



Année universitaire 2024-2025

☒ Master 1^{ère} année

☐ Master 2^{ème} année

Master STAPS mention : *Entraînement et Optimisation de la Performance Sportive*

Parcours : *Préparation du sportif : aspects physiques, nutritionnels et mentaux*

MEMOIRE

TITRE : L'impact d'un programme de mobilité sur la qualité de vie

Par : Verryser Antonin

Sous la direction de : Gamelin François-Xavier

Soutenu à la Faculté des Sciences du Sport et
de l'Éducation Physique le : 19/05/25

« Le département des Sciences du Sport et de l'Éducation Physique de l'UFR3S n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires; celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Remerciements

Je souhaite tout d'abord exprimer ma sincère gratitude à la structure Corespa Marquette pour m'avoir accueilli dans le cadre de mon stage. Leur disponibilité, leur accompagnement et la mise à disposition de leurs adhérents ont été essentiels à la réalisation de ce mémoire. Je remercie également les participants pour leur implication, leur motivation et leur sérieux tout au long du programme. Leur engagement a permis de mener à bien cette étude et d'obtenir des données précieuses.

Un grand merci à Monsieur Florian Boulanger, mon tuteur de stage, pour son encadrement, ses conseils et sa confiance durant toute la durée de ce projet. Son soutien a été déterminant dans la mise en place du protocole et le bon déroulement de l'étude sur le terrain.

Je tiens également à remercier Monsieur François-Xavier Gamelin, mon directeur de mémoire, pour sa disponibilité, ses retours toujours pertinents et son accompagnement tout au long de ce travail. Son expertise m'a grandement aidé à structurer et approfondir ma réflexion.

Enfin, je remercie l'équipe pédagogique de la Faculté des Sciences et du Sport de Lille pour la formation dispensée tout au long de mon cursus. Leur soutien logistique et académique a été précieux.

Sommaire

Remerciements.....	4
Glossaire.....	6
1. Introduction.....	1
2. Revue de littérature.....	3
2.1. Mobilité.....	3
2.2. Qualité de vie.....	4
2.3. Lien entre mobilité et qualité de vie.....	6
2.4. Les programmes de mobilité.....	7
3. Problématique, objectifs, hypothèses.....	8
3.1. Problématique.....	8
3.2. Objectifs.....	9
3.3. Hypothèses.....	10
4. Le stage.....	11
4.1. Contexte.....	11
4.2. Sujets.....	12
4.3. Matériels et techniques de mesure.....	13
4.4. Protocole et analyse statistique.....	14
Protocole.....	14
Statistique.....	19
5. Résultats.....	20
6. Discussion :.....	24
6.1. Interprétation.....	24
6.2. Limites.....	27
6.3. applications sur le terrain et perspectives.....	27
7. Conclusion.....	29
8. Références bibliographiques.....	30
9. Annexes.....	33
Résumé et mots clés.....	37
3 compétences.....	39

Glossaire

APA : *Activité Physique Adaptée*

FMS : *Fonctional Movement Screen*

OMS : *Organisation mondiale de la santé*

SF-36 : *Short Form-36 Health Survey*

TUG : *Timed Up and Go*

Valeur p (p-value) : *Probabilité que les résultats observés soient dus au hasard, dans le cadre d'un test statistique. Une valeur p inférieure à 0,05 est généralement considérée comme indiquant une différence ou un effet significatif.*

1. Introduction

De nos jours, un constat alarmant se dégage : de nombreuses personnes présentent une diminution de leur capacité à bouger librement et efficacement, ce que l'on appelle la mobilité. Cette notion, définie comme la capacité d'effectuer des mouvements fonctionnels nécessaires au quotidien, inclut des éléments tels que la flexibilité, la force et la coordination (Cook, Burton, & Hoogenboom, 2006). Cette réduction de la mobilité peut être exacerbée par des facteurs tels que l'âge, mais elle est également influencée par un mode de vie de plus en plus sédentaire. La sédentarité, définie comme un état caractérisé par des comportements impliquant une dépense énergétique faible, comme rester assis ou allongé pendant de longues périodes (Tremblay et al., 2017), constitue aujourd'hui une priorité de santé publique en raison de ses effets délétères sur la santé physique et mentale (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [ANSES], 2023).

Aujourd'hui, les écrans dominent. Le travail se fait assis. Et les occasions de bouger se réduisent, presque sans qu'on s'en rende compte. Dans ce contexte, la mobilité fonctionnelle devient essentielle. Elle désigne la capacité à réaliser, de façon sûre et efficace, les gestes du quotidien — marcher, s'accroupir, se pencher (Cook, Burton & Hoogenboom, 2006). Autrement dit : se mouvoir librement, sans douleur ni restriction. Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Selon l'ANSES (2023), nous passons en moyenne de plus en plus d'heures assis. Cette tendance, en forte hausse depuis quelques décennies, n'est pas anodine. Elle fragilise notre santé. Moins on bouge, plus les risques augmentent : douleurs musculo-squelettiques, maladies chroniques, perte d'autonomie. La mobilité n'est donc pas qu'un confort. C'est une nécessité pour préserver sa condition physique, sa vitalité — et éviter la dépendance.

La mobilité est bien plus qu'une simple capacité physique. Elle contribue au bien-être psychologique en favorisant la réduction du stress, l'amélioration de la confiance en soi et l'atténuation des symptômes de dépression et d'anxiété. Travailler sur la mobilité bénéficie ainsi à toutes les tranches d'âge et à tous les niveaux de condition physique, notamment en améliorant la santé mentale (Rebar, Stanton, Geard, & Short, 2015).

Bien que la perte de mobilité soit souvent associée au vieillissement, ce problème concerne toutes les générations. Chez les jeunes, un manque de mobilité précoce peut entraîner des troubles musculosquelettiques et des habitudes nuisibles à long terme. Chez les adultes actifs, la mobilité joue

un rôle essentiel pour maintenir la performance physique et prévenir les douleurs articulaires. Enfin, chez les populations vieillissantes, préserver la mobilité est indispensable pour retarder la dépendance et améliorer la qualité de vie (Chodzko-Zajko et al., 2009).

Cette perte de mobilité a malheureusement un coût économique pour les systèmes de santé et la société. L'inactivité physique provoque certaines pathologies et engendre une forte augmentation de leurs soins. Par contre, des interventions de prévention sur la thématique de la mobilité pourraient réduire ses différentes dépenses et améliorer la qualité de vie des participants. De plus, à l'échelle sociétale, la préservation de la mobilité permet de maintenir une certaine autonomie, c'est donc un enjeu majeur pour une population vieillissante.

Dans la structure Corespa Marquette, mon lieu de stage, l'objectif majeur des adhérents est d'améliorer leur santé via l'activité physique. J'ai pu remarquer que la majorité d'entre eux souffrent de limitation de mobilité, provoquant des douleurs et limitant leur progrès, ce qui a un impact sur leur qualité de vie, qui est un concept multidimensionnel intégrant santé physique, mentale et sociale, ainsi que le bien-être général. Ce contexte particulier m'a amené à une réflexion : pourrait-on au sein de Corespa, en plus des coachings, proposer un travail complémentaire axé sur la mobilité permettant d'améliorer leur santé globale.

Bien que l'importance de l'activité physique soit largement reconnue, le rôle spécifique des programmes de mobilité dans l'amélioration de la qualité de vie reste encore peu exploré. Les recherches actuelles soulignent des lacunes sur l'impact précis de la mobilité sur les différents aspects de la santé et de l'autonomie.

Ce mémoire a pour objectif d'évaluer l'impact d'un programme visant à améliorer la mobilité sur la qualité de vie des individus. L'étude adoptera une démarche à la fois théorique et pratique, en s'appuyant sur des connaissances scientifiques tout en prenant en compte des applications concrètes pour les participants. L'objectif est de souligner l'importance de la mobilité comme un facteur clé de la santé, quel que soit l'âge ou le niveau de condition physique des individus.

2. Revue de littérature

2.1. Mobilité

La mobilité peut être définie comme la capacité d'un individu à se déplacer librement, efficacement et sans douleur dans son environnement, que ce soit dans le cadre des activités quotidiennes, professionnelles ou sportives. Cette aptitude repose sur plusieurs composantes fondamentales : la force musculaire, la flexibilité, l'équilibre et la coordination (Cook, Burton, & Hoogenboom, 2006). Ces éléments interagissent pour permettre des mouvements fluides et contrôlés, indispensables au maintien de l'autonomie fonctionnelle, c'est-à-dire la capacité d'un individu à réaliser de manière indépendante les tâches de la vie quotidienne.

La mobilité joue un rôle clé dans la prévention des limitations fonctionnelles et des risques de chute, en particulier chez les populations âgées (Sherrington, Tiedemann, Fairhall, Close, & Lord, 2011). En effet, avec l'avancée en âge, une diminution progressive de la masse musculaire et de la flexibilité articulaire est observée, ce qui réduit les capacités physiques générales. Toutefois, ces déclin ne sont pas exclusivement liés à l'âge : des facteurs comme la sédentarité prolongée et les pathologies chroniques contribuent également à cette détérioration. Selon, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES, 2023) a mis en évidence que le manque d'activité physique favorise l'enraidissement articulaire, la diminution de la force musculaire et le développement de troubles métaboliques.

La mobilité ne se résume pas à "bouger". Elle se mesure, s'évalue, se quantifie. Plusieurs outils permettent cela. Parmi les plus utilisés, on trouve le Timed Up and Go (TUG). Ce test chronomètre le temps nécessaire pour se lever d'une chaise, marcher trois mètres, faire demi-tour, revenir, puis se rasseoir. Simple, rapide, il donne une indication sur la vitesse et l'efficacité des déplacements. Autre outil : le Functional Movement Screen (FMS). Plus complet, il s'intéresse à la qualité du mouvement. Il analyse les gestes fondamentaux : squat, fente, flexion, stabilité du tronc, etc. L'idée est de détecter les déséquilibres, les compensations ou les restrictions de mobilité, même chez les personnes sans symptômes visibles (Cook, Burton & Hoogenboom, 2006). Le FMS repose sur sept tests précis. Chacun est noté de 0 à 3. Le score maximal est de 21 points. C'est donc bien plus qu'un outil de

mesure : c'est un indicateur de prévention, et un guide pour améliorer les schémas moteurs (Cook, Burton & Hoogenboom, 2006).

La mobilité varie significativement au cours de la vie. Chez les jeunes adultes, elle est généralement optimale grâce à une meilleure flexibilité et une musculature développée. Cependant, dès la trentaine, une diminution progressive de ces capacités peut être observée en l'absence d'une activité physique régulière. Chez les populations âgées, cette dégradation est souvent accélérée par des habitudes sédentaires, des douleurs articulaires ou des maladies chroniques. Une étude menée par Anderson et Durstine (2019) a révélé que l'inactivité physique chez les individus de plus de 50 ans entraîne une accélération du déclin des fonctions motrices et une réduction de la qualité de vie.

La mobilité ne concerne pas uniquement les personnes âgées ou inactives. Elle est tout aussi essentielle pour les sportifs, débutants comme confirmés. Une mobilité optimale permet de préserver de bonnes amplitudes de mouvement. Elle aide à éviter les blessures. Elle améliore aussi la fluidité, la précision, et l'efficacité des gestes techniques. Skopal et al. (2024) confirment cela : les exercices ciblés sur la mobilité ne se limitent pas à assouplir. Ils renforcent également la force, l'agilité et la puissance musculaire. En parallèle, ils réduisent les risques liés à la raideur articulaire ou à des amplitudes limitées. Mais attention : leur efficacité dépend de plusieurs facteurs. La durée de la séance, sa régularité, et surtout, la spécificité du protocole sont déterminants. Autre point important : ces exercices sont sûrs. Contrairement à certaines idées reçues, ils n'altèrent pas les performances globales. Au contraire, ils les soutiennent. Ainsi, quel que soit le sport, quel que soit le niveau, intégrer la mobilité dans l'entraînement n'est pas un bonus, mais une nécessité.

Il est donc essentiel de comprendre les mécanismes sous-jacents de la mobilité et de promouvoir des interventions adaptées pour maintenir ou améliorer cette capacité tout au long de la vie.

2.2. Qualité de vie

La qualité de vie est un concept multidimensionnel qui englobe les dimensions physiques, psychologiques, sociales et environnementales de l'existence humaine. Elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme "la perception qu'a un individu de sa place dans

l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes" (WHOQOL Group, 1998). Ce concept s'étend bien au-delà de la simple absence de maladie, intégrant des notions de bien-être, de satisfaction personnelle et de participation active à la société.

Les dimensions physiques de la qualité de vie incluent la santé générale, le niveau de douleur ressenti, l'énergie et la vitalité. Les aspects psychologiques concernent l'estime de soi, les émotions positives ou négatives, ainsi que la capacité à gérer le stress. Enfin, la qualité des relations sociales, les activités de loisirs et l'environnement, comme l'accès aux ressources et la sécurité, complètent cette évaluation globale (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Parmi les outils les plus utilisés pour mesurer la qualité de vie, le SF-36 occupe une place importante. Il s'agit d'un questionnaire composé de 36 questions, organisées autour de huit domaines essentiels : capacité physique, limitations liées à la santé, douleur, perception globale de la santé, vitalité, relations sociales, santé mentale, et effets des troubles émotionnels. Chaque domaine reçoit une note, de 0 à 100. Plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie perçue. C'est simple : plus on bouge bien, plus on se sent bien. Le SF-36 ne se contente pas d'observer les aspects physiques. Il englobe aussi les dimensions psychologiques et sociales. Cela le rend particulièrement utile lorsqu'on veut comprendre comment la mobilité influence le bien-être. Un exemple : si une personne a du mal à marcher, cela peut réduire son score en « fonction physique », mais aussi affecter sa vitalité ou son moral. Les répercussions s'étendent.

De nombreuses études l'ont validé. Ware et Sherbourne (1992) l'ont utilisé chez des patients atteints de maladies chroniques, mais aussi chez des personnes âgées. Il a montré sa fiabilité dans ces deux contextes. D'autres travaux, comme ceux de Groessl et ses collègues (2019), ont mis en lumière l'impact positif de l'activité physique. Quand les gens bougent plus, leur score SF-36 augmente. Cela se voit surtout dans la vitalité, la santé mentale, et les capacités physiques. Autrement dit, la mobilité améliore bien plus que le mouvement. Elle agit aussi sur l'énergie, le moral, et le lien social. En gardant un corps mobile, on garde une vie plus stable.

Enfin, la qualité de vie peut être influencée par de nombreux facteurs, notamment les conditions de vie, l'état de santé, et le niveau d'activité physique. Les interventions ciblant ces

éléments, telles que les programmes de mobilité, offrent une voie prometteuse pour améliorer les indicateurs de qualité de vie, en particulier chez les populations vieillissantes ou sédentaires.

2.3. Lien entre mobilité et qualité de vie

La relation entre la mobilité et la qualité de vie est bien établie dans la littérature scientifique. La mobilité, c'est ce qui permet de se déplacer, de réaliser ses gestes du quotidien, sans douleur ni contrainte. Quand elle est conservée, elle soutient l'autonomie. Elle protège aussi le bien-être, dans son ensemble. Mais quand elle diminue à cause de douleurs, de raideurs articulaires, ou d'une force musculaire affaiblie, les effets se font vite sentir. Les conséquences ne sont pas seulement physiques. On sort moins, on voit moins de monde, on réduit ses loisirs. Petit à petit, la vie sociale s'amenuise. Selon Anderson et Durstine (2019), cette perte fonctionnelle ne touche pas que le mouvement. Elle altère directement la qualité de vie, en restreignant la liberté de faire, d'être avec les autres, et de participer pleinement à ce qui rend la vie active.

Des recherches ont montré que l'activité physique régulière, qui favorise le maintien de la mobilité, améliore significativement la qualité de vie. Par exemple, l'étude LIFE (Lifestyle Interventions and Independence for Elders) a démontré que les personnes âgées à risque de perte de mobilité, qui suivent un programme d'activité physique adapté, présentent une amélioration notable de leur fonction physique et de leur perception de la qualité de vie, notamment dans les dimensions de la vitalité et du fonctionnement social (Pahor et al., 2014).

La mobilité ne touche pas que le corps. Elle agit aussi sur l'esprit. Quand on bouge mieux, on se sent mieux. Moins d'anxiété, moins de déprime. L'estime de soi grimpe, ce qui bonifie le moral. Selon Groessl, Kaplan et Rejeski (2019), cette amélioration psychologique découle en partie d'un simple fait : on retrouve une forme d'autonomie. Et avec elle, la liberté de rester actif, de faire les choses sans aide.

Mais l'inverse est vrai aussi. Quand la mobilité chute, l'activité ralentit. Le corps bouge moins, les muscles se fragilisent, l'humeur baisse. Un cercle vicieux s'installe. Webber, Porter et Menec (2010) insistent : il faut agir tôt, cibler la mobilité, travailler la force et proposer des exercices précis. C'est par ces moyens qu'on peut inverser la tendance, et éviter que la perte physique n'entraîne un mal-être plus global.

Enfin, il est essentiel de prendre en compte les spécificités des populations, notamment les personnes âgées, les patients atteints de pathologies chroniques ou les individus sédentaires. Ces groupes bénéficient particulièrement des interventions visant à préserver la mobilité, car elles contribuent à maintenir une qualité de vie élevée et une participation active à la société.

2.4. Les programmes de mobilité

Les programmes de mobilité sont des interventions structurées visant à améliorer les capacités fonctionnelles des individus, en mettant l'accent sur la flexibilité, la stabilité, la coordination et la force musculaire. Ces programmes s'appuient sur des exercices spécifiques destinés à optimiser les mouvements articulaires, à prévenir les raideurs et à renforcer les groupes musculaires sollicités lors des activités quotidiennes (Cook, Burton, & Hoogenboom, 2006)

La conception d'un programme de mobilité dépend des besoins individuels, du niveau de condition physique et des objectifs ciblés. Selon les travaux de Cook, Burton et Hoogenboom (2006), ces programmes doivent intégrer des mouvements fonctionnels qui englobent des exercices dynamiques, des étirements actifs et des exercices d'équilibre. Par exemple, le yoga et le Pilates, souvent intégrés dans ces programmes, sont particulièrement efficaces pour améliorer la mobilité globale en renforçant la flexibilité et en stabilisant les articulations.

Les programmes de mobilité ne servent pas qu'à mieux bouger, il permet de protéger également. Chez les sportifs comme chez les actifs du quotidien, ils réduisent le risque de blessure. Kiesel, Plisky et Voight (2007) ont montré un lien clair : quand les scores au Functional Movement Screen (FMS) s'améliorent grâce à un travail de mobilité, les blessures musculosquelettiques diminuent. L'explication est simple : en corrigeant les déséquilibres, en renforçant les schémas moteurs, on prépare le corps à mieux encaisser les contraintes du mouvement. C'est pourquoi l'association entre exercices correctifs et gestes fonctionnels s'avère si efficace. Elle améliore la performance tout en limitant les risques.

En outre, chez les populations âgées ou sédentaires, les programmes de mobilité permettent de maintenir ou de restaurer l'autonomie fonctionnelle, contribuant ainsi à une meilleure qualité de vie. Les travaux de Webber, Porter et Menec (2010) ont souligné que ces interventions améliorent non

seulement la flexibilité et l'équilibre, mais qu'elles augmentent également la confiance des participants dans leur capacité à se mouvoir librement, réduisant ainsi le risque de chute et d'isolement social.

Les programmes de mobilité doivent être intégrés à des stratégies globales de santé. En effet, des recherches récentes, comme celles de Pahor et al. (2014), ont mis en évidence que la combinaison d'exercices de mobilité avec des activités d'endurance et de renforcement musculaire maximise les bénéfices sur les capacités fonctionnelles et la qualité de vie. Ces programmes peuvent être personnalisés selon les besoins spécifiques des participants, qu'il s'agisse d'améliorer la performance sportive, de prévenir les troubles musculosquelettiques ou de maintenir l'autonomie chez les populations âgées.

Pour être efficaces, les programmes de mobilité doivent s'appuyer sur une évaluation régulière. Pas au hasard. Des outils comme le Functional Movement Screen (FMS) ou le Timed Up and Go (TUG) permettent de suivre les progrès et d'ajuster les exercices. Ces tests donnent un aperçu précis : mobilité, stabilité, efficacité du mouvement. Sans ce suivi, difficile de savoir si l'approche fonctionne.

Côté durée, une structure de six semaines, avec trois séances par semaine, semble adaptée. Ce format n'est pas une règle absolue, mais les données disponibles le soutiennent. Des études sur des programmes proches montrent que cette fréquence améliore plusieurs points : l'amplitude articulaire, le contrôle moteur et la stabilité. Quand on y ajoute du renforcement musculaire, les effets sont encore plus nets : moins de blessures, plus de fluidité. En somme, un cycle de six semaines, bien construit, peut transformer la façon dont un corps bouge, avec une meilleure coordination, et plus de souplesse.

3. Problématique, objectifs, hypothèses

3.1. Problématique

La mobilité, en tant que capacité essentielle pour se déplacer efficacement et sans douleur, est souvent négligée dans les pratiques physiques et les approches de santé globale. Pourtant, elle joue un rôle fondamental dans la performance physique, la prévention des blessures et la réalisation des activités quotidiennes. Avec l'augmentation de la sédentarité et des modes de vie de plus en plus inactifs, la mobilité tend à diminuer, même chez des populations jeunes et actives. Ce déclin peut

entraîner des déséquilibres fonctionnels, une perte de souplesse ou de force, et affecter la qualité de vie de manière générale. Dans ce contexte, il devient essentiel de se demander comment un programme spécifiquement axé sur l'amélioration de la mobilité pourrait influencer positivement sur la qualité de vie des individus ?

3.2. Objectifs

Objectif général du mémoire :

Déterminer si un programme axé sur l'amélioration de la mobilité peut avoir un impact positif et mesurable sur la qualité de vie des participants.

Ce mémoire part du constat que la mobilité est une composante essentielle du bien-être physique et psychologique, mais qu'elle est souvent négligée dans les approches classiques de remise en forme ou de santé. En évaluant les effets d'un programme ciblé, l'objectif est de montrer que travailler spécifiquement sur la mobilité peut améliorer la qualité de vie dans ses différentes dimensions : physique, mentale, sociale et fonctionnelle.

Objectifs spécifiques :

1. Montrer que l'amélioration de la mobilité peut réduire les douleurs, améliorer les capacités motrices et prévenir les blessures.

En rendant les gestes quotidiens plus fluides et en diminuant les contraintes articulaires, la mobilité facilite une activité physique plus confortable et réduit les risques de blessures. Cela améliore directement les performances physiques, la posture, et le confort de vie au quotidien.

2. Étudier les bénéfices psychologiques liés à une meilleure mobilité.

Une personne qui se déplace plus librement retrouve de la confiance, ce qui peut agir sur l'estime de soi, l'humeur et la gestion du stress. En agissant sur ces aspects, l'amélioration de la mobilité contribue au bien-être global et à la perception positive de son état de santé.

3. S'inscrire dans une logique de prévention en identifiant les effets à long terme d'un programme de mobilité.

Ce mémoire vise aussi à souligner que la mobilité ne concerne pas uniquement les populations âgées. Chez les jeunes et les actifs, elle joue un rôle clé dans la prévention des troubles musculosquelettiques et dans le maintien de la santé à long terme. Elle peut prévenir la perte d'autonomie future et réduire les risques liés à la sédentarité.

4. Apporter des solutions concrètes pour la structure CORESPA.

Cette étude fournit des données utiles pour enrichir l'offre d'accompagnement de la structure. En valorisant la mobilité comme levier central de performance et de santé, CORESPA pourrait proposer un programme innovant, mieux adapté aux besoins de ses adhérents, tout en renforçant sa légitimité dans le secteur de l'activité physique adaptée.

3.3. Hypothèses

L'étude s'appuie sur une hypothèse principale, accompagnée d'hypothèses complémentaires qui permettent d'enrichir l'analyse et d'anticiper différents scénarios de résultats.

- **H1 – Hypothèse principale :**

Un programme spécifique centré sur l'amélioration de la mobilité aura un effet positif et significatif sur la qualité de vie des participants. Cette amélioration concernera à la fois les capacités physiques, le bien-être psychologique et la perception globale de la santé.

- **H2 – Amélioration attendue de la mobilité fonctionnelle :**

Le programme devrait entraîner une amélioration de la mobilité, notamment en ce qui concerne l'amplitude de mouvement, la stabilité et le contrôle postural. Ces progrès seront mesurés à l'aide d'outils tels que le Functional Movement Screen (FMS).

- **H3 – Effet partiel sur la qualité de vie :**

Une progression sur le plan physique ne garantit pas automatiquement une amélioration de la qualité de vie globale. Des facteurs externes, comme les habitudes de vie ou les contraintes psychosociales, peuvent freiner ou limiter cet impact.

- **H4 – Progrès possibles dans le groupe contrôle :**

Le groupe n'ayant pas bénéficié du programme ciblé pourrait aussi présenter des améliorations légères, grâce à d'autres activités pratiquées au sein de la structure (séances générales, coaching, activités libres). Toutefois, ces progrès devraient être moindres, car non centrés sur la mobilité.

- **H5 – Rôle des facteurs de santé individuelle :**

La présence de douleurs, de pathologies ou de blessures pourrait limiter les bénéfices du programme, tant en termes de mobilité que de qualité de vie. Ces éléments peuvent nécessiter des ajustements ou des interventions complémentaires.

4. Le stage

4.1. Contexte

Corespa Marquette est une structure spécialisée dans l'activité physique adaptée (APA), située à Marquette-lez-Lille. Son objectif principal est de promouvoir la santé et le bien-être à travers des programmes personnalisés adaptés aux besoins et aux capacités de chaque individu. Cette personnalisation repose sur un bilan initial réalisé à l'aide d'une balance permettant de calculer les différents pourcentages de composition corporelle, tels que la masse grasse, la masse musculaire et l'eau corporelle, ainsi que sur la définition des objectifs personnels de chaque participant. Ce bilan offre une base solide pour concevoir des programmes ciblés, visant à améliorer la condition physique et le bien-être général des adhérents.

La structure accueille principalement des adultes et des seniors souhaitant améliorer ou maintenir leur condition physique et prévenir les effets de la sédentarité. Grâce à son approche individualisée, la structure adapte ses programmes pour répondre aux objectifs et aux capacités de

chaque participant, avec un accent particulier sur le renforcement musculaire, la prévention des blessures et l'amélioration globale du bien-être physique.

Ce cadre professionnel est idéal pour étudier l'impact des programmes de mobilité sur la qualité de vie. J'ai remarqué que, même si la mobilité est parfois travaillée, cela reste assez limité, alors qu'une grande partie des participants semble en manquer et pourrait bénéficier d'un travail plus ciblé dans ce domaine.

4.2. Sujets

Les participants de cette étude ont été sélectionnés sur la base du volontariat, au sein de la structure Corespa Marquette. Tous les adhérents du club ont eu la possibilité de s'inscrire au programme. Pour cela, deux moyens de communication ont été mis en place : une campagne d'information par mail, et la mise à disposition d'une feuille d'inscription directement dans la salle du club. Les personnes intéressées ont ensuite été recontactées individuellement afin de leur présenter en détail les objectifs, le déroulement et les modalités du programme. Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques des participants retenus (voir Tableau 1) :

Tableau 1: Caractéristiques des sujets

	Groupe expérimental	Groupe contrôle
Effectif (n)	6	6
Sexe (F:H)	3:3	4:2
Taille (cm)	169,5 ± 5,21	168,83 ± 13,59
Masse (kg)	84,03 ± 17,40	64,60 ± 13,54

Le nombre de participants à cette étude est limité, avec six sujets dans chaque groupe. Des différences sont observées entre les groupes, notamment en termes de masse corporelle moyenne, de répartition hommes-femmes et de niveau initial. Le groupe expérimental présente un poids moyen plus élevé et un niveau de pratique plus novice. La composition des groupes n'a pas pu être ajustée en raison du nombre restreint de volontaires. Ces éléments seront pris en compte dans l'analyse des résultats.

4.3. Matériels et techniques de mesure

Ce mémoire présente l'avantage de ne nécessiter aucun matériel sophistiqué, rendant son approche facilement reproductible et accessible. Les outils et techniques de mesure utilisés s'articulent autour de trois éléments principaux :

1. Le Functional Movement Screen (FMS)

Le FMS est une méthode reconnue pour évaluer les schémas fondamentaux de mouvement. Ce test repose sur sept exercices standardisés, tels que le squat profond, la fente ou l'extension des épaules, permettant de mesurer les asymétries, les limitations fonctionnelles et la qualité globale des mouvements. Chaque exercice est noté sur une échelle de 0 à 3, avec un score total maximal de 21 points. Un score inférieur à 14 est souvent associé à un risque accru de blessures (Cook et al., 2006). Cet outil est largement utilisé dans la recherche et en pratique clinique pour analyser les capacités fonctionnelles, tout en restant simple à administrer avec peu d'exigences matérielles.

2. Le questionnaire Short Form-36 (SF-36)

Le SF-36 est un questionnaire validé internationalement pour évaluer la qualité de vie perçue. Il couvre huit dimensions principales : Vitalité, Douleur corporelle, Santé mentale, Limitations physiques, Fonctionnement social, Santé perçue, Limitations dues à des problèmes émotionnels, Rôle physique.

Ce questionnaire est particulièrement adapté à ce mémoire car il permet de relier les interventions physiques aux perceptions des participants concernant leur bien-être global (Ware & Sherbourne, 1992). De plus, sa simplicité d'administration le rend idéal pour une utilisation dans des contextes variés.

3. L'application Hexfit

L'application Hexfit, utilisée par la structure Corespa, est un outil digital de suivi et d'accompagnement des adhérents. Elle me permettra de transmettre, chaque semaine, la programmation des séances de mobilité. Hexfit offre de nombreuses fonctionnalités, telles que :

- La planification et l'organisation des séances,
- Le suivi des progrès individuels,
- La consultation des retours des participants.

Cet outil numérique constitue un atout majeur pour centraliser les données et personnaliser les interventions. Il est particulièrement pertinent dans ce mémoire pour favoriser l'adhésion des participants au programme, tout en facilitant la gestion et l'analyse des résultats.

4.4. Protocole et analyse statistique

Protocole

Le déroulement de ce mémoire suivra les étapes suivantes pour évaluer l'impact d'un programme de mobilité :

Étape 1 : Réalisation des tests initiaux

Avant le début de l'intervention, les participants des deux groupes (groupe contrôle et groupe expérimental) réaliseront :

- Le test FMS (Functional Movement Screen) permet d'évaluer la qualité des mouvements fonctionnels et d'identifier d'éventuelles limitations ou asymétries corporelles. Il se compose de 7 exercices spécifiques, que je vais présenter et expliquer individuellement. Chaque exercice est noté selon une échelle précise, pour un score total maximal de 21 points, offrant ainsi une évaluation quantitative claire du niveau de mobilité initial des participants.

1. Deep Squat (Flexion profonde, voir Figure 1)

Le participant se tient debout, les pieds écartés à la largeur des épaules, tenant un bâton au-dessus de la tête, bras tendus. Il descend en squat le plus bas possible tout en gardant le bâton au-dessus de la tête et les talons au sol. Ce test évalue la mobilité des hanches, des genoux, des chevilles, ainsi que la stabilité du tronc et la mobilité des épaules.



Figure 1: Photo démonstrative du Deep Squat

- **3 points** : Squat parfait, tronc droit, bâton aligné au-dessus de la tête, pieds à plat, sans déséquilibre.
- **2 points** : Même mouvement avec talons surélevés (plaque sous les talons).
- **1 point** : Incapacité à effectuer le mouvement correctement même avec les talons surélevés.
- **0 point** : Douleur pendant le mouvement.

2. Hurdle Step (Franchissement d'obstacle, voir Figure 2)

Le participant se tient droit, les pieds joints, un bâton placé derrière les épaules comme dans un squat arrière. Il doit franchir un fil ou une corde placée à la hauteur du tibia avec une jambe, puis revenir à la position de départ sans déséquilibre. Ce test analyse la stabilité de la hanche, du tronc, ainsi que la mobilité et le contrôle moteur du membre inférieur.



Figure 2: Photo démonstrative du Hurdle Step

- **3 points** : Mouvement fluide, stable, sans déséquilibre, sans déviation.
- **2 points** : Perte légère de l'alignement ou déséquilibre.
- **1 point** : Incapacité à franchir l'obstacle correctement.
- **0 point** : Douleur pendant l'exercice.

3. Inline Lunge (Fente sur ligne, voir Figure 3)

Le participant place un pied devant l'autre sur une ligne droite (comme sur une poutre), tenant un bâton derrière le dos (une main en haut, l'autre en bas). Il réalise une fente avant-arrière tout en maintenant l'équilibre et le tronc droit. Ce test mesure la stabilité dynamique, la mobilité des hanches, genoux, chevilles et le contrôle postural.

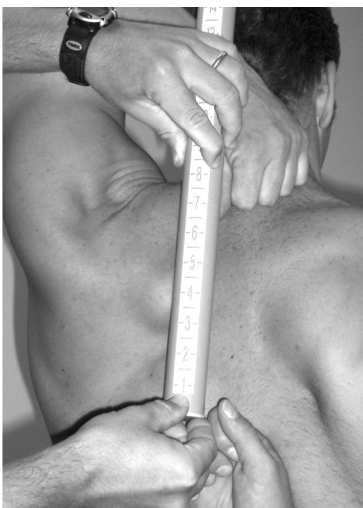


- **3 points** : Alignement parfait, mouvement contrôlé sans perte d'équilibre.
- **2 points** : Déséquilibre ou perte d'alignement.
- **1 point** : Incapacité à effectuer la fente correctement.
- **0 point** : Douleur lors du mouvement.

Figure 3: Photo démonstrative du Inline Lunge

4. Shoulder Mobility (Mobilité des épaules, voir Figure 4)

Depuis la position debout, le participant essaie de toucher ses mains dans le dos : une main passe au-dessus de l'épaule, l'autre en dessous. On mesure la distance entre les deux mains. Ce test examine la mobilité globale des épaules, ainsi que la coordination scapulo-thoracique.



- **3 points** : Mains à moins d'une largeur de main (paume à paume).
- **2 points** : Mains à une largeur de main et demie ou moins.
- **1 point** : Mains à plus d'une largeur de main et demie.
- **0 point** : Douleur pendant le test.

Figure 4: Photo démonstrative du Shoulder Mobility

5. Active Straight Leg Raise (Élévation active de jambe tendue, voir Figure 5)

Allongé sur le dos, le participant soulève une jambe tendue aussi haut que possible sans bouger l'autre jambe (qui reste au sol). Ce test évalue la mobilité des ischio-jambiers et des hanches, tout en observant la stabilité du tronc.

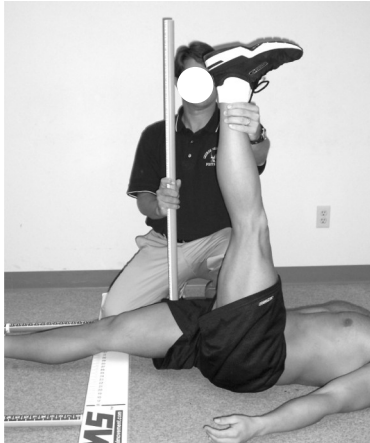


Figure 5: Photo démonstrative de l'Active Straight Leg Raise

- **3 points** : Le pied de la jambe levée dépasse la ligne entre le milieu de la cuisse et le nombril.
- **2 points** : Le pied atteint entre le genou opposé et le milieu de la cuisse.
- **1 point** : Le pied ne dépasse pas le niveau du genou opposé.
- **0 point** : Douleur durant le test.

6. Trunk Stability Push-Up (Pompes de stabilité du tronc, voir Figure 6)

Allongé au sol, le participant place les mains selon son sexe (au niveau du menton pour les femmes, front pour les hommes), puis réalise une pompe en gardant le corps rigide et aligné. Ce test évalue la stabilité du tronc dans le plan sagittal, la force fonctionnelle et le contrôle du haut du corps.



Figure 6: Photo démonstrative du Trunk Stability Push-Up

- **3 points** : Homme : main au niveau du front | Femme : main au niveau du menton | Pompe exécutée sans défaut.
- **2 points** : Pompe réussie avec les mains plus basses que recommandé.
- **1 point** : Incapacité à effectuer le mouvement correctement.
- **0 point** : Douleur pendant l'exercice.

7. Rotary Stability (Stabilité rotatoire, voir Figure 7)

En position quadrupède (à quatre pattes), le participant étend simultanément un bras et la jambe opposée, puis tente de les ramener sous le tronc sans perdre l'équilibre. Ce test mesure le contrôle moteur, la coordination et la stabilité du tronc en rotation.



Figure 7: Photo démonstrative du Rotary Stability

- **3 points** : Mouvement contrôlé bras/jambe opposés sans désalignement.
- **2 points** : Mouvement correct uniquement avec bras/jambe du même côté.
- **1 point** : Incapacité à effectuer le mouvement correctement.
- **0 point** : Douleur pendant le test.

- Le questionnaire SF-36, un outil d'évaluation standardisé mesurant différents aspects de la qualité de vie, notamment la santé physique, mentale et sociale. Ici aussi, un score global et des sous-scores spécifiques seront calculés pour chaque participant. (voir Figure 14 et 15)

Étape 2 : Mise en place du programme de mobilité

- Le groupe expérimental suivra un programme d'exercices spécifiques axé sur l'amélioration de la mobilité. (voir Figure 12 et 13)
- Les séances hebdomadaires seront transmises aux participants du groupe expérimental via l'application Hexfit, utilisée par Corespa pour le suivi des adhérents. Les participants recevront des consignes précises sur les exercices à réaliser chaque semaine.

Étape 3 : Absence d'intervention pour le groupe contrôle

- Pendant la durée du protocole (6 semaines), le groupe contrôle ne suivra aucun programme spécifique en lien avec la mobilité.
- Ces participants continueront toutefois leurs routines habituelles et leurs activités courantes, mais sans consignes particulières.

Étape 4 : Réalisation des tests finaux

Après 6 semaines, les deux groupes (groupe expérimental et groupe contrôle) réaliseront à nouveau les tests FMS et le questionnaire SF-36. Un scoring sera également réalisé à cette étape, permettant de :

- Comparer les scores initiaux et finaux pour chaque participant afin d'identifier les évolutions individuelles.
- Comparer les résultats globaux entre le groupe expérimental et le groupe contrôle pour évaluer l'impact du programme de mobilité sur la condition physique et la qualité de vie.

Ces différentes étapes permettront d'évaluer de manière structurée et objective l'impact d'un programme spécifique de mobilité sur les performances fonctionnelles et la qualité de vie des participants, en s'appuyant sur les résultats obtenus aux tests FMS et au questionnaire SF-36.

Statistique

Les données quantitatives sont exprimées en moyenne $\pm$ écart-type ou en médiane {intervalle interquartile}, tandis que les données qualitatives sont dénombrées ou exprimées en pourcentage.

La normalité des données est vérifiée à l'aide du test de Shapiro-Wilk pour les scores de mobilité et les scores au questionnaire SF-36. L'homogénéité des variances est évaluée à l'aide du test de Levene. Les résultats montrent que les conditions de normalité et d'homogénéité sont respectées ($p > 0,05$), permettant ainsi l'utilisation de tests statistiques paramétriques.

Pour comparer les résultats avant et après le programme entre les deux groupes, nous utilisons une analyse de variance (ANOVA) à mesures répétées afin de détecter d'éventuelles interactions entre le temps (pré/post) et le groupe (expérimental/témoin). En cas d'interaction significative, un test post

hoc est effectué pour identifier précisément les différences (T de student). Par ailleurs, afin d'évaluer la relation entre l'évolution du score de mobilité et celle de la qualité de vie, nous recourons à une analyse de corrélation de Bravais-Pearson.

La taille de l'effet sera calculée à l'aide du d de Cohen. Une valeur de 0,2 sera considérée comme un effet faible, 0,5 comme un effet moyen, 0,8 comme un effet élevé, 1,20 comme un effet très élevé, et 2 comme un effet immense. Les résultats sont considérés comme statistiquement significatifs pour un $p < 0,05$. L'ensemble des analyses statistiques est réalisé à l'aide du site AnaStats et du logiciel Microsoft Excel.

5. Résultats

SF-36 :

Concernant les résultats du questionnaire SF-36, le tableau 2 présente les scores de qualité de vie mesurés avant la mise en place du programme de mobilité. On y observe un score moyen plus faible dans le groupe expérimental ($64,27 \pm 21,95$), accompagné d'un écart-type plus élevé, ce qui témoigne d'une plus grande hétérogénéité entre les participants. En comparaison, le groupe contrôle affiche un score moyen plus élevé ($78,96 \pm 12,47$) et une distribution plus homogène.

Les résultats post-programme nous montrent une progression plus nette pour le groupe expérimental, avec une moyenne de ($69,92 \pm 21,78$), cela représente une augmentation d'environ 5,65 points. Pour le groupe contrôle, il y a une évolution très légère, avec un score de ($80 \pm 12,71$), soit seulement 1,04 point de plus (voir Tableau 2).

Cela correspond à une amélioration d'environ 8,8 % pour le groupe expérimental, contre seulement 1,3 % pour le groupe contrôle.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide d'une ANOVA à mesures répétées afin d'évaluer l'effet du programme sur la qualité de vie. Les résultats n'ont pas révélé d'interaction significative entre le temps (pré/post) et le groupe (expérimental/témoin), avec une valeur de $p = 0,24904$ pour la différence entre les groupes. Cette valeur, étant largement supérieure au seuil de significativité de 0,05, ne permet pas de rejeter l'hypothèse nulle. En revanche, l'analyse intra-groupe (effet du temps indépendamment des groupes) a montré une valeur de $p = 0,06574$, suggérant une tendance proche de

la significativité. Cela indique que, bien qu'aucun effet global du programme n'ait été confirmé statistiquement, une évolution dans le temps pourrait être envisagée, justifiant une exploration plus approfondie. Aucun test post hoc n'a été effectué, l'interaction n'étant pas significative (voir Figure 8).

Cependant, le calcul de la taille de l'effet à l'aide du d de Cohen, nous permet de constater une amélioration modérée mais réelle, avec une valeur de 0,28, indiquant un effet faible, mais présent, du programme sur la qualité de vie perçue.

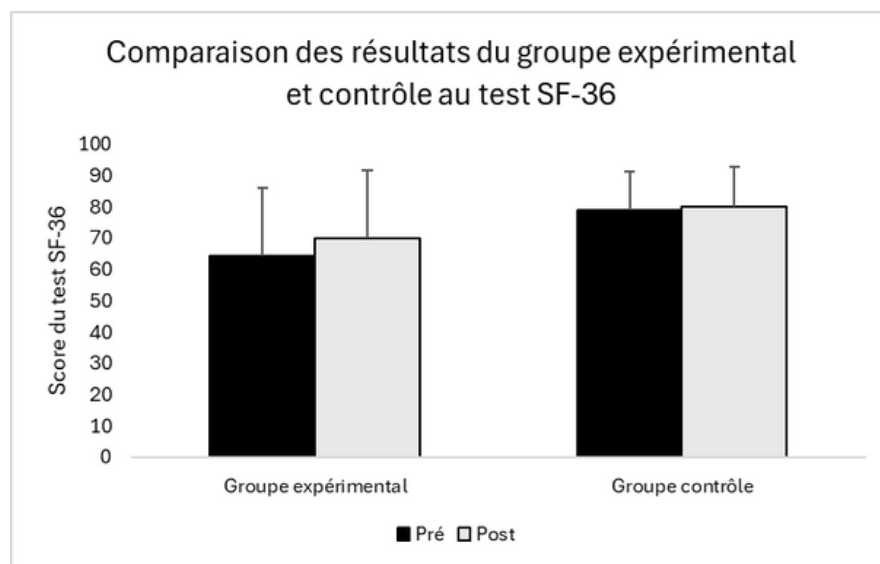


Figure 8: Résultats du questionnaire SF-36 (pré et post-programme)

FMS :

Avant le début du programme, les scores au test FMS révèlent une certaine homogénéité entre les groupes, comme en témoigne la similitude des écarts-types. Cependant, on observe une performance initiale plus faible dans le groupe expérimental, avec une moyenne de $(11,33 \pm 3,67)$, contre $(14 \pm 3,35)$ pour le groupe contrôle.

Après le programme, les écarts-types restent comparables, ce qui confirme une dispersion similaire des données dans les deux groupes. On note néanmoins une amélioration plus marquée dans le groupe expérimental, qui progresse de 2,34 points, atteignant une moyenne de $13,67 \pm 3,20$, contre une hausse plus modeste de 0,67 points pour le groupe contrôle $(14,67 \pm 2,88)$ (voir Tableau 3).

Cela correspond à une amélioration de 20,7 % dans le groupe expérimental, contre seulement 4,8 % dans le groupe contrôle.

L'analyse statistique des scores FMS a été conduite à l'aide d'une ANOVA à mesures répétées. Les résultats indiquent une différence non significative entre les groupes (expérimental et témoin) avec une valeur de $p = 0,35204$ ($p > 0,05$). Toutefois, l'effet du temps, c'est-à-dire l'évolution des scores FMS entre les mesures pré et post-programme, s'est révélé hautement significatif avec $p = 0,00023$ ($p < 0,01$), ce qui montre une amélioration globale des mouvements fonctionnels au fil du temps. De plus, l'interaction entre le temps et le groupe est également significative ($p = 0,01123$; $p < 0,05$), ce qui signifie que l'évolution des performances n'a pas été similaire entre les groupes, et que le programme mis en place a eu un effet différencié favorable sur le groupe expérimental.

Suite à cette interaction significative, un test post hoc a été réalisé à l'aide du test t de Student pour échantillons appariés. Les résultats montrent une différence statistiquement significative dans le groupe expérimental entre les évaluations avant et après programme avec $p = 0,003$ ($p < 0,01$), confirmant l'efficacité du programme de mobilité (voir Figure 9). En revanche, aucune différence significative n'a été observée dans le groupe contrôle ($p = 0,102$; $p > 0,05$), ce qui suggère que l'amélioration observée est bien spécifique à l'intervention appliquée dans le groupe expérimental.

Enfin, le calcul de la taille de l'effet via le d de Cohen donne une valeur de 0,78, ce qui correspond à un effet élevé. Cela confirme l'efficacité du programme sur la mobilité fonctionnelle des participants.

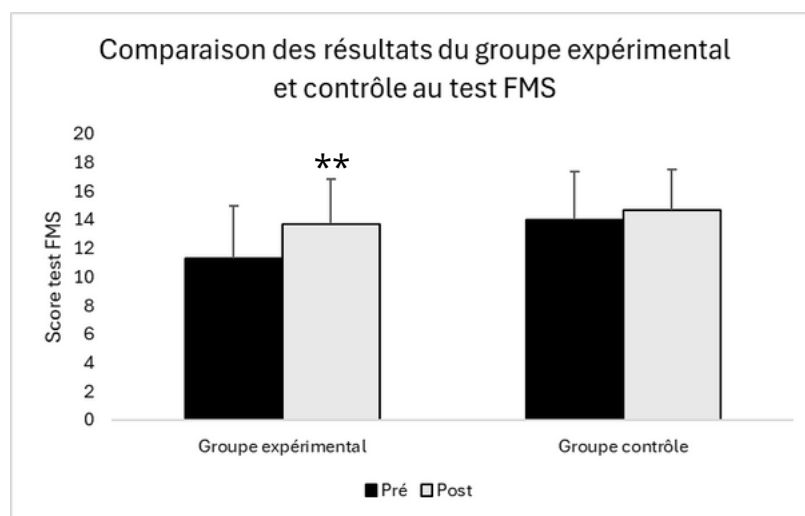


Figure 9: Résultats du test FMS (pré et post-programme, ** : $P < 0,01$ entre les deux groupes)

Afin d'examiner la relation potentielle entre l'amélioration de la qualité de vie et celle de la mobilité, nous avons utilisé le test de corrélation de Bravais-Pearson. L'objectif était de déterminer si les deux variables évoluaient de manière liée. Les hypothèses suivantes ont été posées :

- H_0 : il n'existe pas de lien significatif entre les scores du questionnaire SF-36 et ceux du test FMS.
- H_1 : il existe un lien significatif entre les deux.

Le calcul a révélé un coefficient de corrélation $r = 0,38$. Ce résultat est inférieur à la valeur théorique de référence (r théorique = 0,71) nécessaire pour affirmer une corrélation significative dans notre échantillon. Par conséquent, nous rejetons l'hypothèse H_1 et acceptons H_0 , ce qui indique l'absence de lien statistiquement significatif entre l'amélioration de la qualité de vie (SF-36) et celle de la mobilité (FMS) (voir Figure 10).

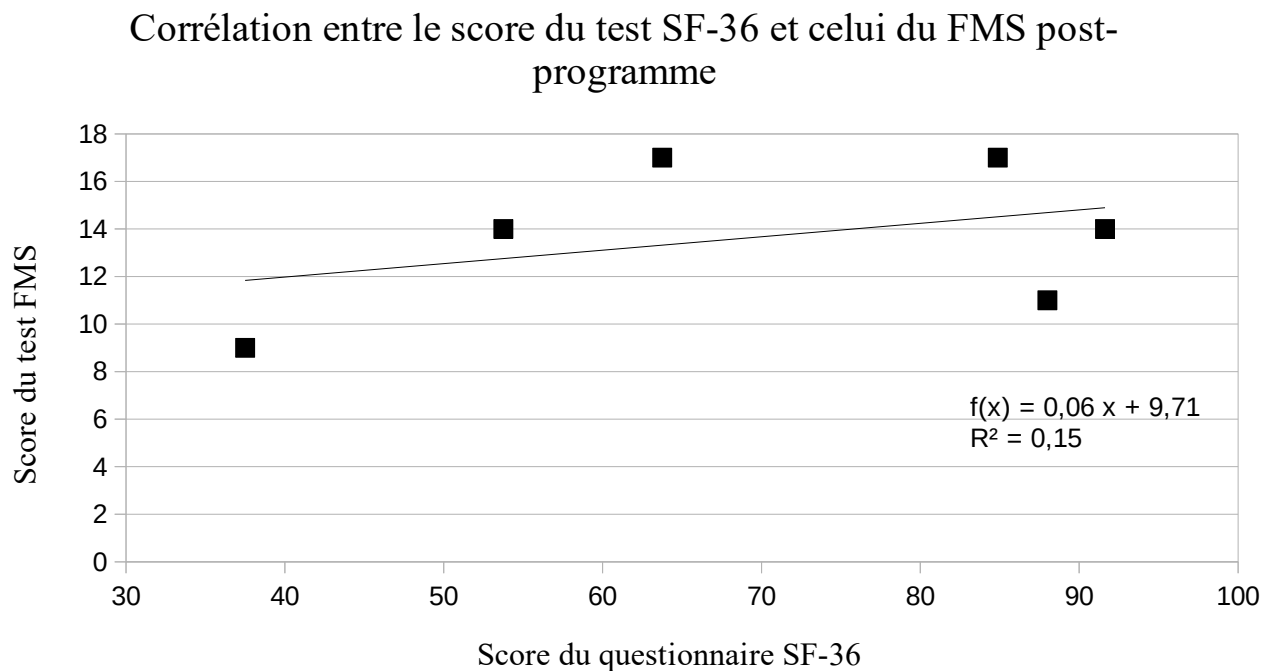


Figure 10: Corrélation des résultats après le programme de mobilité

6. Discussion :

6.1. Interprétation

L'objectif principal de ce mémoire était d'évaluer les effets d'un programme structuré de mobilité fonctionnelle sur deux aspects : la qualité de vie perçue et les capacités de mouvement chez des participants adultes engagés dans une activité physique régulière. L'étude visait à vérifier si un entraînement ciblé permettait d'améliorer de manière significative non seulement la mobilité, mais aussi le bien-être global des individus, en s'appuyant sur des outils standardisés (FMS et SF-36).

1. Amélioration de la mobilité fonctionnelle (hypothèse 1)

Les résultats du Functional Movement Screen (FMS) indiquent une amélioration significative de la mobilité fonctionnelle dans le groupe expérimental ($p = 0,003$, $p < 0,01$), avec une taille d'effet (d de Cohen) de 0,78, ce qui représente un effet élevé. Ces données confirment l'efficacité du programme sur les schémas moteurs fondamentaux.

Les mécanismes à l'origine de cette amélioration peuvent être expliqués par plusieurs éléments :

- Le programme ciblait des exercices de mobilité articulaire, de stabilité centrale, et de coordination neuromusculaire.
- Ces exercices ont permis d'augmenter l'amplitude de mouvement, d'améliorer le contrôle moteur dans les chaînes articulaires, et de réduire les asymétries posturales.
- En travaillant la mobilité active plutôt que passive, les participants ont aussi renforcé leur proprioception, c'est-à-dire la perception de leur corps dans l'espace, ce qui influence directement la qualité du mouvement.

Ces résultats sont en cohérence avec les travaux de Cook et al. (2006), concepteurs du FMS, qui mettent en avant l'importance de la mobilité active pour prévenir les blessures et optimiser les performances. Skopal et al. (2024) ont également montré que des protocoles ciblés de mobilité permettent d'améliorer la stabilité dynamique et la coordination intersegmentaire chez des adultes entraînés.

2. Effets sur la qualité de vie perçue (hypothèses 2 et 4)

Malgré une progression moyenne de 5,65 points dans le groupe expérimental, les résultats du SF-36 n'ont pas atteint le seuil de significativité statistique ($p = 0,13$, $p > 0,05$). L'effet mesuré reste faible ($d = 0,28$), bien que légèrement favorable.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces résultats :

- D'une part, le programme ciblait principalement le corps, sans intégrer d'interventions spécifiques sur le bien-être psychologique ou social (par exemple : gestion du stress, sommeil, alimentation, relations sociales).
- D'autre part, certains participants présentaient des douleurs chroniques ou des limitations psychosociales (fatigue, troubles du sommeil, anxiété légère) qui ont probablement freiné leur amélioration sur certaines dimensions du SF-36 (comme la vitalité, la santé mentale ou les interactions sociales).
- Enfin, le SF-36 mesure un large éventail de composantes de la qualité de vie, dont certaines peuvent évoluer lentement ou nécessiter des changements profonds dans les habitudes de vie.

Ces résultats sont conformes aux conclusions de Rebar et al. (2015) et de Diener et al. (1999), qui rappellent que les bienfaits de l'activité physique sur le bien-être mental sont modulés par de nombreux facteurs individuels et environnementaux. La seule amélioration physique ne suffit donc pas toujours à produire un changement global sur la perception de la qualité de vie.

3. Comparaison avec le groupe contrôle (hypothèse 3)

Le groupe contrôle a montré une amélioration modérée tant au FMS qu'au SF-36, bien que ces évolutions soient restées statistiquement non significatives (FMS : $p = 0,102$; SF-36 : $p = 0,34$). Cela suggère que la participation régulière à des activités physiques non spécialisées (séances libres ou de coaching) a permis un maintien ou une légère progression des capacités physiques.

Ces résultats montrent que l'activité physique, même non ciblée, a un effet bénéfique de fond sur la mobilité fonctionnelle et le bien-être, probablement en entretenant la condition physique générale, en favorisant l'engagement social, et en maintenant une régularité dans l'effort. Néanmoins, les effets

observés dans ce groupe restent bien moindres que ceux constatés dans le groupe expérimental, ce qui met en évidence la valeur ajoutée d'un programme spécifique.

Ces données confirment les conclusions de Anderson & Durstine (2019) et de Pahor et al. (2014), qui ont démontré que l'exercice physique régulier – même en l'absence d'un protocole structuré – permet de préserver les fonctions locomotrices et d'améliorer certains marqueurs de bien-être, mais de manière moins ciblée et efficace.

4. Corrélation entre mobilité et qualité de vie (hypothèse exploratoire)

L'analyse de la corrélation entre les évolutions des scores FMS et SF-36 n'a pas mis en évidence de lien significatif ($r = 0,38 < r \text{ théorique} = 0,71$). Cela suggère que l'amélioration de la mobilité fonctionnelle ne se traduit pas automatiquement par une amélioration de la qualité de vie perçue.

Ce résultat peut s'expliquer par la nature multidimensionnelle de la qualité de vie. Même si un participant bouge mieux, d'autres aspects comme le sommeil, les douleurs persistantes, le stress ou la qualité de l'environnement social peuvent continuer à impacter négativement son ressenti global.

Cela rejoint les analyses du WHOQOL Group (1998) et de Groessl et al. (2019), qui insistent sur la complexité de la qualité de vie, influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. L'intervention physique, à elle seule, n'agit que sur un volet de cette équation.

En résumé, le programme de mobilité a permis d'améliorer de façon significative les capacités motrices fonctionnelles des participants, confirmant l'efficacité de l'approche ciblée. Toutefois, cet effet ne s'est pas systématiquement accompagné d'une amélioration notable de la qualité de vie perçue, probablement en raison de l'influence de facteurs externes et de la spécificité des dimensions explorées par le SF-36.

Ces résultats soulignent donc l'importance de coupler les interventions physiques avec des accompagnements psychologiques, sociaux et comportementaux pour maximiser les bénéfices globaux sur la santé et le bien-être. Ils rappellent également la nécessité d'un suivi individualisé et d'une approche pluridisciplinaire pour obtenir des effets plus larges et durables.

6.2. Limites

Cette étude présente plusieurs limites qui peuvent influencer l'interprétation des résultats. Tout d'abord, la participation repose sur le volontariat, ce qui crée un risque de déséquilibre dans le nombre d'inscrits. L'engouement pour le programme peut être fort, mais il est aussi possible que peu d'adhérents souhaitent s'impliquer, ce qui limite la taille de l'échantillon et, par conséquent, la portée des conclusions.

Ensuite, le programme se déroule en distanciel, ce qui peut entraîner une baisse de l'adhésion au fil des semaines. Sans encadrement direct, les participants manquent parfois de motivation et abandonnent en cours de route, ce qui réduit la fiabilité des comparaisons entre le début et la fin du programme. De plus, l'absence de supervision empêche de vérifier la qualité d'exécution des exercices. Certains participants réalisent peut-être mal les mouvements, ce qui limite l'efficacité du programme, tandis que d'autres peuvent progresser davantage s'ils s'investissent plus que prévu.

Un autre facteur à considérer est l'influence des activités extérieures. En fonction de leur activité physique ou de leur mode de vie en dehors du programme, les participants peuvent améliorer ou dégrader leurs performances indépendamment du protocole. Cette variabilité peut fausser les résultats du test FMS, en attribuant à tort certains progrès ou reculs au programme.

Enfin, les réponses au questionnaire SF-36 peuvent être influencées par l'état émotionnel ou personnel des participants au moment de l'évaluation. Une période de stress, de fatigue ou de difficultés personnelles peut faire baisser les scores, sans lien réel avec les effets du programme. Cette part de subjectivité constitue une limite importante à la précision des résultats concernant la qualité de vie.

6.3. applications sur le terrain et perspectives

Les résultats de cette étude montrent que la mise en place d'un programme de mobilité ciblé peut entraîner une amélioration significative de la mobilité fonctionnelle chez des adultes actifs, comme en témoignent les résultats du test FMS. Cette progression, associée à un effet d'ampleur élevé, confirme l'intérêt d'intégrer ce type de programme dans des structures sportives, de remise en forme ou de prévention santé comme Corespa Marquette.

Sur le terrain, ces résultats peuvent encourager les coachs et éducateurs sportifs à proposer régulièrement des séances de mobilité intégrées dans les plannings d'entraînement. Celles-ci peuvent contribuer à améliorer la qualité des mouvements, à réduire les risques de blessures et à optimiser la performance physique globale, notamment en sport amateur et loisir. Le protocole utilisé étant relativement simple, adaptable et réalisable à distance, il peut facilement être intégré à la pratique autonome des adhérents.

Cependant, bien que l'amélioration de la mobilité soit claire, les effets du programme sur la qualité de vie perçue restent plus limités. Cela rappelle que l'impact d'un programme physique ne se résume pas uniquement aux indicateurs corporels. Des facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux jouent également un rôle clé dans le bien-être global. Comme le suggèrent les recommandations de l'ANSES (2023) et du Ministère de la Santé (2023), une approche plus globale, qui intègre à la fois le mouvement, la santé mentale et l'environnement de vie, semble nécessaire.

À l'avenir, plusieurs pistes peuvent être envisagées. Tout d'abord, proposer un accompagnement plus individualisé, avec un suivi régulier (même à distance), permettrait d'améliorer l'adhésion au programme et de mieux encadrer la qualité d'exécution. L'intégration de bilans intermédiaires, de retours personnalisés et d'un soutien motivationnel pourrait également renforcer l'efficacité du dispositif.

Ensuite, il serait pertinent d'élargir l'étude à un plus grand nombre de participants et de prolonger la durée du programme pour observer des effets plus marqués sur la qualité de vie. Il serait également intéressant de combiner les exercices de mobilité avec d'autres axes de travail (relaxation, gestion du stress, éducation à la santé), afin de mieux répondre aux différents besoins des pratiquants.

Enfin, la mise en place d'outils de mesure complémentaires, objectifs et subjectifs, permettrait de mieux évaluer l'impact global du programme. L'ajout d'indicateurs liés à la douleur, au sommeil ou à l'engagement perçu pourrait enrichir les analyses et mieux cibler les actions futures.

7. Conclusion

Ce mémoire visait à évaluer l'impact d'un programme de mobilité sur la qualité de vie et la mobilité fonctionnelle de participants actifs. Grâce à l'analyse des résultats issus du questionnaire SF-36 et du test FMS, il a été possible de tirer plusieurs enseignements.

Tout d'abord, les données montrent que le programme a eu un effet significatif et positif sur la mobilité, avec une amélioration marquée chez les participants du groupe expérimental. Cela confirme l'efficacité de ce type d'intervention pour développer la qualité des mouvements, la stabilité et le contrôle postural. Le score FMS a significativement progressé, avec une taille d'effet élevée, soulignant l'intérêt d'intégrer régulièrement ce type de travail dans les pratiques physiques.

En revanche, l'impact du programme sur la qualité de vie perçue reste plus nuancé. Si une légère amélioration a été observée dans le groupe expérimental, celle-ci n'atteint pas le seuil de significativité statistique. Ce constat rappelle que le bien-être global est influencé par de nombreux facteurs, parfois extérieurs à la pratique physique, comme l'environnement personnel, les habitudes de vie ou encore la santé mentale. L'absence de corrélation significative entre les progrès en mobilité et l'évolution des scores de qualité de vie le confirme.

Ces résultats soulignent l'intérêt de développer des approches plus globales et individualisées, en intégrant des dimensions psychosociales et comportementales. Le format à distance, bien qu'accessible, peut limiter l'engagement et la qualité d'exécution, ce qui invite à réfléchir à de nouvelles modalités de mise en œuvre, plus interactives et accompagnées.

En somme, cette étude apporte des éléments concrets pour les professionnels du sport et de la santé souhaitant agir sur la mobilité de leurs publics. Elle ouvre également des perspectives pour enrichir les programmes existants, en les adaptant davantage aux besoins et aux réalités de terrain. Enfin, elle rappelle que le mouvement, bien qu'essentiel, doit s'inscrire dans une vision plus large de la santé, combinant activité physique, équilibre de vie et accompagnement personnalisé.

8. Références bibliographiques

- **Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).** Manque d'activité physique et excès de sédentarité : une priorité de santé publique, 2023. <https://www.anses.fr/fr/content/manque-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-exc%C3%A8s-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-une-priorit%C3%A9-de-sant%C3%A9-publique> (accédé le : 06/01/2025).
- **Anderson, E., & Durstine, J. L.** (2019). Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. *Sports Medicine and Health Science*, 1(1), 3–10. [Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review - PubMed](#)
- **Cook, G., Burton, L., & Hoogenboom, B.** (2006). Pre-participation screening: The use of fundamental movements as an assessment of function - part 1. *North American Journal of Sports Physical Therapy*, 1(2), 62–72. [Pre-participation screening: the use of fundamental movements as an assessment of function - part 1 - PubMed](#)
- **Cook, G., Burton, L., Hoogenboom, B., & Voight, M.** (2006). Pre-participation screening: The use of fundamental movements as an assessment of function – part 2. *North American Journal of Sports Physical Therapy*, 1(3), 132–139. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21522225/>
- **Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L.** (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. [Subjective well-being: Three decades of progress.](#)
- **Groessl, E. J., Kaplan, R. M., & Rejeski, W. J.** (2019). Physical activity and performance impact long-term quality of life in older adults at risk for major mobility disability. *Health Psychology*, 38(5), 397–407. [Physical Activity and Performance Impact Long-term Quality of Life in Older Adults at Risk for Major Mobility Disability - PubMed](#)
- **Kiesel, K., Plisky, P. J., & Voight, M. L.** (2007). Can serious injury in professional football be predicted by a preseason Functional Movement Screen? *North American Journal of Sports Physical Therapy*, 2(3), 147–158. [Can Serious Injury in Professional Football be Predicted by a Preseason Functional Movement Screen? - PubMed](#)

- **Ministère des Solidarités et de la Santé.** Activité physique, sédentarité et santé, 2023. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-sedentarite-et-sante> (accédé le : 06/01/2025).
- **Mutualité Française.** (s.d.). *Questionnaire de santé SF-36 – Version française.* <https://www.datocms-assets.com/6375/1542812008-sf36.pdf>
- **Pahor, M., Guralnik, J. M., Ambrosius, W. T., Blair, S. N., et al.** (2014). Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: The LIFE study randomized clinical trial. *JAMA*, 311(23), 2387–2396. [Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial - PubMed](#)
- **Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D., & Short, C. E.** (2015). A meta-analysis of the effect of physical activity on mental health. *Health Psychology Review*, 9(2), 230–249. [A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations - PubMed](#)
- **Skopal, L. K., Drinkwater, E. J., & Behm, D. G.** (2024). Application of mobility training methods in sporting populations: A systematic review of performance adaptations. *Journal of Sports Sciences*, 42(1), 46–60. [Application of mobility training methods in sporting populations: A systematic review of performance adaptations - PubMed](#)
- **Tremblay, M. S., Carson, V., Chaput, J. P., Connor Gorber, S., Dinh, T., & Duggan, M.** (2017). Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: An integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 42(3), 215–223. [Introduction to the Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Children and Youth: An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep - PubMed](#)
- **Ware, J. E., & Sherbourne, C. D.** (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483. [The MOS 36-item short-form health survey \(SF-36\). I. Conceptual framework and item selection - PubMed](#)
- **Webber, S. C., Porter, M. M., & Menec, V. H.** (2010). Mobility in older adults: A comprehensive framework. *The Gerontologist*, 50(4), 443–450. [Mobility in older adults: a comprehensive framework - PubMed](#)

- **WHOQOL Group.** (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. [Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group - PubMed](#)

9. Annexes

Firefox

about:blank

ATTESTATION DE STAGE à remettre au stagiaire à l'issue du stage

L'ORGANISME D'ACCUEIL

Nom ou dénomination sociale : Sarl CORESPA MARQUETTE

Certifie que

LE STAGIAIRE

A effectué un stage prévu dans le cadre de ses études

DURÉE DU STAGE

Dates de début et de fin du stage : du 15/11/21 au 3/05/25
Représentant une durée totale de 308 h (Nombre de mois / Nombre de semaines) (rayer la mention inutile)

La durée totale du stage est appréciée en tenant compte de la présence effective du stagiaire dans l'organisme, sous réserve des droits à congés et autorisations d'absence prévus à l'article L.124-13 du code de l'éducation (art. L.124-18 du code de l'éducation). Chaque période au moins égale à 7 heures de présence consécutives ou non est considérée comme équivalente à un jour de stage et chaque période au moins égale à 22 jours de présence consécutifs ou non est considérée comme équivalente à un mois.

MONTANT DE LA GRATIFICATION VERSÉE AU STAGIAIRE

Le stagiaire a perçu une gratification de stage pour un montant total de €

L'attestation de stage est indispensable pour pouvoir, sous réserve du versement d'une cotisation, faire prendre en compte le stage dans les droits à retraite. La législation sur les retraites (loi n°2014-40 du 20 Janvier 2014) ouvre aux étudiants dont le stage a été gratifié, la possibilité de faire valider celui-ci dans la limite de deux trimestres, sous réserve du versement d'une cotisation. La demande est à faire par l'étudiant dans les deux années suivant la fin du stage et sur présentation obligatoire de l'attestation de stage mentionnant la durée totale du stage et le montant total de la gratification perçue. Les informations précises sur la cotisation à verser et sur la procédure à suivre sont à demander auprès de la sécurité sociale (code de la sécurité sociale art. L.351-17 - code de l'éducation art.D.124-9)

Page 6/6

17 sur 17

12/11/2024, 13:10

Figure 11: Attestation de stage dans la structure Corespa

Tableau 2: Résultats du questionnaire SF-36 pré- et post-programme mobilité

Score SF-36	Pré	Post
Groupe expérimental	64,27 ± 21,95	69,92 ± 21,78
Groupe contrôle	78,96 ± 12,47	80 ± 12,71

Tableau 3: Résultats au test FMS pré et post-programme mobilité

Score test FMS	Pré	Post
Groupe expérimental	11,33 ± 3,67	13,67 ± 3,20
Groupe contrôle	14 ± 3,35	14,67 ± 2,88

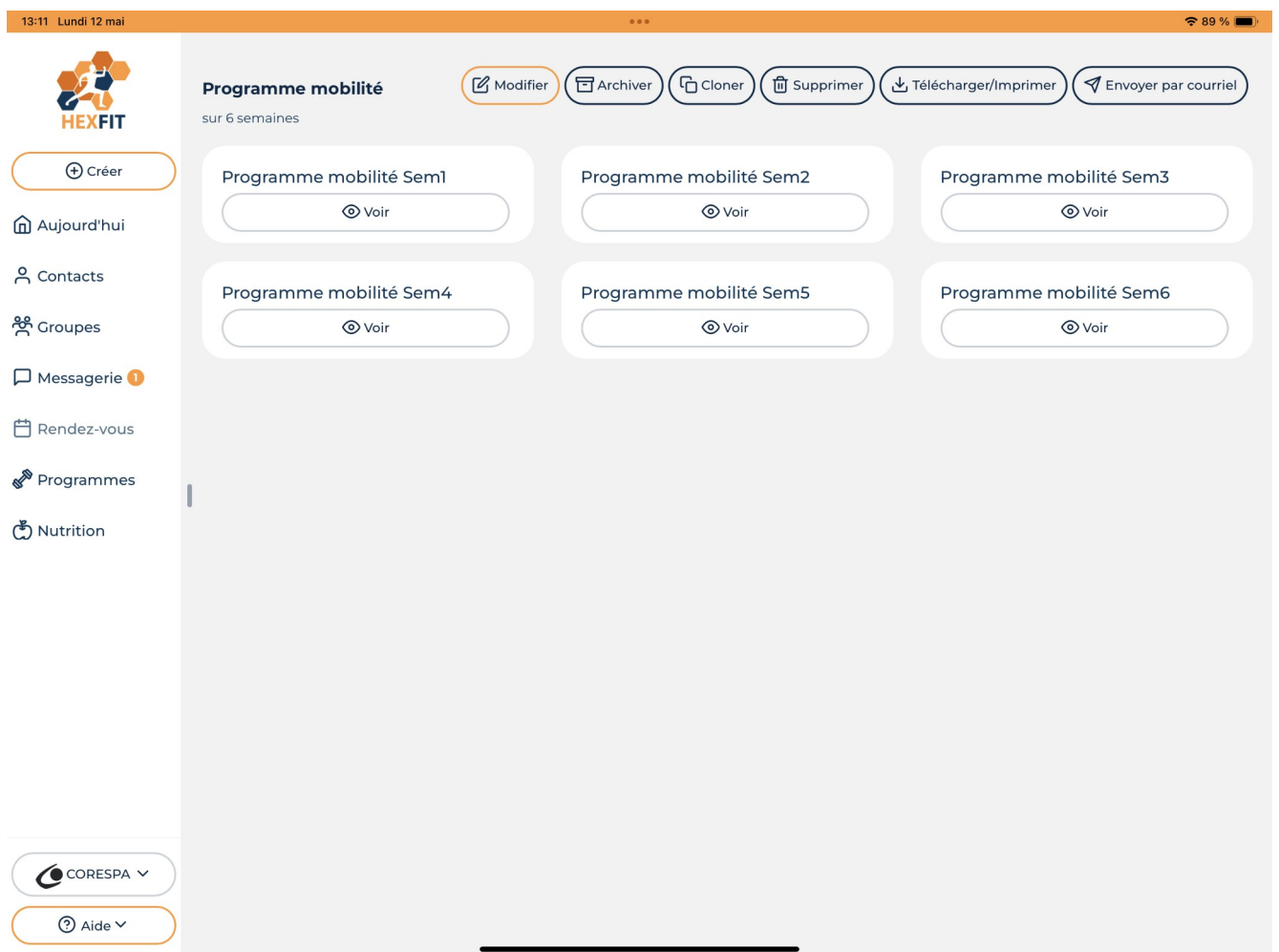


Figure 12: Screen de l'application HEXFIT et son visuel du programme



Créer

Aujourd'hui

Contacts

Groupes

Messagerie 1

Rendez-vous

Programmes

Nutrition

Programme mobilité

sur 6 semaines

Modifier

Archiver

Télécharger/Imprimer

Envoyer par courriel

Programme mobilité Sem1

1 Mobility Sit Hip Rotation



- Assis, jambes pliées. Basculer latéralement afin de poser les jambes de telle manière à ce que les genoux touchent le sol. Puis changer de côté et repassant par la position assise jambes pliées. Garder vos abdos contractés.

Sem.	Séries	Rep	Note	Repos
1 - 6	2	12	Possibilité de poser ses mains	00:30

2 Spiderman Stretch



1. Commencez en position push-up. 2. Faites passer le pied vers l'extérieur de la main. 3. Descendre le genou arrière sur le tapis. 4. Exhalez, contractez le fessier arrière et appuyez sur la hanche dans l'extension (ligne droite du genou à l'épaule). 5. Alternier.

Sem.	Séries	Rep	Repos
1 - 6	2	12	00:30

3 Position convexe et concave du dos



- À quatre pattes, courber le dos vers le bas et vers le haut (position du chat). Placer les genoux sous les hanches et les mains sous les épaules.

Sem.	Séries	Rep	Repos
1 - 6	2	12	00:30

4 4 pattes rotation extension tronc



- À 4 pattes, placer une main derrière la tête. Tourner le corps en dirigeant le coude vers le ciel, redescendre le coude vers le genou opposé tout en tournant les épaules.

Sem.	Séries	Rep	Repos
1 - 6	2	8	00:30

5 Quadrupède mobilisation épaule



- En position de quadrupède en appui sur les orteils, pousser vos fesses vers l'arrière et soulever un bras en extension en gardant l'autre au sol en alternance.

Sem.	Séries	Rep	Repos
1 - 6	2	12	00:30

CORESPA

Aide

Figure 13: Screen de l'application HEXFIT et son visuel d'une séance

Questionnaire de santé SF36

Comment répondre :

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

Date

Identification

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : (entourez la réponse de votre choix)

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Médiocre	4
Mauvaise	5

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ? (entourez la réponse de votre choix)

Bien meilleur que l'an dernier	1
Plutôt meilleur	2
À peu près pareil	3
Plutôt moins bon	4
Beaucoup moins bon	5

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	1	2
c. avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude	1	2

5. Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances (entourez la réponse de votre choix)

Pas du tout	1
Un petit peu	2
Moyennement	3
Beaucoup	4
Enormément	5

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ? (entourez la réponse de votre choix)

Nulle	1
Très faible	2
Faible	3
Moyenne	4
Grande	5
Très grande	6

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ? (entourez la réponse de votre choix)

Pas du tout	1
Un petit peu	2
Moyennement	3
Beaucoup	4
Enormément	5

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? (entourez la réponse de votre choix)

En permanence	1
Une bonne partie du temps	2
De temps en temps	3
Rarement	4
Jamais	5

Figure 14: Questionnaire SF-36

9. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel. (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

Liste d'activités	Oui, beaucoup limité(e) 1	Oui, un peu limité(e) 2	Non, pas du tout limité(e) 3
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport			
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e. Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i. Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

10. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où : (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	En permanence 1	Très souvent 2	Souvent 3	Quelque fois 4	Rarement 5	Jamais 6
a. vous vous êtes senti(e) dynamique?	1	2	3	4	5	6
b. vous vous êtes senti(e) très nerveux(se)?	1	2	3	4	5	6
c. vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral?	1	2	3	4	5	6
d. vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)?	1	2	3	4	5	6
e. vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie?	1	2	3	4	5	6
f. vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)?	1	2	3	4	5	6
g. vous vous êtes senti(e) épuisé(e)?	1	2	3	4	5	6
h. vous vous êtes senti(e) heureux(se)?	1	2	3	4	5	6
i. vous vous êtes senti(e) fatigué(e)?	1	2	3	4	5	6

11. Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas : (entourez la réponse de votre choix , une par ligne)

	Totalement vrai 1	Plutôt vrai 2	Je ne sais pas 3	Plutôt fausse 4	Totalement fausse 5
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

Veuillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions. Merci de votre collaboration.
copyright © New England Medical Center Hospitals, Inc., 1993 All rights reserved. (IQOLA SF-36 French (France) Version 1 3)

Figure 15: Questionnaire SF-36

Résumé et mots clés

Résumé :

Ce mémoire a pour objectif d'évaluer les effets d'un programme de mobilité fonctionnelle sur la qualité de vie et les capacités motrices d'adultes pratiquants. L'hypothèse principale est que l'amélioration de la mobilité obtenue grâce à ce programme devrait avoir un effet positif sur la qualité de vie perçue.

L'étude est menée au sein d'une même structure sportive et repose sur deux groupes : un groupe expérimental ayant suivi un programme de mobilité durant six semaines, et un groupe contrôle. Deux outils d'évaluation sont utilisés : le questionnaire SF-36 pour mesurer la qualité de vie et le test Functional Movement Screen (FMS) pour évaluer la mobilité. Les mesures sont prises avant et après l'intervention. Les analyses statistiques incluent des tests t appariés, le calcul de la taille de l'effet (d de Cohen) et un test de corrélation de Bravais-Pearson.

Les résultats montrent une amélioration significative de la mobilité dans le groupe expérimental, avec un score FMS passant de 11,33 à 13,67 ($p = 0,003$; $d = 0,78$), soit une taille de l'effet élevée. En revanche, bien que le score SF-36 progresse de 64,27 à 69,92, cette amélioration n'est pas statistiquement significative ($p = 0,13$; $d = 0,28$), indiquant un effet faible. La corrélation entre les deux évolutions est modérée ($r = 0,38$), mais inférieure au seuil requis pour une signification statistique dans cet échantillon (r théorique = 0,71).

Ainsi, bien que le programme améliore nettement la mobilité fonctionnelle, cette amélioration ne se traduit pas de manière significative par une hausse de la qualité de vie. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette dissociation, notamment l'état émotionnel, les habitudes de vie ou les contraintes personnelles. Ces résultats soulignent l'importance de prendre en compte l'individu dans sa globalité et de compléter les interventions physiques par un accompagnement psychosocial pour maximiser les bénéfices sur la santé perçue.

Mots-clés : Mobilité fonctionnelle ; Qualité de vie ; Prévention santé ; Programme d'entraînement ; Activité physique

Abstract :

This thesis aims to assess the effects of a functional mobility program on the quality of life and motor abilities of adult participants. The main hypothesis is that improved mobility resulting from the program should lead to a positive impact on perceived quality of life.

The study was conducted within a single sports facility and involved two groups: an experimental group who followed a six-week mobility training program, and a control group. Two validated tools were used: the SF-36 questionnaire to measure quality of life and the Functional Movement Screen (FMS) to evaluate mobility. Measurements were taken before and after the program. Statistical analyses included paired t-tests, Cohen's d effect size calculation, and a Bravais-Pearson correlation test.

Results showed a significant improvement in mobility within the experimental group, with FMS scores increasing from 11.33 to 13.67 ($p = 0.003$; $d = 0.78$), indicating a large effect size. However, although the SF-36 score improved from 64.27 to 69.92, the change was not statistically significant ($p = 0.13$; $d = 0.28$), reflecting only a small effect. The correlation between improvements in mobility and quality of life was moderate ($r = 0.38$), but below the theoretical threshold for significance in this sample ($r_{\text{theoretical}} = 0.71$).

Therefore, while the program clearly enhances functional mobility, this improvement does not significantly translate into increased quality of life. Various factors may account for this discrepancy, such as participants' emotional state, lifestyle, or personal circumstances. These findings emphasize the importance of considering individuals holistically and combining physical interventions with psychosocial support to optimize perceived health benefits.

Keywords : Functional mobility ; Quality of life ; Health prevention ; Training program ; Physical activity

3 compétences

1. Concevoir et adapter un programme d'entraînement en lien avec des objectifs de santé

Lors de mon stage, j'ai conçu, planifié et structuré un programme d'entraînement axé sur l'amélioration de la mobilité fonctionnelle. J'ai su adapter les exercices en fonction du niveau des participants, en tenant compte de leurs capacités physiques et de leurs retours. Cette démarche m'a permis de développer une logique d'intervention individualisée tout en appliquant les recommandations officielles en matière d'activité physique. Grâce à cette expérience, j'ai pu déterminer des objectifs précis, choisir des modalités pertinentes et ajuster le contenu en continu selon les besoins du terrain.

2. Analyser des données pour évaluer l'efficacité d'une intervention

Dans ce mémoire, j'ai analysé des données concrètes. Des tests fonctionnels (FMS), des questionnaires (SF-36). En les collectant et les interprétant pré et post-programme. Cela m'a permis de mesurer les effets du programme, identifier les changements, valider ou non les hypothèses de départ. Comparer les résultats m'a permis de comprendre ce qui a marché, mais aussi ce qui doit évoluer. Certaines limites sont apparues. Je les ai reconnues, nommées, expliquées. Parfois, les résultats s'éloignaient des attentes initiales, et donc justifiaient le pourquoi. Ce travail m'a appris à poser un regard critique sur les données, à les interpréter avec justesse, sans les surévaluer. Il m'a aussi permis de mieux communiquer les conclusions, avec clarté et rigueur.

3. Mobiliser une démarche scientifique pour construire un raisonnement structuré

La réalisation de mon mémoire m'a permis de mobiliser une méthodologie rigoureuse afin de structurer une problématique pertinente, définir une hypothèse claire et élaborer un protocole adapté à un contexte réel. J'ai dû sélectionner des outils d'évaluation validés, interpréter les données récoltées et formuler des conclusions appuyées sur les résultats observés. Ce travail m'a également conduit à consulter la littérature scientifique pour justifier mes choix et situer mon étude dans un cadre théorique solide. Enfin, j'ai appris à présenter ces éléments de manière claire et argumentée, en respectant les standards académiques et en analysant les limites de mon travail avec objectivité.