



Année universitaire 2023-2024

Master 2^{ème} année

Master STAPS mention : *Activité Physique Adaptée et Santé*

Parcours : *Activité Physique Adaptée et Santé*

MÉMOIRE

TITRE : Effet de la fixation d'objectifs dans l'activité physique sur le sentiment d'efficacité personnelle et la motivation chez le patient dépressif.

Par : Edinho DA SILVA

Sous la direction de : Brigitte MAINGUET

Soutenu à la faculté des Sciences du Sport et
de l'Education Physique le : 27/08/2024

« La Faculté des Sciences du Sport et de l'Éducation Physique n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires ; celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

AVANT-PROPOS

Au terme de ce mémoire, je tiens à exprimer mes remerciements aux enseignants de la faculté des sciences du sport et de l'éducation physique de Lille pour les connaissances qu'ils nous ont apporté tout au long de notre formation en Master 2.

Je tiens aussi à remercier les personnes qui ont suivi de près et de loin l'élaboration de ce travail : Monsieur Yannick Delassus, ex-enseignant en Activité Physique Adaptée et Santé et Responsable des Unités de Soins de l'Hôpital de Jour, mon maître d'apprentissage qui m'a encouragé, soutenu et qui m'a apporté toutes ces connaissances pour répondre à mes questions.

Monsieur Samuel Dhalluin, Enseignant en Activité Physique Adaptée et Santé, qui m'a accompagné, soutenu et aidé à la mise en place de ce protocole de recherche.

Madame Brigitte Mainguet, directrice de mon mémoire, pour son investissement, sa disponibilité, qui m'a accompagné, soutenu et beaucoup aidé tout au long de l'année pour ce travail.

Madame Marie-Françoise Poncelet, Responsable des Unités de Soins à la Clinique Maison Fleurie, qui m'a accordé sa confiance en me laissant mettre en place mon protocole au sein de la clinique.

L'ensemble de l'équipe thérapeutique et des psychologues qui ont pris de leur temps pour répondre à mes questions.

Bienveillants et pédagogues, ils m'ont apporté des connaissances qui m'ont permis de réaliser ce travail dans les meilleures conditions possibles.

TABLE DES MATIÈRES

I.	Introduction	6
II.	Revue de littérature	8
	1. Dépression et aspects déficitaires	8
	2. Sentiment d'efficacité personnelle et motivations	9
	3. La fixation d'objectifs	11
	4. Fixation d'objectifs et rôle de l'activité physique	13
	5. Problématique et hypothèses	17
III.	Méthodologie et statistiques	18
	1. Population étudiée	18
	2. Déroulement du protocole	19
	3. Les outils méthodologiques	20
	A. Les outils psychologiques	20
	B. Outil physique	22
	4. Programmation du cycle d'activité physique	23
IV.	Résultats	27
	1. Statistiques	27
	2. Résultats et interprétations	28
	A. Evaluation des outils psychologiques	28
	B. Evaluation physique	37
	C. Fixation d'objectifs	40
V.	Discussion	42
VI.	Conclusion	52
VII.	Bibliographie	53
VIII.	Annexes	58
IX.	Résumé	70
X.	Projet professionnel	71
	1. Présentation et rôle actuel	71
	2. Projets et optimisation de la structure	72
	3. Projet à moyen terme	74

4. Projet à long terme	75
A. L'idée du projet	75
B. Analyse du marché	76
C. Stratégie	78
D. Aspect juridique	79
E. Perspective d'évolution	81

I. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression affecte environ 300 millions de personnes et est aujourd'hui, la première cause d'invalidité dans le monde (OMS., 2017). Cette pathologie représente à ce jour la deuxième cause de mortalité chez les 15-35 ans. La dépression est l'un des troubles les plus répandus en France et touche 15 à 20% de la population générale sur la vie entière (Feuille de route santé mentale et psychiatrie, 2023).

En France comme à l'étranger, la crise sanitaire provoquée par la pandémie du Covid-19 a eu un impact néfaste sur la santé mentale de la population.

En 2021, le Baromètre de Santé Publique France a interrogé 25 514 personnes âgées de 18 à 85 ans. 12,5% des participants exprimaient avoir vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois, synonyme d'une hausse de 36% par rapport à 2017 (Santé Publique France., 2023).

Présentant une symptomatologie variée, la dépression impacte le patient au quotidien provoquant une fatigue accrue (asthénie), une diminution marquée du plaisir et de la motivation, un faible niveau de sentiment d'efficacité personnelle (SEP) ainsi que certaines douleurs somatiques (De Matos et al., 2019). Associée à cela, on retrouve généralement des idées noires et/ou des idées suicidaires pouvant entraîner un passage à l'acte suicidaire favorisant ainsi une grande détresse psychologique (Keck., 2010). On retrouve aussi une difficulté à se projeter, induisant de ce fait, une incapacité partielle ou totale à se mobiliser pour une action et/ou une activité et à se fixer des objectifs futurs (Charretier et al., 2022). L'estime de soi est un facteur pouvant influencer sur la majoration de ces symptômes et sur la qualité de vie des patients. Il est assez fréquent que l'estime qu'on a de soi, change rapidement, d'un jour à l'autre. Bandura (1997) nous explique que cet aspect présente un lien avec l'auto-efficacité. Dans ses travaux, il explique que la croyance en ses capacités à réussir une tâche est un facteur crucial pour renforcer notre estime de soi. Lorsqu'une personne parvient à réussir une tâche avec succès, cela renforce sa perception de compétences et par conséquent, son estime de soi. A contrario, lorsque nous ressentons un sentiment d'échec, l'estime de soi peut diminuer. Cette croyance que peut avoir un individu en ses capacités à réaliser une tâche se caractérise par l'auto-efficacité ou sentiment d'efficacité personnelle (SEP).

Ce SEP joue un rôle crucial dans la motivation et la persévérance des individus à adopter et maintenir un style de vie actif, notamment par l'instauration de stratégies de renforcement du SEP telles que la fixation d'objectifs à court, moyen et long terme de sorte que les choses mises en place pour atteindre cet/ces objectif(s) s'appuient sur le sentiment d'efficacité personnelle,

l'autodétermination et la motivation à continuer de s'efforcer d'atteindre des objectifs, agissant comme une stratégie d'autorégulation (Harkin et al., 2016).

Chez le patient dépressif, ces différents aspects vont être en partie responsable d'un faible niveau d'activité physique favorisant ainsi les comportements sédentaires (Kandola et al., 2019). L'une des principales stratégies pour lutter contre les comportements sédentaires est l'activité physique (Kvam et al., 2016). En effet, l'étude de Kandola et al (2019), nous montre que la pratique d'une activité physique modérée à intense à raison de deux à trois séances par semaine favorise le bien-être physique et social, diminue l'asthénie, diminue les conséquences de la dépression et augmente la qualité de vie.

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons expérimenté un protocole au sein de la Clinique Maison Fleurie d'une durée de deux mois, dans lequel nous avons comparé la fixation d'objectifs (court, moyen et long terme) et la non-fixation d'objectifs dans le but de mesurer si l'un ou l'autre pouvait avoir un plus grand effet sur le sentiment d'efficacité personnelle et la motivation intrinsèque. Les objectifs thérapeutiques sont les suivants :

- Augmenter le volume d'activité physique et diminuer les temps de sédentarité.
- Améliorer et modifier le profil motivationnel du patient en termes de motivation intrinsèque, extrinsèque et d'amotivation.
- Améliorer le sentiment d'efficacité personnelle.
- Apprendre une nouvelle stratégie d'apprentissage basé sur la fixation d'objectifs.

II. Revue de littérature

1. Dépression et aspects déficitaires :

La dépression est un trouble mental associé à un dysfonctionnement social et à une souffrance personnelle majeure (Kessler., 2012).

Cette pathologie présente une variété de symptômes avec des critères de diagnostics précis.

Chez le patient dépressif, on retrouve principalement une humeur dépressive, une déprime intense, une diminution marquée du plaisir et de la motivation, une perte ou un gain de poids, des troubles du sommeil, un ralentissement psychomoteur, un faible élan vital et une diminution marquée du sentiment d'efficacité personnelle (De Matos et al., 2019). On retrouve également des idées noires et/ou des idées suicidaires, favorisant la majoration de la détresse psychologique et la souffrance du patient (Keck., 2010).

On pose le diagnostic de dépression lorsqu'une personne présente une humeur dépressive ou une perte d'intérêt (toute la journée et presque tous les jours de la semaine) ainsi qu'au moins quatre symptômes de ceux décrits ci-dessus sur une période de deux semaines (American Psychiatric Association., 2013).

La dépression étant une pathologie variée, on en retrouve six formes différentes. Chacune d'elles, présente des caractéristiques communes et plus spécifiques. On parle de dépression typique, atypique, saisonnière, post-partum, psychotique et de dysthymie (American Psychiatric Association., 2013).

Afin de comprendre le fonctionnement psychologique de la dépression, il est important d'explorer les aspects limbiques et neuronaux déficitaires chez le patient dépressif. Chez ces derniers, on retrouve une réduction des volumes de l'hippocampe, du cortex préfrontal, du cortex cingulaire antérieur (CCA) ainsi que de l'intégrité de la matière blanche (Kandola et al., 2019).

L'hippocampe est impliqué dans le traitement des émotions et dans la régulation du stress. Associé à cela, le cortex préfrontal agit comme un frein qui permet de contrôler les réponses émotionnelles. Une baisse d'efficacité de cette zone cérébrale entraîne une majoration des émotions négatives en provenance de l'hippocampe (Zhao et al., 2014).

Dans la gestion des sensations et des émotions, le CCA permet de réguler le traitement des informations provenant d'autres réseaux autant sensorielles qu'émotionnelles et est impliqué dans la réponse émotionnelle. Laith et al (2020) ont démontré que chez le patient dépressif, cette zone

serait suractivée, induisant de ce fait une majoration des émotions négatives (en lien avec la baisse d'efficacité du cortex préfrontal), une perte de plaisir importante et une diminution marquée de la motivation (Laith et al., 2020).

La matière blanche, tissu composé de fibres nerveuses, relie les cellules nerveuses du cerveau. Chez le patient dépressif, on observe une diminution de cette matière responsable de problèmes de réflexion et de traitements et de gestion des émotions (Kandola et al., 2019).

L'étude de Dean et Keshavan (2017) démontre que la dépression serait également causée par une altération des niveaux d'un ou plusieurs neurotransmetteurs impliqués dans la régulation attentionnelle et émotionnelle, le sommeil, la régulation de l'humeur et de la motivation. Cette étude a démontré que le patient dépressif présente un faible niveau de sérotonine. Ce neurotransmetteur intervient dans la régulation du niveau de noradrénaline permettant de moduler l'attention, la vigilance, l'apprentissage, les émotions, le sommeil et la réponse à la récompense. Associé à ces deux neurotransmetteurs, la dopamine, responsable de la régulation de l'humeur et de la motivation, se voit également déficitaire (Dean et Keshavan., 2017).

Ces différents aspects déficitaires entraînent des comportements spécifiques. Le patient dépressif se retrouve en difficulté concernant la gestion des émotions qu'elles soient positives ou négatives entraînant une labilité de l'humeur. Cette labilité entraîne une humeur dépressive pouvant certaines fois amenés à des idées noires voire suicidaires (Kandola et al., 2019).

De plus, on retrouve chez le patient dépressif un ralentissement psychomoteur. Parker et al (1993) définissent le ralentissement psychomoteur comme étant « une vitesse réduite, un débit d'élocution lent, un retard de l'initiation motrice, une immobilité corporelle, une perte d'expression faciale et d'anomalies posturales » (Parker et al., 1993, p-256). Cet aspect entraîne une sensation de manque de force, une diminution des comportements motivés pour tous les efforts et un désintérêt général.

On retrouve également chez le patient dépressif un faible sentiment d'efficacité personnelle.

Il est pertinent de s'intéresser au lien entre le sentiment d'efficacité personnel et les symptômes de la dépression.

2. **Sentiment d'efficacité personnelle et motivations :**

Bandura (1986) définit le sentiment d'efficacité personnelle comme étant « les jugements que les personnes se font à propos de leurs capacités à organiser et réaliser des ensembles d'actions pour atteindre des types de performance attendus » (Bandura., 1986, p-391).

D'après Marius et al (2016), un faible niveau de sentiment d'efficacité personnelle est associé à des symptômes dépressifs chez l'adulte et chez l'enfant (Murius et al., 2016).

De plus, un faible niveau de sentiment d'efficacité personnelle peut conduire à un affect déprimé et à une faible estime de soi qui peut, en retour, réduire majoritairement le sentiment d'efficacité personnelle (Bandura et Maddux., 1995).

A contrario, l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle est associée à une amélioration de la santé psychologique notamment en lien avec la diminution des symptômes dépressifs tels qu'une amélioration de l'humeur, une amélioration des comportements motivés, un regain de plaisir ainsi qu'un bien-être subjectif plus élevé (Gold et al., 2024).

De plus, un sentiment d'efficacité élevé peut aider l'individu à adopter des comportements sains pour sa santé telle que la pratique d'une activité physique (Caetano et al., 2020).

Il a été démontré que le sentiment d'efficacité personnelle influe sur les performances, sur le choix des activités et leurs environnements, sur la dépense d'efforts et leurs persistances, sur les types de pensées (positives ou négatives), sur les réactions émotionnelles face aux obstacles.

En effet, la peur de l'échec, la difficulté à se projeter sur une activité ainsi que la prise de plaisir ou non, influence négativement le sentiment d'efficacité personnelle.

En outre, un faible niveau de sentiment d'efficacité personnelle diminue les performances (ex : arrêt ou abandon lors d'une activité sportive et sa poursuite sur le long terme), influe sur le choix des activités par la peur de l'échec notamment et peut amener à des pensées négatives (ex : « je n'en suis pas capable ») (François P-H., 2009).

On retrouve également un lien important avec la motivation.

La littérature explique ce lien par la persistance des efforts, la projection dans les différentes activités (travail, activité sportive, activités de la vie quotidienne, etc) ainsi que l'affluence des pensées négatives (François P-H., 2009).

La motivation est un concept précis qui se voit déficitaire chez le patient dépressif.

Dans leur étude, Tatum et Houston (2016), présentent le lien entre la motivation (intrinsèque, extrinsèque et amotivation) et les symptômes dépressifs. Ils mesurent cette variable à l'aide du questionnaire à 15 items Treatment Self-Regulation Questionnaire (Fiedman et Deci., 1998).

Ils en concluent que les patients dépressifs présentent un faible niveau de motivation général et plus particulièrement un faible niveau de motivation intrinsèque avec une majoration de l'amotivation.

Deci et Ryan définissent la motivation intrinsèque comme étant : « un engagement volontaire dans une activité en raison du plaisir et de l'intérêt que la personne y trouve » (Deci et Ryan., 2002 ; p-37).

La motivation extrinsèque renvoie quant à elle à : « la pratique d'une activité pour des raisons externes ou des motifs instrumentaux » (Deci et Ryan., 2002 ; p-37).

La motivation intrinsèque est directement corrélée aux symptômes de la dépression (désintérêt général, sensation de manque de force, anhédonie et diminution des comportements motivés pluriels) entraînant de ce fait un manque d'envie. Ce type de motivation est faible chez le patient dépressif, pouvant être responsable d'une majoration de l'amotivation définie par : « l'absence de motivation, d'envie ou de plaisir à faire une activité » (Deci et Ryan., 2002 ; p-17).

On remarque que la motivation est un concept précis qui se voit déficitaire chez le patient dépressif.

De plus, la motivation intrinsèque est majoritairement déficitaire chez le patient dépressif entraînant de ce fait un manque d'envie et une perte d'élan vital. Ce dernier entraîne notamment une grande difficulté dans la projection future et dans le maintien des comportements motivés (Charretier et al., 2022).

Également appelée « pensée épisodique future », elle se définit comme étant : « une habilité favorable au développement individuel, tant dans les capacités d'adaptation qu'elle permet que dans les objectifs individuels et identitaires qu'elle crée à court, moyen et long terme » (Charretier et al., 2022).

En d'autres termes, il est difficile pour le patient dépressif de se fixer des objectifs futurs. Il est alors pertinent de s'intéresser à la fixation d'objectifs chez le patient dépressif.

3. La fixation d'objectifs :

La fixation d'objectifs est basée sur la théorie de la motivation de Bandura (1988) de sorte que les choses mises en place pour atteindre cet/ces objectif(s) s'appuient sur le sentiment d'efficacité personnelle, l'autodétermination et la motivation à continuer de s'efforcer d'atteindre des objectifs, agissant comme une stratégie d'autorégulation (Harkin et al., 2016).

La fixation d'objectifs permet d'agir sur plusieurs leviers.

Cette méthode favorise l'amélioration de la motivation intrinsèque de par l'atteinte des objectifs fixés et l'envie de poursuivre les efforts.

Elle favorise également la mise au point de nouvelles stratégies d'apprentissage aussi bien d'un point de vue corporelle (apprentissage d'un mouvement spécifique, concevoir des séances

d'activités physiques) que d'un point de vue organisationnelle (organiser son quotidien pour mettre en place une programmation de séances d'activité physique). De plus, elle permet une prise de conscience de ses aptitudes, de sa progression et des obstacles potentiels de par l'atteinte des différents objectifs fixés et de la progression au cours des différents exercices (ex : passer d'une séance à deux séances par semaines, augmenter la charge) (Cooper., 2018).

En outre, la fixation d'objectifs consiste à se fixer des buts atteignables afin de se projeter davantage vers une évolution positive en respectant une planification réfléchie (Cooper., 2018). Se projeter dans un but lointain et uniquement sur le but final peut amener une fluctuation de la motivation et diminuer le sentiment d'efficacité personnelle notamment par l'échec et la difficulté à atteindre cet objectif.

De la même manière, la difficulté de l'objectif et l'échec peuvent être des freins motivationnels à l'atteinte des objectifs (Sheldon., 2002). Il est important d'avoir des objectifs à court et moyen terme afin d'atteindre l'objectif final, celui à long terme (Fujita K et MacGregor K., 2012).

L'atteinte des objectifs à court terme et moyen terme permet au sujet une prise de conscience de ses capacités et de sa progression vers l'atteinte de son objectif final (objectif à long terme) favorisant ainsi, la motivation intrinsèque et l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle (Emmons RA., 1992).

Afin d'avoir une vue d'ensemble sur les objectifs fixés avec le patient, il est pertinent de les écrire. En effet, écrire les objectifs établis permet à la fois de prendre conscience des étapes, des obstacles, des moyens ainsi que d'évaluer sa progression.

De plus, les noter offre une traçabilité permettant de revenir sur les éléments passés ayant été mis en place et qui ont fonctionné et est un élément rassurant pour le patient pour l'aider dans la projection future (Cooper., 2018).

Il est important de se fixer des objectifs de manière positive en supprimant toute négation. Cet aspect permet au patient de se concentrer sur un élément positif et plus facilement atteignable, plutôt que sur un élément négatif qui risquerait d'avoir un discours interne négatif et de ressentir des émotions négatives. Dans la fixation d'objectif, l'attention doit se focaliser sur des éléments motivants et engageants (Bandura., 1988). Par exemple, pour le patient sédentaire qui souhaite reprendre une activité physique il est préférable de se fixer un objectif du type « reprendre une activité physique régulière » plutôt que « ne plus être sédentaire ».

On retrouve trois types d'objectifs : des objectifs de résultat, de performance et de processus.

L'objectif de résultat est axé sur le résultat. Il implique une comparaison à d'autres. Ce type d'objectif induit donc deux possibilités : soit l'atteinte du résultat souhaité (ex : gagner) soit la non-atteinte (ex : perdre, l'échec) (Harkin et al., 2016 ; Cooper., 2018).

L'objectif de performance comprend une performance finale à atteindre, relativement indépendante des performances des autres concurrents. Ce type d'objectif permet notamment de maintenir la confiance en soi et entraîne une certaine satisfaction si la personne atteint ses objectifs sans pour autant avoir de résultat (Harkin et al., 2016 ; Cooper., 2018).

L'objectif de processus est centré sur le comportement spécifique à avoir. Ce type d'objectif renseigne sur ce que met en place le patient afin d'atteindre ses objectifs. En santé mentale, il est le plus pertinent car il réfère au fait de se centrer et des différents comportements, actions à mettre en place pour pouvoir atteindre l'objectif à long terme. L'objectif de performance améliore l'apprentissage, permet de focaliser l'attention sur des éléments spécifiques et agit comme un repère dans la progression du patient (Harkin et al., 2016 ; Cooper., 2018).

Ainsi, nous nous sommes intéressés dans quelles conditions il serait pertinent d'utiliser la fixation d'objectifs chez le patient dépressif

Nos recherches nous ont amenés à s'intéresser au lien entre l'activité physique, la motivation et la fixation d'objectifs.

4. Fixation d'objectifs et rôle de l'activité physique :

Dans un premier temps, il est nécessaire de définir l'activité physique et ses bienfaits sur la santé mentale.

L'activité physique est définie comme « tout mouvement des muscles squelettiques qui nécessite une dépense énergétique » (Caspersen et al., 1985 ; p-126).

L'activité physique influence positivement la qualité de vie, les activités de la vie quotidienne, le traitement des émotions et la condition physique (Kandola et al., 2019).

Dans le traitement de la dépression, l'activité physique est considérée comme un moyen thérapeutique à part entière. Elle permet de prévenir et de réduire les symptômes, la souffrance psychique et les conséquences de la dépression (Kandola et al., 2019).

De plus, l'activité physique permet également de stimuler et d'accroître les régions du cerveau impliquées dans la dépression telles que l'hippocampe (traitement émotionnel et régulation du stress), le cortex cingulaire antérieur (émotions négatives et plaisir) et le cortex préfrontal (émotions négatives par sur-activation). En effet, l'exercice stimule plusieurs processus de neuroplastiques impliqués dans la dépression par l'augmentation du volume gauche et droit de l'hippocampe, du cortex préfrontal et du cortex cingulaire antérieur, ce qui induit les changements

de volume des aires corticales impliquées ainsi qu'un niveau de neurotransmetteurs normal (Kandola et al., 2019).

La pratique d'une activité physique régulière (deux à trois fois par semaine pour des améliorations significatives) permet d'améliorer le traitement émotionnel et la gestion du stress, de diminuer les émotions négatives en limitant l'activation du cortex cingulaire antérieur et du cortex pré-frontal ainsi qu'un regain de plaisir à la pratique de l'activité physique (Kandola et al., 2019).

La méta-analyse de Kvam et al (2016) regroupant 23 études et 977 participants a démontré que la pratique d'une activité physique modérée à intense présente des effets significatifs aux antidépresseurs. Cette étude a également montré l'importance de l'activité physique dans le traitement de la dépression comme un moyen thérapeutique non-médicamenteux dans la diminution des symptômes dépressifs tels qu'une amélioration de la motivation intrinsèque, du sentiment d'efficacité personnelle, de la fatigue et de la qualité de vie.

Faisant partie de la symptomatologie de la dépression, la motivation est un aspect important de cette pathologie. En effet, la revue de Farholm et Sorensen (2016) démontre les bénéfices qu'apporte l'activité physique sur la motivation chez les patients dépressifs. Leur revue comporte 73 études (après sélections en lien avec les valeurs mesurés) publiées entre 1997 et 2015. Ils en concluent qu'un programme d'activité physique combinant du renforcement musculaire et une activité physique aérobie (marche ou vélo) des effets significatifs sur la motivation. En effet, un programme de huit semaines à raison de deux séances d'une heure par semaine présente des effets significatifs sur l'amélioration du profil motivationnel avec une augmentation de la motivation intrinsèque et une diminution des comportements amotivés. La motivation intrinsèque augmentant, il est fort logique de voir une diminution de l'amotivation au profit de la motivation intrinsèque. De plus, cette même revue indique que 30 à 50 % des patients dépressifs présentent un désir important d'être physiquement plus actifs (Farholm et Sorensen., 2016).

Comme énoncé précédemment, la motivation est majoritairement déficitaire chez le patient dépressif entraînant de ce fait un manque d'envie et une perte d'élan vital.

Et c'est cet aspect qui entraîne des difficultés de projection.

De ce fait, cela montre une corrélation entre la motivation et la fixation d'objectifs (Charretier et al., 2022). La méthode de la fixation d'objectif est l'une des composantes les plus utilisées des interventions dites comportementales visant à modifier les comportements en matière de santé (Svan et al., 2019).

Dans leur ouvrage, Svan et al (2019) se sont intéressés à l'intérêt de la fixation d'objectifs en lien avec l'activité physique. Dans ce dernier, ils expliquent que la fixation d'objectifs dans l'activité physique permet au patient d'avoir une idée claire et précise sur les objectifs à atteindre à court, moyen et long terme dans le but de modifier un comportement en particulier, tel qu'adopter un style de vie actif par exemple.

Associer des objectifs précis et réalisables avec l'activité physique tels qu'effectuer deux séances d'activité physique par semaine, améliorer sa condition physique générale (force, souplesse et aptitude aérobie) ou encore être moins essoufflé lors des activités de la vie quotidienne, permet d'améliorer le sentiment d'efficacité personnelle du patient de par le sentiment de réussite, de satisfaction et de joie que procure l'atteinte d'un objectif (Svan et al., 2019).

Dans leur étude, ils ont proposé différentes interventions en lien avec l'activité physique au vu de modifier les comportements inactifs et sédentaires chez le patient dépressif.

Ils ont proposé trois objectifs de résultats associés à des objectifs de processus. En fonction de leurs objectifs, il leur était proposé de participer à deux séances d'une heure par semaine de renforcement musculaire combiné à une activité physique aérobie (marche, vélo, rameur ou circuit-training) durant 8 semaines. Les objectifs de résultat étaient les suivants : 10 000 pas par jour, effectuer 30 minutes d'activité physique par jour, effectuer au moins 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modéré à intense ou au moins 75 minutes d'activité physique aérobie d'intensité vigoureuse à intense par semaine.

Pour chacun de ces objectifs de résultats, des objectifs de processus étaient les suivants : identifier trois stratégies pour augmenter le nombre de pas journaliers, identifier quatre stratégies pour atteindre les 30 minutes d'activité physique journalière, identifier cinq stratégies pour atteindre les 150 minutes et/ou 75 minutes d'activité physique (modéré à intense et vigoureuse à intense).

Ils en ont conclu que pour la fixation d'objectifs dans l'activité physique, il est important de respecter le rythme des patients en se fixant des objectifs clairs, précis et réalisables à court, moyen et long terme. Cette méthode permet au patient d'observer sa propre progression et de ce fait, entraîne une amélioration du sentiment d'efficacité personnelle de par l'atteinte progressive de ses objectifs, l'amélioration de ses capacités (physiques, cognitives, etc), la satisfaction d'atteindre ses objectifs et le fait de se voir évoluer (comparaison entre avant et après la prise en charge) (Svan et al., 2019).

Mc Ewan et al (2016) se sont penchés sur la fixation d'objectifs et la posologie de l'activité physique. Ils en ont conclu que la pratique d'une activité physique régulière modérée à intense (3 à 6 METS), à raison de 2 à 3 séances d'une heure par semaine associée à des objectifs à atteindre,

présente des effets significatifs sur l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle et sur la motivation, de par une amélioration de la motivation intrinsèque au détriment de l'amotivation.

Ainsi, il est pertinent de se poser deux questions fondamentales en lien avec la fixation d'objectifs, la motivation et le sentiment d'efficacité personnelle chez le patient dépressif.

5. Problématique et hypothèses :

En reprenant toutes ces justifications, nous pouvons nous demander si la fixation d'objectifs permet d'améliorer la motivation et le sentiment d'efficacité personnelle chez le patient dépressif.

Pour répondre à cette question, nous proposons les hypothèses suivantes :

H1 : La fixation d'objectifs dans l'activité physique permet d'améliorer la motivation intrinsèque

H2 : la fixation d'objectifs dans l'activité physique permet d'améliorer le sentiment d'efficacité personnelle.

L'objectif de cette étude est d'observer les effets de la fixation d'objectifs en lien avec l'activité physique sur l'évolution de la motivation et du sentiment d'efficacité personnelle du patient dépressif.

III. Méthodologie et statistiques

1. Population étudiée

L'échantillon est composé de 8 patients âgés de 23 à 56 ans pris en charge pour une dépression.

	SUJET	ÂGE	POIDS	TAILLE	SEXE
GROUPE CONTROLE	Mme G	23	72	165	F
	Mr L	56	120	196	H
	Mme P	49	68	170	F
	Mme D	26	70	158	F
GROUPE TEST	Mme F	29	70	178	F
	Mme GA	38	80	172	F
	Mme PA	26	72	167	F
	Mme B	24	50	160	F
	MOYENNE	33,9	75,3	170,8	
	ECART- TYPE	12,5	19,9	12,1	

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des patients pris en charge

Toute personne souhaitant pratiquer de l'activité physique au moment de son hospitalisation est inclus dans l'échantillonnage. De ce fait, les patients ne souhaitant pas participer aux activités physiques proposées dans la clinique ne sont pas inclus dans cette étude.

Plus précisément, les critères d'inclusions sont : avoir entre 18 et 60 ans, vouloir pratiquer une activité physique trois fois par semaine, souhaiter participer à un programme d'activité physique, avoir rencontré le médecin généraliste au préalable, ne présenter aucune contre-indication à la pratique sportive.

Les critères d'exclusions sont : présenter une pathologie cardiaque, présenter une pathologie pulmonaire, présenter une pathologie métabolique, être âgé de plus de 60 ans, personnes à mobilité réduite.

2. Déroulement du protocole :

Chaque patient a signé un consentement de participation avant de débiter le protocole (Annexe 1).

Le suivi est établi sur huit semaines à raison de deux séances de renforcement musculaire combiné à une exercice aérobie (30 minutes et 30 minutes respectivement) d'une heure par semaine. Chacun des patients est reçu en entretien semi-dirigé en début et fin de prise en soin.

Lors de cet entretien nous discutons de leurs antécédents sportifs (questionnaire ONAPS PAQ), de leurs antécédents médicaux (en lien avec le dossier médical) et de leurs besoins et attentes (fixation d'objectifs). A la fin de cet entretien, nous mesurons le sentiment d'efficacité personnel à l'aide du questionnaire Exercise Confidence Survey (ECS), la motivation à l'aide de l'Echelle de Motivation pour l'Activité Physique à des fins de Santé (EMAPS) ainsi que la capacité aérobie du patient (PWC 75%).

Pour ce protocole, nous scindons les patients en deux groupes :

- Le groupe 1 (contrôle) est composé de 4 patients. Sans porter d'importance au niveau de pratique sportive du patient, ce groupe est uniquement composé de patients ayant déjà été hospitalisé au sein de la clinique. Ces derniers sont reçus individuellement en entretien semi-dirigé en début et fin de prise en soin. A la suite du premier entretien, nous orientons le patient sur deux activités sportives par semaine : deux séances de sport adapté.

- Le groupe 2 est également composé de 4 patients. Nous ne portons pas non plus d'importance au niveau de pratique sportive du patient. Ce groupe est uniquement composé de patients hospitalisés pour la première fois au sein de la clinique. Pour ces derniers, nous allons garder le même format d'entretien mais nous allons apporter une grande importance sur la fixation d'objectifs. Nous fixons avec le patient, un/des objectifs à court, moyen et long terme (annexe 2). Les patients sont reçus en entretien au début, à mi-parcours (4 semaines) et fin de prise en soin. Comme pour le groupe contrôle, à la suite du premier entretien, le patient est orienté sur deux activités sportives par semaine : deux séances de sport adapté.

3. Les outils méthodologiques :

Ce protocole s'inscrit dans une démarche principalement éducationnelle du patient. Le but recherché est de rendre autonome le patient à sa sortie et de proposer des exercices ou enchaînement d'exercices reproductibles en dehors de la clinique ou à la suite de leur hospitalisation. La programmation se fait avec le patient de manière individuelle en fonction de ses objectifs, ses besoins et ses attentes.

A la suite du premier entretien, chaque patient est suivi sur une durée de 8 semaines à raison de deux séances d'une heure par semaine. Le patient participe à deux séances de sport adapté par semaine. Le sport adapté, est une séance d'une heure qui consiste à accompagner le patient sur une combinaison entre renforcement musculaire et amélioration de l'aptitude aérobie. L'activité physique aérobie, associé à des exercices de résistance (renforcement musculaire) présentent des effets significatifs sur la diminution des symptômes dépressifs avec notamment une amélioration du sentiment d'efficacité personnel dans la pratique, une amélioration de la motivation intrinsèque et un regain de plaisir favorisant ainsi la participation du patient au protocole (Kvam et al., 2016).

Au travers de cet atelier thérapeutique, le patient est acteur de sa prise en soin. Le thérapeute indique les exercices à réaliser en lui apportant les connaissances théoriques ainsi que la bonne exécution des mouvements. Cette séance est spécifiquement liée aux objectifs et problématiques du patient. Ainsi, cela lui permet de travailler sur l'objectif de processus (ce que je mets en place pour atteindre mon but) et peut différer pour chacun des patients.

A. Les outils psychologiques

1. Mesure du niveau d'activité physique et des antécédents sportifs : Questionnaire ONAPS PAQ (Charles et al., 2021) :

Ce questionnaire évalue le niveau d'activité physique et de sédentarité au cours d'une semaine habituelle pour la population adulte. Il est divisé en trois parties et 21 questions : les activités au travail, les déplacements à but utilitaire et les activités de loisirs ou au domicile. Ce questionnaire évalue aussi la sédentarité dans tous les moments de la vie (déplacements, travail, loisirs).

2. Mesure du sentiment d'efficacité personnel : Exercise Confidence Survey (Eeckhout et al., 2012)

Le questionnaire Exercise Confidence Survey mesure l'auto-efficacité perçue pour la pratique d'une activité physique régulière. Eeckhout et al. (2012) propose une traduction française du questionnaire de Sallis. Sallis (1996) a identifié deux dimensions dans l'Exercise Confidence Survey : l'adhésion à l'activité physique (sticking to it) et le temps consacré à l'activité physique (making time for exercise). Enfin, l'auto-efficacité perçue est corrélée avec les trois autres composants du modèle transthéorique (MTT) : les stades motivationnels de changement, la balance décisionnelle et les processus de changement.

Ce questionnaire nous permettra de recueillir des données fiables et précises pour cette présente étude. De plus, ce questionnaire est facilement administrable de par sa compréhension et sa rapidité (12 questions).

3. Mesure de la motivation : L'Échelle de Motivation pour l'Activité Physique à des fins de Santé (EMAPS) (Boiché et al., 2016) :

C'est un questionnaire utilisable au quotidien, pour toutes les populations, dans le but de mieux comprendre la motivation des individus à pratiquer des activités physiques dans une perspective de santé. Il inclut les six formes de motivation soulignées par la théorie de l'autodétermination selon Deci et Ryan (1985) (motivation intrinsèque ; régulation intégrée, identifiée, introjectée et externe ; amotivation) et comporte 18 questions. L'individu répond en utilisant une échelle de ressentis en 7 points : (1) « ne correspond pas du tout » à (7) « correspond très fortement ». L'EMAPS peut être considérée comme un outil valide et fiable à utiliser dans des contextes de prévention ou de réadaptation (Boiché et al., 2016).

4. Fixation d'objectifs (groupe test) :

Les patients du groupe test se voient remplir le tableau ci-dessous. Ce dernier concerne l'élaboration et la fixation d'objectifs précis, réalisables et raisonnables à court terme, moyen terme et à long terme. Cet outil permet également au patient de suivre son évolution avec les objectifs qu'il s'est fixé et ceux qu'il a atteint.

	Court terme	Moyen terme	Long terme
Objectif			
Moyen			

B. Outil physique

1. Test d'effort sous-maximal : Le PWC75 %/kg (Batcho et al., 2012).

Ce test permet de mesurer l'endurance cardio-respiratoire via un exercice sous-maximal sur ergocycle. Ce test nécessite d'extrapoler pour déterminer la Puissance Maximale Aérobie (PMA). L'échauffement se réalise à vide (sans résistance) pendant 2 minutes avec une cadence de 60 Répétitions Par Minute (RPM). Le test débute à 30W. On augmente de 30W toutes les 2 minutes jusqu'à atteindre 75 % de la Fréquence Cardiaque Maximale Théorique (FC MAX théorique) soit $0,75 \times (220 - \text{âge})$. La fréquence cardiaque est mesurée toutes les minutes à l'aide d'un oxymètre de pouls. La réalisation de ce test nécessite un ergocycle, un oxymètre de pouls, ainsi que de respecter le protocole ci-dessus (Batcho et al., 2012).

AGE	HOMME	FEMME
18-29 ANS	2.33 ± .64	1.68 ± .25
30-39 ANS	2.14 ± .38	1.52 ± .16
40-49 ANS	1.71 ± .52	1.44 ± .29
50-59 ANS	1.46 ± .37	1.05 ± .31
60-70 ANS	1.39 ± .32	1.09 ± .31

Tableau 2 : Normes au test PWC75%/Kg en fonction de l'âge et du sexe (Batcho et al., 2012)

4. Programmation du cycle d'activité physique :

Comme expliqué précédemment, le but de cette étude est de permettre au patient de se fixer ses propres objectifs et de répondre à ses besoins spécifiques.

Ici, chaque patient présente sa particularité, allant de la douleur chronique, la surcharge pondérale ou encore des douleurs lombaires.

Tout en restant dans cette démarche éducationnelle, le but est de permettre au patient de pratiquer en toute sécurité en fonction de ses besoins précisément.

Cependant, dans chacune des séances, il est question de combiner le renforcement musculaire et le travail aérobie. On propose aux patients de scinder chacune de leurs séances en deux parties : une partie permettant l'amélioration de l'aptitude aérobie, ainsi qu'une seconde partie comprenant du renforcement musculaire. Concernant le travail aérobie, le patient participe à 20 à 30 minutes (70% FC max dans un premier temps) de cycloergomètre, de ramer ou de tapis par semaine (première séance) ainsi qu'à 20 à 30 minutes de circuit-training (boxe et médecine ball) afin de permettre au patient de découvrir différentes façons de solliciter l'aptitude aérobie (Tableau 3 et 4).

Objectif thérapeutique	But	Matériel	Critères de réussite	Consigne	Variables
Améliorer la condition physique du patient et favoriser le travail aérobie	Améliorer l'aptitude aérobie	Gants et sac de boxe	Le(la) patient(e) est capable de : - Effectuer 80 impacts à minima en 30 secondes - Effectuer le mouvement de manière dynamique en respectant la position initiale	« Face à vous, vous trouvez un sac de frappe ainsi qu'une paire de gants de boxe. Situez-vous à 50 centimètres environ du sac (entre vos épaules et le sac). Si vous êtes droitier, avancez votre jambe gauche de 50 cm à minima. Inverser, si vous êtes gaucher. De la sorte, votre buste s'oriente légèrement vers l'extérieur de façon à ce que vous ayez un bras plus avancé que l'autre. L'objectif est de toucher un maximum de fois le sac en 30 secondes en alternant le poing droit et le poing gauche. »	Mouvement de piétinement lors de l'impact. Accélérer le mouvement. Augmenter l'amplitude du mouvement. Augmenter la durée de l'exercice.

Tableau 3 : Boxe

Objectif thérapeutique	But	Matériel	Critères de réussite	Consigne	Variables
Améliorer la condition physique du patient et favoriser le travail aérobic	Améliorer l'aptitude aérobic	Médecine ball (3kg)	Le(la) patient(e) est capable de : - Effectuer à minima 20 impacts en 30 secondes. - Effectuer le mouvement de manière dynamique en respectant la position initiale	« Prenez un écartement des pieds légèrement supérieur à la largeur du bassin. Orienter vos pieds légèrement vers l'extérieur. Amenez la médecine-ball au dessus de votre tête avec les bras semi-tendus (demi-amplitude) puis jeter le au sol en combinant un mouvement de jeter vertical vers le sol ainsi qu'un mouvement de squat. Grâce au rebond, rattraper la balle et enchaîner le mouvement. Veillez à garder le dos bien droit lors de l'exercice en amenant les fessiers vers l'arrière comme si vous souhaitiez vous asseoir sur une chaise. Vous enchaînez un maximum de fois ce mouvement en 30 secondes. »	Augmenter la durée de l'exercice. Accélérer l'exécution du mouvement. Augmenter l'amplitude du mouvement. Augmenter la charge (médecine ball de 4kg/5kg).

Tableau 4 : Lancer de médecine ball

Le renforcement musculaire, quant à lui, est très spécifique en fonction du patient. En effet, l'objectif est de permettre un renforcement musculaire général pour le patient et de cibler également les zones douloureuses afin d'adapter en fonction de chacun. De manière générale, le renforcement musculaire est articulé de la manière suivante : 4 exercices sollicitant un maximum de groupes musculaires, 4 séries de 20 répétitions avec 1 minute 30 secondes de récupération entre chaque série.

La situation présentée dans le Tableau 5 est issue d'une séance de renforcement musculaire. Cet exercice recrute un grand nombre de groupes musculaires (biceps, deltoïde postérieur, grand dorsal, grand rond, rhomboïde, trapèze moyen et inférieur). Dans ce dernier, nous nous concentrons sur l'amélioration de l'endurance musculaire des muscles du dos et ici principalement le grand dorsal et le grand rond grâce à un exercice permettant une contraction concentrique des muscles cités plus tôt.

Pour cet exercice, nous travaillons avec une charge légère (30 % à 50 % de la force maximale) en série longue (4 séries de 20 répétitions) et en chaîne cinétique fermée.

Objectif thérapeutique	But	Matériel	Critères de réussite	Consigne	Variables
Initiation au renforcement musculaire et amélioration de l'endurance musculaire	Renforcement musculaire des muscles du dos	Poulie haute	Le(la) patient(e) est capable de : - Effectuer 4 séries de 20 répétitions - Effectuer le mouvement de manière dynamique en respectant la position initiale et les consignes données	« Assis sur le banc sous la poulie, attrapez la barre incurvée. Tout en gardant le dos droit et en inclinant votre buste très légèrement vers l'arrière, amener la barre en direction de votre cage thoracique. Veillez à garder les épaules abaissées lorsque vous tirez la barre vers votre cage thoracique. Inspirez en tirant, expirez en relâchant. Effectuez 4 séries de 20 répétitions avec 1 minute de récupération entre chaque série. »	Augmenter la charge ou rajouter une série supplémentaire

Tableau 5 : Tirage vertical

Le Tableau 6, présente un exercice également issu d'une séance de renforcement musculaire. Comme pour l'exercice présenté ci-dessus, cet exercice recrute et sollicite un grand nombre de groupes musculaires (moyen et grand fessier, quadriceps, ischio-jambiers, érecteur du rachis, transverse et grand droit). Dans ce dernier, nous nous concentrons sur l'amélioration de l'endurance musculaire des membres inférieurs et principalement des muscles fessiers et des quadriceps grâce à un exercice permettant une contraction concentrique.

Comme pour la situation précédente, nous travaillons avec une charge légère (30% à 50% de la force maximale) en série longue (4 séries de 20 répétitions) et en chaîne cinétique fermée.

Objectif thérapeutique	But	Matériel	Critères de réussite	Consigne	Variables
Initiation au renforcement musculaire et amélioration de l'endurance musculaire	Renforcement musculaire des muscles du dos	Cage à squat	Le(la) patient(e) est capable de : - Effectuer 4 séries de 20 répétitions - Effectuer le mouvement de manière dynamique en respectant la position initiale et les consignes données	« Barre au niveau du trapèze supérieur, debout sous la barre et pieds écartés largeur de bassin avec les orteils légèrement vers l'extérieur. Tout en gardant le dos droit, fléchir les genoux en amenant les fessiers vers l'arrière (angle des genoux inférieurs à 90°) puis remontez en poussant sur vos jambes. Inspirez sur la descente et expirez sur la montée. Effectuez 4 séries de 20 répétitions avec 1 minute de récupération entre chaque série. »	Augmenter la charge ou rajouter une série supplémentaire

Tableau 6 : Back squat

IV. Résultats

1. Statistiques :

Afin de quantifier l'amélioration ou non des patients, nous allons procéder aux tests statistiques.

Pour cette étude, nous comparons l'effet d'un programme d'activité physique en lien avec la fixation d'objectifs avant et après la prise en charge.

Pour cela, nous avons fait le choix de scinder les patients en un groupe contrôle et en un groupe test.

Les tests statistiques présentent d'abord les résultats obtenus dans chacun des groupes (analyse descriptive) puis nous faisons une comparaison entre les deux groupes (analyse comparative). Nous avons alors deux échantillons appariés par groupe.

Dans un premier temps, nous vérifions la normalité avec le test de Shapiro Wilk. Par la suite, nous vérifions l'homogénéité des variances avec le test de Levene.

Si les conditions sont remplies avec une p-value $> 0,05$, alors nous choisissons un test paramétrique et plus précisément, le « test de Student pour échantillons appariés ».

A l'inverse, si p-value $< 0,05$, on utilise le test de « Wilcoxon ».

Enfin, nous posons deux hypothèses : soit p-value $> 0,05$ alors on valide l'hypothèse H_0 qui ne montre pas de significativité dans les résultats ; soit p-value $< 0,05$ alors on valide l'hypothèse H_1 qui témoigne d'une amélioration significative des résultats.

Les données sont aussi exprimées en moyennes \pm écart types.

Concernant les questionnaires, nous utilisons le calcul du coefficient Alpha de Cronbach afin de tester la cohérence des différents items. Un questionnaire est considéré comme cohérent lorsqu'il est compris entre 0,500 et 0,990 avec deux niveaux de valeurs.

Il est considéré comme limite lorsque le coefficient est compris entre 0,500 et 0,700 et élevé ou très élevé lorsqu'il est compris entre 0,701 et 0,990.

Un coefficient Alpha inférieur à 0,500 témoigne d'un niveau insuffisant de cohérence.

Par la suite, nous comparons les questionnaires avant et après la prise en charge.

Les données sont exprimées en moyennes \pm écart types.

2. Résultats et interprétations :

H1 : : La fixation d'objectifs dans l'activité physique permet d'améliorer la motivation intrinsèque
H2 : la fixation d'objectifs dans l'activité physique permet d'améliorer le sentiment d'efficacité personnelle.

A. Evaluation des outils psychologiques

Evaluation du niveau d'activité physique

La figure 1 nous renseigne sur l'évolution du volume d'activité physique et la sédentarité mesurés à l'aide du questionnaire ONAPS PAQ, avant et après la prise en charge. Ce dernier concerne le groupe contrôle et est exprimé en moyenne \pm écart-type. On observe une tendance positive du volume d'activité physique et une tendance de la diminution du temps de sédentarité avec un plus haut niveau de VPA, MPA, MVPA, VPAMET, MPAMET et AP totale après la prise en charge. On peut observer aussi une diminution du temps de sédentarité.

Le tableau 1 nous renseigne sur l'évolution des différentes composantes du volume d'activité physique et du temps de sédentarité. Ce dernier montre une tendance positive du MVPA avec une moyenne de $995 \pm 851,9$ minutes par semaine avant et $1437,5 \pm 820,5$ minutes par semaine après la prise en charge. On observe également une tendance positive du volume d'activité physique (MPAMET) avec une moyenne de $2514,8 \pm 2528,6$ METS par semaine avant et $3298,5 \pm 2176,5$ METS par semaine après. Enfin, on observe une diminution du temps de sédentarité avec une moyenne $395,4 \pm 96,45$ minutes par jour avant et $304,35 \pm 71,9$ minutes par jour après la prise en charge.

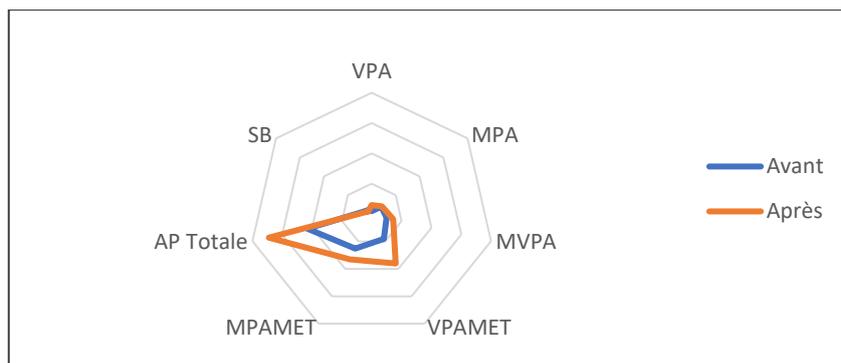


Figure 1: Evolution du volume d'activité physique et du temps de sédentarité avant et après la prise en charge pour le groupe contrôle

VPA : vigorous physical activity ; *MPA* : moderate physical activity ; *MVPA* : moderate to vigorous physical activity ; *VPAMET* : VPA metabolic equivalent of task, *MPAMET* : MPA metabolic equivalent of task ; *AP Totale* : Activité Physique Totale ; *SB* : sedentarrity behaviour.

	<i>Avant</i>	<i>Après</i>
<i>VPA</i>	210,0 ± 420	600,0 ± 529,3
<i>MPA</i>	785,0 ± 552,9	837,5 ± 614,5
<i>MVPA</i>	995,0 ± 851,9	1437,5 ± 820,5
<i>VPAMET</i>	1800,0 ± 3287,8	3603,8 ± 3399,8
<i>MPAMET</i>	2514,8 ± 2528,6	3298,5 ± 2176,5
<i>AP Totale</i>	4314,8 ± 5153,3	6902,3 ± 4823,8
<i>SB</i>	395,4 ± 96,4	304,4 ± 71,9

Tableau 7: Evolution des scores obtenus au questionnaire ONAPS PAQ (Charles et al., 2021)

VPA : vigorous physical activity ; *MPA* : moderate physical activity ; *MVPA* : moderate to vigorous physical activity ; *VPAMET* : VPA metabolic equivalent of task, *MPAMET* : MPA metabolic equivalent of task ; *AP Totale* : Activité Physique Totale ; *SB* : sedentarrity behaviour.

La figure 2 et le tableau 2 nous renseignent sur l'évolution du volume d'activité physique et le temps de sédentarité avant et après la prise en charge, mesuré à l'aide du même questionnaire que le groupe contrôle (ONAPS PAQ). On peut observer les tendances suivantes : une augmentation des valeurs VPA, MPA, MVPA, VPAMET et de l'AP Totale après la prise en charge. Dans le tableau 2, nous pouvons observer une tendance positive du MVPA (VPA + MPA) avec une moyenne de 895,0 ± 574,0 minutes par semaine avant et 1163,8 ± 510,1 minutes par semaine après.

Idem pour l'AP Totale (VPAMET + MVPAMET) avec une moyenne de $4385,4 \pm 2020,0$ METS par semaine avant et $6207,4 \pm 4558,2$ METS par semaine après. On remarque également une tendance de la diminution du temps de sédentarité pour chacun des participants avec une moyenne de $352,8 \pm 55,8$ minutes par jour avant et $241,3 \pm 54,2$ minutes par jour après.

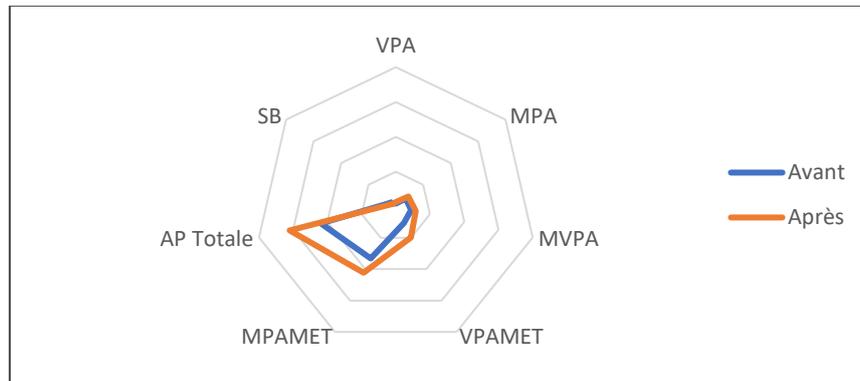


Figure 2: Evolution du volume d'activité physique et du temps de sédentarité avant et après la prise en charge pour le groupe test

VPA : vigourous physical activity ; MPA : moderate physical activity ; MVPA : moderate to vigourous physical activity ; VPAMET : VPA metabolic equivalent of task, MPAMET : MPA metabolic equivalent of task ; AP Totale : Activité Physique Totale ; SB : sedentarrity behaviour.

	<i>Avant</i>	<i>Après</i>
<i>VPA</i>	$165,0 \pm 330,0$	$247,5 \pm 323,5$
<i>MPA</i>	$730,0 \pm 332,5$	$916,3 \pm 317,6$
<i>MVPA</i>	$895,0 \pm 574,0$	$1163,8 \pm 510,1$
<i>VPAMET</i>	$1070,0 \pm 2140,0$	$1982,5 \pm 2592,5$
<i>MPAMET</i>	$3315,4 \pm 2020,0$	$4224,9 \pm 2111,4$
<i>AP Totale</i>	$4385,4 \pm 3975,7$	$6207,4 \pm 4558,2$
<i>SB</i>	$352,8 \pm 55,8$	$241,3 \pm 54,2$

Tableau 8: Evolution des scores obtenus au questionnaire ONAPS PAQ (Charles et al., 2021)

VPA : vigourous physical activity ; MPA : moderate physical activity ; MVPA : moderate to vigourous physical activity ; VPAMET : VPA metabolic equivalent of task, MPAMET : MPA metabolic equivalent of task ; AP Totale : Activité Physique Totale ; SB : sedentarrity behaviour.

La figure 3 nous renseigne sur la comparaison de l'évolution du volume d'activité physique et le temps de sédentarité entre le groupe contrôle et le groupe test avant et après la prise en charge. Pour le groupe contrôle, nous pouvons observer une augmentation des valeurs VPA, MVPA, VPAMET, MPAMET et AP Totale après la prise en charge supérieur au groupe test (Tableau 9). Le temps de sédentarité avant la prise en charge était relativement similaire pour les deux groupes ($395 \pm 96,45$ avant pour le groupe contrôle et $352,75 \pm 55,75$ avant pour le groupe test). Le temps de sédentarité après la prise en charge a également diminué pour les deux groupes avec une diminution plus marquée chez le groupe test ($304,35 \pm 71,9$ après pour le groupe contrôle et $241,25 \pm 54,22$ après pour le groupe test). En outre, toutes les variantes mesurées avant et après ont montré une tendance positive. On remarque malgré tout une tendance positive supérieure pour le groupe contrôle que pour le groupe test (Tableau 3).

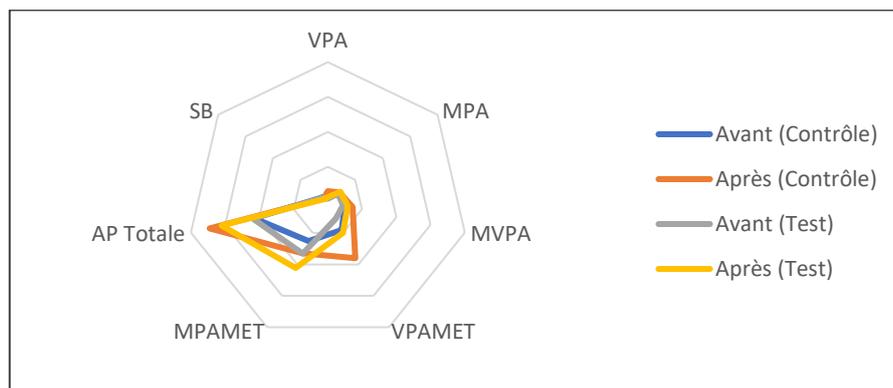


Figure 3: Comparaison inter-groupe de l'évolution du volume d'activité physique et du temps de sédentarité avant et après la prise en charge

VPA : vigorous physical activity ; MPA : moderate physical activity ; MVPA : moderate to vigorous physical activity ; VPAMET : VPA metabolic equivalent of task, MPAMET : MPA metabolic equivalent of task ; AP Totale : Activité Physique Totale ; SB : sedentarity behaviour.

	<i>Groupe contrôle</i>		<i>Groupe test</i>	
	Avant	Après	Avant	Après
<i>VPA</i>	210,0 ± 420	600,0 ± 529,3	165,0 ± 330,0	247,5 ± 323,5
<i>MPA</i>	785,0 ± 552,9	837,5 ± 614,5	730,0 ± 332,5	916,3 ± 317,6
<i>MVPA</i>	995,0 ± 851,9	1437,5 ± 820,5	895,0 ± 574,0	1163,8 ± 510,1
<i>VPAMET</i>	1800,0 ± 3287,8	3603,8 ± 3399,8	1070,0 ± 2140,0	1982,5 ± 2592,5
<i>MPAMET</i>	2514,8 ± 2528,6	3298,5 ± 2176,5	3315,4 ± 2020,0	4224,9 ± 2111,4
<i>AP TOTALE</i>	4314,8 ± 5153,3	6902,3 ± 4823,8	4385,4 ± 3975,7	6207,4 ± 4558,2
<i>SB</i>	395,4 ± 96,4	304,4 ± 71,9	352,8 ± 55,8	241,3 ± 54,2

Tableau 9 : Tableau récapitulatif des scores obtenus au questionnaire ONAPS PAQ pour les deux groupes avant et après la prise en charge

VPA : vigorous physical activity ; *MPA* : moderate physical activity ; *MVPA* : moderate to vigorous physical activity ; *VPAMET* : VPA metabolic equivalent of task, *MPAMET* : MPA metabolic equivalent of task ; *AP Totale* : Activité Physique Totale ; *SB* : sedentarity behaviour.

Evaluation du sentiment d'efficacité personnelle : Hypothèse non validée

Dans un premier temps, nous testons la cohérence à l'aide du coefficient alpha de Cronbach. Nous obtenons un coefficient alpha de 0,596 témoin d'un niveau de valeur limite. Le questionnaire est considéré comme cohérent. Le tableau 10 et la figure 4 nous renseignent sur l'évolution du sentiment d'efficacité personnelle mesuré par le questionnaire ECS (Eeckout., 2018). Pour chacun des patients, nous pouvons observer une tendance positive du score au questionnaire ECS avec une moyenne de $53,5 \pm 18,4$ points avant et $89,5 \pm 5,0$ points après. Après avoir effectué les tests statistiques, les résultats ne permettent pas de montrer une amélioration significative ($p > 0,05$).

	<i>Groupe contrôle</i>	
	Avant	Après
<i>Sujet 1</i>	68,0	90,0
<i>Sujet 2</i>	52,0	88,0
<i>Sujet 3</i>	28,0	84,0
<i>Sujet 4</i>	66,0	96,0
<i>Moyenne</i>	53,5	89,5
<i>Ecart-type</i>	18,4	5,0

Tableau 10 : Scores au questionnaire ECS avant et après la prise en charge

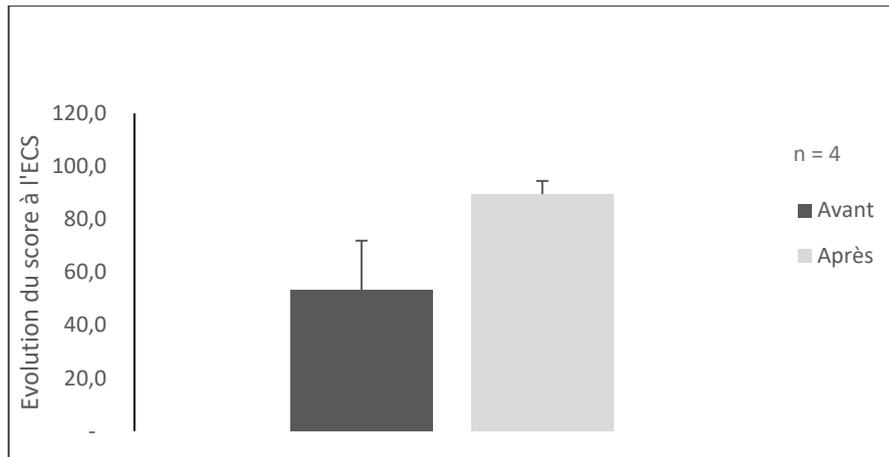


Figure 4: Evolution du score au questionnaire ECS du groupe contrôle avant et après la prise en charge

Nous procédons de la même manière pour le groupe test. Nous testons la cohérence et nous obtenons un coefficient alpha de 0.883 témoin d'un niveau de valeur élevée ou très élevée. Le questionnaire est également considéré comme cohérent.

Le tableau 11 et la figure 5 nous renseignent sur l'évolution du score de sentiment d'efficacité personnelle au questionnaire ECS. On observe une tendance positive du score de sentiment d'efficacité personnelle avec une moyenne de $58,5 \pm 7,6$ points avant et $91,5 \pm 10,1$ points après la prise en charge. Après avoir effectué les tests statistiques, les résultats ne permettent pas de montrer une amélioration significative ($p > 0,05$).

	<i>Groupe test</i>	
	Avant	Après
<i>Sujet 1</i>	60,0	100,0
<i>Sujet 2</i>	66,0	100,0
<i>Sujet 3</i>	60,0	86,0
<i>Sujet 4</i>	48,0	80,0
<i>Moyenne</i>	58,5	91,5
<i>Ecart-type</i>	7,6	10,1

Tableau 11 : Score au questionnaire ECS avant et après la prise en charge

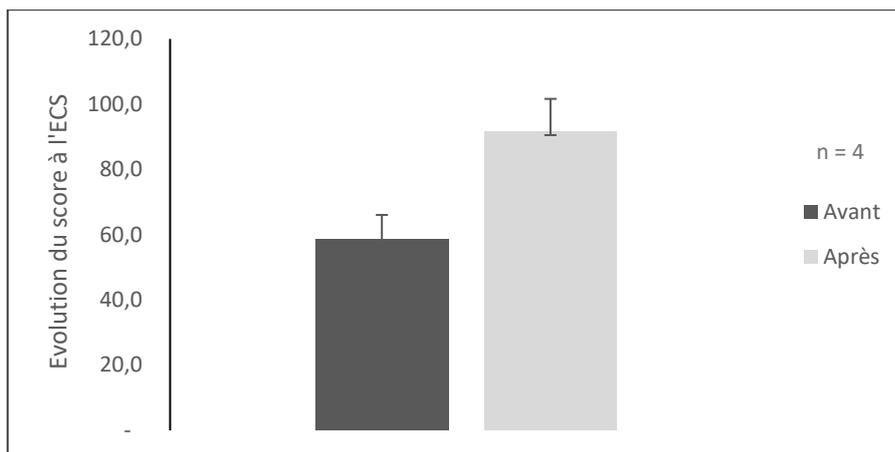


Figure 5 : Evolution du score au questionnaire ECS du groupe test avant et après la prise en charge

La figure 6 et le tableau 12 comparent l'évolution du SEP au questionnaire ECS entre le groupe contrôle et le groupe test. Comme énoncé précédemment, chacun des groupes a montré une tendance positive (non-significatif). Le tableau 6 nous permet d'observer un score supérieur avant la prise en charge pour le groupe test comparé au groupe contrôle ($53,5 \pm 18,4$ avant pour le groupe contrôle contre $58,5 \pm 7,6$ avant pour le groupe test). Nous pouvons remarquer la même chose après la prise en charge malgré des scores relativement proches l'un de l'autre ($89,5 \pm 5$ après pour le groupe contrôle contre $91,5 \pm 10,1$ après pour le groupe test). Nous pouvons en déduire que les participants du groupe test présente un niveau de SEP supérieur au groupe contrôle avant la prise en charge.

Cependant, nos résultats ne nous permettent pas de montrer une amélioration significative. L'hypothèse H2 n'est pas validée : la fixation d'objectif ne permet pas d'améliorer le sentiment d'efficacité personnelle.

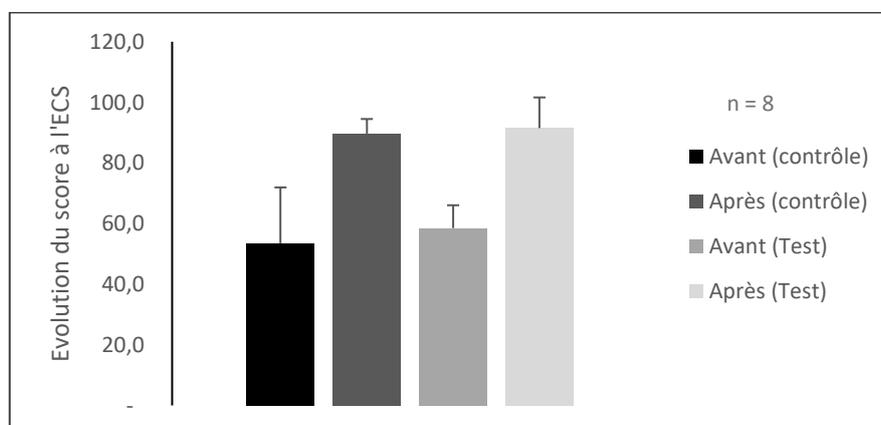


Figure 6 : Comparaison de l'évolution du sentiment d'efficacité personnel entre le groupe contrôle et le groupe test avant et après la prise en charge

	<i>Groupe contrôle</i>		<i>Groupe test</i>	
	Avant	Après	Avant	Après
<i>Sujet 1</i>	68,0	90,0	60,0	100,0
<i>Sujet 2</i>	52,0	88,0	66,0	100,0
<i>Sujet 3</i>	28,0	84,0	60,0	86,0
<i>Sujet 4</i>	66,0	96,0	48,0	80,0
<i>Moyenne</i>	53,5	89,5	58,5	91,5
<i>Ecart-type</i>	18,4	5,0	7,5	10,1

Tableau 12 : Tableau récapitulatif des scores obtenus au questionnaire ECS pour les deux groupes avant et après la prise en charge

Evaluation de la motivation : Hypothèse non validée

Dans un premier temps, nous testons la cohérence à l'aide du coefficient alpha de Cronbach. Nous obtenons un coefficient alpha de 0,859 témoin d'une valeur élevée ou très élevée. Le questionnaire est considéré comme cohérent. Nous mesurons la motivation à l'aide du questionnaire EMAPS (Boiché et al., 2016).

Concernant le groupe contrôle, les résultats obtenus suite à notre prise en charge montrent une tendance positive de la motivation intrinsèque ($4,0 \pm 1,7$ avant et $5,9 \pm 0,8$ après en moyenne), de la motivation extrinsèque intégrée ($2,8 \pm 1,7$ avant et $4,6 \pm 1,2$ après en moyenne), de la motivation extrinsèque identifiée ($5,4 \pm 1,8$ avant et $6,4 \pm 0,8$ après en moyenne) et de la motivation extrinsèque introjectée ($3,8 \pm 1,9$ avant et $4,8 \pm 1,6$ après en moyenne) (Annexe 3 ; Figure 7).

Nous pouvons également observer les tendances suivantes : une légère diminution de la motivation extrinsèque régulation externe ($2,7 \pm 1,2$ avant et $2,10 \pm 1,4$ après en moyenne) ainsi que de l'amotivation ($1,6 \pm 1,0$ avant et $1,0 \pm 0,0$ après) (Annexe 3 ; Figure 7).

Cependant, nos résultats ne montrent pas d'amélioration significative pour le groupe contrôle ($p = 0,08935$).

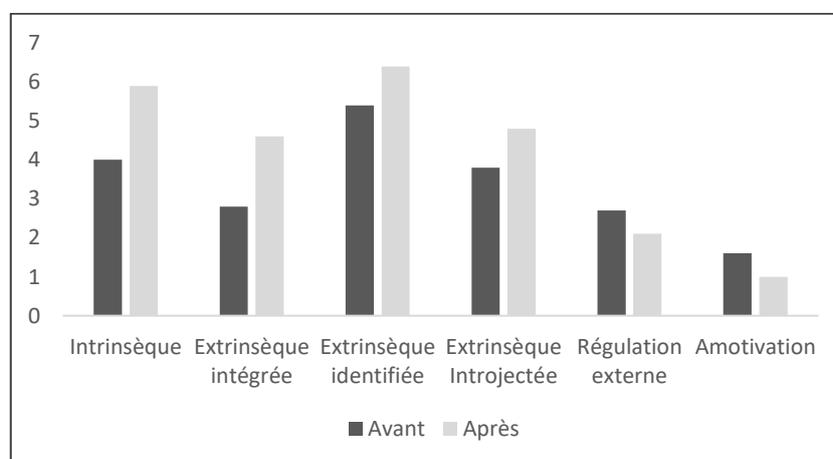


Figure 7 : Evolution de la motivation du groupe contrôle avant et après la prise en charge

Comme pour le groupe contrôle, nous avons testé la cohérence à l'aide du coefficient alpha de Cronbach. Le score alpha obtenu est de 0,824, témoin d'un niveau de valeur élevé à très élevé. Le questionnaire est considéré comme cohérent. Nous évaluons également la motivation avec le questionnaire EMAPS (Boiché et al., 2016).

La figure 8 nous renseigne sur les scores obtenus à l'EMAPS avant et après la prise en charge. Nous pouvons observer une amélioration de la motivation intrinsèque ($3,8 \pm 1,6$ avant et $5,9 \pm 0,8$ après), de la motivation extrinsèque intégrée ($2,70 \pm 1,83$ avant et $4,50 \pm 1,38$ après), de la motivation extrinsèque identifiée ($5,8 \pm 1,1$ avant et $6,4 \pm 0,8$ après) ainsi que de la motivation extrinsèque introjectée ($3,7 \pm 1,6$ avant et $4,9 \pm 1,7$ après).

Nous pouvons observer les tendances suivantes : une légère augmentation de la motivation extrinsèque régulation externe ($1,2 \pm 0,4$ avant et $1,8 \pm 1,6$ après) ainsi qu'une légère diminution de l'amotivation ($1,4 \pm 0,5$ avant et $1,1 \pm 0,3$ après) (Annexe 4 ; Figure 8).

Nos résultats nous permettent de montrer une amélioration significative de la motivation intrinsèque pour le groupe test ($p = 0,01609$).

L'hypothèse H1 est validée : la fixation d'objectif permet l'amélioration de la motivation intrinsèque.

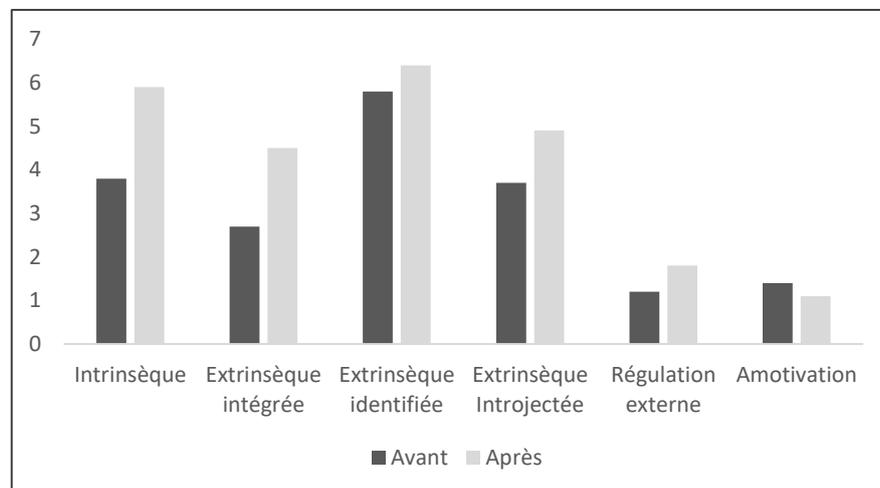


Figure 8 : Evolution de la motivation du groupe test avant et après la prise en charge

La figure 9 compare l'évolution de la motivation entre les deux groupes avant et après la prise en charge.

Pour les deux groupes, on observe une amélioration de la motivation intrinsèque, extrinsèque intégrée, identifiée et introjectée. Les valeurs sont assez similaires entre avant et après sur chacun

des groupes. On observe une différence concernant la motivation extrinsèque régulation externe pour le groupe contrôle et le groupe test. En effet, cet aspect a diminué chez le groupe contrôle ($2,7 \pm 1,23$ avant et $2,10 \pm 1,24$ après) mais a augmenté chez le groupe test ($1,20 \pm 0,40$ avant et $1,75 \pm 1,55$ après). Cependant, les données nous montrent que les valeurs initiales et finales sont inférieures chez le groupe test que chez le groupe contrôle (Annexe 5).

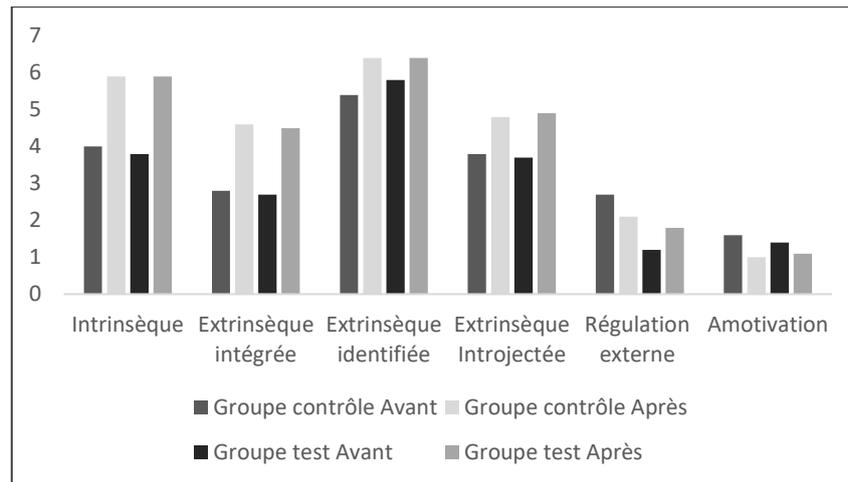


Figure 9 : Comparaison de l'évolution de la motivation entre le groupe contrôle et le groupe test avant et après la prise en charge

B. Evaluation physique

Evaluation de l'aptitude aérobie : test d'effort sous maximal

Les figure 10 et 11 nous renseignent sur l'évolution de l'aptitude aérobie de chacun des participants du groupe contrôle avant et après la prise en charge mesurée à l'aide du test sous maximal PWC 75% (Batcho et al., 2012).

Pour chacun des patients, on détermine la Puissance Maximale Aérobie (PMA) par extrapolation. Nous pouvons observer une amélioration de la PMA pour chacun des participants : le Sujet 1 présente une PMA de 250W avant et 300W après, le Sujet 2 présente une PMA de 210W avant et 250W après, le Sujet 3 présente une PMA de 190W avant et 240W après, et le Sujet 4 présente une PMA de 240W avant et 270W après.

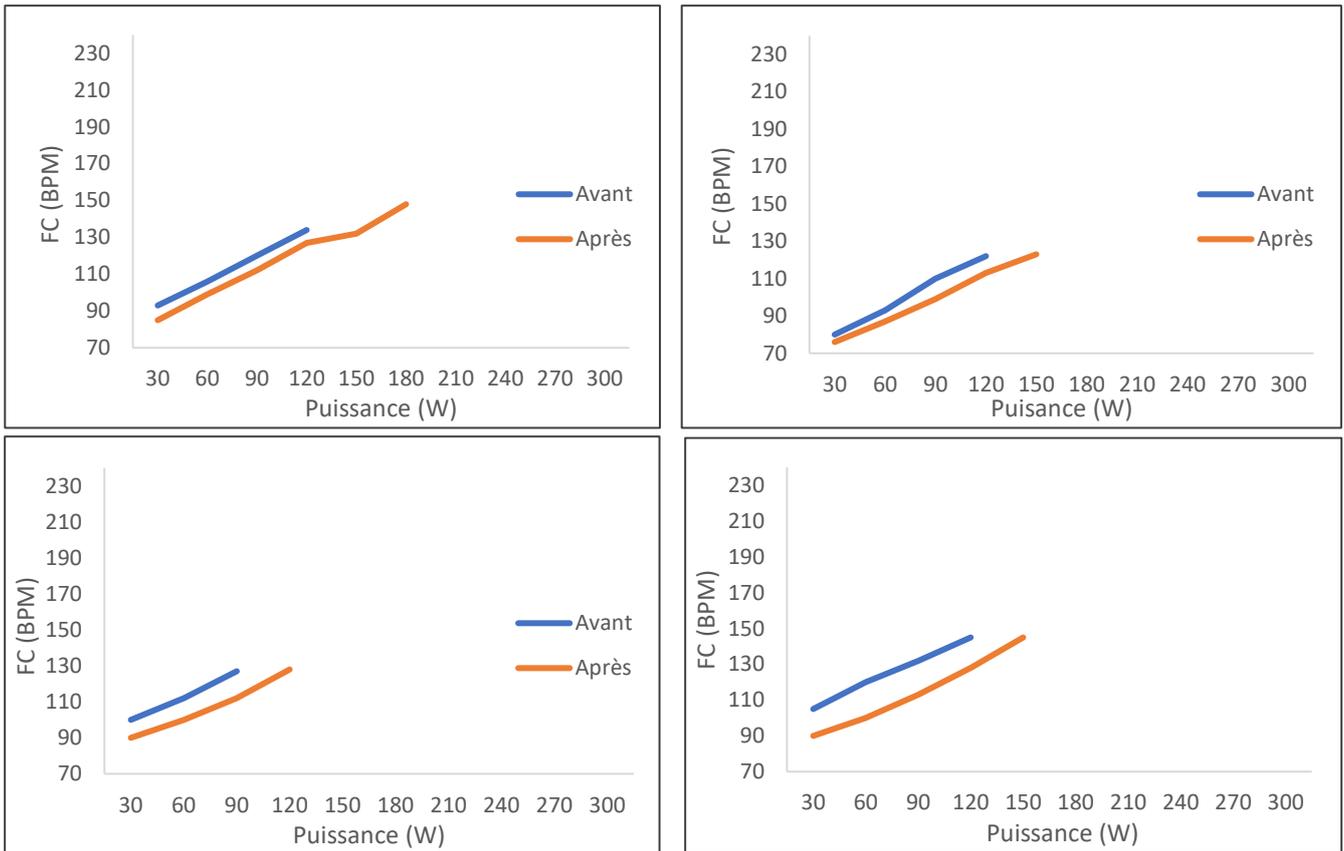


Figure 10 : Comparaison de l'évolution de la fréquence cardiaque au test PWC 75%/Kg en fonction de la puissance de chaque patient du groupe contrôle avant et après la prise en charge

FC : Fréquence cardiaque ; BPM : Battements par minute ; W : Watts

Afin de vérifier la significativité des résultats, nous effectuons les tests statistiques. On observe une amélioration significative de la PMA ($p < 0,05$) passant de $222,5 \pm 28$ Watts avant et 265 ± 29 Watts après en moyenne (figure 8).

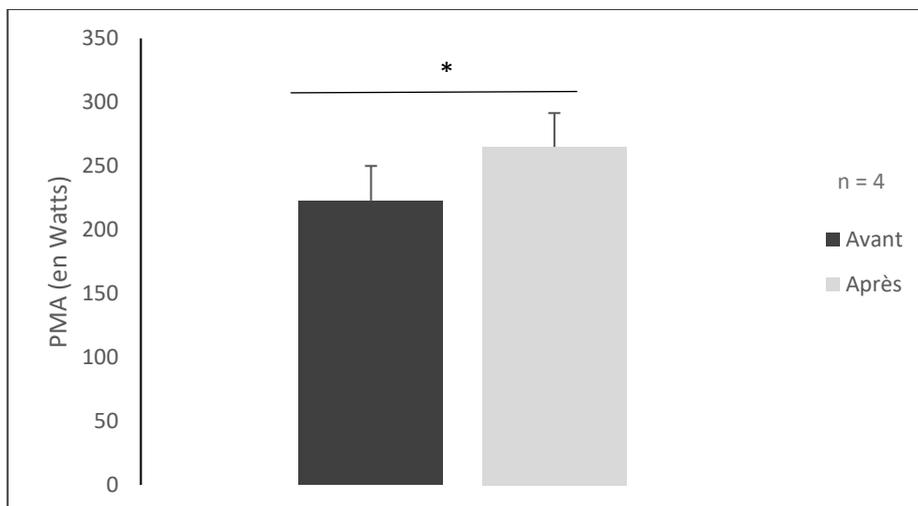


Figure 11 : Evolution de la PMA au test PWC 75%/Kg du groupe contrôle avant en après la prise en charge

Sur les figure 12 et 13, nous pouvons observer sur l'évolution de l'aptitude aérobie de chacun des participants du groupe test avant et après la prise en charge mesurée à l'aide du test sous maximal PWC 75% (Batcho et al., 2012).

Comme pour le groupe contrôle, nous utilisons les tests statistiques. On observe une amélioration significative de la PMA (P-value < 0,5) passant de $220 \pm 29,4$ Watts avant à $260 \pm 14,2$ Watts après en moyenne (Figure 10).

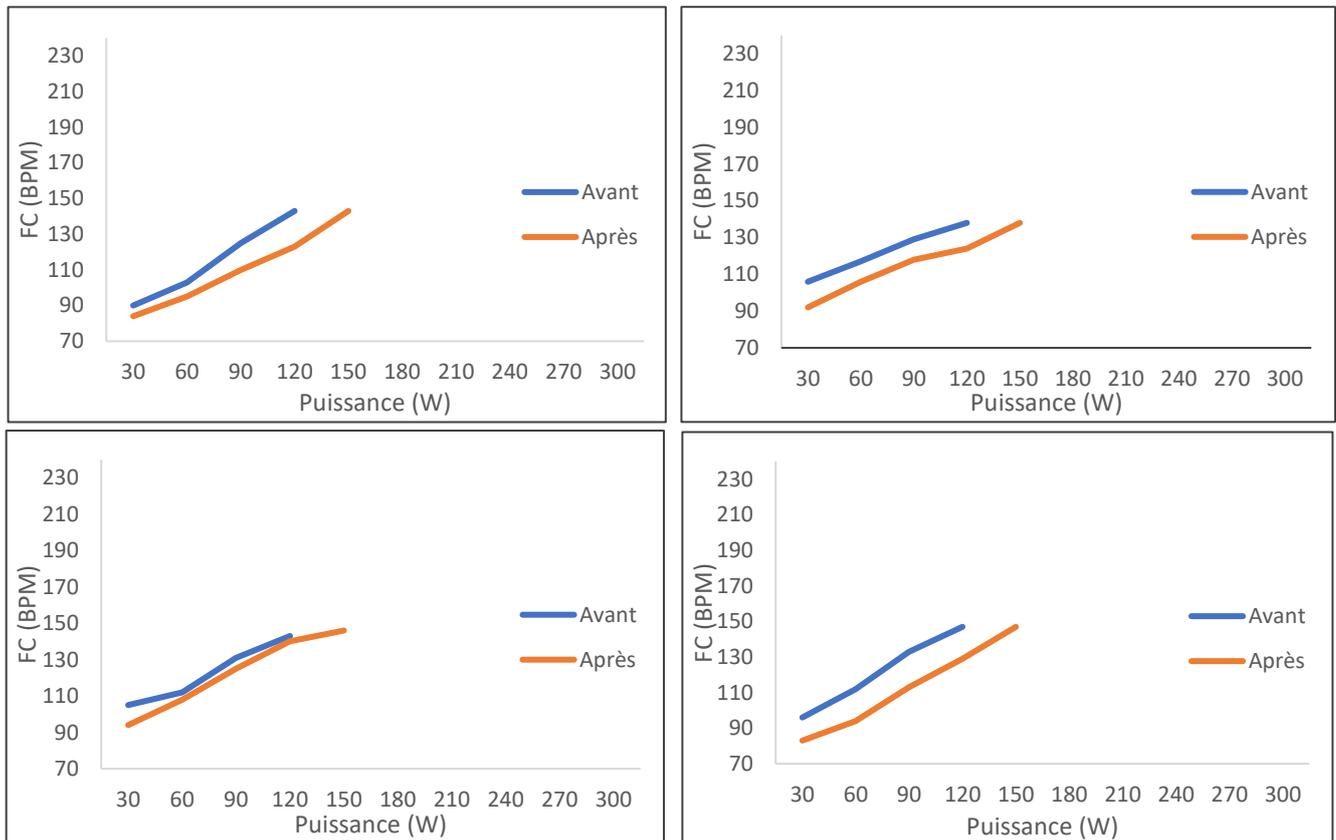


Figure 12 : Comparaison de l'évolution de la fréquence cardiaque au test PWC 75%/Kg en fonction de la puissance de chaque patient du groupe test avant et après la prise en charge

FC : Fréquence cardiaque ; BPM : Battements par minute ; W : Watts

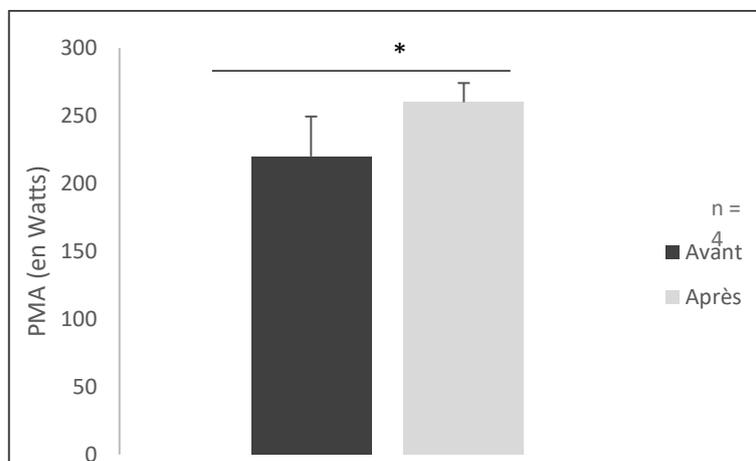


Figure 13 : Evolution de la PMA au test PWC 75%/Kg du groupe test avant en après la prise en charge

Le tableau 13 nous renseigne sur l'évolution de la PMA pour chaque sujet des deux groupes. On observe une PMA moyenne pour le groupe contrôle avant et après la prise en charge supérieur au groupe test ($222,5 \pm 27,5$ avant et $265,0 \pm 26,5$ après contre $220,0 \pm 29,4$ avant et $260,0 \pm 14,1$ après).

	GROUPE CONTROLE		GROUPE TEST	
	Avant	Après	Avant	Après
SUJET 1	250,0	300,0	190,0	250,0
SUJET 2	210,0	250,0	250,0	280,0
SUJET 3	190,0	240,0	240,0	260,0
SUJET 4	240,0	270,0	200,0	250,0
MOYENNE	222,5	265,0	220,0	260,0
ECART-TYPE	27,5	26,5	29,4	14,1

Tableau 13 : Comparaison de l'évolution de la PMA pour chaque sujet avant et après la prise en charge

C. Fixation d'objectifs

Evaluation des objectifs fixés et atteints :

Comme énoncé précédemment (cf : 3.2 Les outils psychologiques), chaque patient s'est vu se fixer des objectifs. Cette variable étant difficilement mesurable, les patients du groupe contrôle se sont fixé leurs objectifs en autonomie. Au cours des entretiens, le patient est revenu sur les objectifs qu'il s'était fixé et s'il avait réussi à l'atteindre. Il est important de noter que chaque patient se fixer un nombre illimité d'objectifs. L'objectif était simplement de permettre au patient de se fixer un ou plusieurs objectifs. Notre rôle en tant que thérapeute, était de les renseigner sur la faisabilité de chacun des objectifs (ex : impossible de perdre 20 Kg en 8 semaines). Afin d'avoir des résultats et des données pertinentes, nous avons calculé le pourcentage d'atteinte des objectifs fixés pour chacun des groupes en faisant le ratio entre les objectifs atteints et l'ensemble des objectifs fixés pour chaque patient.

Le tableau 14, nous renseigne sur le pourcentage d'atteinte des objectifs du groupe contrôle. On observe une moyenne d'atteinte des objectifs de $84 \pm 0,1$ %.

% D'ATTEINTE DES OBJECTIFS	
SUJET 1	90%
SUJET 2	80%
SUJET 3	75%
SUJET 4	90%
MOYENNE	84%
ECART-TYPE	0,1

Tableau 14 : Pourcentage d'atteinte des objectifs fixés pour chaque patient du groupe contrôle

Concernant le groupe test, les patients remplissaient un tableau avec le thérapeute dans une démarche éducationnelle. Les patients annotaient leurs objectifs à court, moyen et long terme avec les moyens qu'ils disposaient pour les atteindre (cf : Annexe 2). Nous avons utilisé la même méthode de calcul que pour le groupe contrôle : le ratio des objectifs atteints sur l'ensemble des objectifs fixés pour chacun des patients.

Le tableau 15 nous renseigne sur le pourcentage d'atteinte des objectifs. Nous pouvons observer une atteinte de 100% des objectifs fixés à court, moyen et long terme pour le groupe test.

	% D'ATTEINTE DES OBJECTIFS A COURT TERME	% D'ATTEINTE DES OBJECTIFS A MOYEN TERME	% D'ATTEINTE DES OBJECTIFS A LONG TERME
SUJET 1	100%	100%	100%
SUJET 2	100%	100%	100%
SUJET 3	100%	100%	100%
SUJET 4	100%	100%	100%
MOYENNE	100%	100%	100%
ECART TYPE	0	0	0

Tableau 15 : Pourcentage d'atteinte des objectifs fixés pour chaque patient du groupe test

V. Discussion

Cette étude visait à tester l'effet de la fixation d'objectif en activité physique et d'un programme d'activité physique adaptée sur la motivation, le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) et l'aptitude aérobie chez le patient dépressif.

Les résultats recueillis suite aux questionnaires distribués avant et après la prise en charge ont permis de montrer une tendance à l'amélioration du SEP, de la motivation et ont montré une amélioration significative de l'aptitude aérobie et de la puissance maximale aérobie.

Concernent le SEP, nous aurions pu nous attendre à ce que les résultats soient significatifs, car comme l'a démontré Emmons (1992), la fixation d'objectif à court terme et moyen terme permet une amélioration significative du SEP. De la même manière, des bénéfices de l'activité physique ont été reconnus sur le SEP, comme nous l'ont montré Aguiar et al (2022), avec leur étude dans laquelle ils ont démontré que l'auto-efficacité était élevée lors de la pratique d'exercices aérobie. Dans notre étude, les patients présentent une tendance positive à l'amélioration. Nous pouvons expliquer la non-significativité par la corrélation avec l'estime de soi.

En effet, comme nous l'explique Bandura et Maddux (1995), le sentiment d'efficacité personnelle est directement corrélé à l'estime de soi. Or, ici, nous n'avons pas mesuré cette variable qui nous aurait peut-être permis d'observer l'évolution ou non et de la mettre en lien avec le SEP. En outre, mesurer l'évolution de l'estime de soi nous aurait peut-être permis d'obtenir une amélioration significative du SEP.

Concernant la motivation, nous aurions également pu nous attendre à des résultats significatifs de par l'amélioration du SEP, bien que les résultats ne montrent une amélioration significative. En effet, une augmentation du niveau de SEP favorise les comportements motivés ainsi que la dépense d'efforts et leurs persistance (François P-H., 2009). De plus, comme nous démontre la revue de Farholm et Sorensen (2016), le renforcement musculaire combiné à un exercice aérobie permet une diminution de l'amotivation au profit de la motivation intrinsèque favorisant ainsi cette amélioration significative du profil motivationnel.

Nous pouvons expliquer cela de par le niveau d'amotivation initial relativement bas ($1,6 \pm 1$ pour le groupe contrôle et $1,4 \pm 0,5$ pour le groupe test en moyenne). Nous nous attendions à ce que ce niveau soit particulièrement plus élevé avant la prise en charge de par la symptomatologie de la dépression (diminution des comportements motivés et de la motivation induisant une majoration de l'amotivation). Ce faible niveau pourrait s'expliquer par le fonctionnement de la clinique.

En effet, chaque semaine, le patient reçoit une feuille de souhait avec les différentes activités thérapeutiques proposées dans la semaine. Bien qu'ils fassent partie du protocole, les patients avaient également accès aux autres activités proposées par les thérapeutes (psychomotricité, art-thérapie, ergothérapie, socio-esthétique). Chaque patient de notre protocole participait à différentes activités favorisant ainsi l'envie de participer à des activités et par la même occasion, la motivation intrinsèque au détriment de l'amotivation.

Tout cela n'a visiblement pas été remarqué dans notre présente étude. Principalement, nous expliquons cela en raison des difficultés intra-personnelles des patients, en lien avec le contexte de l'hospitalisation, les différents axes de travail du patient et les problématiques inhérentes à la pathologie (suivi psychiatrique, entretiens en psychothérapie, participations aux différentes activités thérapeutiques, adaptations à la clinique, alliance thérapeutique, adaptation médicamenteuse, etc).

Le faible échantillon et la faible durée d'étude peuvent également être une limite à cette étude. Une période plus longue aurait peut-être permis d'observer des améliorations significatives. Le niveau initial du SEP plutôt élevé (de $53,5 \pm 18,4$ points pour le groupe contrôle et $58,5 \pm 7,6$ points pour le groupe test) et le niveau initial de motivation intrinsèque assez haut ($4 \pm 1,7$ pour le groupe contrôle et $3,8 \pm 1,6$ pour le groupe test) et d'amotivation assez bas ($1,6 \pm 1$ pour le groupe contrôle et $1,4 \pm 0,5$ pour le groupe test) des patients peuvent aussi expliquer nos résultats. En effet nous pouvons expliquer le niveau initial de motivation intrinsèque de par l'organisation de la clinique. En effet, chaque semaine, le patient reçoit une feuille de souhait avec les différentes activités thérapeutiques proposées dans la clinique. Le patient coche les activités pour lesquelles il est intéressé ce qui montre déjà l'envie et la motivation du patient à pratiquer une activité physique ; témoin d'une motivation intrinsèque relativement supérieure à l'amotivation initialement.

Il est néanmoins important d'apporter une nuance concernant la différence non-significative entre les deux groupes. En effet, bien que le SEP et la motivation n'aient pas montré de différences significatives, il est nécessaire de noter les résultats obtenus concernant les objectifs fixés pour chacun des groupes. Le groupe contrôle a atteint en moyenne 84% de leurs objectifs tandis que le groupe test a atteint 100% de leurs objectifs. Comme nous l'ont montré Fujita et MacGregor (2012), la fixation d'objectifs à court et moyen terme favorise l'atteinte d'un objectif à long terme. La planification réfléchie semble avoir favorisé l'atteinte de chacun des objectifs à court, moyen et long terme ce qui peut témoigner des bénéfices de la fixation d'objectif à court, moyen et long terme (Cooper., 2018 ; Fujita et MacGregor., 2012).

Nous avons également pu observer une modification de leur comportement en lien avec la pratique physique et la sédentarité. En effet, comme l'expliquent Svan et al (2019), la fixation d'objectif dans l'activité physique permet de modifier un comportement en particulier et notamment de favoriser un style de vie plus actif. Par cela, les auteurs entendent favoriser les comportements actifs et diminuer les temps de sédentarité. Ici, chacun des patients a augmenté son volume d'activité physique et a diminué ses temps de sédentarité. Nous expliquons cela par l'atteinte des résultats fixés et atteints qui favorise l'adhérence au programme et à la pratique physique, la modification du profil motivationnel (augmentation de la motivation intrinsèque) et l'amélioration du SEP car le patient se sent plus en capacité de réussir une tâche ou un ensemble d'actions (Emmons RA., 1992).

Les résultats obtenus avant et après la prise en charge nous ont aussi permis de montrer une amélioration significative de la PMA et de l'aptitude aérobie pour chaque groupe. Différents facteurs peuvent expliquer ces résultats. L'exercice aérobie est généralement associé à des adaptations centrales et périphériques. En effet, l'exercice aérobie permet une augmentation du débit cardiaque maximal (Lambert et al., 2005). Cette augmentation permet notamment au cœur de fournir une plus grande quantité de sang oxygéné aux muscles et de meilleure qualité, améliorant ainsi leurs capacités à fonctionner de manière optimale. Associé à cela, les adaptations périphériques induites par le renforcement musculaire favorise le renfort des muscles et leur façon d'utiliser l'oxygène fourni par le cœur grâce aux mitochondries, aux capillaires sanguins et aux enzymes oxydatives (Lambert et al., 2005). Cette combinaison d'exercice aérobie et de renforcement musculaire favoriserait ainsi une amélioration globale de l'endurance cardiovasculaire et de par la même occasion, l'aptitude aérobie et la puissance maximale aérobie.

Cependant, nous n'observons aucune différence significative entre les deux groupes. Il est assez difficile d'expliquer la raison de cette observation. Nous pourrions proposer l'hypothèse que le profil des patients en termes de volume d'activité physique et de temps de sédentarité et leur motivation à la pratique serait la source de cette similarité. En effet, le profil actif des patients et la différence de niveau intra et inter-groupe pourrait expliquer cette homogénéité dans les résultats moyens par groupe. De plus, les patients présentaient un niveau relativement similaire avant la prise en charge ($222,5 \pm 27,5$ contre $220 \pm 14,1$) et ont participé au même protocole ce qui pourrait expliquer les résultats particulièrement similaires. Il faudrait néanmoins mener une étude plus approfondie afin d'expliquer ces résultats.

Afin de mieux comprendre les résultats obtenus, nous allons nous pencher sur les différentes études de cas de nos sujets. Nous commencerons par les quatre participants du groupe contrôle puis les quatre participants du groupe test.

Commençons par Mme GA, une jeune femme de 23 ans. Première hospitalisation en santé mentale, traitée pour une dépression typique (cf : Annexe 6) avec pour objectifs la mise à distance des idées noires et suicidaires et de lui trouver un traitement adapté. Au début du protocole, madame présente une fatigue importante (ressenti de la patiente) et une certaine difficulté à se mobiliser. Les résultats obtenus avant et après la prise en charge montrent une importante amélioration pour chacune des variables mesurées. En effet, madame présentait un profil inactif avec un volume d'activité physique inférieur à 150 minutes et 600 METS par semaine ainsi qu'un niveau de sédentarité élevé supérieur à 7h par jour. Suite à la prise en charge, madame a su modifier ces comportements inactifs en passant à un profil actif (> 150 minutes par jours et 600 METS par semaine) et à une sédentarité modérée (entre 3h et 7h par jour). Nous observons également une évolution de 20% de la Puissance Maximale Aérobie (PMA) au test PWC 75%/Kg avec un test initial qui s'était arrêté prématurément dû à une douleur au genou droit. Nous expliquons cet arrêt prématuré par la fatigue importante que présentait la patiente en début de prise en charge. Madame n'a pas atteint la totalité des objectifs qu'elle s'était fixée (90%). Cela peut s'expliquer par le fait que la patiente s'est fixée un trop grand nombre d'objectifs (10 objectifs à long terme) (Cooper., 2018) et peut être une estime de soi plus faible ne lui permettant pas de s'auto-évaluer correctement. La patiente présente une augmentation de 32% de sa motivation intrinsèque. Cependant, son niveau d'amotivation était déjà initialement bas (score minimal). Nous pouvons expliquer cela par le fait que j'ai rencontré madame une semaine après son arrivée au sein de notre service, temps qui lui aurait potentiellement permis de se poser et de pouvoir se projeter dans le soin. Nous observons également une évolution du SEP de 32% passé de 68 points à 90 points sur 110 possibles. Nous pouvons expliquer cette évolution par l'atteinte de 90% des objectifs qu'elle s'était fixée, par les feedbacks positifs et les encouragements des professionnels encadrants favorisant l'évolution du SEP (Gagnon et al., 2005).

Mr L, 56 ans, est le seul homme du protocole. Monsieur est hospitalisé pour la seconde fois au sein de notre clinique suite à une rechute dépressive. Il est cette fois-ci suivi dans le but de réadapter son traitement et sa posologie. Les résultats obtenus avant et après la prise en charge montrent une amélioration de certaines variables. En effet, Monsieur est un patient plutôt actif (> 150 minutes et 600 METS/semaine) initialement et présente une sédentarité modérée (entre 3h et 7h/jour). A la suite de la prise en charge, monsieur a augmenté son volume d'activité physique

(2060 minutes avant et 2600 minutes après) et a également diminué son temps de sédentarité (3h 47 minutes avant et 3h 36 minutes après). Nous observons également une évolution de 19% de sa PMA ainsi que de son aptitude aérobie. Monsieur a atteint 80% des objectifs qu'il s'était fixé et présente une diminution de 50% de son niveau d'amotivation malgré un faible niveau tout de même d'amotivation. Cependant, monsieur ne présente aucune amélioration ou évolution de son niveau de motivation intrinsèque déjà relativement élevé au départ (5,7/7 avant et idem après). Nous pouvons expliquer cela par le fait qu'il connaisse déjà le fonctionnement de la clinique ainsi que certains thérapeutes et professionnels dû à sa deuxième hospitalisation entraînant une adaptation plus simple pour monsieur. Nous observons tout de même une évolution du SEP de 69% passée de 52 points à 88 points sur 110 possibles, qui peut s'expliquer par les feedbacks et les encouragements positifs des professionnels encadrant (Gagnon et al., 2005) ainsi que l'atteinte de la majeure partie des objectifs que monsieur s'était fixés (Emmons RA., 1992) De plus, la participation aux différentes activités proposées au sein de la clinique favorise cette évolution de par le renforcement de ses capacités et de son auto-efficacité (observations des autres avec les feedbacks et les encouragements)(Gagnon et al., 1992).

Mme P, 49 ans, hospitalisé pour la seconde fois dans notre clinique suite à une rechute dépressive face à un deuil difficile combiné à un burn-out professionnel. Les résultats obtenus avant et après la prise en charge montre une évolution de toutes les variables mesurées. Madame est une femme assez active (> 150 minutes et 600 METS/semaine) et présente une sédentarité modérée. Suite à notre prise en charge, madame a augmenté son volume d'activité physique (passé de 1260 minutes avant à 1380 minutes après) et a diminué son temps de sédentarité hebdomadaire d'une heure (6h avant et 5h après). La patiente présente une évolution de 26% de sa PMA et de son aptitude aérobie. Madame a atteint 75% des objectifs qu'elle s'était fixée, présente une évolution de sa motivation intrinsèque de 103% (3,3/7 avant et 6,7/7 après) et une diminution de 50% de l'amotivation. Nous observons également une évolution importante du SEP de 300% passé de 28 points, soit le plus petit score de l'échantillon, à 84 points sur 110 points possibles. Nous pouvons expliquer ses évolutions par tout le travail des professionnels de santé et des thérapeutes de la clinique qui a été fait avec cette patiente. En effet, cette patiente a suivi une prise en charge individuelle en psychomotricité à raison de deux séances d'une heure par semaine, une prise en charge individuelle en art thérapie avec la même posologie combinée à deux séances d'une heure par semaine de psychothérapie (1h par semaine pour les autres patients de l'étude). Cette patiente est la seule de l'étude à avoir suivi ces différentes prises en charge assez spécifique à ses besoins.

Ensuite nous avons Mme D, une jeune femme de 26 ans hospitalisée pour la première fois pour une dépression typique, une mise à distance d'idées noires et débiter un traitement antidépresseur. Les résultats obtenus avant et après la prise en charge montrent une évolution de certaines variables. Madame est une femme active avec un niveau de sédentarité élevé initialement. Suite au protocole, madame présente une évolution du volume d'activité physique (passé de 540 minutes par semaine à 1050 minutes par semaine) et une diminution du temps de sédentarité (passé de 7h 30 minutes à 6h 34 minutes). La patiente présente également une amélioration de la PMA et de son aptitude aérobie de 12,5% après notre prise en charge. Madame a atteint 90% des objectifs qu'elle s'était fixée et présente une évolution de la motivation intrinsèque de 122%. Cependant, il n'y a pas d'évolution de l'amotivation de par un score initial et final identique (score minimal). Comme pour les justifications précédentes, nous pouvons expliquer ce très faible niveau d'amotivation de par l'organisation de la clinique basée sur le souhait du patient, son envie de participer au protocole et également par son envie de se mobiliser pour « aller mieux ». Nous observons également une évolution du SEP de 45% passé de 66 points avant à 96 points après sur 110 possibles qui s'explique notamment par l'évolution importante de sa motivation intrinsèque (122%) et l'atteinte de 90% des objectifs qu'elle s'était fixée (Emmons RA., 1992).

À présent, nous allons nous pencher sur les patients du groupe test, à commencer par Mme F. La patiente a 29 ans, elle est hospitalisée pour la troisième fois au sein de la clinique et est suivie pour une rechute dépressive avec mise à distance d'idées noires et suicidaires ainsi que pour réadapter son traitement. La patiente a un profil actif et présente un niveau de sédentarité modérée. Suite à notre prise en charge, nous pouvons observer une légère évolution du volume d'activité physique (passé de 1640 minutes à 1700 minutes) et une diminution du niveau de sédentarité passé de modérée à faible (4h 50 minutes avant et 2h 50 après). Madame présente une évolution de sa PMA et de son aptitude aérobie de 32% après la prise en charge. Concernant la fixation d'objectifs, madame a atteint 100% de ses objectifs fixés à court, moyen et long terme (Annexe 7). Nous pouvons expliquer cela par le fonctionnement de la méthode de fixation d'objectifs. En effet, en respectant une programmation précise comme nous l'ont démontré Fujita K et McGregor (2012), nous avons fixé avec la patiente des objectifs à court et moyen terme afin d'atteindre l'objectif à long terme (Annexe 7). De ce fait, cela a permis à la patiente d'aller à son rythme pour respecter le principe de progressivité (charge et intensité) et atteindre par pallier, ses objectifs à court, moyen et long terme. Nous pouvons utiliser cette justification avec tous les patients du groupe test. Nous pouvons également observer une amélioration significative du profil motivationnel avec une augmentation de la motivation intrinsèque de 81%. Cependant, les niveaux d'amotivation avant et

après la prise en charge sont identiques avec un score de 1 sur 7 (score minimal). Nous pouvons expliquer ce faible niveau d'amotivation par la familiarité avec la clinique (souhaits et envies) et au profil particulièrement actif de la patiente (ce qui ne montre pas de difficulté à se mobiliser). Concernant le SEP nous observons une évolution de 66% passée de 60 points avant à 100 points après sur 110 possibles. Nous pouvons expliquer ce résultat par l'évolution de 81% de la motivation intrinsèque ce qui favorise l'amélioration du SEP (Emmons RA., 1992) et l'atteinte de l'entièreté des objectifs fixés ce qui favorise l'évolution positive du SEP de par une prise de conscience de ses aptitudes, de sa progression et des obstacles potentiels de par l'atteinte des différents objectifs fixés et de la progression au cours des différents exercices (ex : passer d'une séance à deux séances par semaines, augmenter la charge) (Cooper., 2018).

Mme G, 38 ans, est hospitalisée pour la première fois et présente des contraintes mécaniques et physiques à cause de douleurs somatiques particulièrement handicapantes. La patiente nous parle de « crise de douleurs » pouvant ressembler à une fibromyalgie. Elle est hospitalisée pour une dépression typique. Cette patiente a un profil assez actif (540 minutes d'AP et 1940 METS par semaine) et présente une sédentarité modérée (5h 48 minutes par jour). Suite à notre prise en charge, la patiente a augmenté son volume d'AP (840 minutes d'AP et 3066 METS par semaine) et a diminué son temps de sédentarité (4h par jour). La patiente montre également une amélioration significative de sa PMA et de son aptitude aérobie de 12%. Concernant la fixation d'objectifs, madame a su atteindre tous les objectifs qu'elle s'était fixés. Nous expliquons cela par la progressivité des séances et des objectifs à court, moyen et long terme (Fujita K et McGregor., 2012). Nous pouvons observer une amélioration significative du profil motivationnel de la patiente avec une augmentation de la motivation intrinsèque de 43% (passée de 4/7 à 5,7/7) et une diminution de l'amotivation de 28% (passé de 1,7/7 à 1,3/7). Concernant le SEP, nous observons une hausse de 52% avec un score passé de 66 à 100 sur 110 points possibles. Bien que nous n'ayons pu mesurer la douleur somatique du patient par une échelle visuelle analogique, la patiente dit se sentir beaucoup mieux, et ressentir moins de douleurs suite à la prise en charge. Ce point serait à approfondir afin de mesurer le lien entre douleurs, motivations et SEP.

Mme Pa, 26 ans, hospitalisé par la seconde fois au sein de notre structure. Cette deuxième hospitalisation fait suite à un lourd suivi oncologique dans le traitement d'un cancer. Madame est suivie pour une dépression typique et pour une mise à distance d'idées noires et suicidaires. La patiente présente un profil relativement actif avec un temps moyen d'AP hebdomadaire de 360 minutes (1440 METS par semaine) et un niveau de sédentarité élevé (7h par jour). Suite à notre prise en charge, madame a augmenté son volume d'AP hebdomadaire (630 minutes et 2034 METS

par semaine) et a diminué son temps de sédentarité de 2h (5h). Nous observons également une amélioration significative de sa PMA et de son aptitude aérobie de 8%. À savoir que madame n'a pas été en capacité d'aller au bout du premier test suite à une crise d'angoisse. En effet, madame ayant un profil assez anxieux, le test a suscité chez elle une certaine angoisse qui s'est manifestée durant le test. Il a alors été convenu de mettre fin au test. Concernant la fixation d'objectifs, la patiente a atteint tous les objectifs qu'elle s'était fixés. A noter que chaque séance d'APA était pour madame une source d'angoisse de par la peur d'être trop essoufflé ou de ne pas être en capacité de réussir l'exercice qui lui était proposé. Nous expliquons l'atteinte des objectifs par l'alliance thérapeutique créée avec la patiente, la répétition des situations de réussite pour la patiente ainsi que la progressivité des séances et des objectifs à court, moyen et long terme (Fujita K et McGregor., 2012). Nous observons ensuite, une amélioration significative de la motivation intrinsèque de 26% (5/7 avant et 6,3/7 après) et une diminution de l'amotivation de 70% (1,7/7 avant et 1/7 après). Concernant le SEP, nous observons une évolution de 43% passé de 60 points sur 86 points sur 110 possibles. Nous aurions pu nous atteindre à un niveau de SEP initial plus faible concernant les freins et les peurs que la patiente ressentait à la pratique physique. Cependant, nous pouvons constater un niveau de SEP assez élevé pour une personne présentant ce type de problématique. Il est actuellement assez difficile d'expliquer les raisons. Il faudrait mener une étude plus approfondie avec de plus grands moyens nous permettant également de mesurer la capacité à s'auto-évaluer chez le patient dépressif.

Enfin, nous avons Mme B, une jeune femme de 24 ans hospitalisée pour la première fois au sein de la clinique pour une dépression typique associée à une mise à distance d'idées noires, d'idées suicidaires et afin de trouver un traitement adapter. La patiente présente également des douleurs somatiques pouvant s'apparenter à des « crises aiguës » de douleurs localisées aux membres inférieurs. La patiente présente un profil actif avec un volume d'activité physique de 1040 minutes par semaine (4062 METS) et un niveau de sédentarité modéré (5h 48 minutes par jour). Suite à notre prise en charge, la patiente présente une augmentation de son volume d'activité physique (1485 minutes et 6440 METS par semaine) ainsi qu'une diminution du temps de sédentarité (4h 15 minutes). La patiente montre également une amélioration significative de sa PMA et de son aptitude aérobie de 25%. Concernant la fixation d'objectifs, la patiente a atteint l'entièreté des objectifs qu'elle s'était fixés initialement. Nous justifions cela de la même manière que pour les patients précédents, de par la progressivité et la pertinence des objectifs fixés à court, moyen et long terme qui, dans la logique des choses, favorisait un suivi et une progressivité spécifique dans l'atteinte de l'objectif à long terme (Fujita K et McGregor., 2012). Nous observons

également une amélioration significative du profil motivationnel de la patiente. En effet, cette dernière présente une augmentation de la motivation intrinsèque de 125% (2,7/7 avant et 6/7 après). Cependant, nous n'observons pas de grande amélioration de l'amotivation, relativement bas initialement (1,3/7 avant et 1/7 après). Nous pouvons expliquer ce faible niveau d'amotivation de par le fonctionnement de la clinique qui, comme indiqué plus tôt, favorise le choix et l'envie des patients où le patient est directement acteur de sa prise en charge. Concernant le SEP, nous observons une augmentation de 67% passé de 48 points avant à 80 points sur 110 possibles. Nous expliquons cette évolution par l'augmentation de 125% de la motivation intrinsèque (Emmons RA., 1992) ainsi que l'attente de la totalité de ses objectifs (Harkin et al., 2016). De plus, durant l'entretien de mi-parcours, la patiente a émis le souhait de se fixer de nouveaux objectifs. Mme B dit se sentir accompagnée et dit avoir retrouvé le goût et le plaisir de la pratique physique. Madame explique également se sentir moins fatiguée et présente moins de douleurs qu'à son arrivée à la clinique. Ainsi, nous pensons que cette évolution aussi bien comportementale que motivationnelle est un facteur important qui pourrait justifier l'évolution du SEP.

Au final, concernant nos hypothèses, nous pouvons affirmer qu'il n'existe pas d'amélioration significative de la motivation intrinsèque et du sentiment d'efficacité personnelle. De plus, nous ne sommes pas parvenus à montrer une différence significative entre le groupe contrôle, basé sur des objectifs à long terme et le groupe test, basé sur la méthode de fixation d'objectifs (court, moyen et long terme). Néanmoins, une tendance semble se dégager pour chacun des groupes avec des résultats sur le SEP et la motivation, favorables. On rappelle que l'activité physique de type aérobie combinée à un du renforcement musculaire associé à une fixation d'objectifs à court, moyen et long terme a un effet positif sur la motivation chez le patient dépressif (Farholm et Sorensen., 2016) et sur le SEP (Svan et al., 2019). Certainement que la mobilisation du SEP lors de l'exercice est plus simple avec l'instauration des encouragements et des feedbacks qui sont des leviers de motivations sur lesquels, les professionnels de l'activité physique peuvent s'appuyer. Gagnon et al (2005), soulignent le fait que l'observation et les encouragements d'autrui découlent d'une des quatre sources d'informations principales de l'auto-efficacité. Peut-être que les différentes techniques comme les encouragements ou feedback positifs n'ont pas été suffisamment été utilisés. Nous aurions également pu développer davantage notre évaluation à l'aide d'une échelle de Likert transmise avant et après chaque séance pour connaître les ressentis du patient sur l'exercice et leur sentiment de compétence durant la séance. De plus, avoir un plus grand échantillon et proposer un protocole sur une période plus longue avec une programmation

sur une année complète mesurant le SEP et la motivation nous aurait permis d'avoir des résultats significatifs.

VI. Conclusion

A ce jour, nous savions grâce à la littérature scientifique, que l'activité physique est considérée comme un moyen thérapeutique à part entière dans le traitement de la dépression (Kandola et al., 2019). Nous savions également que la fixation d'objectifs dans l'activité physique permet d'améliorer la motivation intrinsèque (Farholm et Sorensen., 2016) et le SEP (Svan et al., 2019). Cette étude a permis de mettre en évidence ces bienfaits auprès de patients souffrant de dépression malgré des résultats non significatifs.

Notre protocole a duré huit semaines à raison de deux séances d'une heure par semaine. Nous avons tenté de savoir si la méthode de fixation d'objectifs (court, moyen et long terme) était plus efficace que la méthode avec un ou des objectifs finaux (ex : perdre 15 kg en 8 semaines). Forcé de constater que les résultats obtenus ne permettent pas de montrer d'amélioration et de différence significatives hormis concernant la motivation intrinsèque du groupe test qui a présenté une amélioration significative. Nous avons néanmoins pu observer des tendances positives suite à notre prise en charge. Malgré des résultats non significatifs, nous pouvons tout de même souligner les effets favorables sur le profil motivationnel et sur le SEP du patient pour les deux groupes. De plus, nous avons pu observer une modification des comportements liés aux volumes d'activité physique hebdomadaire et au temps de sédentarité. Nous avons observé que la méthode de fixation d'objectifs à court, moyen et long terme, présente une efficacité supérieure à des objectifs finaux (100% pour le groupe test, 84% pour le groupe contrôle en moyenne).

Par conséquent, ceci participe à l'augmentation de la qualité de vie, facilite la projection ainsi que le retour des patients aux activités de la vie quotidienne. L'objectif final de la prise en charge dans notre structure étant la réadaptation et la réinsertion sociale et professionnelle, nous pensons que ces bénéfices acquis peuvent aller en ce sens de sorte que suite à la prise en charge, le patient sort avec des ressources plus solides et adaptables pour la reprise d'une vie active (ex : reprendre progressivement le travail, continuer l'activité physique, etc).

Dans le but de faire progresser les recherches scientifiques concernant la pratique d'activités physiques adaptées et la fixation d'objectifs auprès de patients dépressifs, nos résultats pourraient être repris dans des études plus approfondies et à plus grande échelle, en mesurant des variables supplémentaires en lien avec les symptômes (douleur et asthénie) sur plusieurs périodes (3 mois, 6 mois puis 1 an) dans le but de montrer des améliorations significatives.

VII. Bibliographie

Aguiar LT, Nadeau S, Teixeira-Salmela LF, Reis MTF, Peniche PDC, Faria CDCM. Perspectives, satisfaction, self-efficacy, and barriers to aerobic exercise reported by individuals with chronic stroke in a developing country. *Disabil Rehabil.* 2022 Jun;44(13):3089-3094.

Bandura, A. (1988). Self-regulation of motivation and action through goal systems. In *Cognitive perspectives on emotion and motivation* (pp. 37-61). Dordrecht: Springer Netherlands.

Bandura, A., & Maddux, J. E. (1995). Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application.

Bandura. A (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New-York : W.H. Freeman and company.

Batcho, C. S., Thonnard, J., & Nielens, H. (2012). PWC75 % /kg, a fitness index not linked to resting heart rate : testing procedure and reference values. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(7), 1196-1200.

Beltrame, Fabien. (2022). Traduction, adaptation et validation de la version française de la Sherer General Self-Efficacy Scale (SGSES). 10.13140/RG.2.2.25766.80967.
: Sherer General Self-Efficacy Scale (SGSES) - Version Fr (free.fr).

Boiché, J., Gourlan, M., Trouilloud, D., & Sarrazin, P. (2019). Development and validation of the 'Echelle de Motivation envers l'Activité Physique en contexte de Santé': A motivation scale towards health-oriented physical activity in French. *Journal of Health Psychology*, 24(3), 386-396.

Bondolfi, G. (2002). Dépression récurrente et prévention de la rechute. *Médecine et hygiène*, 1721-1726.

Caetano, L. C., Pacheco, B. D., Samora, G. A., Teixeira-Salmela, L. F., & Scianni, A. A. (2020). Self-efficacy to engage in physical exercise and walking ability best predicted exercise adherence after stroke. *Stroke research and treatment*, 2020.

Charretier, L., Eustache, F., & Quinette, P. (2022, January). La projection vers le futur: Neuropsychologie, neuro-imagerie et psychopathologie. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 180, No. 1, pp. 60-65). Elsevier Masson.

Charles M, Thivel D, Verney J, Isacco L, Husu P, Vähä-Ypyä H, Vasankari T, Tardieu M, Fillon A, Genin P, Larras B, Chabanas B, Pereira B, Duclos M. Reliability and Validity of the ONAPS Physical Activity Questionnaire in Assessing Physical Activity and Sedentary Behavior in French Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 25;18(11):5643. doi: 10.3390/ijerph18115643. PMID: 34070452; PMCID: PMC8197457.

Cooper, M. (2018). The psychology of goals: A practice-friendly review. In M. Cooper & D. Law (Eds.), *Working with goals in psychotherapy and counselling* (pp. 35–71). Oxford University Press.

Dean, J. R., & Keshavan, M. S. (2017). The Neurobiology of Depression : An Integrated View. *Asian Journal of Psychiatry*, 27, 101-111.

De Matos, M. G., Calmeiro, L., & Da Fonseca, D. (2009). Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. *Presse Medicale*, 38(5), 734-739.

Emmons, R. A. (1992). Abstract versus concrete goals: personal striving level, physical illness, and psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 62(2), 292.

15. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (Eds.). (2004). *Handbook of self-determination research*. University Rochester Press.

Farholm, A., & Sørensen, M. (2016). Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies. *International journal of mental health nursing*, 25(3), 194-205.

François, P. H. (2009). Sentiment d'efficacité personnelle et attente de résultat: perspectives pour le conseil en orientation. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (38/4), 475-498.

Fujita, K., & MacGregor, K. E. (2012). Basic goal distinctions. In *Goal-directed behavior* (pp. 85-114). Psychology Press.

Gagnon I, Swaine B, Friedman D, & Forget R. (2005). Exploring Children's Self-efficacy Related to Physical Activity Performance After a Mild Traumatic Brain Injury. *The Journal Of Head Trauma Rehabilitation/Journal Of Head Trauma Rehabilitation*, 20(5), 436-449.

Gold, A. K., Rabideau, D. J., Katz, D., Peters, A. T., Bist, J., Albury, E. A., ... & Sylvia, L. G. (2024). Self-efficacy for exercise in adults with lifetime depression and low physical activity. *Psychiatry Research Communications*, 100159.

Harkin, B., Webb, T. L., Chang, B. P., Prestwich, A., Conner, M., Kellar, I., ... & Sheeran, P. (2016). Does monitoring goal progress promote goal attainment. A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological bulletin*, 142(2), 198.

Kandola, A., Ashdown-Franks, G., Hendrikse, J., Sabiston, C. M., & Stubbs, B. (2019). Physical activity and depression : Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity.

Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 107, 525-539.

Keck, M. E. (2010). *Depression*. Switzerland: Lundbeck (Schweiz) AG.

Kessler, R. C. (2012). The costs of depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 1-14.

Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 202, 67-86.

Lambert CP, Evans WJ. (2005). Adaptations to aerobic and resistance exercise in the elderly. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 6, 137-43.

Muris, P., Meesters, C., Pierik, A., & de Kock, B. (2016). Good for the self: Self-compassion and other self-related constructs in relation to symptoms of anxiety and depression in non-clinical youths. *Journal of child and family studies*, 25, 607-617.

Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Brodaty, H., Boyce, P., Mitchell, P., Wilhelm, K., ... & Eyers, K. (1993). Psychomotor disturbance in depression: defining the constructs. *Journal of affective disorders*, 27(4), 255-265.

Sheldon, K. M. (2002). The self-concordance model of healthy goal striving: When personal goals correctly represent the person. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 65–86).

Tatum, A. K., & Houston, E. (2016). Examining the interplay between depression, motivation, and antiretroviral therapy adherence : a Social Cognitive approach. *Aids Care-psychological and Sociomedical Aspects of Aids/hiv*, 29(3), 306-310.

Tsai, C. L., Chaichanasakul, A., Zhao, R., Flores, L. Y., & Lopez, S. J. Strengths Self-Efficacy Scale. *Journal of Career Assessment*.

Zhao, Y., Du, M., Huang, X., Lui, S., Chen, Z., Liu, J., Luo, Y., Wang, X., Kemp, G. J., & Gong, Q.

(2014). Brain Grey Matter Abnormalities in medication-free patients with major depressive Disorder : A Meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(14), 2927-2937.

Sites internet :

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.

Agence National du Sport : *Etat des lieux du sport en région Hauts-De-France*, 2022. <https://www.agencedusport.fr/> [Accédé le 20/02/2024].

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) : *Minima sociaux et prestations sociales* – Edition 2020. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/> [Accédé le 28/04/2024]

Croutte P., Y., Müller J., 2018, *Baromètre national des pratiques sportives 2018*, Baromètre réalisé par le CREDOC sous la direction de Hoibian S. pour l'INJEP et le ministère des sports, INJEP Notes & rapports/Rapport d'étude. [Accédé le 26/03/2024]

Agence Régionale de Santé Haut-de-France : *Les maisons sport santé (MSS) en Hauts-de-France*.
<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-maisons-sport-sante-mss-en-hauts-de-france>.
[Accédé le 25/04/2024].

Service Public France : *Impôt sur les sociétés (IS) : entreprises concernées et taux d'imposition*.
<https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F23575>. [Accédé le 01/01/2024].

Frédéric Valletoux (2023, 3 Mars). Communiqué de presse du 3 mars 2023 sur la mise au point d'une feuille de route sur la santé mentale et psychiatrie. Gouvernement de la République française. <https://sante.gouv.fr/> [Accédé le 18/07/2024].

VIII. Annexes

Annexe 1 : Formulaire de consentement

 Université de Lille	
Conditions relatives à l'utilisation des enregistrements vidéo pour l'enseignement ou les colloques scientifiques :	
Lors de conférences ou d'exposés, il est souvent intéressant de pouvoir illustrer avec des images, le propos de l'exposé. Acceptez-vous que les vidéos soient utilisées pour ce type d'utilisation ? Si vous donnez votre accord pour que nous utilisions ces enregistrements vidéo, nous vous garantissons que :	
<ol style="list-style-type: none">1. Aucune référence, verbale ou écrite, ne sera faite sur votre identité2. Seules de courtes parties de quelques minutes de l'enregistrement seront montrées3. Ces enregistrements ne seront diffusés que lors des colloques scientifiques et lors d'enseignements à des étudiants déjà spécialisés dans leur cursus universitaire	
Si vous nous donnez votre permission d'utiliser les enregistrements vidéo pour l'enseignement ou des présentations scientifiques, vous êtes libres, par la suite de changer d'avis et de nous le faire savoir en contactant Edinho Da Silva à l'adresse mail suivante : ()	
* merci de cocher votre choix	
<input checked="" type="checkbox"/> Donne mon accord pour que les enregistrements vidéo soient utilisés pour l'enseignement ou les colloques scientifiques <input type="checkbox"/> Ne donne pas ma permission pour que ces enregistrements soient diffusés	
Fait à <u>Faches</u>, le <u>28/03/2024</u> <u>Thurmesnil</u>	
Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :	

Conditions relatives à l'utilisation des enregistrements vidéo pour l'enseignement ou les colloques scientifiques :

Lors de conférences ou d'exposés, il est souvent intéressant de pouvoir illustrer avec des images, le propos de l'exposé. Acceptez-vous que les vidéos soient utilisées pour ce type d'utilisation ?

Si vous donnez votre accord pour que nous utilisions ces enregistrements vidéo, nous vous garantissons que :

1. Aucune référence, verbale ou écrite, ne sera faite sur votre identité
2. Seules de courtes parties de quelques minutes de l'enregistrement seront montrées
3. Ces enregistrements ne seront diffusés que lors des colloques scientifiques et lors d'enseignements à des étudiants déjà spécialisés dans leur cursus universitaire

Si vous nous donnez votre permission d'utiliser les enregistrements vidéo pour l'enseignement ou des présentations scientifiques, vous êtes libres, par la suite de changer d'avis et de nous le faire savoir en contactant Edinho Da Silva à l'adresse mail suivante :

* merci de cocher votre choix

- Donne mon accord pour que les enregistrements vidéo soient utilisés pour l'enseignement ou les colloques scientifiques
- Ne donne pas ma permission pour que ces enregistrements soient diffusés

Fait à Lille, le 27/03/2024

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Conditions relatives à l'utilisation des enregistrements vidéo pour l'enseignement ou les colloques scientifiques :

Lors de conférences ou d'exposés, il est souvent intéressant de pouvoir illustrer avec des images, le propos de l'exposé. Acceptez-vous que les vidéos soient utilisées pour ce type d'utilisation ?

Si vous donnez votre accord pour que nous utilisions ces enregistrements vidéo, nous vous garantissons que :

1. Aucune référence, verbale ou écrite, ne sera faite sur votre identité
2. Seules de courtes parties de quelques minutes de l'enregistrement seront montrées
3. Ces enregistrements ne seront diffusés que lors des colloques scientifiques et lors d'enseignements à des étudiants déjà spécialisés dans leur cursus universitaire

Si vous nous donnez votre permission d'utiliser les enregistrements vidéo pour l'enseignement ou des présentations scientifiques, vous êtes libres, par la suite de changer d'avis et de nous le faire savoir en contactant Edinho Da Silva à l'adresse mail suivante :_

* merci de cocher votre choix

Donne mon accord pour que les enregistrements vidéo soient utilisés pour l'enseignement ou les colloques scientifiques

Ne donne pas ma permission pour que ces enregistrements soient diffusés

Fait à Fashe, le 28.3.24

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Conditions relatives à l'utilisation des enregistrements vidéo pour l'enseignement ou les colloques scientifiques :

Lors de conférences ou d'exposés, il est souvent intéressant de pouvoir illustrer avec des images, le propos de l'exposé. Acceptez-vous que les vidéos soient utilisées pour ce type d'utilisation ?
Si vous donnez votre accord pour que nous utilisions ces enregistrements vidéo, nous vous garantissons que :

1. Aucune référence, verbale ou écrite, ne sera faite sur votre identité
2. Seules de courtes parties de quelques minutes de l'enregistrement seront montrées
3. Ces enregistrements ne seront diffusés que lors des colloques scientifiques et lors d'enseignements à des étudiants déjà spécialisés dans leur cursus universitaire

Si vous nous donnez votre permission d'utiliser les enregistrements vidéo pour l'enseignement ou des présentations scientifiques, vous êtes libres, par la suite de changer d'avis et de nous le faire savoir en contactant Edinho Da Silva à l'adresse mail suivante :

* merci de cocher votre choix

- Donne mon accord pour que les enregistrements vidéo soient utilisés pour l'enseignement ou les colloques scientifiques
- Ne donne pas ma permission pour que ces enregistrements soient diffusés

Fait à Faches , le 22/03/2024

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

-
-

Conditions relatives à l'utilisation des enregistrements vidéo pour l'enseignement ou les colloques scientifiques :

Lors de conférences ou d'exposés, il est souvent intéressant de pouvoir illustrer avec des images, le propos de l'exposé. Acceptez-vous que les vidéos soient utilisées pour ce type d'utilisation ?
Si vous donnez votre accord pour que nous utilisions ces enregistrements vidéo, nous vous garantissons que :

1. Aucune référence, verbale ou écrite, ne sera faite sur votre identité
2. Seules de courtes parties de quelques minutes de l'enregistrement seront montrées
3. Ces enregistrements ne seront diffusés que lors des colloques scientifiques et lors d'enseignements à des étudiants déjà spécialisés dans leur cursus universitaire

Si vous nous donnez votre permission d'utiliser les enregistrements vidéo pour l'enseignement ou des présentations scientifiques, vous êtes libres, par la suite de changer d'avis et de nous le faire savoir en contactant Edinho Da Silva à l'adresse mail suivante :

* merci de cocher votre choix

- Donne mon accord pour que les enregistrements vidéo soient utilisés pour l'enseignement ou les colloques scientifiques
- Ne donne pas ma permission pour que ces enregistrements soient diffusés

Fait à Edinho....., le 27/03/2024.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Conditions relatives à l'utilisation des enregistrements vidéo pour l'enseignement ou les colloques scientifiques :

Lors de conférences ou d'exposés, il est souvent intéressant de pouvoir illustrer avec des images, le propos de l'exposé. Acceptez-vous que les vidéos soient utilisées pour ce type d'utilisation ?
Si vous donnez votre accord pour que nous utilisions ces enregistrements vidéo, nous vous garantissons que :

1. Aucune référence, verbale ou écrite, ne sera faite sur votre identité
2. Seules de courtes parties de quelques minutes de l'enregistrement seront montrées
3. Ces enregistrements ne seront diffusés que lors des colloques scientifiques et lors d'enseignements à des étudiants déjà spécialisés dans leur cursus universitaire

Si vous nous donnez votre permission d'utiliser les enregistrements vidéo pour l'enseignement ou des présentations scientifiques, vous êtes libres, par la suite de changer d'avis et de nous le faire savoir en contactant Edinho Da Silva à l'adresse mail suivante :

* merci de cocher votre choix

- Donne mon accord pour que les enregistrements vidéo soient utilisés pour l'enseignement ou les colloques scientifiques
- Ne donne pas ma permission pour que ces enregistrements soient diffusés

Fait à Faches , le 23/03/2024

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Conditions relatives à l'utilisation des enregistrements vidéo pour l'enseignement ou les colloques scientifiques :

Lors de conférences ou d'exposés, il est souvent intéressant de pouvoir illustrer avec des images, le propos de l'exposé. Acceptez-vous que les vidéos soient utilisées pour ce type d'utilisation ?
Si vous donnez votre accord pour que nous utilisions ces enregistrements vidéo, nous vous garantissons que :

1. Aucune référence, verbale ou écrite, ne sera faite sur votre identité
2. Seules de courtes parties de quelques minutes de l'enregistrement seront montrées
3. Ces enregistrements ne seront diffusés que lors des colloques scientifiques et lors d'enseignements à des étudiants déjà spécialisés dans leur cursus universitaire

Si vous nous donnez votre permission d'utiliser les enregistrements vidéo pour l'enseignement ou des présentations scientifiques, vous êtes libres, par la suite de changer d'avis et de nous le faire savoir en contactant Edinho Da Silva à l'adresse mail suivante : « edinho@univ-lille.fr »

* merci de cocher votre choix

- Donne mon accord pour que les enregistrements vidéo soient utilisés pour l'enseignement ou les colloques scientifiques
- Ne donne pas ma permission pour que ces enregistrements soient diffusés

Fait à Faches....., le 22/03/2024.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Conditions relatives à l'utilisation des enregistrements vidéo pour l'enseignement ou les colloques scientifiques :

Lors de conférences ou d'exposés, il est souvent intéressant de pouvoir illustrer avec des images, le propos de l'exposé. Acceptez-vous que les vidéos soient utilisées pour ce type d'utilisation ?

Si vous donnez votre accord pour que nous utilisions ces enregistrements vidéo, nous vous garantissons que :

1. Aucune référence, verbale ou écrite, ne sera faite sur votre identité
2. Seules de courtes parties de quelques minutes de l'enregistrement seront montrées
3. Ces enregistrements ne seront diffusés que lors des colloques scientifiques et lors d'enseignements à des étudiants déjà spécialisés dans leur cursus universitaire

Si vous nous donnez votre permission d'utiliser les enregistrements vidéo pour l'enseignement ou des présentations scientifiques, vous êtes libres, par la suite de changer d'avis et de nous le faire savoir en contactant Edinho Da Silva à l'adresse mail suivante :

* merci de cocher votre choix

- Donne mon accord pour que les enregistrements vidéo soient utilisés pour l'enseignement ou les colloques scientifiques
- Ne donne pas ma permission pour que ces enregistrements soient diffusés

Fait à Falher, le 24/03/2024

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Annexe 2 : Tableau de fixation des objectifs

	Court terme	Moyen terme	Long terme
Objectif			
Moyens			

Annexe 3 : Evolution de la motivation du groupe contrôle avant et après la prise en charge

	<i>Intrinsèque</i>		<i>Extrinsèque Intégrée</i>		<i>Extrinsèque Identifiée</i>		<i>Extrinsèque Introjectée</i>		<i>Régulation externe</i>		<i>Amotivation</i>	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
<i>Sujet 1</i>	5,2,6	6,5,6	2,1,3	4,3,5	7,7,7	7,7,7	3,2,7	3,5,7	5,4,2	5,4,2	1,1,1	1,1,1
<i>Sujet 2</i>	5,6,6	6,5,5	5,5,6	5,5,6	6,6,6	6,6,6	4,4,6	5,5,6	3,2,2	3,2,3	4,1,1	1,1,1
<i>Sujet 3</i>	3,3,4	7,7,6	3,2,3	5,4,7	5,6,3	7,7,7	2,2,2	2,5,7	4,3,3	1,1,1	2,3,2	1,1,1
<i>Sujet 4</i>	3,4,1	6,7,5	1,1,2	4,3,4	5,1,6	5,5,7	6,2,6	3,4,6	2,1,1	1,1,1	1,1,1	1,1,1
<i>Moyenne</i>	4,0	5,9	2,8	4,6	5,4	6,4	3,8	4,8	2,7	2,1	1,6	1,0
<i>Ecart-type</i>	1,7	0,8	1,7	1,2	1,8	0,8	1,9	1,6	1,2	1,4	1,0	0,0

Annexe 4 : Evolution de la motivation du groupe test avant et après la prise en charge

	<i>Intrinsèque</i>		<i>Extrinsèque Intégrée</i>		<i>Extrinsèque Identifiée</i>		<i>Extrinsèque Introjectée</i>		<i>Régulation externe</i>		<i>Amotivation</i>	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
<i>Sujet 1</i>	3,4,3	7,5,6	5,5,6	5,6,7	5,6,5	6,7,7	4,4,5	5,6,7	1,1,1	1,1,1	1,1,1	1,1,1
<i>Sujet 2</i>	4,6,2	6,6,7	2,2,4	4,4,5	6,7,7	7,6,7	5,3,6	4,2,7	1,1,1	1,1,1	2,1,2	1,2,1
<i>Sujet 3</i>	3,7,5	5,5,6	2,1,1	3,2,3	5,7,7	7,7,7	3,3,6	5,4,7	2,2,1	5,5,2	1,2,2	1,1,1
<i>Sujet 4</i>	2,4,2	6,7,5	1,1,2	5,5,5	5,4,5	6,5,5	2,1,2	5,2,5	1,1,1	1,1,1	1,2,1	1,1,1
<i>Moyenne</i>	3,8	5,9	2,7	4,5	5,8	6,4	3,7	4,9	1,2	1,8	1,4	1,1
<i>Ecart-type</i>	1,6	0,8	1,8	1,4	1,1	0,8	1,6	1,7	0,4	1,6	0,5	0,3

Annexe 5 : Comparaison de l'évolution de la motivation entre le groupe contrôle et le groupe test avant et après la prise en charge

	<i>Intrinsèque</i>		<i>Extrinsèque – Intégrée</i>		<i>Extrinsèque - Identifiée</i>		<i>Extrinsèque Introjectée</i>		<i>Régulation externe</i>		<i>Amotivation</i>	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
<i>Groupe contrôle</i>	4,0 ± 1,7	5,9 ± 0,8	2,8 ± 1,7	4,6 ± 1,2	5,4 ± 1,8	6,4 ± 0,8	3,8 ± 1,9	4,8 ± 1,6	2,7 ± 1,2	2,1 ± 1,4	1,6 ± 1,0	1,0 ± 0,0
<i>Groupe test</i>	3,8 ± 1,6	5,9 ± 0,8	2,7 ± 1,8	4,5 ± 1,4	5,8 ± 1,1	6,4 ± 0,8	3,7 ± 1,6	4,9 ± 1,7	1,2 ± 0,4	1,8 ± 1,6	1,4 ± 0,5	1,1 ± 0,3

Annexe 6 : les différents types de dépression

Type	Dépression typique	Dépression atypique	Dépression saisonnière	Dépression post-partum	Dépression psychotique	Dysthymie
Caractéristiques	Le DSM-V classe l'épisode dépressif caractérisé en trois parties selon le degré de sévérité : la dépression légère (un symptôme majeur et quatre symptômes secondaires), la dépression modérée (six symptômes) et la dépression sévère (≥ sept symptômes).	Caractérisée par une réactivité de l'humeur ainsi que la présence d'au moins deux symptômes parmi une augmentation de l'appétit (ou prise de poids), une hypersomnie, une sensation de lourdeur des membres supérieurs ou inférieurs ainsi qu'une sensibilité extrême au rejet dans les relations interpersonnelles.	Affection fréquente durant la période hivernale. Cette forme de dépression apparaît à l'approche de l'hiver et disparaît au printemps. Cette récurrence régulière annuelle est le premier critère pathologique. Cette forme présente la même symptomatologie qu'un épisode dépressif caractérisé. On retrouve également une asthénie intense, de l'hyperphagie, une hypersomnie ainsi qu'une baisse de la libido. Elle impacte principalement les femmes jeunes.	La dépression post-partum impacte les femmes après leur accouchement. Elle est souvent comparée à la dépression sévère de par ces caractéristiques communes. La dépression post-partum se différencie de par une symptomatologie spécifique tel qu'un sentiment d'inadéquation (de la mère) et d'incapacité de s'occuper de l'enfant. En parallèle, ces mères développent des sentiments de culpabilité ainsi qu'une anxiété excessive envers leur enfant.	Une dépression est dite psychotique si elle s'accompagne d'idées délirantes ou d'hallucinations. Les caractéristiques psychotiques sont dites congruentes lorsque le contenu des idées délirantes et/ou des hallucinations concorde avec les thèmes dépressifs typiques de dévalorisation, de culpabilité, de la mort, de nihilisme ou de punition méritée. A l'inverse, si elles ne concordent pas avec les thèmes dépressifs typiques, on considère que les caractéristiques psychotiques sont non congruentes.	Cette forme de dépression se caractérise par des fluctuations dysphoriques pouvant être ponctuées de brèves périodes d'humeur normale. La dysthymie ou dépression dysthymique, se distingue de la dépression majeure par des symptômes dépressifs dits modérés (en termes d'intensité) sur une durée de 2 ans minimum. En effet, le patient dysthymique présente une humeur dépressive ainsi qu'au moins deux symptômes secondaires.

Annexe 7 : Fixation d'objectifs de Mme F

Mme Fauriol

	Court terme	Moyen terme	Long terme
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> - Découvrir différentes activités sportives - Savoir planifier ses entraînements - Appréhender certains étirements 	<ul style="list-style-type: none"> - Sélectionner les activités qui me procurent du plaisir. - Participer à des séances de stretching et savoir quand m'arrêter (douleurs, puisés, fatigue, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuer la natation à la sortie - Trouver une activité physique procurant du plaisir et l'accomplir régulièrement - gagner en souplesse
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> - Se rendre disponibles pour les différentes activités 	-	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place 3 séances d'1 heure de natation / semaine - Mettre en place une à deux séances d'étirements par semaine

IX. Résumé

L'objectif de notre étude de huit semaines, est de déterminer dans quelle mesure la fixation d'objectifs dans l'activité physique améliore le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) et la motivation chez le patient dépressif. Pour ce faire, nous avons repartis nos huit patients en deux groupes afin de comparer l'effet de la fixation d'objectifs via l'activité physique adaptée : un groupe test avec une fixation d'objectifs à court, moyen et long terme et un groupe contrôle avec uniquement des objectifs finaux (long terme).

Suite à des tests basés sur des questionnaires mesurant le volume d'activité physique et le temps de sédentarité, le SEP, la motivation et l'aptitude aérobie via un test sous-maximal (75% de la fréquence cardiaque), nos résultats ne nous ont pas permis de montrer une différence significative entre les deux groupes. Néanmoins, une tendance semble se dégager au profit de la fixation d'objectifs à court, moyen et long terme concernant l'atteinte des objectifs.

Les résultats sont à prendre avec précaution étant donné la faible durée de l'étude ainsi que le petit échantillon de personnes ayant pu participer à cette étude.

Mots clés : activité physique, dépression, fixation d'objectifs, sentiment d'efficacité personnelle, motivation.

Abstract :

The aim of our eight-week study is to determine the extent to which goal setting in physical activity improves self-efficacy (SE) and motivation in patients with depression. To do this, we divided our eight patients into two groups to compare the effect of goal setting through adapted physical activity : a test group with short, medium, and long-term goals, and a control group with only long-term (final) goals.

Following tests based on questionnaires measuring the volume of physical activity, sedentary time, SE, motivation, and aerobic fitness through a submaximal test (75% of maximum heart rate), our results did not show a significant difference between the two groups. However, a trend appears to favor short, medium, and long-term goal setting concerning goal attainment. The results should be interpreted with caution given the short duration of the study and the small sample size of participants.

Key words : physical activity, depression, goal-settings, self-efficacy, motivation.

X. Projet professionnel

1. Présentation et rôle actuel :

Pour l'année 2022/2023, j'ai eu l'opportunité d'intégrer le Master 1 APAS en alternance au sein de la clinique Maison Fleurie, une clinique privée du groupe Ramsay Santé spécialisée dans la santé mentale. Cela me permettait de continuer mes études tout en mettant en œuvre mes connaissances acquises (anatomie, psychologie, biomécanique, physiologie, etc) au cours de ma formation universitaire en me spécialisant dans un domaine de la santé.

Au cours de ma première année d'apprentissage, j'ai vite été amené à devenir autonome dans mes prises en charge jusqu'à devenir le seul enseignant APA de la structure. En effet, suite à l'évolution de mon maître d'apprentissage pour un poste de responsable des unités de soins, j'ai été amené à gérer toute la partie « Activité Physique Adaptée ». Cette situation m'a permis d'emmagasiner une expérience certaine et de devenir totalement autonome dans mes prises en charges. De ce fait j'avais pour mission de concevoir le planning hebdomadaire de chaque patient souhaitant participer à de l'APA via un planning informatisé (cf : Fiche RNCP « Usages avancés et spécialisés d'outils numériques »), participer aux différents temps de synthèse et de transmissions orales et écrites (cf : Fiche RNCP « Développement et intégration de savoirs hautement spécialisés » ; « Communication spécialisée pour le transfert de connaissances ») ainsi que de proposer des prises en charges spécifiques et adaptés en fonction de la prescription, de la pathologie et des problématiques de chaque patient (cf : Fiche RNCP « Conception, planification et coordination des projets d'intervention en APA-S » ; « Encadrement et formation au service du projet d'APA-S »).

J'ai également été nommé référent « santé et sécurité » de ma structure, une mission du Pôle Lille métropole du groupe Ramsay Santé, dans le cadre de la prévention des risques professionnels et des troubles musculo-squelettiques de chacun des employés et collaborateur du groupe (cf : Fiche RNCP « Appui à la transformation en contexte professionnel » ; « Conception et amélioration des évaluations des ressources et compétences des publics en situation de handicap et/ou à besoins spécifiques » ; « Adaptation et intégration de son action d'enseignant en APA-S et de ses projets au cadre professionnel d'exercice et au contexte sociétal et institutionnel »).

De plus, j'ai été nommé référent « douleurs » de ma clinique, un groupe de travail concernant la gestion, l'évaluation et la prise en charge des douleurs somatiques chez le patient en santé mentale (cf : Fiche RNCP « Évaluation et analyse à moyen terme de programmes et de

dispositifs mobilisés au regard des bénéfiques pour les publics concernés » ; « Adaptation et intégration de son action d'enseignant en APA-S et de ses projets au cadre professionnel d'exercice et au contexte sociétal et institutionnel »). Je suis par la même occasion référent « portugais » de ma structure ; une mission qui consiste à accompagner les patients originaires du Portugal hospitalisés au sein de la clinique Maison Fleurie, aussi bien dans la prise en soin que dans les interactions avec les différents professionnels (traduction et explication).

Dans cette structure, et au cours de mes deux années de Master, j'ai mis en place deux protocoles d'études afin d'analyser les bénéfiques de l'APA-S dans la santé mentale ainsi que de répondre aux besoins et manquement de ma structure (Mémoires de première et deuxième année de Master). Durant cette année universitaire 2023/2024, j'ai également eu l'opportunité de participer à la 22^{ème} Journée d'Etudes Francophones en Activité Physique Adaptée à Besançon. Cet événement m'a permis d'assister à l'intégralité du congrès pour lequel nous étions accompagné par une Professeure de l'Université de Lille, MME FABRE.

2. Projets et optimisation de la structure :

Au cours de ces deux années d'alternance, j'ai pu monter en compétences et mettre en place différents projets au sein de ma structure professionnelle.

En effet, en prenant en compte les différents constats de la pratique sportive chez le patient au sein de ma clinique, les besoins et les attentes, j'ai mis en place des entretiens motivationnels avec les patients. Ces derniers s'inscrivent dans une démarche éducationnelle du patient en créant une alliance thérapeutique avec le patient et le questionnant sur ces objectifs, ses besoins et ses attentes. Ces entretiens ont permis d'avoir une prise en charge plus ciblée sur les besoins et les diverses problématiques du patient, de renforcer le lien thérapeutique ainsi que de proposer une prise en charge spécifique aux besoins et attentes du patient (cf : Fiche RNCP « Conception et amélioration des évaluations des ressources et compétences des publics en situation de handicap et/ou à besoins spécifiques » ; « Evaluation et analyse à moyen terme de programmes et de dispositifs mobilisés au regard des bénéfiques pour les publics concernés »).

Cela a également permis de diminuer le taux d'absentéisme des patients (25 % en moyenne par semaine contre 50 % auparavant) et de par la même occasion, favoriser l'adhérence à l'activité physique adaptée dans la structure.

De plus, j'ai mis en place des séances individuelles de « décharge émotionnelle » en lien avec le

psychologue et le psychiatre référent de chaque patient. Cette séance consiste en une thérapie ciblée sur l'accès aux émotions dites « négatives » (peur, colère, tristesse) afin d'extérioriser tous ses affects néfastes et faciliter ainsi le travail en psychothérapie (verbalisation) de par l'utilisation de la boîte. Après avoir présenté ces deux projets en comité directeur, aux responsables des unités de soins, aux psychologues et aux médecins de ma structure, ces derniers ont été validés et appréciés par tous (cf : Fiche RNCP « Conception, planification et coordination des projets d'intervention en APA-S »).

Comme expliqué dans la partie précédente, j'ai été nommé « référent santé-sécurité » de ma structure, un projet du groupe Ramsay Santé pour améliorer les conditions de travail de leurs collaborateurs et prévenir le risque de troubles musculo-squelettique. Pour cette mission, j'ai dû, avec l'aide de diverses professionnelles de santé, créer un questionnaire (cf : Annexe 4), réaliser une étude de poste et intervenir auprès des employés sur la prévention et la gestion des risques et postures. Le projet ayant débuté en Juin 2023, il était dans un premier temps important de se faire connaître et reconnaître auprès des différents professionnels, médecins, cadres de santé et directeurs dans le but de mener à bien des actions. Après un an d'analyse, présentation, réunions de directions et actions menées, nous avons dû présenter notre bilan sur cette première année de lancement ainsi que nos axes d'intervention pour l'année suivante auprès des Directeurs des Soins Infirmiers, des Directeurs d'établissement et des élus des Comités d'Entreprise des onze cliniques du groupe Ramsay de la métropole lilloise.

Courant Septembre 2024, ma mission m'amène à faire partie d'un groupe de travail pour la conception d'un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) ainsi que de participer à une formation certifiante sur les gestes et postures dans l'optique de pouvoir animer des formations sur les gestes et postures pour les différents corps de métiers (cf : Fiche RNCP « Appui à la transformation en contexte professionnel » ; « Conception et amélioration des évaluations des ressources et compétences des publics en situation de handicap et/ou à besoins spécifiques » ; « Adaptation et intégration de son action d'enseignant en APA-S et de ses projets au cadre professionnel d'exercice et au contexte sociétal et institutionnel »).

L'une de mes premières actions de ma mission de référent Santé-Sécurité a été de proposer des séances d'activité physique sur le temps de pause des employés (12h-13h30). L'objectif était de permettre à chacun des professionnels de diminuer les temps de sédentarité, limiter les douleurs articulaires et/ou musculaires et d'augmenter le volume d'activité physique hebdomadaire à des fins de santé et par la même occasion de bien-être. En fonction des envies, besoins et problématiques de chacun, j'ai proposé divers ateliers : stretching, initiation pilate, tennis de table,

renforcement musculaire, circuit training et boxe. Cette première action a grandement plu et m'a permis de me faire connaître et reconnaître en tant que référent Santé-Sécurité, mais également de renforcer les liens entre chaque professionnel de santé intervenant au sein de la structure (cf : Fiche RNCP « Adaptation et intégration de son action d'enseignant en APA-S et de ses projets au cadre professionnel d'exercice et au contexte sociétal et institutionnel »).

Sollicité pour apporter mes connaissances, mon expertise et mes prises en charge concernant la douleur, il m'a été proposé de devenir référent « Douleur » de ma clinique. Cette mission est associée au Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) du groupe Ramsay santé, pôle Lille métropole, qui s'articule en un groupe de travail composé de différents professionnels de santé (infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, médecins, psychomotriciens et professeur APA) avec des rassemblements trimestriels ainsi que des référents spécifiques par clinique (parmi les onze établissements). Encore en phase de lancement suite à une refonte de ce groupe, cette mission transversale m'amène à intervenir sur l'évaluation, la compréhension, l'adaptation et la gestion de la douleur chez le patient et ce, quelle que soit sa pathologie (cf : Fiche RNCP « Conception et amélioration des évaluations des ressources et compétences des publics en situation de handicap et/ou à besoins spécifiques » ; « Évaluation et analyse à moyen terme de programmes et de dispositifs mobilisés au regard des bénéficiaires pour les publics concernés »).

3. Projet à moyen terme :

Suite à mon alternance au sein de la Clinique Maison Fleurie, la direction m'a proposé un poste d'Enseignant APA au sein de cette même structure dans le but de poursuivre mes prises en charge avec les patients ainsi que les projets mis en place. En effet, l'objectif est de continuer ma mission de référent Santé-Sécurité avec ma participation au groupe de travail pour concevoir le DUERP destiné à la santé mentale et de continuer à œuvrer pour la prévention des risques professionnels et des troubles musculo-squelettiques. Cette mission transversale à mon métier d'Enseignant APA me permet de diversifier mes axes d'intervention, aussi bien dans le soin du patient en santé mentale que dans la prévention du risque professionnel et des troubles musculo-squelettiques à destination des professionnels de santé œuvrant dans la prise en soin du patient en santé mentale. Associé à cela, il était important pour moi de continuer ma mission de référent douleur en faisant partie du groupe de travail CLUD dans l'évaluation, la compréhension, l'adaptation et la gestion de la douleur chez le patient.

Suite à l'obtention d'un Master APA-S, je ne souhaite pas me limiter à l'animation et l'encadrement de séances. Ces deux missions transversales me permettent justement d'intervenir aussi bien sur le « soigné » que sur le « soignant », chose pour laquelle j'éprouve un très grand intérêt.

Mes prises en charge m'ont amené à prendre conscience du constat suivant : la rechute dépressive. La santé mentale est un domaine complexe avec un fort taux de rechute. En effet, dans le cas de la dépression par exemple, une personne présentant un épisode dépressif au cours de sa vie présente 50% de chance de rechuter. Après le second épisode dépressif (rechute), le taux augmente à 70% et au-delà de trois, à 90% (Bondolfi., 2002). En prenant en compte cette statistique, et en étant témoin de cette récurrence dans mes prises en soin, il a été proposé de mettre en place un protocole d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) concernant la post-hospitalisation. Cette proposition n'est à ce jour qu'une idée de travail issue des constats des différents professionnels de la clinique. De ce fait, grâce à la démarche du DR HAKIM, docteur en Psychologie, et de MME BIESMANS, Psychologue clinicienne, cet axe de réflexion a été présenté à la direction de la structure. Mes deux collègues m'ayant sollicités, mon objectif est de participer à la création de ce groupe de travail afin de déterminer, conjointement et avec une équipe pluridisciplinaire nos axes d'interventions. Par la suite, il est alors évident que je souhaite intervenir dans ce protocole. Grâce à ma formation en ETP (ETP niveau 1) acquise lors de mon Master, je suis capable de mettre en place des séances d'ETP pour m'inscrire dans ce protocole. L'objectif de ces séances serait d'éduquer les patients concernant les effets de l'inactivité physique sur la santé et les bénéfices de la pratique physique ainsi que l'organisation dans leur quotidien de la pratique physique.

4. Projet à long terme :

A. L'idée du projet

D'ici Septembre 2028, mon projet consiste à créer une structure privée dédiée à l'APA pour différentes pathologies avec quatre collègues Enseignant APA (Mr VANDENAMEELE, Mr BERNIER et Mr VERSAEVEL) chacun spécialisés dans un domaine. Fort de nos expériences respectives en stage, ou alternance, le même constat revenait dans nos discussions : l'arrêt de l'activité physique suite à un cursus médical. Le problème à cet arrêt est le risque de récurrence mais également la sédentarité et l'inactivité physique et leurs conséquences. Notre projet permettra aux patients, qui le souhaitent, de rester actifs et de poursuivre leurs efforts post-hospitalisation, de

pratiquer une activité physique adaptée en toute sécurité et accompagné par des professionnels de l'activité physique ainsi que de conserver et/ou créer un lien social.

Nous serons quatre EAPA diplômés d'un Master APA-S à proposer des séances et des suivis personnalisés pour des personnes présentant une affection de longue durée (ALD) ou une maladie chronique. Cette prise en soin se ferait sur prescription médicale (Article L.1172-1 du code de la santé publique). Nous envisageons de créer quatre pôles d'intervention : maladies métaboliques (diabète, obésité), douleur chronique (lombalgie, troubles musculo-squelettiques, etc), sénior (pathologies du vieillissement, etc) et santé mentale (dépression, anxiété, schizophrénie, etc). Pour chacun des pôles, nous souhaiterions proposer des séances de renforcement musculaire combiné à de l'exercice aérobie, du stretching et de la relaxation, en fonction des indications et contre-indications de chacun. Nous proposons un suivi spécialisé comprenant un entretien motivationnel en individuel (antécédents sportifs, médicaux, besoins et attentes) ainsi que des tests de conditions physiques à l'entrée, à six mois et à un an, dans l'optique de mesurer l'évolution des patients au fil du temps. La structure sera ouverte à temps plein du lundi au vendredi et les groupes de participants seront composés de six personnes au maximum.

B. Analyse du marché

Pour mettre en place ce projet, une approche méthodique est nécessaire afin d'optimiser nos chances de réussite. Dans un premier temps, nous visons le marché du médicosport-santé. Ce dernier concerne l'activité physique comme étant une thérapie non médicamenteuse prescrit par des médecins et faisant partie d'une prise en charge pluridisciplinaire. Ce domaine permet également d'intervenir dans la prévention. Les données statistiques nous confirment aujourd'hui un accroissement de l'inactivité physique en France avec 47% des femmes inactives et 29% des hommes inactifs (Agence National du Sport, 2021). En France, le coût de la sédentarité est aujourd'hui estimé à 17 milliards d'euros par an dont 14 milliards pour les dépenses de santé (Bureau du sport professionnel et de l'économie du sport, 2019). La région Haut-de-France compte, au 1^{er} janvier 2019, compte 128 237 personnes de 20 à 64 ans bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), soit 3,5% de la population contre 3% à l'échelle nationale (Ministère de la santé, 2020).

De plus, la région Haut-de-France présente la plus grande proportion de non-pratiquants d'activité physique en France (41%). 25% des non-pratiquants expliquent cela pour des problèmes de santé et 25% car ils n'aiment pas le sport (Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire,

2018). Toutefois, l'analyse du marché consiste également à trouver un lieu d'implantation. Le marché du médicosport-santé regroupe des professionnels de l'activité physique adaptée, enseignant APA, éducateurs sportifs, kinésithérapeutes et des professionnels en lien avec la santé et le sport. En France, on retrouve 140 Maisons sport santé (2022) dont 34 dans les Hauts de France et 15 dans le département du Nord. L'une des seules zones non couvertes par ces Maisons Sport Santé dans le nord est la ville de Seclin et ses alentours (10/15 km aux alentours). On y retrouve quelques associations pour séniors, mais absolument rien en lien avec le sport sur ordonnance proposant une programmation spécifique mise en place des professionnels de l'activité physique adaptée. Il est primordial de choisir attentivement notre lieu d'implantation afin de ne pas proposer des services qui existent déjà et qui fonctionnent bien. Afin de nous implanter aux alentours de Seclin, nous nous sommes penchés sur la concurrence. A ce jour, trois entreprises et deux associations proposent des services en lien avec le médical, le sport et la santé mais aucuns sous prescriptions médicales ou pris en charge par la sécurité sociale (tableau 1).

<i>Nom du concurrent</i>	<i>Localisation</i>	<i>Caractéristiques</i>
<i>Forme Santé détente</i>	Seclin	Gym énergie (séance de type aérobie), marche active et body zen. Cette association propose un tarif allant de 48 euros à 60 euros par an et par activité.
<i>Ownsport</i>	Seclin et ses alentours	Séances individuelles à domicile dans différentes villes du nord proche de Seclin. Tarif fixé à 48 euros la séance.
<i>Basic fit</i>	Carvin et Seclin	Salle de sport commercial avec 200m2 de surface et de matériel. De 240 euros/an à 360 euros/an, avec un grand nombre d'adhérents. Coaching privé (indépendant) moyennant un tarif supplémentaire.
<i>Optym'up</i>	Seclin	Salle de sport « sport-santé » privée avec coaching personnalisés. Séances individuelles et en groupe. A partir de 79 euros la séance.
<i>Association Coach Sport Santé</i>	Carvin	Association sportive basée Sur l'agglomération Hénin-Carvin. Activité d'endurance permettant de lutter contre la sédentarité et l'obésité basée principalement sur la marche.

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des concurrents et des services proposés

Nous avons alors choisi de nous implanter dans la ville de Carvin, une ville située entre Lille et Lens. Dans cette ville, il y a très peu de concurrence et une grande population (18 000 en 2021) majoritairement comprise entre 30 et 59 ans. Notre stratégie repose sur la prescription médicale, domaine en plein essor qui se développe surtout dans le domaine de la prévention des risques de

maladies chroniques et dans le soin de suite à une hospitalisation. En analysant les concurrents aux alentours et au sein de la ville, les services proposés, la population, les prise en charge mutuelles et les affections de longue durée et/ou pathologie, nous fixons le prix de la séance à 50 euros. Les concurrents proposant des séances aux alentours de 60 euros minimum, nous avons décidé de fixer des prix plus bas (10 euros en dessous du marché) afin de pouvoir toucher un maximum de monde et se rapprocher des différentes caisses d'assurance maladie et des mutuelles (prise en charge à hauteur de 50%). Comme expliqué plus tôt, nous avons constaté que nos concurrents proposent des séances d'activité physique, encadrés ou non, pour différents publics. Cependant, aucune d'entre eux n'offre de prises en charge spécifique pour des populations à besoins uniques, de suivis personnalisés avec un entretien motivationnel initial ainsi que d'accompagnement médicalisé (prescription médicale). C'est pourquoi nous envisageons de nous installer dans cette ville.

Pour mettre en œuvre ce projet, nous souhaitons louer un local idéalement situé Route de Lens à Carvin, rue proche d'un grand axe routier ce qui la rend particulièrement accessible.

C. Stratégie

Tout lancement de projet nécessite un apport financier. Nous avons prévu que chaque associé contribue avec un montant de capital personnel similaire une fois que nous aurons choisi l'emplacement d'implantation jugé le plus optimal. L'établissement du budget prévisionnel est une étape importante. Il est donc essentiel de fixer un prix qui nous assure un revenu confortable tout en restant abordable pour la population cible. Si la mairie nous soutient en nous offrant de la visibilité, nous proposerons des tarifs réduits pour les résidents de la ville (5 euros de remis par séance pour effectuer un geste commercial). Dans le cas contraire, les tarifs seront uniformes pour tous.

À la fin du mois, les revenus de ces séances seront répartis équitablement en quatre parts en fonction du nombre de séances et de patients pris en charge.

Étant donné que ce projet est réalisé avec des ressources financières limitées, il est important de trouver des moyens de financement pour couvrir notamment le loyer et l'achat de matériel. Pour ce faire, différentes stratégies sont envisagées :

- Nous souhaiterions nous rapprocher de la Mairie de Carvin afin de recevoir des subventions annuelles.

- Nous avons pour idée d'entrer en contact avec le Groupe Hospitalier Seclin Carvin (GHSC) afin de proposer un suivi de prise en soin et de devenir partenaires.
- Nous souhaiterions également sollicités la Région Haut-de-France et le Département du Nord.
- Nous aimerions nous rapprocher de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) pour monter un dossier afin de nous faire financer en partie ce projet.
- Nous avons également dans l'idée de solliciter la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pour nous accompagner dans ce projet et diminuer en partie le coût pour notre future patientèle (remboursement partiel ou total).
- Verser un apport égal pour chacun des associés.

D. Aspect juridique

Dans l'optique de concrétiser ce projet, il est nécessaire de choisir un statut juridique qui définira l'organisation et la fiscalité de notre structure. Dans ce contexte, il est recommandé d'opter pour une Société A Responsabilité Limitée (SARL). Ce statut signifie que les associés ne sont responsables qu'à hauteur de leur apport dans le capital social de la société, ainsi, la SARL permet de protéger le patrimoine personnel des associés. De plus, aucun capital minimal n'est requis et nous serons plusieurs associés de part égale. Avec ce statut, nous serons soumis à l'impôt sur les sociétés. Cependant, étant donné que nous anticipons un chiffre d'affaires inférieur à dix millions d'euros, que 75% du capital sera détenu par des personnes physiques et que les revenus annuels ne dépasseront pas les 42 500 euros la première année, cela pourrait nous offrir un taux réduit d'imposition réduit de 15% la première année (Service Public France, 2024).

Il sera alors important de rédiger nos statuts précisément afin d'ouvrir notre structure. Ces derniers vont régir le fonctionnement de la société et régler les rapports entre les futurs associés et les tiers.

Dans un premier temps, il est important de renseigner la forme sociale (les statuts doivent préciser que les associés créent une SARL), la durée de la SARL (99 ans maximum pouvant être prolongée), l'identité des associés, la dénomination sociale (nom de la société), le siège social (adresse de la société), l'objet social (activités de la SARL), le montant du capital social et la répartition des parts sociales entre les associés ainsi que la libération des parts sociales.

La seconde étape concernera le dépôt du capital social qui correspond à la somme des

apports des associés fondateurs de la SARL. Cette somme d'argent va permettre à la société de se développer à court terme. Avant la création de la SARL, cette somme doit être déposée sur un compte bloqué (chez ou un notaire ou dans une banque). La banque qui gère ce compte va fournir aux associés l'attestation de dépôt des fonds qui est un document obligatoire pour procéder à l'immatriculation de la SARL.

Cette étape va permettre de prouver que l'argent qui compose le capital social existe bien et qu'il est destiné à la société. Dès que l'immatriculation de la société est réalisée, les associés peuvent demander le virement de cette somme sur le compte de la SARL.

La troisième étape concernera la publication d'une annonce légale. En effet, la loi impose la publication d'un avis dans un journal d'annonces légales pour prévenir les tiers de l'immatriculation à venir de la SARL et de son activité. L'annonce devra comprendre la dénomination sociale, le siège social, l'objet social, le montant du capital social et l'identité des gérants.

La quatrième étape concernera le dépôt d'un dossier sur le guichet unique des formalités qui est une plateforme en ligne qui permet aux entrepreneurs de réaliser leurs formalités de création ou de modification. Les associés doivent déposer un dossier qui comprend les statuts signés, l'attestation de dépôt des fonds (en lien avec notre banque), l'attestation de parution de l'avis dans un support d'annonces légales ainsi qu'un justificatif de domiciliation de la société.

Enfin, la cinquième et dernière étape concernera l'immatriculation de la SARL. Ce sont les greffes du tribunal de commerce qui procède à l'immatriculation si le dossier fourni sur le guichet unique est complet. À l'issue de cette immatriculation, les associés reçoivent le premier Kbis de la SARL. Ce document qui permet de justifier l'existence légale de la société va leur permettre de demander le virement des fonds composant le capital sur le compte de la société.

Afin de valider toutes ses étapes, nous pensons nous faire accompagner par la plateforme juridique Captain Contrat, une plateforme qui permet d'accompagner les particuliers dans leur projet de création en proposant des statuts adaptés à votre activité. Captain Contrat se charge également de vérifier le dossier d'immatriculation et de le déposer.

E. Perspective d'évolution

Pour la première année, nous prévoyons un chiffre d'affaires prévisionnel linéaire. En étant le plus objectif possible, il sera difficile d'attirer une patientèle nombreuse dès nos débuts, garantissant des revenus confortables. Nous envisageons alors de travailler chacun à mi-temps au sein de notre structure et de conserver un emploi à mi-temps en parallèle. Notre organisation nous permettrait facilement de garantir une ouverture hebdomadaire complète comme présentée plus tôt (cf : 4.1 L'idée du projet). Notre objectif principal sera d'abord de rembourser l'achat d'équipement et probablement de constituer une garantie de loyer de plusieurs mois, que nous devons fournir dès l'ouverture du bail de location. La deuxième et la troisième année seront cruciales pour nous car nous devrions atteindre l'essor recherché avec un chiffre d'affaires prévisionnel en augmentation progressive.

Il est primordial d'envisager des perspectives d'évolution pour favoriser notre développement. Dans l'optique d'obtenir des subventions plus importantes, notre objectif est de nous faire labéliser Maison Sport-Santé en lien avec le GHSC présenté plus tôt. Pour ce faire, il nous faudra remplir un cahier des charges et être inscrit dans le maillage territorial (Agence Régionale de Santé Haut-de-France, 2024). Cette reconnaissance nous permettra possiblement de bénéficier de subventions de l'ARS et de l'état assurant ainsi des sources de financement nécessaires au développement de nos projets.

Dans un second temps, notre objectif en cas de succès, serait d'ouvrir une seconde structure dans la région, en utilisant le même procédé que pour notre première.