bertalanffy, K. L. (1968). *Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones.* Fondo de Cultura Económica (FCE).

Bleiberg, E., Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 463–509). American Psychiatric Publishing, Inc..

Boland, K. (2019). Ethical considerations for providing in-home mental health services for homebound individuals. *Ethics and Behavior*, *29*(4), 287-304.

Brodzinsky, D., Gunnar, M., & Palacios, J. (2022). Adoption and trauma: Risks, recovery, and the lived experience of Adoption. *Child Abuse and Neglect*, *130*(Pt 2), 1-23.

Brodzinsky, D., & Palacios, J. (2023). *The adopted child.* Cambridge University Press.

Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. En W. Damon (Ed.) y R.M. Lerner (Ed. Vol.), *Handbook of Child Psychology* (Vol. 1, pp. 993-1028). Wiley.

Camí, A., Baldero, A., López, A., Vicente, A., Sugranyes, B., Bosch, C., Roig, C., Gómez, E., Camí, E., De Luis Suárez de Deza, I., Loyo, J., March, L., Pulgar, L., Montoya, M., Gómez, M., Planells, M. y Camps, N. (2019). *La Terapia Familiar Socioeducativa. Un modelo de terapia sistémica.* Editorial Eleftheria.

Camps, N., Loyo, J., & Trujillo, H. (2017). *El genograma familiar trigeneracional*. EDUVIC Escola Itinere.

Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, *37*, 443-448.

Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* The Guildford Press.

Coleman, M., Ganong, L., & Leon, K. (2006). Divorce and postdivorce relationships. Dans A. L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 157–173). Cambridge University Press.

Cyrulnik, B., Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Coord.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 17-28). Gedisa.

Díaz, R. (2007). El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista. *Cipra. Círculo de Psicoterapia Cognitivo Constructivista*

Dozier, M., & Bernard, K. (2019). *Coaching parents of vulnerable infants: The attachment and biobehavioral catch-up approach.* The Guilford Press.

Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V., & Montesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Universitat de Barcelona.

Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *48*(3–4), 329–354.

Fierro, S., & Salcedo, E. (2003). La consulta en domicilio con fines terapéuticos: una opción de intervención e investigación con grupos familiares. *Revista de Trabajo Social*, *5*, 150-160.

Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive psychiatry*, *64*, 59-66.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.

Fowles, T. R, Masse, J. J., McGoron, L., Beveridge, R. M., Williamson, A. A., Smith, M. A., & Parrish, B. P. (2018). Home-based vs. Clinic-based Parent–Child Interaction Therapy: comparative effectiveness in the context of dissemination and implementation. *Journal of Child and Family Studies*, *27*(4), 1115-1129.

Fraser, D. (2014). *Therapeutic application of the Marshack Interaction Method (MIM): an interpretative phenomenological analysis of parents experiences and reflections (Tesis doctoral)*. Universidad de Glasgow. Consulté sur: http://theses.gla.ac.uk/5635/

Frosch, C. A., Schoppe-Sulivan, S. J., & O'Banion, D. (2021). Parenting and child development: A relational health perspective. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *15*(1), 45-49.

Gardner, F. (2000). Methodological issues in the direct observation of parent-child interaction: do observational findings reflect the natural behavior of participants? *Clinical Child and Family Psychology Review*, *3*(3), 185–198.

Glebova, T., Foster, S. L., Cunningham, P. B., Brennan, P. A., & Whitmore, E. (2012). Examining therapist comfort in delivering family therapy in home and community settings: Development and evaluation of the Therapist Comfort Scale. *Psychotherapy*, *49*(1), 52-61.

Girón, S. (2022). *Técnicas Psicodramáticas en Terapia Familiar*. Escuela Caleidoscopio. [Non publié].

Gómez, E., & Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: Un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, *19*(2), 103-132.

González, M. (2023). Diversidad familiar, legitimidad social, cuidados y bienestar. Dans I. Jaramillo I. y T. Garzón (Comp.), *Nuevas familias, nuevos cuidados. Cómo redistribuir el cuidado dentro y fuera de los hogares en el siglo XXI* (pp. 23-52). Siglo XXI Editores.

González-Calvo, V. (2003). La visita domiciliaria, una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia. *Revista Servicios Sociales y Política Social*, 61, 63-86.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*(5), 581–6.

Guijarro, B., Sagarna, G., & Castro, J. (2017). La terapia de juego para el fortalecimiento del vínculo a través de técnicas de theraplay: intervención en un caso clínico. *Revista Clínica Contemporánea*, *8*(2), 1-12.

Gunnar, M. R., & Cheatham, C. L. (2003). Brain and behavior interface: Stress and the developing brain. *Infant Mental Health Journal*, *24*(3), 195–211.

Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Amorrortu.

Haley, J. (1980). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Amorrortu.

Hertlein, K. (2012). Digital dwelling: Technology in couple and family relationships. *Family Relations*, *61*(3), 347-387.

Hillman, S., Cross, R., & Anderson, K. (2020). Exploring attachment and internal representations in looked-after children. *Frontiers in Psychology*, *11*, 1-10.

Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security Intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(6), 1017–1026.

Jiménez, L. (2009). *Crecer en contextos familiares en riesgo psicosocial análisis evolutivo durante la infancia y la adolescencia.* [Thèse de doctorat, Universidad de Sevilla].

Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, *18*(2), 167–175.

Konca, A. (2022). Digital technology usage of young children: screen time and families. *Early Childhood Education Journal*, *50*(7), 1097-1108.

Kohlberg, L. (1984). *The Psychology of Moral Development: The Nature and Validity of Moral Stages*. Harper & Row.

León, E., Gallardo, A. I., Molano, N., & Jiménez-Morago, J. M. (2021). *Familias colaboradoras: Un estudio sobre familias, infancia y adolescencia tutelada y procesos en la colaboración.* Observatorio de la Infancia en Andalucía. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Junta de Andalucía.

Loyo, J., & Trujillo (2017). *Análisis del contexto de intervención profesional*. EDUVIC Escola Itinere.

LeCroy, C. W., & Whitaker, K. (2005). Improving the quality of home visitations: An exploratory study of difficult situations. *Child Abuse & Neglec*t, *29*(9), 1003-1013.

Marschak, M. (1960). A Method for Evaluating Child-Parent Interaction under Controled Conditions. *The Journal of Genetic Psychology 97(1)*, 3-22.

Midori, H. (2022). *El cerebro transparente en la terapia familiar y de pareja. Integraciones conscientes con la neurociencia.* Desclée De Bouwer.

Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.

Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.

Muelas, A. (2021). La influencia futura de la pandemia desde el plano psicológico en los adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1*(2), 307-314.

Musarra, A. (2017). *La familia mixta. Influencia socioeducativa.* Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura. Consulté sur : https://dehesa.unex.es:8443/bitstream/10662/6144/1/TDUEX_2017_Musarra.pdf

Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2006). *FACES IV & The Circumplex Model*. Life Innovations.

Organización Mundial de la Salud (2004). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Consulté sur: https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref

Organización Mundial de la Salud (2020). *Substantial investment needed to avert mental health crisis*. Consulté sur: https://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis

Palacios, J. (2009). La adopción como intervención y la intervención en adopción. *Papeles del psicólogo*, *30*(1), 53-62.

Palacios, J., Oliva, A., Moreno, M. C., González, M. M., Hidalgo, V., Jiménez, J., Antolín, L., Jiménez, L., López, F., Román, M., Estévez, R., Mena, A., Ortega, M., & Pascual, D. (2014). *Proyecto Apego sobre evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz. Parte 1*. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía.

Paricio del Castillo, R., & Pando, M. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, *37*(2), 30-44.

Piaget, J. (2000). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Crítica.

Proyecto HEDERA (2025). *HEDERA Terapia familiar en el domicilio. Informe final de resultados*. [Non publié].

Pubill, M. J. (2022). *La intervención emocional en familias*. [Présentation orale non publiée].

Raby, K., & Dozier, M. (2019). Attachment across the lifespan: insights from adoptive families. *Current Opinion in Psychology*, *25*, 81-85.

Requena, F., & Ayuso, L. (2022). *La gestión de la intimidad en la sociedad digital. Parejas y rupturas en la España actual*. Fundación BBVA.

Robles-Sánchez, I. J. (2021). Salud Mental en tiempos de pandemia: la pandemia paralela. *Sanidad Militar, 77*(2), 69-72.

Rodrigo, M. J. (2010). Promoting positive parenting in Europe: New challenges for the European society for developmental psychology. *European Journal of Developmental Psychology*, *7*(3), 281-294.

Rodrigo, M. J. (2015). Preservación familiar y parentalidad positiva: dos enfoques en convergencia. *Revista de Treball Social de Catalunya, 204*, 36-47.

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín-Quintana, J. C. (2010). *La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva*. FEMP.

Rodríguez-Testal, J. F. (2024). *Estilos de interacción durante las sesiones*. Universidad de Sevilla [Non publié].

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: Three guidelines for the conduct of the session. *Family Process*, *19*(1), 7-19.

Sen, K., Prybutok, G., & Pry (2022). The use of digital technology for social wellbeing reduces social isolation in older adults: A systematic review. *SSM - Population Health*, *17*, 1-9.

Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight," and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, *22*(1-2), 67-94.

Siegel, D. J. (2012). *The developing mind. How relationships and the brain interact to shape who we are.* The Guildford Press.

Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, *89*, 531-542.

Vygotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Grijalbo.

Vygotsky, L. S. (1981). *Pensamiento y lenguaje*. La Plèyade.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. D. (2002). *Teoría de la comunicación humana*. Tiempo Contemporáneo.

West, D., Vanderfaeillie, J., Van Hove, L., Gypen, L., & Van Holen, F. (2020). Attachment in family foster care: Literature review of associated characteristics. *Developmental Child Welfare*, *2*(2), 132-150.

Willis, D. W., & Eddy, J. M. (2022). Early relational health: Innovations in child health for promotion, screening, and research. *Infant Mental Health Journal*, *43*(3), 361-372.

Woods, L. J. (1988). Home-Based Family Therapy. *Social Work, 33*(3), 211-214.

Annexes

Annexe I : Formulaire de contact

Numéro d'identification familiale / noms de famille :
1- Membre de la famille qui participe à l'entretien téléphonique: 2- Date, jour, heure: 3- Autre professionnel qui oriente: **4- Motif de la consultation:** 5- Membres du ménage (Nom, âge, profession, date) (mariage des parents): 6- Enfants (Nom, âge, profession, situation matrimoniale): 7- Autres membres du ménage (Nom, âge, lien de parenté avec le ménage): 8- Composition familiale élargie (paternel et maternel) : 9- Maison: 10- Numéro de téléphone / adresse e-mail: 11- Date et heure convenues pour le premier entretien: 12- Membres adultes convoqués pour la première fois à l'entretien: 13- Impressions du thérapeute après l' appel:

Annexe II : Entretien initial

Numéro d'identification familiale/nom de famille :
1. Date et lieu de réalisation: 2. Participants : 3. Motif de la consultation : 4. Solutions tentées : *Qu'a fait la famille jusqu'à présent pour tenter de résoudre le problème ? A-t-elle déjà eu recours à des interventions similaires ?* 5. Relations avec les autres professionnels : *Quels autres professionnels aident ou ont aidé la famille ? Comment la famille a-t-elle vécu cette situation ?* 6. Objectifs familiaux : *Qu'attend la famille de l'intervention thérapeutique ? En quoi une intervention à domicile pourrait-elle leur être bénéfique ?* 7. Attitude de chaque membre lors de la session : *Difficultés identifiées lors de l'entretien ; besoins exprimés par chaque membre ; ressources perçues…* 8. Organisation de l'intervention à domicile : *Dans quel espace pourriez-vous rencontrer le thérapeute ? Quels sont les moments que vous préférez ?* 9. Date de la première visite à domicile : *Clarifiez avec la famille le matériel et le mobilier dont le thérapeute aurait besoin.* 10. Membres convoqués pour la première visite à domicile :

Annexe III : Feuille de route du processus thérapeutique (exemple adapté à 10 séances)

Numéro de session	Performance	Terminé (Oui/Non)	Date
	Coordination avec le professionnel concerné (le cas échéant)		
	Préparation du fichier physique ou virtuel : dossier et documentation		
	Premier contact avec la famille		
1	**Entretien initial**		
2	**Diagnostic relationnel à domicile**		
3			
4			
5	**Évaluation à mi-parcours avec la famille (suivi des objectifs)**		
6			
7			
8			
9			
10	**Séance de clôture et évaluation finale avec la famille (atteinte des objectifs)**		
	Évaluation finale avec un professionnel compétent (le cas échéant)		
	Clôture du processus		

Annexe IV : Diagnostic relationnel

Aspect relationnel		Mais	Observations
1. ORGANISATION	Nucléaire		
	parent célibataire		
	Parents séparés		
	Assemblé ou combiné		
	Intergénérationnel		
	Adoptif, accueillant, collaboratif		
	Autres		
2. MODÈLE D'INTERACTION Type de famille	Hyperprotecteur		
	Démocratique		
	Permissif		
	Sacrifier		
	Intermittent		
	Déléguer		
	Autoritaire		
3. RÔLES ET FONCTIONS	Défini		
	Déroutant/confus		
4. FRONTIÈRES/LIMITES	Souples/adaptées		
	Diffuses		
	Rigides-fermées		
5. RÈGLES	Explicites		
	Implicites		
	Secrets		
6. STYLE RELATIONNEL	Équilibré		
	agglutiné		

	Détaché/Désengagé		
7. MYTHES	Harmonie		
	Expiation		
	Sauvetage		
8. DÉLÉGATIONS	Conflit de missions incompatibles		
	Conflit de loyautés		
	Conflit entre valeurs familiales et sociales		
	Parentalisation		
	Registre des mérites		
9. TRIANGULATIONS	Simple		
	Pervers		
	Attaquant		
	Assistance		
10. ÉTAPE DU CYCLE DE VIE	La formation du couple		
	La naissance des enfants		
	La famille avec des enfants d'âge préscolaire		
	La famille avec des enfants d'âge scolaire		
	La famille avec des adolescents		
	Les enfants deviennent indépendants		
	La famille âgée		

Annexe V : Indicateurs de risque

Famille	Présence (Aucune, Faible, Forte)	Enfant(s)-adolescent(s)	Présence (Aucune, Faible, Forte)
Difficultés relationnelles familiales et/ou conjugales ayant des répercussions sur les enfants		Difficultés comportementales	
Conflits entre le père, la mère et l'enfant/les enfants		Difficultés socio-émotionnelles	
Séparation conflictuelle		Difficultés intellectuelles	
Famille monoparentale sans soutien social		Difficultés d'adaptation à l'école/l'institut	
Famille recomposée avec des difficultés relationnelles		Difficultés d'adoption des normes	
Problèmes économiques, d'emploi et/ou de logement		Situations de deuil non résolu	
Maladie physique chez le père et/ou la mère		Processus de migration inachevé	
Trouble mental chez le père et/ou la mère		Comportements transgressifs	
Handicap chez le père et/ou la mère		L'absentéisme scolaire	
Personne dépendante au sein de l'unité familiale		Troubles de l'alimentation	
Toxicomanie et/ou autres dépendances		Troubles du langage	
Des adultes surchargés de responsabilités		Troubles du sommeil	
Situations de deuil non résolu		Manque d'habitudes	

Processus de migration		**Handicap physique**	
Difficultés à concilier vie familiale et vie professionnelle		**Déficience intellectuelle**	
Situation de crise familiale (due au cycle de vie ou à des facteurs stressants)		**Handicap sensoriel**	
Difficultés à établir les rôles et la hiérarchie familiale		**Handicap organique**	
Difficultés dans les fonctions parentales normatives et/ou affectives		**Lien avec les groupes à risque**	
Le manque d'intérêt des parents pour le développement et l'éducation de leurs enfants		**Autres :**	
Autres :			

Annexe VI : Indicateurs de protection

Indicateur	Présence (Aucune, Faible, Beaucoup)	Observations
Soutien social existant *La présence d'un solide réseau de soutien, comme la famille, les amis ou les membres de la communauté qui apportent un soutien émotionnel, pratique ou autre.*		
Engagement des soigants *Un engagement et une motivation de la part des parents ou autres personnes s'occupant d'enfants pour améliorer la dynamique familiale et les compétences parentales. Cela peut se traduire par une volonté d'apprendre et d'appliquer de nouvelles stratégies parentales.*		
Des relations positives au sein de la famille *Preuve de relations affectueuses et positives entre certains ou tous les membres de la famille, malgré les difficultés.*		
Compétences de base en communication *Même si la communication entre les membres d'une famille peut nécessiter des améliorations, la possession de certaines compétences de communication de base peut constituer un bon point de départ.*		
Structure et routines familiales *La présence d'une certaine structure et de routines dans la vie familiale, comme des heures de repas régulières, des routines de sommeil ou des activités familiales régulières.*		
Résilience individuelle et familiale *Signes de résilience chez un ou plusieurs membres de la famille, tels que la capacité à s'adapter aux changements ou à se remettre d'échecs.*		
Implication communautaire ou scolaire *Une participation active aux activités communautaires ou scolaires peut apporter un cadre structurant et un soutien social supplémentaires.*		
Intérêts et compétences des enfants et des adolescents *Les talents, les intérêts ou les passe-temps des enfants et des adolescents qui peuvent être soutenus et encouragés, offrant ainsi une approche positive des interactions familiales.*		
Prise de conscience des problèmes et désir de changement *La reconnaissance par la famille des problèmes existants et la volonté de travailler à leur résolution peuvent constituer un puissant moteur de changement.*		
Ressources économiques et de logement stables *Bien que cela ne soit pas une condition nécessaire, la stabilité en matière de logement et de finances peut atténuer le stress et permettre à la famille de se concentrer davantage sur l'intervention.*		

La santé mentale et physique est généralement bonne. *Bien que des problèmes spécifiques puissent exister, la bonne santé générale des membres de la famille constitue un facteur protecteur.*		
Bonne expérience avec d'autres professionnels *La famille a eu, par le passé ou dans l'immédiat, de bonnes expériences dans ses relations avec d'autres professionnels, ce qui peut faciliter la confiance dans le soutien professionnel et l'alliance thérapeutique.*		

Annexe VII : Fiche initiale et évaluation des objectifs

Objectifs du processus thérapeutique

1.1. Objectif 1 :

1.2. Objectif 2 :

1.3. Objectif 3 :

1.4. Objectif 4 :

Évaluation des objectifs fixés dans le processus thérapeutique

Objectifs	Évaluation à mi-parcours (date :)	Réalisation [1]	Évaluation finale (date :)	Réalisation [1]
1		**4.1.1.**		**4.1.2.**
2		**4.2.1.**		**4.2.2.**
3		**4.3.1.**		**4.3.2.**
4		**4.4.1.**		**4.4.2.**

[1.] Réalisation – le niveau de conformité aux objectifs est évalué sur une échelle de 0 à 5 :

0 = Aucun, 1 = Très peu, 2 = Peu, 3 = Satisfaisant, 4 = Très satisfaisant, 5 = Satisfaisant

Annexe VIII : Guide d'observation de l'environnement familial

	Indicateur	Présence (Rien, Peu, Beaucoup)	Observations
Conditions de logement	En présence d'enfants de moins de 6 ans, les jouets sont surveillés.		
	La maison semble sûre		
	L'extérieur de la maison offre un espace sécurisé pour que les enfants puissent jouer.		
	L'intérieur de la maison est lumineux et bénéficie de lumière naturelle.		
	Le quartier est agréable et sûr.		
	Les chambres sont meublées et relativement spacieuses.		
	La maison est raisonnablement propre et rangée.		
Relations familiales sociales et de loisirs	Les adultes participent à la vie de leur quartier		
	Les adultes ont des amis avec qui ils partagent leurs loisirs.		
	Les mineurs participent à la vie de leur quartier		
	Les mineurs ont des amis avec qui ils partagent leurs loisirs.		
	La famille pratique des activités de loisirs ensemble.		

ISBN: 978-606-8927-84-8

Ce matériel a été réalisé dans le cadre du projet HEDERA, 2023-1-ES01-KA220-VET-000164938, cofinancé par l'Union européenne. Le contenu de ce matériel relève de la seule responsabilité des auteurs, et l'Agence Nationale ainsi que la Commission Européenne ne sont pas responsables de l'usage qui pourrait être fait des informations qui y sont contenues.

Date : Mai 2026