

CARACTÉRISTIQUES DES GROUPES MULTIFAMILIAUX DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE

La publication "Characteristics of Multifamily Groups in Mental Health" (Caractéristiques des groupes multifamiliaux dans le domaine de la santé mentale) présente une étude approfondie des groupes multifamiliaux en Italie, en Belgique, en Espagne et au Portugal. Ce volume présente les résultats de la phase initiale du projet "Les groupes multifamiliaux en santé mentale" (FA.M.HE.), soutenu financièrement par l'Union européenne dans le cadre du programme Erasmus+.

Cinq partenaires du projet ont collaboré à son développement : l'"Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina" à Lisbonne, en tant que coordinateur de la recherche, le "Laboratorio di Psicoanalisi Multifamiliare" et l'"Azienda Sanitaria Locale Roma1" à Rome, l'"Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar" à Bilbao, et le UPC Z.ORG KU Leuven à Kortenberg.

© 2021-2024 par FA.M.HE. Projet "Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation de son contenu, qui reflète uniquement les opinions des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'utilisation qui pourrait être faite des informations contenues dans cette publication".

1. INTRODUCTION	6
2. CONCEPTION DE LA RECHERCHE	8
3. RAPPORT SUR L ' ITALIE	11
3.1. SITUATION EN ITALIE	11
3.2. ENQUETE - CARACTERISTIQUES DES GMF	12
3.2.1. Contexte institutionnel/organisationnel	12
3.2.2. Caractéristiques	12
3.2.3. Animation	12
3.2.4. Participants	13
3.2.5. Structure et fonctionnement	13
3.2.6. Renvoi.....	14
3.3. FOCUS GROUPES	14
3.3.1. Focus groupes avec les Conducteurs des GMF	14
3.3.1.1. Participants	14
3.3.1.2. Méthodologie	14
3.3.1.3. Résultats	15
3.3.2. Focus groupe avec les utilisateurs de GMF	16
3.3.2.1. Participants	16
3.3.2.2. Méthodologie	16
3.3.2.3. Résultats	16
3.3.3. Conclusions des focus groupes.....	17
3.4. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	18
3.5. CONCLUSIONS	18
4. RAPPORT DE LA BELGIQUE.....	21
4.1. SITUATION EN BELGIQUE	21
4.2. ENQUETE - CARACTERISTIQUES DES GMF	22
4.2.1. Contexte institutionnel/organisationnel	22
4.2.2. Caractéristiques	23
4.2.3. Animation	23
4.2.4. Participants	24
4.2.5. Structure et fonctionnement	24
4.2.6. Renvoi.....	25
4.3. FOCUS GROUPES	25
4.3.1. Focus groupes avec les Conducteurs des GMF	25
4.3.1.1. Participants	25
4.3.1.2. Méthodologie	26
4.3.1.3. Résultats	26
4.3.2. Grand groupe expérimental avec des utilisateurs potentiels de GMF	30
4.3.2.1. Participants	30
4.3.2.2. Méthodologie	30
4.3.2.3. Résultats	30
4.3.3. Conclusions des focus groups.....	31
4.4. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	32

4.5.	CONCLUSIONS	33
5.	RAPPORT SUR L'ESPAGNE.....	35
5.1.	SITUATION EN ESPAGNE.....	35
5.2.	ENQUETE - CARACTERISTIQUES DES GMF	35
5.2.1.	Contexte institutionnel/organisationnel	35
5.2.2.	Caractéristiques	36
5.2.3.	Animation	36
5.2.4.	Participants	37
5.2.5.	Structure et fonctionnement	37
5.2.6.	Renvoi.....	38
5.3.	FOCUS GROUPES	39
5.3.1.	Focus groupe avec les Conducteurs de GMF.....	39
5.3.1.1.	Participants	39
5.3.1.2.	Méthodologie	39
5.3.1.3.	Résultats	40
5.3.2.	Focus groupe avec les utilisateurs de GMF	41
5.3.2.1.	Participants	41
5.3.2.2.	Méthodologie	41
5.3.2.3.	Résultats	41
5.3.3.	Conclusions des focus groups.....	42
5.4.	RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	43
5.5.	CONCLUSIONS	43
6.	RAPPORT DU PORTUGAL.....	45
6.1.	SITUATION AU PORTUGAL.....	45
6.2.	ENQUETE - CARACTERISTIQUES DES GMF	46
6.2.1.	Contexte institutionnel/organisationnel	46
6.2.2.	Caractéristiques	47
6.2.3.	Animation	48
6.2.4.	Participants	48
6.2.5.	Structure et fonctionnement	48
6.2.6.	Renvoi.....	49
6.3.	FOCUS GROUPS.....	49
6.3.1.	Focus groupe avec les Conducteurs des GMF	49
6.3.1.1.	Participants	49
6.3.1.2.	Méthodologie	49
6.3.1.3.	Résultats	50
6.3.2.	Focus groupes avec les utilisateurs de GMF	51
6.3.2.1.	Participants	51
6.3.2.2.	Méthodologie	51
6.3.2.3.	Résultats	51
6.3.3.	Conclusions sur les focus groups	53
6.4.	RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	58
6.5.	CONCLUSIONS	58

7. INTEGRATION DES RESULTATS	60
7.1. ENQUETE - ANALYSE	60
7.1.1. But, objectifs cognitifs et méthodologie.....	61
7.1.2. Examen des données de recherche dans les quatre pays de l'UE	62
7.1.3. Le profil des groupes multifamiliaux (GMF)	62
7.1.4. Caractéristiques des personnes participant à un GMF.....	70
7.1.5. Caractéristiques du groupe multifamilial.....	73
7.1.6. Lecture comparative entre les GMF de différents pays.....	80
7.1.7. Quelques considérations finales.....	83
7.2. FOCUS GROUPES	84
7.2.1. Cadre des focus groupes.....	85
7.2.2. Planification et méthodologie des focus groupes.....	85
7.2.3. Résultats et conclusions des focus groupes	90
7.3. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	91
7.3.1. Méthodologie nationale et internationale.....	91
7.3.2. Analyses quantitatives et qualitatives des résultats dans la langue des partenaires	92
7.3.3. Recherche bibliographique internationale	94
7.3.3.1. Cadre historique	94
7.3.3.2. Résultats	96
7.4. CONCLUSIONS FINALES.....	97
 8. ANNEXES	 100
ANNEXE 1 - BIBLIOGRAPHIE ITALIENNE & BIBLIOGRAPHIE INTERNATIONALE TRADUITE EN ITALIEN.....	100
ANNEXE 3 - BIBLIOGRAPHIE BELGE (NÉERLANDAIS).....	108
ANNEXE 4 - BIBLIOGRAPHIE EN ESPAGNOL	110
ANNEXE 5 - BIBLIOGRAPHIE PORTUGAISE	114
ANNEXE 6 - BIBLIOGRAPHIE INTERNATIONALE.....	118
ANNEXE 7 - QUESTIONNAIRE.....	122
ANNEXE 8 - TABLEAUX DE CLASSIFICATION DES RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES	129
ANNEXE 9 - TABLEAUX DE CLASSIFICATION DES FOCUS GROUPES	130

1. INTRODUCTION

Le rôle des familles dans le traitement des personnes confrontées à des problèmes de santé mentale est fondamental, mais elles manquent souvent de soutien suffisant de la part des services publics et privés opérant dans ce domaine. La stigmatisation, l'isolement et l'auto-isolement vécus par les personnes confrontées à des problèmes de santé mentale affectent également les membres de la famille, empêchant ainsi une véritable inclusion dans la société. Conscient de cela, les interventions et les efforts de réadaptation ne devraient pas se concentrer uniquement sur la personne en difficulté mais s'étendre à l'ensemble de la cellule familiale.

Le plan d'action européen pour la santé mentale 2013-2020 a souligné l'importance du soutien aux familles, tout en soulignant les obstacles rencontrés par les services publics et privés pour fournir une assistance adéquate. Le plan souligne les difficultés rencontrées pour soutenir « les familles qui fournissent des soins de longue durée à leurs proches, grâce à une formation appropriée, des services de soutien et des avantages sociaux ». Nous soulignons également le manque d'information et de diffusion d'interventions et de méthodologies visant à soutenir les familles. Pour remédier à ce problème, le Plan vise à impliquer les individus, les familles et divers acteurs, organismes de santé mentale et décideurs impliqués dans les politiques sociales.

L'influence de la culture et du contexte social a élargi le champ d'étude de la santé mentale pour inclure les groupes multifamiliaux (GMF). Ces groupes regroupent plusieurs familles, comprenant plusieurs générations (minimum 2 générations), avec un nombre variable de familles impliquées.

L'initiation de cette approche psychothérapeutique de la santé mentale remonte aux travaux pionniers de Peter Laqueur qui, au milieu des années 1950, institutionnalisa des rencontres entre au moins 5 ou 6 familles de patients schizophrènes à l'hôpital psychiatrique de l'État de New York. Cette approche innovante, appelée « apprentissage par analogie », s'est progressivement développée aux États-Unis, en Argentine puis en Europe.

Jorge García Badaracco a initié les réunions multifamiliales au début des années 1960 à l'hôpital psychiatrique José T. Borda de Buenos Aires, en employant un modèle innovant appelé psychanalyse multifamiliale. Depuis la fin des années 1990, sa méthodologie s'est répandue à travers l'Europe, notamment en Italie, en Espagne, au Portugal et, ces quatre dernières années, en Belgique.

L'approche symptomatique n'est pas suffisante pour répondre aux besoins complexes des patients et de leurs familles, car les problèmes familiaux sont souvent multiples et interconnectés. Les groupes multifamiliaux proposent des interventions ouvertes qui favorisent l'intégration entre les approches thérapeutiques et sont applicables dans divers contextes cliniques, éducatifs et sociaux : groupes communautaires, programmes de traitement de la toxicomanie, interventions sur le comportement des jeunes en contexte éducatif, questions liées à l'identité de genre, à la maternité et aux difficultés de comportement alimentaire, ainsi que diverses pathologies organiques.

Le projet « Groupes Multifamiliaux en Santé Mentale » (FA.M.HE) est né de l'engagement de cinq partenaires experts en interventions psychothérapeutiques de groupe auprès des familles et vise à soutenir des politiques et des actions développées à partir de preuves scientifiques solides, de la connaissance de « meilleures pratiques » et la création d'outils pour soutenir la diffusion de groupes multifamiliaux dans le

secteur de la santé mentale. Il s'efforce de diffuser les connaissances, de lutter contre la stigmatisation liée à la santé mentale et d'accroître la participation des utilisateurs et de leurs familles.

Le produit initial du projet FA.M.HE. est le présent volume « Caractéristiques des groupes multifamiliaux en santé mentale », qui fournit des informations détaillées sur un échantillon de GMF dans les pays concernés, illustrant le fonctionnement, les caractéristiques, les aspects organisationnels et la répartition territoriale des GMF, quelle que soit l'orientation théorique qui les distingue. La principale condition à inclure dans la recherche était la participation au GMF d'au moins deux générations, y compris les personnes bénéficiant de soins de santé ; de plus, l'intervention psychothérapeutique devait être répandue dans le groupe.

Les résultats de la recherche menée par les partenaires du projet ont été élaborés à partir de l'analyse des données obtenues à partir des réponses à un questionnaire destiné aux représentants publics et privés de GMF opérant dans les différents pays, à partir de la création ultérieure de groupes de discussion impliquant des manutentionnaires et des membres des familles participants aux groupes, ainsi qu'une recherche bibliographique sur ces sujets, réalisée en six langues.

L'objectif final de ces activités, qui dans leur ensemble peuvent être définies comme une enquête pilote sur GMF, a été la création de ce volume, organisé comme une sorte de « guide pratique » destiné à tous ceux qui, pour diverses raisons, souhaitent approfondir connaissance de la méthodologie multifamiliale.

Ce volume s'adresse donc à un large public (opérateurs et utilisateurs des services de santé mentale mais aussi étudiants et professeurs de cours académiques, associations de bénévoles, services sociaux locaux) qui, au fil du temps, peuvent constituer des réseaux de diffusion et de soutien à la culture des communautés multifamiliales et encourager la création et les activités de communautés de pratiques dédiées, à travers lesquelles échanger, approfondir et développer l'expérience multifamiliale.

Le volume est composé de sept chapitres, ainsi que d'annexes finales, structurées de manière à fournir une image globale complexe mais facile à consulter.

Au chapitre 2 une brève présentation de la recherche décrit de manière synthétique le contexte de référence, les outils et la méthodologie adoptés ainsi que les délais de mise en œuvre.

Les activités menées par chaque partenaire dans son propre pays sont présentées dans les chapitres 3 à 6, selon un index commun qui permet leur lecture comparative aisée, incluant les différentes réalités institutionnelles et sociales.

Les résultats sont présentés au chapitre 7 à travers une analyse comparative des données collectées ; leur présentation en tableaux synthétiques favorise la description d'un modèle d'intervention effervescent et en pleine croissance, de par la pluralité des services qui l'adoptent, la variété des modèles théoriques de référence, les typologies organisationnelles mais aussi par le large consensus qu'il reçoit de la part de ceux qui en font l'expérience directe.

Le volume se termine par une série d'annexes : de 1 à 5 se trouvent les résultats des recherches bibliographiques sur GMF effectuées par les partenaires dans leur propre langue tandis que l'annexe 6 rassemble les résultats relatifs à la bibliographie internationale. Les annexes 7 à 9 présentent les outils utilisés dans le cadre de l'enquête.

2. CONCEPTION DE LA RECHERCHE

La diffusion des groupes multifamiliaux (GMF) est considérée comme l'une des innovations les plus significatives dans les services de santé mentale publics et privés. Apparue après les années 1950, la collaboration entre patients, membres de la famille et opérateurs à travers des réunions récurrentes de groupes multifamiliaux a progressivement démontré son efficacité en termes de résultats. Au cours du nouveau siècle, elle a gagné du terrain, évoluant parallèlement au développement conjoint de la thérapie familiale et de l'approche systémique. Aujourd'hui, elle comprend divers modèles théoriques et constitue une pratique consolidée, étayée par des preuves qui confirment sa validité.

Le GMF ouvre une nouvelle phase dans la prise en charge des troubles mentaux en favorisant une dynamique interactive qui sensibilise les « usagers » et les membres de leurs familles aux liens d'interdépendance dans lesquels ils sont engagés. Cela leur permet de réfléchir et de comparer leur situation avec celle des autres participants.

Ce processus se déroule au travers de rencontres collectives fondées sur quelques règles : tous les individus sont « écoutés, compris et respectés dans la mesure où ils sentent qu'ils peuvent compter sur l'aide de l'autre et donc sur l'avis de l'autre, même s'il est différent » du sien, tous de valeur égale. Au sein du groupe « se construit une situation dans laquelle chacun peut regarder de l'extérieur le rôle qu'il joue dans sa propre vie et la manière dont il l'exerce : les enfants, les parents et tuteurs, leurs propres enfants et/ou parents ». Les thèmes clés de la participation au GMF incluent le « partage », la « comparaison », « l'échange », le « soutien » ou « l'aide ».

Une relation s'établit basée sur la confiance, l'empathie, le respect, l'acceptation de soi et des autres et sur la spontanéité du contact humain. Ce climat est influencé par les qualités relationnelles, notamment empathiques, des soignants, à commencer par le Conducteur-Facilitateur de groupe.

Cette figure stimule et régule les dialogues en donnant la parole à tous ceux qui en font la demande, facilite la circulation rapide des idées et favorise une succession d'interventions basées sur des « associations libres » pour que chacun puisse apprendre, par analogie ou par imitation, des expériences des autres. De plus, les participants peuvent se refléter dans les expériences que les autres présentent au groupe.

Le Conducteur peut être assisté par d'autres opérateurs qui s'abstiennent de tout jugement envers les personnes en souffrance et leurs familles et abandonnent leurs « certitudes cognitives pour s'immerger dans le monde des affections et des émotions, acceptant de flotter librement avec tous les autres » ; ils peuvent ensuite discuter en équipe de ce qui se passe pour que l'expérience de formation continue au sein du Groupe unisse les opérateurs et les membres de la famille.

Le GMF renforce la prise en charge de la famille comme sphère du « patient désigné », la sort de l'isolement et la valorise dans la coopération thérapeutique, en tant que partie active des projets de guérison. En même temps, cela stimule la recherche d'une « aide personnelle » parmi les membres de la famille. Ce n'est pas un hasard si la majorité des membres des familles GMF sont également présents dans des groupes d'entraide ; en outre, ceux-ci peuvent aussi être le résultat d'un processus de groupes multifamiliaux qui deviennent progressivement autonomes. On a dit que « l'art du GMF est d'aider les familles à s'aider elles-mêmes » afin que « lorsque cela se produit, le groupe puisse fonctionner de manière autonome ».

La recherche sur les groupes multifamiliaux (GMF) dans le domaine de la santé mentale comprend : une enquête adressée aux Conducteurs et/ou Facilitateurs des groupes multifamiliaux ; deux ou plusieurs focus groupes comprenant des Conducteurs et des utilisateurs/familles ; et une recherche en ligne pour analyser la bibliographie nationale (dans chaque pays) et internationale existante relative à l'application des groupes multifamiliaux dans le domaine de la santé mentale.

Un questionnaire, élaboré par le partenaire de l'AIDFM (Associação para a Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina) au Portugal en collaboration avec tous les partenaires, a été mis au point à partir d'une analyse documentaire, d'informations recueillies lors d'interactions avec des Conducteurs de groupes multifamiliaux et de considérations basées sur les éléments requis par Google Forms, la plateforme choisie pour la diffusion du questionnaire. Les chercheurs des quatre pays ont revu le questionnaire avant de l'appliquer.

Le questionnaire est divisé en deux parties principales :

La première partie correspond à l'identification des professionnels qui réalisent l'enquête et à l'identification de l'institution/organisation où l'activité est réalisée, ainsi qu'à sa localisation géographique.

La deuxième partie porte sur les caractéristiques des GMF en termes de cadre théorique : types d'interventions, qualification des équipes d'animation ; supervision/intervision ; caractéristiques des participants ; caractéristiques du GMF (type et taille du groupe, travail par phases ou non, effets du Covid sur sa continuité, caractéristiques des locaux, etc.)

Le questionnaire se termine en demandant aux répondants de faire part de leurs propres commentaires sur le GMF.

Le questionnaire a ensuite été traduit par chaque partenaire dans sa langue respective - italien (Italie), français et néerlandais (Belgique), espagnol (Espagne) et portugais (Portugal) - et transformé en un questionnaire Google Forms.

La participation était volontaire et les répondants avaient la possibilité de rester anonymes.

Les partenaires ont rédigé une lettre présentant le projet et sollicitant la participation aux questionnaires qui ont été distribués dans plusieurs institutions/organisations.

Différents groupes cibles ont été identifiés : agences gouvernementales, experts au sein du GMF, autorités de santé mentale, organisations professionnelles, groupes familiaux connus, associations de familles. Chaque partenaire a élaboré une liste raisonnée de participants potentiels pertinents à contacter.

Chaque pays a procédé à une analyse qualitative et descriptive des résultats obtenus.

L'Associação para a Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina (AIDFM) de Lisbonne a pris la responsabilité du traitement des données, et a assuré le codage des réponses obtenues, de telle sorte que les pourcentages bruts soient automatiquement traités par Google Forms.

En outre, les partenaires ont mis en évidence des intersections clés dans les réponses, et l'AIDFM a traité ces intersections significatives identifiées.

À la fin de la recherche sur le terrain, comme défini par le projet, chaque partenaire a organisé des focus groupes avec deux groupes cibles : les Conducteurs/Facilitateurs (thérapeutes) et les utilisateurs/familles du GMF.

Une méthodologie commune a été adoptée par les partenaires - l'analyse SWOT - qui permet à chaque participant d'exprimer son point de vue sur le thème proposé, en analysant ses forces et ses faiblesses, tant internes qu'externes au contexte.

Parallèlement à l'élaboration du questionnaire, une revue critique de la littérature relative à l'intervention multifamiliale en santé mentale a été lancée, ce qui a permis aux partenaires de définir et de limiter la recherche sur le Web, conformément aux objectifs de la recherche. Les mots-clés suivants ont été identifiés et utilisés : *Multifamily Groups*, *Multifamily Psychoanalysis Group*, *Multifamily Psychoanalysis*, *Multifamily Therapy*, *Multifamily Group Therapy*, *Multifamily Group Treatment*. Ces termes de recherche ont été traduits dans la (les) langue(s) des quatre pays et ont été complétés par des termes de recherche pertinents propres à chaque pays.

La recherche a été menée dans différentes langues nationales et s'est étendue au-delà des frontières nationales pour chaque langue, englobant d'autres pays. Google, Google Scholar, PubMed, Hall et Cairn ont été utilisés comme moteurs de recherche, et les résultats ont été rassemblés à l'aide du logiciel de gestion Zotero, en respectant le style de citation de l'APA (American Psychological Association) VI édition.

Une recherche bibliographique internationale sur les groupes multifamiliaux a distingué trois sous-types de groupes multifamiliaux :

- Groupes psycho-éducatifs et cognitivo-comportementaux
- Groupes systémiques et dynamiques
- Groupes psychanalytiques

La méthodologie de recherche a été développée en fonction des indications du projet et des lignes directrices méthodologiques convenues entre les différents partenaires, décrites au chapitre 6.3.1.

Les cinq partenaires sont responsables des données contenues dans leur rapport national.

Après avoir collecté et analysé les données fournies par chaque partenaire, le Portugal a compilé un rapport de synthèse, qui résume tous les résultats et les conclusions.

3. RAPPORT SUR L'ITALIE

3.1. SITUATION EN ITALIE

Suite à l'important processus de désinstitutionnalisation initié par la fermeture des asiles de santé mentale, l'Union européenne s'est attachée à mettre en place des réseaux sociaux personnalisés pour aider les personnes confrontées à des problèmes de santé mentale. Cet objectif, décrit dans des documents tels que le 'Livre vert sur la santé mentale' (*Green paper on mental health*, 2005), souligne le rôle central des membres de la famille au sein de ces réseaux. Selon le document de l'OMS intitulé "*User empowerment in mental health*" (2010), 95 % des aidants sont des membres de la famille des usagers des services de santé mentale.

Le dernier "Plan d'action européen pour la santé mentale 2013-2020" souligne l'implication cruciale des familles dans les traitements de santé mentale et recommande des interventions thérapeutiques innovantes, mettant l'accent sur l'inclusion, l'accessibilité et le partage. Malgré ces avancées, les familles sont souvent confrontées à l'isolement et à la stigmatisation. Le "Cadre d'action européen pour la santé mentale et le bien-être" (2016) reconnaît le rôle fondamental que jouent les familles dans ces réseaux sociaux et souligne la nécessité d'interventions ciblées pour les renforcer et les soutenir.

Malgré des méthodologies innovantes conçues pour répondre aux différents besoins et améliorer l'intégration sociale, les groupes multifamiliaux ne sont pas encore très répandus. En Italie, les interventions des services de santé mentale semblent mal définies et protéiformes, même si, à plusieurs reprises, des activités continues et de soutien destinées aux familles touchées par la souffrance mentale ont été reconnues comme des "bonnes pratiques". En fait, l'analyse des données relatives à l'activité psychiatrique territoriale, contenues dans le rapport sur la santé mentale publié en 2021 par le Ministère italien de la Santé, met en évidence que seulement 5 % des interventions s'adressent directement aux familles, malgré le fait que 47 % des usagers résident dans des familles ou sont liés à des familles (d'origine ou acquises). De ce très faible pourcentage de 5 %, 4,2 % concernent des entretiens avec des membres de la famille, 0,7 % des réunions d'information/psychoéducation et seulement 0,1 % des psychothérapies familiales. Notamment, les interventions multifamiliales, où plusieurs familles participent à des interventions de groupe, sont remarquablement absentes de ce rapport, malgré leur présence de longue date dans la littérature scientifique. Cependant, ces dernières années ont été marquées par une diffusion progressive mais constante de la culture multifamiliale, impliquant divers opérateurs de santé mentale au niveau clinique et de la formation. Par exemple, en 2022, cinq des dix DSM (*Dipartimento di Salute Mentale*) de la région du Latium ont lancé des cours de formation spécialisés axés sur les interventions multifamiliales. Ces cours étaient ouverts à tous les opérateurs des différents services et environ 200 personnes y ont participé. Bien que ces développements soient des indicateurs initiaux, ils soulignent les défis importants découlant des barrières institutionnelles, culturelles et idéologiques qui continuent d'entraver la stabilisation et l'établissement formel des pratiques multifamiliales.

En réponse à ces observations, le projet européen "Groupes multifamiliaux en santé mentale (FA.M.HE.)" a débuté en mars 2022. Sa phase inaugurale consiste en l'élaboration d'un guide complet sur les groupes multifamiliaux englobant les diverses réalités présentes dans les pays partenaires: Belgique, Italie, Portugal et Espagne. Le projet a commencé par une recherche sur le terrain, comprenant la création, la distribution et l'analyse d'un questionnaire destiné aux responsables des groupes multifamiliaux actifs dans ces pays.

La diffusion du questionnaire visait à définir la dynamique opérationnelle des différents groupes de travail multilatéraux dans les quatre pays participants, indépendamment de leurs orientations théoriques ou méthodologiques. L'accent a été mis sur la description des caractéristiques, de l'organisation et de la diffusion de ces groupes, le critère principal étant l'implication d'au moins deux générations, ceci incluant les personnes traitées pour des problèmes de santé mentale.

3.2. ENQUETE - CARACTERISTIQUES DES GMF

3.2.1. Contexte institutionnel/organisationnel

Malgré le très grand nombre de personnes contactées, seul un petit nombre d'opérateurs (personnel de santé) a répondu de manière exhaustive ; en fait, 38 questionnaires ont été reçus, dont 35 étaient valides et complets. Ce chiffre mérite en soi une analyse approfondie (que nous prévoyons de commencer à un stade ultérieur), mais il semble être lié, comme cela s'est produit dans des enquêtes similaires, à une réticence/indifférence généralisée à partager des expériences actives dans les différents services/domaines institutionnels, ainsi qu'à une sous-estimation généralisée de l'importance de l'information dans le domaine de la santé mentale.

Les structures dans lesquelles la recherche a été menée sont principalement publiques, à hauteur de 72%, et dans une moindre mesure (24%) semi-privées ; les 4% restants de l'échantillon appartiennent au secteur privé. Le type d'assistance est principalement ambulatoire : 84,8% du total se répartissent entre les centres de santé mentale (61%) et les associations/organisations sociales privées (24%) ; 9% de l'assistance résidentielle est représentée par les communautés thérapeutiques, et 6% par les services hospitaliers (services de diagnostic et de traitement psychiatrique).

3.2.2. Caractéristiques

Les questionnaires, pris dans leur ensemble, semblent être représentatifs des différentes orientations théoriques et méthodologiques présentes en Italie, dans une proportion similaire à ce qui a été trouvé dans d'autres études ; en fait, les quatre typologies identifiées par le questionnaire sont présentes : 61% Psychoanalyse multifamiliale, 21% Psycho-éducation, 12% Orientation systémique, 9% Orientation psychodynamique, et 1 GMF non référençable à celles-ci et inséré dans la rubrique "Autre".

La nette prévalence de la Psychoanalyse Multifamiliale peut être lue non seulement comme l'expression de la diffusion effective de ce dispositif sur le territoire national, mais aussi comme le signe d'une plus grande implication/motivation dans la recherche de la part des Conducteurs de GMF qui sont membres du LIPsiM (*Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare*) ; il faut aussi souligner que le LIPsiM est l'une des rares associations qui, au niveau national, s'engage dans la diffusion, l'étude et la formation dans le contexte multi-familial.

3.2.3. Animation

En ce qui concerne la méthode d'animation, 97% des groupes représentés utilisent une approche basée sur le travail d'équipe. Parmi eux, 58% impliquent un Conducteur/Facilitateur soutenu par plusieurs co-Conducteurs/Facilitateurs, ce qui constitue une structure hiérarchique, tandis que 39% ont une structure d'équipe non hiérarchique avec seulement des co-Conducteurs/Facilitateurs. Les psychothérapeutes constituent la majorité des équipes d'animation (93% de psychologues et 48% de psychiatres), d'autres professionnels de la santé mentale en faisant également partie intégrante (39% d'infirmières, 30% de travailleurs sociaux, 18% d'éducateurs et 6% de thérapeutes en réadaptation psychiatrique). L'inclusion de divers professionnels souligne la nécessité d'offrir des cours de formation adaptés aux praticiens non-psychothérapeutes, en prévoyant la reconnaissance de qualifications spécialisées.

La formation des psychothérapeutes présents dans les équipes reflète la répartition en pourcentage des orientations théorico-méthodologiques du GMF représentée et met en évidence, en tant que facteur de complexité, le fait que les différents Conducteurs ont une formation multiple ; en effet, 45% ont une formation psychanalytique, 52% psychodynamique, 24% analyse de groupe, 54% systémique familiale, tandis que 36% se réfèrent à la psychothérapie cognitivo-comportementale.

La supervision, qui implique une réflexion et une évaluation du travail par un expert externe, a lieu dans 55 % des groupes de travail pluridisciplinaires. La plupart de ces supervisions ont lieu en interne, avec la participation directe du superviseur dans le groupe (10 GMF). Trois groupes ont recours à une supervision externe (modèle classique), tandis que cinq groupes utilisent les deux approches. Presque tous les groupes examinés (93 %) organisent des réunions/intervisions post-groupe, ce qui représente une autre méthode de supervision dérivée de l'expérience analytique de groupe et familiale, destinée à échanger des impressions, des émotions et des réflexions au sein de l'équipe de direction. Ces réponses soulignent le caractère multiforme du fonctionnement multifamilial et la profondeur des échanges au sein du groupe, nécessitant des espaces spécifiques de méta-réflexion et d'élaboration. Elles soulignent également la nécessité d'harmoniser et d'intégrer les interventions menées sous diverses formes par l'équipe d'encadrement.

3.2.4. Participants

La plupart des participants sont inclus, en fonction de l'âge, dans la catégorie des adultes (86%), suivie par la catégorie des adolescents (26%). Dans 72% des cas, deux générations sont présentes, dans 27% des cas, trois générations. La relation entre les personnes en traitement et les membres de leur famille est enfant/parent dans 97% des cas, parent/enfant dans 91% des cas, et dans 66% des cas avec un autre membre de la famille nucléaire. L'ensemble de ces données pourrait indiquer la plus grande valeur du lien enfant/parent par rapport aux autres relations familiales (conjoint, fratrie), à l'instar de ce qui est exprimé dans les thérapies de la famille nucléaire.

La plupart (71%) des GMF font partie du traitement des pathologies psychiatriques. Dans les deux groupes de composition hétérogène et homogène, il y a une nette prévalence de troubles psychotiques, respectivement 81% et 90% ; le pourcentage de troubles de l'humeur (74%) et de troubles de la personnalité (67%) est significatif. L'intervention multifamiliale, historiquement conçue pour le traitement des pathologies psychiatriques les plus graves, a récemment été introduite dans le traitement des addictions pathologiques (35%), des troubles alimentaires (26%) et des troubles psychosomatiques (19%).

Il s'agit principalement de groupes ouverts (79%), c'est-à-dire de groupes dans lesquels les participants peuvent entrer ou sortir à tout moment et dont le nombre est variable. Il y a un plus petit nombre (15%) de groupes fermés, c'est-à-dire des groupes dont le début et la fin sont fixés à l'avance et dont la composition ne varie pas. Les 6% restants sont représentés par des groupes à ouverture lente, qui ne prévoient une variabilité de leur composition que dans des cas particuliers. Il est intéressant de noter que ces pourcentages sont pratiquement superposables à ceux exprimés dans le point suivant relatif à la présence de phases dans les réunions du GMF : 78% des groupes ne les prévoient pas, tandis que 26% les prévoient. Cette donnée est vraisemblablement liée à l'approche méthodologique de référence qui, comme dans le cas de l'intervention psychoéducatrice, prévoit un balayage spécifique en phases et donc la nécessité de définir le début et la fin de l'intervention elle-même, ainsi qu'à la composition relativement fixe des participants. Cependant, la plupart de ces groupes (86%) prévoient la participation des personnes traitées à toutes les phases de l'intervention.

3.2.5. Structure et fonctionnement

Dans 75% des réponses, les GMF sont de taille moyenne (entre 10 et 30 participants) et nécessitent une participation en face-à-face dans 78% des cas. Les réunions sont principalement hebdomadaires (56 %) ou bimensuelles (37,5 %) ; seuls 6 % des groupes se réunissent une fois par mois. Les réunions durent 90 minutes dans 58% des cas et 120 minutes dans 39% des cas, seul un groupe dure une heure. De ces données quantitatives, il serait possible de déduire des indications opérationnelles concernant les éléments de contexte susceptibles de faciliter le fonctionnement optimal d'un GMF et de faire partie d'un ensemble transversal d'expériences pouvant être définies comme des "bonnes pratiques".

En ce qui concerne l'environnement dans lequel se déroulent les réunions du GMF, les réponses indiquent une adéquation générale des contextes physiques à la dimension multifamiliale.

En particulier, les groupes se réunissent dans 67% des cas dans des salles polyvalentes et dans 24% des salles d'activités, dont l'adéquation est reconnue dans 97% des cas (dimensions, confort....) tandis que dans 94% des cas, l'intimité et la confidentialité sont garanties. Dans 96% il y a une disposition circulaire des sièges afin de favoriser la circularité des échanges, essentielle dans le contexte multifamilial. A première vue, l'attention nécessaire est accordée à tous les éléments concrets du contexte physique qui peuvent faciliter la création d'un climat de sécurité et de confort dans la dimension complexe de la multiplicité.

La durée des groupes dans le temps est une donnée très variable, qui n'est que partiellement liée à la méthodologie de référence, comme dans le cas du GMF psychoéducative ; la plupart des groupes ne semblent pas se terminer à une date précise. En fait, les interruptions/suspensions sont principalement liées aux contraintes de la récente pandémie (77%) et, dans une moindre mesure, aux limitations des ressources humaines (32%), deux causes externes qui ne sont pas imputables aux choix méthodologiques internes du GMF.

3.2.6. Renvoi

Le dernier point du questionnaire concerne une question délicate et centrale pour le fonctionnement du GMF dans son contexte d'appartenance et se réfère au thème de l'orientation, présent dans les échanges qui ont eu lieu au cours des deux focus groupes parallèles et mis en évidence à plusieurs reprises dans la littérature. La plupart des renvois au GMF (82%) sont internes à l'institution, tandis que 36% sont externes. Ces données pourraient indiquer un bon enracinement du GMF dans le contexte d'appartenance, mais aussi une faible perméabilité avec l'extérieur ainsi qu'un manque de connaissance de cette méthodologie de traitement en dehors des "murs domestiques".

3.3. FOCUS GROUPES

3.3.1. Focus groupes avec les Conducteurs des GMF

3.3.1.1. Participants

Comme convenu entre tous les partenaires lors de la phase de définition du projet, une fois la diffusion et la compilation du questionnaire terminées, un focus groupe a été organisé. Ce focus groupe visait à constituer un échantillon représentatif des Conducteurs participant à la recherche. La constitution de l'échantillon s'est faite sur une base volontaire par le biais d'une demande de disponibilité envoyée par e-mail à tous les collègues ayant rempli le questionnaire.

3.3.1.2. Méthodologie

Le focus groupe 1 s'est tenu le 27 janvier 2023, en ligne (sur la plateforme Zoom), de 09h30 à 12h30, et a été entièrement enregistré. Dix collègues sur trente-quatre ont accepté la demande ; neuf ont assisté à la réunion tandis qu'un avait une urgence professionnelle à la date indiquée. L'échantillon était représentatif des différentes orientations théorico-méthodologiques, reproduisait une distribution géographique similaire à celle de l'échantillon général et incluait des expériences actives dans les secteurs public et privé. La réunion s'est déroulée en présence d'un coordinateur et de deux observateurs.

La méthodologie utilisée était l'analyse SWOT, une méthodologie qui permet à chaque participant d'identifier, sur la base de sa propre expérience, les forces et les éléments problématiques/difficultés au sein de sa propre réalité et de les croiser avec les opportunités et les éventuels obstacles générés par le contexte externe. L'analyse a été menée sur la base de trois thèmes/centres d'intérêt qui se sont révélés être des éléments significatifs et caractéristiques de la majorité des expériences de GMF représentées dans les questionnaires :

- la participation d'au moins deux générations, y compris des personnes actuellement traitées pour des problèmes de santé mentale
- la présence d'une équipe de direction
- l'activation d'un espace d'échange entre les Conducteurs immédiatement après la réunion du GMF (Post-Group)

3.3.1.3. Résultats

Nous faisons les constatations suivantes :

Focus 1 : La participation d'au moins deux générations.

Points forts :

- Dépasser les oppositions défensives, nous/vous, parents/enfants, malade/malade
- Une meilleure comparaison
- Possibilité de mise en miroir
- Inclusion et appartenance

Faiblesses :

- Discontinuité dans la participation de l'ensemble du noyau (familial)
- Difficulté à s'exprimer
- Peur du conflit

Opportunités :

- Économie de ressources (humaines et économiques)
- Canalisation et redéfinition des demandes/réclamations de la famille
- Connaissance et partage du modèle d'intervention

Menaces :

- Difficulté d'orientation, il est préférable d'orienter le(s) parent(s) plutôt que le noyau.
- Craintes d'une stimulation excessive pour le "patient".
- Maintien de la perspective psychiatrique classique qui se concentre sur le traitement de l'individu

Focus 2 : Présence d'une équipe de direction

Points forts :

- Meilleure gestion des échanges, plus grand *containment*
- Soutien mutuel, répartition de la "charge émotionnelle"
- Continuité de l'intervention
- Ventilation des projections

Faiblesses :

- Risque de discordance/inconsistance
- Délégation possible à un seul "thérapeute"

Opportunités :

- Un plus grand partage du Projet Thérapeutique Individualisé
- Surmonter l'isolement et l'intégration des différents milieux
- Intégration entre les différents acteurs professionnels

Menaces :

- Manque de personnel
- Résistance institutionnelle
- Connaissance insuffisante de la méthode

Focus 3 : Post-groupe

Points forts :

- Méta-réflexion sur l'expérience
- Partage des questions critiques

- Intégration de différents points de vue
- Vérification de la cohérence entre le modèle et l'intervention mise en œuvre

Faiblesses :

- Les participants ne voient pas d'éléments critiques

Opportunités :

- Formation continue, possibilité d'accréditation
- Réorganisation par équipes

Menaces :

- Difficulté à reconnaître ce moment comme intégré dans le travail du GMF
- Non-respect des frontières, intrusions institutionnelles, situations d'urgence
- La pratique réflexive est peu mise en œuvre dans d'autres espaces institutionnels

3.3.2. Focus groupe avec les utilisateurs de GMF

3.3.2.1. Participants

Un groupe de discussion composé de 10 à 15 participants impliqués dans les GMF pour diverses raisons (patients, parents, membres de la famille, soignants) a été organisé. Au cours de cette session, des sujets similaires à ceux abordés dans le groupe de discussion impliquant des responsables de GMF ont été évalués. En outre, la comparaison et l'alignement potentiel des réponses des deux groupes de discussion ont pu être utilisés pour valider les résultats de la recherche.

Pour faciliter la participation en personne, une première sélection a été faite, impliquant les membres du GMF de la recherche opérant dans la province de Rome. Par la suite, l'échantillon a été constitué par le biais d'invitations directes adressées par les Conducteurs aux utilisateurs réguliers de ces groupes.

3.3.2.2. Méthodologie

Ce focus group s'est tenu le 8 février 2023 de 09h30 à 12h30 en modalité présentielle, au siège du LIPsiM. Dix-huit utilisateurs ont répondu à l'invitation, dont douze ont participé à la réunion ; l'échantillon était représentatif des différentes figures d'utilisateurs de GMF opérant dans les secteurs sociaux publics et privés. La réunion s'est déroulée en présence d'un coordinateur et de deux observateurs.

Comme pour le focus groupe sur les Conducteurs de GMF, l'analyse SWOT a été utilisée pour mener la réunion. L'analyse a été menée sur la base de deux des trois thèmes activés dans la comparaison entre les Conducteurs, considérés comme les plus évaluables par les utilisateurs :

- La participation d'au moins deux générations, y compris des personnes actuellement traitées pour des problèmes de santé mentale.
- La présence d'une équipe de gestion

Le troisième focus proposé à l'échantillon de managers (activation d'un post-groupe) est apparu difficile à évaluer par les utilisateurs car il concerne un moment de la réunion multifamiliale habituellement réservé à l'équipe de direction.

3.3.2.3. Résultats

Nous faisons les constatations suivantes :

Focus 1 : Participation d'au moins deux générations

Points forts :

- Une plus grande empathie entre les membres de la famille
- Possibilité de dialogue autrement difficile
- *Containment* des émotions exprimées

- « Effet Miroir » et reconnaissance mutuelle
- Possibilité de se reconnaître dans différents rôles
- Aide à établir les limites entre parents et enfants

Faiblesses :

- Peu de ménages/familles complets
- Crainte d'un préjudice
- Peur de s'exposer devant les membres de la famille

Opportunités :

- Écouter les besoins de la famille et y répondre
- Une grande opportunité à moindre coût

Menaces :

- Manque d'informations sur le GMF
- Peu de formation spécifique pour les Conducteurs/Facilitateurs
- Organisation du service susceptible d'entraver l'activité du GMF

Focus 2 : Présence d'une équipe de direction

Points forts :

- Facilitation de la circularité des échanges
- Moins de directivité dans l'animation
- L'équipe de direction comme modèle pour l'ensemble du groupe
- Stimuler le dialogue

Faiblesses :

- Turn-over excessif
- Risque de fragmentation/confusion

Opportunités :

- Intégration entre différentes figures professionnelles
- Moins de "personnalisation" de l'intervention

Menaces :

- Manque de personnel disponible
- Difficulté à maintenir l'engagement en raison d'une charge de travail excessive

Note complémentaire : à la fin de la réunion, les participants ont proposé d'organiser à l'avenir des moments d'échange et de comparaison similaires, les jugeant utiles pour approfondir leur propre expérience et améliorer la pratique multifamiliale.

3.3.3. Conclusions des focus groupes

La comparaison qui a eu lieu entre les participants a permis d'approfondir les différents aspects liés aux thèmes proposés qui, bien que partant des preuves quantitatives issues de l'analyse des résultats du questionnaire, n'ont pas été suffisamment évalués dans leur complexité qualitative.

Les participants s'accordent sur la prédominance des points forts, également compris comme le potentiel interne, par rapport aux problèmes critiques évalués plus comme une résistance initiale à l'intervention multifamiliale que comme des contenus négatifs réels. En particulier, la présence simultanée de plusieurs générations, de membres de la famille et d'utilisateurs des services de santé mentale, semble être le contenu le plus critique lors des premiers contacts avec le GMF. Ils considèrent également la présence de plusieurs générations comme l'élément qui caractérise le mieux le type d'échanges et le climat qui règne au sein du groupe lui-même, en définissant sa signification, en augmentant sa complexité et en facilitant la réalisation des objectifs. Des considérations similaires sont apparues en ce qui concerne la présence d'une équipe d'animation, dont la constitution apparaît comme un processus graduel plutôt que comme un acte formel.

En effet, même dans les différentes acceptions (Conducteur plus divers Conducteurs, équipe de co-animation, coordinateur plus observateurs), les faiblesses apparues par rapport à cet axe semblent se résorber au fil de la pratique, notamment en ce qui concerne la répartition de la charge émotionnelle et l'optimisation des échanges.

En ce qui concerne le troisième axe proposé aux Conducteurs, les participants s'accordent à reconnaître l'importance d'un moment de réflexion commun par rapport à l'intervention mise en œuvre ; ce moment, prévu comme partie intégrante du GMF, garantirait l'harmonisation/consistance nécessaire à la gestion mise en œuvre sous forme plurielle. Il convient de souligner qu'aucun élément critique interne n'a été identifié en ce qui concerne ce contenu.

Par rapport aux obstacles présents dans le contexte externe, la difficulté culturelle/idéologique de proposer une intervention clinique qui réunit les membres de la famille et les usagers semble émerger, comme une donnée transversale, amplifiée et soutenue par un manque de connaissance de l'expérience multifamiliale. En ce sens, la conception des interventions de formation multifamiliale devrait prévoir des actions préparatoires spécifiques visant la culture et le fonctionnement des contextes institutionnels.

A côté des différences théorico-méthodologiques évidentes qui caractérisent les différentes expériences, une forte convergence sur les thèmes proposés qui peuvent être considérés comme des éléments communs caractérisant l'expérience multifamiliale semble significative. La participation simultanée d'au moins deux générations, la présence d'une équipe de gestion et l'activation de moments de réflexion dédiés semblent donc assumer le rôle de bonnes pratiques et de variables de processus incontournables dans la mise en place d'une intervention en Santé Mentale qui peut être définie comme un Groupe Multifamilial.

3.4. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique effectuée par le LIPsiM dans le contexte italien a mis en évidence le fait que les mots-clés qui ont donné lieu à un meilleur index des contenus, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, sont *Multifamily Groups*, *Multifamily Psychoanalysis*, *Multifamily Therapy*. Dans un premier index, les éléments bibliographiques récurrents ont été sélectionnés et ensuite divisés en deux listes: (voir annexe 1).

1- Bibliographie italienne : tâche spécifique du LIPsiM, elle a mis en évidence la présence d'articles, de monographies, de livres et de chapitres de livres. La plupart des entrées se réfèrent à la psychanalyse multifamiliale, tandis que le seul manuel d'utilisation est un texte d'intervention psycho-éducative multifamiliale.

2- Bibliographie en italien : elle rassemble les publications étrangères traduites en italien considérées comme particulièrement représentatives des modèles d'intervention multifamiliale présents en Italie. Il a été jugé opportun de conserver ces entrées qui, dans la version originale, figureront dans la bibliographie internationale, en pensant offrir des informations facilement utilisables par les destinataires finaux du Guide des Groupes Multifamiliaux.

3.5. CONCLUSIONS

L'objectif principal du projet "Groupes multifamiliaux en santé mentale (FA.M.HE)" est d'accroître la connaissance des différents groupes multifamiliaux existant dans le domaine de la santé mentale en ce qui concerne leur diffusion territoriale, les différents modèles existants et leurs caractéristiques. Dans ce sens, un premier fait significatif qui a émergé de la recherche concerne la confirmation de la différenciation de l'expérience multifamiliale dans deux domaines principaux :

1- Les réunions psychoéducatives multifamiliales, qui traitent des problèmes de santé mentale et donnent des informations sur la manière de les gérer.

2- Les réunions thérapeutiques multifamiliales, qui traitent de la souffrance psychique du contexte familial et pas seulement de la personne qui manifeste des problèmes de santé mentale, en essayant d'approfondir et de surmonter les difficultés qui surgissent grâce à la contribution de chaque participant.

Comme nous l'avons déjà souligné dans la phase d'analyse des résultats, au sein du deuxième volet, un pourcentage prédominant concerne les groupes multifamiliaux de psychanalyse. Pour l'instant, nous sommes intéressés à souligner comment il s'agit d'un élément en relation avec la plus grande diffusion effective de cette méthodologie sur le territoire national (il y a actuellement environ 60 GMF de psychanalyse actifs dans les différentes régions) mais aussi avec le travail continu de comparaison, de recherche et de formation effectué par le LIPsiM.

L'existence d'une structure associative, qui offre un réseau de soutien, de stimulation et d'analyse approfondie de l'utilisation des GMF dans le traitement de la détresse psychique, semble donc être un facteur déterminant pour la diffusion et le développement correct d'un outil d'intervention aussi complexe. En outre, en ce qui concerne l'organisation de cours de formation appropriés pour les chefs/Facilitateurs de GMF, une action utile pour les objectifs du projet pourrait être précisément la création d'une structure associative européenne qui, à l'instar de ce qui est fait par le LIPsiM en Italie, soutienne et mette en ligne ces programmes.

En ce qui concerne la conception de cours de formation adéquats, il convient de tenir compte du fait que les données du questionnaire et les échanges qui ont eu lieu dans les focus groupes soulignent que l'animation du GMF est dans presque tous les cas assurée par une équipe d'animation, dont la composition est souvent hétérogène et qui comprend des figures professionnelles ayant une formation académique, un rôle et une expérience clinique différents. Ce scénario représente un défi stimulant pour l'élaboration de cours de formation qui devront non seulement prendre en compte les multiples dimensions de la gestion, mais aussi la nécessité d'intégrer de manière créative les différentes compétences exprimées par les différentes figures professionnelles. Dans ce sens, un passage caractéristique semble être, à côté de la construction précise d'un cadre de référence théorique, la définition de ces compétences transversales nécessaires pour créer une équipe de gestion solide et cohérente.

Un autre élément caractérisant les différentes expériences multifamiliales décrites dans le questionnaire est la présence d'un espace de réflexion immédiatement après la réunion du GMF, dédié aux discussions entre les Conducteurs ; comme le souligne l'analyse des données recueillies, bien qu'il soit utilisé par tous les locataires comme un moment fondamental et une partie intégrante du travail multifamilial, cet espace rencontre de nombreux obstacles pour être protégé et peine à être reconnu par le contexte institutionnel. En effet, l'analyse des réponses fournies par les Conducteurs présents dans le focus groupe qui leur est dédié met en évidence comment les Conducteurs, bien qu'ils ne reconnaissent aucune criticité interne relative à cette pratique mais seulement des avantages, rapportent une série d'obstacles externes imputables à la résistance du contexte institutionnel : le non-respect de la frontière à travers les intrusions institutionnelles et les urgences cliniques ainsi que le manque d'aptitude à la pratique réflexive au sein des Services de Santé Mentale.

Des considérations similaires émergent des réponses fournies lors des deux focus groups en ce qui concerne la participation d'au moins deux générations et la présence de personnes en plus grande difficulté, caractéristiques définies comme une condition préalable à la participation à la recherche ; il est intéressant de voir comment, indépendamment de l'orientation théorico-méthodologique, cet élément représente dans la plupart des réponses un des aspects connotatifs de l'expérience multifamiliale et, tout en soulignant des difficultés spécifiques dans la gestion correcte, ces dernières sont considérées comme physiologiques par rapport à la complexité de l'"intervention". D'autre part, les obstacles, souvent concrètement organisationnels ou structurels, présents dans le contexte externe sont mis en évidence comme une véritable résistance institutionnelle.

Dans la perspective d'une meilleure connaissance et diffusion du travail multifamilial, il apparaît essentiel de prendre en compte ces difficultés culturelles/idéologiques pour comprendre et proposer une intervention clinique qui associe les membres de la famille et les usagers ; il est donc nécessaire de prévoir, au sein des formations multifamiliales, des moments préparatoires spécifiques visant la culture et le fonctionnement des contextes de soins et d'accompagnement en santé mentale.

L'intervention multifamiliale d'information/formation serait donc définie comme une formation multiple impliquant au moins trois niveaux : l'opérateur individuel, les groupes de travail et le contexte institutionnel.

4. RAPPORT DE LA BELGIQUE

4.1. SITUATION EN BELGIQUE

La Belgique a trois langues officielles (le néerlandais, le français et l'allemand). Le pays est organisé en plusieurs niveaux de pouvoir : l'État fédéral, les États fédérés (trois Régions basées sur le territoire et trois Communautés basées sur la langue) et les autorités locales (provinces et communes).

L'autorité sur le système de soins de santé est divisée entre le gouvernement fédéral et les États.

Le Service public fédéral (SPF) Santé publique est responsable de l'organisation générale et de la planification du système de santé.

Toujours au niveau fédéral, l'Institut national d'assurance maladie et invalidité (*INAMI*) gère l'assurance maladie obligatoire par le biais des cotisations de sécurité sociale.

Les États sont les principales autorités compétentes en matière de soins de santé mentale, de soins aux personnes âgées, de soins aux personnes handicapées, de soins primaires et de soins à domicile, de réadaptation, de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Pour une bonne coopération entre le gouvernement fédéral et les États, des conférences interministérielles sont régulièrement organisées.

Le budget de l'assurance maladie et de la politique de santé est déterminé lors de négociations entre les représentants des autorités, les patients (via les caisses d'assurance maladie), les employeurs, les salariés et les indépendants. Les prestataires de soins de santé sont impliqués dans les décisions relatives aux tarifs et aux remboursements des services médicaux. Ces décisions font l'objet d'accords nationaux ou d'accords entre les représentants des prestataires de soins et les caisses d'assurance maladie.

Organisation des soins de santé mentale

Les soins de santé mentale en Belgique sont – également – principalement caractérisés par une structure verticale avec les principaux acteurs suivants :

- Le SPF Santé publique,
- L'administration fédérale INAMI,
- Les administrations publiques (Communautés et Régions).

Ces organismes – en collaboration avec les plateformes de consultation en soins de santé mentale – sont responsables de la gestion des soins de santé psychiatrique dans des structures principalement résidentielles :

- Les hôpitaux psychiatriques,
- Les départements psychiatriques des hôpitaux généraux,
- Les foyers de soins psychiatriques,
- Les initiatives de logement protégé,
- Les centres de soins de santé mentale.

Parallèlement à ces institutions, il existe un certain nombre de structures de soins de santé ayant un accord avec l'INAMI, telles que des centres de réhabilitation psychosociale et des centres de crise.

En Belgique, la situation des soins de santé mentale est assez complexe. Par exemple, le gouvernement fédéral est responsable du financement des psychiatres et des services psychiatriques dans les hôpitaux, tandis que les Communautés et les Régions sont responsables de l'organisation et du financement des soins de santé mentale ambulatoires.

Désinstitutionnalisation

Comme dans la plupart des pays industrialisés, le secteur des soins de santé mentale en Belgique a été réformé à plusieurs reprises depuis la fin du 20^e siècle. L'objectif de ces réformes était de traiter les personnes souffrant de problèmes de santé mentale autant que possible dans leur propre environnement et

structure sociale, en permettant aux patients de rester le plus longtemps possible dans leur environnement familial.

L'accent a donc été mis sur une meilleure intégration des soins dans le milieu de vie plutôt que dans les institutions psychiatriques (désinstitutionnalisation).

Initiatives innovantes en matière de soins de santé

L'article 107 de la loi sur les hôpitaux est une technique de financement qui permet de désaffecter des lits dans les hôpitaux généraux et psychiatriques et d'investir les fonds ainsi libérés dans des initiatives de soins innovantes telles que les équipes mobiles. Le personnel libéré par le déclassement de lits peut être déployé dans des soins alternatifs. Dans la pratique, il s'agit d'équipes mobiles pour les soins spécialisés à domicile ou l'intensification des soins résidentiels.

4.2. ENQUETE - CARACTERISTIQUES DES GMF

4.2.1. Contexte institutionnel/organisationnel

Nous diffusons le questionnaire auprès de 4 groupes cibles :

Un premier groupe est constitué d'"experts" en GMF. Nous définissons les 'experts' comme des chercheurs qui ont publié sur les groupes multifamiliaux en Belgique. Sur base de l'étude bibliographique, nous trouvons quatre experts pour la Flandre et trois experts pour la Wallonie.

Les experts sont contactés par courrier avec une invitation à se rencontrer par téléphone/zoom/personne (septembre 2022). Cinq experts acceptent cette invitation. Le projet est présenté oralement. Il est demandé aux experts de distribuer une lettre d'introduction à leur réseau, et leur volonté de remplir le questionnaire une fois qu'il sera prêt est sondée. Après un mois, les experts reçoivent le lien vers le questionnaire sur Google Forms (octobre 2022).

En Flandre, nous avons reçu une réponse de trois experts et deux réponses de leur réseau.

En Wallonie, nous avons reçu les réponses de deux experts.

Un deuxième groupe cible est constitué par les hôpitaux psychiatriques. Nous répertorions tous les hôpitaux psychiatriques, dont 32 hôpitaux en Flandre et 26 hôpitaux en Wallonie.

Les hôpitaux psychiatriques sont contactés par téléphone et le responsable/coordonateur du service thérapeutique/psychologique de l'hôpital leur est demandé (septembre 2022). Ces responsables/coordonateurs sont informés verbalement du projet et invités à distribuer une lettre d'introduction à leur personnel (octobre 2022). Après un mois, les responsables/coordonateurs sont recontactés par e-mail, avec un rappel de participation au projet et un lien vers le questionnaire sur Google forms (novembre 2022).

Sur les 32 hôpitaux que nous avons contactés en Flandre, 12 n'ont pas répondu. Onze hôpitaux nous ont appris qu'ils n'avaient aucune expérience ou connaissance du GMF. Deux hôpitaux nous ont informés qu'ils avaient eu un groupe dans le passé, mais pas actuellement - un groupe a tout de même rempli un questionnaire. Au final, nous avons reçu un total de 16 questionnaires complétés provenant de 7 hôpitaux différents. Les groupes familiaux en Flandre sont répartis dans les 5 provinces. Tous les GMF (sauf un dans un cabinet de groupe ambulatoire) sont organisés à partir d'un hôpital psychiatrique. Nous constatons que 7 groupes flamands (sur 18) sont organisés dans le cadre de soins résidentiels ; 6 groupes sont situés dans un service offrant à la fois des soins ambulatoires/de jour et des soins résidentiels. En outre, 4 groupes n'offrent que des soins en hôpital de jour/ambulatoire. À Bruxelles, nous trouvons 1 GMF à l'hôpital général universitaire, qui se déroule dans un service résidentiel où la thérapie ambulatoire est également possible.

Sur les 26 hôpitaux de Wallonie, nous n'avons reçu aucune réponse de 8 hôpitaux. En outre, 9 hôpitaux ont déclaré n'avoir aucune expérience ou connaissance du GMF. En outre, deux hôpitaux ont indiqué qu'ils n'avaient pas le temps de coopérer. L'un d'entre eux n'a pas précisé s'il avait des connaissances en matière de GMF, tandis que l'autre avait de l'expérience. Au final, nous avons identifié 6 groupes multifamiliaux dans 6 hôpitaux différents. Tous les questionnaires de Wallonie provenaient de centres psychiatriques ré-

partis dans les 5 provinces. Nous constatons que 3 groupes wallons (sur 6) offrent des soins ambulatoires et résidentiels, 1 groupe n'offre que des soins résidentiels, 2 groupes n'offrent que des soins ambulatoires/en hôpital de jour.

Troisièmement, une liste de 44 organisations, associations et institutions professionnelles est établie sur la base d'une enquête en ligne.

Les organisations professionnelles ont reçu un courriel contenant une brève explication du projet, la lettre d'introduction et le lien vers le questionnaire sur Google forms (octobre 2022). Elles sont invitées à diffuser ces informations à leurs membres.

Ni en Flandre ni en Wallonie, nous n'avons reçu de réponse de la part d'un organisme professionnel.

Un quatrième groupe cible est constitué de 29 organisations familiales, dont 16 en Flandre et 13 en Wallonie, recensées par le biais d'une enquête en ligne.

Les organisations familiales sont contactées par téléphone ou par courriel, avec une brève explication du projet. Elles reçoivent la lettre d'introduction et le lien vers le questionnaire sur Google forms (octobre 2022). Il leur est demandé de diffuser ces informations auprès de leurs membres.

Ni en Flandre ni en Wallonie, nous n'avons reçu de réponses de la part des organisations familiales.

En conclusion, nous avons identifié 18 GMF néerlandophones et 6 GMF francophones.

4.2.2. Caractéristiques

En Flandre, 66% (12/18) des groupes partent d'une vision systémique. Dans 27% (5/18), le groupe utilise exclusivement une approche systémique, dans 27% (5/18), la thérapie systémique est combinée à une approche psycho-éducative (thérapie comportementale ou modèle Maudsley), dans 11% (2/18) à une approche psychanalytique (psychodynamique ou Badaracco).

En outre, 11 % (2/18) des groupes s'appuient exclusivement sur le modèle de Maudsley, 5 % (1/18) des groupes utilisent uniquement la psychoéducation, 5 % (1/18) des groupes exclusivement la thérapie comportementale, 5 % (1/18) des groupes exclusivement le modèle de Badaracco.

En Flandre, 83% (15/18) des groupes ont des objectifs de psychothérapie et 61% (11/18) souhaitent proposer une psychoéducation. Dans 55% (10/18) des cas, le groupe espère se soutenir mutuellement.

En Wallonie, 83% des groupes (5/6) partent d'une vision thérapeutique systémique. Dans 33% (2/6), cette vision est combinée avec une formation en thérapie de groupe, dans 33% (2/6) avec une vision psycho-éducative (dont 1 selon le modèle de Maudley), et dans 16% (1/6) avec une vision psychodynamique. Seuls 16% (1/6) travaillent exclusivement selon un modèle psychodynamique.

En Wallonie, tous les groupes indiquent qu'ils se concentrent sur le soutien et l'entraide entre pairs. La plupart des groupes ont des objectifs thérapeutiques, à l'exception d'un groupe qui déclare explicitement ne pas vouloir proposer de thérapie. Dans 66% (4/6) des groupes, il s'agit d'offrir une psychoéducation.

4.2.3. Animation

En Flandre, 61% (11/18) des groupes travaillent uniquement avec des co-thérapeutes, dans les 38% (7/18) restants, il y a un (ou deux) chef(s) de groupe. Dans tous les groupes flamands, il y a un psychologue (ou un pédagogue) qui, dans 55% des cas (10/18), travaille avec une infirmière. En outre, dans 33% (6/18) des groupes, un travailleur social est présent, dans 27% (5/18) un psychiatre, dans 22% (4/18) un psychomotricien, dans 11% (2/18) des groupes un diététicien, un thérapeute créatif ou dramatique, ou un expert par expérience. Dans un groupe (16%), un éducateur participe.

En Wallonie, 66% (4/6) des groupes travaillent uniquement avec des cothérapeutes, dans les 33% (2/6) restants, il y a un chef de groupe. Dans la majorité (5/6, 83%) des GMF wallons, l'axe central est un médecin-infirmier, complété dans 50% par un psychologue ou un éducateur, et dans 16% (1/6) par un assistant social. Seul 1 groupe (16%) est supervisé par un seul psychologue.

En Flandre, nous comptons 29 types de thérapeutes, avec 48% (14/29) de thérapeutes systémiques, 20% (6/29) de thérapeutes cognitivo-comportementaux, 10% (3/29) de thérapeutes psychodynamiques et 7% (2/29) de psychanalystes, 3% (1/29) de thérapeutes de groupe, et 10% (3/29) d'autres types de thérapeutes.

En Wallonie, on dénombre 15 types de thérapeutes, avec 63% (5/15) de thérapeutes systémiques, 27% (4/15) de thérapeutes cognitivo-comportementaux, 13% (2/15) de thérapeutes psychodynamiques, 13% (2/15) de thérapeutes de groupe, et 13% (2/15) d'autres types de thérapeutes.

4.2.4. Participants

Comme le prévoyait le questionnaire, tous les groupes accueillent au moins 2 générations. En Flandre, les patients ne sont pas toujours présents dans 11% (2/18), en Wallonie dans 50% (3/6) des groupes. Nous pouvons diviser l'échantillon de 24 GMF en 5 groupes sur base de la pathologie et du stade d'âge :

1. Dans le cadre des troubles alimentaires, tous les groupes, tant en Wallonie (1) qu'en Flandre (5), se concentrent sur les adolescents et les jeunes adultes
2. Dans le cadre de la prise en charge des addictions, nous trouvons en Flandre 2 groupes pour les adolescents/jeunes adultes et 2 groupes pour les adultes. En Wallonie, il n'y a pas de groupe spécifique dans le domaine des soins aux toxicomanes.
3. Dans le cadre de la prise en charge de la psychose, 2 des 3 groupes en Flandre se concentrent sur l'âge de transition (15-30 ans). En Wallonie, nous n'avons trouvé aucun GMF dans le cadre de la prise en charge de la psychose.
4. Nous avons trouvé 1 groupe familial flamand et 1 groupe familial wallon axés sur les troubles affectifs
5. Alors qu'en Wallonie, les groupes hétérogènes s'adressent principalement à un public adulte (3, en plus d'un groupe destiné aux adolescents/jeunes adultes), en Flandre, 4 groupes hétérogènes s'adressent exclusivement aux adolescents/jeunes adultes.

4.2.5. Structure et fonctionnement

Nous pouvons regrouper les types de groupes autour d'une pathologie particulière :

1. 25% (6/24) des groupes se concentrent sur les troubles de l'alimentation, avec 5 groupes en Flandre et 1 en Wallonie. Ce sont tous des groupes fermés, à l'exception d'un groupe à ouverture lente. Ils indiquent que 4 groupes (le wallon et les 3 flamands) sont inspirés du modèle de Maudsley et basés sur des principes cognitifs. Ces groupes se réunissent 8 à 10 fois par journée entière, avec une fréquence décroissante au cours de l'année. Bien que ces groupes suivent le même modèle, chaque groupe a sa propre fréquence et sa propre répartition des séances. Les deux autres groupes flamands consacrés aux problèmes alimentaires travaillent dans une perspective systémique. Un groupe se réunit un jour par semaine pendant deux mois. L'autre groupe se réunit tous les quinze jours pendant 2 à 3 heures.
2. 16,7% (4/24) constituent des groupes fermés de traitement des addictions, structurés en séries récurrentes de 4 à 5 sessions. Les séances durent de 1,5 à 2 heures tous les quinze jours.
3. 12,5% (3/24) des groupes se concentrent sur le traitement de la psychose. Un groupe suit le modèle psycho-éducatif de McFarlane, mené dans un cadre fermé avec une série prédéterminée de six sessions. Ces séances commencent tous les quinze jours, se poursuivent tous les mois et sont suivies d'un intervalle de trois mois. Deux groupes sont influencés par l'approche de Badaracco, chacun avec des formats distincts : l'un fonctionne avec un groupe fixe sur quatre sessions, se réunissant toutes les trois semaines (les trois premières étant en ligne et la dernière réunion se déroulant en personne). L'autre groupe est ouvert et se réunit tous les quinze jours pendant une heure et demie.
4. 8,3 % (2/24) des groupes se concentrent sur la prise en charge des troubles affectifs. Le groupe flamand adopte une approche psychoéducatrice dans un cadre d'ouverture lente, permettant la participation à des séances hebdomadaires sur indication. Le groupe wallon, quant à lui, est ouvert et se réunit tous les mois pendant deux heures.

5. 29,2% (7/24) des groupes sont hétérogènes et très diversifiés. En Flandre, un groupe se réunit tous les trimestres pour des "soirées familiales" avec un objectif psycho-éducatif. Un autre groupe à ouverture lente, ciblant les doubles diagnostics d'addiction et de troubles de la personnalité, se réunit tous les quinze jours pendant 1,75 heure. En outre, un troisième groupe est fermé pendant six séances et se réunit tous les quinze jours, tandis qu'un quatrième groupe est ouvert et se réunit tous les quinze jours. En Wallonie, trois groupes ouverts partagent un profil similaire inspiré du travail de Serge Mertens de Wilmars. Ces groupes s'adressent aux adultes et se réunissent tous les mois pendant deux heures. Un autre groupe hétérogène en Wallonie est en cours de formation et a l'intention de créer un groupe mensuel fermé.

Tant en Flandre qu'en Wallonie, deux tiers des groupes sont de taille moyenne, les 33% restants étant de petite taille. En Flandre, on trouve un groupe de plus de 30 personnes. Dans tous les cas, l'espace est adapté à la taille du groupe et la confidentialité peut être garantie. Chacun se place dans un cercle concentrique, sauf dans les 4 groupes flamands de toxicomanie et le groupe psycho-éducatif affectif : là, les personnes s'assoient à une table.

Comme le plus ancien, le groupe psycho-éducatif affectif flamand a démarré en 2000. Par la suite, il y a eu un fort mouvement de groupes autour des problèmes alimentaires, avec un premier en 2003, puis deux groupes en 2007 (1 wallon et 1 flamand). On constate ensuite un étalement dans le temps, avec un groupe qui se crée chaque année depuis 10 ans et qui existe toujours. Trois groupes sont actuellement en phase de démarrage.

44% (8/18) des groupes en Flandre et 33% (2/6) des groupes en Wallonie indiquent qu'ils n'ont jamais dû interrompre leurs activités. En revanche, 33% (6/18) des groupes en Flandre et 66% (4/6) des groupes en Wallonie ont dû interrompre leurs activités en raison de la pandémie. En outre, 22% (4/18) des groupes flamands ont dû interrompre leurs activités en raison d'un manque de personnel.

Depuis la pause, tous les groupes se sont retrouvés sur le site, un groupe a demandé aux participants de s'inscrire à l'avance depuis, un groupe a conservé le support en ligne. 8% (2/24) des groupes indiquent qu'un redémarrage n'a pas encore été possible.

4.2.6. Renvoi

Tous les groupes flamands travaillent uniquement avec des référents internes, à l'exception du groupe ambulatoire. Dans les groupes wallons, c'est l'inverse : un seul groupe travaille avec des référents internes et les 4 autres groupes reçoivent des participants internes et externes.

4.3. FOCUS GROUPES

4.3.1. Focus groupes avec les Conducteurs des GMF

4.3.1.1. Participants

Après la diffusion et la compilation des questionnaires, comme convenu lors de la phase de définition du projet, un focus groupe a été organisé, ciblant un échantillon représentatif de Conducteurs impliqués dans la recherche. Des experts de chaque région (française et néerlandaise) ont été contactés par courrier électronique et des dates ont été fixées en fonction de leur disponibilité. Le focus groupe initial pour les participants francophones a eu lieu le 10 janvier, et pour les participants néerlandophones le 13 janvier 2023, chaque session durant 90 minutes. Des invitations ont ensuite été envoyées par courrier à tous les répondants au questionnaire : 18 en Flandre et 9 en Wallonie. Les répondants ont eu la liberté d'inviter des collègues du GMF, ce qui a permis de constituer un groupe de 14 participants pour la Flandre et de 16 pour la Wallonie, y compris le modérateur et deux observateurs.

Pour le focus groupe d'approfondissement suivant, les experts et les répondants ont à nouveau reçu des invitations. La session francophone a été programmée pour le 20 février, et la session néerlandophone pour le 21 février 2023, également pour une durée de 90 minutes. Les répondants ont été encouragés à inviter eux-mêmes des collègues GMF. En outre, un expert français supplémentaire a été invité pour le groupe wallon et un thérapeute GMF expérimenté pour le groupe flamand. Par conséquent, le groupe flamand comprenait 13 participants et le groupe wallon 10 participants, y compris le modérateur et deux observateurs.

4.3.1.2. Méthodologie

Nous organisons 2 focus groupes, à environ un mois d'intervalle, dans chaque région. Cela donnera un total de 4 réunions avec les thérapeutes du GMF (deux en néerlandais, deux en français).

Au cours de la première réunion, une analyse SWOT est réalisée sur la base des résultats du questionnaire. Lors de la deuxième réunion, les conclusions du premier focus groupe sont approfondies.

Les focus groupes sont dirigés par un modérateur externe à chaque fois, avec deux observateurs. Les réunions se déroulent via Zoom et sont enregistrées. Les enregistrements font l'objet d'une transcription anonyme qui est envoyée aux participants.

4.3.1.3. Résultats

Nous faisons les constatations suivantes :

Focus groupe 1 : francophone, analyse SWOT

Points forts :

- Le GMF s'inscrit dans le cadre du changement de paradigme dans les soins de santé mentale, où la famille occupe une place à part entière, aux côtés du patient et des soignants.
- Anti-stigmatisation. Les contacts à l'intérieur et à l'extérieur de la psychiatrie sont facilités (à la fois pour les membres de la famille et pour les autres travailleurs sociaux impliqués).
- GMF part d'une éthique relationnelle : les préoccupations sont abordées en relation les unes avec les autres.
- Approche communautaire : un GMF crée un microcosme dans lequel une capacité de charge collective est mobilisée.
- Faire l'expérience du soutien mutuel et de la solidarité.
- Les pairs sont souvent plus ouverts les uns aux autres qu'aux conseillers, ce qui permet d'atténuer les défenses et d'être plus réceptif à l'apprentissage émotionnel.
- En s'appuyant sur leur rôle d'aidant pour les autres, les pairs parviennent souvent à une nouvelle compréhension de leur propre situation.
- La multiplicité des perspectives permet, d'une part, de se reconnaître dans les autres et, d'autre part, de se différencier des autres - grâce à ce processus d'identification et de différenciation, on comprend mieux le caractère unique de sa situation personnelle.
- Le GMF permet de rétablir la division intergénérationnelle du travail : les parents dans leurs compétences parentales, les enfants dans leur tâche développementale de séparation-individuation.
- L'accent est mis sur le dialogue transgénérationnel et intergénérationnel, en apprenant à communiquer les uns avec les autres in vivo.
- Il existe une grande variété de méthodologies pour le GMF :
 - Groupe : groupe fermé (en fonction de la sécurité) - groupe ouvert (en fonction de la diversité)
 - Pathologie : homogène (en fonction de la cohésion) - hétérogène (en fonction de la liberté)
 - Processus d'évolution : parallèle (tout le monde évolue de la même manière, en fonction de l'espoir) - divergent (tout le monde se trouve à un stade différent de l'évolution, en fonction de la fécondation croisée)

- Objectifs thérapeutiques : clairement énoncés (directs) - découlant d'un cadre/dispositif pouvant générer des effets thérapeutiques (indirects)
- Le GMF est complémentaire à d'autres formes de thérapie (thérapie individuelle, thérapie familiale individuelle, thérapie de groupe, etc.)
- Le GMF est une opportunité d'apprentissage importante pour les travailleurs humanitaires

Faiblesses :

- Tout ne peut pas être travaillé en groupe : il est parfois nécessaire d'organiser des réunions familiales individuelles en parallèle.
- Les groupes peuvent être très nombreux et très diversifiés : comment gérer l'indication ?
- La culpabilité peut être amplifiée ou jouée.
- Les différences dans l'évolution des participants (par exemple, en raison d'une rechute, d'une évolution négative) peuvent avoir un effet négatif sur les autres participants.

Opportunités :

- Quelle pourrait être la place du GMF dans les soins primaires ?

Menaces :

- Il faut du temps pour instaurer une culture du GMF au sein d'une organisation.
- Aspects organisationnels : trouver un lieu approprié, d'autres thérapeutes du GMF, un moment approprié.
- L'engagement des familles demande de l'attention.

Focus groupe 2 : néerlandophone, analyse SWOT

Points forts :

- S'inscrit dans l'évolution actuelle qui consiste à s'intéresser davantage au patient et au système dans le cadre du conseil : le conseil est un "pont" plutôt qu'un "mur".
- GMF contre le sentiment d'impuissance des membres de la famille face à la maladie : sentiment d'être ensemble dans le traitement.
- Le GMF est une forme d'autonomisation : les familles font ressortir ce qu'il y a de positif chez les uns et les autres.
- Les personnes souffrant de la même maladie sont davantage mandatées pour se conseiller mutuellement que les conseillers.
- Les liens, la reconnaissance et le partage des expériences au sein du GMF permettent de guérir.
- GMF offre la possibilité d'un apprentissage indirect : en observant d'autres familles, on commence à réfléchir et à apprendre sur sa propre situation. Cela se fait à son propre rythme.
- On peut apprendre à mieux prendre soin de soi et à fixer des limites aux membres de la famille. Une telle clarté garantit un meilleur alignement intergénérationnel.
- Donne de l'espace et de l'air à des dynamiques familiales bloquées : on peut faire l'expérience d'être entendu par d'autres parents/jeunes et compris d'une manière différente.
- Diversité dans le travail avec les patients/la présence de la deuxième génération :
- Patient invité mais non présent
- Le patient en tant que personne invitante
- La famille ne peut participer que si le patient participe
- Le patient est soulagé que sa famille ait son propre lieu de vie, où il n'a pas à se rendre.

Faiblesses :

- Importance du moment choisi pour participer au GMF : moins approprié lorsque les capacités propres ne sont pas suffisantes (par exemple, en cas de crise, lorsque l'on est encore dépassé par les événements, lorsque les histoires des autres sont lourdes, ...).
- Importance d'une bonne indication/de groupes délimités (âge, stade de la maladie) : en fonction de la reconnaissance et de la cohésion, pour éviter de dissuader les jeunes participants par une image chronique, et pour éviter de confronter les anciens participants au deuil de ce qui a été perdu.

- le GMF peut encourager la comparaison avec les pairs, ce qui peut conduire à une augmentation de l'émotion exprimée.
- Risque d'aggravation des conflits sous-jacents.

Opportunités :

- GMF au sein de la convention des psychologues.
- Un excellent rapport coût-efficacité pour les institutions.

Menaces :

- Un conflit peut survenir pour le thérapeute s'il voit également le patient ou la famille individuellement.
- Au moins deux thérapeutes sont nécessaires, un troisième en fonction de la taille du groupe.
- Un groupe trop important.
- Statut financier : si le patient ne participe pas, le système ne peut pas être facturé.
- Il est important de relier le GMF au contexte plus large de la santé mentale, afin d'éviter qu'elle ne devienne une "île".

Focus group 3 : néerlandophone, analyse approfondie

Focus 1 : Traiter différentes demandes d'aide au sein d'un même système

- Dans certains endroits, la condition d'admission est l'accord du patient pour inviter le réseau.
- En utilisant des modèles spécifiques :
- Psychoéducation : fournit une structuration et un phasage des différentes questions.
- Modèle de thérapie familiale basée sur l'attachement : travailler d'abord sur le lien/la connexion/la restauration de la confiance, avant de travailler sur les symptômes.
- Dans la première phase : expliciter diverses questions d'aide personnelle ; dans la deuxième phase : choisir une question d'aide sur laquelle le groupe se concentre.
- Utiliser la "boîte à soucis" : n'importe qui peut mettre anonymement un sujet dans la boîte à soucis, et l'un d'entre eux est tiré au sort comme thème de la conversation.
- La thérapie individuelle (familiale) comme complément :
- En préparation à la participation au GMF : lever les résistances de la famille et des patients ; parvenir à une demande d'aide commune.
- Parallèlement au GMF : accueillir ou approfondir des demandes d'aide trop spécifiques à la famille
- Séances d'information pour le réseau, afin d'interpréter le cadre du GMF
- Dans le GMF, il est question des effets des différents engagements pris par les participants.

Focus 2 : Résistances à travailler avec un GMF

- De la part des patients/de la famille :
 - Rattrapage par : préparation à la motivation lors des discussions individuelles avec les familles, utilisation de techniques non verbales lors du GMF, demande de retour d'information lors des discussions individuelles avec les familles
 - Un dialogue direct peut créer des tensions
 - L'utilisation de la communication indirecte est spécifique au GMF : les pairs de l'âge, du rôle et du lot peuvent aider à répondre à des questions pour lesquelles une communication directe n'est pas encore possible au sein de la famille.
- Des thérapeutes :
 - Si certains thèmes n'ont pas leur place dans le GMF : trop personnel/intime

Focus 3 : Besoin de supervision/intervention

- Évaluation avec les participants :
- Questionnement dans le GMF : "Comment chacun a-t-il vécu cette expérience ?
- Utilisation de formulaires de retour d'information, remplis par les utilisateurs à la fin de la session
- Débriefing entre les co-thérapeutes :

- Discuter des ajustements et réajustements nécessaires pour l'avenir
- Alignement entre les co-thérapeutes
- Nommer ses propres côtés familiaux et vulnérables

Focus 4 : Besoins actuels autour du GMF

- Échange d'exemples concrets, de bonnes pratiques, de techniques et d'exercices
- Comment réunir un nombre suffisant de participants - un flux stable
- Comment gérer les enfants adultes

Focus group 4 : francophone, analyse approfondie

Focus 1 : Traiter différentes demandes d'aide au sein d'un même système

- Liberté de travailler avec différentes demandes d'aide émanant de différents membres d'un système.
- Il n'est pas nécessaire que deux générations soient présentes au sein d'un système, mais plutôt que deux générations soient présentes au sein du groupe pour souligner l'importance du "croisement des systèmes"/des identifications intergénérationnelles et transgénérationnelles : l'âge/le rôle/les camarades peuvent aider à distinguer ses propres sentiments de ceux des membres de la famille.
- Le groupe est un lieu où l'on parle de la signification de l'absence des membres de la famille.

Focus 2 : Résistances à travailler avec un GMF

- De la part des patients/de la famille :
 - La stigmatisation de la maladie psychiatrique et de l'hôpital crée de la honte et de la culpabilité :
 - La règle de "confidentialité" du groupe ("ce qui est dit dans le groupe reste dans le groupe") abaisse le seuil : elle met les gens à l'aise plus rapidement.
 - Insister sur l'horizontalité/l'équivalence entre le patient, la famille et le soignant : nous nous rencontrons ici en tant qu'"êtres humains" !
 - Crainte que le membre de la famille "utilise" le GMF pour avoir raison : crainte que le GMF ne renforce la dynamique familiale.
 - Peur de révéler des tabous ou des secrets de famille.
 - Anxiété lorsqu'il n'y a pas de solutions immédiates et concrètes.
- Des thérapeutes :
 - Peur des forces destructrices :
 - Escalade de l'agression ou du conflit qui ne peut être supporté par le groupe.
 - Consommation de substances avant le GMF, de sorte que l'on se trouve sous influence.

Focus 3 : Besoin de supervision/intervention

- Le "débriefing" entre co-thérapeutes :
- Comment vous sentiez-vous au début de la séance et comment vous sentez-vous maintenant ?
- Qu'est-ce qui vous a touché ? Qu'est-ce qui a été difficile ?
- Avez-vous trouvé votre place dans votre groupe ?
- Avec quoi partez-vous ?
- Passer du "débriefing" après le groupe à "dans" le groupe : clôturer la session par une brève réflexion sur les questions ci-dessus.
- Impact du GMF sur le contexte général (équipe, hôpital, communauté).
- Intervention : opportunité d'apprentissage avec des thérapeutes de différents GMF

Focus 4 : Besoins actuels autour du GMF

- Demande d'intervention pour les thérapeutes de différentes institutions de gestion de la chaîne alimentaire
- Modèle de formation Badaracco :

- Le GMF ne fait pas partie d'un cursus universitaire, elle est enseignée en tant que module court dans le cadre du cours de thérapie systémique.
- Cadre pour l'accueil des thérapeutes GMF en formation :
 - Créer un réseau pour les stages
 - Groupe ouvert pour accueillir les thérapeutes en formation de GMF
 - Engagement minimum : participation à 3 GMF consécutifs

4.3.2. Grand groupe expérimental avec des utilisateurs potentiels de GMF

4.3.2.1. Participants

Le focus groupe pour les patients, les membres de la famille et les thérapeutes a été mis en place par les participants à la journée d'étude « ISPS Low Countries » (27 janvier 2023). Le groupe est composé de 2 modérateurs et de 94 participants. Ce grand groupe expérimental est uniquement en néerlandais.

4.3.2.2. Méthodologie

Le grand groupe expérimental avec un public mixte, tous les participants sont invités à partager des questions, des commentaires, des expériences sur le GMF, sans propositions ou questions pour les guider. La rencontre est dirigée par les deux chercheurs. La réunion est hybride, via Zoom et sur place, et est enregistrée. L'enregistrement fait l'objet d'une transcription anonyme.

4.3.2.3. Résultats

Ces thèmes apparaissent spontanément :

- Changement de mentalité dans les soins de santé mentale : la question n'est plus : "comment faire participer la famille", mais plutôt : "comment participer à quelque chose qui existe déjà".
- Il est important de partir de la personne qui a la demande, qui est souvent la famille (alors que le patient atteint de psychose est souvent un refus de soins) :
 - La famille a également droit à des soins
 - La famille peut s'exprimer en son nom propre (à propos d'elle-même), ce qui garantit la sécurité du patient
 - Le patient a également droit à des limites : si nous comprenons la psychose comme l'absorption de morceaux générationnels non traités, la distance est nécessaire pour devenir soi-même.
 - De contact avec les proches, une question peut se poser indirectement avec les personnes qui refusent les soins.
- Il est important d'impliquer la famille dès le départ ou, en d'autres termes, il est évident que le conseiller, en tant qu'"étranger à la famille", travaille avec le système dans son ensemble, tant avec la famille qu'avec le patient :
 - En fonction de la prévention des crises, de l'escalade et de la perte de confiance
 - Rôle de la relation de confiance avec la famille (ne doit pas violer le secret professionnel)
 - Être attentif/attentif dans ce domaine
 - Souvent sous un angle non thérapeutique :
 - Infirmière : visite du service, visite à domicile
 - activités : faire des choses ensemble
 - psychoéducation
 - contact avec les pairs : Simples ou groupe familial centralisé (sans patients)
 - Maison Soteria
- Quelles peuvent être les résistances des familles à participer aux activités thérapeutiques (conversation en dialogue ouvert, groupe multifamilial) ?

- honte
- peur de la confrontation, de faire face à quelque chose
- être vulnérables
- La rupture, la distance, les frontières ne doivent pas être radicales
 - Temporaire : pour que la crise se résorbe
 - D'une part, ils prennent physiquement leurs distances et, d'autre part, ils "gardent une ligne ouverte" d'une autre manière.
 - Utilisation de différentes fonctions/rôles au sein de l'équipe interdisciplinaire
- L'importance d'être en contact avec sa propre vulnérabilité et les éléments générationnels non traités en tant que conseiller.

4.3.3. Conclusions des focus groups

Au cours de quatre focus groups dans deux langues nationales (néerlandais et français) et un grand groupe expérimental, nous contactons 5 experts du GMF, 22 prestataires de soins ayant une expérience du GMF et un groupe de 94 prestataires de soins, patients et membres de familles intéressés. Nous réalisons une analyse SWOT et une analyse approfondie de certaines questions clés du GMF.

Le GMF s'inscrit dans le cadre d'un changement de paradigme au sein des soins de santé mentale, où la famille se voit accorder une place à part entière, aux côtés du patient et des soignants.

Le GMF, en tant que technique thérapeutique, est largement applicable dans divers cadres thérapeutiques, méthodologies, groupes cibles et contextes de traitement. Il s'agit d'une méthodologie prometteuse car elle offre les possibilités suivantes :

- Efficacité élevée de la trésorerie pour les institutions
- Possibilité de recourir au GMF dans le cadre des soins primaires (article 107)
- Possibilité de GMF au sein de la convention des psychologues

Mais le GMF rencontre également plusieurs difficultés externes pour voir le jour :

- Il faut du temps pour instaurer une culture du GMF au sein d'une organisation.
- Aspects organisationnels : trouver un lieu approprié, d'autres thérapeutes du GMF, un temps approprié pour tous les participants.
- L'engagement des familles demande de l'attention.
- Statut financier : si le patient ne participe pas, le système ne peut pas être facturé.

GMF part d'une métapsychologie et d'une éthique relationnelles : la psychopathologie est abordée dans son contexte relationnel. Un GMF crée un lieu communautaire où les gens peuvent se rencontrer, faire l'expérience du soutien mutuel et de la solidarité. Un tel lieu a un effet anti-stigmatisant et porte ses effets au-delà du GMF : dans le service, l'institution, la communauté au sens large.

Le dialogue transgénérationnel et intergénérationnel est au cœur du GMF. Différents types de relations (transmissions) apparaissent au sein d'un GMF : horizontalement : entre les participants (multi et transgénérationnels) ; verticalement : vers les thérapeutes ; de manière holistique : vers le groupe dans son ensemble.

L'apprentissage par l'expérience qui a lieu au sein d'un MFPG se caractérise par

- Une situation d'apprentissage in vivo, dans laquelle l'apprentissage de la communication est central.
- Un processus d'apprentissage indirect : plutôt qu'une confrontation ou une communication directe, d'autres perspectives et expériences sont souvent offertes par d'autres jeunes du même âge, du même rôle ou du même potentiel. La multiplicité des perspectives permet de se reconnaître dans les autres, d'une part, et de se différencier des autres, d'autre part - grâce à ce processus d'identification et de différenciation, on comprend mieux le caractère unique de sa situation personnelle. Comme chaque participant peut développer et s'approprier ces connaissances à son

propre rythme, il peut en résulter une plus grande ouverture d'esprit et une plus grande réceptivité à l'apprentissage émotionnel.

- Le processus d'apprentissage implique tous les participants : le patient, la famille et le soignant.

Le GMF comporte des pièges qui méritent l'attention :

- Seuil : En raison de la honte, de la culpabilité et de la stigmatisation, les patients et les membres de leur famille ont parfois du mal à franchir le pas pour participer au GMF.
- Diverses questions d'aide : Au sein d'un même système, il peut y avoir différentes demandes d'aide : quelle est la place du consentement/refus de participation des membres de la famille par le patient ?
- Contenu : les situations de crise ou les sujets difficiles peuvent parfois être difficiles à aborder dans un grand groupe (secrets de famille, tabous).
- Dynamique : Certaines dynamiques familiales destructrices peuvent être renforcées dans un GMF (augmentation de l'EE) ; les différences d'évolution des participants (par exemple, en raison d'une rechute, d'une évolution négative) peuvent avoir un effet négatif sur les autres participants.
- Sur le plan organisationnel : Un GMF ouverte peut donner naissance à des groupes nombreux et divers, sans cohésion suffisante (par exemple, les jeunes participants peuvent être découragés par une image chronique, ou les anciens participants peuvent faire le deuil de ce qu'ils ont perdu).

Ces écueils peuvent être évités en développant et en renforçant les compétences spécifiques du GMF:

- L'utilisation de techniques thérapeutiques spécifiques et d'un cadre clair permet de créer un climat sûr et ouvert, dans lequel les différentes demandes d'aide peuvent trouver leur place. Ces techniques peuvent être placées sur un continuum : allant d'un cadre très structuré (utilisation de la psychoéducation, séances d'information, etc.) dans lequel le thérapeute occupe une position verticale en tant qu'expert ; à un cadre axé sur la diversité (liberté de participation des membres de la famille en fonction de la régulation de la distance/proximité, public hétérogène, etc) avec le thérapeute dans une position horizontale en tant que participant égal.
- En augmentant la capacité de charge du GMF, les séances familiales individuelles parallèles sont moins nécessaires : les situations de crise et les thèmes difficiles peuvent être portés et travaillés par le groupe. Par conséquent, le thérapeute du GMF est moins confronté à la confusion des rôles (en tant que thérapeute individuel (familial)).
- Le potentiel d'un GMF importante et diversifiée peut se développer grâce à une équipe de thérapeutes du GMF suffisamment nombreuse.

Pour le développement des compétences du thérapeute GMF, les besoins suivants sont mis en avant:

- Nécessité d'un enseignement et d'une formation théoriques.
- Nécessité de stages cliniques, avec un cadre clair pour les thérapeutes GMF en formation.
- Plutôt que la supervision, la nécessité et la valeur ajoutée de l'intervention, au cours de laquelle des thérapeutes de différents GMF se rencontrent, sont citées.
- Le débriefing entre les thérapeutes GMF, à la suite d'un GMF, est une pratique courante qui permet d'approfondir les expériences personnelles des thérapeutes GMF.
- Dans certains GMF, la séance se termine en groupe par une réflexion sur le processus et/ou la possibilité d'un retour d'information individuel (par le biais d'un formulaire). Cela peut donner aux thérapeutes du GMF des outils pour affiner la technique et la méthodologie.

4.4. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Pour la Belgique, nous nous limitons au français (voir annexe 2) et au néerlandais (voir annexe 3) et excluons l'allemand.

Pour la zone française, nous nous limitons à la Wallonie (Belgique) et à la France et excluons tous les autres pays francophones. Pour la zone néerlandaise, nous nous limitons à la Flandre (Belgique) et aux Pays-Bas et excluons tous les autres pays néerlandophones.

En français, nous avons utilisé les termes :

- Thérapie Multi-Famille (TMF),
- Le Groupe Mutifamilial (GMF),
- La Consultation Multi-Familiale (CMF),
- La Thérapie Sociale Multi-Familiale (TSM).

Nous avons trouvé des articles, des monographies, des livres et des chapitres de livres, ainsi que des thèses de doctorat, en provenance de Belgique, de France, du Canada et de Suisse.

En néerlandais, nous avons utilisé les mots :

- Multiloog,
- Meergezinsbehandeling,
- Groepsgezinstherapie,
- Familiediscussiegroep.

Nous avons trouvé des articles, des monographies, des livres, des chapitres de livres et des thèses de doctorat en Belgique et aux Pays-Bas.

De nombreux chercheurs néerlandais publient en anglais ; les collègues italiens incluent ces références dans la recherche bibliographique internationale (voir annexe 6).

4.5. CONCLUSIONS

L'objectif principal du projet "Groupes multifamiliaux en santé mentale FA.M.HE." est d'accroître la connaissance des différents groupes multifamiliaux existant dans le domaine de la santé mentale en ce qui concerne leur diffusion territoriale, les différents modèles existants et leurs caractéristiques.

En Belgique, 24 groupes multifamiliaux sont répartis dans toutes les provinces, principalement affiliés à des hôpitaux psychiatriques. Les thérapeutes des GMF adoptent principalement une approche de thérapie systémique. Cette approche est régulièrement complétée par des perspectives cognitives ou psychoéducatives, tandis qu'une plus petite partie incorpore un point de vue psychanalytique. Bien que tous les groupes mentionnent l'organisation d'une supervision par les pairs, celle-ci n'est pas mise en œuvre.

Les différences entre la Flandre et la Wallonie sont notables.

En Flandre, le GMF est toujours supervisé par un psychologue, souvent en tandem avec une infirmière. En Wallonie, le GMF est généralement dirigé par un duo médecin-infirmier.

En Flandre, le travail se fait souvent autour d'une pathologie homogène, et souvent avec un public adolescent. Dans les troubles alimentaires, ils travaillent avec le modèle de Maudsley, dans les soins des psychoses avec le modèle de Mc Farlane ou de Badaracco, dans les soins des addictions avec un modèle psycho-éducatif. En revanche, en Wallonie, on trouve des groupes d'adultes plutôt hétérogènes qui utilisent la méthodologie décrite par Serge Mertens. Tous les groupes flamands ne travaillent qu'avec des revois internes. Dans les groupes wallons, nous constatons le contraire et la plupart des groupes reçoivent à la fois des références internes et externes de participants.

Tous les Conducteurs, les participants et les membres des familles s'accordent à dire que le GMF s'inscrit dans un changement de paradigme au sein des soins de santé mentale, où la famille occupe une place à part entière, aux côtés du patient et des soignants. Le GMF part d'une métapsychologie et d'une éthique relationnelles : la psychopathologie est abordée dans son contexte relationnel. Un GMF crée un lieu communautaire où les gens peuvent se rencontrer, faire l'expérience du soutien mutuel et de la solidarité.

Un tel lieu a un effet anti-stigmatisant et porte ses effets au-delà du GMF: dans le service, l'institution, la communauté au sens large.

En tant que technique thérapeutique, le GMF est largement applicable dans divers cadres thérapeutiques, méthodologies, groupes cibles et contextes de traitement. Le GMF est souvent menée par des soignants ayant une formation professionnelle différente. Les difficultés externes auxquelles se heurte la mise en œuvre du GMF se situent principalement au niveau de l'organisation.

Malgré la multitude de pratiques, il existe de nombreuses compétences que tous les thérapeutes GMF semblent partager. Pour le développement des compétences du thérapeute GMF, les besoins suivants sont mis en avant :

- Nécessité d'un enseignement et d'une formation théoriques.
- Nécessité de stages cliniques, avec un cadre clair pour les thérapeutes GMF en formation.
- Plutôt que la supervision, la nécessité et la valeur ajoutée de l'intervision, au cours de laquelle des thérapeutes de différents GMF se rencontrent, sont citées.
- Le débriefing entre les thérapeutes GMF, à la suite d'un GMF, est une pratique courante qui permet d'approfondir les expériences personnelles des thérapeutes GMF.
- Dans certains GMF, la séance se termine en groupe par une réflexion sur le processus et/ou la possibilité d'un retour d'information individuel (par le biais d'un formulaire). Cela peut donner aux thérapeutes du GMF des outils pour affiner la technique et la méthodologie.

5. RAPPORT SUR L'ESPAGNE

5.1. SITUATION EN ESPAGNE

Les GMF ont été introduits en Espagne à la fin de l'année 1984 dans la municipalité de Guecho, près de Bilbao, dans la province de Biscaye (Pays Basque espagnol), dans l'hôpital de jour d'un centre expérimental (Consortio Uribe Costa de Salud Mental) où des traitements novateurs ont été mis en œuvre à l'époque. En particulier ceux conçus par García Badaracco pour les institutions de santé mentale (*Community of Therapeutic Psychoanalytic Multifamily Structure and Multifamily Psychoanalysis*¹). A partir de cette expérience, et grâce à la collaboration de la Fondation basque de recherche en santé mentale (OMIE) de Bilbao et de l'Institut de psychanalyse multifamiliale de Buenos Aires, cette méthode de travail a été diffusée en Espagne réunissant de nombreuses familles.

Ces dernières années, nous avons assisté à une diffusion des GMF avec différentes orientations théoriques et dans différents pays européens. Le projet "*Multifamily Groups in Mental Health (FA.M.HE.)*" implique la construction d'un "Guide des Groupes Multifamiliaux" relatif aux pays partenaires du projet : Italie, Belgique, Portugal et Espagne.

5.2. ENQUETE - CARACTERISTIQUES DES GMF

5.2.1. Contexte institutionnel/organisationnel

Le questionnaire a été distribué à différentes associations ayant une expérience des groupes multifamiliaux, comme l'Association de psychothérapie psychanalytique du couple, de la famille et du groupe multifamilial (APyF), le Centre d'études Jorge García Badaracco, l'Association basque pour la santé mentale (OME-AEN), le groupe multifamilial Google, ainsi qu'à 38 coordinateurs de groupes multifamiliaux issus d'institutions publiques et privées. Un deuxième groupe cible était constitué de 5 associations professionnelles (psychiatres, psychologues, psychanalystes, etc.), de 14 associations sociales et de 424 associations de parents de malades mentaux. Enfin, le questionnaire a également été diffusé dans les hôpitaux publics et privés et les centres de soins ambulatoires (hôpitaux de jour, communautés thérapeutiques, centres de santé mentale, cliniques de soins psychiatriques ambulatoires).

Après avoir pris de nombreux contacts avec des Conducteurs/coordinateurs de GMF, 28 formulaires ont été reçus, dont certains sont remplis par des professionnels portant plusieurs GMF.

Après avoir examiné les formulaires individuellement, des erreurs sont observées dans la compréhension de certaines questions, ce qui modifie les résultats en pourcentage, c'est pourquoi nous corrigeons ces écarts en nous adaptant aux nouvelles réponses fournies par les Conducteurs/coordinateurs par téléphone. En conclusion, nous avons collecté 28 questionnaires en Espagne.

¹ Jorge García Badaracco (1990) Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar. Tecnipublicaciones. Madrid. España.

En ce qui concerne la distribution géographique, nous prenons comme référence les provinces et les villes où ces groupes ont lieu. Nous avons observé une distribution irrégulière, démontrant une concentration dans certaines provinces et une absence dans la majorité. Nous trouvons 9 GMF à Madrid (4 dans la communauté et 5 dans la ville de Madrid), 9 GMF dans la province de Biscaye (6 à Bilbao et 3 à Guecho), 2 GMF à Grenade (1 dans la province et 1 dans la capitale), 2 GMF à Barcelone (ville), 2 à Elche (1 dans la ville et 1 en ligne pour la communauté), à chaque fois 1 GMF à Malaga (Marbella), Navarra (Pamplona), et Alicante (ville).

Il est significatif que sur les 50 provinces et les 2 villes autonomes d'Espagne, nous ne trouvons des GMF que dans 8 provinces, bien que nous ayons des preuves que des GMF sont également pratiqués dans d'autres provinces. La raison de ce déséquilibre territorial correspond, selon les informations fournies par les professionnels, au peu d'intérêt des institutions à inclure cette ressource thérapeutique pour des raisons idéologiques. Dans la plupart des institutions, une orientation biomédicale soutenue par la psychologie cognitivo-comportementale prédomine excluant la pensée psychanalytique. En outre (lors du débriefing du focus groupe), les participants ont également souligné que le nombre de GMF existants est beaucoup plus élevé que les 28 qui ont répondu au questionnaire, représentant environ 60 GMF. Ils ne connaissent pas les raisons de l'absence de réponse d'un grand nombre de leurs collègues, car la plupart d'entre eux participent au groupe Google sur les GMF, où l'information a été diffusée. En ce qui concerne la structure administrative des institutions/organisations dans lesquelles se déroulent ces groupes, il y a une parité entre le public (46%) et le privé (54%). En ce qui concerne les types de services et de soins, il s'agit principalement d'institutions qui offrent des soins ambulatoires (26/28) (centres de santé mentale, centres sociaux, hôpitaux de jour, consultations privées), nous ne comptons que 2 institutions résidentielles (hôpitaux).

5.2.2. Caractéristiques

En ce qui concerne l'orientation théorique et méthodologique des GMF développés en Espagne, on observe une prédominance du cadre offert par la Psychanalyse Multifamiliale développée par J. García Badaracco (89%). Dans 64% (18/25), il apparaît comme la seule référence, et dans 25% (7/25), il est accompagné d'autres orientations (systémique, psychodynamique, familiale, groupe opératoire, etc.) Le cadre théorique Interfamilial apparaît comme la seule option dans 3 réponses. Il convient de noter que, bien que la psychanalyse multifamiliale apparaisse comme le modèle le moins impliqué par les autres options, il convient de noter qu'il est également enrichi implicitement par d'autres approches psychanalytiques, et d'autres disciplines inhérentes à la connaissance humaine.

5.2.3. Animation

En ce qui concerne les qualifications académiques des personnes interrogées, 57% sont des psychiatres, 43% des psychologues et 7% des travailleurs sociaux. Tous les groupes utilisent des interventions psychothérapeutiques, combinées à d'autres types d'interventions comme support, dans 50% des groupes, la psychoéducation (21%), le conseil (21%) et l'auto-assistance (11%). Ces proportions s'expliquent par le fait que la plupart des institutions/organisations travaillent dans le domaine de la santé mentale.

L'équipe d'animation est composée de différents membres des équipes pluridisciplinaires de professionnels de santé mentale. Elle peut être animée par 1 ou 2 personnes, et travailler en co-thérapie. Certains de ces groupes mentionnent la présence d'"observateurs" qui tentent d'enregistrer ce qui se passe pendant la session et présentent leurs observations lors de la réunion post-groupe. Il s'agit également d'un outil d'apprentissage. En ce qui concerne les qualifications académiques des professionnels participant au GMF, on observe une prépondérance de psychologues (85%) et de psychiatres (79%), suivis par d'autres spécialités de la santé : infirmières (35%), travailleurs sociaux (28%) et autres spécialités éducatives et sociales (35%).

En ce qui concerne la formation de l'équipe d'animation, nous constatons une grande variété d'expériences psychothérapeutiques, avec une prépondérance des thérapies dérivées de la psychanalyse, telles que la psychanalyse multifamiliale, l'analyse de groupe, les thérapies psychodynamiques, les groupes opératoires,

etc. représentant un pourcentage maximum de plus de 80%. En outre, nous trouvons un cadre théorique familial systémique dans 12 groupes et cognitif-comportemental dans 4 GMF. Cette situation montre que les thérapies qui ont leurs racines dans la psychanalyse sont plus productives dans la compréhension des phénomènes familiaux et de groupe.

En ce qui concerne la composition de l'équipe d'animation, il convient de noter que 35% des équipes travaillent avec un Conducteur et des co-thérapeutes, 21% travaillent avec différents chefs de groupe en co-thérapie, et 35% travaillent en co-thérapie sans chef de groupe. En ce qui concerne la supervision, on constate que la supervision interne prédomine (43%) sur la supervision externe (25%). Dans certains cas, les deux procédures de supervision sont effectuées (10%), et le pourcentage de non-supervision est élevé (43%). Presque tous les groupes pratiquent l'intervision (96%), à l'exception d'un GMF de l'échantillon. Ce type de supervision répond à une tradition dans la co-thérapie psychanalytique des groupes et des familles où les professionnels participant à l'expérience se rencontrent après le groupe pour échanger leurs impressions sur ce qui s'est passé. Il s'agit d'une méthode alternative de supervision des tâches.

5.2.4. Participants

Dans 64% des GMF, il n'y a pas de limitations d'âge, cela va des adolescents aux seniors. Dans 36% des groupes, il existe une limitation d'âge des participants, avec un nombre important de groupes d'adultes (32%) et 8% de groupes d'adolescents et d'enfants. Des erreurs d'interprétation sont observées dans les réponses données en fonction de la tranche d'âge des participants.

Quant aux générations qui participent à ces groupes et qui les caractérisent, on observe une majorité de 2 générations actuelles (70%) ou de 3 générations (30%).

Les relations entre les personnes en traitement et leurs proches montrent la prédominance des liens filiaux et paternels (100%), suivis par les relations fraternelles (93%). A un niveau inférieur, les autres membres de la famille nucléaire participent (57%), les membres de la famille élargie (64%) et les parents proches (37%). Cette section démontre l'intensité de l'engagement familial envers les personnes en traitement. De même que ces liens affectifs (interdépendances) entravent souvent l'autonomie et le développement des enfants, la participation des familles au traitement est essentielle pour résoudre les situations qui les ont enfermées et qui génèrent une souffrance intense.

En ce qui concerne les groupes hétérogènes, il existe une grande variété de pathologies, parmi lesquelles se distinguent les troubles affectifs (85%) et les troubles de la personnalité (81%). Viennent ensuite les troubles psychotiques (73%), les troubles anxieux (73%), les troubles psychosomatiques (61%), les troubles alimentaires (58%), les troubles post-traumatiques (50%), les troubles addictifs (39%), les troubles obsessionnels compulsifs (69%) et les pathologies non psychiatriques (27%). D'autres pathologies sont également incluses (27%). La prise en compte d'un large spectre de conditions cliniques, englobant l'ensemble des maladies psychiatriques, souligne la reconnaissance du fait que des problèmes sous-jacents, relatifs aux liens interpersonnels (interdépendances), existent dans toute pathologie. Il est essentiel d'aborder ces questions pour améliorer le bien-être des familles, au-delà des diagnostics psychopathologiques.

En ce qui concerne la composition homogène des GMF, on peut dire qu'ils sont rares, car ceux qui sont regroupés par âge du patient (groupe de familles avec des adolescents ou des enfants) présentent également une pathologie variée. Nous n'avons détecté que 2 groupes centrés sur une pathologie (1 GMF sur la psychose et 1 sur les comportements violents).

5.2.5. Structure et fonctionnement

Suivant les caractéristiques du GMF, en ce qui concerne le type de groupe, nous avons observé une quasi-équité entre les groupes ouverts (50%) et les groupes à ouverture lente (46%), avec 1 groupe fermé (4%). Cette situation s'explique par le fait qu'il s'agit de groupes de taille moyenne ou grande, qui restent généra-

lement dans le temps et dans lesquels les familles entrent et sortent continuellement en fonction de leurs besoins. Les groupes semi-ouverts remplissent également ces conditions, avec une incorporation plus mesurée et régulée des familles. L'enquête et les précisions ultérieures nous apprennent que la durée de tous les groupes est illimitée (100%). Une fois mis en place, ils sont institutionnalisés et perdurent dans le temps, grâce à l'adhésion des familles.

En ce qui concerne la fréquence de ces groupes, il est indiqué que la majorité d'entre eux sont bimensuels (39%), suivis par hebdomadaires (32%) et mensuels (29%). En général, la fréquence dépend de la disponibilité des professionnels et de l'institution. Dans l'enquête, 30 % des répondants ont indiqué qu'ils travaillaient avec des phases dans le déroulement du groupe. Cependant, lors d'un contact téléphonique, une mauvaise interprétation de la question a été résolue et il s'est avéré que seul un groupe travaillait par phases. La durée du GMF varie de 60 à 120 minutes. La plupart des groupes (71 %) durent 90 minutes, puis 14 % des groupes durent 75 minutes, 11 % des groupes durent 120 minutes et un groupe dure 60 minutes. La durée des groupes dépend généralement de la disponibilité des thérapeutes.

Les groupes se déroulent, pour 82% d'entre eux, pendant la journée de travail des professionnels, et pour 18% d'entre eux, en dehors des heures de travail. Les raisons invoquées par ces derniers correspondent à l'organisation des équipes (horaires variés). Dans 94 % des GMF, au moins deux générations sont présentes. Les cas de non-participation sont liés à l'assistance gratuite et à des situations spécifiques empêchant la participation. La taille du groupe est dans 64% des cas moyenne (jusqu'à 30 participants) ou dans 36% des cas grande (plus de 30 participants). Les principales causes de cette situation sont la taille des locaux dans lesquels se déroulent ces groupes et le flux des familles.

En ce qui concerne la salle de groupe, 70% utilisent des salles polyvalentes, d'autres utilisent diverses salles disponibles, comme une salle de psychothérapie (14%), une salle d'activité (1%), ou 1 groupe est en ligne. La majorité indique que les salles sont adaptées au niveau sonore (96%) et à la capacité en fonction du nombre de participants (100%). Seule une salle n'est pas adaptée. Les conditions de confidentialité et de respect de la vie privée sont idéales dans 100% des réponses pour protéger la vie privée des participants. La disposition prédominante des sièges est en 1 cercle (85%) et en fonction de la taille de la salle et du nombre de participants en cercles concentriques (19%). Les autres dispositions ne sont pas pertinentes.

Avant la pandémie (covid 19), tous les GMF se déroulaient en présentiel (100 %). La maîtrise de la pandémie (ère post-covidique) a permis le redémarrage de 82 % des groupes, diminuant la présence online dans 19 % des groupes qui avaient remplacé de nombreux groupes en face-à-face. En outre, 11 % des groupes conservent une modalité mixte. En ce qui concerne l'existence et la continuité de ces groupes en années, il faut noter qu'ils ont une durée illimitée. La durée en années va de 38 (le premier groupe de ces caractéristiques réalisé à Guecho en 1984) à 1 an (le plus récent). Le nombre important d'années et l'expérience accumulée permettent de valider l'efficacité de cette ressource thérapeutique.

La majorité des groupes ont souffert d'interruptions au cours de leur longue carrière (64 %), tandis que 35 % ont pu maintenir leur continuité en utilisant la modalité en ligne. Les raisons de l'interruption étaient principalement dues à la pandémie (89 %) ou à des raisons institutionnelles (1 %). La période d'interruption a largement coïncidé avec la période des restrictions liées à la pandémie. Cette période varie selon les institutions et s'étend de 7 mois à environ 2 ans. Ceux qui ont continué l'organisation du GMF online ont interrompu leur formation pendant 2 mois en été.

5.2.6. Renvoi

La majorité des patients et des familles (93%) sont orientés par l'organisation elle-même. Certains GMF reçoivent uniquement de l'extérieur de l'organisation, tandis que d'autres ont un mélange de renvois internes et externes. Cette situation témoigne d'une réception positive dans le contexte organisationnel et une reconnaissance relative au-delà de l'institution.

Dernière remarque sur l'enquête : nous constatons une similitude dans les réponses qualitatives et une variation dans les aspects formels des actions de ces groupes (réponses quantitatives). Les similitudes dans les méthodes de travail s'expliquent par le fait que, comme nous l'avons déjà mentionné, l'influence des idées de García Badaracco a été fondamentale pour le développement de cette méthode de travail en Espagne. Dès les premières expériences, à Guecho (Biscaye) et à Elche, elles se sont répandues dans une grande partie de la région. Quant à la variation des aspects formels, elle correspond aux caractéristiques des institutions et aux possibilités matérielles de réalisation de ces groupes (local, disponibilité des professionnels, etc.). Il ne fait aucun doute que la pandémie a modifié la manière dont ces groupes étaient organisés, puisqu'ils sont passés d'une participation en face à face à une participation en ligne. La tendance actuelle est de rétablir la participation en face à face.

5.3. FOCUS GROUPES

5.3.1. Focus groupe avec les Conducteurs de GMF

5.3.1.1. Participants

Une fois les questionnaires remplis, un focus group centré sur les réponses a été organisé. Les professionnels qui ont participé à cette partie de l'enquête se sont vu proposer d'intervenir, 14 des 23 invités ont participé, les autres étant excusés pour des raisons professionnelles.

5.3.1.2. Méthodologie

Le focus groupe s'est tenu par vidéoconférence le 6 février 2023 de 16h00 à 18h30, sur la plateforme Zoom et a été enregistré avec le consentement de tous les participants. Un coordinateur et un observateur ont assisté à la réunion.

L'échantillon correspondait à des professionnels travaillant en GMF, s'appuyant sur les idées et les expériences fournies par la Psychanalyse Multifamiliale (J. García Badaracco) et qui se sont enrichies d'autres apports théoriques (Analyse de Groupe, Théorie Générale des Systèmes, Théorie de l'Attachement, Open Dialogue, etc.). Cette uniformité, en ce qui concerne le cadre théorique de base, est due au fait que les groupes multifamiliaux ont été étendus en Espagne, depuis la première expérience à Bilbao (Biscaye) en novembre 1984 et à la diffusion des cours de la Fondation basque de recherche en santé mentale (OMIE) et de l'Institut de psychanalyse multifamiliale de Buenos Aires, où plus de 600 professionnels espagnols (Mires et Pires) ont été formés au cours des 20 dernières années, comme nous l'avons vu plus haut.

Nous utilisons l'analyse SWOT pour évaluer les forces et les faiblesses de notre activité, ainsi que ses opportunités ou ses menaces, sur la base de la longue expérience des Conducteurs/coordonateurs.

La discussion s'est concentrée sur trois sujets principaux, qui correspondent aux réponses qualitatives du questionnaire :

- Participation de deux générations ou plus, y compris les personnes recevant un traitement psychiatrique.
- Sur le fonctionnement de l'équipement de l'animation GMF.
- Sur l'échange entre les Conducteurs après la réunion (post-groupe)

Remarque préliminaire : les participants évoquent l'importance du climat émotionnel, qui n'apparaît pas explicitement dans le questionnaire et le type d'intervention, mettant l'accent sur la "conversation" au détriment des interprétations visant à révéler l'inconscient.

5.3.1.3. Résultats

Nous faisons les constatations suivantes :

Focus 1 : La participation d'au moins deux générations

Points forts :

En ce qui concerne la participation de deux générations ou plus, la plupart des Conducteurs/coordonateurs s'accordent à dire que l'une des forces réside dans le fait que la dynamique du GMF est différente et plus riche que celle des groupes de parents sans patients. Dans ces groupes, qui sont généralement psycho-éducatifs, le thème est centré sur la maladie de l'"absent", c'est-à-dire des patients désignés, ce qui contribue indirectement à la stigmatisation de la maladie mentale. Au contraire, dans le GMF auquel participent deux générations ou plus, dans l'ici et maintenant de la rencontre, les relations toxiques (*'interdépendances pathogènes'*) dans lesquelles elles sont "piégées" sont clairement observées par les membres de la famille et l'on peut travailler en profondeur ces situations.

On note également la variété des modèles familiaux, ce qui contribue à briser les stéréotypes établis et que les groupes moyens et grands présentent une plus grande retenue émotionnelle pour aborder les situations les plus traumatisantes.

Faiblesses :

Quant aux faiblesses, ils soulignent la discontinuité dans la participation de l'ensemble de la famille et les comportements perturbateurs de certains membres, qui effraient les autres participants.

Opportunités :

En termes d'opportunités, ils soulignent l'économie de ressources humaines et économiques et le fait que leur diffusion pourrait bénéficier à un plus grand nombre de personnes.

Menaces :

Les menaces se concentrent sur l'ignorance du potentiel thérapeutique de cette ressource par les collègues et les administrateurs de la santé mentale, qui sont imprégnés par d'autres modèles centrés sur l'individu (psychiatrie classique).

Focus 2 : Présence d'une équipe de direction

Points forts :

En ce qui concerne les performances de l'animation en GMF, les professionnels s'accordent à dire que la force réside dans le travail d'équipe et dans la co-thérapie. Cette situation permet de partager la "charge émotionnelle" produite par les situations qui se produisent dans le groupe lorsque des situations traumatisantes émergent. Le soutien mutuel entre les membres de l'équipe permet de mieux "contenir" ces angoisses et de créer un climat émotionnel de confiance et de sécurité.

Faiblesses :

Les faiblesses apparaissent lorsque les équipes perdent leur cohérence et que des rivalités et des luttes internes se déclenchent. Le leadership unique est également un facteur négatif.

Opportunités :

En ce qui concerne les possibilités offertes par le leadership partagé, nous voyons la diversité des points de vue présentés par les professionnels et qui peuvent être intégrés dans un tout (processus thérapeutique), surmontant les controverses des différentes orientations psychothérapeutiques.

Menaces :

La menace qui pèse sur cette forme de travail est souvent représentée par un manque de personnel, une connaissance insuffisante de cette ressource thérapeutique et l'absence de recherche dans ce domaine, ce qui engendre des résistances chez les professionnels et les institutions elles-mêmes.

Focus 3 : Post-groupe

Points forts :

La force de l'échange immédiatement après l'activité (post-groupe), les professionnels s'accordent sur l'importance de l'intervision sur la supervision interne ou externe. Le post-groupe permet une

réflexion " à chaud " sur ce qui s'est passé dans le groupe, sur sa dynamique, sur le climat émotionnel, sur le thème émergé, sur l'implication de l'équipe d'animation et sur le type d'interventions Le renforcement de l'échange immédiatement après l'activité (post-groupe), les professionnels s'accordent sur l'importance de l'intervention sur la supervision interne ou externe. Elle permet également d'intégrer les différents points de vue apportés par les membres de l'équipe, et, de plus, elle permet d'aborder les sentiments mobilisés chez les membres de l'équipe elle-même.

Faiblesses :

Quant aux faiblesses que l'on peut observer dans le post-groupe, il s'agit de l'absence de modèle d'intégration, de l'absence de critique.

Opportunités :

En ce qui concerne les opportunités offertes par le post-groupe, il y a une réflexion constante sur la tâche, la nécessité d'une formation continue et la possibilité d'un travail spécial au sein de l'équipe de l'animation.

Menaces :

Les menaces correspondent, dans de nombreux cas, à la pression de l'assistance et au manque d'habitude d'une pratique réflexive dans les institutions.

5.3.2. Focus groupe avec les utilisateurs de GMF

5.3.2.1. *Participants*

La réunion en face à face a eu lieu avec le GMF de l'Hôpital de Jour du Centre de Santé Mentale Uribe Costa, dans la Salle de Classe Culturelle de la Ville de Guecho. Ce GMF, une équipe de 5 membres (3 psychiatres, 1 psychologue et 1 infirmière) a débuté en novembre 1984 au Centre de Santé Mentale lui-même et, en raison du grand nombre de participants, a déménagé il y a quelques années à la Salle de Culture. Il continue à se réunir le lundi de 12h30 à 14h00. Ce groupe a été le premier à être réalisé en Espagne et en Europe, selon certains auteurs, avec le modèle de García Badaracco (Psychoanalyse Multifamiliale).

5.3.2.2. *Méthodologie*

Nous considérons qu'il est approprié de mener ce focus groupe dans un GMF en fonctionnement, cette activité a été menée le 6 février 2023, dans son espace habituel, au jour et à l'heure indiqués ci-dessus. Il a été demandé aux participants d'accepter de répondre aux questions. Entre 60 et 70 personnes participent à ce groupe, il est animé par un Conducteur, un co-therapeute et plusieurs psychologues en exercice. Le groupe est enregistré dans toutes ses séances avec le consentement de tous les participants.

Trois questions ont été posées :

- Quelles étaient vos attentes lorsqu'on vous a proposé de participer au GMF et quels avantages avez-vous retirés de votre participation ?
- Comment comprenez vous la maladie mentale ? Quelles sont les bénéfices du GMF la concernant ?
- Les changements familiaux sont-ils liés à l'amélioration de la situation familiale ?

5.3.2.3. *Résultats*

Focus 1 : Quelles étaient vos attentes lorsqu'on vous a proposé de participer au GMF et quels avantages avez-vous retirés de votre participation ?

Les personnes qui ont répondu à cette première question (10 participants) ont dit être venues au groupe avec un certain désespoir, basé sur des traitements antérieurs qui transmettaient l'idée d'incurabilité et qui mettaient l'accent exclusivement sur la médication. Elles avaient une idée erronée de la maladie, elles ne connaissaient pas l'importance de la famille, tant dans ses aspects négatifs, en ne comprenant pas le malade et en contribuant à sa situation "sans issue", que dans ses aspects positifs, pour s'impliquer dans le traitement en assumant ses difficultés et en comprenant d'une autre manière la situation qu'elles vivaient.

Les participants mentionnent les avantages qu'ils en retirent : compréhension des comportements supposés "malades", tolérance à l'égard de la différence, prise de conscience de la manière dont ils sont impliqués dans les situations relationnelles. Possibilité de guérison. Au contraire, ils soulignent que la non-participation correspond à des problèmes de travail dus à l'horaire et à des difficultés personnelles qui les empêchent de faire face à des situations difficiles.

Focus 2 : Comment comprenez-vous la maladie mentale ? Comment les GMF peuvent-elles contribuer à l'amélioration de la santé mentale ?

Pour ce qui est de la deuxième question, ils parlent du "tabou" de la maladie mentale et de la stigmatisation sociale qu'elle représente. "Le diagnostic est une plaie", dit l'un des participants. L'"universalisation" des problèmes et le partage des inquiétudes et des angoisses leur ont permis de surmonter des situations très difficiles et de trouver un soulagement à la souffrance familiale. Certains participants disent que le groupe a fait d'eux de "meilleures personnes", tolérantes envers les autres, respectant les différences d'opinion et plus solidaires de la souffrance d'autrui. Ils affirment également que c'est un "privilège" de disposer de cette ressource publique. Comme aspects négatifs, ils soulignent le temps "perdu" à connaître ce traitement après beaucoup de souffrances et la faible diffusion de la méthode, qui bénéficierait à davantage de personnes.

Focus 3 : Les changements au sein de la famille sont-ils liés à l'amélioration de la situation familiale ?

La troisième question visait à savoir s'ils percevaient que ces changements dans les relations familiales contribuaient à améliorer la situation de la famille et celle du patient "désigné". La plupart des participants qui ont demandé la parole ont répondu que sans cette aide, il serait impossible pour les familles de changer, car au début, le patient désigné se voit attribuer le "malheur" de la famille et personne ne se sent responsable de ce qui se passe. Avec le temps, les participants partent du principe que ce qui se passe dans la famille est l'affaire de tous. Un participant dit que lui et sa famille ont été amenés à voir les choses différemment par le groupe, de sorte qu'aujourd'hui ils peuvent vivre mieux et en harmonie. Plusieurs participants disent avoir appris à écouter, "écouter s'apprend aussi" dit la mère d'un patient de l'hôpital de jour, qui ajoute qu'il est arrivé avec des idées préconçues qui se sont modifiées au fur et à mesure qu'il prêtait attention aux autres parents. Beaucoup regrettent de ne pas avoir connu avant cette expérience de "grande famille", pour ce qu'elle apporte et pour la solidarité et l'espoir qui se transmettent.

5.3.3. Conclusions des focus groups

Dans les focus groupes avec les Conducteurs de GMF, la plupart des Conducteurs s'accordent à dire que le fait de travailler avec deux générations ou plus génère une dynamique riche et différente de celle qui se produit en l'absence de patients en cours de traitement. Il est possible d'observer et de travailler sur les relations toxiques ('interdépendances pathogènes') dans lesquelles les membres de la famille sont "piégés". Il est également question de l'économie des ressources humaines et économiques pour pouvoir répondre à la demande de nombreuses personnes (patients et proches). Ils soulignent que le travail d'équipe et les regards croisés sont les moyens les plus efficaces pour faire face à la situation. D'une part, la prise en charge des professionnels eux-mêmes pour pouvoir partager les expériences de "haute tension" (confinement) et, par conséquent, créer un climat de sécurité et de confiance. Les réunions post-groupe (intervision) représentent le moyen le plus efficace de sauver les différentes opinions et points de vue des membres de l'équipe par rapport à la tâche accomplie et de partager la mobilisation émotionnelle produite par la tâche.

Dans les focus groupes avec les utilisateurs de GMF, les questions ont permis d'observer que les proches, lorsqu'ils viennent pour la première fois, apportent une certaine dose de désespoir. Les expériences antérieures dans le domaine de la santé mentale, où ils ont transmis l'idée de l'incurabilité et de l'alternative médicamenteuse comme seul moyen d'obtenir une amélioration, soutiennent cette position. La méconnaissance de l'importance de la famille est mentionnée à la fois dans la genèse des problèmes et dans leur résolution. Ils soulignent le tabou de la maladie mentale et sa stigmatisation sociale. Ils parlent du diagnos-

tic comme d'une "dalle difficile à porter". Le groupe multifamilial leur a permis d'être plus tolérants envers les autres, de respecter les différences et d'être solidaires de la souffrance des autres. Ils évoquent le privilège d'avoir cette "grande famille", qui leur a permis d'améliorer leurs relations familiales, rendant la coexistence plus satisfaisante. La plupart des participants regrettent de ne pas avoir connu cette ressource thérapeutique auparavant.

5.4. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Pour la recherche bibliographique en langue castillane, deux plateformes ont été utilisées : Google General et Google Scholar, et le portail bibliographique Dialnet ont été consultés.

Les mots clés étaient les suivants :

- Groupe multifamilial (GMF) ;
- Psychanalyse multifamiliale (PMF) ;
- Groupe multifamilial de psychanalyse (MPG) ;
- Thérapie multifamiliale (TMF) ;
- Groupe de thérapie multifamiliale (GTMF) ;
- Traitement collectif multifamilial (TGMF).

Un total de 68 références ont été collectées, sur plus d'une centaine d'entre elles. La sélection a été faite sur la base de différentes sections : théorie et expérience clinique. Les thèses et les travaux de troisième cycle ont été laissés de côté. Il n'y a pas de travaux de recherche, ni de recherche comparée à d'autres ressources thérapeutiques. La plupart des études sont exploratoires, car il n'existe pas de recherches antérieures pour soutenir le travail avec ces groupes. Les travaux tentent d'analyser ces types de groupes et des hypothèses sont formulées à partir des observations et des perceptions des participants, qu'il s'agisse de familles ou de professionnels. Ils décrivent également les caractéristiques de la population participante (types de familles, pathologies, âges, niveau socio-économique, etc.) D'autres travaux tentent d'analyser et d'expliquer les phénomènes observés à partir d'une perspective théorique donnée et aboutissent ainsi à des prédictions qui enrichissent notre travail. La plupart des travaux sont influencés par les idées de García Badaracco (Psicoanálisis Multifamiliar), car, tant en Amérique latine qu'en Espagne, le travail et la diffusion de son expérience ont été prédominants depuis 1960 en langue castillane. Aujourd'hui, un nombre important de développeurs de groupes multifamiliaux (GMF) continue de construire et d'approfondir ce corpus influent.

La bibliographie rassemble des travaux de différents développements, depuis les débuts du GMF, au fur et à mesure de son évolution, de la variété des pathologies traitées, de la compétence des Conducteurs/coordonateurs, des aspects théoriques qui soutiennent l'activité, etc. (voir l'annexe 4).

5.5. CONCLUSIONS

En Espagne, selon les données disponibles, les groupes multifamiliaux se composent exclusivement d'un minimum de deux générations, y compris la personne traitée. Ces groupes suivent principalement l'orientation de la psychanalyse multifamiliale, complétée par d'autres approches psychothérapeutiques (systémique, analyse de groupe, dynamique, cognitivo-comportementale, interfamiliale, etc.) Les groupes psycho-éducatifs ont été exclus car ils n'impliquent pas de personnes en traitement.

Comme cela a été souligné dans d'autres sections du rapport, on constate que presque tous ces groupes ont recours à la psychanalyse multifamiliale. Cette situation remonte à la première expérience menée sur le territoire espagnol à Bilbao en 1984, qui a ensuite été diffusée par le biais de cours offerts par la Fondation basque pour la recherche en santé mentale (OMIE) à Bilbao à partir de 1985. En outre, l'Institut de psycha-

nalyse multifamiliale de Buenos Aires a joué un rôle important, puisqu'il a accueilli plus de 600 résidents en psychiatrie et en psychologie en provenance d'Espagne depuis 2000. De nombreux professionnels aux orientations diverses ont adopté l'approche de la psychanalyse multifamiliale et l'ont enrichie de leur expertise.

En ce qui concerne la formation des professionnels, il y a une uniformité dans le fait qu'ils dérivent de la psychanalyse multifamiliale. Cependant, des formes opérationnelles différentes sont observées, soulignant la nécessité d'une formation complète qui donne la priorité au développement individuel des Conducteurs, au travail d'équipe et au contexte socioculturel dans lequel les GMF sont menées.

6. RAPPORT DU PORTUGAL

6.1. SITUATION AU PORTUGAL

Au Portugal, la loi n° 36/98 du 24 juillet définit les bases de la politique nationale et de l'organisation de la santé mentale au Portugal, confirmées par la suite dans le Plan national de santé mentale (PNSM). Selon l'ordonnance n° 1605/2018 du 30 janvier, le PNSM est responsable et se doit de :

- Promouvoir et dynamiser la surveillance de la santé mentale de la population portugaise, en ce qui concerne les principaux indicateurs de morbidité et d'utilisation des services.
- Dynamiser la mise en œuvre de programmes visant à promouvoir le bien-être et la santé mentale de la population ainsi que la prévention, le traitement et la réadaptation des maladies mentales.
- Encourager l'articulation des soins de santé mentale spécialisés avec les soins de santé primaires ainsi qu'avec d'autres secteurs jugés pertinents pour la mise en œuvre du plan national de santé mentale.
- Développer le *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* (RNCCI) (Réseau national de soins continus intégrés) pour la santé mentale, conformément à la coordination nationale pour la réforme du service national de santé présente dans le RNCCI.
- Encourager la participation active des usagers et des aidants à la réhabilitation et à l'intégration sociale des personnes souffrant de graves problèmes mentaux.

Les implications pratiques de son application sont les suivantes :

- L'encouragement des soins intégrés et continus de santé mentale et la création des premiers services et programmes résidentiels dans ce secteur.
- La création de nouvelles unités et d'un nouveau réseau d'orientation dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents.
- Le lancement de programmes novateurs permettant d'intégrer la santé mentale dans la lutte contre la violence domestique, le soutien au sans-abri et aux jeunes ayant des problèmes d'adaptation et d'inclusion sociale, en coopération avec le secteur social, judiciaire, éducatif et de l'emploi.

Pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale, il est important d'intervenir sur ses déterminants, à savoir :

- La stigmatisation et l'ignorance des maladies mentales.
- La pénurie de ressources humaines et structurelles.
- L'organisation inappropriée des services psychiatriques, concentrés dans de grandes institutions centralisées et mal articulés avec les soins de santé primaires.
- La formation continue des professionnels de la santé mentale.

Le Portugal a cherché à améliorer les soins de santé mentale par la décentralisation des services, la création de centres de santé mentale dans tous les districts du pays, la connexion avec les soins de santé primaires, l'intégration de la santé mentale dans le système de santé général, le transfert des soins spécialisés vers les hôpitaux généraux et communautaires et le développement de programmes et de structures de réadaptation psychosociale.

Un article publié dans l'*International Review of Psychiatry*, qui fait une analyse historique-descriptive et critique de la situation de l'assistance psychiatrique au Portugal, décrit l'émergence de l'assistance psychiatrique au Portugal et son évolution jusqu'à aujourd'hui.

En 2006 ont été officiellement créés les programmes de réhabilitation et la constitution du Réseau national de soins intégrés continus (*Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI*), ce qui a permis de moderniser la santé mentale au Portugal.

Le 9 octobre 2019, le Plan national de santé 2021-2030 a été lancé, avec les objectifs suivants :

- Créer une prédisposition positive à comprendre la santé publique comme un engagement social.
- Créer des réseaux de collaboration et des relations de confiance.
- Mobiliser en interne et en externe.
- Promouvoir des pratiques de communication participatives et collaboratives.
- Co-crée et impliquer de multiples parties prenantes.
- Activer et enraciner un sentiment d'appartenance.
- Partager les connaissances pour renforcer la résilience des communautés.

En avril 2001, le premier groupe multifamilial (Badaracco, 2000) a eu lieu au Portugal, à l'hôpital de jour du service psychiatrique du CHULN-HSM (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria), un hôpital public général et universitaire de Lisbonne. Il s'agit d'un dispositif thérapeutique important, intégré depuis lors dans le cadre de l'hôpital psychiatrique de jour.

L'hôpital de jour a été la première unité d'hospitalisation ouverte dans le service psychiatrique de l'HSM (Hospital de Santa Maria) en 1957. L'actuel hôpital de jour de l'HSM, avec le modèle psychanalytique et analytique de groupe qui le caractérise, fêtera ses 46 ans en mai 2023. Au fil du temps, l'hôpital de jour a été une unité thérapeutique et de formation de référence au Portugal, notamment dans le domaine où les principes analytiques de groupe et psychanalytiques sont appliqués aux interventions psychiatriques et de santé mentale. L'hôpital de jour est sollicité à des fins thérapeutiques et de formation par des personnes et des institutions de tout le pays.

6.2. ENQUETE - CARACTERISTIQUES DES GMF

6.2.1. Contexte institutionnel/organisationnel

Nous avons créé une liste d'institutions/associations/communautés thérapeutiques portugaises dans le domaine de la santé mentale, afin d'envoyer la lettre de présentation du projet et le lien vers le questionnaire. Après l'avis favorable du comité d'éthique pour la santé du centre universitaire de médecine de Lisbonne, l'étude a débuté. Le président du comité d'éthique de l'*Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT)*² (Administration régionale de la santé de Lisbonne et de la vallée du Tage) a donné des indications sur la législation en vigueur au Portugal, ce qui a conduit à l'examen de nouveaux cas et à de nouvelles demandes d'avis auprès de la Comissão de Ética para a Saúde (CES), (Comités d'éthique pour la santé). Ces comités d'éthique couvrent l'ensemble du territoire portugais, ainsi que les administrations régionales de la santé du Portugal.

1. *Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP*
2. *Administração Regional de Saúde do Centro IP*
3. *Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP*
4. *Administração Regional de Saúde do Algarve, IP*
5. *Administração Regional de Saúde do Norte, IP* (n'a pas encore répondu))
6. *Administração Regional de Saúde do Alentejo* (n'a pas encore répondu))
7. *Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira* (ce service a répondu qu'il n'y avait pas de GMF sur le territoire).
8. *Direção Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores* (a répondu qu'il n'y avait pas de GMF sur le territoire)

²ARSLVT - organe collégial et pluridisciplinaire qui assume la nature d'organe consultatif du conseil d'administration de l'ARSLVT, IP, en matière d'éthique des soins et de la recherche.

Le processus a été long car chacun de ces comités a exigé des documents divers et différents d'un comité à l'autre. Des réunions ont également été nécessaires pour clarifier les doutes et détailler toutes les procédures du projet. Finalement, nous avons reçu quelques réponses, mais tous les comités d'éthique de la santé n'ont pas répondu. L'absence de réponse de certains comités d'éthique nous empêche d'inclure ces régions dans notre étude. Heureusement, les groupes multifamiliaux dont nous avons connaissance font partie des régions dont les comités d'éthique ont répondu. Après avoir obtenu les autorisations nécessaires, des contacts ont été pris (105), par téléphone/courriel, avec des institutions publiques et privées dans tout le pays.

Nous avons reçu 5 réponses :

- 3 institutions à Lisbonne,
- 1 à Fátima (région centrale du Portugal)
- 1 à Estremoz (Alentejo - région du sud-est).

Nous supposons qu'il existe plusieurs groupes psycho-éducatifs multifamiliaux au Portugal, dans diverses institutions publiques/privées (IPSS)³, mais nous ne savons pas s'ils ne comptent qu'une ou deux générations. En revanche, nous savons qu'il n'y a actuellement que deux groupes de psychanalyse multifamiliale actifs. En ce qui concerne les groupes de psychanalyse multifamiliale au Portugal, il existe deux groupes à Lisbonne, dans deux hôpitaux de jour de deux services psychiatriques différents d'hôpitaux publics. Les 3 autres GMF réunissent deux générations, avec la présence des éléments dans le traitement, mais ils diffèrent du cadre du groupe de psychanalyse multifamiliale. Ces groupes sont ceux d'un service psychiatrique d'un hôpital public : 1) d'un service psychiatrique d'un hôpital public; 2) d'une communauté thérapeutique pour toxicomanes (IPSS), à Fátima (région centrale du Portugal); et 3) d'une institution privée (IPSS) à Estremoz (région sud-est de l'Alentejo) ; les cadres de ces groupes sont, respectivement, 2 groupes psycho-éducatifs cognitivo-comportementaux, et 1 groupe de psychothérapie intégrative avec une base dialogique et relationnelle.

Les difficultés rencontrées dans la diffusion du questionnaire, principalement en raison de la longue période nécessaire pour obtenir les autorisations des différents comités d'éthique de la santé, ont empêché d'obtenir des résultats plus opportuns et plus complets.

En ce qui concerne la structure administrative des institutions/organisations dans lesquelles ces groupes travaillent, 2 sont des institutions privées/IPSS et 3 sont des institutions publiques (hôpitaux publics). En ce qui concerne les types de services et de soins, toutes les institutions offrent des soins ambulatoires (centres de santé mentale, centres sociaux, hôpitaux de jour, consultations privées), et deux d'entre elles accueillent également des patients provenant d'institutions résidentielles (hôpitaux). En ce qui concerne la répartition géographique, nous avons observé une prédominance des groupes dans le sud du pays, dont un de Fátima (région centrale), trois de Lisbonne et un de Estremoz (région de l'Alentejo).

6.2.2. Caractéristiques

En ce qui concerne l'orientation théorique et méthodologique des GMF, la plupart des groupes déclarent plus d'un cadre, 2 groupes déclarent utiliser le cadre offert par la Psychanalyse multifamiliale développée par J. García Badaracco, 3 déclarent utiliser d'autres cadres (systémique, psychodynamique, interfamilial, groupe opérant, etc.) et 2 déclarent utiliser les cadres de la psychoéducation et du cognitivo-

³ Les IPSS (Instituição Privada de Solidariedade Social) - institutions privées de solidarité sociale - sont des institutions ou des organisations créées exclusivement sur une base privée et sans but lucratif, qui visent à promouvoir l'égalité et la justice sociale. Leur travail relève de l'économie sociale et leur principal objectif est la solidarité sociale dans des domaines tels que la sécurité sociale, l'éducation et la santé. Elles travaillent à proximité de la population et en coopération avec l'État, cherchant à répondre aux problèmes sociaux émergents dans la communauté au sein de laquelle elles opèrent.

comportementalisme. En ce qui concerne les qualifications académiques des personnes interrogées, 2 (40%) étaient psychiatres, 2 étaient psychologues (40%) et 2 étaient infirmières (20%).

En ce qui concerne les objectifs des interventions, les GMF ont tendance à combiner les objectifs, 3 ont déclaré avoir effectué des interventions psychothérapeutiques, 2 des interventions psychoéducatives, 2 du soutien, 2 du conseil et 1 a déclaré que l'objectif du groupe était de promouvoir l'auto-assistance.

6.2.3. Animation

En ce qui concerne les caractéristiques du groupe de Conducteurs/cothérapeutes, il s'agit d'équipes multidisciplinaires, 3 des groupes ont déclaré avoir un Conducteur et des co-thérapeutes et 2 ont déclaré que seuls des co-thérapeutes étaient désignés.

En ce qui concerne les qualifications académiques des professionnels participant aux GMF, nous observons que 3 groupes ont déclaré avoir des psychiatres, 3 ont déclaré avoir des psychologues et 3 ont déclaré avoir des infirmiers dans l'équipe, suivis par les travailleurs sociaux (2), les thérapeutes du travail (1), les éducateurs (1) et d'autres spécialités éducatives et sociales (1). En ce qui concerne la formation de l'équipe de direction, nous constatons une grande variété d'expériences psychothérapeutiques, avec une prépondérance de thérapies dérivées de la psychanalyse, telles que l'analyse de groupe (1), les thérapies psychodynamiques (4), les groupes opératoires, etc.

En ce qui concerne la qualification du Conducteur (lorsqu'il est désigné), seuls deux groupes ont répondu : l'un d'eux avait un psychiatre et l'autre un psychologue.

En ce qui concerne la supervision, nous constatons que la plupart des groupes n'ont déclaré aucune supervision (4) ; un groupe a déclaré une supervision directe/interne et indirecte/externe. Presque tous les groupes pratiquent l'intervision (4) et un seul ne le fait pas.

6.2.4. Participants

En ce qui concerne l'âge des participants, tous les groupes acceptent les adultes et trois d'entre eux comprennent également des adultes plus âgés (plus de 65 ans).

En ce qui concerne les générations qui participent à ces groupes et qui les caractérisent, 4 groupes de GMF ont déclaré que 2 générations étaient présentes et 1 en comprenait plus de 2.

La relation entre les personnes sous traitement et leurs proches a révélé que tous les groupes comprenaient des personnes ayant des liens paternels (5) et d'autres membres de la famille nucléaire vivant avec le patient (5). Quatre incluaient des fils, 4 incluaient d'autres membres de la famille élargie et 4 acceptaient également d'autres éléments n'appartenant pas à la famille.

6.2.5. Structure et fonctionnement

Tous les groupes ont déclaré être hétérogènes en ce qui concerne le diagnostic de leurs participants, tous comprenant des troubles affectifs, des troubles de la personnalité, des troubles psychotiques et des troubles de l'anxiété. D'autres pathologies ont également été incluses dans ces groupes, à savoir les troubles psychosomatiques (2), les troubles de l'alimentation (1), les troubles de stress post-traumatique (2), les troubles addictifs (3) et les troubles obsessionnels compulsifs (3).

En ce qui concerne le type de groupe, la plupart (3) étaient ouverts, 1 était fermé et 1 était à ouverture lente. La durée des groupes allait d'un minimum de 60 minutes à un maximum de 120 minutes.

Quant à savoir s'ils travaillent en établissant des phases de développement, tous les groupes ont déclaré qu'ils n'utilisaient pas cette méthode.

En ce qui concerne la taille du groupe, 1 groupe était de petite taille (moins de 10 participants), 3 de taille moyenne (jusqu'à 30 participants) et 2 ont fait état de plus de 30 participants. La fréquence des groupes allait de bimensuelle (2) à mensuelle (3). La plupart des activités se déroulent pendant les heures de travail

(4) et une seule en dehors des heures de travail. La plupart des GMF fonctionnent dans une salle de groupe et un seul dans une salle polyvalente. Quatre des participants ont répondu que les conditions de la salle étaient considérées comme appropriées. Le respect de la vie privée et la confidentialité ont été jugés appropriés par quatre des personnes interrogées et l'un des groupes n'a pas donné de réponse. Dans la plupart des groupes, les sièges sont disposés en cercle (3) et un seul autour d'une table. Les autres dispositions ne sont pas pertinentes.

En ce qui concerne l'existence et la continuité des groupes en termes d'années, elles varient de 1,5 à 22 (durée moyenne de 8,5 ans). Tous les groupes ont fait état d'une certaine interruption, 4 groupes ont été interrompus en raison de la pandémie et 1 groupe en raison de contraintes liées aux ressources humaines. Trois groupes ont signalé un changement dans la modalité des groupes, passant d'un mode en personne à un mode en ligne. Deux groupes n'ont signalé aucun changement après l'interruption, bien que l'un d'entre eux ait indiqué que l'option de participation en ligne avait été ajoutée au mode en personne. La durée d'interruption a varié de 3 à 18 mois, principalement pendant la phase la plus critique de la pandémie.

6.2.6. Renvoi

En ce qui concerne l'orientation des participants vers les groupes du GMF, tous ont accepté des participants venant de l'intérieur de l'organisation, 3 ont accepté des participants venant d'institutions externes et 2 ont reçu des personnes qui s'étaient proposées d'elles-mêmes.

6.3. FOCUS GROUPS

6.3.1. Focus groupe avec les Conducteurs des GMF

Deux groupes de discussion ont été organisés, en suivant les recommandations du programme et en utilisant la méthodologie partagée avec les partenaires. Le premier groupe cible était composé de Conducteurs et de co-thérapeutes expérimentés dans la GMF. Le second groupe cible comprenait des membres des familles d'anciens patients de l'hôpital de jour, ainsi que des thérapeutes connaissant la GMF mais manquant d'expérience dans ce domaine. Une analyse SWOT a été appliquée et la même série de quatre questions a été adressée aux participants des deux groupes.

6.3.1.1. Participants

Ont été invités par courriel et par téléphone douze (12) chefs d'orchestre et co-thérapeutes ayant une expérience dans les GMF. Seuls six (6) d'entre eux ont pu participer au groupe : Quatre psychiatres, un psychologue et un professeur d'université ayant une formation en psychothérapie et ayant effectué un stage de deux ans dans le GMF de l'hôpital de jour. Le groupe était composé d'un modérateur et de deux observateurs.

6.3.1.2. Méthodologie

Modalité : Session organisée (et enregistrée) via la plateforme Zoom

Durée de la session : 90 minutes - 09:00H - 10:30H

Le groupe a commencé par un bref accueil et des remerciements aux personnes présentes, suivis d'une brève présentation du projet F.A.M.H.E et de ses objectifs généraux. Le groupe a ensuite été informé de la méthodologie et des objectifs de la session du focus groupe, du rôle du modérateur et des observateurs, et du fait que quatre questions seraient posées sur les GFP, sur la base de la méthodologie SWOT. Le modérateur a demandé aux participants s'ils étaient d'accord et s'ils consentaient à ce que la session soit enregistrée. Avec l'accord de tous, la session a commencé, les participants se présentant au groupe. Les questions suivantes ont ensuite été posées.

6.3.1.3. Résultats

Focus 1 : Points forts (avantages) : Quelles sont les caractéristiques du GMF qui en font un dispositif psychothérapeutique avantageux par rapport à d'autres interventions psychothérapeutiques (internes - familles/équipe/service ; et externes - institution/communauté) ?

- Extension des problèmes du patient à l'ensemble de la famille - présence de plus d'une génération.
- Rapidité du diagnostic.
- Observation directe de la psychopathologie relationnelle - intergénérationnelle et transgénérationnelle.
- Amélioration rapide du patient en cours de traitement.
- Apprentissage par les pairs.
- Changement dans la conception de la maladie : l'individu ne se désorganise pas seul, il se désorganise dans l'environnement familial.
- Possibilité d'observer les relations et les modes de communication des différents membres de la famille.
- Protection du patient : Thérapeute en tant qu'ego auxiliaire du patient ; possibilité de se tester dans un environnement protégé - les MFPG sont comme une antichambre de la réalité sociale.
- Faciliter une communication ouverte entre la famille, le patient et l'équipe, en évitant que la famille ne parle dans le dos du patient.
- L'éducation et la formation des professionnels de la santé.
- Coût/bénéfice pour le système de santé - réduction des ré-hospitalisations et des visites aux urgences.
- Efficacité à long terme - des améliorations qui durent plus longtemps.
- Diminution de la chronicité - traiter le problème à la source plutôt que de le camoufler.

Focus 2 : Faiblesses (désavantages) : Quelles sont les caractéristiques qui désavantagent le MFPG par rapport à d'autres dispositifs psychothérapeutiques ? (Interne - familles/équipe/service ; et Externe - institution/communauté).

- Il n'est pas suffisant en tant que dispositif thérapeutique - il a besoin d'autres dispositifs pour le compléter (psychothérapie individuelle dans certains cas).
- La difficulté qui se présente parfois lorsqu'il faut partager plus ou moins équitablement le temps de parole.
- Logistique : nécessité d'avoir plus d'un thérapeute ; besoin d'une salle avec suffisamment d'espace et de conditions d'intimité.
- Nécessité d'une formation adéquate des thérapeutes - Le MFPG est un groupe qui implique des connaissances/expériences techniques spécifiques.
- Besoin de disponibilité, de constance et de continuité des thérapeutes dans les sessions - dans les institutions, cette continuité peut être difficile.

Focus 3 : Opportunités : Quels sont les aspects sur lesquels la MFPG, en tant qu'approche psychothérapeutique en santé mentale, devrait mettre l'accent pour faciliter l'adhésion à cette approche ? Ou, dans quelle mesure le travail avec la MFPG peut-il contribuer à la transformation : des familles/de l'équipe/du service ; et de l'institution/de la communauté ?

- Il convient de souligner l'importance des effets positifs des GMF sur les soins de santé publique et d'autres institutions sociales.
- De nombreuses opportunités de développer des identifications nouvelles et plus structurantes/saines, permettant un développement personnel pour les patients, les familles et les thérapeutes.
- Opportunités de formation pour les techniciens : nouvelles expériences professionnelles et nouveau regard sur la psychiatrie.

- Possibilité d'utiliser les médias à distance - atteindre plus de personnes (distance et temps).
- Possibilité d'élargir la compréhension des problèmes du patient : couvrir les différentes étapes du cycle de vie du patient et de sa famille (transgénérationnalité) - à travers les récits des différents membres de la famille.
- La possibilité d'améliorer le rapport coût-efficacité à long terme : améliorations plus durables, moins de crises, moins d'absentéisme au travail.

Question 4 : Menaces : De quelle manière le MFPG peut-il constituer une menace (interne/ externe)?

- Les résistances culturelles et psychologiques - pour beaucoup, ce qui est inconnu ou inhabituel est menaçant.
- Difficultés posées par les institutions qui considèrent le nombre de techniciens impliqués comme un gaspillage de ressources.
- Le manque de professionnels spécialisés.
- épuisement des techniciens de santé face aux obstacles posés par les institutions.
- Difficulté à garantir que le contenu exprimé dans le groupe reste privé.

6.3.2. Focus groupes avec les utilisateurs de GMF

6.3.2.1. Participants

Seize (16) invitations par téléphone et par email ont été envoyées à des psychothérapeutes professionnels de santé ayant une connaissance des MFPG mais sans expérience des MFPG et à des membres de la famille d'anciens patients des MFPG ; seules sept (7) personnes ont pu participer au groupe : deux psychologues, qui sont également psychothérapeutes, et trois internes en psychiatrie sans expérience de la psychothérapie, tous sans expérience des MFPG ; et deux mères d'anciens patients. Le groupe a été animé par un modérateur et deux observateurs.

6.3.2.2. Méthodologie

Modalité : Session organisée (et enregistrée) via la plateforme Zoom.

Durée de la session : 90 minutes - 09:00H - 10:30H

De même, pour le Focus Group 1, le modérateur a accueilli et remercié les personnes présentes, et a brièvement présenté le projet F.A.M.H.E et ses objectifs généraux, les objectifs de la session et quelques informations sur la méthodologie de la présente réunion ; le rôle du modérateur et des observateurs a été expliqué. Ensuite, il a été expliqué que la méthodologie de l'analyse SWOT serait appliquée, qui consistait en quatre questions sur les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces des GMF. Comme pour le focus groupe 1, le modérateur a demandé aux participants s'ils étaient d'accord et s'ils consentaient à ce que la session soit enregistrée. Avec l'accord de tous, la session a commencé, les participants se présentant au groupe. Les questions suivantes ont ensuite été posées.

6.3.2.3. Résultats

Focus 1 : Points forts (avantages) : Quelles sont les caractéristiques de la MFPG qui en font un dispositif psychothérapeutique avantageux par rapport à d'autres interventions psychothérapeutiques (internes - familles/équipe/service ; et externes - institution/communauté) ?

- Rôle du thérapeute en tant que facteur de sécurité : surmonter les difficultés de communication, les conflits et les différences de langues.
- Possibilité de surmonter les peurs, les inhibitions et les tabous après l'adaptation au groupe.
- Transgénérationnalité - La présence de plus d'une génération permet d'identifier la transgénérationnalité, de traiter avec les acteurs du conflit et de dissiper les malentendus.
- Possibilité de rectifier/transformer la communication - clarification de la communication, clarification des malentendus et compréhension des comportements.

- Développement de la pensée et des sentiments - apprendre à se penser à travers les autres.
- Élargissement de l'esprit : de nombreuses personnes ne peuvent commencer à penser à elles-mêmes que lorsqu'elles entendent les descriptions des autres participants. Elles s'autorisent alors à être créatives et à avoir de nouvelles idées.
- L'universalité des problèmes psychologiques et relationnels et la possibilité d'identifier des solutions : l'écoute des autres rompt l'isolement familial et permet de surmonter les problèmes.
- Développement de l'empathie, d'abord avec les autres, puis avec les membres de sa propre famille.
- Possibilité de comprendre les problèmes dans une nouvelle perspective, de chercher de nouvelles solutions et d'être un agent actif dans le rétablissement du membre de la famille.
- Hiérarchie de la gravité des problèmes : possibilité d'identifier les situations à évaluer en priorité, c'est-à-dire celles qui sont les plus importantes.

Focus 2 : Faiblesses (désavantages) : Quelles sont les caractéristiques qui désavantagent le MFPG par rapport à d'autres dispositifs psychothérapeutiques ? (Interne - familles/équipe/service ; et Externe - institution/communauté)

- Différences entre les générations : des problèmes différents d'une génération à l'autre peuvent rendre la communication et l'empathie difficiles.
- Nécessité de disposer de thérapeutes bien formés.
- Difficulté à aborder des situations traumatisantes dans un grand groupe.
- Durée du groupe et gestion du temps dans un grand groupe.
- L'adhésion initiale à une thérapie de groupe, pas toujours facile.
- Cohésion du groupe - par exemple, alliance thérapeutique : Dans un groupe thérapeutique, la participation irrégulière des participants n'est pas favorable au développement d'une alliance thérapeutique/cohésion de groupe ; s'il y a des objectifs thérapeutiques, il est important qu'il y ait un engagement de présence, car les liens et l'intimité qui se créent entre les participants doivent être basés sur la continuité.

Focus 3 : Opportunités : Quels sont les aspects sur lesquels la MFPG, en tant qu'approche psychothérapeutique en santé mentale, devrait mettre l'accent pour faciliter l'adhésion à cette approche ? D'autre part, dans quelle mesure le travail avec la MFPG peut-il contribuer à la transformation : des familles/de l'équipe/du service ; et de l'institution/de la communauté?

- Conscience de l'impact sur les autres : possibilités d'améliorer la communication et l'empathie.
- Le MFPG guérit les relations et les désaccords entre parents et enfants ; il favorise la paix et la compréhension. Les personnes en traitement ressentent la présence des membres de leur famille dans le MFPG comme une preuve d'attention et d'amour.
- Adhésion aux médicaments et amélioration de la maladie
- L'espoir : l'évolution des autres montre que la guérison est possible.
- Connaissance de soi : c'est l'occasion pour les membres de la famille d'apprendre à se connaître à travers ce qu'ils vivent dans le groupe.

Focus 4 : Menaces : De quelle manière le MFPG peut-il constituer une menace (interne/ externe)?

- Méfiance et résistance au traitement dans un grand groupe.
- Compte tenu de la taille du groupe, il n'y a pas de temps pour parler.
- Les conflits qui surviennent au sein du groupe sont résolus dans le temps imparti au groupe.
- Absences du groupe fantasmées comme une faiblesse, sentiment de ne pas être intégré par ceux qui sont absents ; encouragement des autres à s'absenter ; absence de la famille ressentie comme une menace pour le traitement.
- La crainte de fuites ou d'atteintes à la confidentialité.

6.3.3. Conclusions sur les focus groups

En analysant le contenu des réponses reçues aux quatre questions posées dans les focus groups 1 et 2, nous avons constaté que certaines réponses étaient similaires et d'autres différentes. L'idée était de comparer les réponses des thérapeutes ayant une expérience du GMF avec les réponses des thérapeutes n'ayant pas d'expérience du GMF et des proches d'anciens patients. Pour faciliter la synthèse et la conclusion de cette analyse SWOT, plusieurs catégories ont été créées en fonction du type de réponses reçues (voir ci-dessous - Tableau 1).

Les catégories suivantes ont été créées pour la question 1 :

- Transgénérationnalité/présence de plus d'une génération
- Avantages pour les familles et les thérapeutes
- Possibilités de transformation
- Avantages cliniques et institutionnels

Les catégories suivantes ont été créées pour la question 2 :

- Difficultés éventuelles liées aux différences de génération.
- Problèmes d'espace et de formation
- Difficultés liées à l'existence d'un (grand) groupe
- Cohésion du groupe / Alliance thérapeutique

Les catégories suivantes ont été créées pour la question 3 :

- Opportunités pour les patients et leurs familles
- Opportunités pour les prestataires de soins de santé et les institutions

Les catégories suivantes ont été créées pour la question 4 :

- Résistances des familles
- Difficultés des institutions
- Problèmes liés à l'existence d'un (grand) groupe

Les réponses à la première question étaient très similaires dans les deux focus groupes : tous deux ont souligné l'importance de la présence de plus d'une génération pour résoudre les problèmes actuels, ainsi que la pertinence de la transgénérationnalité. Les deux groupes ont mis en évidence les multiples avantages des GMF pour les familles, les techniciens de santé et les institutions.

La deuxième question a mis en évidence la nécessité d'une formation spécifique des thérapeutes et l'importance d'autres dispositifs thérapeutiques pour compléter le GMF, ainsi que certaines difficultés liées à la taille du groupe et à l'écart entre les générations ; l'importance de la constance de la présence des thérapeutes et des familles a également été soulignée.

En ce qui concerne les opportunités, le focus groupe 1 souligne les opportunités pour les techniciens et les institutions de réduire les temps de traitement avec des avantages en termes de coûts et de bénéfices, tandis que le focus groupe 2 souligne les opportunités pour la croissance et le développement de la famille.

Enfin, à la question 4, les deux groupes soulignent les résistances et les difficultés posées par les participants et les institutions, ainsi que l'urgente nécessité d'une culture de groupe pour combattre les résistances psychologiques à ce qui est inconnu ou inhabituel.

Le tableau ci-dessous résume les résultats obtenus par les deux focus groupes.

Tableau 1 : Questions/catégories SWOT

SWOT - QUESTIONS		
Question 1 : Forces (avantages) : Quelles sont les caractéristiques de la MFPG qui en font un dispositif psychothérapeutique avantageux par rapport à d'autres interventions psychothérapeutiques (internes - familles/équipe/service ; et externes - institution/communauté) ?		
CATEGORIES	FOCUS GROUPE 1	FOCUS GROUPE 2
Transgénérationnalité/présence de plus d'une génération	1) Extension des problèmes du patient à l'ensemble de la famille - présence de plus d'une génération. 3) Observation directe de la psychopathologie relationnelle - intergénérationnelle et transgénérationnelle.	3) Transgénérationnalité - La présence de plus d'une génération permet d'identifier la transgénérationnalité, de traiter avec les acteurs du conflit et de dissiper les malentendus.
Avantages pour les familles et les thérapeutes	5) Apprentissage par les pairs. 6) Changement dans la conception de la maladie : l'individu ne se désorganise pas seul, il se désorganise dans l'environnement familial. 11) L'éducation et la formation des professionnels de la santé.	5) Développement de la pensée et des sentiments - apprendre à se penser à travers les autres. 6) Élargissement de l'esprit : de nombreuses personnes ne peuvent commencer à penser à elles-mêmes que lorsqu'elles entendent les descriptions des autres participants. Elles s'autorisent alors à être créatives et à avoir de nouvelles idées. 8) Développement de l'empathie, d'abord avec les autres, puis avec les membres de sa propre famille.
Possibilités de transformation	7) Possibilité d'observer les relations et les modes de communication des différents membres de la famille. 8) Protection du patient : Thérapeute en tant qu'ego auxiliaire du patient ; possibilité de se tester dans un environnement protégé - les MFPG sont comme une antichambre de la réalité sociale. 10) Facilitation d'une communication ouverte entre la famille, le patient et l'équipe, en évitant que la famille ne parle dans le dos du patient.	1) Rôle du thérapeute en tant que facteur de sécurité : possibilité de surmonter les difficultés de communication, les conflits et les différences de langues. 2) Possibilité de surmonter les peurs, les inhibitions et les tabous après l'adaptation au groupe. 4) Possibilité de rectifier/transformer les troubles de la communication - clarification de la communication, clarification des malentendus et compréhension des comportements. 7) L'universalité des problèmes psychologiques et relationnels et la possibilité d'identifier des solutions : l'écoute des

		<p>autres rompt l'isolement familial et permet de surmonter les problèmes.</p> <p>9) Possibilité de comprendre les problèmes dans une nouvelle perspective, de chercher de nouvelles solutions et d'être un agent actif dans le rétablissement du membre de la famille.</p> <p>10) Hiérarchie de la gravité des problèmes : possibilité d'identifier les situations qui doivent être évaluées en premier, par exemple celles qui sont les plus importantes.</p>
		<p>1) Rôle du thérapeute en tant que facteur de sécurité : surmonter les difficultés de communication, les conflits et les langues différentes.</p> <p>4) Rectification des troubles de la communication - clarification de la communication, clarification des malentendus et compréhension des comportements.</p>
Avantages cliniques et institutionnels	<p>2) Rapidité du diagnostic.</p> <p>4) Amélioration rapide du patient en cours de traitement.</p> <p>12) Coût/bénéfice pour le système de santé - réduction des ré-hospitalisations et des visites aux urgences.</p> <p>13) Efficacité à long terme - des améliorations qui durent plus longtemps.</p> <p>14) Diminution de la chronicité - traiter le problème à la source plutôt que de le camoufler.</p>	
<p>Question 2 : Faiblesses (désavantages) : Quelles sont les caractéristiques qui désavantagent le MFPG par rapport à d'autres dispositifs psychothérapeutiques ? (Interne - familles/équipe/service ; et Externe - institution/communauté)</p>		
Difficultés éventuelles liées aux différences entre les générations		<p>1) Différences entre les générations : des problèmes différents d'une génération à l'autre peuvent rendre la communication et l'empathie difficiles.</p>
Problèmes d'espace et de formation	<p>3) Logistique : nécessité d'avoir plus d'un thérapeute ; besoin d'une salle avec suffisamment d'espace et de conditions d'intimité.</p> <p>4) Nécessité d'une formation adéquate des thérapeutes - Le MFPG est un groupe qui implique des connaissances/expériences techniques spécifiques.</p>	<p>2) Nécessité de disposer de thérapeutes bien formés.</p>

Difficultés liées à l'existence d'un (grand) groupe	<p>1) Il n'est pas suffisant en tant que dispositif thérapeutique - il a besoin d'autres dispositifs pour le compléter (psychothérapie individuelle dans certains cas).</p> <p>2) Il est parfois difficile de répartir équitablement le temps de parole.</p>	3) Difficulté à aborder des situations traumatisantes dans un grand groupe.
Cohésion du groupe / Alliance thérapeutique	5) Besoin de disponibilité, de constance et de continuité des thérapeutes dans les sessions - dans les institutions, cette continuité peut être difficile.	6) Dans un groupe thérapeutique, la participation irrégulière des membres du groupe n'est pas favorable au développement d'une alliance thérapeutique/cohésion de groupe ; s'il y a des objectifs thérapeutiques, il est important qu'il y ait un engagement de présence, car les liens et l'intimité qui se créent entre les participants doivent être basés sur la continuité.

Question 3 : Opportunités : Quels sont les aspects sur lesquels la MFPG, en tant qu'approche psychothérapeutique en santé mentale, devrait mettre l'accent pour faciliter l'adhésion à cette approche ? Ou, dans quelle mesure le travail avec la MFPG peut-il contribuer à la transformation : des familles/de l'équipe/du service ; et de l'institution/de la communauté ?

Opportunités pour les patients et leurs familles	<p>2) De nombreuses opportunités de développer des identifications nouvelles et plus structurantes/saines, permettant un développement personnel pour les patients, les familles et les thérapeutes.</p> <p>4) Possibilité d'utiliser les médias à distance - atteindre plus de personnes (distance et temps).</p>	<p>1) Conscience de l'impact sur les autres : possibilités d'améliorer la communication et l'empathie.</p> <p>2) Le MFPG guérit les relations et les désaccords entre parents et enfants ; il favorise la paix et la compréhension. Les personnes en traitement ressentent la présence des membres de leur famille dans le MFPG comme une preuve d'attention et d'amour.</p> <p>3) Adhésion aux médicaments et amélioration de la maladie</p> <p>4) L'espoir : l'évolution des autres montre que la guérison est possible.</p> <p>5) Connaissance de soi : c'est l'occasion pour les membres de la famille d'apprendre à se connaître à travers ce qu'ils vivent dans le groupe.</p>
--	--	--

<p>Opportunités pour les prestataires de soins de santé et les institutions</p>	<p>1) Il convient de souligner l'importance des effets positifs des GMF sur les soins de santé publique et d'autres institutions sociales.</p> <p>3) Opportunités de formation pour les techniciens : nouvelles expériences professionnelles et nouveau regard sur la psychiatrie.</p> <p>5) Possibilité d'élargir la compréhension des problèmes du patient : couvrir les différentes étapes du cycle de vie du patient et de sa famille (transgénérationnalité) - à travers les récits des différents membres de la famille.</p> <p>6) la possibilité d'améliorer le rapport coût-efficacité à long terme : améliorations plus durables, moins de crises, moins d'absentéisme au travail.</p>	
<p>Question 4 : Menaces : De quelle manière le MFPG peut-il constituer une menace (interne/externe) ?</p>		
<p>Résistances des familles</p>	<p>1) Les résistances culturelles et psychologiques - pour beaucoup, ce qui est inconnu ou inhabituel est menaçant.</p>	<p>1) Méfiance et résistance au traitement dans un grand groupe.</p> <p>4) Absences du groupe fantasmées comme une faiblesse, sentiment de ne pas être intégré par ceux qui sont absents ; encouragement des autres à s'absenter ; absence de la famille ressentie comme une menace pour le traitement.</p>
<p>Difficultés des institutions</p>	<p>2) Difficultés posées par les institutions qui considèrent le nombre de techniciens impliqués comme un gaspillage de ressources.</p> <p>3) Le manque de professionnels spécialisés.</p> <p>4) épuisement des techniciens de santé face aux obstacles posés par les institutions.</p>	
<p>Problèmes liés à l'existence d'un (grand) groupe</p>	<p>5) Difficulté à garantir que le contenu exprimé dans le groupe reste privé.</p>	<p>2) Compte tenu de la taille du groupe, il n'y a pas de temps pour parler.</p> <p>3) Les conflits qui surviennent au sein du groupe sont résolus dans le temps imparti au groupe.</p> <p>5) La crainte de fuites ou d'atteintes à la confidentialité.</p>

6.4. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Parallèlement à l'élaboration du questionnaire, un examen approfondi de la littérature sur les interventions multifamiliales dans le domaine de la santé mentale a été entrepris. Cette analyse a permis aux partenaires du projet d'affiner et de cibler leur recherche en ligne conformément aux objectifs de la recherche. Plusieurs moteurs de recherche, dont Google, Google Scholar, PubMed, Hall et Cairn, ont été utilisés, et les résultats ont été organisés à l'aide du logiciel de gestion Zotero. Le style de citation APA VI édition a été appliqué.

Les mots-clés convenus, établis lors des réunions transnationales, sont les suivants :

- Psychanalyse multifamiliale
- Thérapie multifamiliale
- Groupe multifamilial
- Groupe de psychanalyse multifamiliale
- Thérapie de groupe multifamiliale
- Traitement de groupe multifamilial

Ces termes de recherche ont été traduits dans les langues des pays concernés et complétés par des termes spécifiques à chaque pays. Un consensus entre les partenaires a conduit à des recherches dans différentes langues nationales, dépassant les frontières nationales pour chaque langue et englobant d'autres pays.

La recherche bibliographique menée au Portugal a révélé que des mots-clés tels que groupe multifamilial, psychanalyse multifamiliale et thérapie multifamiliale permettaient d'obtenir un index de contenu plus complet et plus qualitatif. La bibliographie en langue portugaise comprenait notamment des articles, des monographies, des livres et des chapitres de livres (voir l'annexe 5 pour plus de détails).

6.5. CONCLUSIONS

L'objectif principal du projet "Groupes multifamiliaux en santé mentale", qui consiste à caractériser les modèles et à cartographier les groupes multifamiliaux existants en santé mentale au Portugal, n'a pas été pleinement atteint en raison des contraintes décrites dans le chapitre précédent (5.2), ce qui a entraîné des retards dans la transmission des résultats des questionnaires et des groupes de discussion.

Seuls cinq questionnaires ont été obtenus, représentant cinq institutions. Ces résultats englobent les deux types de GMF décrits dans les objectifs du projet : 1) les groupes multifamiliaux psycho-éducatifs, qui abordent les problèmes de santé mentale et fournissent des informations sur leur gestion ; et 2) les groupes multifamiliaux psychothérapeutiques, qui comprennent les groupes multifamiliaux de psychanalyse. Ce dernier type comprend l'hôpital de jour du service psychiatrique du CHULN-HSM, créé en 2001 et pionnier au Portugal (Lisbonne), et l'hôpital de jour du service psychiatrique du CHLO, qui existe depuis 2016.

Comme expliqué précédemment, l'hôpital de jour, qui fait partie d'un hôpital universitaire affilié à la faculté de médecine de l'université de Lisbonne (FMUL), a toujours inclus un volet formation. Cela a facilité la formation de nombreux techniciens de santé par le biais de programmes de stages institutionnels. Outre les stagiaires institutionnels, l'hôpital de jour a également accueilli d'autres techniciens de la santé - psychiatres, pédopsychiatres, psychologues et infirmières - qui, sans être des stagiaires officiels, ont exprimé leur intérêt pour l'apprentissage du modèle psychanalytique et analytique de groupe de l'hôpital de jour. Cet intérêt s'est considérablement accru après le lancement des GMF en 2001. Il y a quelques années encore, après avoir appris l'existence des GMF, de nombreux collègues ont demandé à l'administration du

CHULN-HSM l'autorisation d'effectuer des stages d'observation/formation volontaires et non rémunérés d'une durée de plusieurs mois. Certains de ces psychothérapeutes de la santé ont ensuite reproduit le modèle de la GMF de l'hôpital de jour dans les institutions où ils étaient employés⁴. Cependant, ces dernières années, de nouvelles règles mises en place par l'administration du CHULN-HSM ont empêché les techniciens de santé qui ne font pas partie du système de stage de se former à l'hôpital de jour du CHULN-HSM.

Plusieurs facteurs contribuent à la diffusion limitée des groupes de psychanalyse multifamiliale au Portugal. Les résistances institutionnelles et le besoin pragmatique de conditions adéquates, telles qu'un espace physique et des psychothérapeutes formés, sont des défis importants. Les résistances institutionnelles découlent de préjugés culturels et psychologiques, d'informations erronées et de préjugés concernant certaines approches psychothérapeutiques, en particulier les psychothérapies de groupe basées sur la dynamique. Cette résistance peut être attribuée à des doutes, à des insécurités, à des préférences pour des approches classiques/pharmacologiques, à de fausses croyances sur le rapport coût-efficacité et à des préoccupations concernant l'utilisation des ressources. Les affirmations relatives à l'économie et aux ressources, telles que la perception d'un gaspillage de ressources humaines dû au nombre de techniciens impliqués dans les psychothérapies de groupe, ont été identifiées comme des menaces pour les groupes multifamiliaux par les responsables de groupes multifamiliaux lors des groupes de discussion.

Pour relever ces défis, il faut développer une "culture de groupe" afin de contrer la résistance psychologique à l'inconnu ou au non conventionnel. En outre, la nature bureaucratique des institutions portugaises pose des obstacles supplémentaires, entravant la mise en œuvre d'approches nouvelles et différentes en raison de diverses procédures et contraintes.

Si certains participants aux groupes de discussion ont reconnu le potentiel des groupes multifamiliaux en tant que cadre précieux pour la formation des professionnels de la santé, ils ont également souligné la nécessité d'une formation spécifique pour les thérapeutes des groupes multifamiliaux. En ce qui concerne la valeur ajoutée des groupes multifamiliaux, les participants ont souligné l'importance de la présence de plus d'une génération pour résoudre les conflits actuels. Les deux groupes de discussion ont souligné les nombreux avantages des GMF pour les familles, les techniciens de santé et les institutions.

⁴ 1) Hôpital de jour du service psychiatrique de l'hôpital Fernando da Fonseca à Amadora, dans le district de Lisbonne ; 2) Hôpital de jour du service psychiatrique du CHLO ; 3) Centre de jour de l'Institut des drogues et des toxicomanies (IDT), actuellement le Service d'intervention en matière de conduites addictives et de dépendances (SICAD) ; le premier et le dernier groupe ont cessé leurs activités il y a quelques années.

7. INTEGRATION DES RESULTATS

7.1. ENQUETE - ANALYSE

L'ADIFM (Portugal) était chargée de présenter les résultats des quatre pays impliqués. Après avoir fait son rapport et reçu les rapports des partenaires en Italie, en Belgique et en Espagne, elle a produit le rapport final des quatre pays, qui est présenté ci-dessous.

La diffusion des psychothérapies de groupe et, surtout, des groupes multifamiliaux (GMF) doit être considérée comme l'un des aspects les plus significatifs de l'innovation dans les services de santé mentale. Si la "psychothérapie de groupe" a une origine presque séculaire⁵, la pratique de la psychothérapie multifamiliale a été mise en œuvre depuis les années 1970 dans des contextes particuliers et principalement selon l'approche psychanalytique empruntée au psychiatre argentin Garcia Badaracco, qui l'a adoptée pour la première fois dans les années 1960 à l'hôpital psychiatrique de Buenos Aires, où il a pu vérifier qu'en travaillant dans un climat de collaboration avec les patients hospitalisés et les membres de leur famille, il était possible de sortir de la structure de l'asile. Le GMF a commencé à se développer au cours du nouveau siècle grâce à l'évolution conjointe de la thérapie familiale et de l'approche systémique. Aujourd'hui, elle peut se référer à différents modèles théoriques et constitue une pratique psychothérapeutique éprouvée, étayée par des preuves qui, bien qu'elles ne soient pas encore scientifiquement étayées, confirment son efficacité en termes de résultats.⁶

Le GMF permet la construction d'un climat thérapeutique, souvent d'une grande intensité émotionnelle, entre les personnes souffrant de troubles mentaux, les membres de leur famille ou leurs proches et les praticiens de différents horizons. Elle implique généralement de nombreuses personnes (de 30 à 90) représentant au moins deux générations. Avec son approche psychodynamique, le groupe se caractérise par une expérience transformatrice pour toutes les personnes impliquées, "à la fois pour la richesse de l'expérience humaine et pour la qualité de l'apprentissage mutuel qui est expérimenté".⁷

Le GMF ouvre une nouvelle phase dans le traitement des troubles psychiatriques en permettant une dynamique interactive qui rend les "utilisateurs", en particulier ceux qui souffrent de psychose, et les membres de leur famille, conscients des liens d'interdépendance pathologique dans lesquels ils sont impliqués, en étant capables de réfléchir et de se comparer aux situations des autres participants.

Ce processus se déroule dans le cadre de réunions collectives fondées sur quelques règles : toutes les personnes sont "écoutées, comprises et respectées au point qu'elles sentent qu'elles peuvent commencer à compter sur l'aide des autres et, par conséquent, sur l'opinion des autres, même si elle est différente de la leur", mais de la même valeur.

⁵ Cette désignation remonte aux années 1930 et est due à J. L. Moreno.

⁶ Parmi les bénéfices rapportés dans la littérature et relevés par certains témoignages dans cette recherche, on trouve l'amélioration des relations familiales, la réduction des admissions au TSO et des thérapies médicamenteuses (" Dans la mesure où la compétence de la famille et entre les familles augmente, les thérapies médicamenteuses peuvent être réduites de 3 ou 4 fois de manière progressive et cohérente et l'amélioration des relations familiales "). Cf. Canevaro A., Bonifazi S. (2011), *Il gruppo multifamiliare. Une approche expérientielle*, Armando Editore, Rome, p. 49.

⁷ Cf. G. Villa (2016), *Il Gruppo Multifamiliare tra funzione migrante e apprendimento*, *In Gruppo : omogeneità e differenze*, rivista online Argo6.

Dans le groupe, "on construit une situation où chacun peut regarder de l'extérieur le rôle qu'il joue et la manière dont il le fait : enfants, parents et soignants, eux-mêmes enfants et/ou parents dans leur propre vie". A la valeur de la dimension intérieure s'ajoute la dimension relationnelle d'une rencontre entre personnes : "on n'est plus enfant, parent, psychiatre. On se sent sur un pied d'égalité avec l'autre", tandis que le dialogue entre usagers et membres de la famille ne peut se passer d'un "regard dans les yeux" et d'un contact émotionnel qui est favorisé dans "l'espace dramatique" de la rencontre. Parmi les mots clés de la participation au GMF émergent "partage", "confrontation", "échange", "soutien" ou "aide"⁸ de sorte qu'un climat thérapeutique basé sur la confiance, l'empathie, le respect, l'acceptation de soi et des autres et la spontanéité du contact humain est déterminé. Ce climat est influencé par les qualités relationnelles (l'empathie avant tout) des soignants, à commencer par le Conducteur/coordonateur. Cette figure stimule et régle les dialogues entre les personnes en donnant la parole à tous ceux qui la demandent, afin que la circulation des idées soit rapide et favorise une succession d'interventions basées sur des "associations libres" et que chacun puisse apprendre, par analogie ou par imitation, de l'expérience des autres. En outre, ils peuvent se refléter les uns les autres.

Le Conducteur, assisté d'autres co-thérapeutes, doit s'abstenir de tout jugement sur les personnes souffrantes et les membres de leur famille. Ils doivent également abandonner leurs " certitudes cognitives pour s'immerger dans le monde des affects et des émotions ; accepter de flotter librement avec tous les autres "⁹ ; et ils peuvent ensuite discuter en équipe de ce qui se passe dans les groupes afin que l'expérience de l'apprentissage continu dans le groupe rassemble les soignants et les membres de la famille.

Le GMF renforce la prise en charge de la famille en tant que sphère du "patient désigné", la sort de l'isolement et la valorise dans la coopération thérapeutique, en tant que partie active des projets de rétablissement. En même temps, il stimule la recherche d'une "auto-assistance" parmi les membres de la famille. Ce n'est pas un hasard si la plupart des membres des familles des GMF sont également présents dans les groupes d'entraide¹⁰ ; en outre, ces groupes peuvent également être le résultat de groupes multifamiliaux qui deviennent progressivement autonomes. Il a été dit que " l'art des GMF est d'aider les familles à s'aider elles-mêmes " de sorte que " lorsque cela se produit, le groupe peut fonctionner de manière autonome "¹¹ .

7.1.1. But, objectifs cognitifs et méthodologie

L'objectif de cette première recherche exploratoire était de mieux comprendre les expériences et le fonctionnement des GMF tels qu'ils ont pris forme dans quatre pays européens, avec des histoires et des parcours différents dans la transition de la psychiatrie à la santé mentale. Cependant, les expériences sont encore relativement récentes, encore peu répandues ou uniformes, peut-être même à définir. Cependant, elles représentent un champ d'exploration intéressant d'une manière d'aborder la détresse dans un cadre systémique, familial et communautaire, au-delà des services spécialisés et des thérapies individuelles.

La recherche s'est déroulée en deux étapes ou phases :

1) Une enquête initiale visant à recueillir un ensemble d'informations sur les caractéristiques générales, organisationnelles et opérationnelles des GMF en faisant remplir un questionnaire par les personnes contactées pour l'enquête qui ont accepté de participer.

Les objectifs cognitifs spécifiques concernent les séries d'indicateurs suivants :

⁸ Voir (ed.) R. Frisanco (2016), , Reti di cura e disagio psichico. Utenti, famiglie e servizi di salute mentale a Roma, Palombi Editori, Roma.

⁹ Cf. Narraci A. (2015), Psicanalisi Multifamiliare come Esperanto, Antigone Edizioni, Torino.

¹⁰ Voir (ed.) Frisanco R., op. cit.

¹¹ Op. cit. Canevaro A et Bonifazi S. (2011), p. 31.

- les aspects généraux, tels que moment de la création, institut de promotion et service d'activation, orientation théorique-méthodologique.
- aspects logistiques et organisationnels : adéquation de la salle de réunion et organisation des espaces ; méthodes de réunion, fréquence, durée et calendrier.
- les ressources humaines impliquées : l'entité, leurs qualifications, leur formation spécifique, la composition de l'équipe.
- les aspects opérationnels du groupe : taille, ouverture-fermeture, phases et sessions, supervision et intervision, interruptions et changements dans le temps et à la suite de Covid.
- caractéristiques des participants : canal d'envoi, groupe d'âge et troubles prévalents des utilisateurs ; nombre de générations présentes parmi les participants et catégories de sujets représentés.

2) Une étude qualitative approfondie sur le GMF menée dans chaque pays avec deux entretiens avec des groupes cibles.

Le premier focus groupe comprenait une représentation des Conducteurs et le second un petit échantillon d'utilisateurs ; ensemble, ils ont permis une première évaluation subjective du phénomène observé afin d'identifier ses forces et ses faiblesses, ainsi que des aspects d'opportunités et d'obstacles.

La "valeur ajoutée" de cette enquête réside dans la comparaison entre les expériences des groupes dans les quatre pays, mettant en évidence certaines disparités et originalités, et dans la réflexion complémentaire des personnes directement impliquées.

Du point de vue méthodologique, l'étude présente davantage les caractéristiques (et les limites) d'une enquête exploratoire sur cette réalité : dans sa première phase, elle a utilisé un questionnaire structuré de 36 questions fermées, avec des réponses alternatives et remplies en ligne (Google Form). Ensuite, une phase d'évaluation qualitative a utilisé des entretiens avec de petits groupes de Conducteurs et d'utilisateurs (*focus groups*), guidés par quelques questions sur les sujets les plus importants (les "focus") afin de favoriser une discussion collective approfondie sur les GMF.

7.1.2. Examen des données de recherche dans les quatre pays de l'UE

Dans les quatre pays, 92 groupes multifamiliaux ont été examinés, ce qui est moins que prévu. Cette situation est remarquable, surtout si l'on considère qu'à l'exception du Portugal, l'adoption généralisée des GMF aurait pu permettre l'exploration d'un plus grand échantillon de cas. De toute évidence, ces expériences ne sont pas encore très consolidées et stables, étant donné que leur mise en place relativement récente dans les systèmes de services de santé mentale. Ce n'est pas un hasard si, même lorsqu'il existe un système d'information sur la santé mentale, comme en Italie, les données sur ce dispositif thérapeutique ne sont pas collectées, pas même en tant que thérapeutique innovante.

7.1.3. Le profil des groupes multifamiliaux (GMF)

Depuis combien de temps les GMF examinées dans les quatre zones nationales sont-ils actifs ?

Leur "ancienneté" moyenne est de 8,5 ans, mais la valeur médiane, qui est plus précise compte tenu de la grande diversité des données relatives à leur démarrage, est d'un peu plus de 6 ans.

Les GMF les plus éloignés et les mieux établis se trouvent en Espagne - en moyenne, ils sont actifs depuis 10,6 ans -, suivis par l'Italie et le Portugal (8,6 ans), tandis que leur apparition dans les services de santé mentale en Belgique est plutôt récente (6,1 ans). L'Italie a l'expérience la plus longue (45 ans d'activité), tandis qu'en Espagne, 9 groupes sont actifs depuis au moins 15 ans et le plus ancien a été créé il y a 38 ans. En Belgique, par contre, le plus ancien a une expérience de 23 ans. Il est évident que les GMF les plus actifs depuis longtemps sont ceux qui ont adopté le modèle de psychanalyse multifamiliale de G. Badaracco, qui sont présents presque exclusivement en Espagne et en Italie. En effet, ils sont actifs depuis 9 ans, surtout en Espagne où l'ancienneté moyenne des GMF ayant une empreinte psychanalytique est de presque 11 ans.

Qui a pris la responsabilité de remplir le questionnaire ? Principalement le psychologue (53,3%), surtout en Italie et en Belgique (davantage en Flandre), alors qu'en Espagne c'est le psychiatre qui a pris la responsabilité la plus importante. La prédominance de la première figure sur l'autre indique, proportionnellement, leur présence numérique différente dans les groupes et leur engagement inégal dans l'animation thérapeutique des GMF. En revanche, les infirmières et les travailleurs sociaux, figures auxiliaires des services de santé mentale, ont été marginaux dans le remplissage du questionnaire (Tableau 2).

Tableau 2. Qui remplit le questionnaire ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Psychologue	49	53,3	18	11	18	2
- Psychiatre	37	40,2	15	15	5	2
- Infirmière	1	1,1	0	0	0	1
- Travailleur sociale	2	2,2	0	2	0	0
- Autres	3	3,2	2	0	1	0
<i>Total</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Les structures qui proposent un GMF sont majoritairement publiques (57,6 %), avec une répartition différente selon les pays : l'engagement des institutions de santé est plus évident en Italie et au Portugal et moins en Espagne, où l'initiative de l'organisme administratif privé - ou troisième secteur - est légèrement prépondérante, ainsi qu'en Belgique (Tableau 3).

Tableau 3. Type de structure (administrative) ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Public	53	57,6	26	13	11	3
- Privé	38	41,3	9*	15**	13** *	1
- Partenariat public-privé	1	1,1	0	0	0	1
<i>Total</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

* Les structures privées du monde associatif et du monde privé lucratif

** 10 sont issues du secteur privé lucratif et 5 sont des entités du troisième secteur affiliées au secteur public.

*** Organisations à but non lucratif

Le type de service qui promeut et utilise le plus le GMF est le service territorial de santé mentale (34,8 %) ; c'est le modèle qui prévaut en Italie et en Espagne, où le réseau de ces services est plus étendu, contrairement à la Belgique où l'hôpital psychiatrique traditionnel joue encore un rôle important, tout en étant capable d'assumer un aspect innovant comme celui-ci. Le point décisif de l'expérience belge réside dans la

possibilité de mesurer l'efficacité du groupe dans le processus de dépassement de ces structures plus traditionnelles. En tout état de cause, tant en Flandre qu'en Wallonie, les centres de santé mentale ne sont absolument pas liés à la gestion des GMF, une situation qui souffre de la fragmentation des responsabilités en matière de services de santé mentale entre le gouvernement fédéral et les gouvernements locaux. L'expérience portugaise n'est pas très différente : les quelques groupes analysés sont exclusivement présents dans les établissements psychiatriques de l'hôpital général et dans les établissements résidentiels (communauté thérapeutique, Tableau 4).

Tableau 4. Type de structure (où se déroule la session) ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Centre de santé communautaire	32	34,8	19	13	0	0
- Hôpital psychiatrique	23	25,0	0	1	22	0
- Hôpital général/service psychiatrique	7	7,6	2	1	1	3
- Organisation communautaire	12	13,0	7	5	0	0
- Communauté thérapeutique	6	6,5	2	2	0	2
- Hôpital de jour	5	5,4	0	5	0	0
- Autres	7	7,6	5	1	1	0
<i>Total des répondants</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Cependant, les GMF à vocation territoriale, d'un type non exclusivement médical, constituent la majorité des cas examinés (53,3%) ; ils atteignent 74,3% parmi ceux examinés en Italie, marquant une croissance de la conception et de la pratique "relationnelle" dans l'approche thérapeutique en santé mentale. Cependant, l'approche systémique-familiale introduite par les GMF, où qu'ils opèrent, constitue une orientation vers le redimensionnement de l'approche psychiatrique liée aux médicaments et aux lits, et vers l'affirmation d'un nouveau paradigme opérationnel dans les services de santé mentale.

En résumé, nous constatons que tout type de service - territorial, hospitalier, résidentiel ou de jour, avec ses différents cadres et objectifs, considère le GMF comme une ressource indispensable à l'activité thérapeutique. En d'autres termes, dans tout type d'organisation thérapeutique, le GMF a sa propre mission, surtout si elle est ouverte et investit dans sa permanence dans le temps.

En ce qui concerne le type de prise en charge prévalant dans les structures ayant un groupe multifamilial, il s'agit de l'ambulatoire-territorial (57,6%), qui se concentre toutefois en Italie et en Espagne (près de 8 cas sur 10). En revanche, dans les deux régions de Belgique et au Portugal, ils accueillent principalement des patients hospitalisés dans les services psychiatriques de l'hôpital général ou dans l'hôpital de jour (69 % des types de prise en charge) (Tableau 5).

Tableau 5. Type d'assistance ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- En ambulatoire	53	57,6	22	20	10	1
- Hôpital de jour	25	27,2	2	8	13	2
- Service d'hospitalisation	21	22,8	1	1	18	1
- Soins résidentiels	8	8,7	4	1	2	1
- Autres	14	15,2	9	3	2	0
Total des réponses	121	131,5	38	33	45	5
Total des répondants	92	100	35	28	24	5

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative

Parmi les objectifs de l'intervention au sein du GMF, celui qui ressort le plus est en ligne avec l'objectif premier du groupe multifamilial, à savoir l'objectif psychothérapeutique : il concerne près de 9 unités sur 10 et s'accompagne en moyenne d'un autre objectif, qui est plus souvent soit celui du soutien aux participants, soit celui de la psycho-éducation. Le "soutien" est fortement lié à l'intervention psychothérapeutique ou psycho-éducative et les rend possibles car il permet aux participants du groupe de trouver un climat d'acceptation, de compréhension de leur expérience et de partage de la souffrance. Les quelques groupes qui n'optent pas pour l'objectif psychothérapeutique sont ceux qui visent l'auto-assistance, le conseil et/ou le simple soutien ou une action psycho-éducative qui est probablement en marge d'une intervention thérapeutique. Les GMF belges mettent en œuvre en moyenne plus d'objectifs d'intervention (2,9) avec quelques différences entre la Flandre et la Wallonie (où il y a plus d'auto-assistance et de conseil), contrairement aux GMF italiens (1,8) (Tableau 6).

Tableau 6. Objectifs du GMF ?

DESCRIPTION	Total			I	E	B	P
	v.a.	(%1)	(%2)				
- Psychothérapeutique	79	39,9	85,9	27	28	20	4
- Soutien	42	21,2	45,6	12	14	16	0
- Psycho-éducatif	36	18,2	39,1	13	6	15	2
- Aide à l'autonomie	20	10,1	21,7	8	3	9	0
- Conseil	15	7,6	16,3	2	6	7	0
- Autres	6	3,0	6,5	1	2	2	1
Total des répondants	92	100	-	63	59	69	7
Total des réponses	198	-	215,1	35	28	24	5

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

%1 = valeur relative par rapport au nombre total de répondants ;

%2 = valeur relative par rapport au nombre total de réponses.

Comment les GMF se répartissent-ils par rapport au cadre de référence théorique qu'ils adoptent ? On sait qu'ils optent majoritairement pour l'une des quatre théories principales : psychanalytique, psychopédagogique, psychodynamique et systémique, mais non sans points de contact et hybridations entre elles, ainsi qu'une procédure technico-opérationnelle commune. L'approche théorique la plus répandue dans l'échantillon des quatre pays européens se réfère à la psychanalyse multifamiliale (52%) introduite par G. Badaracco. Elle est presque exclusive aux expériences de groupe de l'Italie et de l'Espagne (92% du total) ; suivent, par ordre de fréquence : la théorie systémique de la famille et l'approche psycho-éducative, toutes deux très présentes dans l'expérience belge ; enfin, seulement 15% des groupes, limités à l'Italie et à la Belgique, adoptent l'approche psychodynamique.

Il ne faut pas oublier l'éventail des "autres" réponses qui se réfèrent à des expériences locales (groupes de thérapie) ou qui sont le résultat d'un mélange de différentes théories et techniques ; emblématique est celle de Javier Sempere en Espagne, qui a commencé avec le Groupe de Psychanalyse Multifamiliale et a développé son propre modèle de thérapie familiale qui inclut la théorie de l'attachement (Bowlby) et l'approche du dialogue ouvert (Seikkula). D'autres exemples d'expérimentation se trouvent en Belgique (le modèle de Maudsley basé sur des principes cognitifs et le modèle psycho-éducatif de Mc Farlane) et en Italie avec le Groupe Multifamilial de Psychanalyse Intégrative (Mandelbaum). Il existe aujourd'hui un panorama d'expériences variées, qui démontre la vivacité de la modélisation de ces techniques thérapeutiques appliquées aux familles (Tableau 7).

Tableau 7. Contexte théorique du GMF ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Psychanalyse multifamiliale	48	52,2	21	23	2	2
- Psycho-éducatif	18	19,6	7	0	9	2
- Théorie systémique	24	26,1	4	4	16	0
- Théorie Dynamique	14	15,2	4	6	4	0
- Autre contexte théorique	17	18,5	3	8	5	1
Total des réponses	121	131,5	37	41	36	5
- Plus d'un arrière-plan	27	29,4	2	13	12	0
Total des répondants	92	100	35	28	24	5

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Globalement, les 92 GMF comptent 261 membres d'équipe, soit une moyenne de 2,8 praticiens par unité, sans différence notable entre les quatre pays.

Les données sur leurs qualifications éducatives mettent en évidence la plus grande participation des diplômés en psychologie, présents dans 9 GMF sur 10, dans une mesure qui n'est pas uniforme dans les quatre pays. Les titulaires d'un diplôme de psychiatre sont également présents dans la plupart des groupes, avec une certaine distance par rapport aux psychologues, sauf en Espagne où ils sont présents dans 8 cas sur 10. Le troisième personnage en nombre de présences dans les Groupes est l'infirmier ; en particulier en Bel-

gique où les Groupes sont plus actifs dans les contextes psychiatriques-hospitaliers¹². Viennent ensuite les assistants sociaux, et dans une moindre mesure les éducateurs ; ces deux dernières figures sont relativement plus présentes dans les GMF italiens, aux côtés du psychologue ou du psychiatre, auxquels s'ajoute dans certains cas la compétence du thérapeute en réhabilitation. Des figures comme ces dernières se retrouvent également en Belgique (17 aidants "autres", Tableau 8).

Tableau 8. Niveau d'études des membres des GMF

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Psychologue	82	89,1	33	24	22	3
- Psychiatres	52	56,5	17	22	10	3
- Infirmières	41	44,6	13	10	15	3
- Travailleur des services sociaux	29	31,5	12	8	7	2
- Éducatif	12	13,0	6	1	4	1
- Thérapeutes du travail	10	10,9	2	7	0	1
- Autres	35	38,0	13*	4	17**	1
- Total des réponses	261	283,7	96	76	75	14
- Valeur moyenne	2.8	-	2.7	2.7	2.8	2.8
<i>Total des répondants</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

* Thérapeutes en réadaptation

** Autres thérapeutes (11), Professionnels par expérience (2), Autres (4)

Une question spécifique concerne également la formation psychothérapeutique des membres de l'équipe, complémentaire à la fois de la formation universitaire, où l'accent est mis sur l'individu, et de la formation spécialisée où les familles nucléaires sont traitées au maximum. Il est en effet différent de travailler avec un grand groupe à l'égard duquel le soignant "éprouve habituellement la sensation de perte de contrôle thérapeutique avec pour conséquence l'émergence de comportements d'anxiété et d'évitement"¹³. On considère donc que la formation de ceux qui travaillent dans un GMF, surtout s'ils le dirigent, doit inclure la psychothérapie individuelle, de groupe et systémique-familiale, avec des notions de psychodrame et de groupes influencé par le Gestalt, au-delà de l'orientation théorique de référence du groupe lui-même.

Les techniques et compétences de formation proposées aux groupes ayant participé à la recherche concernent six domaines principaux : psychothérapie cognitivo-comportementale, thérapie familiale systémique, psychanalyse, analyse de groupe, autres thérapies de groupe, thérapie psychodynamique. On constate que l'accent est mis de manière privilégiée sur la formation à la "thérapie familiale systémique" (citée par 57,5%

¹² En Belgique, on peut distinguer la Flandre, où travaillent davantage de psychologues et de travailleurs sociaux, et la Wallonie, où la proportion de psychiatres et d'infirmiers est plus élevée ; ces situations semblent caractériser deux modèles d'approche thérapeutique en santé mentale.

¹³ Voir Canevaro A. et Bonifazi S. (2011), Il gruppo multifamiliare. Un approccio esperienziale, Roma, Armando Editore.

des soignants) et, en second lieu, à la "thérapie psychodynamique" (46,7%), tandis que quatre référents GMF sur dix notent l'importance formative de la psychanalyse, ce qui est également cohérent avec l'approche théorique d'un nombre significatif de groupes. En moyenne, 2,5 thèmes de formation spécifiques sont mentionnés, ce chiffre atteignant 3,1 en Espagne - où d'autres domaines de formation sont également mentionnés - et diminuant en Belgique (1,8) où les études approfondies sont spécifiquement abordées dans les domaines systémique et cognitivo-comportemental (Tableau 9).

Tableau 9. Type d'antécédents psychothérapeutiques des membres de l'équipe GMF

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Thérapie systémique	53	57,5	20	12	19	2
- Thérapie psychodynamique	43	46,7	18	16	5	4
- Psychanalyse	36	39,1	16	16	2	2
- Analyse de groupe	29	31,5	8	20	0	1
- Psychothérapie cognitive et comportementale	27	29,3	12	4	10	1
- Autres thérapies de groupe	22	23,9	7	12	3	0
- Autres	22	23,9	7	8	5	2
- Total des réponses	232	252,2	88	88	44	12
- Valeur moyenne	2.5	-	2.5	3.1	1.8	2.4
<i>Total des répondants</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Un autre élément d'identification du profil de fonctionnement du groupe est son animation - la prise en charge de la coordination thérapeutique avec la responsabilité de maintenir le fonctionnement du GMF. Les auteurs qui étudient les GMF confirment que le groupe doit avoir au moins un binôme de thérapeutes, l'un dirigeant le groupe et l'autre (ou d'autres) agissant en tant que co-thérapeute(s), un rôle complémentaire et un rôle d'observation participante de la dynamique du groupe. Dans les grands groupes, il est préférable d'avoir plus d'un chef de groupe et plusieurs co-thérapeutes. Le rôle des Conducteurs et des thérapeutes est stratégique, surtout lors des premières réunions et dans les phases de démarrage ou de remplacement du groupe, pour stimuler l'interaction entre tous en créant un climat favorable et en contenant la valeur émotionnelle et psychologique des angoisses des membres de la famille. Ils interviennent également avec cohérence pour relier les histoires et les événements et leur donner un sens et une perspective dans le parcours des participants. Dans la majorité des 92 groupes étudiés (54,3 %), il existe une conduction articulée impliquant un rôle de coordination conjointe à un niveau plus thérapeutique, qui peut être assuré par diverses figures professionnelles (dans 42 GMF). Certaines différences sont évidentes entre les quatre pays : la présence de chefs de file est la plus élevée dans les groupes médico-sociaux italiens (63 sur 100) et dans les quelques groupes médico-sociaux portugais, mais elle diminue en Espagne (57 sur 100) et de façon significative en Belgique (37,5 %) où les groupes médico-sociaux sont dirigés par la paire psychologue-infirmière (en Flandre) ou la paire psychiatre-infirmière (en Wallonie, Tableau 10).

Tableau 10. Composition de l'équipe GMF ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- 1 Conducteur et co-thérapeutes	42	45,6	21	10	8	3
- Juste des co-thérapeutes (pas de Conducteur)	42	45,6	13	12	15	2
- 2 ou 3 Conducteurs ou plusieurs co-thérapeutes	8	8,7	1	6	1	0
<i>Total</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Les praticiens et les équipes de toutes les activités psychothérapeutiques doivent surveiller l'animation et les progrès du groupe par le biais d'une méthodologie de contrôle spécifique. En premier lieu, on a recours à la supervision qui, dans le cas du GMF, peut avoir lieu à différents moments et de différentes manières : avec un suivi constant effectué par la même équipe qui se réunit après chaque réunion ; avec la réunion périodique de l'équipe de service, également en référence au traitement des cas individuels ; avec une fonction externe d'évaluation de l'avancement du travail du groupe. Le suivi externe peut également être complémentaire du premier.

Globalement, un peu moins de la moitié des groupes (49%) pratiquent la supervision interne et/ou externe et les plus enclins à le faire sont les Italiens (57,1%), suivis des Espagnols et des Belges (50%), alors qu'au Portugal un groupe sur cinq le fait. Il est probable que dans certains cas, comme le montrent également les rapports nationaux, une "supervision par les pairs" est effectuée dans le cadre de la comparaison entre les thérapeutes qui animent ou suivent le groupe.

Au lieu de cela, presque partout, sans différences significatives, l'intervision est pratiquée, ce qui permet le suivi des utilisateurs de services individuels qui participent également aux groupes ; les cas sont discutés ensemble, les idées et les suggestions sont prises en compte. En pratique, il s'agit d'un apprentissage par la pratique, qui permet d'établir la manière de travailler sur des cas individuels et donc les pratiques pour traiter des cas similaires (Tableau 11).

Tableau 11. Supervision et intervision sur le GMF ?

SUPERVISION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Interne	23	25,0	12	9	2	0
- Externe	12	13,0	3	4	5	0
- Interne et externe	9	9,8	5	3	0	1
- Pas de supervision	47	51,1	15	12	16	4
- Omissions	1	1,1	0	0	1	0
- Total des réponses	92	100	35	28	24	5
INTERVISION						

- Oui	88	95,7	33	27	24	4
- Non	4	4,3	2	1	0	1
<i>Total des répondants</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

7.1.4. Caractéristiques des personnes participant à un GMF

Une série de questions porte sur le profil des participants : origine, groupe d'âge, données générationnelles, relations, diagnostic.

Les participants aux groupes représentent deux générations dans 70% des cas, et dans les 30% restants, il y en a également trois, condition requise par la définition adoptée par la recherche (Tableau 12).

Tableau 12. Nombre de générations ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- 2 générations	64	69,6	25	19	16	4
- plus de 2 générations	28	30,4	10	9	8	1
<i>Total des répondants</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Chaque famille participante compte donc au moins deux membres représentant au moins deux générations et associe généralement d'autres parents, tels que les frères et sœurs, les tantes, les oncles ou les grands-parents des utilisateurs ou des personnes prises en charge.

En ce qui concerne l'origine des usagers qui participent aux GMF, nous observons que dans 7 cas sur 10, il s'agit exclusivement de responsables de l'institution ou du service qui a mis en place le GMF ; alors que dans seulement 1 cas sur 10, il s'agit de personnes envoyées par d'autres services/organismes ou organisations, ou venant de l'extérieur ; les 20% restants des Groupes ont une présence hybride, étant à la fois des usagers du service qui gère le GMF et des usagers qui viennent de l'extérieur. On peut dire que les Groupes sont relativement bien connus et appréciés dans leur contexte, mais ils répondent surtout aux besoins de couverture thérapeutique des services qui les génèrent avec l'avantage de favoriser la continuité des soins pour leurs usagers (Tableau 13).

Tableau 13. Les patients référés proviennent de ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Références internes	64	69,6	22	22	15	5
- Références externes	9	9,8	7	1	1	0
- Interne/externe	19	20,6	6	5	8	0
<i>Total des répondants</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Les groupes examinés présentent la caractéristique d'être majoritairement homogènes en ce qui concerne le groupe d'âge des usagers dont ils s'occupent. Les 63% d'entre eux s'occupent d'un groupe d'âge spéci-

fique qui, dans la plupart des cas, est celui des "adultes" (53,4%) ; ce dernier est l'utilisateur d'un tiers des GMF, avec une incidence plus élevée en Italie (40%), contrairement à la Belgique (25%). Les groupes relatifs à la tranche d'âge enfants-adolescents-jeunes ne manquent pas (environ 22%, surtout en Belgique), tandis que le groupe des personnes âgées est presque marginal, qui, s'ils sont peu nombreux, s'inscrivent dans les groupes d'adultes (Tableau 14).

Tableau 14. Classes d'âge des patients présents dans le GMF ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Jusqu'à 12 ans	3	3,3	2	1	0	0
- 13-18 ans (adolescents)	16	17,4	5	5	6*	0
- Adultes	31	33,7	14	9	6	2
- Adultes âgés (> 65 ans)	3	3,3	1	2	0	0
- Altro (p.e. < 25 ans ; 15-25 ans)	5	5,4	1	1	3	0
Total réponses	58	63,0	23	18	15	2
- Différents groupes d'âge	34	37,0	12	10	9	3
<i>Total des répondants</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

* Il y a 2 groupes de 0-18 ans

Il est intéressant d'examiner les participants aux groupes en fonction de leur rôle familial ou de leur proximité avec la famille du patient. Il est évident que les parents du patient sont présents dans pratiquement tous les groupes, et ces derniers dans la grande majorité d'entre eux (93,5%) ; mais la présence d'autres parents (par exemple, frères et sœurs ou grands-parents cohabitants) et d'autres membres de la famille élargie, n'est pas négligeable (49 sur 100). Enfin, plus d'un tiers des participants sont des proches ou des personnes n'appartenant pas à la famille.

Il est significatif que dans 65,2% des groupes, les proches parents vivant avec la personne souffrant de troubles mentaux et les proches non cohabitants et les personnes extérieures à la famille soient présents en même temps. En moyenne, dans chaque GMF, 3,4 composantes différentes mentionnées ci-dessus sont représentées, contre 4,4 dans les 5 groupes au Portugal (Tableau 15).

Tableau 15. Type de relations familiales ?

DESCRIPTION	Totale		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Les parents	91	98,9	34	28	24	5
- Les enfants	86	93,5	32	26	24	4
- Autres membres qui vivent avec le patient	64	69,6	23	16	20	5
- Autres membres de la famille élargie	45	48,9	11	18	12	4
- Personnes n'appartenant pas à la famille	32	34,8	7	10	11	4
- Total des réponses	318	345,6	107	98	91	22
- Membres de la famille et de l'extérieur	60	65,2	33	10	12	5
- Valeur moyenne	3.4	-	3.1	3.5	3.8	4.4
<i>Total des répondants</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Si l'on examine les diagnostics des participants, on constate qu'il y a beaucoup plus de groupes ayant une composition composite par type de trouble : 73 contre 19 GMF, qui révèlent une composition sélectionnée pour un seul type de trouble. Les groupes présentant un spectre plus large de diagnostics se retrouvent en forte proportion dans tous les pays (au moins 9 sur 10), à l'exception de la Belgique (en particulier de la Flandre). Dans cette région belge, on observe une prévalence de GMF avec une clientèle homogène ; en particulier des groupes avec des diagnostics de toxicomanie, de troubles alimentaires, qui incluent une population très jeune, en particulier des adolescents, comme en Flandre (10 groupes) ; la Wallonie se distingue à cet égard, car elle a des groupes plus hétérogènes en termes de diagnostics.

Les diagnostics qui caractérisent les utilisateurs de GMF en général sont les plus sévères¹⁴ tels que la psychose et les troubles affectifs sévères ainsi que les troubles de la personnalité, au même niveau en termes de fréquences rapportées¹⁵. Ces diagnostics sont suivis par les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs et le syndrome de stress post-traumatique, qui occupent une position intermédiaire dans le classement des valeurs quantitatives (Tableau 16).

¹⁴ La Wallonie a le coefficient le plus élevé de catégories de participants au groupe : 4,7, ainsi qu'une présence plus importante de membres de la famille internes et externes.

¹⁵ Selon MacFarlane W.R. (2002) dans Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders, The Guilford, New York-London, le GMF est la meilleure intervention psychothérapeutique à long terme pour la schizophrénie, car le travail de restauration des liens familiaux est très difficile mais essentiel avec les psychotiques chroniques.

Tableau 16. Diagnostic des participants au groupe : hétérogènes (Ht) ou homogènes (Hm) ?

DESCRIPTION	TOTALE		I		E		B		P	
	Ht	Hm	Ht	Hm	Ht	Hm	Ht	Hm	Ht	Hm
- Non psychiatrique	21	2	11	2	7	0	3	0	0	0
- Psychose	54	13	26	9	19	1	4	3	5	0
- Troubles affectifs	57	11	23	9	22	0	7	2	5	0
- Troubles anxieux	46	3	15	3	19	0	7	0	5	0
- Trauma, stress, troubles connexes	33	4	11	4	13	0	7	0	2	0
- Troubles de la personnalité	55	6	22	6	21	0	7	0	5	0
- TOC	38	3	11	3	18	0	6	0	3	0
- Consommation de substances psychoactives	28	9	12	5	10	0	3	4	3	0
- Troubles de l'alimentation	28	9	8	3	15	0	4	6	1	0
- Psychosomatique Désordre	28	2	6	2	16	0	4	0	2	0
- Autres	10	0	1	0	7	1	2	0	0	0
- Total des réponses	398	62	146	46	167	2	54	15	31	0
- Un type de trouble psychiatrique	73		33		26		9		5	
- Plus qu'un type		19		2		2		15		0
<i>Total des répondants</i>	<i>92</i>		<i>35</i>		<i>28</i>		<i>24</i>		<i>5</i>	

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

7.1.5. Caractéristiques du groupe multifamilial

Une première caractéristique du GMF est son caractère ouvert/fermé en ce qui concerne la possibilité ou non d'entrer et/ou de sortir à tout moment de la vie du groupe. Le GMF peut être ouverte, c'est-à-dire que les usagers et les familles peuvent y entrer librement tout au long de sa durée, et dans ce cas, elle est également permanente, de sorte que les usagers et l'équipe changent au fil du temps et des différentes sessions, mais elle reste un élément d'une organisation thérapeutique stable. C'est le cas, par exemple, du GMF qui commence avec l'objectif préétabli de devenir un groupe d'entraide ou qui travaille sur un horizon

temporel court (15-20 sessions) avec un groupe homogène en ce qui concerne le diagnostic (par exemple, un groupe d'anorexie ou de borderline).

Il existe également des groupes présentant des caractéristiques différentes, également visibles dans cette enquête, qui empruntent différents modèles et orientations en relation avec des écoles thérapeutiques spécifiques, des contextes opérationnels ou avec le large éventail de caractéristiques des utilisateurs, qui sont en même temps des participants à ce dispositif thérapeutique. Ils peuvent également être marginalisés ou en dehors du système des services de santé mentale (par exemple, dépendance aux substances ou jeu pathologique suivi par les services appropriés), mais toujours inhérents à la recherche de la santé mentale en tant que "partie intégrante de la santé et du bien-être" (OMS).

Dans la plupart des cas examinés, le GMF est "ouvert", un modèle plus présent dans les expériences italienne (80%) et portugaise (4 sur 5) que dans les expériences espagnole (50%) et surtout belge (29%), mais limité à la Flandre. L'Espagne se distingue par la présence de nombreuses entités "lentement ouvertes" (62%) (Tableau 17).

Tableau 17. Type de groupe ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Ouvert	53	57,6	28	14	7	4
- Fermé	18	19,6	5	1	12	0
- Semi-ouvert	21	22,8	2	13	5	1
<i>Total des répondants</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Par ailleurs, pas plus d'un tiers de l'ensemble des GMF comprend des phases au cours desquelles des changements interviennent au niveau de la participation, des méthodes de fonctionnement ou autres et, dans la moitié de ces cas (15), un nombre planifié de sessions est prévu pour chaque phase ; dans la plupart de ces cas (67 %), les utilisateurs étaient présents à chaque étape (Tableau 18, 18.1 et 18.2).

Tableau 18. Le groupe a-t-il des étapes ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Oui	30	32,6	8	7	15	0
- Non	50	54,3	19	17	9	5
- Omissions	12	13,0	8	4	0	0
<i>Total</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Tableau 18.1 (Si oui) Y a-t-il un nombre fixe de sessions ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Oui	15	50,0	3	0	12	0
- Non	15	50,0	5	7	3	0
Total	30	100	8	7	15	0

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Tableau 18.2. Les patients sont-ils présents à tous les stades ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v. a.	%				
- Oui	20	66,7	8	0	12	0
- Non	10	33,3	0	7	3	0
Total	30	100	8	7	15	0

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Quel est le mode de fonctionnement actuel du Groupe après l'urgence Covid ? On constate un retour à la préférence pour les réunions en personne, en face à face (74%), avec un petit décalage par rapport à l'avant Covid (76%) et sans différences significatives entre les différents pays. Il est certain que le fait d'avoir expérimenté un nouveau mode de rencontre rendu possible aujourd'hui par la technologie numérique a quelque peu changé la situation par rapport à "l'avant". Désormais, 19 GMF utilisent l'outil en mode en ligne ou alternent les deux modes. Cependant, le mode en ligne est certainement utile en cas d'urgence, mais peut-être pas idéal pour ce type de réunion où l'expression non verbale et la réaction émotionnelle des personnes sont certainement pénalisées (Tableau 19).

Tableau 19. Modalité réelle de fonctionnement (après Covid) ?

DESCRIPTION	Totale		I		E		B		P	
	Pré-Covid	Post-Covid	Pré-Covid	Post-Covid	Pré-Covid	Post-Covid	Pré-Covid	Post-Covid	Pré-Covid	Post-Covid
- Présentiel (face à face)	68	70	25	26	20	24	23	17	0	3*
- En ligne	9	5	4	4	5	0	0	1	0	0
- Mixte	10	1	6	1	3	0	1	0	0	0
- Omissions	5	16	0	4	0	4	0	6	5	2
Total des répondants	92		35		28		24*		5	

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Quelle est la taille des groupes en termes de nombre de participants ? Les GMF de moins de 10 personnes sont peu nombreux et ceux de plus de 30 utilisateurs le sont encore moins (moins de 20 %). La taille moyenne en nombre de participants - entre 10 et 30 - est celle qui prévaut nettement (65%) dans les

groupes de chaque pays. Cette taille est suffisamment petite pour générer une atmosphère positive de spontanéité et de confidentialité parmi les personnes présentes, mais aussi suffisamment grande pour ne pas être trop affectée par la perte éventuelle, même momentanée, de certains participants. Les groupes les plus importants concernent l'expérience espagnole, qui a également une plus longue histoire ; la situation italienne occupe une position moyenne, la Belgique une position moyenne-inférieure (avec la contribution décisive des groupes wallons), tandis que les 5 GMF portugais se situent à un niveau moyen-élevé (Tableau 20).

Tableau 20. Nombre de participants par groupe ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Moins de 10	17	18,5	8	0	8	1
- 10 à 30	60	65,2	25	18	15	2
- Plus de 30	15	16,3	2	10	1	2
<i>Total des répondants</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

La fréquence des réunions et leur durée est une autre donnée de forte variabilité entre les différents groupes multifamiliaux. Une périodicité courte prévaut, c'est-à-dire hebdomadaire ou au plus bimensuelle : 7 sur 10. Deux groupes multifamiliaux sur dix se réunissent à des intervalles relativement plus fréquents, notamment sur une base mensuelle. Les différences entre les différents pays sont évidentes à cet égard : L'Italie regroupe les Groupes qui se réunissent le plus fréquemment : toutes les semaines (54%) ou tous les quinze jours (34%), suivie par l'Espagne, tandis que la Belgique (surtout la Wallonie) et le Portugal révèlent des rencontres plus éparées (Tableau 21).

Tableau 21. Fréquence des sessions et durée moyenne (minutes) ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Hebdomadaire	30	32,6	19	9	2	0
- Tous les quinze jours	34	37,0	12	11	9	2
- Toutes les 3 semaines	3	3,3	0	1	2	0
- Mensuel	19	20,6	3	7	6	3
- Autres	5	5,4	0	0	5	0
- Omissions	1	1,1	1	0	0	0
<i>Total des répondants</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>
Durée de la session (moyenne en minutes)	100	-	98	91	106*	90

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

* A l'exclusion de 5 groupes qui organisent des réunions d'une journée

Des solutions différentes dans la fréquence des réunions sont également dues aux modèles théoriques et opérationnels de référence : ceux qui adoptent une perspective systémique-relationnelle ont tendance à se réunir, en général, tous les mois ; ceux qui ont une approche psychoéducative tous les 15 jours, les groupes de psychanalyse multi-familiale toutes les semaines.

Les données relatives à la durée des réunions du GMF sont également intéressantes. D'après la littérature, nous savons que les réunions durent en moyenne entre une heure et demie et deux heures. Ces durées correspondent approximativement aux durées moyennes enregistrées dans le cadre de cette recherche : 100 minutes, avec quelques petites différences entre les quatre pays. La durée la plus courte est celle des GMF du Portugal et la plus longue celle de la Belgique.

Les heures consacrées aux réunions du groupe sont, dans une grande majorité des cas (68,5 %), celles de la journée de travail - en particulier en Espagne (82 %) - plutôt qu'à des heures différentes après le travail, ce qui permettrait vraisemblablement à un plus grand nombre de personnes intéressées d'y participer. Le pays le plus proche de cette position est la Belgique, en particulier la région wallonne (Tableau 22).

Tableau 22. Période de la journée ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Pendant les heures de travail	63	68,5	25	23	11	4
- Après le travail	28	30,4	10	5	12	1
- Omissions	1	1,1	0	0	1	0

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Un aspect important pour le GMF est de disposer d'un lieu de réunion spacieux, confortable et modulable en fonction de la dynamique déterminée dans l'espace "émotionnel" de la session collective. Les questions posées aux représentants des GMF portent sur les caractéristiques de leur lieu de réunion : est-il de taille adéquate, suffisamment équipé pour permettre à chacun de s'asseoir confortablement et de participer ? Est-il en mesure de garantir la confidentialité ? Les réponses indiquent généralement une situation satisfaisante : la salle de réunion est polyvalente pour 6 GMF sur 10, c'est un environnement qui ne se caractérise pas par des problèmes de santé, généralement adéquat en termes de taille et de confort, suffisant en termes de places assises et capable d'offrir des conditions d'intimité et de confidentialité. La Belgique, en particulier la région des Flandres, se distingue à cet égard, car elle dispose dans de nombreux cas d'une salle psychothérapeutique dédiée à ces réunions (Tableau 23).

Tableau 23. Attributs des espaces de réunion : lieu, adéquation, capacité et conditions d'intimité.

DESCRIPTION SALLE	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Salle de groupe/ salle de psychothérapie	19	20,7	1	4	12	2
- Cabinet médical	2	2,2	0	0	0	2
- Salle d'activités	12	13,0	9	2	0	1
- Salle polyvalente	54	58,7	23	21	10	0

- Autres	5	5,4	2	1	2	0
<i>Total des répondants</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>
ADEQUATION						
- Oui	88	95,6	33	26	24	5
- Non	4	4,4	2	2	0	0
CAPACITÉ						
- Oui	91	98,9	35	27	24	5
- Non	1	1,1	0	1	0	0
CONDITIONS D'UN RESPECT APPROPRIÉ DE LA VIE PRIVÉE						
- Oui	89	96,7	33	27	24	5
- Non	3	3,3	2	1	0	0

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Il est également important que la disposition des sièges facilite la communication entre tous. Le groupe, même s'il est important, travaille plus étroitement avec une ou deux familles à chaque fois, mais il ressent le "pouvoir émotionnel" des participants qui l'entourent et qui, même s'ils n'interviennent pas, communiquent leurs émotions de manière non verbale ; en outre, ils peuvent incorporer des situations et des expériences d'autres personnes qui vous permettent de "vous voir dans le miroir". Dans 78% des cas, les chaises sont disposées en cercle, parfois même en deux ou plusieurs cercles concentriques (15%), moins fréquemment cependant, les personnes sont placées autour d'une table et il n'y a presque jamais de rangées de chaises (Tableau 24).

Tableau 24. Comment les chaises sont-elles placées ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- 1 cercle	72	78,3	28	23	17	4
- 2 ou plusieurs cercles concentriques	14	15,2	7	5	2	0
- Autour d'une table	11	12,0	4	1	5	1
- Autres	3	3,3	2	1	0	0
<i>Total des réponses</i>	<i>100</i>	<i>108,7</i>	<i>41</i>	<i>30</i>	<i>24</i>	<i>5</i>
<i>Total des répondants</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Les GMF ont une moyenne d'âge d'un peu plus de 8 ans, mais la donnée médiane de la distribution par ancienneté indique un historique qui ne dépasse pas 6 ans. Cette expérience n'est donc pas encore consoli-

dée. D'autre part, 65% de ces groupes déclarent avoir eu une interruption au cours de leur "histoire" (Tableau 25).

Tableau 25. Y a-t-il eu une interruption depuis le début ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Oui	60	65,2	23	18	14	5
- Non	32	34,8	12	10	10	0
<i>Total des répondants</i>	<i>92</i>	<i>100</i>	<i>35</i>	<i>28</i>	<i>24</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Même si la raison dominante de cet arrêt forcé est due à la période d'urgence de Covid (80%), un tiers des réponses indique d'autres causes, dont la plus pertinente est le manque de ressources humaines. De plus, ces interruptions ont affecté le contexte ou les caractéristiques des groupes (63%). 34 représentants, qui expliquent les changements causés par les interruptions de l'activité de leur groupe, soulignent l'effet Covid (16 réponses) pour déterminer un changement dans les méthodes d'interaction, non plus en face à face mais à distance, mais qui a également eu un impact sur la (diminution de la) participation, l'unification de deux groupes ou plus ; dans un cas, le groupe est devenu en ligne de façon permanente. D'autres raisons mineures d'interruption sont dues à la réduction du nombre de participants qui ont quitté le groupe (7 réponses), un indicateur de leur stabilité précaire ; au changement de locaux, pour des locaux plus spacieux et confortables ; à la rotation des Conducteurs ; à la transition d'un groupe fermé à un groupe semi-ouvert ou à l'évolution de l'ancien groupe qui a effectivement cessé son activité pour laisser la place au groupe de jeunes renaissant (Tableau 25.1-25.2).

Tableau 25.1. Si oui, quelles en sont les raisons ?

DESCRIPTION	Total		I	E	B	P
	v.a.	%				
- Contraintes d'espace physique	0	0	0	0	0	0
- Contraintes en matière de ressources humaines	12	20,0	7	0	4	1
- Pandémie	48	80,0	17	16	11	4
- Autres	7	11,7	4	2	1	0
<i>Total des réponses</i>	<i>67</i>	<i>111,7</i>	<i>28</i>	<i>18</i>	<i>16</i>	<i>5</i>
<i>Total des répondants</i>	<i>60</i>	<i>100</i>	<i>23</i>	<i>18</i>	<i>14</i>	<i>5</i>

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Tableau 25.2. Ces interruptions ont-elles modifié le contexte/les caractéristiques du groupe ?

DESCRIPTION	Total		I	S	B	P
	v.a.	%				
- Oui		63,3	12	15	8	3
- Non	22	36,7	11	3	6	2
Total des répondants	60	100	23	18	14	5

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

7.1.6. Lecture comparative entre les GMF de différents pays

Un dernier tableau synoptique rend compte, à des fins de comparaison, du profil GMF de chacun des quatre pays sur la base des réponses dominantes (Tableau 26).

Tableau. 25 Comparaison entre les GMF de différents pays

DESCRIPTION	I	E	B	P
- Années d'activité (moyenne)	8.6	10.6	6.1	8.6
- Structure (administrative)	Public	Privé	Privé	3 Publics (2 privés)
- Type de structure	Centre de santé communautaire	Centre de santé communautaire	Hôpital psychiatrique	3 Hôpital général - Service psychiatrique
- Type de service d'assistance	Ambulatoire	Ambulatoire	Service d'hospitalisation Hôpital de jour	Service d'hospitalisation Hôpital de jour
- Objectifs du GMF	Psychothérapeutique	Psychothérapeutique	Soutien Psycho-éducation	Psychothérapeutique
- Diplômes et qualifications	Psychologue Services sociaux	Psychiatre	Infirmières	Psychologue, Psychiatre, Infirmières
- Nombre moyen de thérapeutes / figures présents dans les GMF	2.7	2.7	3.1	2.8
- Contexte théorique de la GMF	Psychanalyse multifamiliale	Psychanalyse multifamiliale	Théorie systémique Psycho-éducatif	Multifamiliale Psychoanalyse Autre

- Type de psychothérapie historique de l'équipe membre	Thérapie systémique Thérapie psychodynamique Psychanalyse	Analyse de groupe Psychanalyse Autres thérapies de groupe	Traitement systémique Psychothérapie cognitivo-comportementale	Thérapie psychodynamique
- Composition de l'équipe GMF	1 Conducteur et co-thérapeutes	2-3 Conducteurs ou Co-thérapeutes	Co-thérapeutes	Conducteurs et co-thérapeutes
- Supervision	Interne e/o externe	Interne e/o externe	Pas de supervision	Supervision (1)
- Classes d'âge des patients	Adultes	Adultes	Adultes et Adolescents	Adultes
- Type de relation familiale	Les parents Les enfants Membres qui vivent avec le patient	Membres de la famille élargie	Membres qui vivent avec le patient Personnes n'appartenant pas à la famille	Membres qui vivent avec le patient
- Nombre de membres de la famille, de proches, de personnes non membres de la famille	3.1	3.5	3.8	4.4
- Type de groupe	Ouvert	Ouverture lente	Fermé	Fermé + ouvert + ouverture lente
- Le groupe a-t-il des étapes ?	Non	Non	Oui	Non
- Nombre de patients par groupe	10 à 30	Plus de 30	10 à 30	30 ou plus
- Fréquence de la session	Hebdomadaire	Tous les quinze jours	Toutes les 3 semaines ou tous les mois	Mensuel
- Session de durée sur la Moyenne (en minutes)	98	91	106	120-60
- Période de la journée	Pendant les heures de travail	Pendant les heures de travail	Après le travail	Pendant les heures de travail
- Lieu ou salle du groupe	Polyvalente	Polyvalente	Psychothérapeutique	Psychothérapeutique + Polyvalente
- Comment les chaises sont-elles placées ?	Cercle	Cercle	Cercle	Cercle
- Y a-t-il eu des interruptions depuis le début ?	Oui	Oui	Oui	Oui

- Les patients référés viennent de	Renvois internes	Renvois internes	Renvois internes (uniquement Wallonie)	Renvois interne et externe
------------------------------------	------------------	------------------	--	----------------------------

Source : recherche FA.M.HE 2023.

Italie

Le GMF est une émanation du centre de santé mentale de l'institution publique et offre donc une assistance territoriale et ambulatoire fortement basée sur l'intervention psychothérapeutique. La présence de psychologues dans les groupes est importante, assistés plus qu'ailleurs par des travailleurs sociaux. En moyenne, 2,7 professionnels opèrent dans les GMF italiens et sont guidés, plus que dans d'autres pays, par au moins un Conducteur en plus des co-thérapeutes, soumis à une supervision interne et/ou externe.

L'approche théorique du GMF est psychanalytique, mais les thérapeutes utilisent également des formations basées sur des contenus thérapeutiques systémiques et psychodynamiques. Parmi leurs usagers, on trouve des adultes, qui sont également ceux du service local de santé mentale, caractérisés par de graves troubles mentaux. Le GMF italien est hétérogène en termes de composition par diagnostic de l'usager et est ouvert, généralement permanent, n'implique pas de phases, a une fréquence de réunions hebdomadaires rapprochées - plus que dans d'autres pays - avec une durée moyenne de 98 minutes.

Dans ces groupes de membres de la famille, il y a surtout la participation de membres cohabitants. En termes de nombre de participants, le groupe italien a une taille nettement "moyenne" : de 10 à 30 unités. La réunion périodique du groupe a lieu pendant les heures de travail, dans une salle spacieuse et confortable qui, grâce à la disposition des chaises, favorise la communication circulaire. Le groupe a subi quelques interruptions inévitables au fil du temps en raison des contraintes pandémiques, mais un peu plus qu'ailleurs, il a également été affecté par la contraction des ressources humaines.

Espagne

En moyenne, c'est le pays où le GMF est "enracinée" depuis le plus longtemps (presque 11 ans), elle est également gérée par des entités juridiques privées (dans la plupart des cas à but lucratif), mais impliquée dans les structures ambulatoires de la région, assurant avant tout des réponses psychothérapeutiques. La figure principale du GMF est le psychiatre avec lequel collaborent 2 autres opérateurs. L'approche théorique de référence est celle de la psychanalyse multifamiliale, un point de contact avec l'expérience italienne. La formation fait appel à l'analyse de groupe, à la psychanalyse et à d'autres approches théoriques.

Le groupe espagnol est dirigé par plusieurs chefs de file et/ou plusieurs co-thérapeutes et fait appel à la supervision interne et/ou externe. Les usagers des groupes sont internes au service, adultes et affectés par des pathologies graves et participent avec des membres de la famille élargie. Le groupe espagnol est semi-ouvert et n'est pas marqué par des cycles. C'est celui qui a la taille moyenne la plus importante en termes de nombre de participants (aucun groupe n'a moins de 10 participants).

La fréquence des réunions est assez rapprochée, généralement tous les quinze jours, leur durée est légèrement inférieure à la moyenne générale (91 minutes) et elles se déroulent pendant les heures de travail de la journée, dans une salle de réunion confortable dotée de sièges circulaires.

Belgique

Les données de ce pays représentent deux zones géographiques (Flandre et Wallonie) avec des politiques distinctes en matière de santé mentale et sont donc affectées par un certain nombre de différences dans l'organisation et la gestion des GMF, dont les plus significatives ont été rapportées dans le commentaire de chaque indicateur individuel. La Belgique représente les unités de groupe les plus jeunes, peut-être en référence à l'histoire de sa psychiatrie qui lutte encore contre la prédominance des structures d'hospitalisation ou d'hôpital de jour. En fait, le GMF fait partie de la structure psychiatrique traditionnelle, le type d'assis-

tance est typique d'un service hospitalier et l'objectif de l'intervention est plus psycho-éducatif qu'ailleurs. Un rôle important dans le groupe est joué par la figure de l'infirmière qui coopère avec deux autres figures (mais beaucoup plus le psychologue que le psychiatre).

Les groupes opérant dans ce pays ont une vision thérapeutique systémique ; cette dernière fait partie intégrante de la formation du personnel, au même titre que la psychothérapie cognitivo-comportementale. Les groupes ont la particularité d'être animés par des paires de co-thérapeutes sans Conducteur responsable et ne bénéficient d'aucune supervision, à l'exception d'une supervision occasionnelle entre "pairs".

Les groupes belges sont ceux qui se caractérisent le plus par l'homogénéité de leurs usagers, souffrant peut-être de dépendances ou de troubles alimentaires (modèle psycho-éducatif) ou de problèmes d'humeur, et leurs usagers ne sont pas typiquement des adultes. Ce sont des groupes "fermés" qui ont donc une base d'usagers stables, présents pour des cycles et appartenant à l'organisme qui gère le groupe. Au cours de leur histoire, ils ont également été affectés par des interruptions, mais fondamentalement liées à l'urgence pandémique. La fréquence temporelle des réunions tend à être prolongée (trois semaines ou un mois), d'une durée moyenne longue (plus de 100 minutes) et a lieu à un moment qui permet aux membres de la famille et à d'autres parents ou proches des utilisateurs de participer après les heures de travail. Les réunions se déroulent dans un environnement qui leur est dédié, il s'agit de salles de psychothérapie, donc plus professionnelles, où le dialogue se fait face à face entre tous les participants.

Portugal

Il n'y a que 5 GMF dans ce pays, d'où un problème de comparabilité avec les autres, et peu d'émergence des particularités. Actifs depuis un peu moins de 9 ans (en moyenne), situés dans des structures publiques, le plus souvent le service psychiatrique de l'hôpital général, ils ont un objectif purement psychothérapeutique. Près de trois professionnels sont impliqués dans les groupes et, comme les groupes belges (également intégrés dans des structures d'hospitalisation), ils n'ont pas recours à la supervision. Ils fonctionnent comme des groupes à ouverture lente, sans cycles distincts, composés d'usagers des services dans lesquels ils sont basés, tous confrontés à des troubles graves.

Ces groupes s'étendent au-delà des membres de la famille cohabitant, englobant l'ensemble du cercle parental, avec une moyenne de 4,4 participants différents. Les réunions sont mensuelles et bimensuelles, d'une durée de 90 minutes (en moyenne) dans une salle où ils peuvent communiquer, "en se regardant dans les yeux" et se déroulent pendant les heures de travail.

7.1.7. Quelques considérations finales

Au terme de cet excursus sur les données relatives à l'expérience des 92 Groupes Multifamiliaux, nous pouvons essayer de faire une première évaluation d'un phénomène récent qui n'a pas encore été examiné par une recherche extensive et représentative des zones géographiques et des modèles. Il est certain qu'il faut approfondir cette connaissance pour définir ensuite quelques lignes directrices qui établissent des limites et des règles internes pour les Groupes et les aident à sortir d'une situation d'expérimentation. En outre, les bases sont aujourd'hui réunies pour le faire, étant donné la vaste typologie d'expériences qui ressort également de cette première enquête.

En fait, les données examinées ici décrivent le GMF comme un phénomène effervescent et croissant ces dernières années, en raison de la pluralité des services qui l'adoptent, de la variété des modèles théoriques de référence, des typologies organisationnelles, des spécialisations sur des troubles spécifiques. Ces dispositifs thérapeutiques se retrouvent dans tous les établissements de santé mentale : non seulement les établissements locaux, mais aussi les établissements de jour, résidentiels et hospitaliers, et sont le fruit d'organisations publiques et privées, à but lucratif et non lucratif. Il s'agit d'un dispositif qui intègre et innove les traitements traditionnels, basés sur des services et des prescriptions et sur une prise en charge individuelle ou, au maximum, duale (enfant et parent). Il considère la personne souffrante dans son contexte de vie et

de relations pour travailler sur celles-ci dans un cadre capable de libérer les dynamiques familiales, les tensions émotionnelles, les blocages développementaux, mais aussi les ressources d'"auto-assistance mutuelle" entre tous les participants aux réunions orientées par une ligne thérapeutique et basées sur une communication circulaire.

Les modèles théoriques qui soutiennent les groupes sont variés et souvent hybrides, perméables les uns aux autres. La formation des thérapeutes fait également appel à une offre éclectique de techniques et de modèles thérapeutiques. Il existe également de nombreux modes de fonctionnement des groupes qui définissent un dénominateur commun : la psychothérapie en tant qu'intervention clé. L'omniprésence de la figure du psychologue (présent dans 9 GMF sur 10) ; la prise en charge de la gestion collective des groupes grâce à la présence d'au moins deux figures professionnelles. Une taille moyenne gérable (jusqu'à 30 personnes, thérapeutes exclus) ; l'adoption de salles de réunion spacieuses et équipées pour favoriser la communication ; l'agrégation de trois figures familiales (usager, membre de la famille cohabitant et non cohabitant) ; la fréquence récurrente des réunions (le plus souvent hebdomadaire ou bimensuelle) ; l'ouverture ou la semi-ouverture des groupes et donc leur caractérisation en tant que groupes permanents. Les groupes fermés concernent principalement des usagers ayant des problèmes spécifiques, c'est-à-dire homogènes par type de diagnostic et/ou par groupe d'âge (souvent des jeunes). Au cours de leur histoire encore courte, ils ont connu une interruption forcée en raison de l'urgence pandémique, et dans quelques autres cas, d'autres facteurs d'entrave sont intervenus. Cependant, l'exercice d'une supervision interne ou externe est moins répandu, à l'exception de ce qui se passe de manière informelle entre les thérapeutes impliqués eux-mêmes.

La tranche d'âge des usagers reflète également celle des services dont ils sont souvent responsables ; il s'agit principalement d'adultes, comme les usagers des services de santé mentale, et elle est largement caractérisée par des diagnostics sévères. Le fait que les services répondent à la demande thérapeutique des utilisateurs internes montre à quel point le groupe est considéré comme un facteur thérapeutique intégratif et non alternatif dans le traitement.

La recherche met en évidence certaines différences entre les groupes de différents pays. Au sein d'un même pays - comme en Belgique entre la Flandre et la Wallonie - à souligner le poids des expériences locales concernant l'intervention et les modèles théoriques adoptés, la composition des groupes et le type d'usagers pris en charge au regard des besoins du contexte. Il s'agit d'accentuations ou de variations d'un modèle GMF qui apparaît globalement partagé dans la pluralité des expériences.

En résumé, cette première enquête sur les GMF, ainsi que l'étude qualitative approfondie des focus groupes, en plus de fournir des résultats pour une compréhension initiale du phénomène, peuvent être préparatoires à la recherche, basée sur un échantillon statistique - à partir d'une connaissance préalable de l'univers des GMF dans chaque zone géographique considérée - guidée par une conception méthodologiquement rigoureuse, articulée en objectifs et indicateurs, avec des instruments préalablement testés et un plan de traitement réalisé par un organisme de recherche. Il est clair qu'un tel effort de recherche devrait permettre d'approfondir les choix et les évaluations des promoteurs et des organisateurs des GMF, et de promouvoir la réflexion sur les résultats et les indicateurs d'impact qu'ils ont, en termes de réponses aux besoins et d'impact sur le système des services de santé mentale.

7.2. FOCUS GROUPES

Après avoir diffusé et compilé les résultats du questionnaire, les quatre partenaires ont organisé deux types de focus groupes : l'un avec la participation de thérapeutes et l'autre avec la participation d'utilisateurs de GMF (patients et familles).

7.2.1. Cadre des focus groupes

Le focus group est un entretien, dirigé par un modérateur qui est parfois accompagné d'un observateur, d'une durée moyenne de deux heures. Le nombre de participants peut varier ; plus le groupe est nombreux (par exemple, environ dix à douze participants), plus l'émergence d'opinions hétérogènes et la collecte d'une plus grande richesse d'idées sont importantes ; moins le groupe est nombreux, plus le niveau d'analyse en profondeur et d'ouverture est élevé, en particulier lorsque les questions abordées sont délicates. Un focus group présente à la fois des avantages et des inconvénients :

Avantages :

- Vitesse et économie
- Stimulation mutuelle entre les participants
- Interaction entre les participants

Inconvénients :

- Création possible d'inhibitions entre les participants
- Collecte d'éléments de réflexion plus nombreux mais moins détaillés que dans les entretiens individuels
- La nécessité de veiller à ce que chacun ait la possibilité de s'exprimer

Le groupe doit être homogène en termes de stratification sociale et culturelle et les participants ne doivent pas travailler ensemble. Des questions stimulantes spécifiques guident la conversation, permettant d'approfondir des sujets spécifiques et de maintenir la conversation dans le cadre des thèmes de recherche. Un focus groupe est dirigé par un modérateur et compte sur la participation de deux observateurs, chacun ayant un rôle spécifique :

Rôle du modérateur :

- Mener la conversation
- Encourager la discussion entre tous les participants
- Faciliter la participation de tous les
- Éviter que la discussion soit dominée par un Conducteur
- Maintenir une position de neutralité
- Évitez d'exprimer vos opinions et évaluations

Rôle de l'observateur :

- Gérer l'accueil des participants
- Enregistrer la réunion
- Rédiger des notes sur les questions pertinentes qui se posent
- Soutenir le modérateur, en fonction de ses demandes

Chaque partenaire a planifié et préparé les focus groupes dans son propre pays, en choisissant les dates, les heures, les lieux/modalités, et en établissant les objectifs et la méthodologie. Les invitations ont été faites en nombre supérieur à celui nécessaire pour couvrir les impossibilités de présence.

7.2.2. Planification et méthodologie des focus groupes

Les quatre partenaires ont convenu d'utiliser une méthodologie commune - l'analyse SWOT - qui a permis à chaque participant d'exprimer son point de vue, en analysant les forces et les faiblesses du GMF, à la fois internes et externes au contexte. Dans le cadre de l'analyse SWOT, et sur la base des principaux résultats du questionnaire, chaque partenaire a développé quelques déclarations/thèmes, qui ont été utilisés comme guide tout au long de la conversation.

Les sessions des différents focus groupes se sont déroulées selon trois modalités : en personne, en ligne (via la plateforme Zoom) et en mode hybride (une seule session du partenaire belge). Les sessions zoom ont été enregistrées avec la connaissance et le consentement de tous les participants.

Les focus groupes de l'Italie et du Portugal avaient un modérateur et deux observateurs ; les focus groupes de Belgique étaient dirigés par des modérateurs externes et avaient deux observateurs. Le groupe de réflexion espagnol 1 avait un Conducteur et un observateur ; le groupe de réflexion espagnol 2 avait un Conducteur et un co-Conducteur comme modérateurs et plusieurs psychologues en exercice comme observateurs.

L'Italie et le Portugal ont organisé chacun deux focus groupes, l'un pour les thérapeutes et l'autre pour les utilisateurs ; le deuxième focus groupe portugais était destiné aux utilisateurs des GMF, mais aucun patient n'y a participé. Les participants étaient des thérapeutes et des membres de la famille d'anciens patients. La Belgique a organisé 2 focus groupes, à environ un mois d'intervalle, en Flandre et en Wallonie ; et un focus groupe 2 avec un public mixte (patients, membres de la famille et thérapeutes), soit un total de 5 focus groupes, dans deux langues nationales (néerlandais et français).

Lors de la première réunion, une analyse SWOT a été réalisée sur la base des résultats du questionnaire. Au cours de la deuxième réunion, les conclusions du premier focus groupe sont approfondies. Une transcription anonyme a été réalisée à partir de l'enregistrement des sessions.

Les tableaux ci-dessous présentent respectivement : la planification des focus groupes (tableau 27), et les méthodologies et thèmes des *focus groupes* suivis par les quatre pays (Tableau 28).

Tableau. 27 - Planification des focus groupes

Pays	FG	Modalité	Durée (min)	Participants /Invitations	Invité	Présent	Modérateur /Observateurs
Italie	FG1	Online (Plate-forme Zoom)	180	GMF-Conducteurs qui ont rempli le questionnaire	34	9	1 modérateur 2 observateurs
	FG2	En présence (au siège du LIPSIM)	180	GMF-utilisateurs (patients, parents, membres de la famille, soignants - secteurs sociaux public et privé)	18	12	1 modérateur externe 2 observateurs

<i>Belgique</i>	FG1	Online (Plate-forme Zoom)	90	(français et néerlandais), Des experts (ceux qui ont publié) et GMF-Conducteurs qui ont repli le questionnaire. Focus groupe 1 a été subdivisé en 4 groupes : FG 1.1 Flandre FG 1.2 Wallonie FG 1.3 Wallonie - analyse approfondie FG 1.4 Flandre - analyse approfondie	FG1.1 - 11 FG1.2 - 13 FG1.3 - 9 FG1.4 - 12	FG1.1 - 11 FG1.2 - 13 FG1.3 - 9 FG1.4 - 10	1 modérateur 2 observateurs
<i>Espagne</i>	FG1	Online (Plate-forme Zoom)	180	Professionnels travaillant en MFPG, s'appuyant sur les idées et les expériences apportées par la Psychanalyse Multifamiliale (J. García Badaracco) et qui se sont enrichies d'autres apports théoriques (Analyse de Groupe, Théorie Générale des Systèmes, Théorie de l'Attachement, Dialogue Ouvert, etc.)	23	14	1 modérateur 1 observateur
	FG2	En présence (Hôpital de jour du Centre Uribe Costa pour la santé mentale)		Focus groupe avec les utilisateurs du GMF : un Conducteur, un co-Conducteur, plusieurs psychologues et des familles.		Entre 60 et 70	2 modérateurs plusieurs observateurs*
<i>Portugal</i>	FG1	Online (Plate-forme Zoom)	90	GMF-Conducteurs	12	6	1 modérateur 2 observateurs
	FG2	Online (Plate-forme Zoom)	90	GMF-membres de la famille + thérapeutes ayant des connaissances en MFPG mais pas d'expérience en MFPG	16	7	1 modérateur 2 observateurs

Source : recherche FA.M.HE 2023. v.a. = valeur absolue ; % = valeur relative.

Tableau 28 - Méthodologie et thèmes des focus groupes

Pays	FGs	Méthodologie	Sujets / Points forts
Italie	FG1	Analyse SWOT - trois sujets/centres d'intérêt sont apparus comme des éléments significatifs et caractéristiques de la majorité des expériences du GMF représentées dans les questionnaires.	<ul style="list-style-type: none"> - Participation d'au moins deux générations, y compris des personnes actuellement traitées pour des problèmes de santé mentale. - Présence d'une équipe d'animation. - Activation d'un espace d'échange entre les Conducteurs immédiatement après la réunion du GMF (Post-Group).
	FG2	Analyse SWOT - L'analyse a été réalisée à partir de deux des trois thèmes activés dans la comparaison entre les chefs d'orchestre, considérés comme plus évaluables par les utilisateurs. Le troisième thème proposé à l'échantillon de managers (activation d'un Post-groupe) est apparu difficile à évaluer par les utilisateurs car il concerne un moment de la réunion multifamiliale habituellement réservé à l'équipe de direction.	<ul style="list-style-type: none"> - La participation d'au moins deux générations, y compris des personnes actuellement traitées pour des problèmes de santé mentale. - La présence d'une équipe d'animation
Belgique	FG1	<p>2 focus groups, avec un intervalle d'environ un mois, dans les régions de Flandre et de Wallonie. Quatre réunions avec des thérapeutes du MFPG (2 en néerlandais, 2 en français).</p> <p>Lors de la première réunion (FG 1.1; FG 1.2), une analyse SWOT a été réalisée sur la base des résultats du questionnaire.</p> <p>Au cours de la deuxième réunion (FG 1.3, FG 1.4), les conclusions du premier focus groupe sont approfondies. Une transcription anonyme de l'enregistrement sera effectuée.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Traiter différentes demandes d'aide au sein d'un même système. 2. Résistances à travailler avec un MFPG. 3. Besoin de supervision/Intervision. 4. Besoins actuels en matière de MFPG.

<i>Espagne</i>	FG1	Analyse SWOT basée sur la longue expérience des Conducteurs/coordonateurs. La discussion s'est concentrée sur trois sujets principaux, qui correspondent aux réponses qualitatives du questionnaire. Remarque préliminaire : les participants évoquent l'importance du climat émotionnel, qui n'apparaît pas explicitement dans le questionnaire et le type d'interventions, mettant l'accent sur la "conversation" au détriment des interprétations visant à révéler l'inconscient.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participation de deux générations ou plus, y compris les personnes recevant un traitement psychiatrique. 2. Le fonctionnement de l'équipement de l'animation du GMF. 3. L'échange entre les Conducteurs après la réunion (post-groupe)
	FG2	Dans son espace habituel (GMF), au jour et à l'heure convenus, les participants ont été invités à décider de répondre à certaines questions.	<p>Trois questions ont été posées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles étaient vos attentes lorsqu'on vous a proposé de participer au GMF et quels avantages avez-vous retirés de votre participation ? - Comment comprenez-vous la maladie mentale ? GMF sur ce qui peut contribuer à l'amélioration. - Les changements familiaux sont-ils liés à l'amélioration de la situation familiale ?
<i>Portugal</i>	FG1	Quatre questions ont été posées aux participants à la suite de l'analyse SWOT.	<p>Question 1 : Forces (avantages) : Quelles sont les caractéristiques de la MFPG qui en font un dispositif psychothérapeutique avantageux par rapport à d'autres interventions psychothérapeutiques (internes - familles/équipe/service ; et externes - institution/communauté) ?</p> <p>Question 2 : Faiblesses (désavantages) : Quelles sont les caractéristiques qui désavantagent le MFPG par rapport à d'autres dispositifs psychothérapeutiques ? (Interne - familles/équipe/service ; et Externe - institution/communauté).</p> <p>Question 3 : Opportunités : Quels sont les aspects sur lesquels la MFPG, en tant qu'approche psychothérapeutique en santé mentale, devrait mettre l'accent pour faciliter l'adhésion à cette approche ? Ou, dans quelle mesure le travail avec la MFPG peut-il contribuer à la transformation : des familles/de l'équipe/du service ; et de l'institution/de la communauté ?</p> <p>Question 4 : Menaces : De quelle manière le MFPG peut-il constituer une menace (interne/externe) ?</p>

	FG2	Quatre questions ont été posées aux participants à la suite de l'analyse SWOT.	Les participants du focus groupe 2 ont répondu aux mêmes questions que les participants du focus groupe 1
--	-----	--	---

Source : recherche FA.M.HE 2023.

7.2.3. Résultats et conclusions des focus groupes

En ce qui concerne les résultats des focus groupes de tous les pays, un consensus s'est dégagé sur les avantages des GMF et sur les difficultés qui doivent encore être surmontées. Les avantages et les difficultés constatés s'étendent à tous les participants des GMF (soignants et familles, y compris les personnes en traitement). L'importance de la présence de plus d'une génération dans les GMF est une constatation commune et a été considérée comme le principal avantage de ces groupes, car il s'agit d'une base fondamentale pour faciliter l'accès aux nœuds transgénérationnels.

Il est également unanime que tous les participants aux GMF - les familles (y compris les patients), les thérapeutes et les institutions - en retirent de nombreux autres avantages de natures diverses. L'Espagne souligne que le GMF accroît la tolérance envers les autres, le respect des différences et la solidarité avec ceux qui souffrent, tandis que l'Italie met l'accent sur le développement de l'empathie, la capacité de créer et de préserver des limites et d'exprimer des émotions. La Belgique et le Portugal soulignent le potentiel transformateur du GMF, avec le développement d'identifications nouvelles et plus saines, en particulier le développement et la transformation de modèles pathologiques de relations et de communication intrafamiliales. L'Italie, la Belgique, l'Espagne et le Portugal sont unanimes pour dire que les GMF offrent des avantages évidents d'un point de vue clinique - diagnostic, temps de récupération - et sont plus avantageux d'un point de vue coût/bénéfice pour les institutions.

En ce qui concerne les difficultés, la Belgique et le Portugal suggèrent que le manque d'espace (une salle appropriée) pour le groupe peut être une difficulté ; et le manque de formation pour les thérapeutes peut être un problème. L'Italie ajoute le manque d'information sur le GMF, le peu de formation spécifique pour les "opérateurs" (techniciens de santé/thérapeutes/soignants) et signale comme menaces potentielles, certains obstacles/résistances de la part des institutions. Les participants belges et portugais ont indiqué que le fait que le GMF soit un grand groupe pouvait poser des difficultés à certains participants, notamment à ceux qui ont plus de mal à s'exprimer, en particulier lorsqu'ils abordent des questions qui suscitent la honte, la culpabilité et la stigmatisation. La gestion des secrets de famille et des tabous peut également s'avérer difficile, comme la peur de s'exposer à sa famille, ainsi que l'a constaté l'Italie. Différents types de résistance peuvent également survenir, tant de la part des participants que des institutions, car il existe encore une certaine méfiance à l'égard des psychothérapies de groupe. En ce qui concerne les groupes ouverts, fermés ou à ouverture lente, la Belgique et le Portugal soulignent qu'un groupe ouvert peut donner lieu à des sous-groupes importants et diversifiés, dans lesquels il n'est pas possible d'assurer la présence constante des participants.

La constance des présences des participants influencera la cohésion du groupe. Considérant que la cohésion de groupe est l'équivalent de l'alliance thérapeutique en psychothérapie individuelle, il est souhaitable qu'une bonne cohésion de groupe permette de construire un climat de confiance pour faciliter l'adhésion et l'attachement des participants, et pour faciliter la communication.

En bref, dans tous les pays, les participants aux focus groupes s'accordent à dire que le GMF présente plus d'avantages/de points forts que d'aspects négatifs ou considérés comme des menaces.

7.3. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

7.3.1. Méthodologie nationale et internationale

Une revue critique de la littérature relative à l'intervention multifamiliale en santé mentale a été réalisée, afin que les partenaires définissent et limitent la recherche sur le Web, conformément aux objectifs de la recherche. Les mots-clés suivants, communs à tous les partenaires, ont été identifiés et utilisés : Groupes multifamiliaux, Groupe de psychanalyse multifamiliale, Psychanalyse multifamiliale, Thérapie multifamiliale, Thérapie de groupe multifamilial, Traitement de groupe multifamilial. Ces termes de recherche ont été traduits dans les langues de chaque pays et ont été complétés par des termes de recherche pertinents spécifiques à chaque pays. Les partenaires décident d'effectuer des recherches dans les différentes langues nationales et de chercher au-delà des frontières nationales pour chaque langue nationale. La recherche bibliographique internationale inclut d'autres pays et la recherche a été effectuée à l'aide de mots-clés en langue anglaise. L'extrait de la recherche bibliographique figure à l'annexe 6.

La recherche a été effectuée en utilisant les moteurs de recherche Google, Google Scholar, PubMed, Hall et Cairn, en Espagne le portail bibliographique Dialnet a été consulté. En Italie, des associations dédiées au développement, à l'étude, à la pratique clinique et à la formation dans le secteur multifamilial ont été identifiées en fonction des différents modèles représentés dans la recherche. Ces informations seront rassemblées dans un répertoire inséré en annexe du guide.

Les éléments bibliographiques récurrents communs à tous les partenaires comprennent les articles, les livres et les chapitres de livres. La bibliographie de l'Espagne exclut les thèses et les travaux de troisième cycle. En revanche, les bibliographies de la Belgique, de la France, du Canada, de la Suisse et du Portugal englobent les monographies et les thèses de doctorat.

Tableau 29 - Méthodologie

	Mots clés communs	Mots clés spécifiques	Moteurs de recherche
Belgique	Groupes multifamiliaux (GMF) Psychanalyse multifamiliale (PMF) Thérapie multifamiliale (TMF)	Consultation Multi-Familiale (CMF) Thérapie sociale et multifamiliale (TSM)	Google, Google Scholar, PubMed, Hall et Cairn.
Italie	Groupes multifamiliaux (GMF) Psychanalyse multifamiliale (PMF) Thérapie multifamiliale (TMF)		Google, Google Scholar, PubMed, Hall et Cairn.
Portugal	Groupes multifamiliaux (GMF) Psychanalyse multifamiliale (PMF) Thérapie multifamiliale (TMF)	Groupe multifamilial de psychanalyse (MPG) ; Groupe de thérapie multifamiliale (GTMF) ; Traitement collectif multifamilial (TGMF).	Google, Google Scholar, PubMed, Hall et Cairn.
Espagne	Groupes multifamiliaux (GMF) Psychanalyse multifamiliale (PMF) Thérapie multifamiliale (TMF)	Groupe multifamilial de psychanalyse (MPG) ; Groupe de thérapie multifamiliale (GTMF) ; Traitement collectif multi-	Google, Google Scholar, PubMed, Hall Cairn et Dialnet

		familial (TGMF).	
International	Groupes multifamiliaux (GMF) Psychanalyse multifamiliale (PMF) Thérapie multifamiliale (TMF)	Groupe multifamilial de psychanalyse (MPG) ; Groupe de thérapie multifamiliale (GTMF) ; Traitement collectif multifamilial (TGMF).	Google, Google Scholar, PubMed, Hall et Cairn.

Source : recherche FA.M.HE 2023.

7.3.2. Analyses quantitatives et qualitatives des résultats dans la langue des partenaires

Après l'étude bibliographique réalisée par chacun des pays, une lecture du contenu de chacune des entrées a été effectuée, afin de regrouper les informations en fonction de l'orientation théorique et de l'application pratique. La bibliographie des quatre partenaires a donné lieu à 177 entrées pour les mots-clés sélectionnés. Environ 70 % d'entre elles correspondent à des articles publiés dans des magazines, des bulletins, des journaux, des périodiques et des publications en ligne, le reste correspondant à des livres, des chapitres de livres et des monographies.

Les sujets couverts par la bibliographie étaient divers, relevant de l'orientation théorique (Tableau 30) et de l'application pratique (Tableau 30.1).

Tableau. 30 - Sujets couverts - Orientation théorique

Psychanalyse multifamiliale
Thérapie multifamiliale, aspects théoriques et techniques influencés par les idées de Garcia Badaracco
Explication complète des phénomènes observés à la lumière du cadre théorique du modèle Garcia Badaracco et de la psychanalyse multifamiliale.
Thérapie de groupe multifamiliale, aspects théoriques et techniques
Le groupe en tant qu'agent thérapeutique
L'intergénérationnalité
Perspectives des patients, de la famille, des partenaires, des thérapeutes et des observateurs participant à un groupe multifamilial.

Source : recherche FA.M.HE 2023.

Tableau. 30.1 - Sujets couverts - Application pratique

Expériences représentatives de l'application du modèle d'intervention auprès de groupes multifamiliaux.
Approche psychoéducative familiale
Réhabilitation psychosociale

Réhabilitation systémique et groupes multifamiliaux

Applications cliniques des thérapies et approches multifamiliales

Evidence based de la thérapie multifamiliale

Fonction thérapeutique et formation

Séance de psychothérapie multifamiliale en ligne.

Source : recherche FA.M.HE 2023.

Les interventions concernent les contextes de la justice, de l'éducation, de la communauté et de la santé (Tableau 31). Elles concernent des populations diverses, notamment des adultes, des adolescents et des enfants (Tableau 32), des personnes sans troubles ou problèmes psychiatriques et des patients psychiatriques en traitement (patients admis dans des services et des hôpitaux de jour, ainsi que des patients externes) (Tableau 32.1). Plusieurs groupes ont fait l'objet d'interventions thérapeutiques (Tableau 33). La bibliographie correspondante est présentée à l'annexe 6. En outre, une partie de la bibliographie citée dans le texte d'introduction, qui se réfère à des travaux peu indexés par les moteurs de recherche, est accessible à l'annexe 7.

Tableau. 31 - Contexte de l'intervention

Contexte de la justice

Contexte éducatif

Contexte communautaire

Contexte sanitaire Hôpitaux généraux, services de santé mentale et hôpitaux psychiatriques.

Source : recherche FA.M.HE 2023.

Tableau. 32 - Population-I

Adultes

Adolescents

Les enfants

Source : recherche FA.M.HE 2023.

Tableau. 32.1. - Population -II

Population générale, affections et problèmes non psychiatriques

Population en traitement des troubles psychiatriques : hospitalisés et hôpital de jour, consultations.

Source : recherche FA.M.HE 2023.

Tableau 33 - Groupes de pathologies

Enfants ayant des difficultés psychologiques
Adolescents souffrant de troubles de l'alimentation
Refus scolaire anxieux à l'adolescence
Adolescents transgenres
Délinquants sexuels adolescents
Dépression majeure
Anorexie mentale
Maladie chronique
Douleur chronique
Maternité
Psychose chronique
Schizophrénie
Bipolaire
La dépendance à l'alcool et la famille
Les patients toxicomanes et leurs enfants
Familles et abus sexuels

Source : recherche FA.M.HE 2023.

En conclusion, la recherche bibliographique effectuée dans chaque pays partenaire nous a permis de constater que l'intérêt pour les groupes multifamiliaux a évolué au fur et à mesure que l'œuvre de Jorge Garcia Badaracco a été traduite et que ses modèles théoriques et pratiques ont été étudiés et développés, à partir de l'expérience du travail avec les familles dans chaque pays. Simultanément, le modèle et son applicabilité à différents groupes de population, à différents contextes sociaux et communautaires et à différents environnements de santé et de maladie, à savoir l'intervention en cas de maladie psychiatrique, de pathologie organique et de psychopathologie relationnelle, ont été développés plus avant.

7.3.3. Recherche bibliographique internationale

7.3.3.1. Cadre historique

En ce qui concerne l'aperçu international de la bibliographie relative aux groupes multifamiliaux, il convient de distinguer trois grands domaines :

- GMF de nature psychoéducative et cognitivo-comportementale.
- GMF d'origine systémique et dynamique.
- GMF psychanalytique.

En ce qui concerne les groupes psycho-éducatifs, la diffusion mondiale semble importante et la plupart des travaux scientifiques publiés sont en anglais.

En ce qui concerne les groupes systémiques et dynamiques, le créateur peut être considéré comme Eia Asen, professeur au Centre national Anna Freud, connu entre autres pour le "Traitement basé sur la mentalisation avec les familles", une approche empiriquement basée sur des études d'efficacité sur laquelle il a travaillé en collaboration avec Peter Fonagy.

Les contextes culturels dans lesquels les GMF psychanalytiques sur le modèle argentin se sont le plus développés sont en Europe (Italie, Espagne, Portugal et plus récemment en Belgique), et en Amérique du Sud en Argentine et en Uruguay.

En ce qui concerne les domaines d'application, nous pouvons d'une part identifier des groupes principalement homogènes orientés vers des diagnostics spécifiques, l'évolution de la pathologie, les groupes d'âge, le contexte du traitement. La plupart des GMF psychopédagogiques appartiennent à cette typologie. Par rapport aux groupes systémique, dynamique et psychanalytique, comme nous le verrons plus loin, il existe des approches orientées vers le diagnostic et des approches moins sélectives, auxquelles accèdent les patients présentant des troubles principalement graves.

GMF systémique et dynamique et GMF psychanalytique pour les troubles graves

Il existe deux branches originelles distinctes. Les premiers mouvements, pour les deux branches, sont à situer autour des années soixante. Ils partent d'expériences nées dans des institutions psychiatriques pour patients psychotiques graves.

Buenos Aires

L'œuvre de Jorge Garcia Badaracco commence à l'hôpital Borda en 1960, où l'on signale ses origines, dans le service qu'il a dirigé à son retour de stage à Paris en 1958. Certaines biographies de Garcia Badaracco datent de 1962 la fondation dans ce service du premier groupe qu'il a défini comme psychanalyse multifamiliale. Cependant, il décrit lui-même les changements produits par les groupes sur le climat du service à partir de 1964 : *"la salle commune de mon service est devenue la plus bruyante, contrairement à celles des autres services de l'hôpital psychiatrique, caractérisées par l'autisme et l'isolement"*. Il décrit ensuite une phase de forte résistance des patients. Il observe ensuite que *"des situations typiquement infantiles ont commencé à apparaître dès qu'un climat de confiance et de sécurité affective de base a été créé, c'est-à-dire lorsque la communauté est devenue un contenant psychologique adéquat pour les patients qui quittent les attitudes défensives, renonçant à la toute-puissance pathologique et acceptant de participer, d'une certaine manière, à la nouvelle expérience"*.

C'est au cours de cette phase qu'est apparue ce que l'on appelle "l'inclusion de la famille" dans le contexte du traitement, en intégrant également les travaux et les expériences qui avaient donné naissance à la thérapie familiale et systémique depuis les années 1950. *"Nous avons découvert que les familles des patients, même si elles avaient des capacités d'adaptation suffisantes qui les rendaient aptes à la vie sociale, étaient des êtres immatures qui, dans les situations de groupe, présentaient d'importantes difficultés psychologiques sur le plan émotionnel, en particulier dans les relations interpersonnelles"*.

Toutes les observations et théorisations ultérieures convergent dans sa première monographie *"Comunidad terapéutica de estructura multifamiliar"* (1989). La principale spécificité du groupe de psychanalyse multifamiliale décrit par Garcia Badaracco réside dans sa vocation à traiter des troubles graves tels que la psychose et les troubles de la personnalité, incluant tout type de diagnostic et de souffrance humaine, et dans l'hétérogénéité des patients et des membres de la famille impliqués. Les nombreux cas cliniques qu'il décrit témoignent du fonctionnement de ses groupes et du processus thérapeutique activé par les séances de psychanalyse multifamiliale.

New York

Dans ses ouvrages publiés entre 1964 et 1980, Peter Laqueur fait référence à son premier groupe de thérapie multifamiliale. Voici sa description des origines : *"En 1951, alors que j'étais directeur d'un service de traitement clinique des patients schizophrènes, âgés de 12 à 52 ans, dans un grand hôpital de la région de New York, tous les dimanches, les parents, et parfois les frères et sœurs, oncles, tantes, etc. de ces patients venaient à l'hôpital et, pendant les heures de visite, ils me voyaient, chacun à son tour, pendant quelques minutes pour que je puisse les rassurer, leur donner de l'espoir et essayer de leur expliquer les techniques et les médicaments utilisés pour modifier l'état psychotique des patients. Lorsque nous avons découvert ces sentiments dans le groupe, nous avons décidé de faire quelque chose qui était tout à fait tabou à l'époque : Nous avons demandé à tous les patients et à tous leurs visiteurs de se joindre à nous pendant deux heures ou deux heures et demie pour une discussion ouverte sur toutes les questions relatives à la schizophrénie, aux méthodes de traitement, aux problèmes pendant le séjour des patients à l'hôpital, et à ceux de l'avenir lorsque les patients retourneraient chez eux, à leur emploi, à leurs possibilités de se marier et d'avoir des enfants, etc. Nous avons constaté que, parfois, les membres des familles dites "saines" étaient presque aussi malades que les patients eux-mêmes, la principale différence étant que les patients avaient été les premiers à être envoyés à l'hôpital. Pour éviter le retour fréquent de nos patients à l'hôpital après être rentrés chez eux, il est devenu nécessaire de traiter leurs familles en même temps qu'eux. Nous avons formé des groupes de quatre ou cinq patients hospitalisés et de leurs familles et les avons rencontrés chaque semaine dans le cadre de séances thérapeutiques tout au long du séjour des patients à l'hôpital. Au cours des 17 années de ce travail avec les patients hospitalisés et leurs familles, nous avons pu réduire de 80 % le nombre de réadmissions à l'hôpital. Parfois, les patients qui sortent de l'hôpital et leurs familles continuent à participer à ces séances de thérapie familiale multiple et, progressivement, à mesure que notre méthode était mieux connue, des groupes de thérapie familiale multiple ont été créés dans des cliniques et des cabinets avec des patients ambulatoires et leurs familles."* (Lewis, 2021). C'est à partir des premiers pas de Laqueur qu'elle se développe, intégrant ses observations à celles des familiers d'une part, et à l'approche psychopédagogique de Mc Farlane, d'autre part, le modèle intensif de la thérapie multifamiliale se fondant dans diverses expériences, dont celle développée par Alain Cookling en 1982 dans le Marlborough Family Service à Londres. Des développements ultérieurs ont donné lieu à des spécialisations de la méthode dans le domaine des troubles alimentaires (Scholz et Asen 2002 ; Dare et Eisler 2000 ; Scholz et Asen 2001 ; Slagerman et Yager 1989 ; Wooley et Lewis 1987), de l'alcool et des substances (Schaefer 2008), des maladies systémiques chroniques (Steinglass, 1998), de la maladie de Huntington (Murburg *et al.* 1988) et des enfants maltraités (Asen *et al.*, 1989).

7.3.3.2. Résultats

De cette recherche internationale approfondie, il ressort clairement que, autour de l'approche multifamiliale, de nombreux intérêts sont nés chez les chercheurs et les professionnels, qui ont intégré leurs expériences personnelles et leur formation à cette façon d'aborder les troubles mentaux et la détresse psychologique.

La dimension groupale a progressivement conquis des positions importantes en termes d'efficacité thérapeutique et constitue aujourd'hui une méthode de travail en développement et en ouverture.

En ce sens, la "groupalité" fondée sur la famille en tant que membre constitutif plutôt que sur l'individu prend une valeur tout à fait novatrice car elle introduit le concept selon lequel la souffrance, la détresse mentale et le désordre ne se situent jamais à l'intérieur d'un seul individu mais plutôt dans un système de relations qui coïncide facilement avec la famille, laquelle est à son tour insérée dans son environnement et dans son histoire.

Cette méthode de travail est considérée comme innovante malgré 70 ans d'expérience dans le domaine, qui a donné lieu à des méthodologies de travail variées, difficiles à systématiser et à intégrer les unes aux autres. L'analyse de la littérature scientifique et des ouvrages publiés a permis de répartir les résultats en plusieurs catégories :

- a) Bibliographie annotée sur la psychanalyse multifamiliale
- b) Bibliographie annotée sur les groupes multifamiliaux systémiques et dynamiques

Dans ce regroupement d'ouvrages scientifiques et de monographies, la limite provient du manque de différenciation entre les ouvrages basés sur un modèle clairement psychanalytique, ceux basés sur un modèle psychodynamique et ceux basés sur une approche systémique.

- c) Études sur groupes psycho-éducatifs multifamiliaux 2020-2022 :

En ce qui concerne ce regroupement, nous avons choisi de limiter les études aux deux dernières années, car la bibliographie internationale est très vaste et diversifiée. En recherchant sur le web des enquêtes concernant les GMF, sept résultats ont été trouvés.

7.4. CONCLUSIONS FINALES

Le document se concentrait essentiellement sur l'amélioration de la connaissance des groupes multifamiliaux (GMF) existants dans le domaine de la santé mentale, et sur la diffusion des informations recueillies par le biais d'une recherche spécifique sur les types de modèles existant dans différents territoires et au niveau international.

Pour le présent projet, deux types de groupes multifamiliaux réunissant au moins deux générations ont été envisagés, quelles que soient les méthodologies utilisées : Les groupes multifamiliaux de psychoéducation et les groupes multifamiliaux de psychanalyse, ces derniers étant basés sur les théories de J.G. Badaracco, visant à traiter les problèmes de santé mentale en se concentrant sur le contexte familial, et pas seulement sur la personne qui manifeste plus clairement des problèmes de santé mentale.

D'après les rapports des partenaires, nous pouvons conclure que les principaux objectifs ont été atteints.

Tous les pays ont mené une enquête, impliquant l'élaboration, la distribution et l'analyse d'un questionnaire conçu pour explorer les caractéristiques des GMF. En outre, chaque pays a organisé deux types de focus groupes, l'un avec des Conducteurs et l'autre avec des utilisateurs de GMF. Les quatre pays ont effectué des recherches bibliographiques au niveau national, et l'Italie a été spécifiquement chargée de diriger les recherches bibliographiques internationales. Les détails de cette recherche peuvent être trouvés dans les rapports ci-dessus.

Dans ce qui suit, nous mettons en évidence les résultats les plus pertinents dans les quatre pays. En ce qui concerne la typologie du groupe existant dans chaque pays :

- **L'Italie** confirme l'existence de deux types de GMF (GMF psycho-éducatif et GMF psychanalytiques), avec un pourcentage prédominant concernant les groupes multifamiliaux de psychanalyse (environ 60 GMF actifs dans les différentes régions). La diffusion importante de cette méthodologie sur le territoire national peut être due au travail continu de comparaison, de recherche et de formation effectué par le LIPsiM qui, en tant que structure associative, fournit un réseau de soutien, de stimulation et d'analyse approfondie de l'utilisation du GMF dans le traitement de la souffrance psychique.
- La **Belgique** fait état de 24 GMF répartis dans toutes les provinces du pays, qui sont pour la plupart liés à des hôpitaux psychiatriques. Ces groupes ont généralement un cadre systémique complété par une approche cognitive ou psycho-éducative, et moins par une approche psychanalytique.
- **L'Espagne** signale qu'il existe 28 GMF dans le pays, mais que la répartition géographique est irrégulière, avec une concentration de GMF dans certaines provinces et une absence dans d'autres ; il est significatif que les GMF n'aient été trouvés que dans 8 des 50 provinces espagnoles et 2 villes autonomes, bien que des collègues espagnols aient démontré que des GMF sont également pratiqués dans d'autres provinces. L'une des raisons possibles de ce déséquilibre territorial pourrait être le

manque d'intérêt de certaines institutions, où prédomine une perspective plus pharmacologique et cognitivo-comportementale, excluant une perspective plus dynamique.

Les GMF mentionnés dans le questionnaire comptent un minimum de 2 générations, où la personne en traitement est incluse, et dont le cadre est essentiellement basé sur la psychanalyse multifamiliale, enrichie par d'autres courants de psychothérapie (systémique, analyse de groupe, dynamique, cognitivo-comportementale, interfamiliale, etc.) Les groupes psycho-éducatifs ont été exclus de cette enquête car ils ne comprennent pas de personnes en traitement.

- Le **Portugal** a enregistré un petit nombre de groupes multifamiliaux (5) : La psychoéducation associée à d'autres cadres (3) et seulement 2 groupes de psychanalyse multifamiliale. Ce nombre est très faible par rapport à sa dimension territoriale et en comparaison avec les autres pays. Les raisons, déjà décrites dans le rapport portugais, sont principalement dues aux difficultés de diffusion du questionnaire. Nous pensons également que la résistance institutionnelle à accepter des approches thérapeutiques qui divergent de l'approche psychiatrique/orthodoxe habituelle, davantage liée à la pharmacologie, peut expliquer le manque de réponses aux questionnaires envoyés. Nous savons qu'il existe au Portugal des GMF psycho-éducatifs dans diverses institutions, mais nous ne savons pas si ces groupes comprennent plus d'une génération.

En ce qui concerne les résistances institutionnelles, l'Italie fait également état d'une série d'obstacles externes imputables au contexte institutionnel, tout comme la Belgique, qui déclare que les difficultés externes liées à la mise en œuvre du GMF se situent principalement au niveau organisationnel. Il est donc essentiel de prendre en compte ces difficultés institutionnelles culturelles/idéologiques, en investissant dans des formations appropriées, visant la culture et le fonctionnement des contextes de soins et d'accompagnement en santé mentale, qui pourraient ouvrir certains " esprits fermés " (Badaracco, 2009) et faciliter l'acceptation de l'approche innovante des groupes de psychanalyse multifamiliale.

En ce qui concerne les caractéristiques des groupes, la Belgique enregistre des différences significatives entre les régions de Flandre et de Wallonie : Ces régions se distinguent par leurs cadres thérapeutiques, leurs méthodologies, leur population cible, leur cadre et leur forme d'orientation. Tous les participants au GMF, tant l'équipe technique que les membres des familles, s'accordent à dire que le GMF représente un changement de paradigme dans les soins de santé mentale, où la famille joue un rôle prépondérant et où la psychopathologie est traitée dans un contexte relationnel/familial.

Un aspect considéré par tous les partenaires comme très important est la formation des Conducteurs. Malgré un socle commun à tous les groupes multifamiliaux de psychanalyse des quatre pays, nous avons observé des modes de fonctionnement différents, d'où la nécessité d'une formation complète qui privilégie la formation individuelle des Conducteurs, le travail en équipe et le contexte socioculturel dans lequel s'inscrivent les groupes multifamiliaux de psychanalyse.

Un consensus s'est dégagé sur le besoin urgent de créer une formation spécifique et solide pour les Conducteurs de GMF. Cela répond à un autre objectif de ce projet : renforcer le rôle et la figure du Conducteur/Facilitateur GMF dans le secteur du travail marqué et de la santé mentale en concevant un programme de formation européen basé sur leurs aptitudes et compétences essentielles, en commençant par les partenaires d'expérience. Un cours de formation doit non seulement porter sur les compétences qu'un Conducteur doit envisager de posséder, mais il est également fondamental d'adapter les cours de formation aux différentes formations universitaires et expériences cliniques des professionnels de la santé qui composent l'équipe. Lors de l'élaboration des cours de formation, il faut tenir compte du profil souhaitable d'un Conducteur, mais aussi des différentes compétences des candidats. Tous les partenaires s'accordent sur l'importance de la formation du Conducteur GMF, soulignant que le développement de leurs compétences devrait être basé sur une solide formation théorique et technique, qui inclut une composante clinique expérimentale ; ce thème sera développé dans la prochaine phase de ce projet.

La pratique courante dans tous les pays du débriefing entre les thérapeutes participant aux GMF après la séance de groupe a également été soulignée, en tant qu'outil d'analyse et de réflexion permettant d'affiner la technique et les méthodologies. Cette procédure devient, en cas de dépendance, un complément d'apprentissage utile pour les thérapeutes en formation. En ce qui concerne la valeur ajoutée des GMF, l'importance accordée à la présence de plus d'une génération est très claire, en tant qu'avantage de ces groupes et en tant que stratégie efficace pour résoudre les conflits familiaux, puisqu'ils mettent face à face les éléments impliqués dans ces conflits, en présence du groupe qui représente une figure sûre, empathique et contenante.

Dans un GMF, tout le monde est gagnant : les familles, les professionnels de la santé et les institutions. Le GMF est le lien qui unit l'institution à la communauté. Il crée un lieu communautaire où les gens peuvent se rencontrer et faire l'expérience du soutien mutuel et de la solidarité. Tous les participants et les membres des familles s'accordent à dire que les GMF sont en phase avec un changement de paradigme dans le domaine des soins de santé mentale, dans lequel la famille occupe désormais une place prépondérante, aux côtés du patient et des soignants, ce qui contribue à minimiser la stigmatisation et à développer le potentiel de santé de chaque personne.

Les informations recueillies à ce jour montrent que les GMF ont été largement mis en œuvre dans ces quatre pays, ce qui permet de poursuivre le développement de la méthodologie dans le but d'étendre ce type d'intervention en matière de santé familiale à un nombre toujours plus grand de personnes. Pour ce faire, il est nécessaire de diffuser l'information sur son existence et de former des techniciens spécialisés.

8. ANNEXES

ANNEXE 1 - Bibliographie italienne & Bibliographie internationale traduite en italien

Bibliographie italienne

AA.VV., (2017) *Tra il Dire e il Fare, esercizi di Psicoanalisi Multifamiliare*, Il Vaso di Pandora, Vol XXV , Erga Edizioni.

<https://erga.it/catalogo/il-vaso-di-pandora-vol-xxv-n-2-2017/>

AA.VV. (2008) *Clinica e ricerca psicoanalitica su individuo –coppia – famiglia, Interazioni* , Franco Angeli 29,1. - <https://doi.org/10.3280/INT2008-001001>

Badaracco J.G.(2004), *Psicoanalisi Multifamiliare*, Bollati Boringhieri. <https://www.bollatiboringhieri.it/libri/jorge-e-garcia-badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/><https://libri/jorge-e-garcia-badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/>

Badaracco, J.G. (2007). *La virtualità sana nella psicosi*. Interazioni, Franco Angeli

<https://doi.org/10.3280/INT2007-002003>

Badaracco J.G. (1997) *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*, Franco Angeli. <https://www.libreriauniversitaria.it/comunita-terapeutica-psicoanalitica-struttura-multifamiliare/libro/9788846400888>

Badaracco J.G. - A. Narracci (2011), *La psicoanalisi multifamiliare in Italia*, Antigone.

<https://www.ibs.it/psicoanalisi-multifamiliare-in-italia-libro-jorge-e-garcia-badaracco-andrea-narracci/e/9788895283692>

Barone R.(2020) *Teorie e pratiche mentale di comunità dialogiche Benessere e democratiche*, Franco Angeli .

Bello F., Tombolini L., (2018) *Essere in gruppo*, FrancoAngeli.

<https://www.francoangeli.it/Libro/Essere-in-gruppo.-Modelli-e-interventi?Id=24402>

Boccaro, P., *Psicoanalisi nelle Istituzioni. Intervista ad Andrea Narracci.*, *Psiche*, 7(2), 579–592.

Bruschetta,S., Barone. R. (2014). Gruppi di psicoanalisi multifamiliare per l'età pre-adolescenziale (GPMF/10-13 anni). *Rivista Plexus*, 8.

Bruschetta S. (2014). Il Gruppo di psicoanalisi multifamiliare per il trattamento di minori con grave patologia mentale in Comunità Terapeutica, *Rivista Plexus*, 9.

Canevaro, A., Bonifazi, S. (2011). *Il gruppo multifamiliare. Un approccio esperienziale*. Armando Editore.

https://www.ibs.it/gruppo-multifamiliare-approccio-esperienziale-libro-alfredo-canevaro-stefano-bonifazi/e/9788860818713?lgw_code=1122-

[B9788860818713&gclid=EAlalQobChMIwL_4z4bj_QIVUguiAx2NzgAZEAYASABEgKM1fD_BwE](https://www.psicoanalisiiesociale.it/il-gruppo-psicoanalitico-multifamiliare-per-leta-evolutiva-come-garante-meta-nella-prevenzione-del-malessere-sociale-in-adolescenza-giovanni-coderoni/)

Coderoni G., *Il Gruppo Psicoanalitico Multifamiliare per l'Età Evolutiva come garante meta nella prevenzione del malessere sociale in adolescenza*, Psicoanalisi sociale.

<https://www.psicoanalisiiesociale.it/il-gruppo-psicoanalitico-multifamiliare-per-leta-evolutiva-come-garante-meta-nella-prevenzione-del-malessere-sociale-in-adolescenza-giovanni-coderoni/> Falloon Fallon Ian(2001) *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*, - Erickson

https://www.ibs.it/intervento-psicoeducativo-integrato-in-psichiatria-libro-falloon-ian/e/9788879460828?gclid=EAlalQobChMI3cyznrXm_QIV4CoGAB0m2QPCEAAAYiAAEgLclfD_BwE

Gargano, M.T., Serantoni, G., Ceppi, F., D'Alema, M., Ferraris, L., Innocente, P., Lanzi, F., Narracci, A., Russo, F., & Venier, M. (2016). *Carico di cura in familiari di pazienti psichiatrici che partecipano a gruppi multifamiliari a orientamento psicodinamico: Risultati preliminari di uno studio empirico*. Rivista di Psichiatria, 51(4), 135–142.

Grossi, L., Gómez, F. (2018) *Il gruppo multifamiliare all'interno di un centro diurno per le dipendenze patologiche' Area 3 cuadernos de temas grupales institucionales n.3*.

Lampronti, L., Domenichetti, S.. *Relazioni di cura: Dal rapporto individuale ai gruppi terapeutici e multifamiliari. L'esperienza in un Servizio di Salute Mentale*, Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici 16-2018.

Mondelbaum E., *Teoria e pratica dei gruppi multifamiliari dal punto di vista della psicoanalisi integrativa*, Nicomp Laboratorio ed., 2017.

<https://www.libreriauniversitaria.it/teoria-pratica-gruppi-multifamiliari-punto/libro/9788897142843>

Narracci, A., Antonucci A., (2022). *I principali punti di riferimento teorici della Psicoanalisi Multifamiliare*, Interazioni , Franco Angeli. <https://doi.org/10.3280/INT2022-001004>

Narracci, A., Cammarota, A., Fiori, G., & Rainer, M. L. (2021). *Da oggetto di intervento a soggetto della propria trasformazione. Per un coinvolgimento attivo di tutti i protagonisti della salute mentale: Pazienti, familiari e operatori*. Mondadori Bruno.

Narracci, A., Ceppi F. (2011). *In ricordo di Jorge E. Garcia Badaracco, Terapia Familiare*, Franco Angeli. <https://doi.org/10.3280/TF2011-095009>

Narracci A., *La Psicoanalisi Multifamiliare e il cambiamento: Istituzioni, operatori, persone*, Interazioni, 46/2017.

<https://www.psicoanalisiicoppiaefamiglia.it/interazioni/826-2/>

Narracci, A. (2009). *L'uso della psicoanalisi multifamiliare con i pazienti in diversi contesti di cura: Interazioni*, 2008/1. <https://doi.org/10.3280/INT2008-001005>

Narracci A. (2015) *Psicoanalisi Multifamiliare come esperanto*, Antigone ,
<https://www.libroco.it/dl/aa.vv/Antigone-Edizioni/9788898205240/Psicoanalisi-multifamiliare-come-esperanto/cw590123056747868.html>

Neri C., (2021) *Il gruppo come cura* - Raffaello Cortina

<https://www.raffaellocortina.it/scheda-libro/claudio-neri/il-gruppo-come-cura-9788832853148-3473.html>

Tirelli M, Mosconi A, Gonzo M, (2016) *Manuale di psicoterapia sistemica di gruppo*, Franco Angeli.

<https://www.libraccio.it/libro/9788891729262/manuela-tirelli-andrea-mosconi-mauro-gonzo/manuale-di-psicoterapia-sistemica-di-gruppo.html>

Veltro F. e coll.,(2014) *Manuale per l'intervento psicoeducativo multifamiliare basato sul problem solving'*, Alpes ed.

<https://www.riabilitazionepsicosociale.it/manuale-per-lintervento-psicoeducativo-multifamiliare-basato-sul-problem-solving-di-franco-veltro-e-coll-alpes-ed-2014/>

Patussi, V., Ceccanti, M., Codenotti, T., Fanucchi, T., & Magri, G. (s.d.). *Dai problemi alcol correlati alla promozione della salute*.

Tabasso, C., Franco, L. D., Neri, G., Paciucci, G., & Vaccaro, M. V. (2017). *Dialoghi tra istituzioni, Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare e stanza d'analisi*. Interzioni, Franco Angeli, 2017/2,

<https://doi.org/10.3280/INT2017-002005>

BIBLIOGRAPHIE INTERNATIONALE TRADUITE EN ITALIEN

Badaracco J.G.(2004), *Psicoanalisi Multifamiliare*, Bollati Boringhieri.
<https://www.bollatiboringhieri.it/libri/jorge-e-garcia-badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/><https://libri/jorge-e-garcia-badaracco-psicoanalisi-multifamiliare-9788833957081/>

Badaracco, J.G. (2007). *La virtualità sana nella psicosi*. Interazioni, Franco Angeli

<https://doi.org/10.3280/INT2007-002003>

Badaracco J.G. (1997) *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*, Franco Angeli. <https://www.libreriauniversitaria.it/comunita-terapeutica-psicoanalitica-struttura-multifamiliare/libro/9788846400888>

Fallon Ian(2001) *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria. Guida al lavoro con le famiglie*,

Erickson

https://www.ibs.it/intervento-psicoeducativo-integrato-in-psichiatria-libro-falloon-ian/e/9788879460828?gclid=EAIaIQobChMI3cyznrXm_QIV4CoGAB0m2QPCEAAYAiAAEgLclfd_BwE

Grossi, L., Gómez, F. (2018) *Il gruppo multifamiliare all'interno di un centro diurno per le dipendenze patologiche' Area 3 cuadernos de temas grupales institucionales n.3*.

Mondelbaum E.,*Teoria e pratica dei gruppi multifamiliari dal punto di vista della psicoanalisi integrativa*, Nicomp Laboratorio ed., 2017.

ANNEXE 2 - Bibliographie belge (français)

- Almosnino, A. (2003, Mai). *La thérapie multifamiliale (TMF)*. 6ième congrès du GREPFA, Annecy, France. <https://www.grepfa.fr/download.php?lng=fr&pg=65&prt=1>
- Almosnino, A. (2004). Thérapie multifamiliale. In *Guérir les souffrances: 50 spécialistes répondent* (pp. 806-813). PUF Paris.
- Bacqué, M.-F., Bertschy, G., Nicot, C., Beraldin, R., Thévenot, A., & Metz, C. (z.d.). Un dispositif multi-groupe original en France. Articulation d'un grand groupe de partage d'expériences et de petits groupes thérapeutiques. Fonction thérapeutique et de formation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 72(1), 163-175.
- Badaracco, J. G. (1999). *Psychanalyse multifamiliale. La communauté thérapeutique psychanalytique à structure familiale multiple*. PUF Paris.
- Badaracco, J. G. (2003). *Psychanalyse multifamiliale*. In Press.
- Badaracco, J. G. (2007). Psychanalyse multifamiliale: Comment soigner à partir de la 'virtualité saine'? In *Thérapies multifamiliales* (pp. 81-112). Erès.
- Benoit, J. C., Daigremont, A., Kossmann, L., Pruss, P., & Roume, D. (1980). Groupe de rencontre multifamilial dans un pavillon de malades chroniques. *Annales Médico-psychologiques*, 192(10), 1253-1259.
- Bonneton, S. (z.d.). Partenariats écoles-secteur infanto-juvénile: Quel impact sur la trajectoire d'enfants qui présentent des difficultés psychiques ? *Enfances & Psy*, 84(4), 56-60.
- Bromet-Camou, M. (1996). Approche systémique du désir d'enfant: Un groupe multifamilial hebdomadaire en maternité. *Thérapie familiale*, 17(1), 69-76.
- Brunaux, F., & Cook-Darzens, S. (z.d.). La thérapie multifamiliale Une alternative à la thérapie unifamiliale dans le traitement de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent ? *Thérapie familiale*, 29(1), 87-102.
- Carpentier, L., Bardou, D., & Urbain, J. (z.d.). « Savate bien? », mise en place d'un atelier thérapeutique parents-adolescents dans deux structures de soins du Grand Ouest. *Thérapie familiale*, 43(1), 65-78.
- Cassen, M., & Delile, J.-M. (z.d.). Thérapies familiales et addictions: Nouvelles perspectives. *Psychothropes*, 13(3-4), 229-249.
- Castano Blanco, A. (z.d.). Thérapie multifamiliale psychanalytique Variations sur un thème de García Badaracco. *Le divan familial*, 46(1), 145-158.
- Cazas, O. (1994). Groupe de parole avec les familles en pratique psychiatrique. *Annales de psychiatrie*, 9(3).

- Chambon, O., Deleu, G., & Marie-Cardine, M. (2004). Approche psychoéducative de la famille dans la psychose chronique. In *Guérir les souffrances familiales: 50 spécialistes répondent* (pp. 705-728). PUF Paris.
- Cook-Darzens, S. (2007a). *Thérapies multifamiliales*. Erès. <https://www.cairn.info/therapies-multifamiliales--9782749207094.htm?contenu=sommaire>
- Cook-Darzens, S. (2007b). *Thérapies multifamiliales, des groupes comme agents thérapeutiques*. Eres.
- Cook-Darzens, S. (2014). Groupes multifamiliaux et groupes de parents. In *Approches familiales des troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 233-256). Erès.
- Cook-Darzens, S. (2016). Les thérapies multifamiliales (TMF). In *Les thérapies de couple et de famille Modèles empiriquement validés et applications cliniques*. Mardaga. <https://www.cairn.info/les-therapies-de-couple-et-de-famille--9782804703158.htm>
- Cook-Darzens, S. (2022). *Approches multifamiliales*. Erès. <https://www.cairn.info/approches-multifamiliales--9782749274720.htm?contenu=sommaire>
- Cook-Darzens, S. (z.d.). Nouvelles tendances dans l'approche familiale de l'anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescent: Un modèle thérapeutique basé sur les ressources de la famille. *Génération - Revue de la Société française de la thérapie familiale*, 29, 51-57.
- Cook-Darzens, S., & Criquillion-Doublet, S. (2022). *Les Thérapies multifamiliales appliquées aux troubles des conduites alimentaires*. Elsevier.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Brunaux, F., Rupert, F., Bouquet, M.-J., Bergametti, F., & Mouren, M.-C. (z.d.). Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie familiale*, 26(3), 223-245.
- Criquillion-Doublet, S., & Laugier, F. (z.d.). Les groupes de familles de patients ayant un trouble des conduites alimentaires. *Génération - Revue de la Société française de la thérapie familiale*. <http://www.sftf.net/wp-content/uploads/2016/07/Criquillion-Doublet-S-les-groupes-de-familles-de-patients-ayant-un-trouble-des-conduites-alimentaires.pdf>
- Delbaere-Blervacque, C., Courbasson, C. M. A., & Antoine, C. (z.d.). L'impact des troubles du comportement alimentaire sur les proches: Une revue de la littérature. *Psychothropes*, 15(3), 93-111.
- Diatkine, G. (z.d.). ' Psychanalyse multifamiliale. La communauté thérapeutique psychanalytique à structure familiale multiple ' de Jorge García Badaracco. *Revue française de psychanalyse*, 65(1), 279-288.
- Diatkine, G. (z.d.). L'équipe thérapeutique. *Perspectives Psy*, 51(3), 256-262.
- Doba, K., & Nandrino, J.-L. (2015). Les thérapies familiales systémiques dans l'accompagnement de l'anorexie mentale: Évaluation du fonctionnement familial et de l'efficacité des thérapies familiales. In *L'Anorexie mentale* (pp. 285-321). Dunod.
- El Farricha, M. (2001). La thérapie sociale multifamiliale. *Génération*, 24, 17-21.

- Elkaïm, M. (1979). Thérapie multifamiliale avec des familles présentant des problèmes communs et appartenant au même milieu socio-économique et culturel. In *Thérapies familiales, institutions, quartiers*. Gamma.
- Framo, J. L. (1979). Thérapie de couple en groupe. In *Techniques de base en thérapie familiale* (pp. 153-170). Delarge.
- Frankhauser, A. (2015). *Thérapie multifamiliale et schizophrénie: Comment complexifier les représentations* [Médecine Lyon]. https://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/bbdda2b6-a251-4076-92cd-df575eddb931/blobholder:0/THm_2015_FRANKHAUSER_Adeline_Elisabeth.pdf
- Gammer, C. (z.d.). Revue des livres—Titre recensé: 'Thérapies multifamiliales: Des groupes comme agents thérapeutiques', Solange Cook-Darzens (sous la dir. De), Éditions Érès, Ramonville St-Agne (2007). *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43(2), 261-268.
- Garcia Menendez, J., Bossuroy, M., & Moro, M. R. (z.d.). Le pont des langues. Le groupe multifamilial « Langues ». *Cliniques Méditerranéennes*, 103(1), 107-120.
- Gelin, Z. (2016). *La Thérapie Multifamiliale Basée sur la Famille comme traitement de l'anorexie mentale de l'adolescent Etude d'un processus thérapeutique* [UMons]. https://www.researchgate.net/profile/Zoe-Gelin/publication/315837790_La_therapie_multifamiliale_basee_sur_la_famille_comme_traitement_de_l'anorexie_mentale_de_l'adolescent_Etude_d'un_processus_therapeutique/link/s/58eb558ba6fdcc96576754ac/La-therapie-multifamiliale-basee-sur-la-famille-comme-traitement-de-lanorexie-mentale-de-ladolescent-Etude-dun-processus-therapeutique.pdf
- Gelin, Z., Bzurovski, J., Simon, Y., & Hendrick, S. (z.d.). Thérapie multifamiliale et rite de passage: Quand l'appartenance à une communauté sociale soigne le lien familial. *Thérapie familiale*, 35(4), 463-473.
- Gelin, Z., Simon, Y., & Hendrick, S. (z.d.). Comment donnons-nous sens à notre vécu d'événements significatifs de vie ? *Thérapie familiale*, 36(1), 133-147.
- Harf, A., Sibeoni, J., Genis, C., Crandclerc, S., Hellier, E., Minassian, S., Roué, A., Snegaroff, C., Skandrani, S., & Moro, M. R. (z.d.). Une nouvelle proposition de soins pour les refus scolaires anxieux à l'adolescence: La thérapie multifamiliale. *La psychiatrie de l'enfant*, 65(1), 37-51.
- Hiers, S. (z.d.). L'enfant en crise et la fonction du groupe multifamilial. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 76(1), 89-101.
- Hiers, S. (z.d.). Présence à distance et coprésence. Une séance de psychothérapie multifamiliale animée par Skype. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 70(1), 115-126.
- Igodt, P. (1983). La thérapie d'un groupe de familles et sa mise en pratique d'après Peter Laqueur. *Thérapie familiale*, 4(1), 81-97.
- La Belle, F. (z.d.). Vue d'ailleurs et autrement Le comment. *Psychothropes*, 13(3-4), 267-274.

- Lafaye, G. (2014). Les approches familiales. In *Addictions et comorbidités*. Dunod. <https://www.cairn.info/addictions-et-comorbidites--9782100713011-page-385.htm?contenu=plan>
- Laqueur, H. P. (1973). Thérapie multifamiliale: Questions et réponses. In *Techniques de base en thérapie familiale*. Delarge.
- M'Bailara, K., & Gard, S. (z.d.). Un groupe de psychoéducation pour les patients bipolaires et leur entourage. *Le journal des psychologues*, 313(10), 42-45.
- Marchand, D. (z.d.). « À propos de la parution de l'ouvrage Thérapies multifamiliales, Des groupes comme agents thérapeutiques, sous la direction de Solange Cook-Darzens, Érès, coll. 'Relations', 2007. : Entretien avec Solange Cook-Darzens ». *Santé mentale au Québec*, 33(1), 157-167.
- Martin, B., Rochet, C., Félus, D., & Félus, M. (2014). Réhabilitation et groupes multifamiliaux à orientation systémique. *L'information psychiatrique*, 90(6), 477-484.
- Mascaro Masri, N. (z.d.). Hommage à Jorge García Badaracco. *Le divan familial*, 26(1), 165-168.
- Miermont, J. (2002). L'approche psycho-éducative et multifamiliale de William R. MacFarlane Introduction et commentaires. *Thérapie familiale*, 23(2), 105-120.
- Miermont, J. (z.d.). Thérapies familiales et psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(1), 75-83.
- Migerode, L., Lemmens, G., Hooghe, A., Brunfaut, E., & Meynckens-Fourez, M. (2005). Groupes de discussion de jeunes adultes dépressifs hospitalisés avec leurs familles. *Thérapie familiale*, 4(26), 365-390.
- Mille, C., Boudailliez, B., & Naepels, B. (z.d.). Groupes d'anorexiques, groupes de parents: Penser le trouble ensemble et autrement ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(7), 417-426.
- Naeyaert, E., Sabbe, B., Heireman, M., & Lemmens, G. (1998). Multiple family therapy en familieliediscussiegroep: Ontwikkeling en een voorbeeld van toepassing in dagbehandeling. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 24, 231-252. https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522283?i=16&q=%22M+Heireman%22&search_field=author
- Narraci, A. (2012). Le groupe de psychanalyse multifamiliale (GPMF). In *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?* (pp. 115-123). Érès. <https://www.cairn.info/quels-toits-pour-soigner-les-personnes-souffrant--9782749216218-page-115.htm?contenu=plan>
- Onderwater, K., & Molders, H. (2001). Multiloog une initiative néerlandaise pour une meilleure communication. *Génération*, 23.
- Podlipski, M.-A., Laviolle, J., Gonzales, B., Georgin, C., Leclerc, S., Lasfar, M., Dubos, C., Bazin, K., Gayet, C., Marguet, C., & Gerardin, P. (z.d.). Le repas familial thérapeutique Un outil de soin pour les adolescentes anorexiques hospitalisées et leurs familles. *Perspectives Psy*, 54(1), 20-29.

- Rabain, N. (2014). *Scarifications à l'adolescence et groupes thérapeutiques multifamiliaux*. Colloque international d'Athènes, Athènes, Grèce. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01445730>
- Rabain, N. (2015). *L'adolescent, ses parents et la psychanalyse multifamiliale* [Sorbonne Paris Cité]. <https://www.theses.fr/2015USPCC019>
- Rabain, N. (2018). *Psychanalyse multifamiliale et roman familial de l'adolescent*. VIIIe Congrès International de l'AIPCF, J, Lyon. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02533827/document>
- Rabain, N. (2019). *Groupes thérapeutiques multifamiliaux Expériences internationales Contribution au déploiement de la psychanalyse multifamiliale en France*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03776868>
- Rabain, N. (z.d.). Contribution au déploiement de la psychanalyse multifamiliale en France. *Le divan familial*, 46(1), 159-171.
- Rabain, N. (z.d.). La psychanalyse multifamiliale pour adolescents à Buenos Aires. *Revue française de psychanalyse*, 81(4), 1146-1153.
- Rabain, N. (z.d.). Les adolescent·e·s transgenres et leurs parents Abord groupal de la transition. *Recherches en psychanalyse*, 30(2), 140-146.
- Rabain, N. (z.d.). Pourquoi la psychanalyse multifamiliale? *Enfances & Psy*, 79(3), 32-39.
- Rabain, N., Bourvis, N., & Cohen, D. (z.d.). Les groupes analytiques multifamiliaux pour adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(5), 317-323.
- Rabain, N., Briancesco, M. E., Ragatke, S., & Toporosi, S. (z.d.). De la mise en scène à la mise en récit: Confrontation intergénérationnelle et psychanalyse multifamiliale. *Dialogue*, 236(2), 31-47.
- Roques, M., Rousselet, C., & Sinanian, A. (z.d.). Théâtre de l'opprimé et groupe multifamille: Un dispositif de prise en charge original. *Le journal des psychologues*, 382(10), 31-37.
- Salem, G. (1985). L'approche multifamiliale à l'hôpital psychiatrique. *Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie*, 136(6), 67-71.
- Salem, G. (2001). Exposition, confrontation, légitimation, apprentissage : quatre mots-clefs pour la thérapie multifamiliale. *Génération - Revue de la Société française de la thérapie familiale*. http://www.sftf.net/wp-content/uploads/2016/07/Salem-G.TMF_.pdf
- Sauvaget, O., & Smaniotto, B. (z.d.). Anorexie et relations incestuelles. *Bulletin de psychologie*, 524(2), 159-165.
- Schiavone, A. (z.d.). *La thérapie multifamiliale: En quoi l'approche multifamiliale apporte-t-elle un élément supplémentaire à la thérapie familiale ?* [UCLouvain]. <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/fr/object/thesis:3087>
- Scliffet, D. (2020). *Intérêt de la thérapie multifamiliale dans la prise en charge de l'anorexie mentale*. [Université de Lille - faculté de médecine]. https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2020/2020LILUM211.pdf

- Sheffield, M. (z.d.). Groupes multifamilles avec des patients abuseurs de substances et leurs enfants: Programme de développement et résultats. *Généralisations*, 23, 17-20.
- Tamian, I. (2017). Famille et alcool. In *Le conjugal et le familial face à la problématique alcoolique Approche centrée sur l'entourage et l'alcoolodépendance*. Chronique sociale. <https://www.cairn.info/le-conjugal-et-le-familial-face-a-la-problematique--9782367171067.htm>
- Woodbury, M. A., & Woodbury, M. (1969). Psychiatrie communautaire à Paris: Création d'un service pilote d'urgence, d'hospitalisation à domicile, et de thérapie familiale dans le treizième arrondissement. *L'information psychiatrique*, 45(10).
- Zanouy, L., M'Bailara, K., & Minois, I. (2013). Penser un groupe multifamilial en psychiatrie adulte. *Le journal des psychologues*, 313(10), 37-41.

ANNEXE 3 - Bibliographie belge (néerlandais)

1

- Cornelis, E., & Lemmens, G. (2016). *De effectiviteit van groepsgezinstherapie bij psychiatrische aandoeningen: Een review* [Ugent]. https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/272/773/RUG01-002272773_2016_0001_AC.pdf
- Hilliger, E. (z.d.). Meergezinsbehandeling voor veteranengezinnen. *Systeemtherapie*, 25(2). https://www.tijdschriftsysteemtherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/ST-25-2-57/Meergezinsbehandeling-voor-veteranengezinnen
- Lemmens, G., Eisler, I., Heireman, M., Migerode, L., & Demyttenaere, K. (2008). Groepsgezinstherapie. In *Handboek systeemtherapie*. Utrecht, Nederland De Tijdstroom; https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:528924?i=17&q=%22M+Heireman%22&search_field=author.
- Lemmens, G., Eisler, I., Heireman, M., Migerode, L., & Demyttenaere, K. (2014). Groepsgezinstherapie. In *Handboek systeemtherapie*. Utrecht, Nederland De Tijdstroom; https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:5848811?i=5&q=%22M+Heireman%22&search_field=author.
- Lemmens, G., Heireman, M., Naeyaert, E., & Sabbe, B. (1999). Familiediscussiegroep: Een netwerk van verbindingen. *Tijdschrift voor familietherapie*, 6(2), 21-34. https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522306?i=15&q=%22M+Heireman%22&search_field=author.
- Lemmens, G., Heireman, M., & Sabbe, B. (2001). Familiediscussiegroepen: Methodiek en processen. *Systeemtherapie*, 13(2), 72-85. https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:523056?i=11&q=%22M+Heireman%22&search_field=author.

- Lemmens, G., Migerode, L., Heireman, M., Eisler, I., & Demyttenaere, K. (2006). Therapeutische factoren in groepsgezinstherapie bij depressieve patiënten en hun partners. In *Als liefde niet volstaat*. Leuven Lannoo Campus; https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:523654?i=9&q=%22M+Heireman%22&search_field=author.
- Migerode, L., Hooghe, A., Brunfaut, E., & Lemmens, G. (2006). Groepsgezinstherapie met opgenomen depressieve jongvolwassenen en hun gezin. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 32, 150-160.
- Naeyaert, E., Sabbe, B., Heireman, M., & Lemmens, G. (1998). Multiple family therapy en familie-discussiegroep: Ontwikkeling en een voorbeeld van toepassing in dagbehandeling. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 24, 231-252. https://lib.ugent.be/nl/catalog/pug01:522283?i=16&q=%22M+Heireman%22&search_field=author.
- Overbeek, M., Gudde, L., Rijnberk, C., Hempel, R., Beijer, D., & Maras, A. (2021). Multiprobleemgezinnen in intensieve specialistische meergezinstherapie: Een theoretische beschrijving en verslag van een casestudy. *Gezinstherapie wereldwijd*, 32, 409-424.
- Van Tricht, K., Lemmens, G., & Demyttenaere, K. (2008). Groepsgezinstherapie bij verslaafden binnen een urgentiepsychiatrische dienst'. *Systeemtherapie*, 20(1), 5-19.
- Vanhooren, F., Simons, A., Janssens, A., Glazemakers, I., & Deboutte, D. (z.d.). Multi Familie Dagbehandeling (MFD) bij kinderen en jongeren met anorexia nervosa: Een pilootstudie. *Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie*, 38(1), 14-30.

ANNEXE 4 - Bibliographie en espagnol

- Arroyo Guillamón, R. (s. f.). Los poderes del trabajo multifamiliar. *Psicoanálisis Multifamiliar. Revista on line de divulgación científica*. <miradamultifamiliar.com.ar>.
- Ayerra, José María. (2019). El Grupo Multifamiliar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136).
- Ayerra, José María y López Atienza, José L. (s. f.). *El Grupo Multifamiliar: Un espacio sociomental*.
- Bar, Graciela. (s. f.). Multifamiliar por sistema de video-conferencia. *Psicoanálisis Multifamiliar. Revista on line de divulgación científica*. <miradamultifamiliar.com.ar>.
- Berardinis, Massimo. (2019). Los Grupos Multifamiliares. *Área 3*, 23, 1-12.
- Blanqué, Joan Manel. (2005). El grupo multifamiliar aplicado al tratamiento de familias con experiencias psicóticas. *Temas de psicoanálisis*, 10, 25.
- Dobner, Gabriel. (2014). *Repensando el psicoanálisis. Multifamiliares* (Vol. 1-1). Compañía editora de La Matanza.
- Dominguez Vázquez, Iria. (2020). La mente ampliada: Descripción y análisis de un grupo multifamiliar. *Avances en salud mental relacional*, 19.
- Estrada, Anna. (2020). Psicoterapia multifamiliar en la psicosis incipiente: Un enfoque interdisciplinar y comunitario. *Inf. psiquiátr.*
- García Badaracco, J. (2007). De sorpresa en sorpresa. *Revista de Psicoterapia Analítica Grupal de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 2, 59-73.
- García Badaracco, J. E. (1990). *Comunidad terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar* (1ª). Tecnicpublicaciones S. A. Colección Continente/Contenido84-86104-30-0.
- García Badaracco, J. E. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo* (1ª). Paidós. Psicología Profunda.
- García Badaracco, Jorge. (2005). Psicoanálisis Multifamiliar para curar la enfermedad mental desde la Virtualidad Sana. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, LXII, 919-936.
- García Badaracco, Jorge. (2012a). ¿Cómo se comienza un grupo multifamiliar? *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 21 a 24.
- García Badaracco, Jorge. (2012b). Psicoanálisis Multifamiliar. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 25 a 34.
- García de Bustamante, Esther. (2012). La función por hacer. Comedia da fare. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 137-146.
- Girau Valero, Gely, Martín Barahona, Paula y Muñoz González, Raul. (2019). El equipo de conducción y su incidencia en el clima emocional del grupo multifamiliar. *Asociación para el estudio de temas grupales, psicosociales e institucionales*, 23, 9.

- Godinho, P. Centeno M. J. Fialho, T. Neto, I M. (2012). El grupo multifamiliar y el síndrome de puertas abiertas: Del diagnóstico a la terapéutica. La contribución portuguesa. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 123 a136.
- Jánez Álvarez, M. (2021). Análisis de un grupo multifamiliar, desde la perspectiva sociodramática. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 15(2), 419-435.
- López Atienza, José L. Y Blajakis, María I. (s. f.). *Los GMF: una mirada para la reconstrucción humana del sufrimiento mental*.
- López Atienza, José L. Y Blajakis, María I.B. (2003). Tratamiento Multigrupal en la Adolescencia. Exposición y reflexiones de una experiencia clínica realizada a partir de la integración de un grupo pequeño y un grupo multifamiliar. *Boletín de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 29.
- López Atienza, José L. Y Blajakis, María I.B. (2012). El clima emocional en los grupos multifamiliares: Su construcción y contribución al cambio. *Iniciativas grupales*, 2(1).
- Manchado Flores, Miguel Angel. (2021). Los grupos multifamiliares en la rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental desde la mirada del Trabajo Social con grupos multi-family. *Trabajo social hoy*, 94, 49-73.
- Mandelbaum, Eduardo. (2015). *Teoría y práctica del grupo multifamiliar. Desde el psicoanálisis integrativo* (Vol. 1-1). Ediciones del Candil.
- Marín Arévalo, Arturo. (2016). Explorando el Psicoanálisis Multifamiliar. Reflexiones en torno a la forma de entender el sufrimiento de los pacientes. *Clínica e Investigación Relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 10(1).
- Markez, Iñaki. (2009). Potencial del Psicoanálisis Multifamiliar. Entrevista a Jorge E. García Badaracco. *Revista Norte de Salud Mental*, 34, 85-93.
- Martínez García de Castro, M. Fernández Gil, J. Perles Rosselló, F. (2020). Vínculos y Palabras en un GMF. *Psicoterapia y meditación. Revista on line*. <psicoterapia y meditación.com>.
- Martinez González Alejandro, Bonnel Garcia, Lars, Sempere Pérez, Javier y Fuenzalida Muñoz, Claudio. (2021). Contribuciones para mejorar la eficacia de la conducción de grupos multifamiliares. Una revisión sistemática. *LASALLE, centro universitario*, 21, 33-60.
- Maruottolo Sardella, C. (2009). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar como dispositivo hipercomplejo. *Avances en salud mental relacional*, 8(2).
- Mascaró Landolfi, Andrés, Juan Mendivil y otros. (2006). El GMF en el contexto de una Escuela de Padres de una Ikastola. *Revista de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 1, 105 a 115.
- Mascaró Masri, Norberto. (s. f.). Homenaje a Jorge García Badaracco. Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Sainte Anne. París. Octubre de 2020. *Psicoanálisis Multifamiliar. Revista on line de divulgación científica*. <miradamultifamiliar.com.ar>.
- Mascaró Masri, Norberto. (2008). Crisis y Contención: El GMF. En *crisis y contención. Del estrés al equilibrio psíquico*. Autores José Guimón, Ricardo Dávila, Antonio Andreoli (Eds.) (Ediciones Eneida. Puntos de Vista/12, p. 252). Eneida.

- Mascaró Masri, Norberto. (2011). La transferencia: Nuevas perspectivas en la clínica del grupo de psicoanálisis multifamiliar. *Avances en salud mental relacional*, 10(3).
- Mascaró Masri, Norberto. (2012). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 35 a 43.
- Mascaró Masri, Norberto. (2015). El Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. Contextualizando la experiencia. En *Un cuarto de siglo de Psiquiatría Dinámica. Coordinador José Guimón* (p. 222). Eneida.
- Mascaró Masri, Norberto. (2018). El Grupo Multifamiliar: Un campo dinámico interactivo. En *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental. Autoras: De Castro Oller, M. J.; Gomez Esteban, R.; De La Hoz Martínez, A.* (pp. 155-162). Asociación Española de Neuropsiquiatría- Estudios-61.
- Matthews, S. Spector, C. Suarez Johnson, L. (s. f.). GMF intercultural (MIC): Migración e interculturalidad, encuentros de experiencias subjetivas. *Psicoanálisis Multifamiliar. Revista on line de divulgación científica*. <miradamultifamiliar.com.ar>.
- Mitre, María Elisa. (s. f.). *Intervenir en los GPMF: cómo, cuándo, por qué y para qué*.
- Mitre, María Elisa. (2016). *Las voces del silencio. Por qué se curan los pacientes que se curan* (Vol. 1-1). Sudamericana.
- Moneo Martín, Florencio. (2008). El Grupo Multifamiliar: Un análisis antropológico. *Revista de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 3, 41 a 48.
- Murelaga, María Jesús y Barrenetxea, Olatz. (2006). El GMF, instrumento facilitador de la dinámica adolescente. *Revista de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal*, 1, 127 a 133.
- Narracci, Andrea. (s. f.). *El poder de la vivencia*.
- Palleiro, Eva. (2012). Psicoanálisis Multifamiliar, asambleas y rehabilitación. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 95 a 108.
- Rabin Lebovici, Nicolás, D'Ágostino Ermacora, Sebastián, Benaym, Liza y Mascaró Masri, Norberto. (2018). Grupos multifamiliares: Un nuevo abordaje terapéutico en la adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente*, 65.
- Rabin Nicolás. (s. f.). Contribución al despliegue del psicoanálisis multifamiliar en Francia. *Le Divan Familiar*, 46(1), 159-1712021.
- Ramos, L. De Miguel, S. (2017). Grupo multifamiliar en un hospital de día de trastornos de la conducta alimentaria. *Avances en salud mental relacional*, 16(1).
- Salomón Martínez, Jesús y Simond Hernán. (2013). *Grupos de terapia multifamiliar. ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?* (Vol. 1-1). Asociación Española de Neuropsiquiatría- Estudios-52.
- Sempere, Javier. (2012). Nexos del modelo de psicoanálisis multifamiliar con otros enfoques terapéuticos. Consideraciones acerca de una nueva epistemología. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 11 a 20.

- Sempere, Javier y Fuenzalida, Claudio. (2017). *Terapias multifamiliares. El modelo interfamiliar: La terapia hecha por todos* (Vol. 1-1). Psimática Editorial, S.L.
- Sempere Pérez, J. (2018). Terapia interfamiliar: Potenciando la terapia multifamiliar a través del grupo multifamiliar. En *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental* (María Jesús de Castro Oller, Rosa Gómez Esteban y Angela de la Hoz Martínez (editoras), Vol. 1, p. 279). Asociación Española de Neuropsiquiatría-.
- Sempere Pérez, Javier. (2016). *Terapia interfamiliar: Análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia multilifamilliar* [Tesis (proyecto de investigación)]. de Murcia (Facultad de Medicina).
- Sempere Pérez, Javier, y F., Claudio. (2022). *Terapia Interfamiliar. El poder de los grupos multifamiliares en contextos sociales, sanitarios y educativos*. (Vol. 1-1). Editorial Desclée De Brouwer.
- Sempere Pérez, Javier, J. (2005). El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 5, 93-101.
- Simond, Hernán. (2012). El «Esquema de Articulaciones» de Jorge García Badaracco y su relación con el esquema reversible de la mente. *Teoría y Práctica Grupoanalítica. Grupos Multifamiliares*, 2(1), 45 a 63.
- Soler Sánchez. M.M. (2018). Los grupos multifamiliares en España. En *La Psocoterapia de Grupos en los Servicios de Salud Mental*. (pp. 173-186). Asociación Española de Neuropsiquiatría-Estudios-61.
- Toporosi,S. Regatke,S. Rabin,N.Briancesco, ME. (2015). Grupo terapéutico multifamiliar con adolescentes: Un dispositivo para que se despliegue la confrontación generacional. *Revista Topía*.
- Vilariño Besteiro, p. Unzueta Conde, B. Uría Rivera, T. Pérez Franco, C. Guerra Gomez, E. (2019). Aunando esfuerzos: GMF en el abordaje de los trastornos de alimentación. *Clínica Contemporánea. Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud Mental. Colegio de Psicólogos de Madrid*, 10(2), 1-18.
- Visona, Federica. (2017). El grupo de psicoanálisis multifamiliar. Una experiencia formativa en un contexto terapéutico de hospitalización. *Journal de Psychosocial Systems (Revista on line de Sistemas Sociales)*.

ANNEXE 5 - Bibliographie portugaise

- Almeida, T. M. C. D., Penso, M. A., & Costa, L. F. (2009). Abuso sexual infantil masculino: o gênero configura o sofrimento e o destino?. *Estilos clin*, 46-67.
- Bastos, K. R. P., Mesquita, N., Montenegro, S., Siqueira, G. M., Stroher, L. M. C., Setubal, C. B., ... & Costa, L. F. (2019). Grupo Multifamiliar: Uma proposta de intervenção psicossocial com adolescentes autores de violência sexual. In *Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019* (Vol. 16, No. 1).
- Berwanger, C., Rosa, M. I., & Narvaz, M. (1999). Abuso sexual infantil: compartilhando dores na esperança de reescrever uma nova história: uma experiência com grupos multifamiliares. *Texto & contexto enferm*, 330-333.
- Brito, M. L. D. S. (2011). Grupos psicoeducativos multifamiliares: uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia.
- Cabral, R. R. F., & Chaves, A. C. (2005). Conhecimento sobre a doença e expectativas do tratamento em familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico: um estudo transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27, 32-38.
- Caetano, L. A. O., da Silva, F. S., & Silveira, C. A. B. (2017). Alzheimer, sintomas e grupos: uma revisão integrativa. *Vínculo-Revista do NESME*, 14(2), 84-93.
- Cavalcante, A. B. (2018). Adolescentes com bulimia nervosa e suas famílias: pesquisa e intervenção por meio do grupo multifamiliar.
- Centeno, M. J., Godinho, P., Fialho, T., Teixeira, A. L., & Neto, I. M. (2010). A 'síndrome das portas abertas'-um diagnóstico a partir do grupo multifamiliar. *Vínculo-Revista do NESME*, 7(2), 15-22.
- Cobelo, A. W., & Nicoletti, M. (2019). Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos Transtornos Alimentares. *Transtornos alimentares na infância e na adolescência: Uma visão multidisciplinar*.
- Cobelo, A. W., Saikali, M. O., & Schomer, E. Z. (2004). A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 31, 184-187.
- Contel, J. O. B., & Villas-Boas, M. A. (1999). Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21, 225-230.
- Costa, L. F. (1999). Possibilidade de criação de um contexto educativo: grupos multifamiliares. *Linhas Críticas*, 4(7-8), 159-174.
- Costa, L. F. (2004). Grupos multifamiliares: construindo uma metodologia para a psicologia clínica na comunidade. *Família e problemas na contemporaneidade: reflexões e intervenções do Grupo Socius*, 123-156.
- Costa, L. F. (2011). Participação de famílias no Grupo Multifamiliar de adolescentes ofensores sexuais: vergonha e confiança. *Psicologia clínica*, 23, 185-201.

- Costa, L. F., & Brandão, S. N. (2005). Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. *Psicologia & Sociedade*, 17, 33-41.
- Costa, L. F., & Mejias, N. P. (1998). Reuniões multifamiliares: uma proposta de intervenção em psicologia clínica na comunidade.
- Costa, L. F., & Penso, M. A. (2013). A percepção de profissionais sobre o atendimento a adolescentes ofensores sexuais. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(2), 227-240.
- Costa, L. F., Almeida, M. C. D., Ribeiro, M. A., & Penso, M. A. (2009). Grupo multifamiliar: espaço para a escuta das famílias em situação de abuso sexual. *Psicologia em Estudo*, 14, 21-30.
- Costa, L. F., Penso, M. A., & Almeida, T. M. C. D. (2005). O grupo multifamiliar como um método de intervenção em situações de abuso sexual infantil. *Psicologia Usp*, 16, 121-146.
- Costa, L. F., Penso, M. A., & Conceição, M. I. G. (2015). Manual de grupos multifamiliares. Brasília, DF: Central de Produções Gráficas e Editora.
- Costa, L. F., Penso, M. A., & de Almeida, T. M. C. (2006). Nos bastidores da pesquisa: Dificuldades no procedimento metodológico em situações-limite. *Psico*, 37(2).
- Costa, L. F., Penso, M. A., Rufini, B. R., de Alcântara Mendes, J. A., & Borba, N. F. (2007). Família e abuso sexual: silêncio e sofrimento entre a denúncia e a intervenção terapêutica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2), 245-255.
- Da costa, R. F., & de Souza, j. A. (2012). Grupos multifamiliares em dependência química. *Unifunec científica multidisciplinar*, 2(3).
- da Silva Brito, M. L. (2011). *Grupos Psicoeducativos Multifamiliares: Uma Forma De Aprender a Viver Com a Esquizofrenia* (Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa (Portugal))
- de Figueiredo, M. S. (2017). Tecendo histórias, fortalecendo vínculos: a experiência com genogramas em um grupo multifamiliar. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26(59), 87-99.
- de Lima, h. G. D. (2006) Grupos multifamiliares como uma possibilidade de intervenção na justiça. Construindo caminhos para a intervenção psicossocial no contexto da justiça. *Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios*, 106.
- De Souza, j. A., & da Costa, r. F. (2012). Grupos multifamiliares em dependência química. *Anais do fórum de iniciação científica do unifunec*, 3(3).
- FERRARINI, A. (1998). A construção social da terapia: Uma experiência com redes sociais e grupos multifamiliares. *Porto Alegre: Metrópole*.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., & Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia. Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta médica portuguesa*, 19(1), 1-8.
- Holzmann, M. E. F. (2006). Jogos espontâneo-criativos nos processos de desenvolvimento da comunicação, autonomia e integração: uma proposta de intervenção sistêmica para grupo multifamiliar em situação de risco.

- Jaeger, M. A. D. S., Seminotti, N., & Falceto, O. G. (2011). O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33, 20-27.
- Maria, A. M. F. P. A., & Pincolini, F. (2017). Grupos multifamiliares para responsáveis de adolescentes em conflito com a lei: Relato de experiência e proposta de intervenção. *Revista SocioEducação*, 1(01), 49-65.
- Moreira, M. S. S. (2004). A dependência familiar. *Revista da SPAGESP*, 5(5), 83-88.
- Narvaz, M. G. (2010). Grupos multifamiliares: história e conceitos. *Contextos clínicos*, 3(1), 1-9.
- Narvaz, M., Berwanger, C., Moraes, R., & Rosa, M. I. (2000). Abuso sexual infantil: Compartilhando dores na esperança de reescrever uma nova história: uma experiência com grupos multifamiliares. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 18(9), 31-38.
- Nery, M. D. P., Costa, L. F., & Conceição, M. I. G. (2006). O sociodrama como método de pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 16, 305-313.
- Nicoletti, M., Gonzaga, A. P., Modesto, S. E. F., & Cobelo, A. W. (2010). Grupo psicoeducativo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência. *Psicologia em estudo*, 15, 217-223.
- Nogueira, H. F. (2017). Intervenção psicossocial com famílias de crianças obesas por meio do grupo multifamiliar: vivências e percepções dos participantes.
- Patrão, I., & Rita, J. S. (2013). Intervenção Multifamiliar com Adolescentes com Alterações de Comportamento: Proposta de um Programa de Intervenção. *Psychology, Community & Health*, 2(3).
- Penso, M. A., Costa, L. F., Conceição, M. I. G., & Carreiro, T. C. O. C. (2013). As mães dos adolescentes que cometeram ato infracional social e de natureza sexual. *Interações*, 9(25).
- Penso, M. A., Costa, L. F., de Almeida, T. M. C., & Ribeiro, M. A. (2009). Abuso sexual intrafamiliar na perspectiva das relações conjugais e familiares. *Aletheia*, (30), 142-157.
- Penso, M. A., Legnani, V., Costa, L. F., & Antunes, C. (2005). O grupo multifamiliar com famílias de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual no contexto da crise. *LF Costa & TMC de Almeida, Violência no cotidiano: do risco à proteção*, 87-105.
- Ponciano, E. L. T., Cavalcanti, M. T., & Féres-Carneiro, T. (2010). Observando os grupos multifamiliares em uma instituição psiquiátrica. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37, 43-47.
- Pozzobon, M., & Marin, A. H. (2021). Recursos expressivos e desempenho escolar: intervenção em grupo multifamiliar. *Revista de psicología (Santiago)*, 30(2), 10-24.
- Ribeiro, M. A., Costa, L. F., Penso, M. A., de Almeida, T. M. C., & Nogueira, H. F. (2010). O grupo multifamiliar em parceria com a ação psicossocial forense. *Interação em Psicologia*, 14(1).
- Ribeiro, M. A., Nogueira, H. F., Cavalcante, A. B., & da Silva, M. M. (2013, March). Obesidade e família: o Grupo Multifamiliar na pesquisa e intervenção com famílias de crianças e adolescentes obesos. In *Trabalho publicado nos anais do V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental* <http://www.PsicopatologiaFundamental.org/pagina-mesasredondas-712>. Acesso em (Vol. 20)

- Ribeiro, M. A., Nogueira, H. F., Melo, V. D. A. A., & Valadares, F. S. A. (2013). Pesquisa e intervenção com famílias de crianças e adolescentes com obesidade utilizando a metodologia do Grupo Multifamiliar. *Relações interpessoais e saúde*, 55.
- Santos, L. A. (2014). Terapia cognitivo-comportamental familiar por meio de grupos multifamiliares no tratamento para o transtorno relacionado a substâncias.
- Santos, M. A., Leonidas, C., & de Souza Costa, L. R. (2016). Grupo multifamiliar no contexto dos transtornos alimentares: A experiência compartilhada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 3(68), 43-58.
- Saraiva, L. F. D. O. (2018). O atendimento a queixas escolares no CRAS. *Psicologia Escolar e Educacional*, 22, 215-217.
- Seadi, S. M. S. (2007). *A terapia multifamiliar e a dependência química* (Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).
- Seadi, S. M. S., & Oliveira, M. D. S. (2009). A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicologia Clínica*, 21, 363-378.
- Soares, L. V., & Penso, M. A. (2014). Proposta de intervenção com grupo multifamiliar com famílias nomeadas pela escola como violentas. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22(2), 15-24.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. D. (2009). A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 483-492.
- Tapia, L. E. R., Ribeiro, B. D. O. L., & Contel, J. O. B. (2000). Grupo de apoio multifamiliar e avaliação do funcionamento social de pacientes em hospital-dia psiquiátrico universitário. *J. bras. psiquiatr*, 395-398.
- Tavares, A. S., Mesquita, N., & Montenegro, S. (2019). Intervenção psicossocial com adolescentes que cometeram ofensa sexual e suas famílias: o grupo multifamiliar. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 28(64), 82-104.
- Tommasi, M. C. F. (1996). Uma experiência institucional com grupos multifamiliares no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Rev. psiquiatr. clín.(São Paulo)*, 33-40.
- Valentin, F. (2018). 'Não é porque eu sou pobre que eu não posso sonhar': contribuições da musicoterapia em um grupo multifamiliar vulnerado pela pobreza.
- Valentin, F., do Nascimento, S. R., Ferreira, E. A. D. B. F., & Teixeira, C. M. F. S. (2015). Grupo Multifamiliar e Musicoterapia: métodos de prevenção ao uso de drogas na escola. *ABRAMD: Compartilhando Saberes*, 72.
- Vilela, L., dos Santos, M. A., de Andrade Moura, F. E. G., Brustelo, T. N. C., & Saviolli, C. M. G. (2010). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio multifamiliar no tratamento da anorexia e bulimia. *Revista da SPAGESP*, 11(2), 41-50.
- Zaranza, N. I. D. C. (2008). Autismo e família: estudo dos aspectos familiares e sociais.

ANNEXE 6 - Bibliographie internationale

- Asen, E. (2002). Multiple family therapy: An overview. *Journal of Family Therapy*, 24(1), 3–16.
- Asen, E., Dawson, N., & McHugh, B. (A c. Di). (2019). *Multiple Family Therapy: The Marlborough Model and Its Wider Applications*. Routledge.
- Asen, E., & Schuff, H. (2006). Psychosis and multiple family group therapy. *Journal of Family Therapy*, 28(1), 58–72.
- Asen, K., George, E., Piper, R., & Stevens, A. (1989). A systems approach to child abuse: Management and treatment issues. *Child Abuse & Neglect*, 13(1), 45-57.
- Barbagelata, N. (2018). The Multifamily Group in Severe Psychiatric Pathologies. In R. Pereira & J. L. Linares (A c. Di), *Clinical Interventions in Systemic Couple and Family Therapy* (pp. 177–190). Springer International Publishing.
- Baudinet, J., Eisler, I., Dawson, L., Simic, M., & Schmidt, U. (2021). Multi-family therapy for eating disorders: A systematic scoping review of the quantitative and qualitative findings. *The International Journal of Eating Disorders*, 54(12), 2095–2120.
- Borgogno, F. V. (2010). Working with “Difficult” Patients: An Interview with Jorge García Badaracco. *The American Journal of Psychoanalysis*, 70(4), 341–360.
- Borgogno, F. V., Franzoi, I. G., Barbasio, C. P., Guglielmucci, F., & Granieri, A. (2015). Massive Trauma in A Community Exposed to Asbestos: Thinking and Dissociation among the Inhabitants of Casale Monferrato. *British Journal of Psychotherapy*, 31(4), 419–432.
- Brady, P., Kangas, M., & McGill, K. (2017). “Family Matters”: A Systematic Review of the Evidence For Family Psychoeducation For Major Depressive Disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 245–263.
- Buckmaster, R., Guerin, S., O’Leary, T., & McNulty, M. (2021). Exploration of family dynamics in adults who self-harm: A multi-perspective approach. *Journal of Family Therapy*, 43(4), 665–686.
- Castillo, I. G. D., García, S. L., & Balaguer, A. P. (2022). Multifamily therapy in first episodes of psychosis: A pilot study. *European Psychiatry*, 65(S1), S783–S784.
- Dare, C., & Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 8(1), 4-18.
- Domínguez Vázquez, I., Nuño Gómez, L., Freixa Fontanals, N., Hidalgo Arjona, C., Cervera, G., Corominas Díaz, A., & Balcells-Oliveró, M. (2023). Multifamily therapy in the community mental health network: A pragmatic randomized and controlled study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 49(1), 205–221.
- Gale, J., Realpe, A., & Pedriali, E. (2013). *Therapeutic Communities for Psychosis: Philosophy, History and Clinical Practice*. Routledge.

- García Badaracco, J. (1989). *Comunidad terapéutica de estructura multifamiliar*.
- García Badaracco, J. E. (2004). Ferenczi: His position in the realm of psychiatry. *International Forum of Psychoanalysis*, 13(1–2), 93–104.
- García del Castillo, I., López García, S., Pérez-Balaguer, A., Varillas Delgado, D., Fuenzalida Muñoz, C., & Sempere Pérez, J. (2022). Multifamily therapy in first psychotic episodes: A pilot study. *Psychosis*, 0(0), 1–9.
- García, M. P., Barbero, J. A. J., García, S. T., & Sempere, J. (2016). *Terapia Grupal Multifamiliar En El Abordaje De La Problemática Conductual Y Emocional Del Adolescente*.
- Gelin, Z., Cook-Darzens, S., & Hendrick, S. (2018). The evidence base for Multiple Family Therapy in psychiatric disorders: A review (part 1): Evidence base for psychiatric MFT. *Journal of Family Therapy*, 40(3), 302–325.
- Guglielmucci, F., Franzoi, I. G., Barbasio, C. P., Borgogno, F. V., & Granieri, A. (2014). Helping traumatized people survive: A psychoanalytic intervention in a contaminated site. *Frontiers in Psychology*, 5.
- Guimón, J. (2016). Overcoming the decline of psychoanalysis in psychiatric institutions. *International Forum of Psychoanalysis*, 25(3), 169–178.
- Hellemans, S., De Mol, J., Buysse, A., Eisler, I., Demyttenaere, K., & Lemmens, G. M. D. (2011). Therapeutic processes in multi-family groups for major depression: Results of an interpretative phenomenological study. *Journal of Affective Disorders*, 134(1–3), 226–234.
- Jewell, T. D., & Lemmens, G. M. (2018). Multiple family therapy: Forever promising? Commentary on Gelin et al.(2018) and Cook-Darzens et al.(2018), the evidence base for multiple family therapy in psychiatric and non-psychiatric conditions: A review (parts 1 and 2). *Journal of Family Therapy*, 40(3), 344–348.
- Kaufman, E., & Kaufmann, P. (1981). Multiple Family Therapy with Drug Abusers. In A. J. Schechter (A. c. Di), *Drug Dependence and Alcoholism: Volume 1 Biomedical Issues* (pp. 107–118). Springer US.
- Kuppersmith, J., Blair, R., & Slotnick, R. (2009). Training Undergraduates as Co-Leaders of Multi-family Counseling Groups. *Teaching of Psychology*.
- Laqueur, H. P. (1970). Multiple family therapy and general systems theory. *International Psychiatry Clinics*, 7(4), 99–124.
- Laqueur, H. P. (1973). Multiple family therapy: Questions and answers. *Seminars in Psychiatry*, 5(2), 195–205.
- Laqueur, H. P., & Laburt, H. A. (1964). Family Organization In A Modern State Hospital Ward. *Mental Hygiene*, 48, 544–551.
- Laqueur, H. P., Laburt, H. A., & Morong, E. (1964). Multiple Family Therapy. *Current Psychiatric Therapies*, 4, 150–154.
- Laqueur, H. P., & Lebovic, D. (1968). Correlation between multiple family therapy, acute crises in a therapeutic community and drug levels. *Diseases of the Nervous System*, 29(5), Suppl:188-192.

- Laqueur, H. P., Wells, C. F., & Agresti, M. (1969). Multiple-family therapy in a state hospital. *Hospital & Community Psychiatry, 20*(1), 13–20.
- Leichter, E., & Schulman, G. L. (2015). Interplay of Group and Family Treatment Techniques in Multifamily Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy.*
- Lewis N. Foster. (2021). *Peter Laquer, the Father of Multiple Family Therapy- the First Model. - Speech at Catholic University of Leuvern in 1977.* <http://www.multiplefamilygrouptherapy.com/H%20Peter%20Laqueur%20Model%20Of%20MFGT.htm>
- Manso Neto, I., Fialho, T., Godinho, P., & Centeno, M. J. (2010). Treating and Training: A 30 Year Experience of a Team with a Group-Analytic Framework: Part I. *Group Analysis, 43*(1), 50–64.
- Maone, A., D'Avanzo, B., Russo, F., Esposito, R. M., Goldos, B. L., Antonucci, A., Ducci, G., & Narracci, A. (2021). Implementation of Psychodynamic Multifamily Groups for Severe Mental Illness: A Recovery-Oriented Approach. *Frontiers in Psychiatry, 12.*
- McClendon, R. (1976). Multiple family group therapy with adolescents in a state hospital. *Clinical Social Work Journal, 4*(1), 14–24.
- McFarlane, W. R. (2004). *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders.* Guilford Press.
- Mehl, A., Tomanová, J., Kuběna, A., & Papežová, H. (2013). Adapting multi-family therapy to families who care for a loved one with an eating disorder in the Czech Republic combined with a follow-up pilot study of efficacy. *Journal of Family Therapy, 35*(S1), 82–101.
- Millard, J., & McLagan, J. R. (1972). Multifamily Group Work: A Hopeful Approach to the Institutionalized Delinquent and his Family. *Comparative Group Studies, 3*(1), 117–127.
- Murburg, M. M., Price, L. H., & Jalali, B. (1988). Huntington's disease: Therapy strategies. *Family Systems Medicine, 6*(3), 290.
- Narracci, A. (2018). A «bridge» between psychoanalysis and psychiatry. In *Psychoanalysis and Psychiatry.* Routledge.
- Pérez-García, M., Sempere-Pérez, J., Rodado-Martínez, J. V., Pina López, D., Llor-Esteban, B., & Jiménez-Barbero, J. A. (2020a). Effectiveness of multifamily therapy for adolescent disruptive behavior in a public institution: A randomized clinical trial. *Children and Youth Services Review, 117*(C).
- Pérez-García, M., Sempere-Pérez, J., Rodado-Martínez, J. V., Pina López, D., Llor-Esteban, B., & Jiménez-Barbero, J. A. (2020b). Effectiveness of multifamily therapy for adolescent disruptive behavior in a public institution: A randomized clinical trial. *Children and Youth Services Review, 117,* 105289.
- Raasoch, J., & Laqueur, H. P. (1979). Learning multiple family therapy through simulated workshops. *Family Process, 18*(1), 95–98.
- Rabain, N. (2017). Multifamily Psychoanalysis for Adolescents in Buenos Aires. *Revue française de psychanalyse, 81*(4), 1146–1153.

- Rabain, N. (2021, dicembre 1). *Transference and Countertransference Dynamics in a Multifamily Group for Transgender Adolescents* (world) [Research-article]. <https://doi.org/10.1521/Prev.2021.108.4.457>; Guilford.
- Rhodes, R. M., & Zelman, A. B. (1986). An Ongoing Multifamily Group in a Women's Shelter. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(1), 120–130.
- Ruiz-Íñiguez, R., Carralero-Montero, A., Martínez-González, A., Méndez-Parra, E., Valdés-Díaz, Y., & Sempere, J. (2021). Interfamily Therapy, a multifamily therapy model settled in infant-juvenile mental health services of Havana (Cuba): A qualitative study from participants' perspectives. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(4), 843–863.
- Schaefer, G. (2008). Multiple family group therapy in a drug and alcohol rehabilitation centre. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(1), 17-24.
- Scholz, M., & Asen, E. (2001). Multiple family therapy with eating disordered adolescents: Concepts and preliminary results. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 9(1), 33-42.
- Scholz, M., Asen, E., Gantchev, K., Schell, B., & Süß, U. (2002). A family day clinic in child psychiatry. The Dresden model--concepts and first experiences. *Psychiatrische Praxis*, 29(3), 125-129.
- Sempere, J., & Fuenzalida, C. (2021). Interfamily therapy: Application of dialogical practices in the multifamily group. In *Open Dialogue for Psychosis*. Routledge.
- Slagerman, M., & Yager, J. (1989). Multiple family group treatment for eating disorders: a short term program. *Psychiatric Medicine*, 7(4), 269-283.
- Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems, & Health*, 16(1-2), 55.
- Stuart, B. K., & Schlosser, D. A. (2009). Multifamily Group Treatment for Schizophrenia. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(3), 435–440.
- Tantillo, M., McGraw, J. L. S., & Grange, D. L. (2020). *Multifamily Therapy Group for Young Adults with Anorexia Nervosa: Reconnecting for Recovery*. Routledge.
- Tarallo, F., Matarrese, A., D'Alessandro, M., Griffo, S., Marino, G., Marazzi, M., Riggio, F., Sangiovanni, L., Scardigli, M. I., & Nicolò, G. (2020). [Cognitive-Behavioural group interventions and Multifamily Psychoanalysis group in a Psychiatric Ward]. *Rivista di psichiatria*, 55(4), 222–226.
- Wooley, S. C., & Lewis, K. G. (1987). Multi-family therapy within an intensive treatment program for bulimia.

ANNEXE 7 - Questionnaire

THERAPIE MULTIFAMILIALE (TMF) DANS LA SANTE MENTALE

Cher et chère collègue,

Comme vous le savez peut-être, le 'Plan d'action européen pour la santé mentale 2013-2020' souligne le rôle clé des familles en matière de santé mentale et recommande la création de moyens d'intervention nouveaux et innovants ayant des bases empiriques et scientifiques avec une méthodologie facilement accessible.

Avec cette finalité en mémoire, le Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare (L.I.Psi.M) en association avec la Azienda Sanitaria Locale Roma 1; Universitair Psychiatrisch Centrum Z.Org à Kortenberg ; l'Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina de Lisboa; et l'Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar (APyF) en Espagne ont intégré le projet européen "Thérapie multifamiliale en santé mentale" ayant commencé en mars 2022 dans le cadre du programme ERASMUS+.

Ce projet a pour volonté d'étudier les thérapies multifamiliales regroupant au minimum deux générations des différentes familles, en incluant la personne sujette à des soins spécifiques pour problèmes de santé mentale.

La première partie concerne une enquête de terrain sur les groupes multifamiliaux existants dans les pays participants ainsi qu'au niveau international. Pour approfondir la connaissance de leurs activités et leurs méthodologies, un questionnaire sera administré à un échantillon de groupes multifamiliaux sélectionnés. Les résultats de cette enquête seront ensuite analysés et discutés dans un focus group avec des Conducteurs du groupe multifamilial. En plus, une étude bibliographique sur les recherches existantes en matière de thérapie multifamiliale sera exécutée.

Le deuxième objectif est la réalisation d'un guide et la création d'une plateforme Internet dédiée aux 'Multi-Family Groups in Mental Health'. Le développement d'un espace ouvert aux travailleurs du monde de la santé mentale, aux formateurs et aux familles ne devrait pas seulement améliorer la connaissance, l'apprentissage et le travail avec les thérapies multifamiliales mais également stimuler les échanges documentaires et informatifs.

Merci d'avance de votre précieuse coopération.

ATTENTION

Cette étude porte sur les groupes multifamiliaux dans lesquels au moins deux générations sont invités. Ce questionnaire a pour but de cartographier le groupe multifamilial existant. Pour éviter une double collecte de données par différents co-thérapeutes d'un même groupe familial, nous recommandons que le questionnaire soit rempli par l'un des thérapeutes.

Adresse e-mail *

Formulaire de consentement de participation à l'étude sur la thérapie multifamiliale dans la santé mentale (FA.M.HE)

Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans aucune pénalité, ni justification à donner.

Les données rassemblées dans cette étude seront traitées selon les règles européennes édictées dans le RGPD. Ces données ne seront communiquées publiquement qu'avec votre consentement, exception faite de leur communication aux autres membres de l'équipe de recherche.

Les données seront utilisées pour la réalisation de trois projets spécifiques : 1) Le recensement des GMF dans chaque pays participant à l'étude ; 2) L'édition d'un manuel propre à la conduite d'un GMF, destiné aux organisateurs/ Conducteurs et coordinateurs ; 3) La création d'une plateforme Internet sur 'la thérapie multifamiliale dans la santé mentale'.

Je consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer.

- Oui
- Non

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1. Quelle est votre profession ?

- Psychiatre
- Psychologue
- Infirmier.e
- Travailleur social
- Autre

○ Si vous avez une 'autre' profession, laquelle est-ce ?

2. Pays et province de l'institution/organisation qui organise la TMF ?

3. Nom, adresse et téléphone de l'institution/organisation qui organise la TMF?

4. Secteur de l'institution/organisation ?

- Privé
- Public

5. Nature de l'institution/organisation qui organise la TMF ?

- Hôpital général (département psychiatrique)
- Hôpital général (département non-psychiatrique)
- Hôpital psychiatrique
- Service de santé mentale
- Institution/organisation éducative
- Institution/organisation à caractère social ou communautaire Communauté thérapeutique
- Autre

○ Si votre institution/organisation a une 'autre' nature, laquelle est-ce?

6. Type de soins ?

- Soin ambulatoire
- Hôpital de jour
- Soin résidentiel à l'intérieur d'un hôpital/institution/organisation/communauté
- Soin résidentiel à l'extérieur d'un hôpital/institution/organisation/communauté
- Autre

LA THERAPIE MULTIFAMILIALE

A. IDENTIFICATION DES GROUPES DE THERAPIE MULTIFAMILIALE

7. Nom/designation du groupe ? (si pertinent)
8. Cadre théorique du groupe ?
 - Cadre psycho-éducatif
 - Cadre de psychanalyse multifamiliale (J.G.Badaracco) Cadre familiale systémique
 - Cadre psychodynamique
 - Autre
 - Si vous avez un 'autre' cadre théorique, lequel serait-ce ?
9. Type(s) d' intervention ? (plusieurs possibilités)
 - Psychothérapeutique
 - Psycho-éducatif
 - Entraide
 - Soutien
 - Conseil
 - Autre

B. CARACTERISTIQUES DE L'EQUIPE TMF

(équipe TMF = organisateurs, Conducteurs et personnels soignants régulièrement présents dans le groupe multi-familial)

10. Les niveaux d'étude des membres de l'équipe TMF ?
 - Psychologue
 - Docteur (psychiatre/autre)
 - Autre thérapeute
 - Infirmier.e
 - Travailleur social
 - Educateur
 - Sans étude particulière en santé mentale: pair-aidance ou pair-aidance familiale
 - Autre
11. Quelles sont les formations psychothérapeutiques des membres de l'équipe TMF ?
 - Psychothérapie cognitivo-comportementale
 - Thérapie systémique
 - Psychanalyse
 - Psychanalyse de groupe
 - Autre thérapie de groupe
 - Thérapie psychodynamique
 - Autre
 - Si vous avez une 'autre' formation psychothérapeutique, laquelle?
12. Composition de l'équipe TMF ?
 - 1 Conducteur + co-thérapeute(s)
 - Pas de Conducteur, uniquement des co-thérapeutes
 - Autre:
13. Si vous travaillez avec 'un Conducteur', quel est son niveau d'étude et sa formation thérapeutique ?
14. De quelle manière l'équipe TMF est-elle supervisée ?

(Direct/Interne : Une rencontre avec un superviseur extérieur qui participe au groupe. Indirect/Externe: "supervision classique" : Une rencontre avec un superviseur extérieur qui ne participe pas au groupe.)

- Supervision direct/interne
- Supervision indirect/externe
- Pas de supervision

15. Les organisateurs, Conducteurs et personnel soignants du groupe organisent- ils une intervention entre eux ?
- Oui
 - Non

C. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS (qui ne font pas partie de l'équipe TMF)

16. Le groupe est-il dédié à une catégorie particulière d'âge ?
- Non
 - Oui
17. Si vous avez répondu 'Oui' : laquelle ?
- Enfants (en dessous de 12 ans)
 - Adolescents (de 12 à 18 ans)
 - Adultes
 - Personnes âgées (+65 ans)
18. Nombre de générations présentes ?
- deux générations
 - plus de deux générations
19. Relations entre les personnes en traitement et leur famille ? (merci d'étudier tous les cas)
- Parents
 - Enfants (Gls/Glles)
 - Autres membres de la famille nucléaire (inclus demi.e-frères/soeurs)
 - Autre membre de la famille élargie
 - Personnes proches (non-familial)
 - Anders:
20. En cas d'un groupe hétérogène (les membres n'ont pas le même diagnostic/ pathologie) : merci d'indiquer les diagnostics ou pathologies présents
- Pathologie non-psychiatrique
 - Troubles psychotiques
 - Troubles affectifs
 - Troubles de l'anxiété
 - Troubles traumatiques ou liés au stress
 - Troubles de la personnalité
 - Troubles obsessionnels/compulsifs
 - Troubles addictifs
 - Troubles alimentaires
 - Troubles psychosomatiques
 - Autre
 - o Si vous avez indiqué "autre" diagnostic/pathologie, lequel ?
21. En cas d'un groupe homogène (les membres ont le même diagnostic/ pathologie): merci d'indiquer le diagnostic ou la pathologie.
- Pathologie non-psychiatrique

- Troubles psychotiques
- Troubles affectifs
- Troubles de l'anxiété
- Troubles traumatiques ou liés au stress
- Troubles de la personnalité
- Troubles obsessionnels/compulsifs
- Troubles addictifs
- Troubles alimentaires
- Troubles psychosomatiques
- Autre
 - o Si vous avez indiqué "autre" diagnostic/pathologie, lequel ?

D. CARACTERISTIQUES DU GROUPE

22. Type du groupe ?

(Groupe ouvert : Les membres peuvent rejoindre ou quitter le groupe à tout moment, la composition du groupe varie selon le temps et les sessions.

Groupe fermé : De nouveaux membres ne peuvent être admis après que celui-ci ait commencé.

Groupe lentement ouvert : De nouveaux membres remplacent ceux qui partent ; le nombre des participants reste fixe.)

- Groupe ouvert
- Groupe fermé
- Groupe lentement ouvert Autre

23. Durée du cycle ? (nombre de sessions - p.ex. dans un groupe fermé)

24. La TMF est-elle organisée en phases ? (dans lesquelles il y a des variations, p.ex. présence ou non de certains participants)

- Non
- Oui

25. Si vous avez répondu 'Oui' : Y a-t-il un nombre fixe de sessions pour chaque phase?

- Non
- Oui

26. Si vous avez répondu 'Oui' : Combien de sessions pour chaque phase ?

27. Les patients sont-ils présents à toutes les phases ?

- Oui
- Non

o Si vous avez répondu 'Non': A quelle(s) phase(s) les patients sont-ils présents?

28. Taille du groupe ?

- Petit (moins de 10 participants)
- Moyen (jusqu'à 30 participants)
- Grand (plus de 30 participants)

29. Modalité de rencontre du groupe ? (post-covid)

- Présentiel
- Online/distanciel
- Présentiel + online/distanciel

30. Fréquence de rencontre du groupe ?

- Hebdomadaire
- Bimensuelle

- Trihebdomaire
 - Mensuelle
 - Autre
31. Durée de la rencontre/session ? (en minutes)
32. Moment dans la journée ?
- Pendant le travail
 - Après le travail
33. Lieu de la session de groupe ?
- Espace thérapeutique
 - Espace medical
 - Salle d'activités
 - Salle polyvalente
 - Online
 - Autre
34. L'espace convient-il ? (espace/dimensions/confort/son)
- Oui
 - Non
35. Capacité de l'espace : y a-t-il assez de chaises ?
36. Les garanties nécessaires de confidentialité sont-elles assurées ?
- Oui
 - Non
37. Disposition des chaises ?
- Un cercle
 - Cercles concentriques
 - Autour d'une table
 - En ligne

EXISTENCE/CONTINUITE/DISCONTINUITE DU GROUPE MULTIFAMILIAL

38. Depuis quand le groupe existe-t-il ?
39. Dans l'histoire du groupe, y a-t-il eu interruption ?
- Non
 - Oui
40. Si vous avez répondu 'Oui' : Quelles furent les raisons de cette interruption ?
- Raisons matérielles (locaux)
 - Raisons humaines (manque du personnel)
 - Contraintes sanitaires (pandémie)
 - Autre:
41. Si vous avez répondu 'Oui' : Quelle a été la durée de l'interruption ?
42. Si vous avez répondu 'Oui' : L'interruption a-t-elle modifiée les caractéristiques du groupe ? (p.ex. du présentiel vers online/distanciel)
- Non
 - Oui
43. Si vous avez répondu 'Oui' : Quelles caractéristiques du groupe ont-elles changé?
44. Modalité pré-covid de rencontre du groupe ?
- Présentiel
 - Online/distanciel
 - Présentiel + online/distanciel

REFERENTS DU TMF

45. Qui envoie les patients et leur familles au groupe ?

- Référents internes (de l'intérieur de l'institution/organisation)
- Référents externes (autres partenaires - public ou privé)

REMARQUES FINALES

Autres remarques importantes ou essentielles pour décrire la spécificité de votre groupe ?

ANNEXE 8 - Tableaux de classification des recherches bibliographiques

Thèmes couverts - Orientation théorique

Principale orientation théorique

Thèmes abordés - Application pratique des groupes multifamiliaux

Contexte d'intervention

Types de contextes : éducation, justice, santé, etc.

Population-I

Groupe d'âge

Population-II

Population souffrant d'affections psychiatriques ou non psychiatriques

Groupes de pathologies

ANNEXE 9 - Tableaux de classification des focus groupes

Planification des groupes de discussion

Pays	FGs	Modalité	Durée	Participants /Invitations	Invitations	Présent	Moderateur /Observateurs

Méthodologie et thèmes des groupes de discussion

Pays	FGs (1, 2, 3, 4)	Methodologie – Analyse SWOT	Topics/Focus (Questions)

La publication "Characteristics of Multifamily Groups in Mental Health" (Caractéristiques des groupes multifamiliaux dans le domaine de la santé mentale) présente une étude approfondie des groupes multifamiliaux en Italie, en Belgique, en Espagne et au Portugal. Ce volume présente les résultats de la phase initiale du projet "Les groupes multifamiliaux en santé mentale" (FA.M.HE.), soutenu financièrement par l'Union européenne dans le cadre du programme Erasmus+.

Cinq partenaires du projet ont collaboré à son développement : l'"Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina" à Lisbonne, en tant que coordinateur de la recherche, le "Laboratorio di Psicoanalisi Multifamiliare" et l'"Azienda Sanitaria Locale Roma1" à Rome, l'"Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja, Familia y Grupo Multifamiliar" à Bilbao, et le Z.ORG KU à Louvain.

© 2021-2024 par FA.M.HE. Projet "Le soutien de la Commission européenne à la production de cette publication ne constitue pas une approbation de son contenu, qui reflète uniquement les opinions des auteurs, et la Commission ne peut être tenue responsable de l'utilisation qui pourrait être faite des informations contenues dans cette publication".