

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Emmanuelle ROBIN

Le 11 octobre 2018

TITRE

L'activité physique pratiquée par le patient dépressif : une parenthèse bénéfique dans la maladie

Directeur de thèse : Dr PAVAGEAU Sylvain

JURY

Président : Pr GUILLAUME Sébastien

Assesseurs : Pr BOURREL Gérard

Dr OUDE ENGBERINK Agnès

Dr PAVAGEAU Sylvain

Directeur de thèse : Dr PAVAGEAU Sylvain

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean
Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles

TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MCU-PH de 2^{ème} classe
BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Au président du jury Monsieur le Professeur Guillaume,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse et de l'intérêt que vous portez au sujet.

Aux membres du jury :

- A Monsieur Le Professeur Bourrel,
Professeur Emérite, Médecine générale

Je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie de mon jury et de m'avoir apporté votre aide concernant la méthodologie sémio-pragmatique.

- A Madame le Dr Oude Engberink,

Maitre de Conférence Universitaire de Médecine Générale - Médecin généraliste à Cabestany

Je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie de mon jury et du regard bienveillant que vous apportez à ce travail basé sur la méthode que vous contribuez grandement à développer.

- A Monsieur Le Docteur Pavageau,

Maitre de Conférence Associé de Médecine Générale - Médecin généraliste à Perpignan

Je te remercie de me faire l'honneur de faire partie de mon jury et d'avoir accepté de diriger mon travail. Ton aide, ton soutien et tes compétences en recherche qualitative ont été précieux. Merci de ta disponibilité et de l'enthousiasme que tu m'as apporté tout au long du projet.

Je remercie toutes personnes que j'ai rencontré au cours de cette étude et qui ont permis sa réalisation, avec une mention particulière pour le personnel soignant du service de l'UTTAD à Montpellier (HC, HDJ), ainsi qu'à la directrice de l'association La Maison Bleue à Perpignan, qui m'ont apporté leur aide dans ce travail et qui pratiquent leur métier avec passion.

Je remercie les participants à l'étude d'avoir accepté de prendre du temps pour la réalisation des entretiens.

Merci à toutes les personnes ayant participé à ma formation.

Aux équipes médicales et soignantes rencontrés dans mes stages d'internat qui ont toujours fait

de leur mieux pour m'enseigner la médecine.

A mes maîtres de stages les Dr Pascal Triouleyre, Dr Modrin, Dr Parada-Bonte et Dr Marino, qui m'ont accueillie dans leur cabinet avec bienveillance, m'ont transmis leur enthousiasme pour la médecine générale et m'ont permis de grandir petit à petit dans cette voie.

Une mention spéciale pour Catherine Modrin. Notre rencontre a été pour moi une révélation. Tu m'as transmis le goût de ton métier et l'amour des gens. Tu es moi un exemple, un guide, tu m'as permis de prendre confiance en moi dans l'exercice parfois périlleux de notre spécialité. Tu as aussi été d'un grand soutien dans les moments difficiles de ma vie. Je t'en serais toujours reconnaissante. Je sais que nous resterons en contact malgré les années et les kilomètres.

Merci au Dr Véronique Martin, qui m'a fait confiance pour le suivi de ses patients, qui m'a apporté son aide et ses compétences dans mes débuts de remplacements.

Merci à Aline, la plus sympathique des secrétaires.

Merci à ma famille que j'aime de tout mon cœur. Toujours là pour moi quelques soit les difficultés.

Merci à mes parents qui m'ont accompagné toutes ces années. Vous êtes à l'origine de ce que je suis aujourd'hui. Quelle chance d'être là. Merci pour tout l'amour que vous me donnez.

En ce qui concerne le parcours médical, vous m'avez donné l'exemple. Depuis petite j'écoutais vos discussions médicales et je crois que c'est d'abord cela qui m'a inspiré. Le chemin n'était pas tracé (hein papa 😊) mais finalement vous avez toujours soutenu mes choix. Je sais que je pourrais toujours compter sur vous. J'espère que vous serez fière de moi.

A ma mamie. Qui m'a toujours chouchouté depuis toute petite. Je me souviendrai toujours du jour où tu m'as dit « avant de partir je voudrais te voir médecin ». Avec papie vous avez toujours une grande place dans mon cœur.

Merci à mes 3 sœurs, qui m'ont toujours soutenu dans mes choix, m'apporte leur expérience et leur amour inconditionnel. J'ai tellement de chance d'avoir des sisters comme vous. Merci d'être là, vous êtes parfaites.

A mes nièces, neveux, beau-frères. Quelle famille magnifique !

Merci à mes proches toujours présents depuis des années.

A mes copines que j'aime fort :

Merci à Mathilde. Notre destin est lié depuis la maternité ! Toutes ces années ne nous ont pas séparé. Tu es une amie formidable, un repère, un exemple pour moi. Merci pour ton soutien indéfectible.

Merci à Zoé. Ma zozo, tu es ma sœur de cœur. Toutes ces années depuis le CE2 et notre amitié n'a que grandi. Tu as été là pour moi dans les périodes les plus difficiles et si je ne me suis pas effondrée c'est aussi grâce à toi. Merci pour ton grain de folie qui me donne tellement d'énergie. Je sais que nos rigolades ne sont pas prêtes de s'arrêter.

Merci à Mélanie Marquet. Mon ex future associée ! Nous avons eu un début de rencontre improbable. Je me souviendrais toujours de nos débats enflammés dans la voiture !! Puis est née une belle et grande amitié. J'aime toujours autant nos discussions interminables, médicales et autres. Plein de projets avec toi, parfois nous n'allons pas jusqu'au bout, mais qui sait peut-être finirons nous par l'ouvrir ce cabinet !! Merci d'être là et d'être toi.

Merci à Mélanie Rama. Début d'internat de médecine générale à Nîmes, quelle belle découverte ! J'adore nos sorties et nos bonnes bouffes. Tu me donnes envie de croquer la vie. Tu es une maman incroyable. Tu m'inspires. J'espère que malgré la distance nous saurons préserver notre amitié.

Merci à Marion. Quelle jolie rencontre ! Nous avons passé tout notre externat ensemble et vécu des aventures médicales en tout genre. On s'est bien marré pendant toutes ces années, malgré les difficultés. C'est avec toi que j'ai trouvé ma voie de médecin généraliste. Tu es vraiment une belle personne. Nous nous sommes éloignées physiquement mais nos retrouvailles sont tellement naturelles.

Merci à Millicent. Je me souviens de notre rencontre en ce premier jour de P2. Nous avons plongé ensemble dans le premier stage au Grau du Roi. Premier covoiturage et début de nos aventures médicales ! Plein de bons moments passés ensemble. Nos liens se sont distendus mais j'espère que nous nous retrouverons.

Merci à Sarah, ma première co-interne. Quel stress ce premier stage narbonnais ! J'ai eu tellement de chance de partager ces moments avec toi. Toujours positive, super active, excellent médecin, je suis contente de t'avoir rencontré et que notre amitié survive à la distance.

Merci à Anne-Sophie. J'ai eu beaucoup de plaisir à travailler avec toi aux urgences et notre rencontre s'est transformée en belle amitié. Merci pour tout.

Merci à Bettina. Depuis Narbonne puis à Nîmes nous avons appris à nous connaître. Tes voyages, tes aventures sportives m'inspirent ! A très bientôt j'espère.

Merci à Chloé, pour tous ces jolis moments passés ensemble.

Merci à tous les co internes croisés pendant l'internat, chacun a jalonné mon parcours de belles rencontres.

Un remerciement particulier à Jean-Baptiste avec qui j'ai partagé ces longues études médicales jalonnées de joies et des peines. Ton soutien a été précieux pendant toutes ces années. Je te souhaite toute la réussite personnelle et professionnelle que tu mérites.

Merci aux nouvelles rencontres qui depuis quelques mois m'inspirent et me soutiennent.

ABREVIATIONS

AD : Antidépresseurs

ALD : Affection Longue Durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

APA : Activité Physique Adaptée

CPP : Comité de Protection des Personnes

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM : Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

(collège américain de psychiatrie)

EDC : Episode dépressif caractérisé

EBM : Evidence Based Medicine (médecine basée sur les preuves)

HDJ : Hospitalisation De Jour

INM : Intervention Non Médicamenteuse

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

JAMA : Journal of American Medical Association

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	16
METHODE.....	25
I) Recherche bibliographique.....	25
II) Type d'étude.....	25
III) Recueil des données.....	26
1) Choix du type d'entretien.....	26
2) Recrutement des participants.....	26
3) Guide d'entretien.....	28
4) Modalités.....	30
VI) Analyse.....	30
RESULTATS.....	33
I) Corpus de l'étude.....	33
II) Verbatims.....	34
III) Enoncés phénoménologiques.....	34
IV) Catégories émergentes.....	37
V) Exemples de catégorisation.....	57
DISCUSSION.....	63
I) Des résultats.....	63
II) De la méthode.....	68
III) Perspectives.....	70
CONCLUSION.....	71
BIBLIOGRAPHIE.....	72
ANNEXE 1.....	76
ANNEXE 2.....	77
SERMENTS.....	78
RESUME.....	80
MOTS CLES.....	78

INTRODUCTION

SYNDROME DEPRESSIF

L'épisode dépressif caractérisé (EDC) est une maladie psychiatrique qui associe une humeur triste, une baisse d'énergie et une perte d'intérêt ou de plaisir (1).

Les troubles doivent être quotidiens, durer depuis au moins 2 semaines et constituer une rupture avec l'état antérieur. Le diagnostic d'EDC se fait selon certains critères définis par l'OMS (classification CIM 10) ou le DSM V (Annexe 1). L'EDC est considéré comme léger, modéré ou sévère selon le nombre et la sévérité des symptômes et selon les altérations globales du fonctionnement du sujet (perturbations des activités professionnelles, sociales, familiales). Il peut être isolé, récurrent (s'il y a déjà eu des épisodes antérieurs) ou chronique.

De nombreuses échelles validées permettent de faciliter le diagnostic du syndrome dépressif en médecine générale (2). Les plus utilisées sont l'échelle d'Hamilton, l'échelle MADRS, l'échelle de Beck ou BDI, l'échelle HAS, l'échelle MDI, ou l'échelle GDS en gériatrie.

Depuis 2005, la sécurité sociale a mis en place une cotation spécifique pour une consultation de médecine générale dédiée au diagnostic du syndrome dépressif qui permet l'utilisation d'échelles diagnostiques (3).

Le syndrome dépressif est une pathologie fréquente, au premier rang des pathologies psychiatriques au niveau mondial. Selon l'OMS la dépression toucherait 300 millions de personnes dans le monde et serait la première cause d'incapacité. C'est une pathologie universelle qui touche tous les âges, tous les pays et toutes les catégories socio-professionnelles. En France chaque année environ 3 millions de personnes souffrent de dépression (4).

Selon une étude de l'INPES, en 2010 la prévalence de l'EDC au cours des 12 derniers mois en France chez les 15-85ans est de 7.5%. Elle est deux fois plus importante chez les femmes (10%) que chez les hommes (5.6%) (4).

Le médecin généraliste, médecin de premier recours, est le spécialiste le plus souvent consulté en première intention (5), loin devant les psychiatres ou les psychologues. Dans la moitié des cas il est consulté exclusivement (4).

Une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes de ville a été réalisée par la DRESS fin 2011. Deux tiers des médecins consultés disent être, chaque semaine, confrontés à des patients dépressifs. En 2010, 47% des patients ayant présenté une EDC au cours des 12 derniers mois ont eu recours à une consultation chez leur médecin généraliste.

L'EDC a des conséquences importantes sur l'état de santé, la qualité de vie, l'environnement professionnel, social et familial.

Le syndrome dépressif est aussi un facteur de risque majeur de suicide. Selon l'OMS environ 800 000 personnes / an meurent en se suicidant. En 2012 en France, près de 10 000 personnes se sont donné la mort, ce qui correspond à environ 27 personnes par jour. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans. Il est à 75% masculin. Les tentatives de suicide quant à elles, représentent environ 200 000 cas par an en France (6). Selon une étude le cout estimé de la dépression en Europe approcherait les 118 milliard d'euros en 2004 (7). L'EDC a des conséquences économiques et sociales lourdes. L'impact sur la consommation de soin, le cout des traitements, les hospitalisations, les arrêts maladie est important. Cela ferait de la dépression la pathologie psychiatrique la plus couteuse.

C'est donc un véritable enjeu de santé publique pour lequel le médecin généraliste est le pivot de la prise en charge.

Selon les recommandations de la HAS 2017, la prise en charge de l'EDC en ambulatoire est basée sur l'utilisation de la psychothérapie et des antidépresseurs. Le médecin traitant doit construire avec le patient une alliance thérapeutique en créant un climat de confiance et ensuite l'informer sur la pathologie et le projet thérapeutique. Le praticien effectuera parallèlement un suivi somatique et apportera au patient des conseils sur son mode de vie : respecter un rythme veille – sommeil adéquate, pratiquer une activité physique régulière, éviter la consommation d'alcool ou de toxiques, favoriser les activités sociales et plaisantes. La consultation médicale est considérée comme l'acte thérapeutique initial. L'EDC léger à modéré fera appel à la psychothérapie en première intention, l'EDC sévère au traitement médicamenteux ainsi qu'à la psychothérapie. Le recours au psychiatre ou au psychologue peut se faire à tout moment selon la volonté du médecin ou du patient.

Une réévaluation systématique de l'efficacité de la prise en charge est proposée après 4 à 8 semaines (8).

Selon une étude de la DRESS en 2012, un panel de médecins généralistes a été confronté à un cas fictif de patient dépressif. Ils étaient 9 sur 10 à assurer eux même la prise en charge du patient. 66% d'entre eux recommandaient une prescription d'AD, même en l'absence de critères de sévérité (61%). Seulement 4% des médecins interrogés proposaient la psychothérapie seule, par contre ils étaient 47% à l'associer au traitement AD. Le recours au traitement médicamenteux est donc le plus fréquent en France, allant parfois à l'encontre des recommandations et sans prise en compte de la surprescription de ces traitements (5).

En effet, la France est un des pays européens les plus consommateurs de médicaments psychotropes. L'INSERM, dans un rapport de 2012, explique grâce aux données de l'étude ESEMeD conduite entre 2001 et 2003 que la prévalence annuelle d'utilisation des médicaments psychotropes est plus élevée en France par rapport à ses voisins européens. En ce qui concerne les AD en particulier, la prévalence d'utilisation sur les 12 derniers mois ou sur les 30 derniers jours est quasiment multipliée par deux en France par rapport aux cinq autres pays européens étudiés dans cette étude (Allemagne, Espagne, Belgique, Pays-Bas, Italie) (9).

En ce qui concerne les traitements AD, les patients dépressifs seraient répondeurs au traitement initial pour environ 30% des cas seulement, certains auraient besoin d'augmenter les doses ou d'associer plusieurs classes thérapeutiques (10,11).

Les AD seraient aussi plus efficaces dans les dépressions sévères que dans les symptomatologies légères (12). Les AD constituent le traitement le plus simple à ordonner, avec souvent la prise d'un comprimé par jour, remboursé par la sécurité sociale, qui peut être prescrit par le médecin généraliste. Toutefois, il ne faut pas oublier les problèmes d'observance et les effets indésirables de ses traitements. De plus l'efficacité sur les symptômes dépressifs est souvent retardée de quelques semaines, avec une majoration de l'anxiété en début de traitement.

La prescription de la psychothérapie reste problématique en France, car ces soins ne sont pas remboursés par la sécurité sociale (13). Cette situation peut freiner voire rendre impossible cette prise en charge pour certains patients (14).

A l'heure actuelle, les patients sont nombreux à demander des solutions alternatives efficaces pour traiter leur dépression.

ACTIVITE PHYSIQUE

Selon l'OMS l'activité physique se définit comme : « tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique. »

L'activité physique englobe donc plusieurs activités comme le sport, les déplacements, les loisirs, l'activité professionnelle et les activités domestiques.

Les recommandations mondiales en matière d'activité physique sont déterminées en fonction de l'âge et prennent en compte la notion d'intensité. Une activité physique d'intensité modérée est définie comme un effort moyen avec une faible accélération de la fréquence cardiaque, comme par exemple jardiner, bricoler, marcher d'un pas vif, danser...

Une activité physique d'intensité soutenue est définie comme un effort important avec une accélération franche de la fréquence cardiaque, par exemple nager, courir, faire du vélo...

Selon ces recommandations les adultes de 18 à 64 ans devraient pratiquer au minimum 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité modérée ou 75 minutes d'activité physique soutenue. L'activité d'endurance devant être pratiquée par période de 10 minutes au moins (15).

En février 2016 l'ANSES a actualisé les recommandations françaises en matière d'activité physique et de sédentarité. L'activité physique devrait être pratiquée au moins 30 minutes par jour avec une intensité modérée à élevée (16).

En comparaison, la sédentarité se définit comme une situation d'éveil en position assise ou allongée et correspond à une dépense énergétique inférieure ou égale à celle du repos. Par exemple regarder la télévision, travailler au bureau, conduire...

Selon l'OMS la sédentarité représente le quatrième facteur de risque de décès dans le monde.

En France, en 2015, seulement 53% des femmes et 70% des hommes atteignent les recommandations en matière d'activité physique. Entre 2006 et 2015 le niveau d'activité a diminué chez les femmes toutes tranches d'âge confondues, a augmenté chez les hommes de 40 à 54 ans et est resté stable pour le reste de la population adulte.

Les activités sédentaires ont augmenté ces 10 dernières années, notamment avec le temps passé devant les écrans. Ainsi 41 % des adultes déclaraient y passer plus de 7h par jour en 2015.

Un adulte sur cinq cumulerait un manque d'activité physique et un niveau de sédentarité élevé (17).

L'histoire nous montre à quelle point l'activité physique a intéressé les médecins depuis l'antiquité. D'abord avec Hippocrate au 4^{ème} siècle avant Jésus Christ, qui prescrivait des exercices physiques avec modération et selon les caractéristiques de l'environnement et de l'individu. Ensuite Aristote un siècle plus tard puis Galien au 2^{ème} siècle après Jésus Christ préconisaient la gymnastique comme médecine préventive et curative, comme Juvénal connu pour sa célèbre citation « *menes sana in corpore sano* », qui se traduit par : « un esprit sain dans un corps sain » (18).

Maïmonide, célèbre médecin du 12^{ème} siècle, préconisait de exercices physiques réguliers pour se protéger des maladies mais aussi comme « source de joie et facteur de guérison des maladies psychosomatiques » (19).

L'activité physique reviendra ensuite sur le devant de la scène pendant le période de la Renaissance. S'ensuivront des découvertes successives sur le fonctionnement du corps humain avec la compréhension des mécanismes mis en jeu. Il faudra cependant attendre la fin du 19^{ème} siècle pour que des preuves scientifiques apparaissent en faveur de l'activité physique (18).

Les bénéfices de l'activité physique sur la santé et le bien-être sont nombreux. L'exercice physique en tant que traitement préventif ou adjuvant est largement étudié dans de multiples pathologies. Ainsi de nombreuses données scientifiques sont disponibles pour démontrer les effets bénéfiques de l'exercice dans les pathologies cardiovasculaires, respiratoires, métaboliques, neurologiques, cancéreuses, auto-immunes et psychiatriques (20).

L'activité physique permet d'améliorer la qualité de vie et de lutter contre le vieillissement (21).

Depuis le 1^{er} mars 2017 le législateur permet aux médecins traitants de prescrire de l'activité physique aux patients pris en charge en ALD pour des pathologies chroniques en tant que thérapeutique non médicamenteuse (22).

Il faut rappeler que le trouble dépressif récurrent ou persistant est pris en charge à 100% par la sécurité sociale au titre de l'ALD 23 selon des critères bien définis.

ACTIVITE PHYSIQUE ET SYNDROME DEPRESSIF

L'idée de proposer l'activité physique comme traitement adjuvant ou alternatif du syndrome dépressif a été popularisé notamment par un livre publié en 2010, intitulé : « Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse. » écrit par David SERVANSCHREIBER médecin et chercheur en neurosciences cognitives à l'université de Pittsburgh aux Etats-Unis. Dans le chapitre 10 de ce livre intitulé « Prozac ou Adidas ? » l'auteur explique à l'aide de différentes références scientifiques et de son expérience personnelle, les bénéfices de l'activité physique sur les symptômes dépressifs. Il mentionne notamment une étude américaine de 1979 qui montre l'efficacité de la course à pied sur les symptômes dépressifs modérés (23). Cependant cette étude présente de nombreux biais, mais constitue un point de départ pour de nouvelles recherches sur le sujet.

L'activité physique n'est pas abordée au cours des études médicales dans l'arsenal thérapeutique en psychiatrie.

En effet le collège national de psychiatrie et les recommandations françaises ne faisaient jusqu'à aucune place à l'activité physique dans la prise en charge de la dépression.

Elle n'apparaît que très récemment dans la nouvelle recommandation de la HAS datant de novembre 2017, et uniquement comme une mesure d'hygiène de vie à associer au traitement (8).

Les pays anglo-saxons sont plus ambitieux ; en effet les recommandations américaines préconisent l'exercice comme thérapeutique alternative dans les dépressions légères selon le souhait des patients (même en première intention) et comme traitement adjuvant dans les atteintes plus sévères (24).

Les recommandations britanniques sont plus précises et préconisent pour une dépression légère à modérée, une activité physique en groupe accompagné d'un professionnel et par séances de 45 min à 1h trois fois par semaine pendant environ 12 semaines (25).

Une publication suédoise récente reprend les recommandations nationales et déplore l'absence d'intérêt pour l'activité physique dans le traitement du syndrome dépressif malgré l'accumulation de preuves scientifiques dans ce domaine (26).

En effet depuis les années 80 de nombreuses études ont été menées pour évaluer l'activité physique comme traitement du syndrome dépressif.

Une méta-analyse de 2009 comparant la prise en charge médicamenteuse, psychothérapeutique ou par l'activité physique des patients dépressifs, permettait selon les auteurs une recommandation de grade A pour promouvoir l'utilisation de l'exercice physique dans le but d'améliorer les symptômes dépressifs, et retrouvait des taux d'abandon similaires entre les différents groupes (11).

Une revue de la littérature sur le sujet a été effectuée dans une thèse de médecine de 2015 (27). L'auteur exposait de multiples études démontrant les bénéfices de l'exercice pour diminuer les symptômes dépressifs. Cependant les différentes méta analyses se heurtent souvent à la variabilité des protocoles d'activité physique entrepris et les biais méthodologiques, qui rendent difficiles les comparaisons. A l'issue de cette revue, un essai a été réalisé chez des patients hospitalisés pour syndrome dépressif sévère dans les 2 premières semaines de traitement médicamenteux et retrouvait une efficacité adjuvante de l'activité physique d'endurance sur la symptomatologie des patients (28).

Ainsi dans la revue Cochrane de 2013 qui a étudié 39 études avec un total de 2326 participants, l'activité physique avait un effet positif sur les symptômes dépressifs, même si cet effet est retrouvé modeste à cause de la faiblesse méthodologique des études. Elle montrait aussi que l'exercice serait plus efficace que la psychothérapie et équivalente aux AD (29). Les mêmes auteurs précisent dans un article du JAMA de 2014 que le type d'activité physique n'est pas précisé, puisqu'il varie dans sa fréquence, dans son intensité et dans sa durée en fonction des différents essais étudiés (30).

Une revue Australienne s'est intéressée au type d'activité physique et au risque de dépression en analysant les particularités de l'exercice notamment la fréquence, l'intensité, la durée, le type d'activité (loisir, travail...) et leur localisation (à domicile ou dans un centre). Elle retrouvait une association inverse entre activité physique et dépression. En ce qui concerne les modalités de l'exercice il serait bénéfique même à petite dose, bien que des études supplémentaires soient nécessaires pour préciser les caractéristiques précises de l'exercice recommandé (31).

Dans un article récent de 2017, un chercheur israélien a étudié de nombreux essais randomisés (entre 1999 et 2016), méta analyses ou revues systématiques (entre 2009 et 2016) pour comprendre la dévalorisation de l'activité physique dans les recommandations pour le traitement de la dépression. La conclusion est sans appel : l'exercice physique est un traitement de la dépression (EBM), comme un traitement adjuvant aux AD (32). L'exercice serait pour certains auteurs aussi efficace que les traitements médicamenteux (33).

De plus l'activité physique comme thérapeutique permettrait de diminuer les rechutes après traitement et de maintenir les bénéfices à environ 6 mois de façon plus importante que les AD (34).

Les mécanismes à l'origine de l'efficacité de l'activité physique sur les symptômes dépressifs sont multiples.

L'exercice permettrait de modifier des structures neuronales impliquées dans le syndrome dépressif, notamment par neuroplasticité dans les régions de l'hippocampe, de l'amygdale, du cortex pré frontal, du cortex cingulaire antérieur ou du striatum. L'exercice pourrait aussi avoir une influence sur la substance blanche, en améliorant la connectivité inter hémisphériques, ainsi qu'entre les différentes régions cérébrales impliquées dans les émotions. Plusieurs mécanismes moléculaires seraient à l'origine de ces modifications, les neurotrophines avec en particulier le *brain-derived neurotrophic factor*, la sérotonine, les B-endorphines et le *vascular endothelial growth factor* (VEGF). D'autres mécanismes biochimiques permettraient de diminuer les symptômes dépressifs en agissant sur le dérèglement des mono-amines cérébrales, par l'augmentation de neuromédiateurs cérébraux comme la dopamine ou la norépinephrine (35).

L'exercice augmente le taux d'endocannabinoïdes et d'endorphines qui sont antalgiques, anxiolytiques et associés au bien-être, et diminue la synthèse de cortisol associé au stress (32,36).

Des facteurs psycho sociaux entrent en jeu également, en plaçant le sujet au cœur de l'action.

Le sentiment de compétence permettrait aux patients au travers des exercices de renforcer leur estime de soi et leur ressenti de contrôle.

La distraction permettrait au patient de s'éloigner de ses ruminations, de ses pensées anxieuses et dépressives en étant concentré sur l'effort, les sensations physiques, les objectifs à atteindre. Il en résulterait un renforcement positif avec l'amélioration progressive de l'image de soi et des compétences physiques au fur et à mesure de la pratique (35).

Le contact social aurait aussi un rôle important en diminuant l'isolement et permettant une valorisation aux yeux des autres (27,37).

La notion d'activité physique plaisante et agréable peut être aussi envisagée comme un des facteurs principaux du bénéfice de l'activité physique dans la dépression (38).

Les bénéfices de l'activité physique sur les symptômes dépressifs sont donc reconnus, ils manquent cependant de mise en lumière par les autorités sanitaires et les spécialistes ; en France les études sur le sujet sont encore rares.

En outre le manque d'activité physique augmenterait le risque de dépression, l'exercice régulier pourrait être ainsi considéré comme moyen de prévention (39).

Les données concernant le point de vue des patients dépressifs qui pratiquent une activité physique sont actuellement limitées. En effet aucune étude française n'a été à ce jour publiée sur ce sujet.

Notre question de recherche était : Quelle est l'influence de l'activité physique sur le vécu des patients dépressifs ?

L'objectif de notre travail était de comprendre l'influence de l'activité physique sur la maladie dépressive en interrogeant l'expérience vécue des patients.

METHODE

I) Recherche bibliographique

Notre recherche bibliographique a été réalisée quasi exclusivement sur internet.

Les bases de données consultées ont été essentiellement *MEDLINE (Pubmed)* et Science Direct, par le biais du site de la bibliothèque interuniversitaire de Montpellier. Le catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC) a également été consulté.

D'autre part des recherches générales sur Google, et sur les sites de référence en matière de santé et d'activité physique ont été effectuées (INPES, OMS, HAS, legifrance, ministère de la santé, irbms, sport-ordonnance...).

Les mots clés principaux ont été en français : « dépression » « syndrome dépressif » « activité physique »

Les mots clés en anglais étaient : « *depression* » « *mental health* » « *physical activity* » « *exercice* ».

Les références bibliographiques ont été répertoriées en fin d'ouvrage, sur le modèle Vancouver.

II) Type d'étude

Suite à nos recherches bibliographiques et une fois notre objectif établi, une approche qualitative de type phénoménologique a été adaptée à l'exploration de l'expérience vécue.

Nous avons retranscrit les verbatims recueillis à la suite des entretiens et réalisé une analyse de type semio-pragmatique.

Pour cette recherche nous n'avons pas sollicité de Comité de Protection des Personnes, conformément au décret de la Loi Jardé publié le 9 mai 2017 (40).

Un consentement oral a été recueilli auprès des patients après les avoir informés sur le travail de recherche mené.

Le comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants (n°IRB IRB00010804) a donné son accord (n°07061835B) le 13 juin 2018 et confirme que la recherche a été réalisée en conformité avec la réglementation nationale.

III) Recueil des données

1) Choix du type d'entretien

Pour notre étude, l'entretien individuel a été privilégié pour permettre le maintien du secret médical concernant la pathologie des patients interrogés. D'autre part il nous a semblé que l'abord du vécu ou du ressenti concernait l'intimité des patients et ne pouvait donc être abordé que dans un contexte sécurisant et personnalisé.

2) Recrutement des participants

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient :

- Adultes volontaires
- Syndrome dépressif actuel ou passé depuis moins d'un an, diagnostiqué par le médecin généraliste ou spécialiste, de divers degrés de gravité.
- Traitement médicamenteux ou non médicamenteux, en cours ou passé.
- Pratique d'une activité physique quelle qu'elle soit, recommandée par leur médecin ou exercée de la propre initiative du patient.

Les critères d'exclusion étaient :

- La sévérité de l'épisode dépressif ne permettant pas de répondre à l'entretien (crise suicidaire en cours, troubles de conscience liés au traitement médicamenteux ou hospitalisation en secteur de soin fermé).
- Les troubles psychotiques.
- Les troubles bipolaires.
- L'inaptitude à l'activité physique.

Nous avons pour objectif d'obtenir une variabilité maximale de l'échantillon. Nous avons donc ciblé notre recrutement en fonction des caractéristiques suivantes : âge, sexe, secteur géographique de recrutement et contexte de prise en charge (milieu libéral, associatif ou hospitalier).

Les patients ont été recrutés de janvier 2018 à avril 2018, par le biais de médecins effectuant le suivi de ces patients, ou par une association. Puis de vive voix ou par téléphone avec les patients pour convenir d'un rendez-vous. Les patients ont été recrutés uniquement dans la région Occitanie.

Pour recruter dans le champ de la médecine libérale avons contacté plusieurs médecins généralistes et psychiatres de la région Languedoc-Roussillon afin de sélectionner des patients ayant le profil pour notre étude. Nous avons contacté des médecins travaillant dans notre secteur ou que nous connaissions pour leur faire part de notre étude. Les patients ont été contactés par téléphone suite à la proposition de leur médecin traitant ou de vive voix en consultation. Au total nous avons proposé cette étude à 7 patients, suivis en médecine libérale, qui présentaient les critères d'inclusion nécessaires. Au final nous avons pu en interroger 3. Sur les 4 patients non interrogés : un n'a pas donné suite après la transmission des informations sur l'étude, un autre n'a pas pu être recontacté pour faute de coordonnées téléphoniques erronées, et les 2 autres qui avaient accepté au départ n'ont pas pu être disponibles pour un entretien pour des contraintes personnelles (décès familial), ou professionnelles (période d'examen).

Pour ce qui est du milieu hospitalier nous avons contacté le CHU de Montpellier, par le biais du service de l'Unité de Traitement des Troubles Anxio-Dépressifs, qui a répondu favorablement à nos demandes.

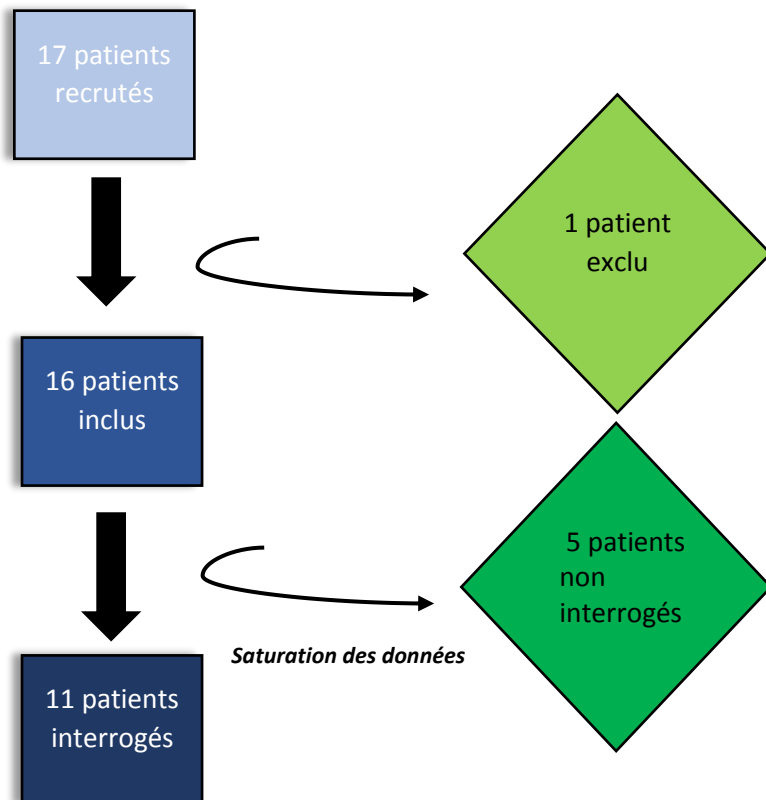
Les hôpitaux de jour psychiatriques de Montpellier, Nîmes et de Perpignan ont aussi donné leur accord pour le recrutement de patients dans leurs secteurs, mais un seul service d'hospitalisation de jour nous a permis de recruter des patients.

Une association de la région prenant en charge des patients issus du milieu psychiatrique et proposant diverses activités et notamment sportives a répondu positivement.

Une clinique psychiatrique privée organisant une prise en charge des patients dépressifs par de l'activité physique a aussi été contactée mais n'a pas donné suite à nos demandes.

A total nous avons recruté 17 patients. Un patient a été exclu car il présentait par ailleurs des troubles psychotiques. Seulement 11 ont été interrogés car la saturation des données après analyse des verbatims, a été obtenue après 9 entretiens. Nous avons confirmé cette saturation par 2 entretiens supplémentaires.

Diagramme de flux



3) Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été rédigé après discussion entre les deux chercheurs, sur la base des données bibliographiques étudiées sur le sujet et l'expérience personnelle des chercheurs en la matière. Il a été modifié après les 4 premiers entretiens pour y ajouter la question de la différence entre activité physique et activité de loisir ressentie par les patients. Cette notion a en effet été soulevée par l'analyse des premiers verbatims et elle semblait pertinente aux deux chercheurs pour répondre à la question de recherche.

Les caractéristiques suivantes ont été notées en début d'entretien : âge / sexe / profession / date du diagnostic de dépression / traitement en cours ou passé, médicamenteux ou non / lieu de recrutement

Guide d'entretien :

1) Vous pratiquez une activité physique dans le cadre de votre dépression.

Racontez-moi votre expérience. Comment cela se passe en pratique ?

- Relances :
- Quelle type d'activité ? A quelle fréquence ? A quelle intensité ?
 - Dans quels lieux ?
 - Avec qui ? (seul ou en groupe / avec un professionnel)
 - Qui vous a recommandé ou prescrit de l'activité physique pour votre dépression ? Ou la pratiquez-vous de votre propre initiative ?
 - Depuis combien de temps pratiquez-vous ?

2) Toujours d'après votre expérience, en quoi la pratique d'une activité physique modifie-t-elle ou a-t-elle modifié votre pathologie dépressive ?

- Relances :
- Comment vous sentez-vous avant - pendant - après une séance d'activité physique ?
 - Quel est votre ressenti sur votre humeur ?
 - Quels sont les points positifs ou négatifs pour vous de cette pratique dans le cadre de votre dépression ?

3) En général que représente pour vous l'activité physique ?

Quelle vision en avez-vous ?

4) Quels sont vos freins, vos difficultés à pratiquer ?

5) Qu'est ce qui pourrait vous encourager à pratiquer ?

6) En quoi l'activité physique est-elle différente d'une activité de loisir pour vous ?

7) Concernant cette question de l'activité physique pratiquée dans le cadre de votre pathologie dépressive, que pourriez-vous ajouter ?

4) Modalités

Les entretiens ont été effectués par un seul chercheur, qui s'est présenté comme étant médecin remplaçant en cours de préparation de sa thèse d'exercice. Les patients ont été interviewés à leur domicile, en cabinet de médecine générale ou sur leur lieu de prise en charge (CHU, HDJ, association). Ils recevaient les informations sur le travail de recherche mené et donnaient un consentement oral. Le chercheur leur donnait la possibilité de mettre fin à l'entretien ou de ne pas répondre à des questions s'ils en ressentaient le besoin et ce à tout moment sans avoir à se justifier. Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone de façon anonyme et intégralement retranscrits sous la forme de verbatims à l'aide d'un fichier Word. Ils ont été numérotés de façon à garantir l'anonymat.

IV) Analyse

L'analyse a été effectuée de façon concomitante aux entretiens, jusqu'à l'obtention de la saturation des données, confirmée par deux entretiens supplémentaires.

L'analyse s'est faite en parallèle par les deux chercheurs formés à la méthode qualitative sémiotique pragmatique, puis les données ont été confrontées pour une triangulation.

La méthode sémiotique pragmatique inspirée de CS Peirce a été utilisée. La grille COREQ (Annexe 2) a servi à la rédaction de notre travail selon des critères de validité (41,42).

L'analyse sémiotique pragmatique utilise « tout ce qui fait signe, tout ce qui fait sens dans le matériau d'analyse pour informer le chercheur » et se déroule en plusieurs étapes (43).

Tout d'abord le chercheur doit effectuer une lecture flottante du verbatim pour distinguer les idées principales. Il procède ensuite à une lecture focalisée et découpe le texte en unités de sens, en attribuant des thèmes. Puis il repère et met en lien les éléments sémiotiques textuels et contextuels pour la catégorisation. Ensuite il détermine les catégories selon la trichotomie de Peirce. Selon lui, trois catégories sont nécessaires et suffisantes pour rendre compte de toute l'expérience humaine (44).

Elles se décomposent comme cela : 1 catégorie de la Qualité, 2 catégorie des Faits, 3 catégorie de la Loi.

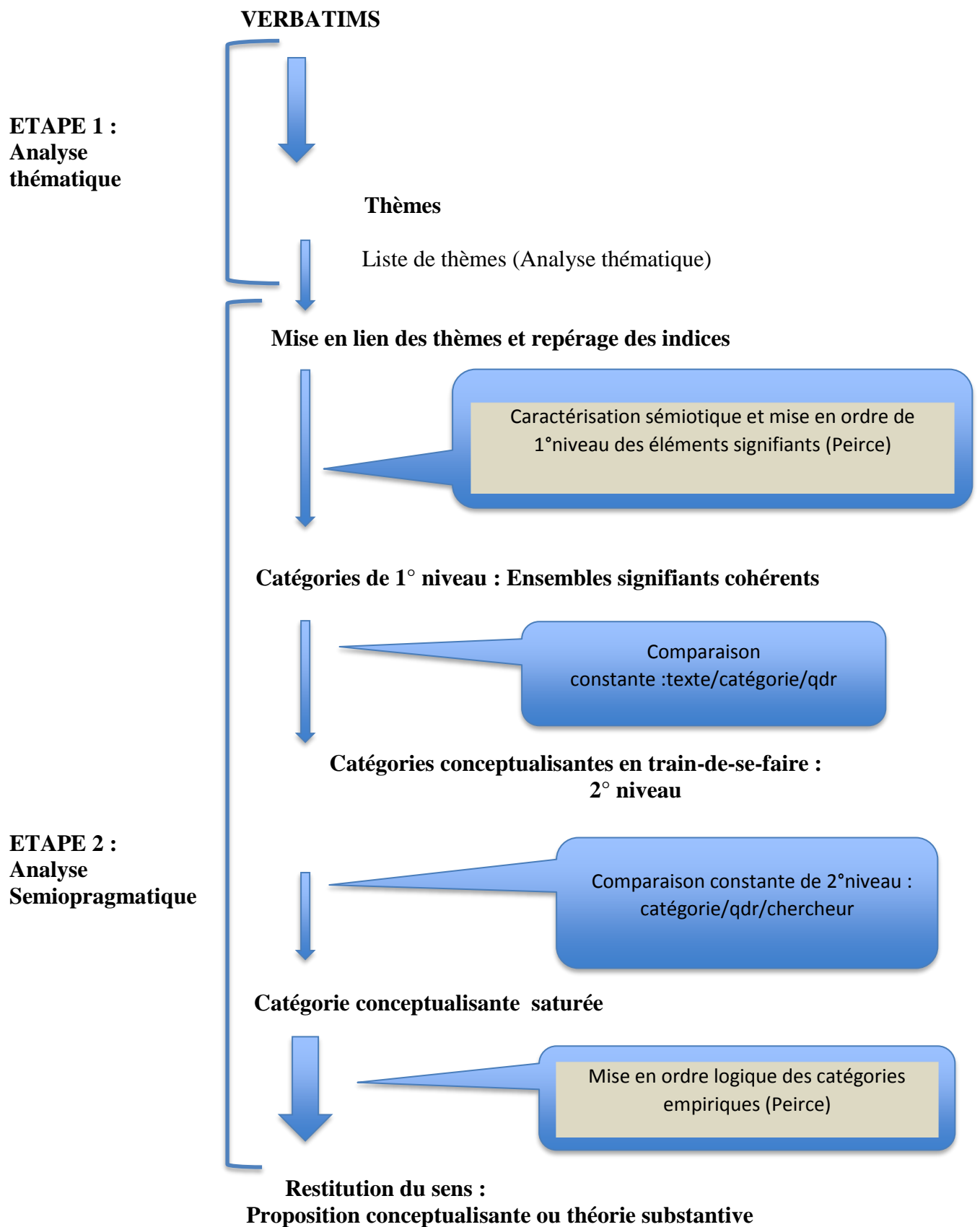
Les dernières étapes sont l'organisation du sens à partir d'un ordonnancement logique et enfin la production d'une proposition générale synthétique.

Ces catégories qui ont des rapports de présupposition logique entre elles (3 présuppose 2, qui présuppose 1) renvoient à des classes de signes correspondantes. L'analyse sémio pragmatique permet donc deux opérations fondamentales : une caractérisation sémiotique des éléments textuels selon leur mode d'être et une mise en ordre logique de ces données pour restituer le sens (45).

Nous avons sélectionné les thèmes récurrents, en les interprétant selon la méthode de Peirce avec une attention particulière donnée à la catégorie 3, celle de « la Loi ». En repérant dans les verbatims les phrases entrant dans cette catégorie nous étions en mesure de faire émerger les idées les plus fortes dans l'expérience de ses patients. La mise en commun des différents éléments de cette catégorie après analyse de la totalité des entretiens nous a permis d'établir les catégories conceptualisantes. Elles permettent de faire émerger l'essence même du vécu des patients interrogé à travers leurs propos.

Le schéma suivant permet de résumer les étapes nécessaires à l'analyse des verbatims.

Analyse qualitative : un continuum méthodologique (G Bourrel 2016)



RESULTATS

D) Corpus de l'étude

Au total 11 patients ont été interrogés. La saturation des données a été obtenue à partir du 9ème entretien et 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés pour sa confirmation.

La durée des entretiens était comprise entre 11 et 54 minutes.

La moyenne d'âge des participants était de 50 ans, il y avait 64% de femmes et 36% d'hommes.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients interrogés

Patient	Sexe	Age	Lieu de recrutement	Date de diagnostic dépression	Traitement en cours	INM	Profession	Durée de l'entretien
P1	F	52ans	Hospitalisation	2000	Oui	Réflexologie	Hôtesse d'accueil	15 min
P2	F	33ans	Hospitalisation	2017	Oui	Yoga	Aide-ménagère	11 min
P3	F	50ans	Hospitalisation	2000	Oui	EMDR Hypnose Méditation	Infirmière	12 min
P4	F	36ans	Hospitalisation	2016	Oui	Relaxation Hypnose	Secrétaire	11 min
P5	F	57ans	Association de patient	1998	Non	Aucun	Professeur de langue	17 min
P6	F	52ans	Association de patient	1985	Oui	Psychothérapie	Sans profession	21 min
P7	F	59ans	Libéral	2008	Oui	Psychothérapie Psychanalyse Sophrologie	Puéricultrice	54 min
P8	H	57ans	Libéral	2000	Oui	Aucun	Directeur de banque	38 min
P9	H	58ans	Libéral	2014	Non	Psychothérapie Homéopathie	Commercial	26 min
P10	H	42ans	HDJ	2003	Oui	Relaxation	Sans profession	49 min
P11	H	52ans	HDJ	2011	Oui	Relaxation	Négociateur immobilier	29 min

II) Verbatims

L'intégralité des verbatims recueillis est annexée à la thèse en format numérique sur CD.

III) Énoncés phénoménologiques

Après une lecture approfondie des verbatims, les deux chercheurs ont établi des énoncés phénoménologiques pour chaque patient interrogé. Ces énoncés ont été utiles en servant de mémo pour construire l'analyse.

Ils visaient à comprendre le sens global de l'entretien et d'en extraire l'essence, permettant de rendre compte de l'expérience vécue des patients.

Des retours aux verbatims ont été régulièrement effectués afin de restituer ce sens.

Patient 1 : Pratiquer une activité est difficile pour cette patiente et demande une forte motivation. Même si elle conçoit que c'est accessible à tous et bénéfique pour les autres. L'activité physique est une parenthèse dans la maladie et cela est vécu comme bénéfique sans toutefois changer son statut de dépression.

Patient 2 : Chez cette patiente l'activité physique a une influence positive sur sa dépression sans qu'elle sache expliquer les mécanismes. La motivation reste difficile pour elle mais les aspects ludiques et les activités en groupe ou encadrées semblent pouvoir encourager sa pratique. Ce qui est important pour elle est d'avoir du temps pour elle, quel que soit l'activité sportive ou non.

Patient 3 : Pour cette patiente l'intensité des symptômes dépressifs amène un blocage pour faire des activités physiques, qui peuvent être dépassés par un traitement. Elle est convaincue du bienfait de l'activité physique sur le corps (bien-être physique) et l'esprit (se concentrer, se changer les idées) pendant la maladie, mais pour elle cela n'a rien changé sur son humeur. La parenthèse dans la maladie est vécue comme positive mais non suffisante à l'amélioration de son état psychique. Elle ressent un besoin d'accompagnement plus individualisé dans les activités.

Patient 4 : Pour cette patiente l'activité physique n'est pas un plaisir et elle a du mal à se motiver à cause de la dépression elle-même et de la lourdeur des traitements qui la fatiguent. Elle ne sait pas s'il y a un bénéfice sur sa maladie mais cela lui apporte un côté convivial et lui permet de sortir et de se changer les idées.

Patient 5 : Le plaisir apporté par l'activité physique est primordial pour cette patiente, plus qu'une occupation, l'activité est le signe de sa propre compétence à s'en sortir. C'est un moteur pour se resocialiser, car il faut pratiquer avec ceux qu'on connaît et avec ses propres capacités.

Patient 6 : Pour cette patiente l'activité physique est vécue comme positive sur le plan psychique et physique. Elle lui permet de retrouver du plaisir, amène une ouverture vers les autres, améliore l'empathie, permet de dépasser la maladie et améliore l'image corporelle. Elle ressent cependant que la sévérité des symptômes dépressifs peut être un frein à sa pratique. Pour elle, l'activité physique permet d'améliorer les symptômes dépressifs, mais n'est pas l'unique responsable de l'amélioration de son état.

Patient 7 : Cette patiente ressent un réel bénéfice de l'activité physique sur sa dépression lorsqu'elle est pratiquée avec plaisir et de façon conviviale dans un groupe bienveillant. Pour elle il n'y a de plaisir que s'il est partagé. L'intensité de l'activité, sa progressivité et sa régularité paraissent également des points clés pour elle. La notion d'effort et d'action sur le corps distingue l'activité physique d'une autre activité de loisir, car pour elle, prendre soin de son corps c'est aussi prendre soin de son psychisme. Elle lui permet d'améliorer son humeur en redonnant du sens, lui apporte un bien-être physique et améliore sa confiance en elle. Sa pratique lui demande des efforts pour avoir la motivation suffisante.

Patient 8 : Pour ce patient le bénéfice de l'activité physique sur sa dépression est indéniable, même si elle n'est pas l'unique voie d'amélioration du syndrome dépressif. Pour lui la notion de plaisir dans l'activité n'est pas importante mais les bénéfices secondaires sur le bien-être et l'amélioration de l'humeur sont majeurs, en rapport avec

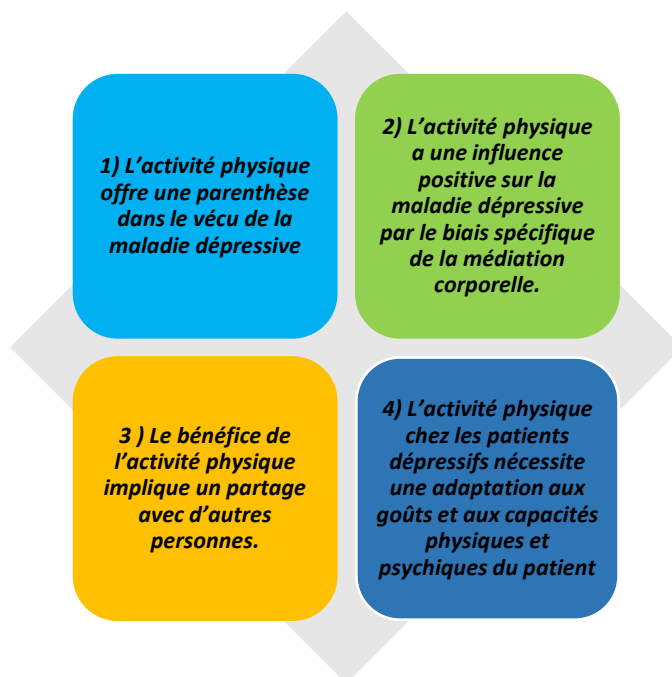
de la dépense physique et ses conséquences biochimiques, et demandent de la persévérance. L'addiction au sport et les difficultés physiques sont des ressentis très présents chez lui.

Patient 9 : Pour ce patient l'activité physique a eu un réel impact positif sur sa dépression principalement par l'aspect social revalorisant son estime et sa confiance. Il ressent un réel bien-être physique et psychique, qui passe par le mouvement du corps mais aussi par les activités de groupe qui permettent de rompre l'isolement et de sortir de la maladie.

Patient 10 : Pour ce patient l'activité physique est une aide à un mieux-être, au soin de soi en permettant de canaliser son énergie en extériorisant ses idées négatives, et en étant des activités concrètes qui lui procurent un sentiment d'action, en redonnant du sens. Elle demande une très forte motivation qui n'est pas toujours au rendez-vous et peut induire un sentiment d'échec lorsqu'elle n'est pas suffisante. Il préfère les activités en groupe et surtout avec des personnes bienveillantes qui permettent de renforcer sa confiance en lui. L'activité physique est surtout ressentie bénéfique sur son état anxieux plus que dépressif mais ne peut pas être la seule réponse thérapeutique proposée.

Patient 11 : Pour ce patient l'activité physique est un complément indispensable des thérapeutiques médicamenteuses, qui présente moins d'effets indésirables. L'activité physique améliore sa dépression en lui redonnant l'élan vital et la confiance en lui ; en le sortant de son statut de malade, en rompant la solitude. Elle lui permet de canaliser ses idées négatives en utilisant la dépense physique comme exutoire. Les activités physiques régulières, plaisantes, en groupe, et adaptées aux capacités physiques du patient lui semblent les plus appropriées pour améliorer l'humeur. Elle demande cependant des efforts et de la persévérance pour atteindre un mieux-être physique et psychique.

IV) Catégories émergentes



1) *L'activité physique offre une parenthèse dans le vécu de la maladie dépressive.*

La pratique d'une activité physique était vécue par les patients comme un moment à part, en dehors de la maladie. Une façon de se sentir comme tout le monde et d'abandonner le statut de malade. Un temps qui permettait de refaire surface, de sortir de chez soi, de s'évader. Cette activité renforçait l'estime de soi et permettait aux patients d'apprécier leur propre faculté à dépasser la pathologie. L'exercice offrait donc un moment de répit où le patient se sentait mieux. Pour accéder à ces bénéfices la pratique d'activité physique devait être régulière et permettait parfois de diminuer les thérapeutiques médicamenteuses et de prévenir les récives.

Les patients ressentaient d'abord l'activité physique comme une pause dans leurs idées négatives et leurs ruminations, caractéristiques du syndrome dépressif :

« Donc forcément c'est toujours, heu, c'est toujours bien parce que bon, en fait ça nous permet de se concentrer justement sur autre chose et puis de pas trop ressasser, etc » (P1)

« Ce qui y a c'est qu'on pense pas... On pense à rien en fait. On est vraiment canalisé dans le sport et... c'est ça qui est bénéfique, c'est que heu... On pense à rien et puis voilà... On est vraiment dans la séance... » (P2)

« Donc c'est bon comme ça, ça permet au cerveau de se reposer, de penser à autre chose etc. Voilà à laver un peu le cerveau (sourire) » (P4)

« C'est les effets qui sont positifs c'est le fait de pouvoir vider sa tête. Vraiment, je pense qu'on le retrouve aussi bien dans le...au niveau du sport. » (P7)

« L'activité physique heu... ça fait du bien parce que d'abord quand on la pratique et ben des fois quand on fait un effort et ben on pense beaucoup moins. Donc ça nous permet de nous détacher un peu de nos soucis. » (P9)

« C'est-à-dire que ça permet d'évacuer heu... toute la mauvaise énergie qu'on a, de se vider quoi... de se vider l'esprit quoi. Parce que on est en activité physique, on se dépense, donc après on récupère mieux et... on dort mieux. Donc on gamberge moins. » (P11)

Parfois même l'activité physique permettait d'entrevoir des idées plus positives :

« Ça a modifié je pense heu, mon mental. Avant j'étais extrêmement négative, et heu quand on joue on essaie souvent de se re booster de se re motiver de se... et mentalement ça aide... » (P6)

« C'est pas de la gamberge négative quoi. C'est de la bonne gamberge quoi. [...]. C'est pas la gamberge qu'on peut avoir quand on rumine dans un divan ou dans un fauteuil quoi. » (P8)

L'activité physique était aussi un temps qui permettait aux patients de sortir du statut de malade en pratiquant une activité non spécifiquement liée à la dépression :

« Ça aère un peu l'esprit, ça permet de pas trop y penser. Même si on est toujours dans le soin, heu..., voilà on fait comme tout le monde et puis ça fait une sortie, ça nous oblige à faire des mouvements. » (P1)

Certains patients associaient l'activité physique à une occupation, une distraction :

« Ça me permet de me retrouver un peu...Parce que moi j'ai toujours été actif, j'ai toujours fait quelque chose. Donc ça... ça compense le fait que je peux plus travailler, parce que ça me fait faire une activité. Ça occupe. Ça occupe, le temps

passer plus... C'est plus agréable de passer du temps comme ça que de rester à attendre à rien faire quoi. » (P11)

Une occupation qui offrait l'opportunité de sortir de chez soi. Rompre l'isolement pour retrouver une vie normale le temps d'une activité :

« Ça fait bouger, ça fait faire autre chose en fait. Parce qu'on a tendance en dépression à se renfermer et puis à justement, à pas vouloir bouger quoi. A rester heu, ou sur le canapé quand on est à la maison ou éviter de sortir, même quand il fait beau donc heu, du coup on va dire que ça fait une motivation. On se dit bon ben tient il faut que j'y aille, bon allez hop. On se donne une motivation pour sortir. » (P1)

« Et après pour la tête c'est énorme aussi. Il faut sortir prendre l'air marcher heu... Faut pas rester enfermé quoi. » (P5)

Le fait de sortir physiquement de chez soi pouvait être rapporté au fait de sortir des ses problématiques et de ses idées noires :

« Ça permet quand même de s'aérer la tête quand même pour moi c'est peut-être ça le plus important (rire), c'est peut-être ça le plus important de sortir et de... J'ai envie de dire... ouai je pense que ça force à... ça amène à sortir de chez soi et du coup en sortant de ce contexte heu... ça change les idées quand même, je pense. » (P7)

« Enfin c'est au niveau thérapeutique, moi déjà ce qui me fait du bien c'est de partir en voiture, enfin en camionnette un peu loin en fait. » (P10)

Sortir de chez soi et faire une activité en pleine nature était ressenti comme bénéfique pour certains, comme si la beauté de l'environnement redonnait une vision plus positive :

« Et ce qui est surtout très important c'est que heu... on est en bord de mer et le fait de...d'imprimer dans notre esprit des beaux paysages, donc la mer, le soleil, le ciel bleu tout ça, ça fait que ça nous fait du bien, c'est une espèce de dopamine naturelle qui fait qu'on se sent beaucoup mieux après cette activité quoi. » (P9)

Au-delà de la parenthèse dans la rumination mentale, l'activité physique était aussi une activité qui redonnait du sens aux patients, car beaucoup disaient avoir perdu toute projection, tout objectif dans leur état dépressif :

« Du coup pour ça c'est pas désagréable hein. Ça donne un but. Parce que c'est ce qui manque en fait (sourire), et puis là on se sent un peu..., on se tient bon ben là elle nous attend donc ben du coup voilà quoi, on y va, mais... » (P1)

« Oui c'est finalement le sens de...Quelque fois ont fait des efforts et on sait pas pourquoi on fait des efforts et bout du compte quand on les a fait on se rend compte que ça avait du sens. » (P7)

L'exercice permettait aussi au patient de se remettre dans une forme d'action :

« Ben l'activité physique oui c'est l'action, c'est... le fait de faire quelque chose et... quelque chose de concret en fait. Voilà. » (P10)

En étant actif les patients non seulement sortaient du statut de malade mais reprenaient confiance en eux :

« Ben le point positif c'est heu... Qu'on se sent vivre, qu'on se sent moins diminué, parce qu'on fait quelque chose. Ça prouve qu'on arrive encore à faire quelque chose. Malgré tout quoi. » (P11)

« C'est vraiment important pour justement se sentir heu...Et puis reprendre confiance en soi. » (P7)

« L'estime de soi oui. Voilà exactement oui. Donc ça fait quand même beaucoup de bien. Ça fait beaucoup de bien. » (P9)

« Parce que j'avais perdu gout à tout. Et là je me dis je suis encore capable de... En fait ça m'a redonné confiance en moi. » (P11)

Et en conséquence certains patients retrouvaient des objectifs positifs :

« Et après ça me redonne envie d'avancer sur des projets que j'ai. [...] Oui. Oui ça... Parce qu'on s'aperçoit qu'on est capable de faire certaines choses encore. » (P11)

Ils découvraient aussi par ce biais le sentiment de leur propre compétence à faire face à leur dépression :

« Ça aide aussi psychologiquement de se dire ah oui je peux faire ça. » (P6)

Pour certains patients le fait d'être capable d'avoir une activité physique était même le signe d'un début de guérison :

« C'est aussi le fait qu'on va bien. Parce que si je peux faire du sport, c'est que physiquement j'ai la possibilité de la faire. C'est que je vais pas si mal que ça. Parce que si j'ai plus de bras, plus de jambe, ou que je suis totalement le moral à zéro, j'irai même pas faire marche. Donc c'est aussi quelque chose comme quoi on va mieux. Un signe que ça va mieux. » (P5)

Un patient allait même plus loin en exprimant un effet salvateur de la pratique d'activité physique dans sa dépression :

« Que ça m'a fait du bien, que je vais mieux. Et je pense que c'est une bonne chose que... que ça me soit arrivé maintenant parce qu'autrement je serais en train de m'enterrer. Je serais peut-être plus là aujourd'hui. » (P11)

Cependant les bénéfices ressentis pendant l'activité physique ne changeaient pas forcément l'évolution de la dépression pour certains. :

« Maintenant après l'oublier non, mais par contre ça peut être heu... » (P1)

L'activité physique était vécue pour beaucoup comme positive sur leur pathologie mais ne pouvant pas être pour eux la seule réponse thérapeutique proposée. Aide indispensable mais non suffisante en soi :

« Donc ça c'est quand même un effet très positif et je pense que c'est l'activité sportive mais pas que, entre autre, qui est bénéfique par rapport à mon problème psychique. » (P6)

« Je pense qu'on guéri pas tout hein avec l'activité physique hein faut faut... Faut être sérieux. » (P8)

« Après je pense pas qu'on puisse s'en sortir que grâce à cette forme d'action mais... » (P10)

« Parce que l'activité c'est une compensation c'est sûr ça fait du bien, mais... C'est une partie, c'est pas 100% non plus. Faut pas dire que soit 100% non plus. C'est une grosse partie mais... Je pense c'est un ensemble. » (P11)

Elle restait cependant un des moyens permettant d'améliorer l'humeur, de ressentir un mieux-être psychique :

« Les points positifs, oui... C'est que ça nous fait du bien... » (P2)

« Sur l'humeur, ben... Oui quand même, au niveau de la dépression ça y fait beaucoup...[...] On se sent mieux quoi déjà... Oui voilà on se sent mieux... » (P2)

« Non non c'est bien, franchement c'est bien oui oui. Tant qu'on peut le faire c'est bien. C'est quand même mieux (rire). [...] Ah oui, ah bien sûr, oui, oui oui. Je le conseillerais à beaucoup de gens, ah oui. » (P5)

Une amélioration temporaire pour certains mais une activité qui « fait du bien » :

« Bien... ça... Je pense ça m'évite de penser au reste. Pas tout le temps mais... mais le plus souvent oui. Ça fait du bien et puis... » (P11)

Une des patientes décrivait même une amélioration globale de sa qualité de vie depuis la pratique d'activité physique régulière :

« Ça m'a permis maintenant de mieux vivre que ce que je vivais que quand j'étais pas entre guillemets plus malade quoi. » (P6)

Certains patients voyaient aussi l'activité physique comme un moyen de prévention des rechutes ou de diminution des traitements médicamenteux :

« Parce que quand même par rapport à ça y a quand même énormément de points positifs, sur le mental sur la dépression. Parce que le fait de ne pas retomber malade ça prouve bien que ça un effet positif. » (P6)

« On se sent mieux et on continue à consulter et puis comme on se sent mieux on diminue la pharmacologie [...] Mais bon c'était la béquille qui m'étais probablement nécessaire hein. [...] Et aujourd'hui voilà je suis toujours malade hein, je suis malheureusement pas guéri, mais j'ai plus ce traitement quoi. Mon traitement c'est voilà...Le petit antidépresseur le soir et puis mon heure et demi de marche le matin quoi. Et je pense que c'est mieux. [...] Et je pense que la dépense énergétique de l'activité physique m'a...est pour beaucoup dans le sevrage pharmacologique, je pense » (P8)

Cependant les bénéfices ressentis n'étaient pas immédiats et nécessitaient de la persévérance et de la régularité :

« La régularité elle est importante [...] Si je me suis vraiment rendu compte que heu... Ben que de le faire tous les jours, mais là je dis vraiment tous les jours, finalement même si c'est un petit moment, d'aller s'aérer de se dire que c'est un temps pour ça heu... Ça modifie quand même l'humeur je trouve » (P7)

« Je me demande si c'est pas la progression qui finalement est justement, en s'y tenant de façon régulière, heu... qui ferait vraiment la différence. » (P7)

« Il faut un certain temps pour que le bien-être de l'activité physique d'endurance pour mon cas, vienne... vienne épauler heu le... le mal-être psychique. [...] Quand on en tire pas les bénéfices et que c'est difficile ben on se demande ce qu'on fout là... Ça met un certain temps. Et je pense que c'est valable pour toutes les activités d'endurance hein. » (P8).

Les effets de l'activité physique étaient plus lents à arriver que ceux des traitements pharmacologiques : « C'est de l'homéopathie quoi. C'est-à-dire c'est pas... C'est le traitement homéopathique ou acupuncture qui fait de l'effet quand on est régulier quand on suit régulièrement et qui donne ces bénéfices... pas dans l'immédiateté, c'est pas de la pharmacologie quoi. On prend plaisir à mettre ses baskets et à partir quoi. Au début on prend pas plaisir, on dit putain fait chier, j'ai pas envie d'y aller quoi. » (P8).

« mais petit à petit au fil des heures, ben c'est comme si le cerveau il lâchait un peu prise en fait. Heu... Mais c'est très progressif en fait » (P10).

2) L'activité physique a une influence positive sur la maladie dépressive par le biais spécifique de la médiation corporelle. Cette activité se distingue donc d'une simple activité de loisir.

La pratique d'une activité physique avait un effet sur le syndrome dépressif par sa spécificité corporelle. Elle amenait un bien-être physique et psychique avec une amélioration de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles du sommeil. En étant une action concrète, elle permettait aux patients de faire un lien corps-esprit pour retrouver leur entité globale. En cela elle différait d'une simple activité de loisir, qui elle, se résume uniquement à une distraction.

L'activité physique permettait aux patients, par le biais d'un effort physique à commencer à être dans une forme d'action ; en donnant la possibilité aux patients d'être de nouveau acteur de leur propre vie :

« Et c'est... je crois que c'est vraiment dans le fait de bouger son corps heu... que ça redonne envie de bouger à un autre niveau finalement. » (P7)

« Oui c'est une forme d'action, faire quelque chose de concret. De mobiliser son corps. » (P10).

En se focalisant sur le corps, l'activité physique permettait d'extérioriser les idées négatives :

« Ben quand tu fais du sport t'es ciblé sur ton sport donc tu penses pas... Comme quand tu fais du tricot... Tu... Tu penses qu'à faire les choses qu'on te demande voilà. » (P3)

« C'est ce qui permet oui le côté cardio oui de vider la tête complètement. » (P7)

Et de faire émerger des idées plus positives :

« Et voilà. Après quand on marche au bout d'un moment on commence, enfin moi je commence à moins être... à moins cogiter. Après c'est l'activité physique, c'est la dépense d'énergie qui fait que... que le cerveau est moins actif, ou actif de manière un peu plus positive en fait. » (P10)

De nombreux patients évoquaient les conséquences biochimiques de l'exercice physique pour expliquer le bien-être physique et psychique ressentis :

« Il y a aussi les neuro transmetteurs qui jouent dans le sport. [...] Oui la sérotonine, et c'est un anti déprimeur naturel donc c'est sûr que ça joue par rapport à la maladie. Ça joue positivement. » (P6)

« Oui c'est, c'est du plaisir psychique quoi. C'est... C'est la fabrication de bonnes hormones dans l'organisme qui...[...] Voilà, c'est ce qu'expliquent les médecins biologistes, c'est cette fabrication d'endorphines certainement hein. Voilà on parle de l'hormone du bonheur, donc c'est certainement ça. » (P8)

« Une activité physique c'est... c'est bien, on se sent bien, ça procure que du bonheur quoi. C'est de la dopamine naturelle quoi. » (P9)

« Je sais pas si c'est la dopamine ou enfin... Un espèce d'effet relaxant lié au sport en fait. Heu... Une sorte de détente et de... Mais bon détente relative... » (P10)

Le bien-être et la détente étaient les principales sensations rapportées par les patients après avoir pratiqué une activité physique :

« C'est bien. Ça ressourçe aussi. Ça ressourçe bien aussi...[...] Donc heu ça fait du bien aussi ça détend. » (P1)

« Heu le fait, ben pour soi-même, pour son corps vraiment de se sentir mieux. » (P5)

« Il faut il faut. Ça aide beaucoup quoi. Ça aide beaucoup puis heu, physiquement on se sent mieux. » (P5)

« Quand on rentrait on se disait on est bien quoi. » (P7)

« Enfin ça va donner le bien-être au niveau du corps » (P7)

« Ça représente du bien-être. Un moment... un moment où je vais être bien, ou de sais que je vais être bien quoi. » (P8)

« En plus on se sent bien parce qu'on a fait un effort physique. On a l'impression qu'on a fait quelque chose de sain dans la journée et ça nous apporte beaucoup de bien ouai. » (P9)

« Ouais en fait à la fin de la journée ça relaxe en général. C'est... ça apaise tout simplement. » (P10)

Toujours dans cette idée de sensation physique agréable, la notion de « bonne fatigue » était ressentie par beaucoup :

« Ben quand on fait le renforcement musculaire, on se sent bien vidé (rires). Bien fatigué (rires). » (P1)

« C'est une bonne fatigue. » (P6)

« L'activité physique après ça fait du bien et y a une répercussion sur le fait de se sentir bien quand on sent son corps fatigué on se sent bien physiquement. » (P7)

« C'est pas facile mais c'est... comment dire... de la dépense physique saine quoi » (P8)

« Ça veut dire que c'est de la bonne fatigue, de la bonne heu... de la bonne douleur, quand on a pas été trop loin hein. » (P8)

Cette bonne fatigue engendrait des bénéfices notamment dans l'amélioration du sommeil :

« Je me sens bien. Et puis en plus, ce qui est important, vous vous en doutez, c'est que quand on fait un effort physique forcément ça fatigue, c'est une bonne fatigue et ça permet de...de mieux récupérer et de mieux dormir. Si on passe toute la journée assis sur le canapé c'est sûr que on trouve pas forcément le sommeil. En plus on rumine, on se met au lit on rumine, enfin bref. Et là forcément y a une fatigue physique donc là ça aide à l'endormissement quand même. » (P9).

Les états anxieux étaient aussi améliorés après la pratique d'un effort physique :

« Ben pour moi ça apporte un apaisement du stress, globalement. Et comme le stress amène de l'anxiété et que c'est un peu lié, et heu... Si on est anxieux on est pas bien dans sa peau et du coup on déprime. Donc heu par ces trucs de cause à effet, c'est quand même mieux d'être actif. Les périodes où je suis actif je suis quand même un peu mieux que celles où je suis pas actif ». (P10)

L'activité physique redonnait au patient l'envie de prendre soin de soi, soin de son corps et par conséquent de son esprit :

« Ça fait partie des choses qu'il faut avoir en tête pour vraiment heu... trouver un équilibre entre heu... au niveau vital. Dans le côté prendre soin de soi. Et finalement ben on nous a donné un corps qui est quand même extraordinaire et... c'est important oui qu'on en prenne soin. Et qu'on l'ai en tête quoi. » (P7)

« Oui parce que quand on fait du sport on transpire, donc après on a plus envie de s'occuper de soi, c'est-à-dire au minimum prendre une douche tout ça... Et du coup c'est une activité qui peut arranger les à côté aussi de l'état dépressif où on a tendance à se laisser aller, à ne plus se doucher, à ne plus arriver à s'occuper de soi un minimum quoi. [...] Oui oui parce que ça peut être un plaisir de prendre une douche quand on a bien transpiré alors que quand on a rien fait des fois on se dit (pfou). Quel est l'intérêt (sourire) et voilà. » (P10)

Au-delà de prendre soin de soi, pour certains patients, faire un effort physique et améliorer l'image du corps permettait de reprendre confiance en soi :

« Comme point positif de pratiquer l'activité physique, ben d'abord ça permet de se sentir bien dans son corps. Ça permet d'éviter les kilos superflus. Donc quand on se sent bien dans son corps, si... Parce que je crois pour soigner sa dépression il faut d'abord s'aimer. Donc heu... Aimer les autres c'est bien mais il faut d'abord s'aimer. Et quand de nouveau on commence à se « re » aimer en quelque sorte et ben on se sent beaucoup mieux. Et donc le fait de pratiquer du sport ben fatalement heu... ça fait du bien au corps donc heu... fatalement on se sent mieux dans sa peau et puis on se sent bien physiquement. On a le teint un peu halé heu...on rencontre du monde, on joue un petit peu la séduction. Donc ça n'apporte... ça ne tire que vers le haut quoi en quelque sorte. Donc c'est heu... ça a plein d'avantage, ça permet aussi de retrouver l'appétit quand on l'a perdu, ça... Y a que des bonnes choses qui en découlent quoi. » (P9)

A travers l'activité physique les patients avaient le sentiment de relier leur psyché et leur soma, comme une façon de prendre soin de soi dans sa globalité :

« Je pense que ça peut apporter que du bien de toute façon. Pour le corps et pour le mental. » (P1)

« Mais je pense que c'est une très bonne chose pour le cerveau, pour les idées, enfin pour le corps. Bouger son corps, sentir son corps heu... Et pour l'esprit quoi, enfin pour la tête. » (P3)

« Ben parce que ça nous fait sentir tous les membres, tout le corps en entier et on est pas... Je sais pas comment vous expliquer... Qu'on est global corps et esprit, voilà c'est ça qu'on est pas scindé en deux. Le corps qui marche pas, l'esprit qui marche... Voilà. » (P3)

« Il peut influencer de manière active son fonctionnement psychique. Et heu ça à aide à maintenir une bonne qualité physique et heu ça stimule pas seulement les muscles mais aussi heu le psychique. Parce que tout ce qui est heu... On a tendance à faire un clivage sport d'un côté et psychique de l'autre... » (P6)

« Et il disait que pour lui travailler au niveau du corps, ça ça me parle quand même aussi, c'était la même chose que de faire travailler sa tête et c'était heu... vraiment nécessaire si on voulait rester en vie dans le vrai sens du terme quoi. » (P7)

« Et pour que le sport fasse du bien je pense qu'il faut qu'il soit fait heu... avec une bonne cohérence cardiaque. [...] qu'on reconnecte finalement entre le corps et l'esprit. » (P7)

« Des fois ça peut aider à mieux ressentir son corps aussi parce que quand on est tout le temps à cogiter, à penser on a l'impression que tout est accumulé dans la tête en fait, qu'on est tout le temps... en train de penser et puis... Le fait d'activer son corps ça permet aussi de plus ressentir tout le reste en fait. Pas juste la tête et heu... toutes les idées qu'on remue à longueur de journée et heu...Et voilà. [...] Parce qu'on est pas qu'une tête normalement. Et heu... quand on arrête pas de cogiter, on oublie un peu le corps et... Et mine de rien c'est important. » (P10)

« Pour faire du sport du corps au lieu du sport de la tête en fait. Parce que quand on se pose pleins de questions à longueur de journée on devient sportif de la tête et... Et le truc c'est que... faut pas oublier le corps, parce qu'on est un tout, on est pas juste une tête, on est... On est un corps tout entier voilà. » (P10)

Enfin l'activité physique se distinguait pour les patients d'une activité de loisir en étant non seulement plaisante, distrayante, mais avec une action concrète passant par les mouvements du corps, comme une médiation corporelle :

« Tandis qu'un loisir, si on est pas bien, tout nous semble triste et mélancolique. Même si on part à Acapulco pendant 10 jours avec des amis, si on est mélancolique, on rumine tout le temps parce que heu... parce que on est pas détaché de notre problème. Alors que le sport permet de s'en détacher Parce que le loisir bon heu... quel que soit l'endroit même si de temps en temps ça peut apporter quelques petites touches de bonheur, quand on est pas bien heu... Quand on est pas bien, on est pas bien partout en quelque sorte. C'est ce que je pense quoi. [...] Il faut passer par l'étape de trouver un moyen de pouvoir se détacher un petit peu de cette noirceur. Donc le sport justement c'est très très bien. Et après on pourra envisager des loisirs mais on se sera un petit peu détaché, on appréciera plus le loisir parce qu'on se sera détaché de... Et par voie de conséquence après le loisir va apporter du bonheur parce qu'on se sera déjà détaché du souci qu'on a quoi. » (P9)

Plus globalement bouger son corps pouvait permettre de retrouver sa vraie nature et donc de revenir vers un état de normalité, et donc de personne non malade :

« Parce que je suis un homme... et l'homme a toujours été un animal qui a bougé et c'est pas fait pour être 100% sédentaire en fait donc heu... Donc voilà, c'est un peu retrouver sa nature d'homme et d'animal en même temps... » (P10)

3) *Le bénéfice de l'activité physique implique un partage avec d'autres personnes.*

L'activité physique apportait un mieux-être aux patients notamment si l'activité était plaisante et réalisée dans un contexte agréable et avec un groupe accueillant. Convivialité et bienveillance étant les deux notions principalement retrouvées au cours des entretiens.

La notion de convivialité et de plaisir partagé dans la pratique de l'activité physique était un des éléments principaux qui amenait un bénéfice aux patients dépressifs en permettant de lutter contre le repli sur soi et l'isolement :

« C'est pas par rapport à l'activité physique, c'est par rapport au groupe et à... Sur ce côté collectif. [...] ça m'apporte de voir d'autres personnes. [...] C'est très convivial. » (P4)

« Ben disons que y a le fait de rencontrer d'autres personnes. Donc comme il disait X. d'échanger, de se faire des amis. » (P5)

« Le plaisir à faire le sport. Ce qui me motive c'est heu... C'est faire du sport, bien le faire heu... Etre en harmonie avec les autres joueurs. Avoir heu de l'empathie pour les gens autour de nous heu... Voilà c'est ça, donc c'est tout ce qui est positif par rapport au sport. » (P6)

« Et c'est le plaisir partagé j'ai envie de dire, heu... Y a l'activité mais c'est le plaisir partagé qui fait que là, avec le groupe qui fait que là en ce moment je suis en train de renouer avec le plaisir de l'activité elle-même. » (P7)

« Moi j'ai l'impression que le fait justement que ça soit des activités qui, enfin le fait qu'y ait le contact avec un groupe même si c'est peu de personnes mais qu'en tout cas ça ouvre à heu... des relations extérieures ça me paraît primordial. Ça me paraît primordial. » (P7)

« Quand on fait ce genre d'activité, marche dans l'eau ou marche nordique, fatalement on est en groupe donc on rencontre heu plein de monde. Et puis on

s'échange plein de choses heu... Ça peut être des choses culturelles, y a aussi des projets de vacances. Y a plein de chose hein. » (P9)

« Ça sort de l'isolement et heu... voilà ça fait une activité à l'extérieur en fait. » (P10)

Le groupe apportait des choses fondamentales, qui venaient s'ajouter aux bénéfiques de l'activité physique elle-même. Le contact avec les autres permettait de se resocialiser, de partager des expériences :

« Ce qui est important, ce qui est important c'est de faire du sport et d'avoir une notion sociale, c'est-à-dire heu... c'est-à-dire le faire dans le cadre d'un groupe, parce que on fait du sport donc on est bien, on a un espèce de challenge, on veut réussir quel que soit le sport et en plus le...l'associer à un groupe, ce qui est mon cas quand je fais des marches nordiques ou des marches dans l'eau, ça permet aussi de discuter aussi avec les gens. Heu.. parfois on peut être surpris par des solutions qu'on peut avoir à l'extérieur, alors qu'on y pensé pas quoi. Plein de choses... très important quoi. » (P9)

Le contact avec le groupe imposait aux patients de tourner leur l'attention vers l'extérieur. Pour se confronter à l'autre il était nécessaire de sortir de ses pensées :

« Heu... après... Le groupe oui, ça permet de... Quand on discute, on est pas dans nos idées en fait. Ça divertit l'attention en fait. C'est... Au moins on est en interaction avec quelqu'un, on n'est pas en interaction avec soi-même en fait. Parce que des fois on peut marcher et si on parle à personne on peut très bien... continuer à cogiter en marchant en fait. Donc c'est quand même important de parler un minimum et... Et voilà. » (P10)

Le groupe pouvait aussi renforcer la motivation à pratiquer un exercice physique :

« tout seul c'est dur. C'est dur, c'est un effort. Quand même on le sent. Donc à plusieurs on s'entraîne. On sent moins l'effort. » (P5)

« Et puis bon y a les relations avec les autres. Quand on forme une équipe, forcément on a envie d'être au top mais aussi d'encourager ses partenaires Et c'est positif aussi sur ce point. » (P6)

« Donc voilà le but final ça serait de trouver du plaisir (rire). Mais bon pour ça voilà il faut... soit qu'on soit avec un groupe vraiment qui nous motive aussi heu... que les uns les autres... » (P10)

Un des éléments importants rapporté par les patients était la bienveillance du groupe : *« Je suis plus là finalement dans les interactions avec le groupe avec lequel on partage l'activité physique. Je pense que c'est d'abord ça qui... quand on trouve un groupe est accueillant et qui heu... Je crois que c'est d'abord ça moi qui me... Qui m'a porté. » (P7)*

« Mais c'est toujours bienveillant donc ça c'est chouette. Ça c'est vraiment indispensable quand on est... quand on a un syndrome dépressif hein. D'avoir à faire à des gens qui sont bienveillants » (P7)

Cette bienveillance décrite comme l'acceptation par les autres sans jugement quelle que soit son humeur ou ses capacités, permettait de renforcer la motivation des patients et leur estime d'eux même :

« Qu'on retrouve un peu une espèce de bienveillance dans un groupe, qui vont pas nous juger, qui vont juste nous motiver en fait. » (P10)

« C'est principalement l'ambiance bienveillante. Si je me rends compte que les gens sont bienveillants, que même si j'arrive et que je tire la tronche, ils m'acceptent comme je suis, ben déjà ça serait énorme en fait. Ça serait... ça me motiverait et peut-être qu'après je serais plus positif. Parce qu'on m'aura accepté avec mes problèmes en fait. Oui, si on m'accepte même avec mes mauvais côtés, du coup ben ça me... ça me rassure en fait. Et voilà. Donc c'est surtout la bienveillance de nous accepter même si on est pas... positif, si on a pas le sourire facile et tout ça... » (P10)

4) *L'activité physique chez les patients dépressifs nécessite une adaptation aux goûts et aux capacités physiques et psychiques du patient (souvent altérées par la maladie dépressive elle-même).*

Le syndrome dépressif impliquait en lui-même des difficultés à la pratique d'une activité physique notamment motivationnelle. Parfois les effets indésirables des traitements médicamenteux associés participaient à ces difficultés en engendrant une asthénie globale. D'autre part les patients pouvaient présenter une altération de leur capacité physique pour diverses raisons sans rapport avec leur trouble de l'humeur. Ces différents éléments conduisaient les patients à préférer les activités encadrées et adaptées à leur état physique et psychique du moment.

La pratique de l'activité physique pendant une dépression était difficile, principalement à cause de la pathologie elle-même qui engendre un manque d'envie et de plaisir. Le frein motivationnel était très présent chez les patients interrogés :

« Franchement c'est difficile de se motiver, après c'est quand on est dans cet état là c'est souvent difficile, pour tout en fait malheureusement. Mais heu bon, en même temps il faut quand même. » (P1)

« Y a des jours où c'était un peu plus difficile que d'autre mais sinon c'est agréable » (P2)

« Puis la dépression fait qu'on a pas envie... » (P4)

« Ben c'est compliqué de se motiver en fait. » (P10)

« Oui et y a aussi quand même la motivation. Des fois on arrive pas à la trouver en fait. On se demande vraiment pourquoi on s'est levé le matin. Donc là des fois... faut vraiment aller puiser profond pour se motiver en fait, et heu... Et des fois on y arrive et des fois on y arrive pas. Malheureusement mais... » (P10)

Le syndrome dépressif était vécu comme un blocage psychique à entreprendre les activités :

« C'est le cerveau qui... j'arrive pas à m'y mettre quoi. C'est pas mon corps qui bloque, c'est ma tête. C'est la dépression quoi, c'est la maladie que j'ai. » (P3)

« Quand on est malade on voit qu'on perd ses capacités. » (P6)

« Enfin en tout cas au niveau des symptômes, c'est cette impression d'être paralysée de... d'avoir du mal à... même physiquement hein pas seulement au niveau de ce que je sais dans ma tête que j'aurais peut-être même envie de faire mais que j'arrive pas à mettre en place etc... » (P7)

Les effets indésirables des traitements étaient aussi un frein pour certains à la pratique d'une activité physique car ils induisent une fatigue physique et souvent un ralentissement psychique : *« C'est dur. Dur parce que j'ai toujours ces traitements qui sont lourds donc... » (P4)*

Cependant les traitements médicamenteux étaient parfois ressentis comme nécessaires pour être en capacité d'accéder aux activités proposées, en particulier pour les syndromes dépressifs plus sévères :

« Je pense que c'est une bonne chose de faire une activité physique pendant la dépression. Mais faut avoir une béquille, faut avoir un médicament parce que sinon on ne peut pas le faire, on ne peut pas le réaliser parce ce que quand on est en dépression justement on peut rien faire on est bloqué, on est tétanisé, on est voilà. [...] Non mais je trouve que c'est important, que quand y a... Quand on est en dépression, que y ait des ateliers comme ça... d'activité physique. Je trouve que c'est super important. La piscine, la marche... Je trouve que... Mais il faut d'abord être bien pour pouvoir y accéder, voilà c'est ce que j'ai dit en gros, voilà je résume. Sinon on peut pas y participer. » (P3)

« Mais bon c'était la béquille qui m'étais probablement nécessaire hein. » (P8)

« Bon les médicaments il en faut un peu quand même, mais... il faut un minium, mais c'est vrai que... » (P11)

Proposer l'activité physique comme prise en charge du syndrome dépressif était pour certains une évidence, mais plutôt adaptée pour les dépressions peu sévères :

« Ouais ben je pense qu'à un certain niveau de mal-être psychiatrique heu... je pense que c'est une... une des meilleures thérapies quoi hein. [...] Pour les problèmes psychiatriques non pathologie extrême quoi, voilà je parle pas de soigner un schizophrène ou un bipolaire avec l'activité physique, bien que

pourquoi ça leur ferait pas du bien mais... Quelqu'un qui est en mal-être, en dépression, je pense que l'activité physique c'est... ça fait que du bien quoi. » (P8).

Pour être appréciée comme bénéfique, l'activité physique devait être adaptée aux patients. Elle devait être un moment de plaisir, donc adaptée à leurs goûts. Certains préférant certaines activités à d'autres. Certains souhaitant des activités plus intenses et d'autres plus calmes :

« Et là c'est pareil y a les échanges mais c'est pareil aussi au niveau heu... de respecter son rythme et d'éventuellement se dire ben je marche plus vite je vais à un moment où je... de marcher vraiment à son rythme à soi finalement. » (P7)

« Ça me conviendrait pas et puis je pense que j'en aurai pas les capacités. Je parle pas du niveau technique hein mais... Voilà c'est pas ça que je cherche quoi. » (P8)

« Il faut que ça soit quand même quelque chose que j'aime. Si... Moi de toute façon que ça soit, aussi bien activité physique ou autre chose, si c'est quelque chose que j'aime pas, je fais pas. [...] Parce que bon chaque personne est différente hein. On va pas... Par exemple je vais pas vous imposer il faut aimer le foot, il aimer si, faut là... Non. » (P11)

Le fait de retrouver du plaisir dans une activité était parfois le déclencheur d'un mieux-être global :

« Je suis contente de faire du sport. Donc je me sens bien. Je me dit « chouette » je vais faire du sport. Ça me plait donc... » (P6)

« Il faut aussi vraiment qu'on garde la notion de plaisir en tête. Parce que si on veut que ça apporte vraiment quelque chose au niveau de l'humeur. Oui c'est ça. Pour que ça apporte quelque chose au niveau de l'humeur il faut qu'il y ait du plaisir. » (P7)

« En fait quand j'y suis, je suis vachement content. Puis après quand c'est terminé je suis Tarzan, je suis heureux d'avoir fait quelque chose d'exceptionnel (rire). » (P9)

Le contexte était aussi un facteur déterminant, le fait de faire une activité physique dans un endroit agréable, en extérieur par exemple pouvait être important pour

certain : « *Il y a la marche nordique aussi le vendredi j'avais oublié et heu ça c'est super sympa parce que c'est à l'extérieur, puis voilà quoi...* » (P2)

« *Puis on se retrouve dans des beaux paysages, la montagne des petites rivières tout ça. On imprime ça dans notre cerveau...* » (P9)

« *Donc on mange dans la nature aussi, ça change un peu. Enfin voilà ça fait prendre l'air un peu.* » (P10)

« *Après ce qui est bien c'est quand même être dans la nature et heu... de voir des paysages un peu différents...* » (P10)

L'encadrement de l'activité physique par un professionnel ou dans un groupe était souvent décrit comme sécurisant et motivant pour les patients :

« *On fait pas tout seul, ce qui motive d'autant plus, parce que quand on est seul on sait pas vraiment heu... les mouvements qu'on peut faire, et on est bien accompagné quoi. Voilà.* » (P2)

« *Toute seule c'était pas motivant...* » (P4)

« *C'est plus facile de le faire à plusieurs quand même.* » (P5)

« *Ben déjà le fait qu'il y ait des soignants ça apporte le côté rassurant en fait.* » (P10)

En effet une activité supervisée, individualisée pour s'adapter aux capacités psychiques mais aussi physiques de chaque patient et aux autres pathologies éventuellement associées était fondamentale pour de nombreux patients :

« *Bon après ici en fait du moins c'est vraiment adapté au patient en fait et à leur problème, donc que ce soit psychologique bien sûr et puis l'état physique aussi, parce que en général on est pas non plus super heu. [...] Et donc c'est vrai que c'est intéressant.* » (P1)

« *C'est sympa parce qu'on va aussi à notre rythme et on est bien accompagné aussi...* » (P2)

« *Après je me dis c'est peut-être à un certain âge ou en fonction du surpoids aussi, ou heu des capacités qu'on a soi-même. Y a des sports qu'on... Je pense qu'il faut préférer certains sports que d'autres.* » (P5)

« *Peut-être il faudrait regarder, mieux regarder à un moment donné, par rapport au poids, à l'âge à la condition physique, quel sport je peux faire. Quel sport on*

me conseille. Plutôt ça ou plutôt ça. Parce qu'il en a plein des sports. Je pense que ça quand même il faut le regarder. » (P5)

« Après ça dépend de l'âge aussi. Voilà après ça dépend de l'âge. Après on peut s'adapter en fonction de l'âge aussi. Il faut faire en fonction de ses capacités physiques. » (P11)

« Faut pas... faut pas non plus faire... faut pas faire des efforts trop violents, faut doser parce que sinon après, si on fait des efforts trop violents on peut avoir des risques heu... d'autres choses. Il faut s'adapter en fonction de son état de santé et de son âge aussi. » (P11)

Enfin le type d'activité serait à déterminer individuellement pour chaque patient pour être réellement bénéfique dans le cadre d'une dépression, la même recette ne pouvant être appliquée à tous selon cette patiente :

« Et je me disais heu... c'est tellement vrai finalement quand on traverse des périodes comme ça, que de se dire que ce qui a marché pour un ne va pas marcher pour l'autre. Je me dis est-ce que... Les besoins sont finalement identiques par rapport à ce qu'on traverse mais au bout du compte chacun va trouver sa... sa petite sauce, sa... [...] Ben c'est d'accompagner chacun à trouver sa petite musique. » (P7)

Pour conclure citons un des patients de cette étude qui résume parfaitement les idées principales retrouvées dans les entretiens :

« Quand on se retrouve dans un groupe puis on fait un peu de sport. Puis on se retrouve dans des beaux paysages, la montagne, des petites rivières tout ça. On imprime ça dans notre cerveau puis en plus on est avec des gens sympa, on discute, on partage un pique-nique. Donc on a l'effort, on a le social, puis on imprègne des bonnes choses. En plus on se fatigue, on dort mieux, donc ça n'engendre que des... que des vertus quoi » (P9)

V) Exemples de catégorisation

1) Exemple de construction de catégorie conceptualisante

Construction de la catégorie conceptualisante suivante : L'activité physique offre une parenthèse dans le vécu de la maladie dépressive.

Catégories conceptualisantes	Pré catégories ou idées analytiques	Unités de sens	Verbatims
L'activité physique offre une parenthèse dans le vécu de la maladie dépressive.	<p>- Pause dans les ruminations mentales</p> <p>- Sortir du statut de malade</p>	<p>- Amélioration des symptômes</p> <p>- Faire comme tout le monde</p>	<p>- « <i>Ce qui y a c'est qu'on pense pas... On pense à rien en fait. On est vraiment canalisé dans le sport et... c'est ça qui est bénéfique, c'est que heu... On pense à rien et puis voilà... On est vraiment dans la séance...</i> » (P2)</p> <p>« <i>L'activité physique heu... ça fait du bien parce que d'abord quand on la pratique et ben des fois quand on fait un effort et ben on pense beaucoup moins. Donc ça nous permet de nous détacher un peu de nos soucis.</i> » (P9)</p> <p>- « <i>Ça aère un peu l'esprit, ça permet de pas trop y penser. Même si on est toujours dans le soin, heu...,</i></p>

	<p>- Sortir de chez soi</p>	<p>- Rompre l'isolement</p>	<p><i>voilà on fait comme tout le monde et puis ça fait une sortie, ça nous oblige à faire des mouvements. » (P1)</i></p>
		<p>- « Ça fait bouger, ça fait faire autre chose en fait. Parce qu'on a tendance en dépression à se renfermer et puis à justement, à pas vouloir bouger quoi. A rester heu, ou sur le canapé quand on est à la maison ou éviter de sortir, même quand il fait beau donc heu, du coup on va dire que ça fait une motivation. On se dit bon ben tient il faut que j'y aille, bon allez hop. On se donne une motivation pour sortir. » (P1)</p>	
		<p>- Activité occupationnelle</p>	<p>- « Ça me permet de me retrouver un peu...Parce que moi j'ai toujours été actif, j'ai toujours fait quelque chose. Donc ça... ça compense le fait que je peux plus travailler, parce que ça me fait faire une activité. Ça occupe. Ça occupe, le temps passe plus... C'est plus agréable de passer du temps comme ça que de</p>

	<p>- Se remettre dans l'action</p>	<p>- Donne du sens</p>	<p><i>rester à attendre à rien faire quoi. » (P11)</i></p>
	<p>- Propre capacité à s'en sortir</p>	<p>- Amélioration de la confiance en soi</p>	<p><i>- « Du coup pour ça c'est pas désagréable hein. Ça donne un but. Parce que c'est ce qui manque en fait (sourire), et puis là on se sent un peu..., on se tient bon ben là elle nous attend donc ben du coup voilà quoi, on y va, mais... » (P1)</i></p> <p><i>- « C'est vraiment important pour justement se sentir heu...Et puis reprendre confiance en soi. » (P7)</i></p> <p><i>« L'estime de soi oui. Voilà exactement oui. Donc ça fait quand même beaucoup de bien. Ça fait beaucoup de bien. » (P9)</i></p>
	<p>- Moment de répit dans la maladie</p>	<p>- Amélioration de l'humeur</p>	<p><i>« Parce que j'avais perdu gout à tout. Et là je me dis je suis encore capable de... En fait ça m'a redonné confiance en moi. » (P11)</i></p> <p><i>- « Que ça m'a fait du bien, que je vais mieux. Et je pense que c'est une bonne chose que... que ça me soit arrivé maintenant parce qu'autrement je serais en train de m'enterrer. Je serais peut-être plus là aujourd'hui. » (P11)</i></p>

	<p>- Nécessite régularité et persévérance</p>	<p>- Bénéfices non immédiats</p>	<p>« Sur l'humeur, ben... Oui quand même, au niveau de la dépression ça y fait beaucoup...[...] On se sent mieux quoi déjà... Oui voilà on se sent mieux...» (P2)</p> <p>«Non non c'est bien, franchement c'est bien oui oui. Tant qu'on peut le faire c'est bien. C'est quand même mieux (rire). [...] Ah oui, ah bien sûr, oui, oui oui. Je le conseillerais à beaucoup de gens, ah oui. » (P5)</p> <p>- « C'est de l'homéopathie quoi. C'est-à-dire c'est pas... C'est le traitement homéopathique ou acupuncture qui fait de l'effet quand on est régulier quand on suit régulièrement et qui donne ces bénéfices... pas dans l'immédiateté, c'est pas de la pharmacologie quoi. On prend plaisir à mettre ses baskets et à partir quoi. Au début on prend pas plaisir, on dit putain fait chier, j'ai pas envie d'y aller quoi. » (P8), « mais petit à petit au fil des heures, ben c'est comme si le cerveau il lâchait un peu prise en fait. Heu... Mais c'est</p>
--	---	----------------------------------	---

	<p>- Nécessaire mais non suffisante</p> <p>- Permet la diminution des traitements et la prévention des récurrences</p>	<p>- Bénéfices non suffisants</p> <p>- Effet thérapeutique</p>	<p><i>très progressif en fait » (P10).</i></p> <p><i>- « Après je pense pas qu'on puisse s'en sortir que grâce à cette forme d'action mais... » (P10)</i></p> <p><i>« Parce que l'activité c'est une compensation c'est sûr ça fait du bien, mais... C'est une partie, c'est pas 100% non plus. Faut pas dire que soit 100% non plus. C'est une grosse partie mais... Je pense c'est un ensemble. » (P11)</i></p> <p><i>- « Parce que quand même par rapport à ça y a quand même énormément de points positifs, sur le mental sur la dépression. Parce que le fait de ne pas retomber malade ça prouve bien que ça a un effet positif. » (P6)</i></p> <p><i>« On se sent mieux et on continue à consulter et puis comme on se sent mieux on diminue la pharmacologie [...] Mais bon c'était la béquille qui m'étais probablement nécessaire hein. [...] Et aujourd'hui voilà je suis toujours malade hein, je suis malheureusement pas</i></p>
--	--	--	--

		<p><i>guéri, mais j'ai plus ce traitement quoi. Mon traitement c'est voilà...Le petit antidépresseur le soir et puis mon heure et demi de marche le matin quoi. Et je pense que c'est mieux. [...] Et je pense que la dépense énergétique de l'activité physique m'a...est pour beaucoup dans le sevrage pharmacologique, je pense » (P8)</i></p>
--	--	---

2) Exemple de catégorisation sémiotique selon la théorie de Peirce

Loi, principes, concepts, théories, généralités (3) : TIERCEITE	Faits, actions, constats d'expériences (2) : SECONDEITE	Qualités, sentiments, émotions (1) : PRIMEITE
<p><i>« Il faut un certain temps pour que le bien-être de l'activité physique d'endurance pour mon cas, vienne... vienne épauler heu le... le mal-être psychique. » (P8)</i></p>	<p><i>« Tous les jours, tous les jours. Tous les matins à 9h je pars en garrigues et je fais entre 7 et 10km quoi. » (P8)</i></p>	<p><i>« D'ailleurs le jour où je me suis remis à marcher j'ai pas eu... j'ai pas ressenti de bien-être immédiatement. Ça a été extrêmement difficile pendant plusieurs mois... » (P8)</i></p>

DISCUSSION

I) Des résultats

Notre étude nous a permis d'analyser l'expérience vécue des patients dépressifs pratiquant une activité physique.

Les patients ont évoqué principalement l'idée d'une parenthèse dans le vécu de leur maladie. Si l'activité physique est recommandée pour tous, que l'on soit malade ou pas, le fait de pratiquer un sport permettait ainsi de se sentir comme tout le monde, de se retrouver de nouveau dans la vie normale. En effet, dans nos sociétés, le statut de dépressif est, comme d'ailleurs les maladies psychiatriques en général, mal vu par la plupart des gens. Ainsi dans un sondage IPSOS de 2014, 50% des personnes interrogées se déclaraient a priori gênées de vivre sous le même toit, 35% de travailler et 30% de partager un repas avec une personne atteinte de troubles mentaux. D'autre part, la majorité des patients interrogés déclaraient manquer d'informations sur les maladies psychiatriques (46). Ces affections sont donc mal connues et font peur. Dès lors, pour les patients il s'agit déjà d'accepter d'être malade, de l'assumer par rapport à son entourage, à son environnement professionnel et par rapport à la société toute entière. Accepter son statut de patient dépressif, c'est à la fois se conformer au fait d'être malade et en l'assumant, envisager une perspective de sortie. On peut donc voir dans notre étude comment l'activité physique peut être une des voies permettant aux patients d'être à nouveau acteur. Acteurs de leur guérison d'abord, puis progressivement acteurs de leur vie en général. D'autre part la distraction qu'apporte l'activité permettait aux patients de sortir du statut de malade, au moins le temps de l'activité, en évitant les ruminations et les idées négatives. Nous retrouvons ces mêmes éléments dans la littérature (35).

La dépression plonge les patients dans une morosité, une tristesse, une absence de motivation handicapante pour les activités professionnelles ou quotidiennes. Comme nous l'avons vu dans notre étude, l'activité physique est souvent difficile à entreprendre pour eux et leur demande une forte motivation. Cependant, le fait

de la pratiquer avec d'autres dans un climat bienveillant, dans un cadre agréable, permet de renforcer cette motivation, de s'ouvrir de nouveau sur les autres, de reprendre confiance en soi. Ces résultats sont tout à fait corrélés aux données de la littérature, le fait de rompre l'isolement social et la revalorisation de soi par le biais de l'activité serait déterminante (27,37).

Les patients de notre étude étaient conduits, grâce à l'exercice physique à percevoir leur propre capacité à s'en sortir et à retrouver une dynamique qu'ils avaient perdue dans la maladie. Une étude qualitative suédoise de 2016 sur le sujet, retrouve des éléments similaires. Dans celle-ci, l'activité physique proposée aux patients de façon individualisée, était encadrée et suivie par un éducateur sportif. Cette activité physique permettait aux patients dépressifs de renforcer leurs propres capacités à la fois physiques et psychiques. Ils se sentaient « vivre à nouveau », retrouvaient du plaisir (47).

De nombreuses études montrent également les bénéfices psychiques que peut apporter l'exercice physique, notamment sur l'estime de soi. Ainsi, le rapport de l'INSERM de 2008, avec un argumentaire très complet sur les effets de l'activité physique (48), est parfaitement corrélé aux résultats de notre étude.

Autre élément qui ressort de notre travail : le bien-être physique et psychique des patients au cours de l'activité physique. Ils nous en décrivent en quelque sorte les effets neurobiologiques. Nous retrouvons ici les différentes théories pouvant expliquer les bénéfices de l'activité physique dans la dépression : mécanismes physiologiques, biochimiques et psychologiques sont en effet en jeu (35).

L'activité physique est aussi perçue comme une façon d'améliorer temporairement ou durablement la symptomatologie. Ces résultats sont donc bien corrélés aux études randomisées retrouvées sur le sujet (11,49). Même si celles-ci nécessitent des approfondissements pour préciser l'effet de l'activité physique, avec notamment des données sur l'intensité, la durée ou le type d'activité le plus approprié.

Cependant la difficulté de l'étude de l'impact de l'activité physique dans le syndrome dépressif réside dans le fait qu'elle peut être très diversifiée. Nous avons vu que le terme activité physique regroupe les sports, mais aussi toutes les activités qui mobilisent le corps. Il est donc difficile de comparer les études entre elles, puisque chacune évalue une activité différente ou bien la même activité mais avec

un rythme ou une intensité différente. Il en est de même dans notre étude, les participants pratiquant tous des activités physiques très variées, à un rythme et avec une intensité différente.

Une autre idée importante de notre étude était que le type d'activité physique devait être adapté au patient pour être bénéfique. Elle devait être plaisante et conforme à ses goûts en premier lieu. En effet la motivation étant déjà difficile à trouver pour eux, pratiquer une activité sans aucun agrément était vécu comme très difficile et ne permettait pas d'atteindre un objectif positif. Le plaisir était un des éléments fondamentaux décrit par les patients interrogés. Il représente probablement la perte la plus importante au cours de la maladie qu'il est indispensable de retrouver pour aller mieux. Ainsi dans ce sens, une étude de janvier 2015 portant sur une large population (non malade) de 15 pays européens, montrait un lien significatif entre niveau de bien-être et activité physique avec un effet dose-réponse (50). Une autre étude constate que la notion de plaisir est indispensable pour que les patients ressentent les bénéfices de l'activité physique (38).

L'activité doit aussi pouvoir s'adapter aux conditions physiques des patients, en s'ajustant à leurs capacités motrices ou cardio-vasculaires. En effet comme le montre une étude américaine de 2012, les patients dépressifs souffrent plus de maladies cardio-vasculaires que le reste de la population (51). D'autre part dans notre étude, certains patients préféraient une activité encadrée par un professionnel, leur procurant un sentiment de sécurité et renforçant leur motivation.

Tous ces éléments vont dans le sens des programmes d'activité physique sur ordonnance, qui commencent à faire leur apparition dans de nombreuses communes françaises depuis la possibilité de prescription d'activité physique aux patients en ALD (22). Soulignons ici que l'ALD 23 s'applique seulement aux dépressions sévères, ce qui exclut la majorité des patients dépressifs. On peut donc se réjouir de la mise en place de ces programmes d'activité physique adaptée mais force est de constater qu'ils sont encore peu nombreux et limités à certaines pathologies les plus lourdes (52).

D'autre part certaines initiatives privées voient le jour, proposant des salles de sport adaptées aux personnes présentant des problèmes de santé, sans distinction de gravité, pour des pathologies psychiatriques ou non. Comme pour certains patients de notre étude, des associations commencent aussi à proposer des activités

physiques à leur bénéficiaires. Le monde du sport évolue dans ce sens avec la formation d'enseignant en APA (activité physique adaptée). Ce sont des professionnels du sport formés pour intervenir auprès de personnes présentant des aptitudes physiques, psychologiques ou des conditions sociales nécessitant une adaptation de cette l'activité physique (53).

L'activité physique adaptée est donc en plein essor et notre étude insiste sur la nécessité de son individualisation pour qu'elle puisse être ressentie comme bénéfique. Certains appréciaient l'activité en elle-même, d'autres préféraient tel type d'activité spécifique, d'autres encore jugeaient nécessaire un encadrement professionnel... Il est donc indispensable que la prise en charge de la dépression par l'activité physique soit personnalisée. Ceci rejoint les résultats d'une étude anglosaxonne de 2011 qui préconisait aux médecins généralistes d'adapter l'activité physique aux besoins et aux envies des patients dépressifs (54). La présence d'un éducateur sportif spécialisé irait même au-delà de la simple adaptation de l'activité aux patients et pourrait être considérée comme une thérapie à part entière. Cette présence pourrait apporter un soutien empathique et une écoute (47). Tout cela pourrait majorer les bénéfices de l'activité physique dans la dépression.

Certains auteurs évoquent même la possibilité d'intégrer des enseignants en APA au sein des équipes soignantes (55). Ainsi dans une thèse récente, des patients pratiquant une APA ont été interrogés dans le cadre du programme « Bouger sur ordonnance » mis en place à Nîmes. Des bénéfices thérapeutiques indéniables sont retrouvés. Les patients ressentent un mieux-être physique et psychologique, diminuent leurs prises médicamenteuses. L'APA permettait aux patients de mieux vivre leur pathologie, de retrouver du plaisir, de se revaloriser et de se resocialiser. Le groupe, l'encadrement bienveillant et la sécurité apportés par l'enseignant en APA étaient les principaux facteurs favorisant l'adhésion des patients (56). Ces éléments rejoignent le discours des patients de notre étude, qui préconisaient des activités physiques adaptées et encadrées pour qu'elles soient bénéfiques sur leur humeur. Nous manquons cependant de données dans la littérature pour évaluer la forme que pourrait prendre l'individuation des activités physiques lorsqu'elles s'adressent aux patients dépressifs.

L'activité physique fait partie des interventions non médicamenteuses (INM)

émergentes telles que définies par les recommandations de la HAS depuis 2011 (57), c'est-à-dire des thérapies spécifiques faisant intervenir une médiation corporelle.

Comme l'ont exprimé les patients de notre étude, cette action spécifique de l'activité physique sur le corps était le moteur principal du bénéfice sur la maladie dépressive.

Le lien corps-esprit évoqué par les patients était particulièrement important pour eux et ils confirmaient la nécessité d'une activité mobilisant le corps pour ressentir des améliorations de leur humeur. Nos résultats peuvent être mis en rapport avec les recherches de Wikström-Grotell et Eriksson sur le concept du mouvement. Ils décrivent le mouvement comme un concept dynamique regroupant 4 aspects : le mouvement absolu / le mouvement comme valeur personnelle / le mouvement comme signification / le mouvement comme sensation du corps et de l'esprit (58). Cette médiation corporelle donne une spécificité à l'activité physique par rapport aux activités de loisir. Aucune étude ne compare activité physique et activité de loisir dans la prise en charge du syndrome dépressif. Il faudra donc poursuivre les recherches sur ce thème.

Certains patients ont évoqué également l'idée de l'association à des traitements médicamenteux. En effet ils étaient conscients qu'à un certain niveau de gravité de la maladie dépressive, les traitements médicamenteux étaient nécessaires. Ceux-ci pouvant induire des effets indésirables, ont aussi l'intérêt de permettre l'accession à d'autres types de prise en charge. L'activité physique seule ne pouvant être pour eux l'unique réponse à la dépression. Elle pourrait donc être complémentaire des thérapies médicamenteuses ou non médicamenteuses déjà proposées, une thérapie adjuvante ; comme le préconisent les recommandations anglo-saxonnes (25). Dans ce sens, certaines études ont montré une efficacité similaire des traitements médicamenteux et de l'exercice physique dans le syndrome dépressif (33). Une des rares études française sur le sujet suggère que l'activité physique serait bénéfique pour les patients dépressifs pendant la phase de début des traitements pharmacologiques (28).

Il faut noter aussi les bénéfices sur la prévention des récurrences. Certaines personnes ont évoqué le fait de l'absence de réhospitalisation depuis leur pratique d'exercice physique. Il existerait un intérêt dans la prévention secondaire. Une étude va dans

ce sens en montrant que les bénéfices de l'exercice physique dans l'EDM durent dans le temps (34). Une autre étude canadienne de 2013 indique que la pratique d'activité physique est une stratégie efficace dans la prévention de la dépression (39).

D'autre part pour tirer profit de cette médiation corporelle, les patients ont évoqué la persévérance et la régularité dans l'activité. En effet les bénéfices sur l'humeur n'étaient pas immédiats, ils demandent une assiduité.

Par ailleurs, comme l'ont souligné certains patients la question du coût de ce type de prise en charge se pose. La psychiatrie souffre en France d'un manque de moyens croissants et les activités que peuvent proposer les praticiens sont de plus en plus rares. Nous l'avons vu au cours de notre étude avec la fermeture annoncée d'un service dédié aux patients dépressifs. Le maintien de structures permettant de pratiquer une activité physique adaptée paraît indispensable.

II) **De la méthode**

1) **Forces**

Les résultats de notre étude sont originaux puisque qu'il n'existait pas d'étude qualitative de type phénoménologique sur ce sujet au moment de notre recherche bibliographique. Les études sur l'activité physique et la dépression, retrouvées dans la littérature, sont en majorité quantitatives et expérimentales. Les auteurs cherchent en majorité à étudier l'efficacité de l'activité physique sur la dépression, sans prendre en compte le vécu des patients. Ils utilisent ainsi des échelles pour évaluer les symptômes dépressifs avant et après les interventions pratiquées.

Les critères de qualité des études qualitative ont été respectés à chaque étape.

Le recrutement des participants a été diversifié, les patients étant issus de prise en charge libérale, hospitalière ou associative. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

L'analyse sémio-pragmatique a été pratiquée conjointement par les deux chercheurs, en triangulation. La subjectivité des chercheurs a été limitée par une posture de recul inhérente à la méthode phénoménologique. La rédaction de notre

travail s'est basée sur les critères de validité de la grille COREQ. Par ailleurs l'analyse a été réalisée en essayant de limiter la subjectivité des chercheurs par une posture de recul inhérente à la méthode phénoménologique.

2) **Faiblesses**

Nous avons eu des difficultés à recruter des patients correspondant aux critères d'inclusion. En effet en France l'activité physique est peu suggérée aux patients en psychiatrie par rapport à ce qui se pratique dans les pays anglo-saxons (59). Le recrutement notamment en médecine libérale a été complexe. En effet les activités physiques proposées aux patients dépressifs sont souvent liées à leur mode de prise en charge, et la majorité de ces activités l'ont été dans le cadre de services hospitaliers. Les praticiens de ville n'ayant pas les moyens de conseiller des activités à leur patients, ou n'étant tout simplement pas formés ne serait-ce que pour proposer à leur patient de débiter ou de reprendre une activité physique dans le but d'améliorer leur dépression.

Outre les difficultés de recrutement, les patients volontaires ont probablement été plus intéressés par la question de recherche, ce qui a pu influencer les réponses obtenues. De plus un des patients recrutés était suivi par un des chercheurs ce qui a pu rendre le patient et l'examineur moins objectifs.

Il faut aussi noter l'influence qu'a pu avoir la sévérité de la pathologie dépressive chez les patients interrogés. Les patients les plus sévères ont eu probablement un regard différent des patients ayant une dépression plus légère.

La pratique régulière d'activité physique avant la maladie n'a pas été mentionnée et joue probablement un rôle dans l'expérience des patients au moment de cette même pratique pendant leur épisode dépressif.

La posture du chercheur (peu expérimenté dans la méthode) a pu influencer les propos des patients ou engendrer des entretiens moins riches. Cependant des améliorations ont été faites progressivement au fil des entretiens. Il faut noter que le lieu de l'entretien a pu influencer le discours des patients. On remarque que les entretiens les plus longs ont eu lieu à domicile, où les patients se sentaient probablement plus à l'aise pour s'exprimer.

III) Perspectives

Notre étude qualitative apporte des informations originales sur l'expérience vécue des patients dépressifs pratiquant une activité physique dans le cadre de leur prise en charge.

Elle ouvre à de nouvelles perspectives de prise en charge de ces patients qui nécessiteront des évaluations.

Les INM se développent progressivement mais les médecins sont encore très peu nombreux à intégrer l'activité physique dans leur arsenal thérapeutique en France. Elle semble apporter de nombreux bénéfices. La formation et l'implication des professionnels de santé est donc primordiale.

La prise en charge du syndrome dépressif par des enseignants APA ou des structures spécialisées devrait se développer pour offrir une alternative ou un complément thérapeutique aux patients.

Le développement du « sport sur ordonnance » est une belle avancée dans ce sens, qui demande une généralisation à la totalité du territoire et une intégration de tous les patients et pas uniquement aux bénéficiaires de l'ALD.

La question de la prise en charge de ce type d'intervention reste en suspens et devrait être évaluée aux vues des bénéfices thérapeutiques et sociaux qu'elle apporte.

CONCLUSION

Notre étude souligne les réels bénéfices ressentis par les patients dépressifs pratiquant une activité physique. Parenthèse dans la maladie, elle serait un des moyens permettant aux patients de s'en sortir. Intervention non médicamenteuse (INM), spécifique dans son lien avec la médiation corporelle, elle nécessite une adaptation individuelle pour apporter un bien-être physique et psychique aux patients qui la pratiquent. Elle permet en outre de diminuer les traitements médicamenteux et d'éviter les rechutes. Elle amène des bénéfices sur la santé en général.

En France, l'activité physique n'est mentionnée que de façon anecdotique par les recommandations officielles contrairement aux pays anglo-saxons. Son développement dans les stratégies thérapeutiques paraît fondamental. Cela nécessiterait l'implication des pouvoirs public et des professionnels de santé.

L'évaluation de cette INM (avec toutes les contraintes méthodologiques) doit se poursuivre car les données actuelles sont limitées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie . 2016.
2. Tournant B. L'utilisation des échelles psychiatriques dans la prise en charge du patient dépressif par les médecins généralistes. [Faculté de médecine d'Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2015.
3. Assurance maladie. Classification commune des actes médicaux. 2017.
4. INPES. La dépression en France (2005-2010): prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. oct 2012;(421):43-5.
5. DRESS. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. 2012 sept. (Etudes et résultats). Report No.: 810.
6. Observatoire national du suicide. Suicide connaître pour prévenir: dimensions locales, nationales, associatives. 2016 févr. Report No.: 2ème rapport.
7. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ. juin 2006;9(2):87-98.
8. HAS. Episode dépressif caractérisé de l'adulte: prise en charge en soins de premier recours. 2017 oct.
9. INSERM. Médicaments psychotropes: consommations et pharmacodépendance. Paris; 2012. (Expertise collective).
10. Blumenthal JA, Smith PJ, Hoffman BM. Is Exercise a Viable Treatment for Depression? ACSMs Health Fit J. 2012;16(4):14-21.
11. Rethorst CD, Wipfli BM, Landers DM. The Antidepressive Effects of Exercise: A Meta-Analysis of Randomized Trials. Sports Med. juin 2009;39(6):491-511.
12. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant Drug effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-Analysis. JAMA J Am Med Assoc. 6 janv 2010;303(1):47-53.
13. INPES. La dépression en savoir plus pour en sortir. 2007
14. Boëton. La psychothérapie tient ses état généraux à Paris. La Croix. 24 juill 2017
15. OMS. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. 2010.
16. ANSES. Actualisation des repères du PNNS: révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. 2016 févr.
17. Santé publique france. Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN 2014-2016). Volet nutrition. Chapitre activité physique et sédentarité. 2017 sept.

18. Rieu M. La santé par le sport: une longue histoire médicale. 30 nov 2010;30-5.
19. Talmud J, Hamonet C. Maïmonide: un précurseur de la médecine physique et de la santé par l'exercice physique. 2006;(26):46-8.
20. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. 1 déc 2015;25:1-72.
21. Depiesse F. Promotion de la santé par les activités physiques. In: Prescription des activités physiques. Elsevier; 2009. p. 33–58.
22. Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. 31 déc 2016;(304).
23. Greist JH. Running as treatment for depression. *Janv 1979*;20(1).
24. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, et al. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder third edition. *Am J Psychiatry*. 2010;167(10):1.
25. Health (UK NCC for M. Depression in adults: recognition and management. In *British Psychological Society*; 2009.
26. Hallgren M, Stubbs B, Vancampfort D, Lundin A, Jääkallio P, Forsell Y. Treatment guidelines for depression: Greater emphasis on physical activity is needed. *Eur Psychiatry*. févr 2017;40:1-3.
27. Neff EM. Efficacité adjuvante de l'activité physique dans la prise en charge de la dépression. *Revue de la littérature et étude clinique [Thèse de doctorat en médecine]*. Faculté de médecine de Reims; 2015.
28. Legrand FD, Neff EM. Efficacy of exercise as an adjunct treatment for clinically depressed inpatients during the initial stages of antidepressant pharmacotherapy: An open randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 1 févr 2016;191:139-44.
29. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, et al. Exercise for depression. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 26 nov 2017]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/www.ezp.biu-montpellier.fr/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub6/abstract>
30. Gary Cooney, Kerry Dwan, Gillian Mead. Exercise for depression. *JAMA*. 18 juin 2014;311(23)
31. Teychenne M, Ball K, Salmon J. Physical activity and likelihood of depression in adults: A review. *Prev Med*. mai 2008;46(5):397-411.
32. Netz Y. Is the Comparison between Exercise and Pharmacologic Treatment of Depression in the Clinical Practice Guideline of the American College of Physicians Evidence-Based? *Front Pharmacol [Internet]*. 15 mai 2017 [cité 26 nov 2017];8. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fphar.2017.00257/full>

33. Blumenthal JA, Babyak MA, Murali Doraiswamy P, Watkins L, Hoffman BM, Barbour KA, et al. Exercise and Pharmacotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder. *Psychosom Med.* 2007;69(7):587-96.
34. Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, Khatri P, Doraiswamy M, Moore K, et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med.* 2000;62(5):633-638.
35. De Matos MG, Calmeiro L, Da Fonseca D. Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. *Presse Médicale.* mai 2009;38(5):734-9.
36. Gujral S, Aizenstein H, Reynolds CF, Butters MA, Erickson KI. Exercise effects on depression: Possible neural mechanisms. *Gen Hosp Psychiatry.* nov 2017;49:2-10.
37. Craft LL. Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms. *Psychol Sport Exerc.* mars 2005;6(2):151-71.
38. Pickett K, Kendrick T, Yardley L. "A forward movement into life": A qualitative study of how, why and when physical activity may benefit depression. *Ment Health Phys Act.* mars 2017;12:100-9.
39. Mammen G, Faulkner G. Physical Activity and the Prevention of Depression. *Am J Prev Med.* nov 2013;45(5):649-57.
40. Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine. 10 mai 2017;
41. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 16 sept 2007;19(6):349-57.
42. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
43. Agnès Oude-Engberink, Béatrice Lognos, Bernard Clary, Michel David, Gérard Bourrel. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. 2013;(105):4-11.
44. Charles Sanders Peirce : La sémiotique / Signo - Théories sémiotiques appliquées [Internet]. [cité 18 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.signosemio.com/peirce/semiotique.asp>
45. Agnès Oude Engberink, Francois Carbonnel, Béatrice Lognos, Elodie Million, Marion Vallart, Suzanne Gagnon, Gérard Bourrel. Comprendre la décision vaccinale des parents pour mieux accompagner leurs choix : étude qualitative phénoménologique auprès des parents français. 2015;108(8):527-32.
46. Ipsos-FondaMental-Klesia. Perceptions et représentations des maladies mentales. 2014 avr p. 46.
47. Danielsson L, Kihlbom B, Rosberg S. « Crawling Out of the Cocoon »: Patients' Experiences of a Physical Therapy Exercise Intervention in the Treatment of Major Depression. *Phys Ther.* 1 août 2016;96(8):1241-50.

48. Aquatias S, Arnal J-F, Rivière D, Bilard J, Callède J-P, Casillas J-M, et al. Activité physique: contextes et effets sur la santé-Synthèse et recommandations. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); 2008.
49. Cooney G, Dwan K, Lawlor D, Rimer J, Waugh F, McMurdo M, et al. Exerce for depression (review). 2013;
50. Richards J, Jiang X, Kelly P, Chau J, Bauman A, Ding D. Don't worry, be happy: cross-sectional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. BMC Public Health [Internet]. 31 janv 2015 [cité 20 août 2018];15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4320474/>
51. Ian M. Kronish^{1, *}, April P. Carson^{2, ,} Karina W. Davidson^{1, ,} Paul Muntner^{2, ,} Monika M. Safford. Depressive Symptoms and Cardiovascular Health by the American Heart Association's Definition in the Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study. déc 2012;7(12).
52. Le décret du sport sur ordonnance - Tout ce qu'il faut savoir [Internet]. Le Sport Sur Ordonnance. [cité 20 août 2018]. Disponible sur: <http://sport-ordonnance.fr/decret-sport-sur-ordonnance/>
53. Barbin JM, Camy J, Communal D, Fodimbi M, Perrin C, Vergnault, M. Référentiel Métier Enseignant en APA. Réf D'activité Compétences L'Enseignant En Act Phys Adapt. 2016;
54. Searle A, Calnan M, Lewis G, Campbell J, Taylor A, Turner K. Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study. Br J Gen Pract. 1 avr 2011;61(585):e149-56.
55. P. Bernard. Et si on prenait l'activité physique au sérieux en psychiatrie ? 2015;(41):195-6.
56. Maud Jouanjean. Vécu des patients participant au dispositif « Bouger sur ordonnance »: facteurs influençant leur adhésion et leur observance. Faculté de médecine de Montpellier-Nîmes; 2018.
57. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses. 2011 avr.
58. Wikström-Grotell C, Eriksson K. Movement as a basic concept in physiotherapy – A human science approach. Physiother Theory Pract. 1 août 2012;28(6):428-38.
59. Tordeurs D, Janne P, Appart A, Zdanowicz N, Reynaert C. Efficacité de l'exercice physique en psychiatrie : une voie thérapeutique ? L'Encéphale. 1 oct 2011;37(5):345-52.

ANNEXE 1 : CLASSIFICATIONS EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

Critères diagnostiques de la CIM-10	Critères diagnostiques du DSM-5
<p>Symptômes principaux</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt, absence de joie 3. Elan vital réduit, fatigabilité élevée <p>Symptômes secondaires</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Concentration et attention diminuées 2. Estime de soi et confiance en soi réduits 3. Sentiments de culpabilité ou dévalorisation 4. Perspectives d'avenir négatives et pessimistes 5. Pensées suicidaires ou actes suicidaires 6. Troubles du sommeil 7. Appétit réduit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt, absence de joie <p>} un des deux symptômes obligatoire</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fatigue ou perte d'énergie 4. Réduction de la capacité à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions 5. Sentiments de nullité ou sentiments de culpabilité démesurés 6. Pensées de mort ou de suicide, tentative de suicide ou planification de suicide 7. Perte de sommeil ou sommeil accru 8. Importante perte ou prise de poids, perte ou augmentation de l'appétit 9. Agitation psychomotrice ou ralentissement
<p>Au moins deux symptômes principaux et deux symptômes secondaires présents pendant au moins deux semaines</p>	<p>Au moins cinq des symptômes listés (incluant un symptôme obligatoire) présents pendant au moins deux semaines</p>

ANNEXE 2 : CRITERES COREQ

Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion / Caractéristiques personnelles / Relations avec les participants

1. Enquêteur / animateur : Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? Emmanuelle ROBIN
2. Titres académiques : Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Interne en médecine générale
3. Activité : Quelle était leur activité au moment de l'étude ? Remplacement en médecine générale
4. Genre : Le chercheur était-il un homme ou une femme ? Une femme
5. Expérience et formation : Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? Initiation aux méthodes de recherche qualitative, participation à un enseignement sur l'analyse qualitative
6. Relation antérieure : Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? Un seul des patients interrogés était connu de l'enquêteur avant l'étude (patient suivi au cabinet lors des remplacements)
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur : Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Uniquement les informations sur la recherche fournies par le consentement éclairé
8. Caractéristiques de l'enquêteur : Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? (néant)

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique / Sélection des participants / Contexte / Recueil des données

9. Orientation méthodologique et théorie : Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Analyse sémiotique pragmatique
10. Échantillonnage : Comment ont été sélectionnés les participants ? Échantillonnage dirigé
11. Prise de contact : Comment ont été contactés les participants ? Par téléphone

12. Taille de l'échantillon : Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? 16
13. Non-participation : Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?
Raisons ? 4 patients non interrogés : un n'a pas donné suite après la transmission des informations sur l'étude, un autre n'a pas pu être recontacté pour faute de coordonnées téléphoniques erronées, et les 2 autres qui avaient accepté au départ n'ont pas pu être disponibles pour un entretien pour des contraintes personnelles (décès familial), ou professionnelles (période d'examen).
14. Cadre de la collecte de données : Où les données ont-elles été recueillies ? A domicile ou dans les locaux d'une association ou sur le lieu de soin (HDJ ou service d'hospitalisation)
15. Présence de non-participants : Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? Non
16. Description de l'échantillon : Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Patients adultes dépressifs pratiquant une activité physique prescrite ou de leur propre initiative
17. Guide d'entretien : Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Oui Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? Non
18. Entretiens répétés : Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? Non
19. Enregistrement audio/visuel : Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? Oui enregistrement sur dictaphone
20. Cahier de terrain : Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? Oui
21. Durée : Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? De 11 à 54 minutes
22. Seuil de saturation : Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? Oui saturation après 9 entretiens
23. Retour des retranscriptions : Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? Non

Domaine 3 : Analyse et résultats : analyse des données / rédaction

24. Nombre de personnes codant les données : Combien de personnes ont codé les données ?

Deux

25. Description de l'arbre de codage : Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? Non

26. Détermination des thèmes : Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? A partir des données

27. Logiciel : Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? Aucun

28. Vérification par les participants. Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? Non

29. Citations présentées : Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Oui Chaque citation était-elle identifiée ? Oui

30. Cohérence des données : Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? Oui

31. Clarté des thèmes principaux : Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? Oui

32. Clarté des thèmes secondaires : Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? Oui

SERMENTS

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maitres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Prière du médecin de Maïmonide

« Mon Dieu, remplis mon âme d'amour pour l'art et pour toutes les créatures. N'admets pas que la soif du gain et la recherche de la gloire m'influencent dans l'exercice de mon Art, car les ennemis de la vérité et de l'amour des hommes pourraient facilement m'abuser et m'éloigner du noble devoir de faire du bien à tes enfants. Soutiens la force de mon cœur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche, l'ami et l'ennemi, le bon et le mauvais.

Fais que je ne voie que l'homme dans celui qui souffre. Fais que mon esprit reste clair auprès du lit du malade et qu'il ne soit distrait par aucune chose étrangère afin qu'il ait présent tout ce que l'expérience et la science lui ont enseigné, car grandes et sublimes sont les recherches scientifiques qui ont pour but de conserver la santé et la vie de toutes les créatures.

Fais que mes malades aient confiance en moi et mon Art pour qu'ils suivent mes conseils et mes prescriptions. Eloigne de leur lit les charlatans, l'armée des parents aux mille conseils, et les gardes qui savent toujours tout : car c'est une engeance dangereuse qui, par vanité, fait échouer les meilleures intentions de l'Art et conduit souvent les créatures à la mort. Si les ignorants me blâment et me raillent, fais que l'amour de mon Art, comme une cuirasse, me rende invulnérable, pour que je puisse persévérer dans le vrai, sans égard au prestige, au renom et à l'âge de mes ennemis. Prête-moi, mon Dieu, l'indulgence et la patience auprès des malades entêtés et grossiers.

Fais que je sois modéré en tout, mais insatiable dans mon amour de la science. Eloigne de moi l'idée que je peux tout. Donne-moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances. Je peux aujourd'hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne soupçonnais pas hier, car l'Art est grand mais l'esprit de l'homme pénètre toujours plus avant. »

RESUME

Introduction : Le syndrome dépressif touche en France 3 millions de personnes par an. Les antidépresseurs et la psychothérapie sont recommandés en 1^{ere} intention et diverses interventions non médicamenteuses (INM) en complément. Parmi elles, l'activité physique est recommandée en France depuis 2017 comme simple mesure d'hygiène à associer aux traitements. D'autres pays l'utilisent plus largement. Les preuves du bénéfice de l'activité physique dans le traitement ou la prévention de la dépression ne cessent de croître. Cependant, il n'existe actuellement que peu d'approches sur le vécu des patients dans ce contexte.

Objectif : Comprendre l'influence de l'activité physique sur la maladie dépressive en interrogeant l'expérience vécue des patients.

Méthode : Etude qualitative phénoménologique. Les patients dépressifs suivis en ambulatoire ou en institution ont été interrogés après un consentement éclairé. L'activité physique était recommandée par leur médecin ou pratiquée par eux même. Un guide d'entretien centré sur l'expérience vécue a facilité le recueil de verbatims jusqu'à saturation des données. Ils ont été analysés par la méthode semio-pragmatique avec triangulation des chercheurs.

Résultats : 11 patients ont été interrogés.

Les 4 catégories conceptualisantes sont :

L'activité physique est une parenthèse dans le vécu de la maladie dépressive en permettant de quitter le statut de malade.

Cette influence est bénéfique par la médiation du corps et est donc spécifique vis-à-vis d'une autre activité de loisir : estime de soi, dépense entraînant un bien être global et une extériorisation des idées négatives.

Ce bénéfice n'est retrouvé que s'il existe un partage dans un groupe bienveillant.

L'activité physique doit être adaptée au patient, à ses goûts et à ses capacités souvent altérées par la dépression elle-même ou par les traitements médicamenteux.

Au total, les patients considéraient que l'activité physique améliorerait spécifiquement leur humeur sans être l'unique réponse thérapeutique.

Discussion : Cette étude qualitative originale, dont les critères de validité sont respectés, renforce l'idée d'un bénéfice de l'activité physique sur le vécu de la maladie dépressive par une approche compréhensive. Au-delà du bienfait par la distraction, la notion de plaisir, le partage, commune à toute activité de loisir, l'impact physique est spécifique sur le bien-être global. Ce lien entre le psychisme et le corps doit être considéré. L'accompagnement individualisé des patients et la bienveillance du groupe sont les conditions nécessaires à une efficacité. Les médecins doivent s'impliquer dans la promotion de cette INM dont l'évaluation est à poursuivre.

MOTS CLES

Dépression, activité physique, étude qualitative, intervention non médicamenteuse