

2020-2021

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en PSYCHIATRIE

**« Savate bien ? »
Mise en place d'un atelier
thérapeutique parents-adolescents
dans deux structures de soins du
Grand Ouest.**

Etude de la faisabilité et observation des effets sur
la qualité de vie et le fonctionnement familial.

CARPENTIER Lucie

Née le 10 janvier 1990 à King's Lynn (GB)

Sous la direction de Dr BARDOU Dominique et Dr URBAIN Julie

Membres du jury

Monsieur le Professeur DUVERGER Philippe	Président
Monsieur le Docteur BARDOU Dominique	Directeur
Madame le Docteur URBAIN Julie	Codirectrice
Madame le Professeur GOHIER Bénédicte	Membre
Madame le Professeur SAUVAGET Anne	Membre

Soutenue publiquement le :
16 avril 2021

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Lucie CARPENTIER,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publié sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et Directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce
Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine

GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
REYNIER Pascal		
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine

RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education	Pharmacie
	Thérapeutique	
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER,
De m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.

A Madame le Professeur Bénédicte GOHIER,
De m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail.

A Madame le Professeur Anne SAUVAGET,
De m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury. De m'avoir permis d'imaginer associer boxe et psychiatrie et d'avoir discuté de ce projet dans le coin du ring.

A Madame le Docteur Julie URBAIN,
D'avoir accepté de codiriger ce travail, de m'avoir donné accès à la patientèle d'ESPACE.

A Monsieur le Docteur Dominique BARDOU,
D'avoir accepté de codiriger ce travail, de m'avoir initiée à la thérapie familiale.

Au Docteur Guillaume IFRAH, pour ses conseils avisés.

A toute l'équipe de l'unité ESPACE et de l'institut du Pin en Mauges ;
Pour m'avoir accompagnée et épaulée dans la mise en place concrète de ce travail.

Aux familles ayant participé à l'atelier,
Pour votre dynamisme et pour avoir permis cette belle aventure.

A tous les psychiatres rencontrés durant mon internat et particulièrement Dr Emmanuelle GOLDSTEIN, Dr Violaine PIOT-GLORIA, Dr Nicolas SALLET, Dr Katiane PENDA

Aux Co-internes croisés durant les différents stages et particulièrement Noémie et Solène.

Au groupe de formation à la systémie; pour toutes ces belles choses apprises et partagées ensemble.

A mes amis lillois fidèlement chti; Clem et Val, Antoine et Blandine, Alex et Amandine, Gauthier
Pour votre bonne humeur et le plaisir de se retrouver.

A mes amis lillois expatriés ; Maité et Antoine mon repère Angevin, ma Lice, Victor, les Benali, les Pataman et les Delaray ; pour tous les bons moments partagés et à notre amitié longue durée.

Aux Pinecos ; Ju, Clem et Princesse ;
Pour notre parcours d'externe avec la BU, le taudis, les pauses cafés mais pas que !

A ma belle-famille ;
Pour avoir façonné avec amour mon futur mari et pour m'accueillir avec générosité dans votre famille.

A mes neveux et leur Papa; pour m'avoir donné l'envie de fonder une famille.

A mes grands-parents; pour me permettre d'avoir des racines solides, merci.

A mes parents; pour votre soutien sans faille, votre amour inconditionnel et pour croire en moi plus que quiconque.

A mes sœurs en or; pour votre présence et notre complicité depuis toujours.

A mon amoureux fraîchement papa; pour me rendre heureuse chaque jour. « On dit pas »

A notre bébé; pour m'avoir accompagnée dans toute la rédaction et l'animation des ateliers.

Liste des abréviations

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
VSP-A	Vécu et Santé Perçu par l'Adolescent
FRI	Family Relationship Index
QdV	Qualité de Vie
Ado	Adolescent
Av	Avant
Ap	Après
IPM	Institut Psychothérapeutique du Pin en Mauges
ESPACE	Unité de prévention et de soin des adolescents en crise suicidaire (CHU Nantes)
GAT	Gant d'Argent Technique
Min	Minute
UNAFAM	Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et ou handicapées psychiques

Table des matières

INTRODUCTION.....	9
1. Données de la littérature	10
1.1. Relations parents-adolescents et réactivation du conflit oedipien	10
1.2. Psychothérapie à l'adolescence	10
1.3. La communication et les relations familiales	11
MÉTHODES	13
1. Présentation du projet « Savate bien ? »	13
1.1. Recrutement des patients	13
1.2. Organisation générale	13
1.3. Description des séances et leurs objectifs	14
2. Méthodes d'évaluation.....	19
2.1. Objectif principal : étude de la faisabilité ; entretiens semi-dirigés (annexe IV)	19
2.2. Objectif secondaire : observation des effets de l'atelier	19
RÉSULTATS.....	20
3. Objectif principal : faisabilité.....	20
3.1. Du côté des prescripteurs	20
3.2. Du côté des soignants	21
3.3. Du côté des patients	24
4. Objectif secondaire.....	29
4.1. Qualité de vie des adolescents.....	29
4.2. Fonctionnement familial.....	31
DISCUSSION ET CONCLUSION.....	33
1. Intérêt majeur rapporté par les patients : partage de plaisir.....	33
2. Situation de crise ou post-crise	33
3. Faisabilité, côté soignants	34
4. Les questionnaires.....	34
4.1. VSP-A	34
4.2. VSP-A et FRI	35
5. Expériences similaires	35
5.1. Troubles du comportement alimentaire.....	35
5.2. Avec les enfants	36
5.3. Psychoéducation/Groupe de parole	36
5.4. Guidance parentale	36
6. Limites de l'étude	36
6.1. Population	36
6.2. Entretiens semi dirigés	37
6.3. Statistiques.....	37
6.4. Objectif secondaire	37
7. Conclusion	37
BIBLIOGRAPHIE	38
LISTE DES FIGURES.....	40
LISTE DES TABLEAUX	40
ANNEXES	I

Résumé

Introduction. - La santé mentale des adolescents est un enjeu de santé publique : à l'échelle mondiale, on estime que 10 à 20% des adolescents souffrent de problème de santé mentale à l'origine d'une diminution de la qualité de vie. Leur prise en charge psychothérapeutique n'est pas simple puisque les thérapies individuelles dans cette population sont compliquées à mettre en place. Les groupes et médiations thérapeutiques sont donc privilégiés.

Par ailleurs, les études montrent que la relation parents-adolescents et la communication familiale sont des facteurs significativement associés à la santé mentale des adolescents.

En rassemblant les outils fournis par la thérapie familiale et multifamiliale et les médiations thérapeutiques, nous avons décidé de mettre en place une médiation parents-adolescents « savate bien ? » dont le medium malléable est la boxe française.

Méthodes. - L'atelier « savate bien ? » est un atelier de groupe multifamilial où des analogies entre le sport et la communication permettent une expérimentation corporelle des relations familiales. Chaque session se compose de trois séances de deux heures toutes les deux semaines. L'objectif principal de l'étude est de rendre compte de la faisabilité, de l'acceptabilité et de la pertinence de cet outil. Pour cela, les avis des patients et des soignants sont recueillis par des entretiens semi-dirigés en fin de session.

Aussi, cette étude observera les effets de l'atelier « savate bien ? » sur le fonctionnement familial (questionnaire FRI) et la qualité de vie de l'adolescent (questionnaire VSP-A).

Résultats. - Au total, 11 familles ont été recrutées et 12 soignants ont été interrogés. Malgré les contraintes organisationnelles de chacun, la mise en place de l'atelier a été possible sans surcharge de travail. Les soignants comme les patients ont tous vu un intérêt thérapeutique à l'atelier. L'observation des résultats aux questionnaires FRI et VSP-A est prometteur.

Conclusion. - L'atelier est apprécié, pertinent et novateur. Il semble être à privilégier à distance de la crise.

INTRODUCTION

La santé mentale des adolescents est un enjeu de santé publique : à l'échelle mondiale on estime que 10 à 20% des adolescents souffrent de problème de santé mentale à l'origine d'une baisse de la qualité de vie. (1)

La prise en charge psychothérapeutique des adolescents n'est pas simple puisque les thérapies individuelles sont difficiles à mettre en place dans cette population. (2) (3)

Par ailleurs, les études montrent que la relation parents-adolescents et la communication familiale sont des facteurs significativement associés à la santé mentale des adolescents. (4) (5) (6)

D'autres études suggèrent qu'un important facteur protecteur au niveau familial est la communication parent-enfant avec sentiment de compréhension de part et d'autre. (5)

Afin de faciliter l'expression de ces ressentis et pour libérer la parole chez les jeunes qui connaissent des problématiques de violences psychologiques ou physiques, Hellbrunn propose l'utilisation de la psychoboxe. Il ne s'agit pas de « pratiquer un sport mais de faire un détour par le corps en mouvement pour mieux en venir à la parole ». (7)

En tenant compte de ces différents constats : fragilité psychique à l'adolescence, psychothérapie individuelle difficile à mettre en place dans cette population, importance de l'environnement familial à cet âge et existence d'un levier par le sport pour l'expression et la communication ; nous avons voulu mettre en place un atelier thérapeutique qui tente de rassembler ces exigences.

Il s'agit de l'atelier « savate bien ? », un atelier de groupe qui réunit plusieurs adolescents avec leurs parents (ou figures parentales) autour de trois séances où la savate boxe française est utilisée comme support thérapeutique et analogique des relations et de la communication.

Ce travail a pour objectif principal l'étude de la faisabilité de la mise en place de l'atelier. L'objectif secondaire est l'observation des effets de l'atelier sur la qualité de vie de l'adolescent (VSP-A) et le fonctionnement familial (FRI).

1. Données de la littérature

1.1. Relations parents-adolescents et réactivation du conflit oedipien

La distance relationnelle « ni trop près ni trop loin » est au cœur des relations parents-adolescents.

(8) (9) C'est le paradoxe décrit par Jeammet, lié au besoin de l'adolescent d'affirmer son autonomie, et en même temps de recevoir de ses parents la force et la sécurité interne dont il manque. (10) La question des distances sera symbolisée ici dans la rencontre entre les boxeurs qui devront trouver la bonne distance pour « toucher sans faire mal » ou « toucher sans se faire toucher ».

1.2. Psychothérapie à l'adolescence

Les thérapies individuelles chez les adolescents sont difficiles à mettre en place.(2) Les psychiatres d'adolescents utilisent alors les médiations et les groupes thérapeutiques où les relations y sont moins menaçantes et l'investissement affectif moindre. (8)

1.2.1. Adolescents et médiations thérapeutiques

a) Généralités

Les médiations thérapeutiques utilisent d'autres outils que la parole. (11) Elles permettent la mise en place d'une aire transitionnelle (Winnicott) où l'adolescent peut exprimer sa créativité primaire.

Les thérapies à médiation tentent de transformer « des agir désordonnés » en « faire organisés » (8)

b) Une activité corporelle comme medium malléable

C'est Paul Sivadon et Francois Ganheret, qui ont introduit le sport comme méthode thérapeutique. Le patient prend conscience de ses sensations et de ses émotions en les mobilisant pour l'activité sportive. (12) Pour l'enfant et l'adolescent, les activités physiques constituent des domaines d'expériences riches sur les plans : moteur, cognitif, social, émotionnel, affectif... (13)

c) La boxe française en psychiatrie

Hellbrunn, professeur de boxe française et psychologue, est à l'origine de l'utilisation de ce sport en psychiatrie. Il a inventé la psychoboxe pour libérer la parole chez les jeunes qui connaissent des problématiques de violences psychologiques ou physiques. Il ne s'agit pas de « pratiquer un sport mais de faire un détour par le corps en mouvement pour mieux en venir à la parole ».(14)

1.2.2. Adolescents et groupes thérapeutiques

Les bénéfices des thérapies de groupes sont multiples: l'enveloppe groupale protectrice, l'illusion groupale, le support mutuel, le partage d'expérience, une diminution du sentiment d'isolement (15). Les espoirs de changements sont plus facilement vus au travers de l'autre et les commentaires plus facilement entendus de personnes qui vivent une situation semblable à la sienne. Dans un groupe fermé, la confiance et la cohésion permettent l'expression du vécu et enrichissent les échanges (16).

1.2.3. Thérapie familiale et thérapie multifamiliale

a) Thérapie familiale

La participation de la famille dans la prise en charge des adolescents est prometteuse (17) (2). Les relations familiales positives et la communication ouverte favorisent une bonne estime de soi : facteur protecteur des difficultés d'ajustement psychosocial des adolescents (6).

Sans être forcément la cause du trouble, la famille est un agent important de guérison : la thérapie familiale constitue l'un des traitements de choix dans la prise en charge des adolescents (18).

L'adolescence bouleverse l'équilibre de l'ensemble du groupe familial. On parle alors de « famille adolescente » dont les interactions (organisationnelles, émotionnelles, intergénérationnelles) changent et obligent tout le système et son enveloppe à se redessiner (19).

b) Thérapie multifamiliale

La thérapie multifamiliale, expérience récente et rare (18), propose la rencontre de plusieurs familles aux difficultés semblables ou non. On crée alors une « communauté soignante » comme le décrit Laqueur. Travailler avec plusieurs familles maximise l'utilisation des ressources, mutualise les efforts et favorise le changement (20) (16) (21) ; les descriptions multiples générées par la présence de plusieurs familles injectent de nouvelles informations et perspectives. Ceci est particulièrement important à l'adolescence du fait du désinvestissement partiel des objets parentaux à cet âge (21).

1.3. La communication et les relations familiales

Durant les séances de l'atelier, les analogies entre le sport, la communication et les relations familiales se baseront en grande partie sur les apports théoriques décrits ci-après.

1.3.1. Les cinq axiomes de la communication selon Watzlawick

1. On ne peut pas ne pas communiquer / 2. Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et est par suite une métacommunication / 3. La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires / 4. La communication humaine utilise simultanément deux modes de communication : digital et analogique / 5. La communication est soit symétrique, soit complémentaire (22).

1.3.2. Les métaphores (Erickson)

Les métaphores permettent des suggestions indirectes et communiquent directement avec les émotions (23).

1.3.3. La communication non violente (Rosenberg)

La CNV est une technique de communication dont le but premier est de communiquer avec d'avantage d'authenticité. Les relations qui en découlent sont fondées sur la coopération et le respect de soi et des autres (24). La parole authentique engage le « je » et le « tu » (9).

1.3.4. L'affirmation de soi (Steele)

L'affirmation de soi consiste en la capacité d'exprimer ses émotions et ses opinions ainsi que de défendre ses droits tout en respectant ceux des autres, ceci de façon directe, honnête et appropriée.

1.3.5. La théorie des systèmes (Von Bertalanffy)

Un système est un ensemble d'éléments en interaction. Les éléments sont interdépendants les uns des autres et sont chacun cause et effet dans l'évolution du système. On parle de boucle récursive et de causalité circulaire dans les interactions (25).

1.3.6. La théorie des triangles (Bowen)

Le plus petit système relationnel stable se compose de trois personnes. Ce système est alors composé d'un pôle actif avec deux personnes en relation et une troisième personne qui prend la place d'observateur ou d'outsider. Cette position est stratégique lorsque des tensions existent dans le pôle actif et permet la triangulation. La triangulation n'est pas pathologique si les trois membres du système peuvent chacun prendre une place dans le pôle actif ou la place de l'outsider (26).

MÉTHODES

1. Présentation du projet « Savate bien ? »

1.1. Recrutement des patients

Il a lieu sur la base du volontariat de janvier 2020 à octobre 2020. Celui-ci est largement interrompu entre les mois de mars et d'août en raison de la crise sanitaire en lien avec l'épidémie de Covid19.

Des flyers et affiches sont disposées dans les établissements de soins et les soignants proposent l'atelier au même titre que les autres activités thérapeutiques. (cf annexe I)

1.1.1. Critères d'inclusion

- Etre hospitalisé à ESPACE ou à l'IPM (institut psychothérapeutique du Pin en Mauges)
- Pouvoir être accompagné de ses parents (ou figures parentales de la famille fonctionnelle)

1.1.2. Critères d'exclusion

- Contre-indication à la pratique sportive
- Refus de participation de la famille et/ou du patient

1.2. Organisation générale

L'atelier « savate bien ? » est mis en place dans l'unité ESPACE (unité de crise pour adolescents et jeunes adultes de l'hôpital Saint Jacques à Nantes) et dans l'institut du Pin en Mauges (institut psychothérapeutique accueillant des jeunes de 16 à 30 ans à distance de la crise) avec accord du comité d'éthique du CHU de Nantes. (cf annexe II)

Il a été conçu pour accueillir un groupe fermé de trois familles. Il se déroule sur trois séances de 2h chacune, espacées d'environ deux semaines. Chaque séance est encadrée par deux thérapeutes dont l'un est fixe (interne en psychiatrie et titulaire du GAT de boxe française), l'autre varie selon les disponibilités et l'organisation du service. Les deux premières séances proposent des exercices intra-familiaux, la troisième séance propose des exercices inter-familiaux. Pour chaque exercice, deux boxeurs sont actifs et la troisième personne prend le rôle de coach, d'observateur, « d'outsider » comme cela est décrit dans la théorie des triangles de Bowen (26). Puis les rôles changent.

Toutes les séances sont organisées de la même manière, à savoir alternance entre des échanges physiques (dans le ring) et des échanges verbaux (avec un paperboard).

C'est l'expérimentation par le corps qui permet ensuite la mise en évidence de la théorie. La séance se termine par une prescription de tâches.

1.3. Description des séances et leurs objectifs

Un glossaire des termes techniques de savate boxe française est disponible en annexe. (Annexe III)

1.3.1. Première séance

Les apports théoriques de cette séance sont tirés des cinq axiomes de la communication (Watzlawick)

a) Règlement

Lors de cette première séance, nous abordons quelques aspects réglementaires de la boxe française et les ajustements choisis pour l'atelier. Nous évoquons d'abord le salut et les valeurs qu'il véhicule, ensuite nous abordons la question de l'espace du ring, des distances et des zones interdites.

Nous utilisons un paperboard pendant la séance sur lequel nous écrivons les grandes idées proposées par les familles lors des parallèles faits entre le sport et la vie de tous les jours. Par exemple: qu'est ce qui remplace le salut dans la famille ? Quelles valeurs sont portées par ce geste/cette parole ? Y a-t-il des zones interdites/des coups interdits dans les actes/les paroles de la relation parents adolescents ? Le ring délimite la zone d'échange en boxe, y a-t-il un équivalent dans le dialogue et les relations ? Une distance spécifique est nécessaire pour donner les coups de poings/ de pieds, qu'en est-il de la distance relationnelle ? Quand est-il nécessaire de parer ou d'esquiver ?

Ces premières questions sont collectives et les réponses sont rapides et spontanées comme lors d'un brainstorming. Le but n'étant pas d'apporter une réponse précise et formelle mais de donner des pistes générales afin d'échanger en famille après la séance.

b) « Le salut »

Nous commençons la séance par le salut. Tous les participants sont sur une même ligne, pieds joints, le poing droit sur le cœur et nous effectuons un mouvement d'extension du bras droit vers l'extérieur. Ce mouvement codifié et porteur de valeurs est l'occasion de demander aux familles ce qui, chez elles remplace le salut : comment se dit-on « bonjour » ?

Nous recueillons les façons de faire de chacun et mettons en évidence que « toute communication est analogique et digitale ». Nous reviendrons sur les valeurs et la singularité de chaque famille au moment de la prescription de tâches.

c) Déplacements

Le premier exercice est un exercice de déplacements libres. (3 x 1min) En fin d'exercice nous interrogeons les participants sur les difficultés rencontrées pour trouver la bonne distance, prendre en compte les capacités de l'autre, s'accorder sur les directions prises ... Nous verrons alors l'importance de la communication non verbale et conclurons au fait que « l'on ne peut pas ne pas communiquer ». Le deuxième exercice impose successivement un rôle de meneur, de mené puis l'absence de rôle défini. (3 x 1min) Nous interrogeons les conséquences de cette consigne et aborderons la question des places et rôles de chacun et verrons que « toute communication présente deux aspects, le contenu et la relation ».

d) Exercices pieds/poings

Le premier exercice consiste à donner des coups de poings et de pieds sans opposition, chacun son tour, sur place puis en se déplaçant avec possibilité d'esquives et de parades. (3x1'30min) Une fois l'exercice terminé, nous interrogeons les participants sur leur capacité à recevoir et donner les coups, les accepter ou au contraire les esquiver. Chacune des réponses sera mise en perspective avec la communication et les relations et retranscrite à l'écrit sur le paperboard.

Le deuxième exercice n'utilise que les poings (3x1'30min). A la première reprise, les deux boxeurs ont la même consigne : travailler en poings avec pour objectif de toucher sans se faire toucher. Les deuxième et troisième reprises, l'un des boxeurs a reçu comme consigne secrète de donner le coup à chaque fois un peu plus fort puis un peu moins fort que celui qu'il a reçu. Nous interrogeons les boxeurs sur cet exercice et les conséquences de la consigne secrète. Nous mettrons alors en évidence que « la communication est symétrique ou complémentaire » et que « la nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication ».

e) Prescription de tâches

A la fin de la séance, nous donnons des tâches pour la prochaine séance afin de maintenir le processus de thérapie en action et de rendre chacun acteur de changement (27) (28).

Nous demandons à chacune des familles :

- d'échanger autour de la question du « salut » : la façon dont on se dit bonjour.
- d'identifier l'équivalent des zones interdites que l'on nommera « sujets sensibles » avec la liberté pour les autres membres de la famille d'interroger ceux-ci. Nous mettrons alors en évidence qu'il n'y a pas de questions indiscrettes mais uniquement des réponses indiscrettes et ferons également la distinction entre secrets et non-dits.
- d'utiliser le pronom « je » dans un maximum de leurs échanges : outils de désescalade dans les communications symétriques.

Lors de la séance suivante, les premières minutes seront consacrées à leurs retours sur cette prescription de tâches.

1.3.2. Deuxième séance

a) Déplacements

Les deux boxeurs se déplacent librement pour cet exercice. (3x1min)

Chacun leur tour, l'un des membres de la famille prend le rôle du « coach » et doit alors émettre une critique à « son » boxeur. Cette critique est partagée à l'ensemble du groupe et le boxeur est invité à donner son ressenti par rapport à la critique émise. Puis nous invitons les coaches à reformuler les critiques en utilisant les techniques d'affirmation de soi et de communication non violente. Les boxeurs donnent de nouveau leur ressenti. Cet exercice permet également de mettre en lumière la place importante et le pouvoir relationnel de l'outsider dans les relations (26).

b) Exercices pieds/poings

Chacun aura alternativement l'outil poings ou l'outil pieds durant l'exercice. Ceci impose des comportements distincts et entraîne une différence de vécu et de point de vue sur l'exercice. Chacun s'exprime à ce sujet. Puis nous mettrons en évidence que chacun construit « sa carte du monde » en fonction de ses expériences vécues.

c) Assauts libres

Un assaut libre est une rencontre entre les partenaires où les échanges de coups de pieds et poings sont libres. (3x1'30min)

Après la partie pratique, nous utilisons à nouveau le paperboard pour recueillir les ressentis et avis des participants. Nous nous interrogeons sur les difficultés rencontrées dans les échanges physiques et élaborons des pistes d'amélioration. Puis, par analogie nous essaierons de trouver des situations qui, dans la relation et la communication parents-adolescents, nous confrontent à ces mêmes difficultés. Les solutions trouvées physiquement sont-elles transposables dans la vie de tous les jours ? Cette troisième série d'exercice a pour but d'évoquer entre autre : la nécessaire alternance entre écoute et paroles, le respect de l'autre et de ses capacités, l'importance du feedback et du timing, la metacommunication, la ponctuation de la séquence, l'identification de ses besoins et des besoins de l'autre ainsi que de la notion de causalité circulaire.

d) Prescription de tâches

Nous finissons la séance par une prescription de tâches :

- s'entraîner à faire des critiques en respectant les étapes de l'affirmation de soi
- exprimer ses besoins
- relever un comportement d'un membre de sa famille qui nous interroge et identifier l'éventuelle expérience passée qui l'amène à se comporter ainsi. Cela permettra de le rejoindre dans sa « carte du monde »

A noter que ces prescriptions de tâches n'ont pas pour seul but le changement de comportement mais également un changement dans le vécu de l'expérience.

1.3.3. Troisième séance

Les familles sont remaniées : de nouvelles expériences relationnelles, des changements de point de vue et la redécouverte de compétences sont permis grâce à la thérapie multifamiliale (16).

a) Déplacements

Deux personnes d'une même famille se déplacent ensemble et l'observateur est un membre d'une autre famille. (2x1min) Puis les rôles changent.

L'observateur donne une métaphore aux deux boxeurs. Chacun pourra s'exprimer sur son ressenti, la manière dont il reçoit cette métaphore. Nous évoquons alors le poids des métaphores, leur nécessaire co-construction et l'accès plus direct aux émotions qu'elles permettent (Erickson) (23).

b) Exercice pieds/poings

Dans cet exercice, l'un des deux boxeurs est en poings et l'autre uniquement en chassés; puis les rôles sont inversés. (2x1min) Les deux boxeurs sont de familles différentes et l'observateur/coach est un membre de la famille de l'un des deux boxeurs en exercice. L'observateur doit alors se concentrer sur le membre de sa famille et repérer une qualité, un atout. A la fin de l'exercice l'observateur, dit au membre de sa famille, sous forme de compliment, l'atout qu'il a identifié chez lui. Nous aborderons alors les techniques d'affirmation de soi pour donner et recevoir un compliment.

c) Assauts libres

Chaque jeune boxe avec de « nouveaux parents ». Les nouveaux parents doivent identifier une ressource chez le jeune et la lui redonner en faisant des hypothèses d'utilité dans la vie quotidienne. Les échanges sur le vécu de cette expérience et la redécouverte de compétence seront discutés avec l'ensemble de la communauté soignante sur le modèle de la thérapie multifamiliale.

d) Remise d'un porte-clefs

En fin de séance, un porte-clefs en forme de gants de boxe sera remis à chacun des participants qui pourra alors partager avec le groupe ce à quoi ce porte-clefs lui fera penser, de quoi il sera le symbole, ce qu'il voudra laisser ou emporter avec lui de sa participation à l'atelier.

2. Méthodes d'évaluation

2.1. Objectif principal : étude de la faisabilité ; entretiens semi-dirigés (annexe IV)

Nous avons décidé d'utiliser une méthode qualitative pour explorer les avis des patients, des familles et des soignants concernant la faisabilité de la mise en place de l'atelier. A la fin des trois séances, nous réalisons des entretiens semi-dirigés téléphoniques (à la marge, certains recueils ont été effectués par échange de mails) auprès des patients et des soignants ayant participé aux séances. Ces entretiens sont menés par un interviewer unique aidé d'un guide d'entretien basé sur des hypothèses sous-jacentes. Le but de ces entretiens est de rassembler les freins, les réticences, ou au contraire les intérêts et désirs des soignants et des patients autour de cette nouvelle pratique et outil thérapeutique. Cela permet d'étudier la faisabilité, l'acceptabilité, et l'intérêt de la mise en place de l'atelier. Afin de diminuer le biais de sélection dans l'interrogatoire des soignants, nous avons également interrogé des soignants n'ayant pas participé à l'atelier.

2.2. Objectif secondaire : observation des effets de l'atelier

2.2.1. Sur le fonctionnement familial, questionnaire FRI (annexe V)

Avant la participation à l'atelier, chaque membre de la famille remplit ce questionnaire qui sera à nouveau rempli à l'issu des 3 séances. Le questionnaire FRI est un auto-questionnaire qui évalue le fonctionnement familial. Nous avons décidé d'utiliser le questionnaire FRI car il existe une validation française récente de ce questionnaire (29), que son remplissage est rapide et simple et que les items abordés : cohésion, expression et conflit, correspondent bien au sujet de notre étude. Le fonctionnement familial étant la moyenne des scores de cohésion, d'expression et l'inverse du conflit.

2.2.2. Sur la qualité de vie des adolescents : questionnaire VSP-A (annexe VI)

Avant la participation à l'atelier, chaque adolescent remplit ce questionnaire qui sera à nouveau rempli à l'issu des 3 séances. Le questionnaire VSP-A est un auto-questionnaire validé en français qui évalue la qualité de vie des adolescents. Celle-ci étant la moyenne des sous catégories explorées, à savoir : bien-être psychologique, énergie et vitalité, amis, parents, loisirs, école. Nous avons décidé d'utiliser le questionnaire VSP-A car la forme d'auto-questionnaire permet de prendre en compte la subjectivité interindividuelle (20).

Il est rapide et facile d'utilisation. La sous-catégorie « parents » semble particulièrement adaptée à notre recherche. Aussi, cette échelle a été construite à partir des points de vue d'adolescents français, ceci permet une bonne pertinence et concordance pour notre population (30).

RÉSULTATS

3. Objectif principal : faisabilité

3.1. Du côté des prescripteurs

Au total, nous avons interrogé quatre médecins qui ont participé à l'inclusion des patients.

a) Les indications

Les prescripteurs n'ont pas proposé l'atelier à tous leurs patients et ont ciblé les situations suivantes :

- Conflits : familles en conflit ou au contraire a-conflictuelles
- Intellectualisation : pour les familles « dans la tête », utiliser un outil autre que la parole
- Difficultés de différenciation
- Relations: les enrichir, amener du jeu, partager une expérience commune

Lorsqu'ils proposaient l'atelier aux familles, les prescripteurs avaient peu de refus.

b) Les bénéfices thérapeutiques attendus et/ou observés

Ce qui a motivé la prescription de l'atelier et qui s'est révélé aidant dans la prise en charge sont des évolutions du côté de :

- L'affirmation de soi
- Comprendre et renforcer les liens parents-adolescents
- Partager du plaisir
- Assouplissement des liens familiaux
- Implication de la famille pour le jeune (et particulièrement les pères)
- Rencontrer d'autres familles

c) Les difficultés rencontrées

Lorsqu'ils proposaient l'atelier, les prescripteurs ont eu peu de refus dans l'ensemble. Les principaux freins rencontrés étaient la disponibilité des parents, la configuration familiale et le besoin de comprendre l'intérêt de l'atelier. Une fois informés, les patients faisaient confiance à leur thérapeute et pour certains, l'approche expérimentale était même un atout avec l'idée d'être « privilégié ».

d) Remarques

Les retours des prescripteurs sont très positifs.

Pour améliorer l'atelier, ils suggèrent de pouvoir intégrer plus facilement les familles monoparentales ou séparées et de faire plus de séances pour un effet thérapeutique plus marqué.

3.2. Du côté des soignants

Nous avons interrogé huit soignants qui ont co-animé l'atelier et cinq soignants qui n'y ont pas participé.

3.2.1. La première impression

a) Des soignants volontaires

La première impression des soignants concernant l'atelier est positive, ils sont curieux et intéressés.

Même si plusieurs d'entre eux se sont inquiétés de la faisabilité en termes de recrutement.

3.2.2. Avis sur l'organisation

a) Organisation générale

Les soignants qui ont co-animé l'atelier ont trouvé l'organisation générale (durée, fréquence, horaire) correcte. Avec des points positifs plus spécifiquement relevés : la fréquence qui permet un temps d'assimilation et l'horaire qui ouvre la possibilité de partager un repas en famille.

« Toutes les deux semaines, ça leur laisse une phase de digestion et de pouvoir se remobiliser » A.J

« Ça leur permet d'aller dîner en famille après, avec cette heure-là » A.J

b) Charge de travail supplémentaire

Aucun soignant n'a trouvé que la charge était trop importante, la moitié a trouvé que cela nécessitait un peu d'organisation et l'autre moitié n'a pas perçu cela comme une charge de travail supplémentaire mais plutôt comme un nouvel outil à disposition. De la même manière, les soignants qui n'ont pas participé aux ateliers n'ont pas ressenti de grosse répercussion sur leur travail habituel.

« *Juste une petite pause entre la journée de travail et l'atelier, moi je sais que j'en ai besoin* » E.S

« *Non pas de surcharge de travail, plutôt des outils* » K.J

c) Co-animation

Les avis sont partagés : la moitié des soignants a trouvé aisément sa place, l'autre moitié s'est interrogée sur la place à prendre.

« *Ben en fait oui parce que vous m'avez donné ma place, (...) je me suis senti bien* » A.J

« *Je savais pas trop comment me positionner (...) j'étais plus en position d'observatrice* » S.V

Pour certains, il était important d'être là aux trois séances pour assurer un climat de confiance.

« *Pour un climat de confiance je pense que c'est important qu'il y ait de la continuité* » E.S

3.2.3. Intérêts de l'atelier

Tous les soignants (ayant participé ou non à l'atelier) voient un intérêt thérapeutique à l'atelier comme complément aux prises en charge proposées.

Quatre grands intérêts peuvent être tirés des entretiens :

- Rencontrer le jeune et sa famille dans un autre contexte permet aux soignants de changer de regard sur la situation.

« *Tu te rends compte qu'entre ce que te dit le jeune, comment tu vois la famille en vrai, leur représentation, comment ils le vivent il y a une espèce de décalage* » E.S

- Apporter du changement dans les relations par le jeu qui permet plus de spontanéité et ne nécessite pas forcément d'être à l'aise avec la parole.

« *Le fait que le jeune puisse renvoyer à ses parents autrement que par la parole ce qu'il a à leur dire et pareil pour les parents (...)* » T.D

- Donner des clefs de compréhension à la communication et aux relations intrafamiliales, à la fois pour les membres de la famille et pour les soignants.

« *On en reparle souvent en régulation [NDLR : réunion de synthèse quotidienne], on s'appuie sur cet atelier pour voir ce qui s'est passé dans les relations avec sa famille* » S.V

- Et enfin la mise en place d'une communauté soignante.

3.2.4. Pérennisation de l'atelier

a) Et si c'était à refaire ?

Tous les soignants se montrent enthousiastes et volontaires pour animer (de nouveau) l'atelier si cela leur était proposé sur du plus long terme. Les soignants n'ayant pas participé rapportent tous qu'ils auraient aimé assister aux séances et pourquoi pas être formés pour pouvoir poursuivre l'atelier en dehors du travail de thèse. La seule raison pour laquelle ils n'ont pas participé est une question d'horaires de travail ou de collègues déjà « inscrits » pour y participer.

« *Je le refais quand tu veux !* » E.S

« *On est preneur de plein d'idée on peut l'intégrer facilement dans l'organisation* » S.V

b) Piste de changements ou d'améliorations

Il a été regretté par plusieurs soignants la difficulté d'accès à cet atelier aux familles recomposées ou monoparentales.

« *Donner la possibilité aux familles de parents divorcées ou monoparentales de pouvoir accéder à cet atelier, on était un peu frileux, si c'était à refaire on élargirait à d'autres type de familles* » A.J

Certains soignants précisent que sur le long terme, cela nécessiterait probablement des ajustements de leur emploi du temps.

« *Si l'atelier se pérennise il faudrait peut-être penser les choses différemment, sur les amplitudes horaires* » E.S

Pour les soignants n'ayant pas participé aux ateliers, la restitution faite par leurs collègues et les échanges avec les jeunes étaient précieux mais la plupart regrette qu'il n'y ait pas eu de « retour formel » ou de « conclusion » de la participation des familles qui aurait permis un regard extérieur.

3.3. Du côté des patients

3.3.1. Caractéristiques de l'échantillon

Tableau I. Caractéristiques de l'échantillon côté soignés.

	Age	Sexe	Crise / post crise	Accompagnants
Ado 1 : J.G	20 ans	masculin	Post crise	Parents en couple
Ado 2 : B.J	24 ans	masculin	Post crise	Parents en couple
Ado 3 : C.B	18 ans	féminin	Post crise	Parents en couple
Ado 4 : T.B	19 ans	masculin	Post crise	Parents en couple
Ado 5 : A.N	20 ans	féminin	Post crise	Parents en couple
Ado 6 : M.C	17 ans	féminin	Post crise	Mère et beau père
Ado 7 : C.S	16 ans	féminin	Post crise	Parents en couple
Ado 8 : S.G	17 ans	féminin	Post crise	Parents en couple
Ado A : S.B	17 ans	masculin	Crise	Parents en couple
Ado B : C.B	17 ans	féminin	Crise	Parents en couple
Ado C : T.G	15 ans	masculin	Crise	Parents en couple

Au total, nous avons recruté 11 familles (soit 33 patients). Parmi ceux-ci, nous avons exclu des entretiens et des questionnaires ceux qui ont participé à moins de deux séances. Ce qui a été le cas pour la famille A du fait d'un conflit trop important, pour la famille C et 5 du fait du confinement. Pour le recueil des résultats, nous avons donc interrogé 24 patients.

Une majorité des patients étaient en soin de post crise. La quasi-totalité des jeunes ayant participé à l'atelier étaient accompagnés de leurs parents qui étaient en couple sauf une jeune qui était accompagnée de sa mère et de son beau-père.

3.3.2. La première impression

a) Le recrutement

Une bonne partie (17/24) des participants a entendu parler de l'atelier par les soignants, une autre partie par leurs enfants hospitalisés (5/16) et une minorité par les affiches ou par d'autres jeunes hospitalisés. (5/24)

« *Dans la salle d'attente, j'ai pris le tract (...) J'étais déjà convaincu par le flyer* » mère B

« *On en a parlé tous ensemble à un entretien de famille et on était tout de suite partant* » mère 1

Pour la majorité, ils étaient curieux et intrigués (20/24) par l'atelier et ont alors fait confiance au personnel soignant ou à leur enfant leur proposant d'y participer.

« *Je me suis dit que si on propose c'était peut être efficace et qu'il fallait essayer.* » ado 2

Un jeune était plutôt dubitatif. « *Ça ne m'a pas trop parlé au début* » ado 1

Un père avait d'autres préoccupations qui ne le rendaient pas disponible immédiatement. Un couple n'y voyait pas d'intérêt et imaginait plutôt concentrer leurs efforts sur les entretiens familiaux.

« *Je n'avais pas prêté attention aux flyers, j'étais dans une disposition psychique particulière avec ma fille qui venait de se faire hospitaliser* » père B

b) Les freins à la participation

Pour beaucoup (10/24), la question des contraintes professionnelles et familiales est évoquée mais pour presque tous, le sens des priorités leur permet de s'organiser et de se libérer.

« *C'était un peu compliqué, mais 3 séances ce n'est pas le bout du monde on se débrouille* » père B

Aussi, une crainte qu'une bonne partie des participants (8/24) soulève est la question du secret et de la pudeur vis-à-vis des autres familles. « *C'était la peur du regard des autres* » ado 8

Certains (3/24) ont pu s'interroger sur leur capacité physique mais ont été rapidement rassuré.

« *J'avais peur que ce soit trop sérieux du côté du sport, mais en fait c'était juste un support* » ado B.

c) La représentation du sport de combat

A l'exception de trois personnes, aucun des participants n'a eu de crainte quant à l'aspect violent ou dangereux que l'on aurait pu imaginer.

« Je ne craignais pas du tout que ce soit violent, la représentation que j'ai des sports de combat c'est plutôt quelque chose de noble » mère B

« Disons que ça n'est pas naturel même si c'est un sport de porter des coups » père 4

3.3.3. Avis sur l'organisation

a) Horaire, fréquence, durée

Dans l'ensemble, la fréquence, la durée et l'horaire de l'atelier étaient corrects pour la majorité.

La fréquence tous les 15 jours permettait d'avantage de souplesse dans l'organisation personnelle des participants et un bon laps de temps pour assimiler sans oublier ce qui avait été dit. Une nuance est apportée par quelques-uns (5/24) : du fait de l'hospitalisation, il y a peu de moments où la famille se retrouve ensemble et la fréquence de quinze jours paraît alors courte pour mettre en application ce qui a été dit lors des séances.

« Une semaine sur deux ça laisse du temps entre les deux pour assimiler et pour le travail ça fait être moins absent et ça permet quand même un suivi plus que si c'était tous les mois » mère 2

La durée de 2h satisfaisait l'immense majorité (23/24).

« Faire le trajet pour une heure je l'aurai pas fait, 2H ça permet de sortir un peu du monde dans lequel on est » père B

b) Le nombre de séances

Pour plus de la moitié (13/24), le nombre de séances était considéré comme un peu court. Avec le désir d'approfondir d'avantage et permettre des éventuels bénéfices à plus long terme.

« Pas moins, peut être une ou deux séances de plus. Pour apprendre d'autres choses ça aurait été bien, un peu aussi pour passer encore du temps avec mes parents » ado B.

Pour l'autre moitié, c'était au contraire juste ce qu'il fallait, cela répondait aux exigences organisationnelles des parents et permettait une bonne concordance avec les soins, surtout à ESPACE.

« Si il y avait eu 4-5 séances, je pense que je n'aurai pas pu participer, là 3 séances j'ai fait l'effort de me libérer, je me suis arrangé. (...) » père 2

« *Par rapport au parcours médical c'est bien, si ça déborde alors que ma fille n'est plus hospitalisée on a l'impression de plus être en phase, plus dans le timing* » père B

c) Le lieu

Le lieu était dans l'ensemble assez indifférent (16/24). Pour deux jeunes, le fait que ce soit sur le lieu d'hospitalisation a été un frein alors que pour quatre d'entre eux cela était rassurant ou pratique.

« *C'était difficile de revenir sur ce lieu, ça me dérangeait de revenir là* » ado 1

« *C'était un lieu que je connaissais ça me rassurait un peu, sur place c'était facile pour moi* » ado 2

Pour quelques-uns (2/15) le lieu était considéré comme non idéal du fait de la chaleur et de l'espace.

d) Alternance échanges physiques / échanges verbaux

L'alternance entre des temps d'échanges verbaux et des temps de pratique sportive était vue comme bénéfique pour tous les participants.

« *On nous prenait à chaud c'était plus simple de parler sur le moment, ça permet la spontanéité (...)* » mère B

« *Les petits points après chaque boxe c'était métaphorique c'était bien on pouvait retranscrire en intellectuel et ce qu'il y avait dans la vraie vie...* » ado 4

3.3.4. Les bénéfices de l'atelier.

a) Quatre grands bénéfices : la communication, une nouvelle rencontre, le partage, la communauté soignante

Les bénéfices majeurs cités par les patients peuvent être rassemblés en quatre catégories :

- autour de la communication : libérer la parole, mieux percevoir les enjeux de la communication, avoir des outils concrets et améliorer les relations familiales. (8/24)

« *Faire le rapprochement entre la boxe et la communication ça m'a bien aidé, c'était parlant* » ado 2

« *Tout ce dont on a parlé, déjà maintenant je trouve que ça a fait des grands changements avec papa et maman. Toute la communication en général s'est bien améliorée* » ado B

« *On se dit bonjour maintenant ça paraît bête mais je trouve que c'est important* » mère 1

- une nouvelle rencontre entre les membres de la famille permise par un cadre ludique et un support non verbal qui permet spontanéité et liberté d'expression des émotions. (14/24)

« *D'échanger avec mes parents dans un autre environnement que la maison* » ado 1

« *C'est ludique, ça permet de détendre l'atmosphère et se dire les choses* » père 7

- le partage d'une activité commune, la prise de plaisir, vivre quelque chose ensemble (16/24)

« *Il y a d'autres choses qui passent, des rires, on voyait beaucoup plus de détente, de bonne humeur, de moments partagés que quand la parole reprend le dessus* » père 8

« *C'est bien, on fait pas forcément des activités ensemble, X adore danser pas moi, alors là c'était l'occasion de faire quelque chose ensemble (...) on a rarement l'occasion de faire des choses vraiment ensemble* » père 1

- la communauté soignante : le fait que l'atelier soit organisé en groupe sur le modèle des thérapies multifamiliales ne laisse pas indifférent. On retrouve de nombreux commentaires positifs en adéquation avec ce qui est décrit dans la littérature au sujet de la thérapie multifamiliale et de groupe. Avec souvent un premier mouvement de surprise ou de gêne mais qui ne dure pas.

« *Ça m'a fait bizarre au départ, mais finalement c'était impressionnant de voir le changement chez eux, je me dis aussi il y a pire ailleurs, je me dis que malgré tout j'ai de la chance* » mère 2

« *Je suis assez isolée, et là ça m'a permis de me rapprocher aussi de X et Y, ça fait du bien* » ado 6

b) A nuancer

Certaines précisions sont apportées sur les bénéfices tirés. Quelques-uns (7/24) questionnent les effets sur le long terme, d'autres (5/24) soulignent la simultanéité des autres prises en charge qui ne leur permet pas d'attribuer un changement à l'une ou l'autre des prises en charges.

« *C'est difficile à évaluer parce que ça s'inscrit dans une thérapie d'ensemble* » père 3.

3.3.5. Et si c'était à refaire ?

La quasi-totalité (23/24) des patients participerait de nouveau à un atelier de ce type.

« *Bien sûr, encore mieux maintenant que je sais en quoi ça consiste* » père B

4. Objectif secondaire

4.1. Qualité de vie des adolescents

4.1.1. VSP-A avant et après la participation à l'atelier

Tableau II. VSP-A avant et après participation à l'atelier « savate bien ? ».

	Bien être (%)		Energie (%)		Amis (%)		Parents (%)		Loisirs (%)		Ecole (%)		QdV (%)	
	avt	apr	avt	apr	avt	apr	Avt	apr	avt	apr	avt	apr	avt	Apr
Ado 1	32	40	35	48	54	54	25	31	75	78	41	52	44	50
Ado 2	34	37	37	40	33	66	50	50	20	45	/	/	35	48
Ado 3	25	38	35	53	83	54	83	71	60	25	33	42	53	47
Ado 4	25	45	43	63	50	71	67	75	55	70	75	83	52	68
Ado 5	43	NC	40	NC	71	NC	33	NC	40	NC	66	NC	49	NC
Ado 6	23	28	30	38	38	28	79	96	50	50	42	58	44	49
Ado 7	28	41	38	36	63	58	13	29	45	60	50	58	39	47
Ado 8	24	55	26	55	46	58	67	71	40	50	100	67	50	59
Ado A	47	NC	65	NC	17	NC	67	NC	55	NC	58	NC	34	NC
Ado B	14	44	40	55	83	83	70	92	85	70	75	33	61	83
Ado C	43	NC	43	NC	92	NC	38	NC	100	NC	17	NC	55	NC

Ci-dessus, sont consignés les résultats au questionnaire VSP-A. Questionnaire rempli par les adolescents avant puis après la participation à l'atelier.

Ci-après, représentation graphique des qualités de vie avant et après la participation à l'atelier pour chacun des adolescents.

Le score de qualité de vie étant la moyenne des sous catégories du test VSP-A.

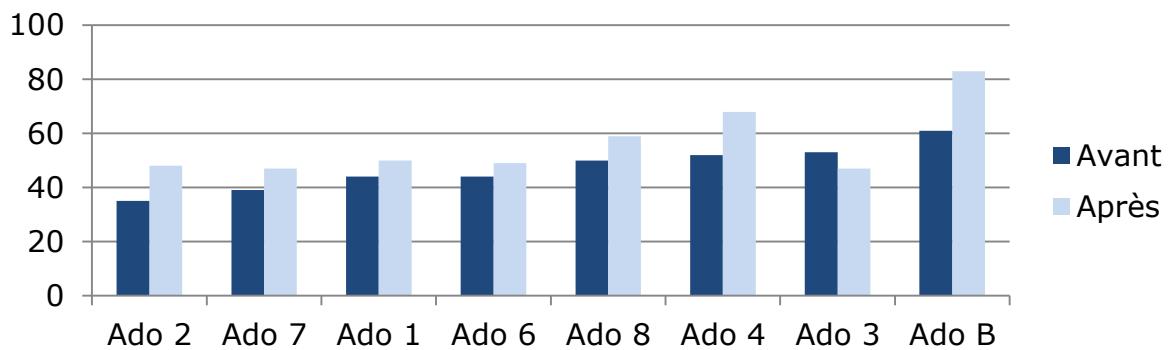


Figure 1. Comparaison des scores obtenus au test VSP-A avant et après l'atelier « savate bien ? »

Pour tous les ados sauf un, les scores de qualités de vie après la participation aux ateliers se sont améliorés.

Concernant les sous catégories étudiées par le test VSPA-A, le score de bien être s'est amélioré pour 8/8 patients (+15% en moyenne), le score d'énergie pour 7/8 patients (+ 13% en moyenne), le score parents pour 7/8 patients (+ 8% en moyenne), le score loisirs pour 6/8 patients (+ 2% en moyenne). Pour certaines sous-catégories les scores ont diminué. C'est le cas pour le score des amis pour 4/8 patients (-3% en moyenne) et le score école pour 5/7 patients (-3% en moyenne).

En analyse statistique avec un test de wilcoxon, la différence est significative entre les scores de qualité de vie avant et après participation. ($p=0,035$)

4.2. Fonctionnement familial

4.2.1. FRI avant et après l'atelier

Tableau III. FRI avant et après participation à l'atelier « savate bien ? ».

	cohesion		expression		conflit		relations	familiales
	avant	après	avant	après	avant	après	avant	Après
Ado 1	0,77	0,66	0,44	0,55	0,33	0,11	0,62	0,70
Pere 1	0,66	0,66	0,22	0,33	0,77	0,44	0,37	0,51
Mere 1	0	0,22	0,5	0,22	0,72	0,66	0,26	0,26
Ado 2	0,11	0,55	0,22	0,11	0,66	0,44	0,22	0,40
Pere 2	0,66	0,77	0,33	0,66	0,44	0,44	0,51	0,66
Mere 2	0,72	0,77	0,83	0,5	0,66	0,34	0,63	0,64
Ado 3	0,88	0,55	0,44	0,44	0,44	0,11	0,62	0,63
Pere 3	0,88	0,77	0,38	1	0	0	0,75	0,92
Mere 3	1	1	0,88	1	0,33	0,11	0,85	0,96
Ado 4	0,77	0,77	0,44	0,55	0,44	0,44	0,59	0,66
Pere 4	0,77	0,77	0,61	0,83	0,17	0,1	0,73	0,83
Mere 4	0,89	0,89	0,55	0,89	0	0	0,81	0,93
Ado 5	0,22	NC	0	NC	0,66	NC	0,18	NC
Pere 5	0,94	NC	0,5	NC	0	NC	0,81	NC
Mere 5	0,89	NC	0,61	NC	0,33	NC	0,72	NC
Ado 6	0,22	0,22	0,55	0,22	0,44	0,44	0,47	0,33
Pere 6	0,11	0,56	0,33	0,67	0,22	0,11	0,44	0,71
Mere 6	0,22	0,56	0,44	0,56	0,33	0,22	0,47	0,63
Ado 7	0,33	0,27	0,11	0,33	0,66	0,66	0,26	0,32
Pere 7	0,22	0,39	0,5	0,22	0,55	0,66	0,39	0,32
Mere 7	0,11	0,06	0,33	0,55	0,77	0,66	0,26	0,32
Ado 8	1	1	0,27	0,61	0,11	0,14	0,75	0,83
Pere 8	1	1	0,33	0,55	0	0	0,77	0,85
Mere 8	1	1	0,44	0,55	0	0	0,81	0,85
Ado A	0,77	NC	0,38	NC	0,38	NC	0,59	NC
Pere A	0,44	NC	0,55	NC	0,55	NC	0,48	NC
Mere A	0,77	NC	0,66	NC	0,88	NC	0,51	NC
Ado B	0,88	1	0,22	0,61	0,11	0,11	0,66	0,83
Pere B	0,88	1	0,44	0,66	0,11	0	0,73	0,89
Mere B	0,88	0,89	0,33	0,39	0	0,11	0,73	0,72
Ado C	0,66	NC	0,55	NC	0,33	NC	0,62	NC
Pere C	0,89	NC	0,55	NC	0,11	NC	0,77	NC
Mere C	1	NC	0,66	NC	0,22	NC	0,81	NC

Ci-dessus, sont consignés les résultats au questionnaire FRI. Questionnaire rempli par chacun des membres de la famille avant puis après la participation à l'atelier.

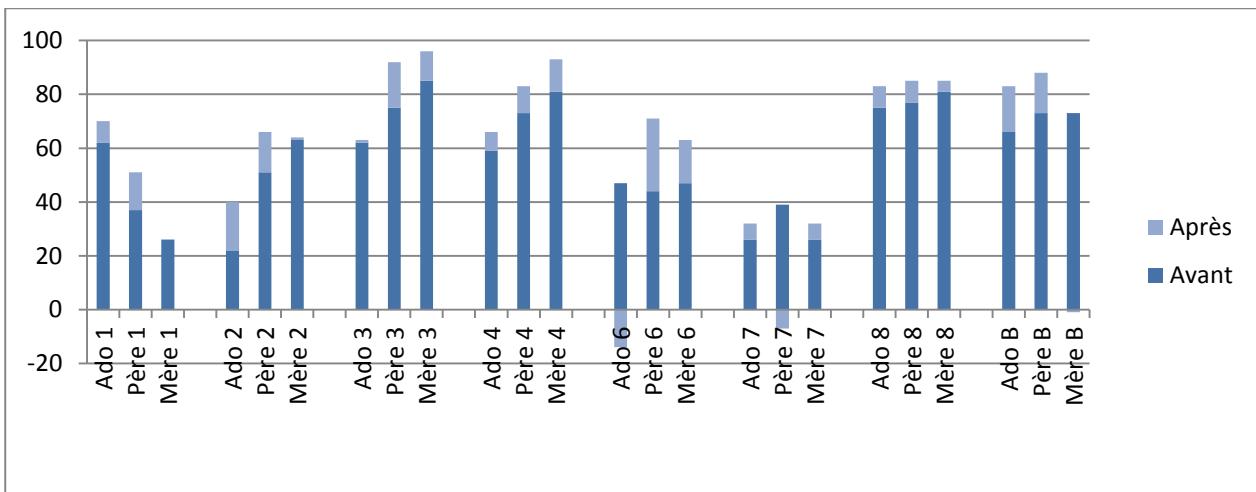


Figure 2. Comparaison des scores de relations familiales obtenus au test FRI avant et après l'atelier « savate bien ? »

Ci-dessus, représentation graphique des scores de relations familiales avant et après la participation à l'atelier. Le score de relations familiales étant la somme du score de cohésion, du score d'expression et de l'inverse du score de conflit.

Les relations familiales après la participation aux ateliers sont améliorées pour la majorité des patients (20/24). Concernant les sous-catégories explorées par le test FRI ; la cohésion s'améliore pour 19/24 patients (avec en moyenne + 20%) ; l'expression s'améliore pour 19/24 patients (avec en moyenne +24%) ; le conflit diminue pour 22/24 patients (avec en moyenne -5%).

En analyse statistique avec un test de wilcoxon, la différence est significative entre les scores de relations familiales avant et après participation. ($p=0,00055$)

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Intérêt majeur rapporté par les patients : partage de plaisir

La majorité des participants a apprécié participer à cet atelier et notamment dans le partage d'expériences en famille et la prise de plaisir entre jeunes et parents. Ceci est un point crucial puisque l'on sait que le détachement émotionnel à l'égard des parents n'est guère souhaitable chez l'adolescent (31). En effet, l'absence de lien significatif ou la négligence parentale sont pratiquement toujours au cœur des problèmes psychiques les plus sévères qui guettent les jeunes (29).

L'expérience du lien et de l'accordage affectif (partage d'expérience émotionnelle) entre les boxeurs met en lumière l'intersubjectivité et illustre la dialectique dépendance/interdépendance au travers de la pratique sportive (13). On peut aussi nommer l'importance du développement des interactions triadiques qui commencent dès la petite enfance. La capacité de la famille à accomplir des tâches en équipe favorise l'alliance familiale (32) (33).

Il est important que les parents et les adolescents maintiennent un lien affectif stable afin qu'ils puissent explorer et s'autonomiser avec une base de sécurité solide : pour pouvoir bien se différencier, il faut que le lien soit solide. Le partage d'activité et les échanges favorisent alors le maintien du lien. Aussi, la participation physique et présente des parents à l'atelier renforce chez l'adolescent le sentiment d'exister à leurs yeux et permet une amélioration de l'estime de soi.

L'adolescent, dans un climat chaleureux, se sent en sécurité, perçoit que ses parents lui veulent du bien, il a une meilleure estime de soi et manifeste moins de problèmes comportementaux et psychologiques (9) (34).

2. Situation de crise ou post-crise

Nous avons recruté plus facilement des familles en post crises qu'en crises. Nous pouvons alors nous interroger sur la pertinence de l'atelier au moment de la crise. En effet, la durée d'hospitalisation est nettement plus courte et l'implication de la famille dans la prise en charge de ce fait moins marquée. Néanmoins la famille en crise ayant participé à l'ensemble des trois séances est une de celles pour qui l'atelier semble avoir été le plus utile (famille B). Par ailleurs, l'unité ESPACE est une unité qui

peut accueillir au maximum 12 adolescents (contre 60 au Pin en Mauges) ce qui limite le recrutement.

Dans la littérature, le groupe multifamilial est proposé en temps de crise ou de post crise avec des objectifs différents selon la temporalité. Les objectifs sont plus modestes pour l'approche en période de crise, avec une prédominance de l'aspect de soutien et éducatif (35).

3. Faisabilité, côté soignants

Le recueil des avis des soignants est encourageant dans son ensemble, à la fois sur la faisabilité, l'intérêt thérapeutique et la volonté de pérennisation de l'atelier.

La plupart des soignants ne voient pas leur participation à ce nouvel outil comme une charge de travail supplémentaire mais plutôt comme une réorganisation de leur mission et de leur temps de travail ce qui est plutôt stimulant et motivant selon les propos rapportés.

Par ailleurs les soignants apprécient le format de l'outil « savate bien » qui leur permet une rencontre différente avec les familles et un regard plus objectif sur chacun des membres qui la compose.

Ceci semble particulièrement important puisque dans la littérature, les études montrent que les rencontres mais aussi les échanges informels avec les familles favorisent l'alliance thérapeutique. Les interactions entre les familles et l'institution peuvent enclencher une spirale vertueuse de l'alliance à l'origine d'une meilleure compliance, d'une diminution du nombre d'hospitalisations etc (36).

4. Les questionnaires

4.1. VSP-A

Ce questionnaire est validé en français pour les adolescents de 11 à 17 ans. Notre population s'étend au-delà de cet âge. Cependant la définition de l'adolescence tend à s'étendre et à intégrer les jeunes jusqu'à 24-25 ans, âge qui correspond à la fin de la maturation cérébrale et à l'intégration plus complète des changements (hormonaux, psychiques et sociaux) menant d'une vie d'enfant à une vie d'adulte. Un article récent (37) donne une définition de l'adolescence qui s'étendrait de 10 à 24 ans. Ceci tient compte des évolutions sociales à l'origine d'un recul de l'âge d'entrée dans l'âge adulte. Aussi, les patients de notre population, malgré un âge civil moyen élevé, présentent des problématiques adolescentes typiques.

4.2. VSP-A et FRI

Les questionnaires FRI et VSP-A ont été remplis à l'issue immédiate de la troisième séance afin d'éviter les perdus de vus du fait du petit échantillon de patients dont nous disposons. Ce choix est délibéré mais engendre donc une analyse des éventuels changements dans la qualité de vie et le fonctionnement familial à court terme. Il aurait pu être intéressant de soumettre les familles à ces mêmes questionnaires à 3 mois, 6 mois ou 1an afin d'évaluer leur évolution sur un plus long terme.

5. Expériences similaires

A notre connaissance, il n'existe pas d'atelier semblable proposé aux adolescents et leurs parents et nous n'avons pas retrouvé d'expérience identique dans la littérature.

Il existe de nombreux modèles d'utilisation des thérapies multifamiliales dans des domaines variés : pathologies schizophréniques, troubles du comportement alimentaire, troubles de l'humeur, périnatalité. Mais ces groupes multifamiliaux utilisent la parole comme outil de médiation.

Il existe de nombreux groupes de médiations thérapeutiques pour adolescents aux supports variés : corporels, artistiques, culturels etc. Mais ces médiations n'incluent pas les familles au sein du groupe.

5.1. Troubles du comportement alimentaire

- « Le repas familial thérapeutique » : (38) il s'agit d'un programme thérapeutique, mis en place au CHU de Rouen, de trois séances aboutissant à un repas familial associant le patient, sa famille et un binôme de soignants. Le but étant de répondre aux angoisses et préoccupations des premiers repas familiaux après des temps d'hospitalisation souvent longs dans la prise en charge des patients anorexiques.

- L'exercice du « poisson dans le bocal » (1) : un sous-groupe (pères, mères, jeunes ou une famille) du groupe multifamilial échange autour d'un sujet alors que le reste du groupe écoute silencieusement puis l'exercice se termine par une discussion du groupe entier. Ceci favorise l'acceptation des différentes perspectives et contribue à la compréhension mutuelle.

5.2. Avec les enfants

- « Jeudi jeu », est un dispositif d'accueil thérapeutique au CHU de Nantes pour les enfants avec troubles autistiques et leurs parents. Ce dispositif leurs ouvre l'espace de soins, rompt l'isolement et les accompagne dans l'observation des conduites d'exploration de l'enfant (39).
- « Un parent-un enfant autour de la terre » est un atelier proposé au CH de Mazurelle en Vendée, qui réunit un parent, un enfant et un soignant autour d'une activité manuelle. Le but étant d'aider l'enfant à s'autonomiser tout en étant près d'un de ses parents (40).
- « Le jeu triadique de Lausanne » mis en place par le Dr Fivaz-Depeursinge étudie les interactions dans le triangle primaire père-mère-enfant et montre que les alliances « suffisamment bonnes » favorisent la différenciation chez le bébé (41).

5.3. Psychoéducation/Groupe de parole

- L'UNAFAM est une association d'aide et de soutien aux proches de personnes atteintes d'un trouble psychique. Elle accueille, informe et conseille les proches mais les patients ne participent pas aux groupes.

5.4. Guidance parentale

- « Grandir à Nantes » : un service de soutien à la parentalité qui propose des ateliers de groupe parents/nourrissons qui permet d'observer et valoriser les compétences sociales de l'enfant. Atelier animé par une puéricultrice.

6. Limites de l'étude

6.1. Population

La population étudiée a été recrutée sur la base du volontariat, ce qui amène un biais de sélection important qui ne permet pas d'avoir un échantillon représentatif de la population.

Par ailleurs, l'effectif de notre population est restreint ce qui ne permet pas la réalisation de statistiques robustes ni la généralisation des résultats obtenus. Avec une population plus grande, il aurait pu être intéressant de faire des comparaisons de sous-groupes selon les pathologies, l'organisation familiale, ou la crise vs post crise. Les premiers résultats obtenus et les retours des

participants sont encourageants pour poursuivre l'atelier et ainsi augmenter la cohorte pour permettre d'affiner les résultats.

6.2. Entretiens semi dirigés

Les entretiens semi dirigés pour l'évaluation qualitative est appropriée mais laisse la place à un biais affectif. De plus l'expérience novice de l'investigatrice limite la richesse des verbatims.

6.3. Statistiques

Une analyse statistique rapide est proposée dans les résultats. Il est à noter qu'avec ce petit échantillon et s'agissant d'un objectif secondaire, les chiffres obtenus ont uniquement une valeur exploratoire.

6.4. Objectif secondaire

La mise en place d'un groupe témoin aurait pu permettre de rendre davantage compte de l'évolution attribuable à l'atelier, qui fait partie d'une prise en charge globale. Si l'atelier venait à se pérenniser, nous pourrions envisager une étude où l'évaluation de l'efficacité serait un objectif principal et où il serait alors utile de comparer les résultats à un groupe témoin.

7. Conclusion

L'atelier a pu se mettre en place facilement. Il est apprécié, pertinent et novateur tant du point de vue des patients que des soignants. L'observation des effets sur les relations familiales et la qualité de vie sont prometteurs, l'impression clinique d'une amélioration générale est confirmée par la passation des questionnaires VSP-A et FRI. L'atelier a alors sa place en complément des prises en charge actuellement proposées, il est à privilégier à distance de la crise. Des études supplémentaires seraient néanmoins nécessaires pour apprécier son efficacité.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Adolescents et santé mentale.
2. Pineda J, Dadds MR. Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. août 2013;52(8):851-62.
3. Lamas C, Corcos M, Jeammet P. Psychothérapies à l'adolescence. *EMC - Psychiatr*. janv 2007;4(1):1-12.
4. Doyle. Self-harm in young people: Prevalence, associated factors, and help-seeking in school-going adolescents / International Journal of Mental Health Nursing. 2015.
5. Tomori M. Child and adolescent psychiatry in Slovenia. In: *Child and adolescent psychiatry in Europe*. Springer; 1999. p. 313-28.
6. Jiménez TI, Lehalle H, Murgui S, Musitu G. Le rôle de la communication familiale et de l'estime de soi dans la délinquance adolescente. *Rev Int Psychol Soc*. 2007;20(2):5-26.
7. Hellbrunn R. Psychoboxe. *Hypotheses*. 2003;67-111.
8. De Luca M. Thérapies à médiation : ergothérapie, sociothérapie et médiations groupales. *EMC - Psychiatr*. janv 2009;6(3):1-15.
9. Cannard C. *Le développement de l'adolescent*. De Boeck Supérieur. 2010.
10. Jeammet P, Sarthou-Lajus N. Les contradictions de l'adolescence. *Etudes*. 1 juill 2008;Tome 409(7):30-40.
11. Brun A. *Médiations thérapeutiques*. 2018;8.
12. Kudelski M. Le sport, le laissé-pour-compte de la psychiatrie ? *Inf Psychiatr*. 2010;Volume 86(10):877-82.
13. Perier A. Se risquer à deux. de l'escalade comme vecteur thérapeutique et comme médiation à l'adolescence. *Psychiatr Enfant*. 2016;59(1):145.
14. Hellbrunn R. *A poings nommés genèse de la psychoboxe*. 2003.
15. Anzieu D. *Le groupe et l'inconscient*. 1975.
16. Asen E. Multiple family therapy: an overview. *J Fam Ther*. 2002;24(1):3-16.
17. Diamond GS. Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(2):122-31.
18. Cook-Darzens S. Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique : une expérience ambulatoire. *Thérapie Fam*. 2005;
19. Robert P. Quels dispositifs pour l'adolescent et sa famille ? *J Psychol*. 2007;n° 245(2):28-30.
20. Eisler I, et al. A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*. 24 nov 2016;16.

21. Rabain N. Les groupes analytiques multifamiliaux pour adolescents. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 30 juill 2016;
22. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD, Morche J. Une logique de la communication. 1972;
23. Kirmayer LJ. Word magic and the rhetoric of common sense: Erickson's metaphors for mind. Int J Clin Exp Hypn. 1 juill 1988;36(3):157-72.
24. Rosenberg MB. La communication non-violente au quotidien. 2005.
25. De Rosnay J. Le macroscope. Vers une vision globale. Le seuil; 2014.
26. Bowen M. The use of family theory in clinical practice. Compr Psychiatry. oct 1966;7(5):345-74.
27. Haley J. Ordeal therapy. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1984. xiv, 213 p.
28. Selvini M et al. Comment se portent les anorexiques traitées par Mara Selvini Palazzoli et ses équipes entre 1971 et 1987 ? Ther Fam. 2003;Vol. 24(4):381-402.
29. Untas A et al. Qualités psychométriques de l'adaptation française du Family Relationship Index (FRI). L'Encéphale. 2011;37(2):110-8.
30. Sapin C, Simeoni M-C. Reliability and validity of the VSP-A, a health-related quality of life instrument for ill and healthy adolescents. J Adolesc Health. avr 2005;36(4):327-36.
31. Steinberg L. We Know Some Things: Parent-Adolescent Relationships in Retrospect and Prospect. J Res Adolesc. 2001;11(1):1-19.
32. Favez N, Frascarolo F. Le développement des interactions triadiques mère-père-enfant. Devenir. 28 nov 2011;Vol. 23(4):359-77.
33. Favez N. Le modèle de l'alliance familiale et le Jeu Trilogique de Lausanne (LTP). Naître et grandir au sein de la triade. De Boeck Supérieur; 2013.
34. Cloutier R, Drapeau S. Psychologie de l'adolescence. 2008.
35. Zanouy L et al. Penser un groupe multifamilial en psychiatrie adulte. J Psychol. 2013;(10):37-41.
36. Cabié M-C. Familles et institutions : une alliance thérapeutique s'appuyant sur les compétences. L'intérêt d'une lecture systémique. 14 nov 2013;
37. Sawyer SM et al. The age of adolescence. Lancet Child Adolesc Health. 1 mars 2018;2(3):223-8.
38. Podlipski M-A et al. Le repas familial thérapeutique. Perspect Psy. 10 août 2015;Vol. 54(1):20-9.
39. Sauvêtre J et al. Jeudi-jeu : nouveau dispositif d'accueil thérapeutique des parents et des jeunes enfants avec troubles autistiques au sein d'un hôpital de jour du CHU de Nantes. Eur Psychiatry. nov 2014;29(S3):593-593.
40. Réveillaud M. Restaurer l'espace privé : l'accueil familial thérapeutique séquentiel et l'atelier «un parent-un enfant autour de la terre ». Sud/Nord. 16 juill 2019;n° 28(1):79-87.
41. Fivaz-Depeursinge E. Observational tool: The prenatal Lausanne Trilogue Play. Parent Ment Health Bridge Infant Adult Psychiatry. 2010;121-7.

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Comparaison des scores obtenus au test VSP-A avant et après l'atelier "savate bien?"	23
Figure 2. Comparaison des scores de relations familiales obtenus avant et après l'atelier "savate bien?"	25

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I Caractéristiques de l'échantillon coté soignés.....	17
Tableau II VSP-A avant et après participation à l'atelier "savate bien"	22
Tableau III FRI avant et après participation à l'atelier "savate bien"	24

ANNEXES

Annexe I : Flyers et affiches

Pour les séances, merci de vous munir de :

- chaussures de sport légères
- tenue de sport dans laquelle vous vous sentez bien
- bouteille d'eau

/ ! \ Nous ne pouvons malheureusement pas vous proposer de vestiaires



Institut psychothérapeutique du Pin en Mauges



Unité Espace à l'hôpital St Jacques à Nantes

Bâtiment Henri-Ey (bâtiment « E » sur le plan ci-dessous)



Pour qui ?



Les jeunes de 15 à 25 ans hospitalisés ET leurs parents

Pourquoi ?



Pour favoriser les échanges et la communication entre le jeune et sa famille

Comment ?



En utilisant la Savate Boxe Française comme outil de communication

En proposant une activité ludique à partager ensemble

Quand ?



3 séances

Les jeudis, de 18h à 20h

Avec qui ?



Lucie Carpentier, interne de psychiatrie et titulaire du Gant d'Argent Technique SBF.

Accompagnée par un soignant

Supervisée par Dr Bardou et Dr Urbain, psychiatres et thérapeutes familial

Dans quel cadre ?



Thèse de diplôme d'état de docteur en médecine

Déroulé des séances : +/- 2h

(+/- 1h d'échanges physiques et 1h d'échanges verbaux)

*Séance 1

-présentation rapide du règlement et de l'équipement

-apprentissage des mouvements de base

-temps de parole

*Séance 2

- 3 exercices à thème avec les membres de sa famille

- temps de parole entre chaque exercice

- assaut libre

*Séance 3

- 3 exercices à thème avec les membres des autres familles

- temps de parole entre chaque exercice

- assaut libre

Modalités d'inscription :

- Valider l'indication auprès de l'équipe soignante
- S'engager pour les 3 séances
- Choisir parmi les dates proposées, si possible les plus proches de l'hospitalisation
- S'inscrire auprès de l'équipe soignante

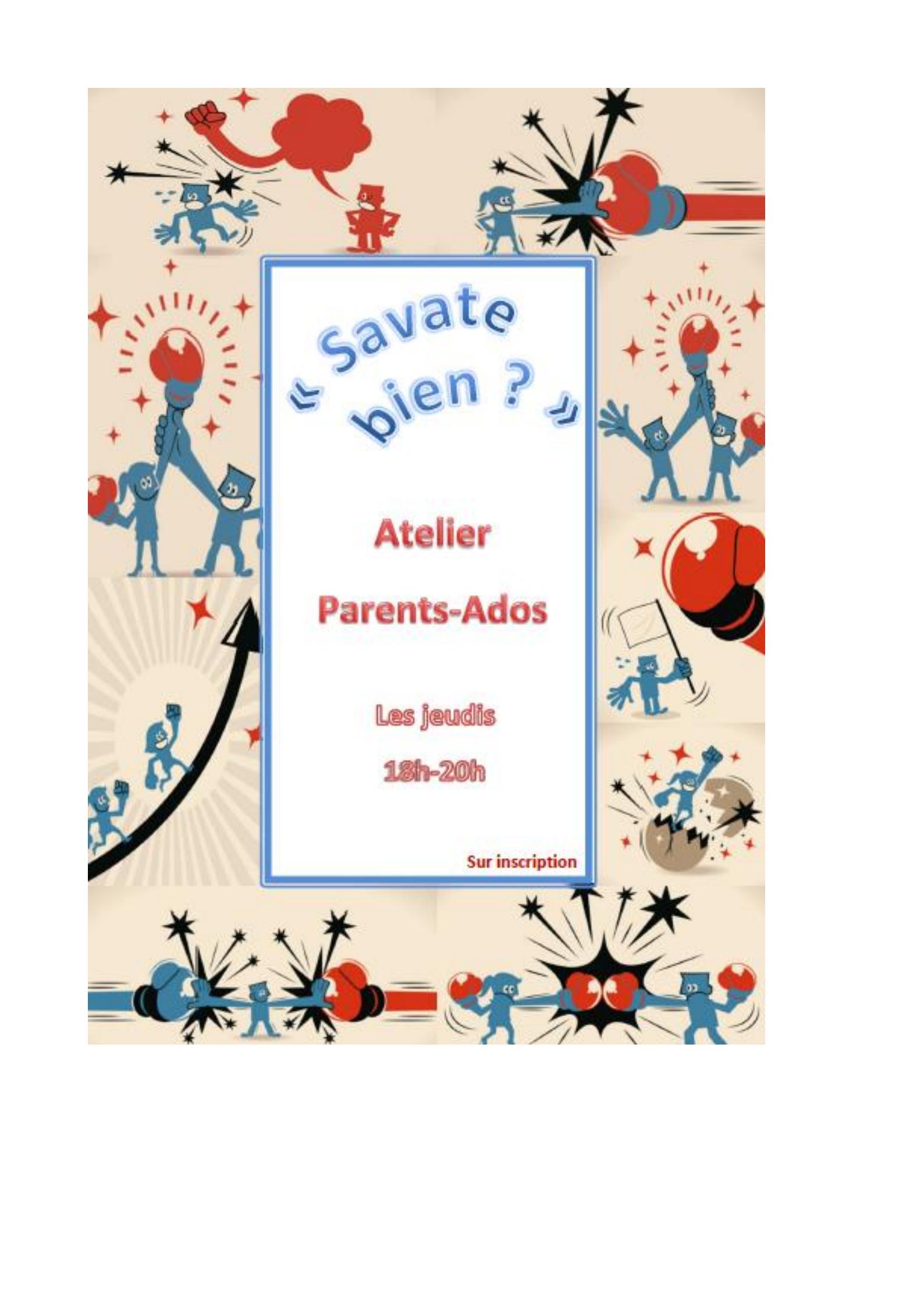
Les Groupes

- Chaque groupe sera composé de 3 familles qui participeront ensemble aux 3 séances.
- Il s'agit de groupe fermé



En parallèle des séances

- Il vous sera demandé de remplir des questionnaires sur le fonctionnement familial et la qualité de vie
- Un entretien en fin de parcours nous permettra d'échanger sur cette expérience et nous aidera à améliorer nos pratiques



« Savate bien ? »

Atelier Parents-Ados

Les jeudis

18h-20h

Sur inscription

Annexe II : Avis du comité d'éthique CHU de Nantes

AVIS

Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS)

Nom du protocole Code et versioning	Savate bien
Investigateur principal	Dr URBAIN
Lieu de l'étude	CHU Nantes, Centre Pin en Mauges
Type de l'étude	Multicentrique non contrôlée
Type patients/participants	AI/A 15-24 ans hospitalisés
Nombre de patients/participants prévus	
Objectif principal	Faisabilité atelier thérapeutique
Objectif secondaire	Pertinence de la médiation boxe française

Documents communiqués

Justification de l'étude	Oui
Méthodologie	Oui
Lettre d'information et lettre de consentement	Oui/Enfant/Parent/Majeur

Remarque générale

Le GNEDS formule d'abord la remarque qu'il n'a pas pour mission de donner un avis sur les aspects scientifiques du protocole, en particulier sur l'adéquation de la méthodologie aux objectifs poursuivis par l'étude. Il ne tient compte des données d'ordre scientifique et méthodologique que dans la mesure où elles ont des implications d'ordre éthique. Dans le cas présent, il se bornera à constater que les objectifs de cette étude et sa méthodologie sont conformes aux principes de l'éthique.

Confidentialité

Confidentialité	Oui
Anonymat	Oui
CNIL	RGPD CHU

Commentaires :

Information et consentement

Consentement :

Recueil nécessaire	Oui
Type consentement préférable	Ecrit
Traçabilité dans le dossier	Oui

Commentaires :

Lettre information précisant:

Titre de l'étude	Oui
But de l'étude	Oui
Déroulement de l'étude	Oui
Prise en charge courante inchangée	Oui
Possibilité de refus de transmission des résultats	NA
Possibilité de recevoir résultats de l'étude	Oui
Traçabilité dans le dossier	Oui

Commentaires :

Conclusion

Avis favorable	Oui
Révision nécessaire selon commentaires	
Avis défavorable	

Unité Recherche-Gneds : Professeur Paul BARRIERE

Date : 08.11.19

WS - -

Annexe III : Glossaire des termes techniques de savate boxe française

- **armes** : ensemble des coups de pieds et poings.
- **assaut libre** : forme de rencontre « à la touche » où toute puissance des coups est exclue. L'assaut oppose deux boxeurs jugés sur la maîtrise technique, le style et la précision. Chacun ayant pour but de toucher sans se faire toucher en utilisant toutes les armes, esquives et parades autorisées.
- **coups de pieds** : mouvements codifiés de la jambe, où seul le pied touche l'adversaire/le partenaire, nécessitant alors le respect de la distance. Les coups de pieds peuvent être donnés à différentes hauteurs de la cheville à la tête (bas, médian ou figure). Le chassé est un coup de pied rectiligne qui touche l'adversaire avec le dessous du pied, c'est un coup de pied d'arrêt ou de défense. Le fouetté est un coup de pied circulaire qui touche l'adversaire avec le dessus du pied, c'est un coup de pied d'attaque. Le revers est un coup de pied circulaire qui touche l'adversaire avec le dessous du pied, c'est un coup de pied d'attaque.
- **coups de poings** : mouvements codifiés du bras, où seul le poing touche l'adversaire/le partenaire, nécessitant alors le respect de la distance. Les coups de poings peuvent être donnés à différentes hauteur : au corps ou visage. Le direct est un coup de poing rectiligne. L'uppercut et le crochet sont des coups de poings circulaires.
- **déplacements** : mouvements permanents des deux boxeurs face à face (il est interdit de se tourner le dos) s'effectuant en suspension sur la pointe des pieds, en ne croisant jamais les jambes ; pouvant ressembler à des pas chassés ou un sautillage.
- **distance** : distance qui sépare les deux boxeurs face à face, pouvant varier de quelques dizaines de centimètres à quelques mètres lors des déplacements. La distance lors des touches correspond à une longueur de jambe ou de bras selon le coup porté. (les coups de tibias ou de coudes étant interdits)
- **esquives** : mouvements du corps ou déplacement ayant pour but d'éviter d'être touché en retirant la surface de frappe visée par la trajectoire du coup.
- **parades** : mouvements executés avec les membres supérieurs permettant de protéger les surfaces de frappes visées.
- **reprise** : période au cours de laquelle les boxeurs s'affrontent dans le ring. (syn. : round)
- **ring** : espace carré au sein duquel ont lieu les rencontres. (syn. : enceinte)
- **salut** : mouvement de bras horizontal, en revers. C'est le signal qui indique que le boxeur est prêt et accepte les règles.

Annexes IV : Trame pour les entretiens semi directifs / soignants

La première fois que vous avez entendu parler de l'atelier « savate bien » :

- ➔ C'était par un soignant ? un autre ado ? vos parents-votre ado ? une affiche-un flyers ?
- ➔ Vous avez été intéressé/intrigué par cet atelier ?

Lorsque l'on vous a expliqué d'avantage le principe de l'atelier :

- ➔ Avez-vous eu envie d'y participer ? avez-vous pensé que ce serait difficile à organiser (temps de présence / contraintes horaires / mobilisation des parents-conjoints... ?)
- ➔ Avez-vous pensé que cela pourrez-vous aider dans votre problématique / la problématique de votre enfant ?
- ➔ Avez-vous eu des craintes/réticences ou au contraire des motivations particulières ? (sur vos capacités physiques/la représentation de la boxe/ de faire une activité avec vos parents-votre ado ? du fait de la présence d'autres familles ?)

Lors de votre participation à l'atelier :

- ➔ Il était difficile de s'astreindre aux 3 séances ? ou au contraire vous auriez aimé que cela se prolonge ?
- ➔ Auriez-vous aimé que cela se passe différemment ? (lieu ? fréquence ? groupe ? contenu ?)
- ➔ Qu'avez-vous apprécié ?
- ➔ Que vous a-t-il déplu ?

Après les 3 séances :

- ➔ Avez-vous eu le sentiment que cela a été utile ? pour vous ? pour la famille ?
- ➔ Avez-vous observé des changements (potentiellement attribuable à l'atelier) dans les échanges au sein de la famille ? des changements de comportement ? un mieux être psychique chez vous – vos parents – votre ado ?
- ➔ Si cela été à refaire, participeriez-vous à nouveau à un atelier de ce type ? oui / non / pourquoi ?

Annexe IV. Trame pour les entretiens semi directifs / patients

-La première fois que vous avez entendu parler du projet « savate bien » :

- ➔ L'idée générale vous a-t-elle semblée intéressante ?
- ➔ Avez-vous pensé que ce sera difficile / facile à mettre en place ?
- ➔ Avez-vous eu des craintes quant à l'organisation de l'atelier, les éventuelles modifications de vos missions du quotidien ?
- ➔ Avez-vous imaginé que cela pourrez vos ajouter une charge de travail ?

-Pendant la période effective de l'atelier :

- ➔ Avez-vous rencontré des difficultés (ou nécessité d'adaptation) quelqu'elles soit? (pour expliquer l'atelier aux patients/parents ; pour être disponible ? pour poursuivre vos activités habituelles ? ...)
- ➔ Avez-vous noté des modifications positives ou négatives : des adolescents participant à l'atelier / dans la dynamique du groupe ? (communication, agressivité, bien être psychique?)
- ➔ Avez-vous eu des commentaires de la part des patients / des parents / d'autres soignants concernant l'atelier ?
- ➔ Si vous avez co-animé l'atelier, vous êtes-vous senti à votre place ? Avez-vous rencontré des difficultés ? Avez-vous eu des bonnes ou mauvaises expériences que vous souhaitez partager ?

-Questions d'ordres générales :

- ➔ Avez-vous des commentaires à faire sur cette expérience ?
- ➔ Voyez-vous un intérêt thérapeutique à ce que cet atelier se pérennise ?
- ➔ Avez-vous vu un intérêt thérapeutique plus particulier dans certaines situations ?

Annexes IV. Trame pour les entretiens semi directifs / prescripteurs

Questionnaire prescripteurs

1/Avez-vous proposé l'atelier à tous vos patients ?

- ➔ Qu'est ce qui a motivé le fait que vous le proposiez ou non ? (problématique du jeune ? alliance ? temps ? ...)

- ➔ Y a-t-il un type de situation/problématique qui vous a fait particulièrement proposer ou au contraire ne pas proposer l'atelier ?

2/ Lorsque vous avez proposé l'atelier, avez-vous eu des refus ? oui/ non/ un peu/ beaucoup ... ?

- ➔ Quels étaient les freins mis en avant par les familles ?

- ➔ Avez-vous parfois argumenté pour convaincre ? Si oui, qu'est ce qui motivait finalement la participation de la famille ?

3/Quel est votre avis sur cet atelier ?

- ➔ En termes de pertinence pour vos patients ?

- ➔ En termes de support dans votre prise en charge ?

- ➔ En termes de résultats ou de retour des familles ?

- ➔ Autres ?

4/Remarques-Commentaires.

Annexe V : Questionnaire FRI

Adaptation française du Family Relationship Index (FRI)

RH Moos & BS Moos (1974)

Adaptation et validation française de Untas et al. (2011)¹

Le questionnaire suivant est composé de 27 énoncés concernant la vie familiale. Vous avez à décider si ces énoncés décrivent ou non votre famille. Si l'énoncé vous paraît vrai, ou en grande partie, pour la majorité des membres de votre famille, cochez la case « vrai ». Si l'énoncé vous paraît faux, ou en grande partie, pour la majorité des membres de votre famille, cochez la case « faux ».

	Vrai	Faux
1. Les membres de notre famille s'aident et se soutiennent réellement entre eux.		
2. Les membres de notre famille gardent souvent leurs sentiments pour eux.		
3. Dans notre famille, on se dispute beaucoup.		
4. À la maison, on a souvent l'impression de tuer le temps (de s'ennuyer).		
5. À la maison, nous pouvons dire tout ce que nous voulons.		
6. Les membres de notre famille se mettent rarement en colère.		
7. À la maison, nous mettons beaucoup d'énergie dans ce que nous faisons.		
8. À la maison, il est difficile d'« exploser » sans faire de la peine à quelqu'un.		
9. Les membres de notre famille se mettent parfois en colère au point de lancer des objets.		
10. Nous avons le sentiment de former une famille unie.		
11. Nous nous confions nos problèmes personnels.		
12. Les membres de notre famille s'emportent rarement.		
13. Il y a rarement des volontaires pour les tâches domestiques.		
14. Il nous arrive souvent de faire quelque chose sur un coup de tête.		
15. Les membres de notre famille se critiquent souvent les uns les autres.		
16. Les membres de notre famille s'épaulent vraiment.		
17. En règle générale, on ne peut pas se plaindre dans notre famille sans vexer quelqu'un.		
18. Les membres de notre famille se frappent parfois.		
19. Il y a très peu d'esprit de groupe dans notre famille.		
20. Dans notre famille, on parle ouvertement d'argent et de factures à payer.		
21. Si un désaccord se présente au sein de notre famille, nous faisons le maximum pour arranger les choses et faire régner la paix.		
22. Nous nous entendons tous vraiment bien.		
23. Nous faisons généralement attention à ce que nous nous disons.		
24. Les membres de notre famille essaient souvent de se concurrencer ou de se surpasser les uns les autres.		
25. Dans notre famille, nous accordons beaucoup de temps et d'attention pour chacun d'entre nous.		
26. Il y a beaucoup de discussions spontanées dans notre famille.		
27. Dans notre famille, nous pensons qu'on n'obtient jamais rien en élevant la voix.		

¹ Untas, A., Rascle, N., Cosnefroy, O., Borteyrou, X., Saada, Y., Koleck, M. (2011). Qualités psychométriques de l'adaptation française du Family Relationship Index. *L'Encéphale*, 37, 110-118.

Cotation FRI

Plusieurs cotations sont proposées ci-dessous, selon la version du FRI utilisée :

- version originale à 27 items ;
- version française à 24 items (les items 14, 20 et 23 ayant été supprimés d'après les résultats des analyses factorielles) ;
- version courte à 12 items (qui correspond aux 12 premiers items du questionnaire).

En général, trois sous-scores sont calculés : la cohésion, l'expression des sentiments et le conflit. Certains utilisent aussi un score global de relations familiales (cohésion + expression des sentiments + conflit inversé).

Chaque score varie entre 0 et 1. Un score élevé indique respectivement : une forte cohésion familiale, une expression/verbalisation des sentiments élevée, un conflit élevé et de bonnes relations familiales.

Le calcul à faire pour obtenir le score à chaque dimension est indiqué au tableau ci-dessous. Plusieurs calculs sont proposés selon la version du FRI utilisé.

Coder 1 pour « vrai » et 0 pour « faux »

Le codage est à inverser pour les items avec une *

	Version originale (27 items)	Version française (24 items)	Version courte (12 items)
Cohésion	Moyenne de : 1, 4*, 7, 10, 13*, 16, 19*, 22, 25	Idem que pour la version originale	Moyenne de : 1, 4*, 7, 10
Expression	Moyenne de : 2*, 5, 8*, 11, 14, 17*, 20, 23*, 26	Moyenne de : 2*, 5, 8*, 11, 17*, 26	Moyenne de : 2*, 5, 8*, 11
Conflit	Moyenne de : 3, 6*, 9, 12*, 15, 18, 21*, 24, 27*	Idem que pour la version originale	Moyenne de : 3, 6*, 9, 12*
Relations familiales	(Moy. cohésion + moy. expression + 1 - moy. conflit)/3	(Moy. cohésion + moy. expression + 1 - moy. conflit)/3	(Moy. cohésion + moy. expression + 1 - moy. conflit)/3

Normes

Moyennes et écart-types pour l'échantillon de la validation française du FRI (Untas et al., 2011)

	Echantillon total		Etudiants		Etudiantes	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
Cohésion						
>9 items	,71	,27	,70	,26	,73	,27
>4 items	,78	,27	,77	,27	,79	,27
Expression						
>9 items	,57	,22	,56	,22	,57	,22
>6 items	,58	,27	,57	,27	,58	,28
>4 items	,50	,30	,49	,29	,51	,31
Conflit						
>9 items	,31	,23	,29	,23	,33	,24
>4 items	,36	,33	,32	,31	,40	,33
Relations familiales						
>27 items	,75	,14	,74	,14	,75	,15
>24 items	,42	,03	,42	,02	,42	,03
>12 items	,41	,05	,41	,05	,41	,06

Annexes VI : questionnaire VSP-A

V S P - A (Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent) Questionnaire de qualité de vie de l'adolescent

	Jamais Pas du tout	Rarement Un peu	Pasfois Moyennement	Souvent Beaucoup	Toujours Enormément
Bien-être psychologique					
1 Avez-vous été angoissé(e) ?	100	75	50	25	0
2 Avez-vous été soucieux(se), incapable de réagir ?	100	75	50	25	0
3 Avez-vous été stressé(e) ?	100	75	50	25	0
4 Avez-vous été angoissé(e), ou eu peur en pensant à l'avenir	100	75	50	25	0
5 Avez-vous été triste ?	100	75	50	25	0
6 Avez-vous été dégoûté(e) ?	100	75	50	25	0
7 Avez-vous été choqué(e), révolté(e), parce que vous voyez, par ce qui se passe autour de vous ?	100	75	50	25	0
8 Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e) ?	100	75	50	25	0
9 Avez-vous été pensif(ve) ?	100	75	50	25	0
10 Avez-vous été inquiet(éte) pour votre avenir professionnel (travail, métier, chômage...) ?	100	75	50	25	0
Energie et vitalité					
1 Avez-vous eu tendance à prendre la vie du bon côté ?	100	75	50	25	0
2 Avez-vous été en pleine forme, plein(e) de vitalité ?	100	75	50	25	0
3 Avez-vous eu le moral ?	100	75	50	25	0
4 Vous êtes-vous senti(e) en bonne forme physique ?	100	75	50	25	0
5 Avez-vous eu confiance en vous ?	100	75	50	25	0
6 Avez-vous été optimiste, confiant (e) pour l'avenir ?	100	75	50	25	0
7 Avez-vous eu facilement le sourire ?	100	75	50	25	0
8 Avez-vous été motivé(e) en pensant à l'avenir ?	100	75	50	25	0
9 Avez-vous été content(e), satisfait(e) de votre vie ?	100	75	50	25	0
10 Avez-vous eu l'impression que tout allait bien autour de vous ?	100	75	50	25	0
Amis					
1 Avez-vous pu vous confier à vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
2 Avez-vous parlé de vos problèmes avec vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
3 Avez-vous pu discuter avec vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
4 Avez-vous donné des conseils à vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
5 Avez-vous pu exprimer, communiquer avec les autres ?	100	75	50	25	0
6 Avez-vous été entouré(e), aidé(e) par vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0

Parents					
1 Vos parents ont-ils été disponibles pour vous écouter ?	100	75	50	25	0
2 Vos parents vous ont-ils donné des conseils ?	100	75	50	25	0
3 Avez-vous pu discuter avec vos parents ?	100	75	50	25	0
4 Avez-vous eu l'impression que vos parents comprenaient vos soucis, vos problèmes ?	100	75	50	25	0
5 Vous êtes-vous senti(e) protégé(e) par vos parents ?	100	75	50	25	0
6 Avez-vous eu l'impression que vos proches ont fait attentions à vous, se sont souciés de vous ?	100	75	50	25	0
Loisirs					
1 Etes-vous sorti(e) avec vos copains, vos copines (en ville, au cinéma, en boîte, faire la fête...) ?	100	75	50	25	0
2 Etes-vous allé(e) chez vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
3 Etes-vous sorti en ville (acheter des habits, des CD, manger au fast-food...) ?	100	75	50	25	0
4 Vous êtes-vous retrouvé(e) en bande avec vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
5 Etes-vous allé(e) jouer dehors avec vos copains, vos copines (vélo, foot, rollers...) ?	100	75	50	25	0
Ecole					
1 Avez-vous eu de bons résultats au collège, au lycée ?	100	75	50	25	0
2 Avez-vous été satisfait(e) de votre travail scolaire ?	100	75	50	25	0
3 Avez-vous eu des difficultés à travailler au collège, au lycée ?	100	75	50	25	0

« Savate bien ? » : Mise en place d'un atelier thérapeutique parents-adolescents dans deux structures de soins du Grand Ouest. Etude de la faisabilité et observation des effets sur la qualité de vie et le fonctionnement familial.

RÉSUMÉ

Introduction. - La santé mentale des adolescents est un enjeu de santé publique : à l'échelle mondiale on estime que 10 à 20% des adolescents souffrent de problème de santé mentale à l'origine d'une diminution de la qualité de vie. Leur prise en charge psychothérapeutique n'est pas simple puisque les thérapies individuelles dans cette population sont compliquées à mettre en place. Les groupes et médiations thérapeutiques sont donc privilégiés. Par ailleurs, les études montrent que la relation parents-adolescents et la communication familiale sont des facteurs significativement associés à la santé mentale des adolescents. En rassemblant les outils fournis par la thérapie familiale et multifamiliale et les médiations thérapeutiques nous avons décidé de mettre en place une médiation parents-adolescents « savate bien ? » dont le medium malléable est la boxe française.

Méthodes. - L'atelier « savate bien ? » est un atelier de groupe multifamilial où des analogies entre le sport et la communication permettent une expérimentation corporelle des relations familiales. Chaque session se compose de trois séances de deux heures toutes les deux semaines. L'objectif principal de l'étude est de rendre compte de la faisabilité, de l'acceptabilité et de la pertinence de cet outil. Pour cela les avis des patients et des soignants sont recueillis par des entretiens semi dirigés en fin de session.

Aussi cette étude observera les effets de l'atelier « savate bien ? » sur le fonctionnement familial (questionnaire FRI) et la qualité de vie de l'adolescent (questionnaire VSP-A)

Résultats. - Au total 11 familles ont été recrutées et 12 soignants ont été interrogés. Malgré les contraintes organisationnelles de chacun, la mise en place de l'atelier a été possible sans surcharge de travail. Les soignants comme les patients ont tous vu un intérêt thérapeutique à l'atelier. L'observation des résultats aux questionnaires FRI et VSP-A est prometteur.

Conclusion. - L'atelier est apprécié, pertinent et novateur. Il a sa place en complément des prises en charge actuelles. Il est à privilégier à distance de la crise.

Mots-clés : psychothérapie de groupe / thérapie multifamiliale / médiation thérapeutique / systémie / communication / adolescents / boxe française

« Kicking and alive » : Establishment of a parent-adolescent therapeutic workshop in two hospitals. Study of the feasibility and observation of the effects on quality of life and family functioning.

Introduction. - Adolescent mental health is a public health issue: it is estimated that 10 to 20% of adolescents suffer from a mental health problem causing a decrease in the quality of life. Adolescent's psychotherapeutic care is not easy since individual therapies in this population are complicated to set up. Therapeutic groups and mediations are therefore privileged. In addition, studies show that the parent-adolescent relationship and family communication are factors significantly associated with adolescent mental health. By bringing together the tools provided by family and multifamily therapy and therapeutic mediations, we decided to set up a parent-adolescent mediation "kicking and alive" using French boxing.

Methods. - The therapeutic workshop « kicking and alive » is a multi-family group whorkshop where analogies between sport and communication allow bodily experimentation of family relationships. Each session consists of three two-hour sessions every two weeks. The main objective of the study is to report on the feasibility, acceptability and relevance of this whorkshop. For this, the opinions of patients and caregivers are collected through semi-structured interviews at the end of the session. Also this study will observe the effects of the workshop on family functioning (FRI questionnaire) and adolescent quality of life (VSP-A questionnaire)

Results. - A total of 11 families were recruited and 12 caregivers were interviewed. Despite everyone's organizational constraints, setting up the workshop was possible without overwork. Caregivers and patients saw therapeutic benefit in the workshop. The observation of the results of the FRI and VSP-A questionnaire is promising.

Conclusion. - The workshop is appreciated, relevant and innovative. It has its place in addition to current support. It should be favored at a distance from the crisis.

Keywords : group psychotherapy / multifamily therapy / therapeutic mediation / systems theory /communication / teenagers / French boxing