



HAL
open science

Influence d'un programme d'APA sur l'estime de soi et la perception de la qualité de vie chez des patients atteints d'addictions

Pauline Retif

► **To cite this version:**

Pauline Retif. Influence d'un programme d'APA sur l'estime de soi et la perception de la qualité de vie chez des patients atteints d'addictions. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03349118

HAL Id: dumas-03349118

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03349118>

Submitted on 20 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Influence d'un programme d'APA sur l'estime de soi et la perception de la qualité de vie chez des patients atteints d'addictions

Master 2 APA-S parcours APPCM

Approche Pluridisciplinaire des Pathologies Chroniques et Motrices

Présenté par : Pauline RETIF

Sous la direction de : David LE FOLL, Maître de conférences et Christine COURTEVILLE, Educatrice Sportive

Année universitaire : 2020 – 2021



AVANT PROPOS

Ce document est l'intégralité du mémoire de Master 2 en Science et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) spécialisé dans une Approche Pluridisciplinaire des Pathologies Chroniques et Motrices (APPCM) soutenue par RETIF Pauline, étudiante depuis septembre 2019 à l'université Rennes 2.

Dans le cadre de ce Master 2 en Activités Physiques Adaptées, nous avons un stage à effectuer au sein d'une structure de notre choix en rapport avec cette filière de spécialisation. Durant les années précédentes, nous avons pu découvrir grâce à l'organisation de ces immersions en milieu professionnel différentes structures adaptées accueillants des populations avec des troubles spécifiques.

Cette année, pour la dernière année de ce master, nous avons engagé nos recherches de stage pour le mois de janvier sur une durée de trois mois. Mes recherches se sont portées vers une structure complètement inconnue pour moi. Il s'agit du centre MALVAU, un SSRA - Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie - situé à Amboise en Indre et Loire (37). Cette structure de stage a accepté de m'accueillir à nouveau car en raison du contexte sanitaire et social actuel et le développement de la pandémie COVID-19, nos stages de Master 1 n'ont pas pu se réaliser. En effet, les stages ont été annulés afin de préserver l'ensemble des patients, plus à risques, et l'ensemble du personnel soignant.

Il est important dans le cadre d'études supérieures de découvrir différents aspects de cette formation afin de pouvoir choisir le milieu professionnel dans lequel nous souhaitons évoluer.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à la réalisation, au succès de mon stage et qui m'ont aidée pour la rédaction de ce mémoire.

Tout d'abord je voudrais remercier mon tuteur universitaire, Mr Lefoll, pour sa disponibilité, ses précieux conseils et remarques ainsi que son aide pour développer et enrichir ma réflexion et mon document.

Je tiens également à remercier particulièrement ma tutrice de stage, Mme Courteville, qui m'a suivie durant la totalité de mon stage et qui a su me faire découvrir tous les aspects de l'addictologie. Elle a partagé ses connaissances ainsi que ses expériences dans ce milieu et m'a permis de mettre en place des activités avec confiance.

Je remercie l'ensemble du personnel soignant, paramédical, et éducatif du centre Malvau qui ont su me donner une place et qui m'ont accueilli lors de nombreuses activités.

Je remercie l'université de Rennes 2 de nous offrir l'opportunité de réaliser des stages dans des structures de soins, qui sont des stages importants pour nous offrir de l'expérience professionnelle.

Enfin je remercie mes ami(e)s et ma famille qui m'ont apporté leur soutien et qui ont pris le temps de lire et corriger mon travail.

Table des abréviations

APA : Activité physique adaptée

APAS : Activité physique adaptée et santé

APPCM : Approche pluridisciplinaire des pathologies chroniques et motrices

AVC : Accident vasculaire cérébral

BPCO : Bronchopneumopathie obstructive chronique

COVID-19 : Coronavirus

EAPA : Enseignant en activité physique adaptée

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Education thérapeutique pour le patient

FRC : Fédération pour la recherche sur le cerveau

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IRM : Imagerie par résonance magnétique

ISP : Inventaire du Soi Physique

MDMA : Ethylènedioxy-N-méthylamphétamine

NIDA : National Institut of Drug Abuse

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OMS : Organisation mondiale de la santé

SEP : Sentiment d'efficacité personnel

VHC : Hépatite C

STAPS : Science et technique des activités physiques et sportives

SSRA : Soins de suite et de réadaptation en addictologie

Table des illustrations

Figure 1: mécanisme des addictions (d'après Volkow, Fowler & Wang, 2003)	13
Figure 2: Facteurs de risques des addictions (Rozaire, Landreat, Grall-Bronnec, Rocher & Vénisse, 2009)	17
Figure 3: Modèle hiérarchique (Fox et Corbin, 1989)	25
Figure 4: Modèle théorique du bien-être subjectif (Randolph, Kangas, & Ruokamo, 2009) ..	33
Figure 6: exemples d'activités	48
Figure 7: Evolution de l'estime de soi globale, de la force et de l'apparence au temps 1 et 2 du programme	49
Figure 8: Evolution du rôle émotionnel, de la vitalité et du bien-être émotionnel au temps 1 et 2 du programme	50
Figure 9: Evolution du fonctionnement physique, de la douleur et de la santé perçue au temps 1 et 2 du programme.....	51

Table des tableaux

Tableau 1: récapitulatif des addictions	15
Tableau 2: emploi du temps type des patients.....	47
Tableau 3: Résultats statistiques du questionnaire ISP-25	49
Tableau 4: Résultats statistiques du questionnaire SF-36	51

Table des matières

INTRODUCTION.....	9
Chapitre 1 : Cadre théorique et revue de littérature	11
1. Addiction : caractéristiques générales et éléments de contexte	11
1.1. Définitions, prévalence et états des lieux.....	11
1.1.1. Définitions	11
1.1.2. Prévalence et états des lieux	15
1.2. Facteurs de risques	17
2. Conséquences des addictions	17
3. Les prises en charge	19
3.1. Mise en place de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)	20
3.2. Activité Physique Adaptée (APA)	21
3.2.1. Recommandations en terme d'APA	21
3.2.2. Addictions et APA.....	22
4. Estime de soi, activités physiques et addictions.....	23
4.1. Concept de l'estime de soi	23
4.1.1. L'estime de soi.....	23
4.1.2. Les facteurs influant sur l'estime de soi	25
4.2. Estime de soi et addictions.....	26
4.3. Estime de soi et APA	29
5. Perception de la qualité de vie, activités physiques et addictions	31
5.1. Concept de perception de la qualité de vie	31
5.1.1. La qualité de vie	31
5.1.2. Les facteurs influant sur la qualité de vie perçue	34
5.2. Perception de qualité de vie et addiction	35
5.3. Perception de qualité de vie et activités physiques adaptées	37
6. Problématique et hypothèses	41

Chapitre 2 : Méthodologie.....	43
1. Participants	43
2. Outils de mesure.....	43
2.1. L'estime de soi.....	43
2.2. La qualité de vie perçue	44
3. Protocole de recueil de données	45
Chapitre 3 : Résultats	48
1. Evolution de l'estime de soi	49
2. Evolution de la perception de qualité de vie	50
Chapitre 4 : Discussion	51
1. L'estime de soi	52
2. La perception de qualité de vie	54
3. Limites de l'étude et perspectives	55
Conclusion.....	56
Bibliographie.....	58
Annexes.....	LXXI

INTRODUCTION

De nos jours, les maladies chroniques aussi appelées maladies non transmissibles représentent un problème majeur de santé publique et une grave menace pour l'homme. Elles sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement* » (OMS, 2010). Ces maladies causent un grand nombre de décès et sont d'ailleurs la première cause de mortalité dans le monde. Pourtant, ces maladies chroniques sont pour 80% considérées comme évitables (OMS, 2006). Les maladies chroniques sont très discutées car elles s'installent sur une durée longue mais indéterminée, qui durera souvent tout le long de la vie des individus. De plus, du fait de causes multifactorielles, la gestion de ces maladies est très compliquée à envisager et entraîne un grand nombre d'acteurs (Baszanger, 1986). Elles peuvent donc être soignées mais pas guéries, en effet les cancers, l'asthme, l'obésité ou encore les addictions sont des maladies que l'on soigne en freinant l'évolution et en proposant d'améliorer la qualité de vie des patients (Grimaldi et al., 2017). Parmi ces maladies chroniques, les addictions sont aujourd'hui très étudiées (addiction à l'alcool, au tabac, aux drogues, aux jeux, etc.). La maladie addictive nécessite un accompagnement des patients et un suivi des traitements sur le long terme. Cette pathologie a de nombreuses conséquences sur l'organisme qui peuvent être dévastatrices à l'échelle individuelle, familiale et professionnelle mais également sur la société en général.

Il faut noter que de nombreuses addictions peuvent endommager certaines fonctions cognitives et/ou psychomotrices. De ce fait, cela affecte le traitement des informations mais aussi les prises de décisions ainsi que les aspects émotionnels et sociaux (Alonso et al., 2014). Les conséquences de ces addictions peuvent intervenir sur les plans physiques ou physiologiques, sociaux mais aussi psychologiques. En effet, les addictions vont entraîner des troubles somatiques non négligeables. Les conséquences sur le plan psychologique sont de plus en plus considérées tel que les troubles de l'humeur, l'anxiété, la dépression, l'isolement mais aussi la modification de l'estime de soi et de la perception de la qualité de vie des personnes (Netgen, 2010). Ces éléments sont des paramètres majeurs de la santé mentale des individus car ils permettent de s'engager dans les actions du quotidien et sont associés à une auto-évaluation plus fiable et plus précise pour ainsi procurer une stabilité émotionnelle plus grande (Ferré, 2020). De nombreuses études ont évalué et mis en place des interventions auprès d'un public atteint d'addiction afin de mettre en avant, principalement, le développement des compétences

psychosociales intégrant l'estime de soi, la gestion des émotions ainsi que la communication (Boujut & Décamps, 2011; Clivaz, 2018; Dorard, 2013).

Il est primordial, dans notre société d'agir tant sur la prévention des effets néfastes, des risques et des conséquences de ces addictions, que sur la prise en charge de ces addictions elle-même afin que les patients retrouvent une vie saine. Pendant longtemps, la prise en charge des addictions s'est faite par des cures de sevrage. Maintenant, il existe différents objectifs dans la prise en charge des addictions, cependant, un point spécifique est de maintenir les individus dans la durée de leur arrêt des addictions.

La prise en charge par l'activité physique adaptée (APA) est bénéfique pour les patients car elle va permettre d'améliorer les ressources internes des patients, la gestion des situations courantes à risque, l'autonomie, la santé ainsi que la qualité de vie (Gregory Ninot, 2013). L'APA agit sur l'espérance de vie des patients et sur la réduction de leurs symptômes dus à la maladie. Elle va aussi prévenir les comorbidités ainsi que les rechutes et assurer un bien-être personnel. Dans le cadre d'une prise en charge en APA, les professionnels vont agir sur la santé physique et mentale des patients. En effet, l'APA va permettre d'agir sur l'estime de soi globale et non uniquement sur l'estime de soi physique (Goñi & Zulaika, 2001). Il a également été démontré qu'une intervention en APA pouvait modifier et agir positivement sur la perception de la qualité de vie (Da Ros Vettoretto et al., 2018).

L'objectif principal de ce mémoire sera d'analyser l'impact d'un programme d'APA sur l'estime de soi physique et la perception de la qualité de vie des patients souffrant d'addiction. Ces processus cognitifs sont primordiaux pour que les patients se sentent mieux et s'engagent positivement dans le parcours de soin, leur permettant de retrouver une vie saine tant sur les aspects physiques, sociaux et psychologiques.

Chapitre 1 : Cadre théorique et revue de littérature

1. Addiction : caractéristiques générales et éléments de contexte

1.1. Définitions, prévalence et états des lieux

1.1.1. Définitions

Le NIDA (National Institut of Drug Abuse) nous indique que « *l'addiction est une affection cérébrale chronique récidivante caractérisée par la recherche et l'usage compulsif de substances psychoactives malgré la connaissance de ses conséquences nocives* » (NIDA, 2018).

« *Le terme d'addiction recouvre un continuum de comportements de consommation du plus anodin au plus pathologique, du simple usage à la dépendance, en passant par l'usage à risque et l'abus* », il s'agit du rapport dit pathologique qu'une personne va entretenir avec une substance ou un comportement (Rozaire et al., 2009).

Selon l'OMS, le syndrome de dépendance, regroupant l'ensemble des substances, est défini comme « *un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités* ». Ce syndrome de dépendance peut se manifester par une puissante envie de prendre une substance ou réaliser un comportement. On confond souvent addiction et dépendance, bien que ceux-ci renvoient à des concepts différents. En effet, d'un côté, la dépendance est un déséquilibre du fonctionnement neurobiologique à cause d'une consommation régulière d'une substance psychoactive (Luscher, 2013). On parle alors de dépendance à l'alcool, au tabac mais aussi aux médicaments ou aux drogues. D'un autre côté, l'addiction renvoie à l'incapacité de s'abstenir de consommer une substance même si la personne connaît les effets néfastes de celle-ci, elle agit de manière aveugle face à la consommation d'une substance, d'une expérience ou d'un comportement. Le terme d'addiction est notamment utilisé pour parler des dépendances psychiques ou comportementales. Toutefois, en 1994, l'OMS a précisé que les deux termes pouvaient s'utiliser de la même manière¹.

Pour comprendre le concept d'addiction, il nous faut aborder l'étymologie de ce terme. Le terme addiction a une origine latine. Il vient de « ad-dicere » qui signifie « dire à ». Ainsi, dans la

¹ Dans ce mémoire et afin de clarifier la compréhension, nous utiliserons exclusivement le terme d'addiction.

civilisation romaine, ce terme signifiait que les esclaves n'avaient pas de nom propre et appartenaient à leurs maîtres. Par-là, on entendait une absence d'indépendance (Varescon, 2009). En Angleterre, au XIV^{ème} siècle, le terme addiction désignait une relation contractuelle de soumission d'esclave à son maître. Par extension, l'addiction sera alors utilisée afin de désigner des passions moralement répréhensibles et toutes les dépendances où l'on peut décrire « être accro » à quelque chose (Fernandez & Sztulman, 1997).

Par la suite, les psychiatres ont utilisé ce terme addiction pour désigner la toxicomanie et la dépendance aux produits. Aujourd'hui, ce terme s'étend et s'élargit en incluant de « nouvelles » addictions que l'on nomme des comportements pathologiques (Reynaud et al., 2016). En effet, on montre qu'il existe également des addictions comportementales (jeux, achats, sport, sexe...).

Il nous faut maintenant comprendre comment fonctionnent les addictions. La Fédération pour la Recherche sur le Cerveau² explique que le mécanisme en jeu lors du processus d'addiction est un déséquilibre neurobiologique dû à une consommation habituelle d'une substance psychoactive. L'addiction fonctionne avec le système de récompense (figure 1). Celui-ci est un circuit court du cerveau qui va permettre de ressentir du plaisir et des sensations agréables lors de certaines situations. C'est par exemple grâce à ce circuit que les individus accomplissent des actions indispensables à la vie comme manger ou boire. Dans l'addiction, c'est ce même circuit qui est en jeu, mais altéré soit par l'utilisation d'une substance qui augmente le plaisir, soit par un dysfonctionnement interne au cerveau qui dans ce cas-là ne fera pas le lien avec la récompense. Pour comprendre cette notion de récompense et de plaisir recherché dans l'addiction il faut avant tout comprendre que tous les êtres humains sont dotés de synapses par lesquelles les messages nerveux appelés neurotransmetteurs sont passés. Les messages envoyés aux cerveaux, dans le cas de l'addiction sont principalement la noradrénaline, la sérotonine etc. Chez une personne qui n'est pas atteinte d'addiction, le plaisir associé aux messages est immédiat et court. Dans l'addiction, ce plaisir associé est long et puissant du fait de l'habitude des neurones aux substances addictives ce qui leurs permettent de devenir de plus en plus tolérant. Pourtant dans l'addiction, tous les êtres humains ne sont pas égaux (Volkow et al., 2003).

² <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-addictions/>

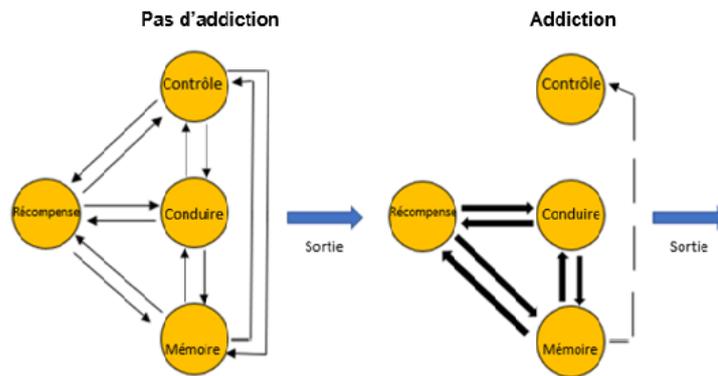


Figure 1: mécanisme des addictions (d'après Volkow, Fowler & Wang, 2003)

La figure ci-dessus résume le mécanisme de l'addiction. Il y a quatre circuits impliqués dans l'addiction : le contrôle, la récompense, la mémoire et l'action à conduire. L'ensemble des paramètres fonctionnent main dans la main et peuvent être modifiés au fil du temps. Quand il y a une addiction, les informations tournent entre la récompense, l'action à conduire et la mémoire. Il s'agit d'une boucle qui se répète et qui ne passe que très partiellement par le contrôle.

Il existe différents usages fait vis-à-vis des produits et/ou comportements. Pour l'addiction il s'agit de l'usage pathologique avec cette perte de liberté de s'abstenir. En effet, tous les individus ne consomment pas de la même façon (Rozaire et al., 2009).

- L'usage dit **récréatif** qui englobe les consommations qui sont faites de manière ponctuelle, avec des petites doses.
- L'usage **excessif** appelé aussi un abus, qui représente une consommation fréquente avec une dose plus élevée.
- L'usage **pathologique** qui correspond à l'inaptitude à affronter son addiction.

Classification des addictions

« Positives » vs. « Négatives »

Dans les addictions, on note des addictions dites « positives » et celles dites « négatives ». En effet, le concept d'addiction « positive » a été introduit par Glasser en 1985 après une longue étude qu'il a menée auprès de sportifs de haut niveau. La pratique sportive devient une addiction, appelée bigorexie, lorsque les individus dépassent l'ennui, la fatigue ou encore la lassitude. En

effet, ce sont des addictions comportementales tels que le sport ou encore la méditation qui procurent un plaisir immense aux individus. Cependant, ces addictions « positives » ont aussi des effets néfastes sur le corps humain, sur les plans physiologiques, physiques, sociaux et psychologiques. L'addiction au sport est dite « positive » car elle représente une activité positive pour le développement physique et psychologique, qui est un comportement habituellement bénéfique et recommandé (Puill, 2019). Pourtant, le sport peut entraîner des blessures, des pathologies traumatiques, l'épuisement physique et psychique mais aussi l'isolement des personnes, le mal-être ou la dépression (Tello et al., 2012).

Les addictions dites « négatives » sont définies comme des comportements dont on connaît les effets néfastes pour la santé en général. En effet, la société met en garde contre les ravages du tabac, de l'alcool et encore des drogues, il n'y a pas de recommandations en matière de consommation de drogue, tabac ou alcool, contrairement à l'activité physique. C'est un comportement que l'on sait mauvais pour chacun, entraînant de nombreuses pathologies, et nocif aussi pour l'entourage.

« Avec substance » vs. « Sans substance »

Il existe aussi des addictions « avec substances » et « sans substances ». Les plus étudiées sont celles « avec substances » comme l'alcool ou encore le tabac. Il s'agit d'une rencontre entre un individu et un produit. Dans la plupart des cas, les addictions se déclenchent dans des situations particulièrement fragiles, ainsi l'addiction va venir combler cette situation mal vécue par les individus. A côté de cela, on trouve les addictions dites « sans substances » regroupant les addictions aux jeux d'achats, aux jeux vidéo, au sport, au sexe, au travail... Ce sont des addictions comportementales qui ont des points communs avec celles « avec substances ». En effet, les addictions persistent tant que les facteurs de risques seront présents c'est-à-dire que l'individu continuera son comportement ou sa consommation malgré les effets néfastes qu'il découvrira, mais aussi les conséquences de ces addictions (perte de contrôle) sur du long terme. Cependant, les différences concernent la dangerosité de ces addictions. En effet la consommation de substances peut avoir de graves conséquences dès l'expérimentation (conséquences neurocognitifs, somatiques) tandis que pour les addictions comportementales « avec substance » et « sans substance », les cas sont beaucoup plus rares (Inserm, 2014).

« Licite » vs. « Illicite »

Enfin, on fait la distinction entre les addictions dites « licites » et celles « illicites ». Celles qui sont licites voient leur consommation et leur vente autorisées en France, bien qu'elles soient

soumises à des réglementations (interdiction de vendre de l'alcool et de tabac aux mineurs). Celles dites « illicites » voient leur consommation, la vente, la production ainsi que la détention interdite par la loi ce qui est le cas pour le cannabis, la cocaïne, ou encore l'héroïne.

	Positive	Négative	Avec substance	Sans substance	Licite	Illicite
Alcool		X	X		X	
Tabac		X	X		X	
Bigorexie	X			X	X	
Cocaïne		X	X			X
Achats	X			X	X	
Opiacés		X	X			X
Cannabis		X	X			X
Ecrans	X					
Travail	X			X	X	

Tableau 1: récapitulatif des addictions

1.1.2. Prévalence et états des lieux

Le rapport publié par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT, 2009) nous donne les derniers chiffres concernant la prévalence des addictions en France.

L'alcool et le tabac qui sont des substances dites « licites », « avec substances » et « négatives » sont les addictions les plus répandues en France. L'alcool est la première substance consommée, cependant son usage n'est pas forcément quotidien. En France, on note que 10% de la population boit quotidiennement de l'alcool c'est-à-dire environ 5 millions de personnes. La consommation d'alcool est considérée comme importante à partir de 36 grammes d'alcool pur chez l'homme et 24 grammes d'alcool pur chez la femme par jour ce qui représente 3 verres standard par jour. La France se place au 13^{ème} rang européen avec une prévalence de 33% de personnes qui s'alcoolisent régulièrement.

Concernant le tabac, son usage est généralement quotidien et on dénombre 27% des adultes qui fument tous les jours soit environ 13 millions de personnes, âgées entre 11 à 75 ans. La France a toujours eu un niveau très élevé concernant la prévalence du tabagisme si on la compare aux pays européens. Cependant, on note une diminution de cette consommation par les jeunes depuis 2004 et chez les adultes depuis 2006. On compte 36 millions de fumeurs au total, et cela représente la première cause de mortalité évitable selon l'institut national de prévention et

d'éducation pour la santé (INPES). La France se classe alors au 61^e rang mondial sur les 182 pays pour un classement du consommateur le plus important.

Les médicaments psychotropes sont utilisés par un Français sur 10, en effet ils utilisent principalement des anxiolytiques. Cette consommation est plus fréquente chez les femmes. Ces anxiolytiques permettent de diminuer les troubles liés à l'anxiété et au stress. On dénombre 72 000 décès par overdoses en 2017. On dénombre en 2017, qu'un jeune sur cinq âgé de 17 ans aurait déjà consommé des médicaments. Le cannabis, substance « illicite » en France, reste le produit le plus consommé avec 18 millions de consommateurs. En Europe, les jeunes sont les plus réguliers consommateurs. Pourtant, on note une diminution des consommations occasionnelles (expérimentations). En effet, de nos jours 4 adolescents sur 10, âgés de 17 ans se disent expérimentateurs, tandis qu'en 2002, on observait 50% des adolescents. Cet usage augmente chez les adultes liés parfois au vieillissement des générations ayant consommé du cannabis dans leur jeunesse. Cela représente environ 900 000 consommateurs quotidiens.

La cocaïne est le deuxième produit « illicite » à être fortement consommé avec environ 2,1 millions usagers dans une année. La cocaïne est suivie ensuite par l'ecstasy, et la MDMA. La consommation de cocaïne a augmenté d'année en année, en effet, les usagers étaient 0,3% en 2000 puis 1,6% en 2017. On remarque que la consommation de ce produit n'est plus uniquement réservé aux personnes aisées (OFDT, 2019).

A présent, à côté des addictions dites « avec substances », on note l'apparition d'addictions à internet, au sport, au sexe, et encore au travail. Peu d'études ont été réalisées sur ce sujet, mais on estime à 5% de la population qui pourrait être touchée par ces nouvelles addictions. En juin 2018, l'OMS a reconnu comme maladie l'addiction au jeu vidéo (OMS, 2018).

L'OFDT a réalisé une enquête nommée Escapad, afin de recenser des données concernant les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis et l'évolution de celles-ci au fil du temps. Nous pouvons voir que les expérimentations, l'usage quotidien et l'usage intensif du tabac est en baisse. En effet, on passe de 77,6% d'expérimentateurs en 2000 à 70,7% en 2008 et de 11,9% d'usagers intensifs en 2000 à 7,7% en 2008. L'usage du cannabis est aussi en baisse et cela à partir de 2003 avec 3,2% d'usagers quotidiens en 2008. L'alcool a observé une baisse concernant les usagers réguliers après une hausse en 2003. Pourtant le taux d'ivresse est en augmentation depuis 2003.

Comme dans de nombreux pays, on observe un développement des drogues et des addictions. Certaines substances qui faisaient partie des plaisirs des milieux aisés, deviennent actuellement abordables pour un plus grand nombre ce qui multiplie alors les consommations. De plus, Il y a depuis plusieurs années, un alignement des modes de consommation en fonction du sexe. En effet, les comportements des jeunes filles rejoignent ceux des garçons, qui étaient depuis toujours des consommateurs plus réguliers (Dupuy et al., 2009; Lambrette, 2014).

1.2. Facteurs de risques

L'addiction est une répétition de consommation et d'actes chez des personnes fragiles. Il existe différents facteurs de risques dans le processus des addictions. Cette vulnérabilité entraînera des conduites addictives sévères.

Trois principaux facteurs d'apparition de l'addiction ont pu être mis en avant dans la littérature : les caractéristiques personnelles (âge, sexe, traits de personnalité, etc.), l'environnement socio-culturel (éducation, influences sociales, etc.) et la substance (degré d'addictogène).

Une phrase d'Olivenstein (1973) dit que « *la toxicomanie est la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'une circonstance ou d'un moment culturel* ». Dans cette citation on observe alors que l'auteur parle des effets somatiques et facteurs de risques multiples.

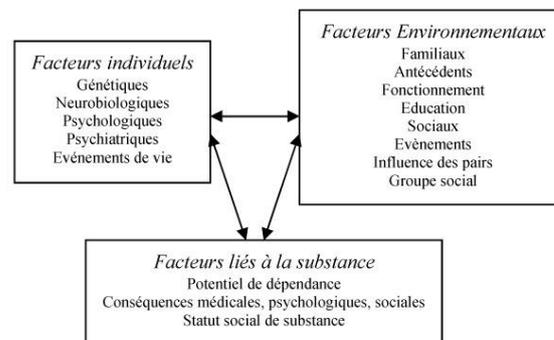


Figure 2:Facteurs de risques des addictions (Rozaire, Landreat, Grall-Bronnec, Rocher & Vénisse.2009)

2. Conséquences des addictions

L'ensemble des addictions et des pratiques abusives ont des répercussions fortes sur différents aspects de l'individu. Ces conséquences, à court et long terme, peuvent varier en fonction de la substance consommée, la quantité, la durée, la fréquence, ainsi que le niveau d'addiction de l'individu. On parle alors de conséquences physiologiques (e.g., libération de dopamine et de sérotonine), physiques (e.g., cancer, maladie cardiovasculaire), sociales (e.g., isolement,

précarité, délinquance), cognitives et psychologiques (e.g., démence, troubles de la mémoire, anxiété). Dans le cadre de notre recherche, nous allons nous intéresser exclusivement aux conséquences psychologiques.

Pour commencer, nous savons que les conséquences cognitives ne sont pas à négliger concernant les addictions. L'étude réalisée par Zuccala et al (2001) montre que 19 % des hommes consommant au moins un litre de vin par jour et des femmes un demi-litre de vin par jour présentent des troubles cognitifs (démence, amnésie, delirium). La démence est de plus en plus récurrente dans le mécanisme des addictions car la plupart des substances mais particulièrement l'alcool favorise les lésions cérébrovasculaires et baisse la réserve cognitive. Des troubles de la mémorisation sont alors fréquents. De plus, la consommation excessive d'opiacés diminue la capacité cognitive et peut modifier de manière inappropriée les réponses fournies par les individus. En ce qui concerne les stimulants (amphétamine, etc...), cela va provoquer des désagréments au niveau de l'activation fonctionnelle (Lundqvist, 2010).

De nombreux auteurs ont réalisés des recherches concernant les conséquences psychologiques et cognitives des addictions. Ceux-là s'accordent pour dire qu'il existe de nombreux syndromes communs entre les différents produits.

L'un des symptômes psychologiques les plus fréquents décrits est l'anxiété chez les patients traités pour des addictions. Nubukpo (2012) a révélé chez les sujets âgés alcooliques, des traits majeurs d'anxiété ainsi que des épisodes dépressifs. Du fait de cette anxiété, les tendances suicidaires sont fréquentes chez ces patients et font l'objet d'une prise en charge appliquée. Nous savons également que l'augmentation de la consommation de la substance addictive multiplie les tendances suicidaires par 7 chez l'adulte.

Lorsque l'on évoque les dommages psychologiques nous parlons aussi d'hallucinations, d'angoisse, de tristesse, de panique, de stress, de conflits, de difficultés à se concentrer, des troubles du comportement et de confusion mentale chez les sujets présentant un syndrome de dépendance (Adès, 2010; Lançon & Cohen, 2010).

Par ailleurs, chez les sujets atteints d'addiction, l'estime de soi est entravée par cet abus de substance et/ou du comportement addictif. On note que 75,5% des patients ont une faible estime de soi, ce qui pourrait être à cause de l'addiction mais ce qui pourrait être aussi la cause de l'entrée dans l'addiction (Samuels, 1974). L'estime de soi est primordiale et majeure afin de se

construire une vie saine, pourtant elle est généralement dégradée chez ces patients. La vie de ces individus est souvent remuée par l'ensemble des conséquences néfastes de leur addiction (justice, maladies, séparation, dettes...), ainsi l'estime d'eux même, mais également la perception de leur qualité de vie est faible. La qualité de vie est un élément essentiel du bien-être général des individus et elle est liée à la santé. Cette notion, qui s'applique principalement à la santé, s'intéresse beaucoup aux patients atteints de maladies chroniques car, comme nous le savons, elles peuvent impliquer une invalidité avec des conséquences graves dans la vie quotidienne (Baumann & Briançon, 2010).

La plupart des patients relatent une perception de leur qualité de vie inférieure aux personnes non-addictes (Smith, 2003; Rudolf & Watts, 2002). Leur qualité de vie perçue peut évoluer au fur et à mesure du temps ainsi ils pourront retrouver du sens, et retrouver leur place dans l'existence, le contexte culturel et la société en générale. Dans les addictions, les patients expriment un besoin de changer et améliorer cette qualité de vie qu'ils perçoivent négativement.

L'anxiété, la santé physique, émotionnelle et psychologique ainsi que la consommation de substance sont associés à une perception plus faible de la qualité de vie des personnes (Colpaert et al., 2013).

3. Les prises en charge

Selon le type d'addiction, il existe différentes techniques, différentes approches, pour traiter les patients. Les prises en charge peuvent alors se compléter. Le but de la prise en charge est de pouvoir garantir aux patients un traitement permettant une amélioration ou un soulagement dans la maladie. La prise en charge constitue une préoccupation constante de l'ensemble des professionnels de santé.

Dans le processus de soin des patients il est nécessaire que chaque prise en charge soit individuelle afin de créer la planification de différents objectifs. Le but des prises en charge individuelles et spécifiques est de soigner plusieurs aspects de la maladie du patient afin que le traitement soit bénéfique et complet. Les familles sont également conviées à s'impliquer dans le soin afin d'accompagner positivement le patient. En plus de ces prises en charge, le personnel soignant prescrit des médicaments qui sont nécessaires pour soigner les symptômes des addictions (Laqueille & Liot, 2009). Enfin, des groupes de paroles sont conseillés aux patients car ils permettent de mettre en avant le soutien, l'entraide, l'échange avec d'autres patients vivant des expériences similaires (Cassen & Delile, 2007).

3.1. Mise en place de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'éducation thérapeutique est de nos jours de plus en plus utilisée et mise en place dans les centres de soins. L'OMS définit l'ETP ainsi : « *L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçu pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie* ».

Dans le cas de cette pathologie, il est particulièrement nécessaire pour les patients de bénéficier d'un accompagnement supplémentaire grâce à l'ETP (Guillemot, 2014). L'ETP a pour but de faire comprendre au patient sa maladie, ses traitements et son utilité, mais aussi comment retrouver une meilleure qualité de vie, apprendre à vivre avec les séquelles de la maladie, mettre en place des solutions pour lutter contre l'isolement et améliorer positivement son estime de soi. Il va assimiler la notion de maladie chronique et va pouvoir se projeter dans la vie future sans l'addiction et savoir repérer les situations à risque pour d'éventuelles rechutes. Autre élément indispensable, l'ETP va lui permettre d'être capable de s'adonner à une activité physique, créative ou artistique c'est-à-dire trouver des outils afin de reprendre sa vie en main.

D'après une étude publiée en 2016, grâce au programme d'ETP le patient pourra alors être capable d'acquérir de nombreuses compétences telles que (Tribonnière et al., 2016) :

- Connaître sa maladie et savoir définir la notion de maladie chronique pour sa maladie
- Savoir à quoi lui est utile son traitement et pourquoi il le prend
- Prévenir les risques infectieux
- S'engager activement dans une activité physique, créative ou récréative
- Se réapproprier les habitudes quotidiennes comme l'hygiène corporelle
- Savoir identifier les situations à risque
- Améliorer son estime de soi
- S'engager dans le retour à la maison
- S'engager dans une vie sociale (associations, groupe de parole...)
- Parler de sa maladie

On qualifie les compétences acquises par le patient de compétences d'auto-soins (autosurveillance, soulager ses maux) et les compétences d'adaptation (se connaître, gérer ses émotions et son stress).

3.2. Activité Physique Adaptée (APA)

L'APA est décrit par le ministère de la santé³ comme « *la pratique dans un contexte d'activités du quotidien, de loisirs, de sports ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires* ». La pratique d'une APA a pour objectif principal de permettre au patient de reprendre un mode de vie sain et physiquement actif. Ainsi, cela réduit « *les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte* ». A côté de cela, l'APA peut être pratiqué dans un but de réhabilitation, d'insertion sociale ou encore de prévention et de promotion de la santé.

3.2.1. Recommandations en terme d'APA

Comme nous avons pu le voir dans sa définition, l'APA utilise les pratiques corporelles dans le but d'améliorer la santé des personnes malades, en situation de handicap ou vieillissantes. L'APA est reconnue et développée maintenant dans les centres hospitaliers, les centres de rééducation, les EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ou encore les centres spécialisés.

On sait déjà que la sédentarité est beaucoup trop présente car elle peut être le 4^{ème} facteur de mortalité au monde. Elle provoque aussi énormément de conséquences néfastes comme des cancers du colons, du sein, du diabète ainsi que des maladies cardiaques (Bacquaert, 2016). Il faut éviter au maximum d'être sédentaire et suivre les recommandations faites par l'OMS. ⁴ Ces recommandations ont pour but premier d'améliorer l'endurance cardio respiratoire, l'état musculaire et osseux, et de réduire le risque de maladies non transmissibles, de dépression et de détérioration de la fonction cognitive.

Les recommandations que l'on vient donc d'aborder sont (OMS, 2010) :

- 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée par semaine
- 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue par semaine
- Combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/30/2016-1990/jo/texte>

⁴ <https://www.irbms.com/les-bienfaits-de-lactivite-physique-adaptee/>

- Des exercices de renforcement musculaire doivent être pratiqués au moins deux jours par semaine.

3.2.2. Addictions et APA

Chaque addiction va être différente et va se manifester de manière propre à chaque individu. Des études expérimentales et cliniques menées ont pu prouver de nombreux bénéfices à l'APA sur les personnes addictes (Underner et al., 2016; Bernard, 2014). En effet, les interventions en APA complétées par une prise en charge pluridisciplinaire, c'est-à-dire avec les kinésithérapeutes, les psychologues, les aides-soignants, les nutritionnistes etc., vont permettre d'accompagner les patients dans leur réinsertion sociale. Les prises en charge en APA sont individualisées en fonction de différents facteurs propres à chaque individu comme la motivation des patients, la nature de leur addiction ainsi que leur atteintes psychologiques, physiologiques et physiques (Bouricha et al., 2015).

L'APA va en premier lieu agir sur les voies de récompenses, c'est à dire qu'elle va procurer du plaisir et du bien-être à la personne. Les sensations ressenties lors de la pratique de l'activité physique vont alors être assimilées au plaisir de consommer une substance ou de se comporter d'une façon particulière en cas d'addiction comportementale.

L'APA va agir sur le plan psychologique car elle va émettre du positif sur la santé psychologique. On entend alors par là une augmentation de l'estime de soi, une diminution de l'anxiété et des états dépressifs. On note aussi que l'APA à un effet anti-dépresseur (Abrantes et al., 2011; Nguyen-Xuan et al., 2020). Ces phénomènes s'expliquent par une sécrétion importante d'endorphine (lutte contre la douleur), de sérotonine (bien-être) et la noradrénaline (excitation, vigilance, apprentissage). De plus, l'APA va agir de manière positive sur la mémoire et l'attention des patients atteints de troubles cognitifs (Cammissuli et al., 2018; Nock et al., 2017).

On remarque aussi que l'APA augmente le taux d'abstinence des patients atteints d'addiction (Hallgren et al., 2017; Linke & Ussher, 2015). Cela permet aussi de favoriser l'amélioration de paramètres physiques tels que la force, l'endurance ou encore la puissance physique (Giesen et al., 2015).

Généralement les personnes atteintes d'addictions ont beaucoup de difficultés à prendre plaisir dans des activités et sont démotivées. Elles ont des problématiques concernant la vision de leur corps et de leurs capacités physiques ce qui peut les restreindre dans leur engagement dans une APA. Les professionnels en APA (enseignant en activité physique adaptée EAPA) vont faire en sorte que les patients prennent goût et s'épanouissent dans la pratique de leur activité sportive.

Dans le tableau ci-dessous, sont présentées des catégories d'activités proposées pour les patients atteints du syndrome de dépendance. Ces activités sont conseillées car elles participent au bien-être physique et moral des patients (Tableau 2).

Activités	Aérobic	Résistance	Collective ou individuelle	Equilibre	Nature	Relaxation
Pourquoi ?	Bénéfices cardiovasculaire et respiratoire	Améliore la force et la puissance musculaire	Permettre l'engagement dans les relations sociales	Souvent perturbé	Recherche de sensations à risques	Se recentrer sur soi et prendre conscience de son corps

Tableau 2 : Catégories d'activités pour la pathologie addictive (Laplanche, Roche & Seven, 2016).

Grâce au projet thérapeutique établi avec le centre, l'APA permet d'améliorer la qualité de vie des personnes. Il est important de pratiquer une activité physique régulière car c'est un déterminant majeur de l'état de santé à tous les âges de la vie. L'APA agit sur la santé physique mais également sur la santé mentale notamment grâce à son implication positive dans différents processus cognitifs et psychologiques. En effet, l'APA influence positivement différents paramètres tels que l'estime de soi grâce à une évaluation positive des compétences physiques, en contribuant à la diminution du stress ainsi qu'un contrôle des émotions négatives et/ou positives.

4. Estime de soi, activités physiques et addictions

4.1. Concept de l'estime de soi

4.1.1. L'estime de soi

Comme nous avons pu le voir précédemment, les conséquences d'un comportement addictif se situent dans la perception de soi et de l'auto estime de soi globale que les individus vont pouvoir ressentir.

L'estime de soi est un processus dynamique, c'est-à-dire qu'il peut être modifié par différents événements mais aussi tout simplement par l'âge et par des critères sociaux. Elle est définie par Rosenberg (1979) comme « *l'attitude, plus ou moins favorable, qu'à chaque individu envers lui-même, le respect qu'il se porte, le sentiment qu'il a de sa propre valeur en tant que personne* ». Ce concept met en avant l'image positive ou négative que va pouvoir ressentir un individu envers lui-même (Fourchard & Courtinat-Camps, 2013). De plus, les scientifiques ont démontrés qu'avoir une estime de soi négative entraîne de nombreux troubles, tels que des troubles d'anxiétés et dépressifs (Guédeney, 2011).

De nombreuses théories ont été réalisées sur le concept de l'estime de soi, d'un côté une approche unidimensionnelle introduit par Rosenberg (1979) où il est question d'une vision générale de ce que l'individu peut ressentir envers lui-même et d'un autre côté une approche multidimensionnelle avec des éléments comme le soi physique, social, relationnel et cognitif. La théorie multidimensionnelle englobe deux composantes qui vont contribuer à la participation de la construction du concept de l'estime de soi : la connaissance de soi et l'idéal de soi (Ninot, Delignières & Fortes, 2000).

La connaissance de soi tout d'abord, il s'agit des perceptions et des évaluations des compétences propre à l'individu. On parle de jugements conscients ou inconscient envers sa propre personne. L'idéal de soi est défini comme ce que l'individu aimerait être. Ce deux éléments réunis forment l'estime de soi qui va donc prendre en compte ce que l'individu pense de la différence entre ce qu'il est et ce qu'il aimerait être. L'estime de soi des individus est considéré comme « *la composante évaluation et affective du concept de soi* » (Doré, 2017), c'est-à-dire la divergence entre l'image de soi et l'idéal de soi.

L'estime de soi, vue dans sa globalité permet de prendre en compte l'ensemble des perceptions de l'individu qu'il se fait de lui-même. Le modèle hiérarchique (figure 5) permet de comprendre les liens qu'ils existent entre les perceptions de l'individu concernant un sous domaine et les perceptions globales. Ce qui est très intéressant dans ce modèle, c'est que les relations vont fonctionner de telle sorte qu'un sous domaine peut influencer l'estime de soi globale, mais l'estime de soi globale influence également un sous-domaine. On parle alors de relation « *ascendante ou descendante* » (Ninot, Delignières & Fortes, 2000). Fox & Corbin (1989) ajoutent que l'estime de soi globale est un élément plus « *stable et indépendant des évènements*

de vie », tandis que les sous-domaines sont facilement variables. Ils vont s'adapter et évoluer par rapport aux événements que va vivre l'individu dans sa vie.

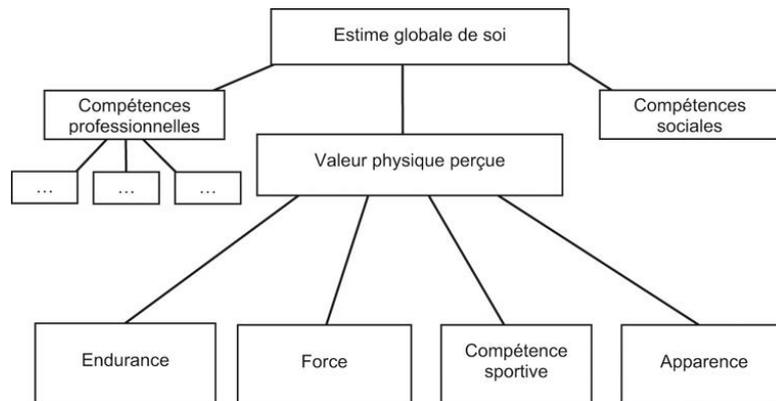


Figure 3: Modèle hiérarchique (Fox et Corbin, 1989)

L'estime de soi lorsqu'elle est perçue de manière positive va permettre à l'individu de se sentir bien psychologiquement et dans sa peau. L'individu va alors croire en ses propres choix et pourra alors les soutenir face aux autres. Il pourra également résoudre seul des problèmes sans se préoccuper des événements passés. Si l'estime de soi est forte, alors l'individu ne sera pas manipuler, il sera apte à aider les autres, respecter les règles établies et s'épanouir dans toutes activités qu'il souhaite entreprendre (Olson et al., 2008). A l'inverse, quand l'estime de soi est perçue négativement alors cela va engendrer des mal-être et des souffrances pour l'individu et va modifier son bien-être et sa santé psychologique. L'individu, placé dans ce cas de figure, ressentira de l'insatisfaction de soi, une hypersensibilité aux critiques et sera perpétuellement indécis. Il se sentira également coupable et n'osera donc pas s'investir dans des activités (Boduszek & Debowska, 2017).

Le concept d'estime de soi permet de construire la personnalité ainsi que le bon développement de l'équilibre psychique des individus, il est donc nécessaire de faire en sorte que les individus aient une bonne estime de soi. Aujourd'hui, l'estime de soi se travaille dans de nombreux domaine d'activités et c'est également le cas dans les activités physiques adaptés et santé (APAS).

4.1.2. Les facteurs influant sur l'estime de soi

Chaque individu à sa propre estime de soi mais on ne naît pas avec un niveau défini d'estime de soi. L'estime de soi est un concept qui peut varier c'est-à-dire que les individus peuvent augmenter ou diminuer leur niveau d'estime de soi tout au long de leur vie. On peut alors

regrouper sous deux dimensions les facteurs pouvant influencer l'estime de soi des individus : les facteurs environnementaux et les facteurs cognitifs (André & Lelord, 2011).

Les facteurs environnementaux s'apparentent au contexte. En effet, les événements vécus par l'individu vont influencer son estime de soi de manière positive ou négative. Les circonstances de ces événements vont créer chez l'individu des perceptions de lui-même. A côté de cela, nous pouvons aussi ajouter l'entourage, c'est-à-dire les relations sociales qui entourent l'individu, par exemple, si un enfant reçoit peu de compliments, d'encouragements et de félicitations de ses parents, cela peut engendrer chez lui une perte de confiance en soi et donc diminuer son estime de soi. Les facteurs environnementaux comprennent la manière dont l'individu va se comporter pour résoudre les problèmes qui se posent à lui, ainsi il se sentira plus ou moins compétent. De plus, les éléments tels que le genre, la situation parentale, l'établissement fréquenté, la qualité des relations qu'entretiennent les individus ainsi que l'appartenance à un groupe social va pouvoir influencer significativement l'estime de soi des individus (Raobelle et al., 2019).

Nous savons également que d'autres paramètres peuvent influencer l'estime de soi et ce, dès le plus jeune âge :

- Une estime de soi faible des parents
- L'ambivalence
- La surprotection de l'entourage
- Le laisser-faire de la part de l'entourage
- Les mots qui blessent.
- Les critiques constantes des proches et des amis.

4.2. Estime de soi et addictions

Maintenant que nous avons défini le concept d'estime de soi, nous allons observer ce concept dans le cas de patients atteints de troubles addictifs. En effet, nous savons que l'estime de soi est souvent altérée dans le cas des addictions et cela a été confirmé dans la littérature. L'estime de soi « *a une fonction adaptative et protectrice* » pour les personnes et le fait que cette estime de soi soit plus faible ne permet pas aux individus de s'adapter aux changements (Modrcin-Talbott et al., 1998).

D'après le DSM-IV, l'estime de soi permet de qualifier certains désordres psychiques comme l'addiction, ou encore la dépression, la boulimie, etc. Ce manuel ajoute, que l'on peut trouver une perturbation de l'estime de soi situationnelle et une perturbation de l'estime de soi chronique (American psychiatric association, 1994). Une diminution majeure de l'estime de soi

est une caractéristique grandement observée chez les patients pris en charge pour des addictions. C'est pourquoi la prise en charge de ces patients vont prendre en compte le fait de travailler sur les émotions, la redynamisation personnelle ainsi que la projection dans le futur (Le Claire, 2011).

Un étude de Schmit et al (2011) s'intéresse à la modification de l'estime de soi chez les personnes atteintes de troubles addictifs principalement aux jeux vidéo. Les résultats montrent que le score d'appartenance sociale et d'estime de soi sont inférieurs à la population qui ne présente pas de troubles addictifs. Les troubles addictifs impactent l'estime de soi et vont modifier les relations sociales apparaissant donc plus faible (Denoix & Thévenot, 2011) ou alors vont faire se tourner les personnes vers un milieu social avec une qualité de vie perçue comme plus faible. Les relations sociales sont coupées, principalement avec l'entourage proche telle que la famille ce qui procure aux individus une solitude extrême. Pourtant, dans le cas des jeux vidéo, cela permet aux personnes de se sentir appartenir à un groupe, on parle alors d'un score moyen « d'appartenance sociale ». Ce concept d'appartenance social est défini comme « *la perception d'une affinité entre l'identité et la situation d'un individu et celle d'une collectivité* » (Breton, 2002; Pilote, 2003).

Le concept d'idéal de soi, qui compose l'estime de soi, est largement observé dans l'addiction aux jeux vidéo. En effet, le monde virtuel permet aux personnes de se créer leur monde rêvé, avec leur avatar auquel il s'identifie et qui exprime leur « moi idéalisé ». De part cette observation, le lien avec l'estime de soi est évident. Les individus vont avoir une faible estime de soi globale mais celle-ci est comblée par leur avatar qui sont généralement des héroïnes.

La consommation de substances psychoactives diminue l'estime de soi chez les personnes présentant des troubles addictifs. Les liens entre la consommation et la diminution de l'estime de soi ne sont pas encore clairement défini, pourtant deux hypothèses sont émises. Tout d'abord, la consommation de substance pourrait permettre l'insertion sociale des individus, de plus la consommation permettrait de lutter et modifier les émotions négatives que provoque l'addiction telle que la dépression (Dorard et al., 2013).

De nombreuses études montrent le lien évident de cette modification de l'estime de soi après la mise en place de l'addiction. C'est-à-dire que le fait de consommer une substance induirait une diminution de l'estime de soi, quel que soit la substance (Fergusson et al., 1995; Oetting et al., 1998).

Une étude de Oubrayrie-Roussel et Safont-Mottay (2013) réalisée auprès de 2157 élèves de 11 à 20 ans, cherche à montrer le lien entre consommation d'alcool et de tabac et la diminution de l'estime de soi. Les résultats de cette étude montrent que les individus consommant de l'alcool régulièrement ont un score moyen du soi émotionnel et scolaire ainsi qu'un score total d'estime de soi globale inférieur aux individus ne consommant pas d'alcool. Les auteurs portent aussi leur attention sur le fait que les personnes consommant de l'alcool régulièrement montrent un faible contrôle émotionnel ainsi qu'un faible sentiment d'efficacité personnel et scolaire. Pour le tabac et la drogue, les observations montrent aussi une diminution de l'estime de soi pour les individus fumant 10 cigarettes par jours, principalement pour le soi émotionnel, scolaire et physique ainsi que le score total d'estime de soi. Pour finir, cette étude révèle deux aspects qui diminueraient l'estime de soi, en lien avec l'addiction : l'expression du mal-être et la dépressivité. Ce lien est confirmé chez les préadolescents au Québec (Laventure, 2020).

Une deuxième étude, de Kassel et al. (2007) montre auprès de 225 étudiants que les hommes dans une moindre mesure vont facilement vers les autres contrairement aux femmes. Pourtant, les deux genres restent anxieux. Toutes les consommations, excepté l'alcool sont associée à une faible estime de soi.

Les consommateurs de cannabis ont également une estime de soi globale inférieure à ceux qui ne consomment pas de cannabis (Dalleau, 2019). De plus, il est démontré que les personnes atteint d'addiction au travail ont une estime de soi plus faible du fait d'une recherche de la reconnaissance des autres et recherche de la réussite que le travail peut apporter (Limosin, 2008; Mj et al., 2009).

Cependant, d'autres auteurs nous montrent l'inverse, c'est-à-dire que l'estime de soi serait déjà altérée avant la consommation de substance et donc que la substance n'a pas d'influence sur la modification de l'estime de soi globale. En effet, une étude nous montre auprès d'élèves de premières et de terminales, que le score d'estime de soi et de trait d'anxiété serait déjà faible du moment où ils étaient non-consommateurs et du moment où ils deviennent consommateurs de tabac. On observe alors que les élèves gardent leur score d'estime de soi et de trait d'anxiété qu'ils soient devenus consommateurs ou non (Laure et al., 2005). C'est aussi le cas dans l'étude de Szinay et al. (2019) qui montre que le fait d'être fumeurs est plus élevé chez les personnes ayant une estime de soi plus faible, ce qui est aussi le cas pour l'addiction à l'alcool. En effet, une deuxième étude faite auprès de 217 hommes et 240 femmes a montré que les personnes atteintes d'addiction à l'alcool avaient une faible estime de soi, qui n'est pas déterminée par la consommation (Walitzer & Sher, 1996).

Les patients traités pour des addictions à la nourriture (addicts boulimique) ont une estime de soi faible, mais qui ne change pas, et qui diminue encore pour certain patient même après la perte de poids (Karcher & Cherikh, 2015). Cela signifie donc que le fait de perdre du poids n'a pas d'influence sur l'estime de soi globale et corporelle.

Cette hypothèse est aussi confirmée pour une addiction aux réseaux sociaux, dont la personnalité de l'individu ainsi que son degré d'estime de soi serait des déterminants de l'addiction (Nasr & Rached, 2015). La faible estime de soi et la dépression des individus en fin de carrière sportive, qui est un passage évident, peut induire une addiction. On suggère alors que c'est le fait d'avoir une faible estime de soi qui entrainer les personnes vers un comportement addictif (Volle & Sez nec, 2006).

Cette estime de soi est aussi diminuée sur des aspects d'estime de soi spécifique. En effet, les patients atteints d'addiction ont un faible l'estime de soi physique et une faible perception de leurs compétences sportives (Rochaix et al., 2017).

4.3. Estime de soi et APA

Un élément majeur de la prise en charge des addictions est l'intervention d'un programme d'activités physiques adaptées qui viserait à améliorer l'estime de soi des patients et modifier positivement l'image de soi (Ninot, Delignières & Fortes, 2000). Il existe un lien important entre l'image de soi ainsi que la perception du corps et l'estime de soi. En effet, ces éléments vont permettre d'influencer l'estime de soi globale des individus (Pfister et al., 2001).

Il apparaît qu'un programme d'activités physiques adaptées permettrait d'améliorer l'estime de soi grâce à une évaluation positive des compétences physiques. Chez les enfants, le fait que l'activité physique puisse modifier positivement l'estime de soi a pu être démontré, mais de façon moins évidente que chez adultes. En effet, l'activité physique améliore la perception de la compétence sportive, l'esthétique corporelle, la condition physique et la force physique (Biddle & Goudas, 1994). Cependant, nous savons également que même si un programme d'APA ne modifie pas les variables corporelles, cela tend à une amélioration de l'estime de soi globale (Société Française de Psychologie du Sport, 2010).

D'autres auteurs montrent une relation significativement positive entre la consommation d'alcool et l'activité physique. En effet, l'activité physique peut être considéré comme un facteur permettant de contrôler les addictions. De plus, elle contribue au bien-être général car

elle permettrait de diminuer le stress et modifier positivement le rapport au corps ainsi que l'environnement social (Ladner et al., 2016).

Les effets positifs de l'activité physique sur la santé mentale ne sont plus à démontrer, ce qui rend l'intervention en activité physique adaptée comme une psychothérapie afin d'améliorer la dépression, l'anxiété et l'estime de soi globale (De Matos et al., 2009).

Une étude réalisée auprès de 18 adultes, montre l'effet d'un programme d'APA durant 6 mois en mélangeant des activités aérobies et du renforcement musculaire. Les résultats récoltés indiquent une augmentation de l'ensemble des mesures c'est-à-dire le niveau d'activités physiques, les capacités physiques, l'estime de soi ainsi que la qualité de vie (Fuchs et al., 2018).

Chaque intervention en APA est différente, elle s'organise en fonction de la pathologie de l'individu, mais aussi de son âge, de ses motivations et de son état de santé mentale et général. C'est pourquoi, les professionnels peuvent mettre en place des activités différentes avec des intensités différentes (Ciangura et al., 2014; Lemoyne & Girard, 2018). Ainsi, un programme de marche et d'étirement auprès de 174 patients améliore positivement la condition physique et l'estime de soi physique et globale grâce à l'amélioration de la force et de l'auto-efficacité physique. En effet, dans l'estime de soi, tous les niveaux d'estime de soi sont améliorés à la fin de l'intervention APA (McAuley et al., 2000).

Pourtant d'autres auteurs indiquent qu'il n'y a pas de corrélation entre l'amélioration de la capacité physique, de la forme physique, la masse corporelle et l'apparence et l'amélioration de l'estime de soi globale dû à l'activité physique. Cela suggère que l'activité physique agit directement sur l'estime de soi de manière positive (Dishman et al., 2006; Mohammadi-nezhad, 2017).

Dans chaque intervention en APA, il est important de s'intéresser aux modalités permettant d'améliorer plus ou moins les concepts que nous évaluons. En effet, la durée, la fréquence, l'intensité sont des paramètres importants à prendre en compte. Nous savons que la quantité d'entraînement réalisé chez les enfants aura une corrélation significative avec le concept de soi physique (Coledam et al., 2014). Par exemple, il est montré qu'une pratique aérobie sur une durée d'un mois, à une intensité modérée, trois fois par semaine permet d'augmenter l'estime de soi globale ainsi que le sous-domaine du soi physique.

Nous savons que l'APA permet aux patients de trouver ou retrouver confiance en eux et aussi conscience d'eux (Coursier, 2017). En effet, la transformation de l'individu et son expérience acquise lors de la pratique d'une activité physique va lui permettre de prendre conscience de ses atouts et lui donnera des ressources pour relever des défis. L'APA va alors agir sur le sentiment de compétence grâce à ses réussites dans l'activité. Mais aussi sur le sentiment d'appartenance, car il pourra être amené à pratiquer dans un groupe et ainsi il apprendra à partager son espace et créer des relations sociales basées sur les mêmes valeurs. Il va alors se créer un climat de confiance avec les autres membres du groupe et l'enseignant. Enfin, l'APA va permet à l'individu de se connaître mieux car il va pouvoir savoir quelles sont ses ressources cognitives afin de gérer les situations qui se trouvent devant lui.

Il est nécessaire de prendre en compte tous les éléments lorsque nous travaillons sur l'estime de soi dans le cadre de l'APA. En effet, ce concept peut diminuer à cause de certains facteurs externes à l'activité (des relations conflictuelles, des mauvaises nouvelles...) mais également des éléments internes à l'activité comme des blessures qui vont bloquer l'amélioration de l'estime de soi dans ce domaine.

L'estime de soi est un facteur du bien-être général. Lorsque l'on s'intéresse au concept d'estime de soi nous nous posons également la question de la perception de la qualité de vie de ces patients.

5. Perception de la qualité de vie, activités physiques et addictions

5.1. Concept de perception de la qualité de vie

5.1.1. *La qualité de vie*

Le concept de perception de qualité de vie est un terme largement étudié de nos jours car il s'applique dans différents domaines de la société comme dans l'éducation (Bacro et al., 2011), la santé (Benamouzig, 2010), le monde professionnel (Tavani et al., 2014) mais aussi la vie quotidienne (Prouteau et al., 2009). Au début des recherches, la qualité de vie a été associée à l'environnement social et physique puis au travail. Au fur et à mesure, ce terme s'est étendu au milieu de la santé en raison des conséquences négatives que peut produire une faible perception de qualité de vie chez des patients ayant des troubles émotionnels (Mercier & Filion, 2006). Ce concept s'est également développé en France au regard de l'émergence des maladies chroniques, au vieillissement de la population générale ainsi qu'aux progrès de la médecine.

Ce concept de qualité de vie est défini par l’OMS comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social* », et est calculé en fonction du bien-être mental et physique perçu ainsi que du fonctionnement physique et social des individus dans leur vie quotidienne (Rubin & Peyrot, 1999). En 1994, l’OMS définit à nouveau la qualité de vie comme « *La perception qu’a un individu de sa place dans l’existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s’agit d’un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d’indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* »

Ainsi, les auteurs Patrick et Erickson (1996) font une distinction entre la qualité de vie et la qualité de vie liée à la santé et précisent que « *la qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, des blessures, les traitements ou les politiques de santé* ».

Ce concept de qualité de vie est dépendant des caractéristiques socio-culturelles des personnes. Tout le monde perçoit sa qualité de vie différemment en fonction de ses désirs, ses souhaits ainsi que ses buts qu’ils souhaitent atteindre.

En général, la qualité de vie englobe trois points principaux (Schalock, 1993) :

- Les sentiments de bien-être
- Les possibilités d’enrichir son potentiel
- Des sentiments d’environnement social positif

Les premiers modèles qui ont été publiés afin de prendre en charge la qualité de vie des individus se sont déroulés auprès des personnes atteintes de troubles intellectuels (Cormier et al., 1985; Robitaille, 1977). Dans ces différents modèles, nous pouvons voir que différents facteurs peuvent influencer la qualité de vie des patients. En effet, il existe des facteurs tels que l’autonomie, la productivité, l’intégration ainsi que la satisfaction (Borthwick-Duffy, 1992), mais aussi le bien-être psychologique et la perception des besoins et des habiletés (Brown et al., 2001). Ces facteurs sont des éléments de nature différente, c’est-à-dire qu’il existe des facteurs influençant la qualité de vie de manière subjective tels que la satisfaction ou encore le bien être psychologique. On parle dans un premier temps de satisfaction qui est définie comme « *la composante cognitive évaluative du bien-être* ». Cette satisfaction de vie résulte de la comparaison entre la vie actuelle d’un individu et la vie que celui-ci révérait d’avoir en prenant

en compte ses idéaux, ses valeurs ainsi que ses normes (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Le bien-être psychologique est défini par Diener (1984) comme « *une prédominance dans l'expérience consciente d'un individu, d'évaluation cognitives et émotionnelles positives, par rapport à la perception d'expériences négatives ou désagréables* ». Pour Ryff & Keyes (1995), ce bien-être psychologique englobe six dimensions différentes qui sont l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, la croissance personnelle, les relations positives avec autrui, les buts fixés dans la vie ainsi que l'acceptation de soi. Pourtant le notion de bien-être subjectif est également présente et cela se réfère d'avantage au fait que les individus vont ressentir des émotions agréables comme de la joie, du plaisir, un sentiment de satisfaction dans l'existence ainsi que peu d'affects négatives comme de la dépression, de la colère ou encore de l'anxiété (Andrews & Withey, 1976).

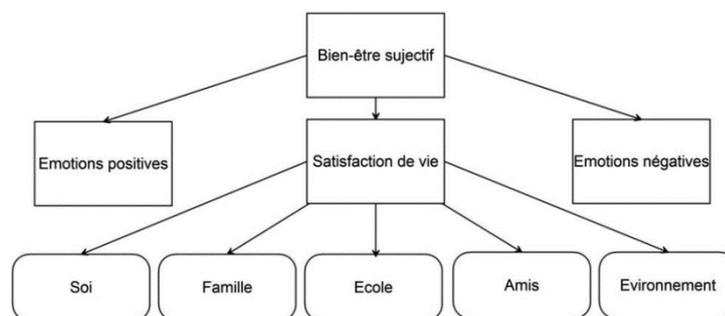


Figure 4: Modèle théorique du bien-être subjectif (Randolph, Kangas, & Ruokamo, 2009)

Mais il y a également des facteurs objectifs comme le revenu, l'environnement ou encore la santé. En effet, les ressources financières vont permettre d'améliorer la perception de la qualité de vie (Low & Molzahn, 2008), comme cela peut être le cas en Suisse et aux Etats-Unis avec les différences socio-économiques. Aux Etats-Unis l'accès aux soins est difficilement accessible à tous et cela génère donc des différences en termes de santé. Cette mesure de qualité de vie objective va prendre en compte les inégalités sociales tout le long de la vie (Kelly et al., 2006; Musschenga, 1994; Zimmermann-Sloutskis et al., 2012).

Enfin, d'autres facteurs sont interactionnels car il s'agit de l'adaptation de l'individu entre ses propres caractéristiques et celles qu'exigent l'environnement ou la perception de ses besoins et les ressources de l'environnement social.

En corrélation avec les facteurs influençant la qualité de vie des personnes, deux théories sont proposées afin de déterminer les facteurs responsables de la qualité de vie. En effet, certains auteurs indiquent que la qualité de vie s'associe au contrôle que peuvent avoir les personnes sur

leur vie (Zautra et al., 2006). Cette dimension s'intéresse aux évaluations des événements qui se déroule au fur et à mesure des jours, et suggère que le bien-être psychologique est associé à des aspects positifs de la vie quotidienne ainsi ce contrôle des événements est lié à l'humeur positive perçue et le plaisir (Reich et al., 1987). Les auteurs affirment qu'il existe « *une relation réciproque entre contrôle et états affectifs* », c'est-à-dire que les individus auraient tendance à ressentir du bien-être lorsqu'ils auraient un sentiment de contrôle. Tandis que d'autres pensent que celle-ci est l'équilibre entre les ressources personnelles et sociales et les besoins des individus ainsi que l'accomplissement de son rôle et les attentes de l'environnement dans lequel ils se trouvent (Bigelow et al., 1982). L'environnement permet de satisfaire chaque besoin des individus et ce même environnement impose aux individus une performance à réaliser avec ses propres capacités.

On associe souvent qualité de vie et bien-être, comme a pu le montrer l'INSEE avec une étude permettant de faire le lien entre la satisfaction de vie des individus et ses revenus, sa santé, son logement, ses liens sociaux, son travail ainsi que son insécurité physique perçue (Godefroy & Lollivier, 2014). Pourtant, la notion de qualité de vie peut avoir des conséquences importantes sur le comportement des individus. En effet, on remarque qu'une qualité de vie perçue négativement au travail impactera l'implication, l'identification de la personne mais aussi sa performance et augmentera son envie de partir (Levet, 2013).

5.1.2. Les facteurs influant sur la qualité de vie perçue

De nombreux facteurs influencent la qualité de vie des personnes. On regroupe ces facteurs sous deux catégories, d'un côté les facteurs socio-démographiques et de l'autre les facteurs appartenant au mode de vie et aux différents comportements des individus.

Le genre des individus va influencer la qualité de vie. En effet, les femmes pensent avoir une qualité de vie inférieure à celle des hommes du fait d'une situation moins favorable au travail. Cette différence s'explique également par l'implication des femmes dans des familles monoparentales, et d'une participation moindre aux activités de loisirs et personnelles (Carothers & Reis, 2013; Insee, 2017; Lahfa et al., 2015). En terme de satisfaction de vie, les femmes considèrent qu'elles sont plus faibles (Albouy et al., 2012). L'âge est également un facteur influençant la qualité de vie des individus car on observe dans la littérature que la qualité de vie est principalement étudiée chez les personnes âgées (Anesm, 2018; Compagnone et al., 2007; Kondratowitz et al., 2003). Cela suggère que la qualité de vie peut alors diminuer avec l'âge. Cette différence de qualité de vie s'explique par une limitation des personnes âgées dans

les activités physiques, une limitation de l'état physique et psychique, l'apparition de douleurs physiques et une faible santé perçue (Leplège et al., 2001; J. Ware et al., 1996). La situation familiale peut avoir des répercussions sur la qualité de vie. En effet, on remarque que les personnes vivant seules ont une qualité de vie plus faible que les personnes vivant accompagnées. De plus, les personnes ayant à charge des enfants porteurs d'un handicap ont une qualité de vie également plus faible (Rattaz, 2016). Enfin, on note d'autres facteurs influençant la qualité de vie tels que la catégories socio-professionnelle (études, diplôme...), l'origine ethnique et le lieu de résidence (Boudigou et al., 2000; Leplège et al., 2001).

A côté de ces facteurs socio-démographiques, il y a les facteurs appartenant au mode de vie des individus comme la pratique d'une activité physique qui permet d'améliorer significativement la qualité de vie (Morimoto et al., 2006). Mais également le fait d'être en obésité ou en surpoids qui est associé à une moins bonne qualité de vie (Griffiths et al., 2010). Il est montré dans une étude de Yaghoubi et al. (2012) que l'apparition d'une maladie peut modifier la qualité de vie. En effet, les maladies cardiovasculaires, le diabète ainsi que l'addiction sont des maladies qui peuvent réduire la perception de la qualité de vie du aux différents symptômes que ces maladies engendrent et aux soins et traitements que la personnes doit suivre (Rudolf & Watts, 2009).

5.2. Perception de qualité de vie et addiction

Comme nous avons pu le constater depuis le début de ce travail, les addictions ont des conséquences très néfastes sur l'organisme cependant ce sont des maladies évitables. Plusieurs facteurs permettent de connaître l'engagement des personnes dans différentes addictions, et les professionnels de santé s'intéressent à la perception de la qualité de vie des patients associés aux différentes addictions.

Pour commencer, nous savons que les patients tabagiques expriment avoir ont une faible qualité de vie perçue ainsi qu'une plus forte dépression. De plus, ces personnes ont moins de chance de réussir à arrêter leur consommation (Goldenberg et al., 2014). Une étude réalisée au Brésil a permis de fournir de nombreux éléments sur l'addiction au tabac et son lien avec la qualité de vie. En effet, avec les 980 personnes vivant dans des zones urbaines inclus dans cette étude, les auteurs ont pu remarquer que les fumeurs avaient un score inférieur pour la participation social et l'intimidité comparé aux non-fumeurs. De plus, les fumeurs avec une dépendance plus élevée ont plus de peur et d'inquiétude au sujet de la mort contrairement aux fumeurs moins réguliers. On remarque aussi que les anciens fumeurs ont un score positif concernant la santé psychologique (Viana et al., 2019). Nous pouvons suggérer sur le fait d'être fumeur induit un

faible score concernant la qualité de vie. Pourtant, une deuxième étude, cette fois-ci réalisée auprès de 150 fumeurs et non-fumeurs au Népal, n'a pas pu montrer de corrélation entre le fait d'être tabagique et la qualité de vie. Les auteurs suggèrent d'observer également les facteurs sociodémographiques car il s'est avéré que le genre masculin avait généralement une meilleure qualité de vie perçue que le genre féminin (Sagtani et al., 2019). Pour appuyer cette étude, Callinan et al. (2019) montre que les femmes influencées à consommer de l'alcool par leur conjoint, devenues addictes à l'alcool, ont une qualité de vie perçue plus faible ainsi que des symptômes d'anxiété et de dépression, que les femmes ne consommant pas d'alcool et n'étant pas influencées par leur conjoint.

En prenant également en compte les caractéristiques biologiques, cliniques, le style de vie et socio-économiques, on observe que le statut de tabagique influence la qualité de vie. Cependant, il a aussi démontré que ce sont les caractéristiques associées à l'addiction qui vont faire diminuer la qualité de vie perçue par exemple le fait d'être diagnostiqué d'un cancer du poumon, en effet l'annonce de la maladie diminue par 5 le score de qualité de vie entre fumeurs et non-fumeurs (López-Nicolás et al., 2018).

La consommation d'alcool génère aussi des modifications du score de qualité de vie. Au-delà de l'ensemble des conséquences présentées auparavant concernant les addictions, nous pouvons voir qu'un traitement visant à réduire l'alcoolisme provoque de nombreux bénéfices physiques (diminution pression artérielle systolique) et va également augmenter significativement la qualité de vie des patients (Witkiewitz et al., 2018). Il est donc observé que le fait d'arrêter la consommation d'alcool permet d'augmenter sa qualité de vie et sa santé physique. Chez les étudiants consommateurs d'alcool, on observe que pour la plupart leur état de santé émotionnel a diminué en même temps que leur qualité de vie comparé aux étudiants qui ne consomment pas d'alcool (Sawicki et al., 2018). Enfin, toujours concernant l'alcool, on observe aux Etats-Unis un changement radical du mode de vie. Les adultes sont de plus en plus influencés par la culture populaire qui semblerait montrer des effets positifs de l'alcool avec des activités sociales riches et une meilleure qualité de vie. Cependant, en passant le test du Behavioral Risk Factor Surveillance System, les auteurs observent que les buveurs sont susceptibles d'avoir 14 jours de santé physique et mentale négative, comparé aux non-buveurs (Okoro et al., 2004).

Les drogues illicites peuvent induire des modifications de la qualité de vie, de plus que le cannabis est la drogue la plus consommée dans le monde. Une enquête a été menée auprès de 43 093 personnes et grâce au questionnaire SF-12, le recueil des données concernant la qualité de vie perçue des individus a pu être analysé. On note alors une faible qualité de vie chez les

consommateurs de cannabis en général et principalement chez les femmes. Les auteurs affirment donc que la consommation de cannabis est associée à une qualité de vie perçue plus faible (Lev-Ran et al., 2012). Pour confirmer cette étude, la réduction de la consommation de cannabis pourrait donc jouer les effets inverses sur la qualité de vie et la santé mentale des individus. En effet, une amélioration de la qualité de sommeil ainsi qu'une réduction de l'anxiété, de la dépression a été observé chez les patients du groupe sans cannabis (Hser et al., 2017).

Chez les consommateurs réguliers de cocaïne, les scores de qualité de vie sont modifiés par différents facteurs, ceux socio-démographiques, médicaux ainsi que le mode de consommation. En effet, on note que la gravité de l'addiction va modifier négativement la qualité de vie, cependant, ce sont les hommes qui déclarent avoir une moins bonne qualité de vie. De plus, les femmes ayant eu des soucis médicaux, tel que l'alitement déclarent avoir une qualité de vie inférieure aux autres consommatrices (Lozano et al., 2008). L'addiction à la cocaïne, mais également aux autres drogues illicites va modifier négativement la qualité de vie des personnes et ceci est lié aux différences de consommation (quantité, mode de consommation).

Les effets négatifs des addictions influencent significativement la qualité de vie, et ceux, même lors d'addictions comportementales. En effet, l'addiction a internet provoque une modification de la qualité de vie individuelle et familiale (Lejoyeux et al., 2004). L'addiction au jeu pathologique a été analysée également avec 90 sujets répartis en 3 groupes. Un groupe de 30 personnes ayant une addiction au cannabis, 30 ayant une addiction au jeu et 30 personnes sans addiction. Il ressort de cette étude que les deux groupes avec des addictions différent du groupe sans addiction au niveau du tempérament, du caractère et également de la qualité de vie qui est plus faible (Parola, 2010).

Dans l'ensemble des addictions, nous pouvons observer que la qualité de vie est impactée par le mode de vie en tant que consommateurs des individus et cela impacte leur vie entière. En effet, le fait d'avoir une qualité de vie perçue plus faible engendre des conséquences sur le plan physique, professionnel, social et psychologique. On considère alors que cette qualité de vie, associée au bien-être général est influencée par les addictions, pour autant, on ne sait pas si l'entrée dans les addictions pourrait être dû à une mauvaise qualité de vie.

5.3. Perception de qualité de vie et activités physiques adaptées

La prise en charge par l'activité physique adaptée permet de travailler de multiples concepts, et également de modifier la qualité de vie des patients de manière positive. En effet, l'activité physique adaptée pratiquée régulièrement permet de retarder et ralentir le vieillissement associé à une amélioration de la qualité de vie (Vuillemin, 2012).

L'activité physique représente tous les mouvements effectués par le corps et qui produit une contraction des muscles ce qui englobe une multitude d'activité de loisir, domestiques ou encore professionnelles. Nous parlons d'APA car il s'agit d'adapter une pratique physique aux capacités des individus prenant part aux différents programmes mis en place. Dans le cas du cancer du sein, il est démontré que l'activité physique adaptée permet de réguler la colère, la fatigue, la dépression ainsi que les troubles de l'humeur (Bachmann et al., 2015; Villaron et al., 2015).

Le fait que les capacités physiques des individus diminuent, au cours du temps, provoque un état dépressif et donc une qualité de vie perçue comme plus faible (Blancher et al., 2004). Pourtant l'activité physique en jouant sur le bien-être physique et l'aptitude physique va permettre d'améliorer la santé psychologique des patients et diminuer l'état dépressif (Nolin et al., 2002). Cela s'explique par l'effet anti-dépresseur de l'activité physique et son opposition au stress que peut ressentir la personne grâce à la libération de certaines hormones ce qui procure du bien-être pendant et après l'activité physique (Blain et al., 2000).

La pratique d'une APA va agir sur trois points principaux :

- Elle va agir sur la réduction des symptômes d'une maladie quelconque et le traitement de celle-ci. En effet, on observe une diminution de la fatigue de 30 à 40%, principalement avec les programmes d'endurance et de renforcement musculaire (Inserm, 2019). Elle va aussi diminuer l'anxiété et la dépression.
- Elle va permettre d'améliorer les conditions physiques, notamment avec une amélioration de la composition corporelle, des capacités cardio-respiratoire ainsi que des aptitudes musculaires (Institut national du cancer, 2017).
- Elle va permettre d'améliorer les relations sociales, avec une diminution de la précarité sociale, de l'isolement et elle facilite la réinsertion sociale (Inserm, 2008).

L'APA est devenue une thérapie à part entière dans les établissements de santé car les effets positifs ne sont plus à démontrer. En effet, les patientes atteintes de cancer du sein sont sujettes à une diminution de la qualité de vie perçue du fait de la maladie. Grâce à la pratique d'une

activité physique comme l'escrime, les dix patientes participant à l'étude de Lantheaume et al. (2016) montrent une augmentation de leur qualité de vie perçue avec des paramètres associés tels qu'une augmentation de la cohésion de groupe, le sentiment d'appartenance, le partage d'expériences communes ainsi que le soutien social. Le cancer du sein est, chez la femme le plus fréquent et provoque des effets secondaires estimés à 60% qui sont la fatigue, la détérioration de la qualité de vie, une prise de poids ainsi qu'une détérioration physique (Institut national du cancer, 2013; Tarantini et al., 2014). C'est pourquoi il est primordial pour les patientes de pratiquer une APA régulière afin de moduler ces effets secondaires néfastes.

Dans les maladies chroniques, l'APA est recommandée par exemple chez les patients atteints de fibromyalgie. Les auteurs ont voulu analyser l'efficacité d'un programme d'APA afin d'améliorer la qualité de vie des patients. Les résultats de leur étude montrent une différence significative entre les deux groupes (contrôle, expérimental) car les patients inclus dans le groupe expérimental augmentent leur qualité de vie perçue dès le 4^{ème} mois. Les scores concernant la dépression, la souplesse, la douleur, la fatigue et l'humeur sont également significativement améliorés dès le premier mois du programme et ce jusqu'à la fin (Ranque Garnier et al., 2017).

Avec l'augmentation de l'espérance de vie de la population, les sujets âgés sont de plus en plus étudiés afin de leur permettre une qualité de vie agréable et saine. Ainsi, l'activité physique permet une amélioration des aptitudes physique et une rupture avec la sédentarité ce qui influence positivement la qualité de vie perçue des patients âgés (Blain et al., 2000; Dorion-Coupal et al., 2002). La revue de littérature de Campo et al. (2015) montre les effets positifs d'un programme d'activité physique adaptée pour les seniors.

Chez les patients diabétiques, l'activité physique adaptée permet également de rendre les patients « *acteurs de leur santé au travers d'une évaluation de leurs pratiques et l'amélioration de leur qualité de vie dans les diverses activités pratiquées* » (Barth et al., 2014). Dans cette pathologie, l'activité physique associée avec un programme d'éducation thérapeutique pour le patient permet des effets positifs sur la qualité de vie car cela entraîne des modifications physiques comme la baisse de la glycémie ainsi qu'une diminution du traitement. De plus, le patient apprend sa maladie et cela lui permet de s'engager dans un futur proche avec cette maladie ce qui améliore la qualité de vie perçue (Anglade et al., 2014).

Une autre étude menée auprès de patient atteint d'insuffisance cardiaque chronique a permis de mettre en évidence l'effet d'un programme d'activités physiques adaptées sur la qualité de vie

perçue. L'activité physique adaptée est recommandée pour les patients ayant cette pathologie car ils montrent plus d'intérêt à leur qualité de vie plutôt qu'à leur espérance de vie. Grâce à un programme de 4 mois, les scores de qualité de vie chez les patients ont significativement augmenté (Borges & Gabriel, 2019).

De plus, pour les patients atteints de broncho-pneumopathie chronique (BPCO), la capacité fonctionnelle à l'exercice est un déterminant majeur de leur qualité de vie. Ainsi, l'activité physique permet d'améliorer celle-ci. De plus, la qualité de vie reste perçue positivement dès lors que le patient continue de pratiquer régulièrement son activité physique (Birnesser, 2020; Martorana, 2020).

Pour conclure, les effets d'un programme d'activités physiques adaptées sur la santé et sur la qualité de vie perçue des patients atteints de maladies chroniques ne sont plus à démontrer, car de nombreuses études ont pu prouver l'amélioration significative de la qualité de vie grâce à une intervention mais également l'amélioration de nombreux paramètres associés.

6. Problématique et hypothèses

Nous disposons d'un grand nombre d'information sur les concepts clés que nous souhaitons évaluer c'est-à-dire l'estime de soi globale et la perception de la qualité de vie. Nous avons pu observer dans la littérature que de nombreux programmes d'APA ont pu émerger afin de travailler sur ces concepts clés et apporter du changement dans la vie des individus.

Les bienfaits de l'APA sont reconnus et permettent une amélioration des paramètres physiologiques et psychologiques. Un grand nombre d'études ont déjà prouvé l'efficacité d'un programme d'APA sur la santé mentale réduisant ainsi les états dépressifs et anxieux (De Matos et al., 2009).

Il apparait donc évident d'envisager l'APA comme un traitement non-médicamenteux avec un potentiel psychothérapeutique très important. Depuis quelques années, des articles font état des améliorations de la santé mentale chez les patients atteints d'addiction comme peut le souligner Ancona & Masson (2020) où la pratique de l'escalade permet aux patients de se mettre en jeu corporellement et psychiquement dans un contexte particulier. D'autres pratiques sont présentés comme auto-apaisant, avec une influence positive sur les paramètres psychologiques et permettant de réduire les addictions tel que le Yoga qui est basé sur le pleine conscience ou encore le Tai Chi.

Concilier APA, troubles addictifs et concept d'estime de soi et de perception de qualité de vie parait évident puisque la pratique peut réguler et améliorer ces concepts chez ces patients. Il semble judicieux de connaître l'effet que pourrait avoir un programme d'APA sur ces patients concernant leur estime de soi et leur qualité de vie.

Grâce à l'ensemble des informations recueillies, nous avons souhaité nous poser la question suivante :

« Quelle est l'influence d'un programme d'activité physique adaptée sur l'estime de soi et la perception de la qualité de vie des patients atteints d'addiction ? »

L'objectif principal est de s'intéresser à l'influence d'une prise en charge par l'APA sur l'évolution de l'estime de soi et la perception de la qualité de vie chez des adultes souffrant d'addictions.

Les hypothèses que nous pouvons établir d'ores et déjà sont :

- La mise en place d'un programme d'APA permet d'augmenter le sous-domaine du soi physique dans le concept d'estime de soi.
- L'APA augmente l'estime de soi dans le domaine physique des patients atteints d'addictions.
- L'APA permet de modifier positivement la qualité de vie perçue des patients.

Chapitre 2 : Méthodologie

1. Participants

Dans le cadre de cette étude, 15 patients (une femme et 14 hommes, Moyenne d'âge 43,3 ans) ont participé au protocole de recherche. Ces patients sont atteints d'addictions, quelles qu'elles soient. Cependant, la majorité sont des patients avec une pathologie alcoolique (53,3 %).

Critères d'inclusion :

- Hommes et Femmes âgés entre 23 et 65 ans
- Avoir des troubles addictifs
- Être sorti du sevrage depuis peu
- Patient volontaire pour l'étude

Critères d'exclusion :

- Avoir des antécédents d'une autre maladie qui peut provoquer des troubles cognitifs
- Avoir une dose médicamenteuse instable
- Patient non mobile, qui a des contre-indications du médecin concernant la pratique physique

2. Outils de mesure

Afin de répondre à notre question de recherche, nous utiliserons 2 questionnaires. Un questionnaire concernant l'estime de soi et le deuxième concernant la perception de la qualité de vie.

2.1. L'estime de soi

Pour la mesure de l'estime de soi, l'Inventaire du Soi Physique (ISP-25 (Grégory Ninot et al., 2000)) a été utilisé dans cette étude. Cet outil de mesure psychométrique, composé de 25 items permet d'évaluer l'estime de soi dans le domaine physique mais également de manière globale. Cette version du questionnaire est composée de six sous-échelles qui sont les suivantes :

- Estime globale de soi avec 5 items (e.g. « j'ai une bonne opinion de moi »)
- Valeur physique perçue avec 5 items (e.g. « globalement je suis satisfait de mes capacités physique »)

- Perception du corps attrayant avec 3 items (e.g. « je n'aime pas beaucoup mon apparence physique »)
- Compétences sportives 4 items (e.g. « je trouve la plupart des sports faciles »)
- Force physique avec 3 items (e.g. « je pense être plus fort que la moyenne »)
- Endurance avec 5 items (e.g. « je ne peux pas courir longtemps sans m'arrêter »)

Une échelle de Likert en 6 points permet de calculer les scores (1 : pas du tout, 2 : très peu, 3 : peu, 4 : assez, 5 : beaucoup, 6 : tout à fait). Afin de calculer les scores, la moyenne de chaque sous-échelles est réalisée, tenant compte des items négatifs, pour lesquels le codage est inversé.

2.2. La qualité de vie perçue

Pour mesurer la qualité de vie perçue des patients, nous allons utiliser le Short Form-36 (SF-36 Ware & Sherbourne 1992). Il s'agit d'un des questionnaires génériques les plus utilisés afin de mesurer la qualité de vie principalement liée à la santé. Ce questionnaire composé de 36 items permet d'évaluer la qualité de vie des patients.

Ce questionnaire permet d'obtenir deux scores à travers l'évaluation de huit sous-échelles. Les deux scores qui sont les deux concepts qui se distingue de ce questionnaire sont ceux de la composante physique et de la composante mentale. L'ensemble des sous-échelles se rapportent soit à la composante physique, soit à la composante mentale. Les huit sous-échelles sont les suivantes :

Composante physique :

- Le fonctionnement physique avec 10 items
- Les limitations dues à l'état physique avec 4 items
- La douleur corporelle avec 2 items
- La santé perçue avec 5 items

Composante mentale :

- Les perceptions concernant la vitalité avec 4 items
- Le fonctionnement social avec 2 items
- Les limitations à cause de soucis émotionnels avec 3 items
- La santé mentale avec 5 items

Lorsque l'on évalue la qualité de vie perçue, il est demandé aux patients de répondre aux items en comparant leur état de santé actuel et leur état de santé une année avant.

Les échelles de réponses varient en fonction des questions. En effet, certaines questions ont une échelle sur 6 points (1 : excellente, 2 : très bonne, 3 : bonne, 4 : médiocre, 5 : mauvaise) ou (1 : en permanence, 2 : très souvent, 3 : souvent, 4 : quelques fois, 5 : rarement, 6 : jamais) ou (1 : totalement vrai, 2 : plutôt vrai, 3 : je ne sais pas, 4 plutôt fausse, 5 totalement fausse). D'autres échelles sont simplement oui : 1 et non :2. Enfin, une dernière échelle sur 3 points (1 : oui, beaucoup limité(e), 2 : Oui, un peu limité(e), 3 : Non, pas du tout limité(e)).

Pour le résultat de ce questionnaire, les scores sont pondérés et transformés en une échelle de 0 à 100 ce qui représente 0 le pire état de santé et 100 une très bonne santé. Nous allons additionner l'ensemble des nombres ce qui donnera le score par sous-échelles. Afin que le questionnaire soit pris en compte, les patients doivent répondre à au moins la moitié des questions.

3. Protocole de recueil de données

Le protocole expérimental, randomisé et contrôlé pour cette étude s'est réalisé sur le site du centre Malvau au sein du service de soins de suite et réadaptation en addictologie (SSRA) à Amboise (37). Les patients sont accueillis sur une période de 7 semaines. Le protocole se déroulera sur la durée du séjour, du lundi au vendredi, sous la supervision de Madame COURTEVILLE Christine, l'éducatrice sportive du centre.

Lors de son premier rendez-vous, le médecin va informer le patient sur les conséquences négatives que peuvent occasionner les addictions. Nous récolterons certaines informations sur le patient concernant son passé dans l'addiction ainsi que :

- Le sexe, l'âge, la masse et la taille du patient
- L'addiction dont il est atteint
- Le symptôme principal présent
- Ses antécédents en termes d'activité physiques (type d'activité, fréquence)

Au début de la prise en charge de chaque patient volontaire pour participer à notre protocole, et durant leur évaluation sportive le mercredi après-midi, nous ferons passer la première série de questionnaires (passation Temps 1). Un temps d'échanges sera réalisé avec chaque patients afin de pouvoir cerner leur envie concernant la pratique de l'activité physique ainsi cela nous

permettra de répondre au mieux à leurs attentes et nous pourrons mettre en place des activités et exercices qui permettent leur engagement de manière optimale.

La première séance d'activités physiques sera faite individuellement pour connaître les capacités physiques des patients et également afin qu'ils se sentent à l'aise. Les autres séances s'organiseront en petit groupe de 3 ou 4 patients maximum.

Tous les patients participent activement à leur soin grâce à la répartition dans quatre différents groupes. Différents ateliers sont proposés aux patients, et ils doivent, pour y accéder s'inscrire en amont. Pour l'activité physique adaptée, il y a donc ces ateliers, mais également des sessions libres où les patients viennent quand ils le souhaitent. Des vélos, des rameurs, un tapis de course ainsi que de multiples outils de musculation sont mis à leur disposition.

Tous les patients ont des activités durant la journée et les rendez-vous médicaux (médecins, addictologue, assistante sociale, psychologue...) sont prioritaires.

Dans le protocole que nous mettons en place, chaque semaine, nous convoquerons les patients de sorte qu'ils participent au minimum à une séance d'activités physiques par semaine et ainsi contrôler leur présence. A côté de ces rendez-vous, ils auront accès à la salle de sport quand ils le souhaitent.

Les passations des questionnaires se font à deux moments différents du séjour des patients afin de pouvoir mesurer l'évolution de nos variables durant le séjour de prise en charge (figure 1).



Figure 1 : Calendrier des passations réalisées.

Nous effectuons nos différents tests à deux moments de l'étude afin de pouvoir noter les évolutions.

Nous avons défini un emploi du temps type pour les patients participant à l'étude.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi
--	-------	-------	----------	-------

8h	Temps organisation avec les patients	Temps organisation avec les patients	Temps organisation avec les patients	Temps organisation avec les patients
9h	Atelier groupe	ETP	Atelier groupe	Sport
10h	Groupe parole (femme)	Kung FU (Sur inscription)	Convocation sport	Tai Chi (Sur inscription)
12h	REPAS	REPAS	REPAS	REPAS
13h30	Conférence addicto	Activité (sur inscription dont sport)	Evaluation des entrants - questionnaires	Activité (sur inscription dont sport)
15h30	Sport libre	Sport libre	Sport libre	Sport libre

Tableau 2: emploi du temps type des patients

 Activité physique adaptée libre ou convocation

Exemple de différentes activités et fonctionnement d'une séance :

Toutes les activités commencent par un échauffement d'environ 10 minutes.

- Articulaire (poignet, tête, genoux, cheville, hanche, épaule, coude...)
- Cardio (course, montée de genoux, talons fesses, sauts...)
- Jeux (équipe, agilité, réflexion...)

Les échauffements varient en fonction des séances.

Tous les entrainements se terminent par un retour au calme. La principale fonction du retour au calme est de faire la transition entre une activité physique intense et un état de repos. L'intensité du retour au calme va dépendre de l'activité réalisée au cours de la séance. Le retour au calme peut se réaliser sous forme de relaxation, mais aussi d'étirements car ces exercices après une activité physique peuvent améliorer la flexibilité. Les activités proposées comportent des exercices plus ou moins difficiles que nous adaptons en fonction du patient, de ses capacités physiques et également de son envie. Nous présentons aux patients des variables dans les exercices comme dans le renforcement musculaire qui va se pratiquer de manière progressive.

Les patients doivent avoir leur matériel sportif c'est-à-dire leur chaussure, leur serviette et leur bouteille d'eau.

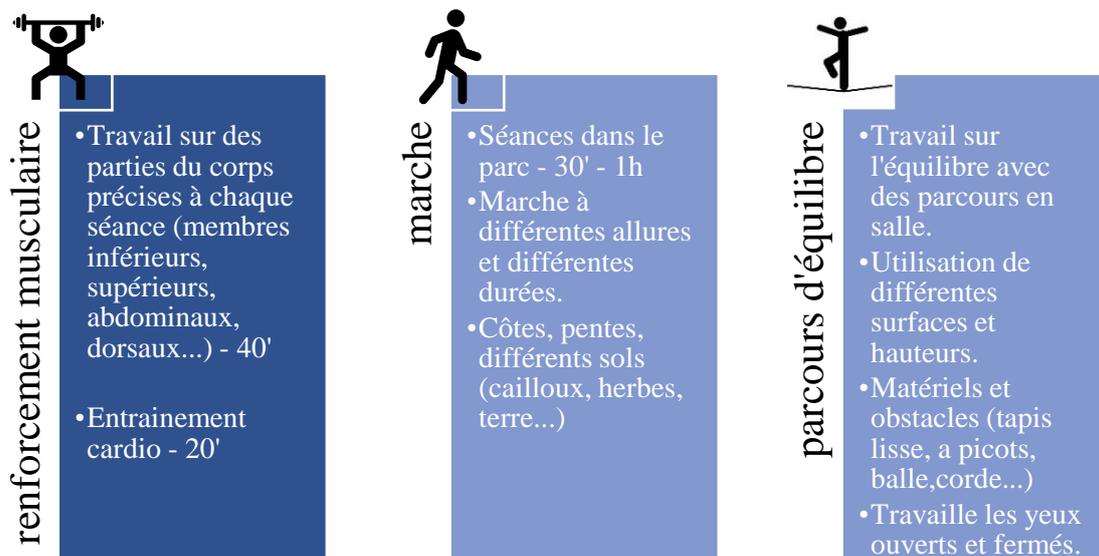


Figure 5: exemples d'activités

Dans ce travail, l'aspect sécuritaire est très important à mettre en place, le risque de chute peut être important. Cependant, un large panel de matériel est à notre disposition afin de minimiser ce risque comme des tapis, des barres de danse pour se tenir, et bien évidemment l'aide humaine.

Chapitre 3 : Résultats

Pour commencer l'analyse de nos résultats nous pouvons remarquer que 73,4% des patients initialement inscrits dans le protocole expérimental ont participé à celui-ci jusqu'à la fin ce que signifie que 4 patients sont sortis de l'étude.

Pour l'analyse statistique de nos résultats nous avons décidé d'observer les évolutions des deux concepts étudiés à deux temps différents (temps 1 au début du protocole et temps 2 à la fin du protocole) en calculant les moyennes obtenues. Pour ceci, nous avons utilisé un test de Student pour échantillons appariés afin de pouvoir déterminer s'il existe une différence significative ou non entre les résultats obtenus au temps 1 et au temps 2. Afin de pouvoir s'accorder sur la significativité de nos résultats, nous avons choisis de prendre un intervalle de confiance à 95% c'est-à-dire une p-value à 0,05. Lorsque les résultats montreront une p-value à 0,05 ou moins alors les résultats seront significatifs, dans le cas contraire, ils ne pourront être pris en compte car ils ne seront pas significatifs.

1. Evolution de l'estime de soi

L'estime de soi est l'un des concepts que nous avons souhaité analyser dans ce protocole expérimental. Comme nous pouvons l'observer dans le graphique (figure 7) seul trois paramètres étudiés dans ce questionnaire augmentent de façon significative. En effet, l'estime de soi globale, la force ainsi que l'apparence augmentent de façon significative. Nous n'avons pas pu observer de lien significatif entre la pratique de l'APA et les paramètres de la valeur physique perçue, l'endurance et les compétences physiques.

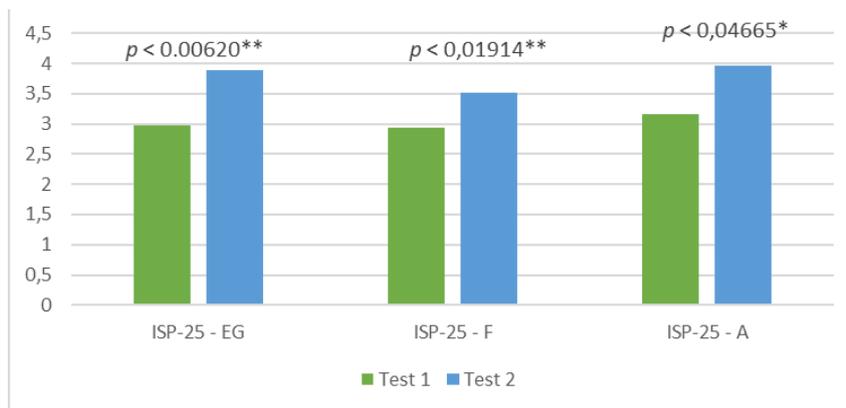


Figure 6: Evolution de l'estime de soi globale, de la force et de l'apparence au temps 1 et 2 du programme

	Test 1	Test 2	T-Student	P
ISP-25 - EG	2,982	3,890	-3,452	0.006**
ISP-25 - VPP	3,418	3,673	-0,099	0.099
ISP-25 - E	2,273	2,591	-1,228	0,247
ISP-25 - F	2,939	3,515	-2,789	0,019**
ISP-25 - CS	2,864	3	-0,576	0,577
ISP-25 - A	3,152	3,969	-2,269	0,046*

Tableau 3: Résultats statistiques du questionnaire ISP-25

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .000$

Pour la dimension de l'estime de soi globale (EG), on observe une moyenne de 2,98 au test 1 et de 3,89 au test 2 ($p < 0,01$). L'endurance (E) passe d'une moyenne de 2,27 au test 1 à 2,59 au test 2 ($p = 0,25$). La dimension de la valeur physique perçue (VPP) on peut voir que la moyenne est de 3,41 au test 1 et de 3,67 au test 2 ($p = 0,09$). La dimension de la force (F) a une moyenne au test 1 de 2,94 et de 3,52 au test 2 ($p < 0,01$). En ce qui concerne les compétences

sportives, on obtient une moyenne de 2,86 au test 1 et 3 au test 2 ($p = 0,58$). Pour finir, la dimension de l'apparence passe d'une moyenne de 3,15 au test 1 à 3,97 au test 2 ($p < 0,5$).

2. Evolution de la perception de qualité de vie

La perception de la qualité de vie des patients a été également étudiée dans ce protocole expérimental. Nous avons pu observer dans un premier temps une amélioration significative de la composante mentale ($p = 0,03075$). Parmi les paramètres observés dans la composante mentale, l'échelle évaluant les limitations dues à un souci émotionnel montre une amélioration hautement significative avec une moyenne au test 1 de 30,30 passant au test 2 à 81,82 ($p = 0,00177$), la vitalité est également en progression de manière hautement significative allant de 53,18 à 66,82 au test 2 ($p = 0,006609$), et enfin le bien-être émotionnel avec une moyenne au test 1 de 52,73 et de 71,27 au test 2 ($p = 0,003815$).

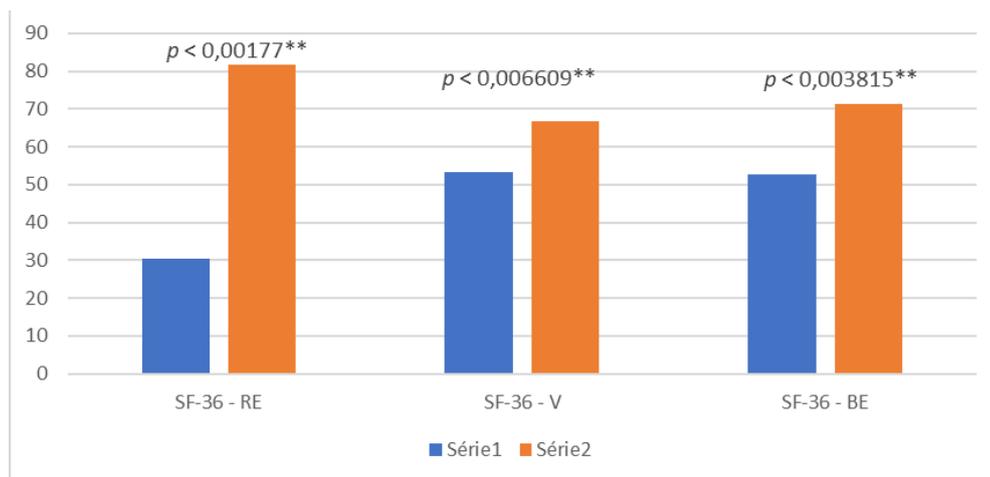


Figure 7: Evolution du rôle émotionnel, de la vitalité et du bien-être émotionnel au temps 1 et 2 du programme

L'évaluation de la composante physique ne permet pas de faire de lien significatif entre la pratique d'une APA et l'amélioration physique générale. Cependant, parmi les sous-échelles inclus dans la composante physique, nous observons des améliorations significatives pour le fonctionnement physique avec une moyenne de 83,63 au test 1 et de 91,82 au test 2 ($p = 0,00355$), la douleur avec au test 1 52,13 et au test 2 69,55 ($p = 0,02265$) et la santé perçue passant de 54,55 à 67,27 au test 2 ($p = 0,021765$).

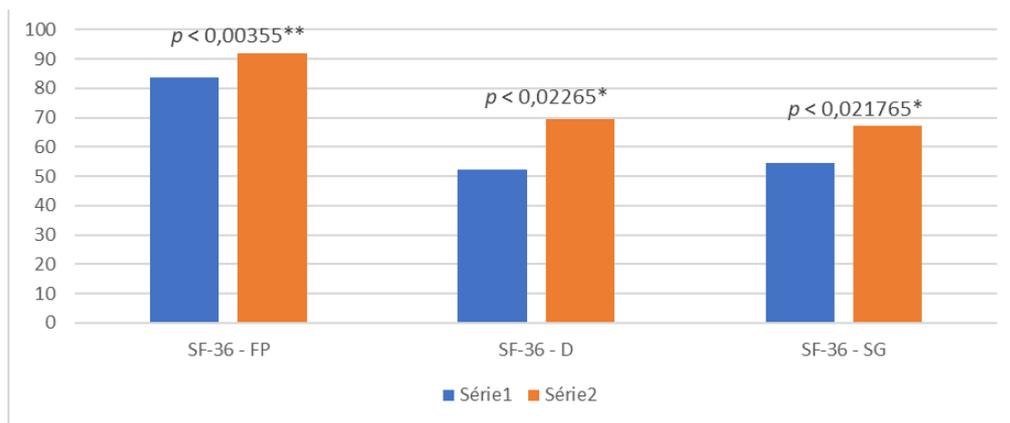


Figure 8: Evolution du fonctionnement physique, de la douleur et de la santé perçue au temps 1 et 2 du programme

	Test 1	Test 2	T-Student	P
SF-36 - FP	83,636	91,818	-3,786	0,003**
SF-36 - RP	40,909	56,818	-1,208	0,254
SF-36 - RE	30,304	81,819	-4,221	0,001**
SF-36 - V	53,182	66,818	-3,414	0,006**
SF-36 - BE	52,727	71,273	-3,746	0,003**
SF-36 - FS	61,455	75,045	-1,116	0,290
SF-36 - D	52,136	69,545	-2,691	0,022*
SF-36 - SG	54,545	67,273	-2,714	0,021*
C-Physique	57,801	63,205	-1,032	0,326
C-Mentale	57,58	73,745	-2,513	0,030*

Tableau 4: Résultats statistiques du questionnaire SF-36

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .000$

Chapitre 4 : Discussion

L'objectif principal de ce protocole expérimental mis en place en centre d'addictologie était d'observer l'influence de l'APA sur les concepts de l'estime de soi et de la perception de qualité de vie chez les patients. Comme nous avons pu le remarquer dans de nombreuses études sur le sujet, les patients atteints d'addiction souffrent d'une faible estime d'eux même, de manière globale et physique. Les patients ont également une vision de leur qualité de vie très faible qui est très majoritairement dû à leur addiction ainsi que leur mode de vie qu'ils ont entretenu des années durant avec les produits.

Concernant le protocole mis en place, nous ne pouvons pas englober l'ensemble de la population des patients atteints d'addictions au vu du faible échantillon de la population que nous avons pu avoir. Pourtant, les résultats sont tout de même pertinents à critiquer.

1. L'estime de soi

Le concept de l'estime de soi a largement été étudié ces dernières années, ainsi de multiples théories ont pu voir le jour. En effet, nous avons pu observer la construction d'une théorie unidimensionnelle puis nous avons pu voir l'émergence d'une théorie multidimensionnelle. Avec le développement de ces différentes théories, les auteurs ont pu faire des distinctions précises dans ce concept, ainsi, l'estime de soi n'a plus uniquement été vu de manière globale. En effet, des critères d'estime de soi physique ont fait partie de l'évolution de ce concept. L'estime de soi physique englobe différentes sous catégories, vu précédemment grâce aux questionnaires ISP-25 (Ninot et al., 2000) notamment la force, l'endurance ainsi que les compétences sportives. Bien évidemment ces critères physiques influencent l'estime de soi globale des individus.

Dans les addictions, encore peu de recherches se sont intéressées à l'estime de soi globale et physique des patients. Ainsi, il était pertinent dans le cadre de ce protocole expérimental de s'intéresser, au travers de séance d'APA, à l'estime de soi physique des patients ayant un trouble addictif. Nous savons que l'APA est bénéfique pour ce concept de l'estime de soi globale et physique dans de nombreuses pathologies chroniques (Villaron et al., 2015), ainsi il semblait intéressant de voir si l'impact pouvait être le même dans le cas des addictions.

Pour commencer ce travail, nous nous sommes définis des hypothèses. L'hypothèse de départ était qu'un programme d'APA créé sur une durée de 7 semaines peut influencer de manière positive l'estime de soi physique des patients, et donc logiquement les sous domaines de celle-ci. Pour ceci, nous avons pris en compte l'étude de validation du questionnaire utilisé (ISP-25 Ninot et al., 2000) afin de pouvoir comparer notre population à celle utilisée dans leur étude. Nous remarquons tout d'abord que l'ensemble des moyennes que nos patients ont obtenus est inférieur à celle de l'étude de validation. Cela peut être lié à la pathologie addictive dans un premier temps, mais également à la différence dans l'échantillon de population c'est-à-dire des adultes pour notre étude et des adolescents pour la leur.

Les études qui ont analysées l'impact de l'APA sur l'estime de soi ont prouvé que les bénéfices pouvaient être énormes, tant sur le plan physique que globale. Cependant, nous savons que les résultats de ces études peuvent être modifié en fonction de différents paramètres tels que la population étudiée, le type de programme mis en place en APA, mais également le contexte dans lequel intervient le programme.

De plus, nous savons également que la durée ainsi que la fréquence de participation à des séances d'APA peut plus ou moins influencer le concept de l'estime de soi. En effet, ce sont des variables importantes à prendre en compte et Linda Henault (1987) suggère qu'un programme sur 15 semaines ne permet pas d'observer des améliorations significatives sur l'estime de soi globale et physique. Pourtant, malgré le fait que notre programme soit uniquement réparti sur une durée de 7 semaines, nous avons tout de même réussi à obtenir certains résultats. Ce que nous pouvons déduire est que notre programme est pertinent et efficace afin d'améliorer l'estime de soi, mais les résultats sont aléatoires. En effet, tous les paramètres physiques ne sont pas augmentés alors nous ne pouvons pas conclure de l'impact positif et significatif d'un programme d'APA sur tous les paramètres physiques dû à la durée du protocole. Un programme sur une durée supérieure à 15 semaines pourrait permettre d'observer des résultats significatifs sur l'ensemble des paramètres physiques.

Etant donné que notre protocole s'est réalisé sur une durée courte, nous avons fait le choix de réaliser deux temps afin de mesurer nos variables, un temps au début de l'étude et un autre à la fin de l'étude. Pourtant, nous aurions pu analyser les concepts au milieu de l'étude car parfois les améliorations sont très rapides comme le montre Verhoeven et al (2016) au travers d'un programme sur 4 semaines à raison de 5 séances par semaine ou les paramètres physiques sont significativement augmentés notamment la force. Cette hypothèse est confirmée par une autre étude qui montre bien que des améliorations sont visibles au bout de 4 semaines, mais que celles-ci le sont beaucoup moins au bout de 8 semaines. En effet, il s'agissait de patient atteint d'obésité et le programme consistait à mesurer le nombre de pas réalisés. Les patients ont une nette progression dans le nombre de pas entre le temps 1 et le temps 2 de l'évaluation, pourtant tous diminuent leur nombre de pas au temps 3 de l'évaluation par rapport au temps 2 et parfois même au temps 1 (Sagnes, 2020).

Pourtant, nous pouvons observer que certains programmes sur du long terme ne permettent pas d'observer d'amélioration significative des paramètres physiques (Moscone et al., 2011), nous pouvons suggérer que le type d'activités (aérobie, etc.) peut plus ou moins influencer l'estime de soi (Danneaux & Smal, 2017).

Malgré tout, les résultats que nous avons pu récolter dans notre protocole expérimental sont pertinents car tous les paramètres physiques ont augmenté. Cela pourra permettre de réajuster le programme afin que les résultats soient significatifs de la population générale.

2. La perception de qualité de vie

La perception de la qualité de vie est un élément majeur de la santé et c'est un concept qui prend son sens lorsque des individus sont touchés par une maladie chronique. L'objectif principal des équipes pluridisciplinaires, dans les institutions ou autre, est de favoriser la qualité de vie des patients en leur permettant de retrouver une vie saine grâce à des outils et méthodes qu'ils auront l'opportunité de mettre en place à leur retour chez eux.

Dans ces différents outils, nous pouvons retrouver la pratique d'une APA qui montre d'énormes bénéfices concernant l'amélioration de la perception de la qualité de vie des patients. En effet, nous savons qu'un programme associant différents types d'exercices peut visiblement améliorer la qualité de vie des patients (Dechamps et al., 2010). Nous pouvons suggérer que la mise en place d'un protocole d'APA permet l'amélioration des conditions physiques, la prévention des chutes ou encore l'équilibre (Mhiri, 2012), cependant nos résultats ne permettent pas de prouver une amélioration significative de la composante physique. Pourtant, nous observons tout de même que certains paramètres augmentent de façon significative dans cette catégorie tel que le fonctionnement physique, la douleur et la santé globale. De manière générale, nous ne pouvons pas dire que ce protocole réalisé sur 7 semaines permettent une amélioration significative de la composante physique. Nos résultats s'accordent avec ceux de Chou et al (2012) qui ne montrent pas d'effet significatif de l'APA sur la qualité de vie des patients.

Pour autant, nous avons pu observer des résultats satisfaisants de la composante mentale dans le questionnaire SF-26. En effet, les sous catégories du rôle émotionnel, de la vitalité ainsi que du bien-être émotionnel présentent des améliorations significatives. Ces résultats nous permettent de comprendre qu'un programme court de 7 semaines, avec une fréquence choisie par les patients eux-mêmes augmente la composante mentale de la perception de la qualité de vie. Ceci peut s'expliquer par le fait de créer des programmes d'APA où l'on peut atteindre des objectifs mais aussi avec une auto-évaluation ainsi que du soutien social (Simard, 2011).

Alors nous pouvons penser que la durée de notre protocole n'était pas suffisante afin d'observer des résultats significatifs concernant la composante physique. De plus, la fréquence et l'intensité des séances peuvent jouer un rôle important sur la perception de la qualité de vie et notamment sur la composante physique des patients, car nous pouvons remarquer qu'un programme de minimum 10 semaines, associant des exercices d'équilibre, de résistance et du

travail fonctionnel avec des intensités qui varient de modérée à élevée a un effet significativement positif sur l'amélioration de la perception de la qualité de vie.

Dans l'addiction, la perception de la qualité de vie est faible du fait de la maladie chronique mais également dû au mode de vie que ces patients ont entretenu durant des années. L'hygiène, les relations sociales, le travail mais aussi la vie quotidienne (repas, sommeil...) sont des paramètres qui sont complètement bousculés, et les patients doivent réapprendre tout ceci.

Notre protocole expérimental montre tout de même des bénéfices car l'ensemble des catégories évaluées suivent une augmentation. Avec les réflexions faites ainsi que la lecture des programmes déjà réalisés auparavant nous pourront modifier celui-ci afin d'observer conjointement des résultats significatifs sur la composante physique et mentale.

3. Limites de l'étude et perspectives

Lorsque nous analysons les limites du protocole expérimental mis en place au sein du centre nous devons déjà tenir compte de certains paramètres irréversibles. En effet, nous nous trouvons dans un SSRA, il s'agit d'un centre avec un protocole déjà établi, ainsi ce nouveau protocole que nous avons proposé se devait donc de s'ajuster à celui existant.

Le premier biais que nous pouvons énumérer dans ce protocole est le nombre de participants à l'étude (n=11). En effet, dans les résultats, l'échantillon choisi ne permet pas d'englober la totalité de la population atteinte d'addiction. Toujours concernant les patients, le fait d'avoir des abandons au cours de la post-cure peut fausser les résultats.

Le deuxième biais important que nous pouvons relever concerne le protocole en lui-même. En effet, la durée de l'étude (7 semaines) est relativement courte afin d'observer des résultats significatifs. De plus, le programme de soin du centre propose des séjours dits « séquentiels » ce qui signifie que les patients sont autorisés à quitter l'établissement 1 ou 2 semaines. Ces séjours introduisent un biais important dans la continuité de l'étude car les patients ne pratiquent pas d'APA chez eux et rechute parfois.

Nous pouvons également dire que les séances sont trop peu présentes car elles sont non obligatoires. Certains patients ne sont venus que très peu régulièrement (1/semaine) et cela constitue un biais dans l'analyse des résultats car nous sommes amenés à comparer un patient

avec une fréquence de 5 séances par semaine à un autre patient avec uniquement 1 séance par semaine. Les bénéfiques de l'APA ne peuvent donc pas être observés de la même façon.

De plus, au sein du centre, les équipes travaillent de façon pluridisciplinaire et de multiples professionnels apportent leurs outils aux patients afin de vivre avec cette maladie qu'est l'addiction. Ce que nous pouvons supposer, c'est que la prise en charge par les moniteurs d'ateliers, le psychologue ou encore les ateliers d'hypnose ont pu jouer un rôle important sur l'estime de soi et la perception de la qualité de vie des patients. Nous pouvons donc affirmer que la prise en charge pluridisciplinaire a impacté les résultats de ce protocole.

Enfin et pour terminer sur les biais de cette étude, le contexte actuel ne permet pas de réaliser un grand nombre d'activités (jeu de ballon, piscine, marche < 6 personnes...), cela rend alors compliqué la diversification des ateliers en APA. Le nombre de patients également autorisés dans la salle de sport est de 8 au total, cela bloque les autres patients volontaires à l'activité physique. De plus, beaucoup de patients, se sont dit réticents à pratiquer l'activité physique avec un masque et nous avons pu observer un grand nombre de refus de pratiquer à cause de cette limite.

Les perspectives pour consolider ce protocole seraient d'avoir un panel de patients plus grand afin de pouvoir avoir des résultats significatifs de la population des patients atteints d'addictions. Grâce à ceci, nous pourrions alors observer l'impact réel de l'APA sur l'estime de soi et la perception de la qualité de vie. Sachant que les dimensions psychologiques sont peu étudiées dans les addictions, il serait intéressant, dans une problématique future, de créer un protocole afin de connaître la motivation des patients à pratiquer de l'APA. Ainsi, les professionnels de santé intégrés dans l'équipe seraient également des acteurs principaux de l'étude car leur travail permettrait de récolter des informations nécessaires et importantes pour l'adaptation des séances aux patients.

Conclusion

Comme nous avons pu le voir dans l'ensemble de ce document, la prise en charge des maladies chroniques et principalement des addictions est nécessaire car cette pathologie a des conséquences très néfastes pour les patients. Les acteurs de santé, travaillant de façon pluridisciplinaire forment une équipe avec des ressources immenses et compétentes au regard de la difficulté de cette pathologie.

Grâce au protocole expérimental mis en place au cours de ces quelques mois, nous avons pu montrer la nécessité de la prise en charge par l'APA chez les patients atteints d'addiction. Mais nous avons aussi pu montrer qu'il est important de prendre en compte le côté psychologique en étudiant par exemple l'estime de soi ou la perception de la qualité de vie car ce sont des problématiques majeures rencontrées par ces patients.

L'APA est un outil essentiel, une thérapie unique et importante dans le soin des patients atteints d'addiction. Elle va pouvoir agir sur l'aspect physique, physiologique, psychologique et social des patients. Il sera nécessaire aux patients de s'engager volontaire dans un programme d'APA afin de retrouver une vie saine et ainsi poursuivre cet engagement sur du long terme.

Bibliographie

- Abrantes, A. M., Battle, C. L., Strong, D. R., Ing, E., Dubreuil, M. E., Gordon, A., & Brown, R. A. (2011). Exercise preferences of patients in substance abuse treatment. *Mental health and physical activity*, 4(2), 79-87.
- Adès, J. (2010). 34. Dépression et addictions non pharmacologiques. In *Les états dépressifs* (p. 294-299). Lavoisier.
- Albouy, Duée, & Godefroy. (2012). *Qualité de vie des hommes et des femmes – Femmes et hommes—Regards sur la parité | Insee*.
- Alonso, F., Esteban, C., Montoro, L., & Tortosa, F. (2014). Psychotropic drugs and driving : Prevalence and types. *Annals of General Psychiatry*, 13, 14.
- American psychiatric association. (1994). *DSM-4_FR*.
- Ancona, M., & Masson, C. (2020). Addiction, corps et escalade. *Imaginaire Inconscient*, n° 46(2), 77-94.
- André, C., & Lelord, F. (2011). *L'Estime de soi*. Odile Jacob.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Indicateurs sociaux du bien-être, Texte d'origine : Perceptions des Américains sur la qualité de vie*. Springer États-Unis.
- Anesm. (2018). *Qualite_de_vie_en_residences_autonomie-recommandations.pdf*.
- Anglade, V., Belaid, K., Berne, C., Pochon, B., Renolet, N., Courtois, M., Bricci, A., Ruiz, O., Batzli, G., Epmm, A., & Bricci, A. (2014). PP10 *Diabetes & Metabolism*, 40, A114.
- Bachmann, P., Baudinet, C., Foucaut, A.-M., Kempf, A.-S., Meyrand, R., Berthouze, S., Fervers, B., & Touillaud, M. (2015). Activité physique pendant et après le cancer : Comment prescrire et dans quels objectifs ? *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 29(2), 121-125.
- Bacquaert. (2016, octobre 3). *Les bienfaits de l'activité physique adaptée*. IRBMS.
- Bacro, F., Rambaud, A., Florin, A., & Guimard, P. (2011). *L'évaluation de la qualité de vie des enfants de 3 à 6 ans et son utilité dans le champ de l'éducation*. 7.
- Barth, N., Perrin, C., & Camy, J. (2014). S'engager dans une pratique régulière d'activité physique lorsqu'on est atteint de diabète de type 2 : Entre « trajectoire de maladie » et « carrière de pratiquant d'activité physique adaptée (APA) ». *Loisir et Société / Society and Leisure*, 37(2), 224-240.
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 27(1), 3-27.

- Baumann, & Briançon. (2010). *Maladie chronique et qualité de vie : Enjeux, définition et mesure*.
- Benamouzig, D. (2010). Mesures de qualité de vie en santé. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, N° 4(1), 135-176.
- Bernard, P. (2014). Bénéfices de l'activité physique dans le cadre du sevrage tabagique. *Bénéfices de l'activité physique dans le cadre du sevrage tabagique*, 16(1), 14-15.
- Biddle, S., & Goudas, M. (1994). Sport, activité physique et santé chez l'enfant. *Enfance*, 47(2), 135-144.
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Stewart, L., & Olson, M. (1982). 14-the concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In G. J. Stahler & W. R. Tash (Éds.), *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation* (p. 345-366). Academic Press.
- Birnesser, L.-F. (2020). Intérêt d'une évaluation à 6 mois d'une réhabilitation respiratoire dans le maintien de la capacité fonctionnelle et de la qualité de vie : Étude rétrospective. *Kinésithérapie, la Revue*, 20(218), 8-14.
- Blain, H., Vuillemin, A., Blain, A., & Jeandel, C. (2000). *Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées*. 9.
- Blancher, G., Denjean, A., Rivière, D., & Guezennec, C.-Y. (2004). *Séance thématique sur « La pratique du sport : Bénéfices et risques »*. 210.
- Boduszek, D., & Debowska, A. (2017). Feelings of Inadequacy Scale. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Éds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (p. 1-3). Springer International Publishing.
- Borges, J., & Gabriel, J. (2019). *Impact de l'activité physique adaptée sur la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques*. 76.
- Borthwick-Duffy, S. A. (1992). Quality of Life and Quality of Care in Mental Retardation. In L. Rowitz (Éd.), *Mental Retardation in the Year 2000* (p. 52-66). Springer.
- Boudigou, R., Bley, D., & Vernazza-Licht, N. (2000). Processus migratoire et qualité de vie. L'exemple des migrants retournés au village dans une zone forestière du Sud Cameroun. In B. S, B. D, P. H, & V.-L. N (Éds.), *L'Homme et la forêt tropicale* (p. 159-173). Edition de Bergier.
- Boujut, É., & Décamps, G. (2011). *Relations entre les émotions négatives, l'estime de soi, l'image du corps et la pratique sportive des étudiants de première année* & 8.

- Bouricha, R., Thöni, G., Raffard, L., Cochet, L., Saucourt, V., & Tirode, V. (2015). Activité physique adaptée pour des malades chroniques en appartements de coordination thérapeutique. *Sante Publique, S1(HS)*, 219-225.
- Breton, R. (2002). Modalités d'appartenance aux francophonies minoritaires : Essai de typologie. *Sociologie et sociétés, 26(1)*, 59-69.
- Brown, Taylor, & Matthews. (2001, janvier 1). *Quality of life—Ageing and Down syndrome*. Down Syndrome Research and Practice.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, É. (2014). Bonheur, satisfaction de la vie, bien-être, santé et qualité de vie. *Psycho Sup*, 3-82.
- Callinan, S., Rankin, G., Room, R., Stanesby, O., Rao, G., Waleewong, O., Greenfield, T. K., Hope, A., & Laslett, A.-M. (2019). Harms from a partner's drinking : An international study on adverse effects and reduced quality of life for women. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 45(2)*, 170-178.
- Camisuli, D. M., Innocenti, A., Fusi, J., Franzoni, F., & Pruneti, C. (2018). *Aerobic exercise effects upon cognition in Alzheimer's Disease : A systematic review of randomized controlled trials*. 11.
- Campo, M., Louvet, B., Dosseville, F., Ferrand, C., Hagger, M., Martinet, G., Nicolas, M., Reguer, D., & Sanchez, X. (2015). Promotion de l'activité physique chez les seniors. Revue systématique des programmes d'intervention centrés sur les barrières affectives. *Staps, n° 110(4)*, 115-127.
- Carothers, B. J., & Reis, H. T. (2013). Men and women are from Earth : Examining the latent structure of gender. *Journal of Personality and Social Psychology, 104(2)*, 385-407.
- Cassen, M., & Delile, J.-M. (2007). Thérapies familiales et addictions : Nouvelles perspectives. *Psychotropes, Vol. 13(3)*, 229-249.
- Chou, C.-H., Hwang, C.-L., & Wu, Y.-T. (2012). Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults : A meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 93(2)*, 237-244.
- Ciangura, C., Faucher, P., & Oppert, J.-M. (2014). Activité physique, nutrition et obésité. *Nutrition Clinique et Métabolisme, 28(4)*, 279-286.
- Clivaz. (2018). *15.6.18_clivaz_restaurer_lestime_de_soi_2018.06.15.pdf*.
- Coledam, D. H. C., Ferraiol, P. F., Pires, R., Ribeiro, E. A. G., Ferreira, M. A. C., & de Oliveira, A. R. (2014). Agreement between two cutoff points for physical activity and associated factors in young individuals. *Revista Paulista de Pediatria, 32(3)*, 215-222.

- Colpaert, K., Maeyer, J. D., Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2013). Impact of Addiction Severity and Psychiatric Comorbidity on the Quality of Life of Alcohol-, Drug- and Dual-Dependent Persons in Residential Treatment. *European Addiction Research*, 19(4), 173-183.
- Compagnone, P.-D., Van, M.-T., & Bouisson, J. (2007). Définition de la qualité de vie par des personnes âgées. *European Review of Applied Psychology*, 57(3), 175-182.
- Cormier, H. J., Pinard, G., Leff, H. S., & Lessard, R. (1985). Évaluation des besoins et de l'utilisation de services de santé mentale dans la schizophrénie*. *Santé mentale au Québec*, 10(2), 185.
- Coursier. (2017). *Estime de soi : L'impact positif de l'activité physique et sportive*. IRBMS.
- Da Ros Vettoretto, P., Hauw, N., & Noury-Desvaux, B. (2018). Impact d'un programme APA sur la qualité de vie, l'appétence à l'alcool, les attitudes et les capacités physiques de personnes présentant un trouble de l'usage d'alcool (TUAL). *Science & Sports*, 33, S41.
- Dalleau, L. (2019, juin 25). *Le rôle de l'estime de soi et des pairs dans la consommation de substances psychoactives durant l'adolescence* [Mémoire]. Université Toulouse-Jean Jaurès.
- Danneaux, L., & Smal, G. (2017). *Effets de l'entraînement physique intensif sur l'estime de soi des enfants de 5ème et 6ème primaire*.
- De Matos, M. G., Calmeiro, L., & Da Fonseca, D. (2009a). Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. *La Presse Médicale*, 38(5), 734-739.
- Dechamps, Diolez, Thiaudière, Tulon, Onifade, Vuong, Helmer, & Bourdel-Marchasson. (2010). Effects of exercise programs to prevent decline in health-related quality of life in highly deconditioned institutionalized elderly persons : A randomized controlled trial. *Archives of internal medicine*, 170(2).
- Denoix, S., & Thévenot, A. (2011). Étude de cas d'un adolescent pris dans les jeux vidéo, mort de la socialisation traditionnelle ? *Etudes sur la mort*, n° 139(1), 25-38.
- Diener, E. (1984). *Subjective Well-Being* (SSRN Scholarly Paper ID 2162125). Social Science Research Network.
- Dishman, R. K., Hales, D. P., Pfeiffer, K. A., Felton, G. A., Saunders, R., Ward, D. S., Dowda, M., & Pate, R. R. (2006). Physical self-concept and self-esteem mediate cross-sectional relations of physical activity and sport participation with depression symptoms among adolescent girls. *Health Psychology*, 25(3), 396-407.
- Donald J. Samuels, Muriel Samuels,. (1974). *Low Self-Concept as a Cause of Drug Abuse* -.

- Dorard, G. (2013). Estime de soi, soutien social perçu, stratégies de coping, et usage de produits psychoactifs à l'adolescence. *Psychologie française*, 15.
- Doré, C. (2017). L'estime de soi : Analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, N° 129(2), 18-26.
- Dorion-Coupal, K., Gauthier, P., Kino-Québec, Kino-Québec, & Comité scientifique. (2002). *L'Activité physique déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus*. Kino-Québec.
- Dupuy, G., Vorspan, F., & Lépine, J.-P. (2009). Épidémiologie des usages de substances addictives : Résultats d'études réalisées en France et perspectives internationales. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 167(7), 498.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1995). The role of peer affiliations, social, family and individual factors in continuities in cigarette smoking between childhood and adolescence. *Addiction*, 90(5), 647-659.
- Fernandez, L., & Sztulman, H. (1997). *Approche du concept d'addiction en psychopathologie*. 11.
- Ferré. (2020). *Axe-3-Renforcer-lestime-de-soi-et-lutter-contre-les-addictions*
- Fourchard, F., & Courtinat-Camps, A. (2013). L'estime de soi globale et physique à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(6), 333-339.
- Fox, K., & Corbin, C. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and Preliminary Validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11, 408-430.
- Fuchs, A., Benitez, J. C., Chanoine, S., Quétant, S., Vion, V., Herbinet, A., Llerena, C., Pin, I., Wuyam, B., & Camara, B. (2018). Effets d'un accompagnement en activités physiques adaptées (APA) supervisé à domicile chez des patients atteints de mucoviscidose. *Science & Sports*, 33, S28-S29.
- Giesen, E. S., Deimel, H., & Bloch, W. (2015). Clinical Exercise Interventions in Alcohol Use Disorders : A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 52, 1-9.
- Glasser. (1985). Glasser 1985. *William Glasser Institute Ireland*.
- Godefroy, P., & Lollivier, S. (2014). Satisfaction et qualité de vie. *Économie et statistique* n° 469-470.
- Goldenberg, M., Danovitch, I., & IsHak, W. W. (2014). Quality of life and smoking. *The American Journal on Addictions*, 23(6), 540-562.
- Goñi, A., & Zulaika, L. M. (2001). L'éducation physique à l'école et l'amélioration du concept de soi. *Staps*, no 56(3), 75-92.

- Griffiths, L. J., Parsons, T. J., & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents : A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity: IJPO: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 5(4), 282-304.
- Grimaldi, A., Caillé, Y., Pierru, F., & Tabuteau, D. (2017). *Les Maladies chroniques : Vers la troisième médecine*. Odile Jacob.
- Guédénéy, N. (2011). Les racines de l'estime de soi : Apports de la théorie de l'attachement. *Devenir*, Vol. 23(2), 129-144.
- Guillemot, S. (2014). Place et apports de l'éducation thérapeutique du patient en addictologie/tabacologie. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 6(3), 248-252.
- Hallgren, M., Vancampfort, D., Giesen, E. S., Lundin, A., & Stubbs, B. (2017). Exercise as treatment for alcohol use disorders : Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 51(14), 1058-1064.
- Hser, Y.-I., Mooney, L. J., Huang, D., Zhu, Y., Tomko, R. L., McClure, E., Chou, C.-P., & Gray, K. M. (2017). Reductions in cannabis use are associated with improvements in anxiety, depression, and sleep quality, but not quality of life. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 81, 53-58.
- Insee. (2017). *Fiches – Qualité de vie – Femmes et hommes, l'égalité en question* | Insee.
- Inserm. (2019). *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques*.
- Institut national du cancer. (2013). *Symptômes—Cancer du sein*.
- Institut national du cancer. (2017). *Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer des connaissances scientifiques aux repères pratiques*.
- Karcher, B., & Cherikh, F. (2015). Estime de soi et insatisfaction corporelle dans la prise en charge médicale et psychologique des patients boulimiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(8), 675-680.
- Kassel, J. D., Wardle, M., & Roberts, J. E. (2007). Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1164-1176.
- Kelly, L. A., Reilly, J. J., Fisher, A., Montgomery, C., Williamson, A., McColl, J. H., Paton, J. Y., & Grant, S. (2006). Effect of socioeconomic status on objectively measured physical activity. *Archives of Disease in Childhood*, 91(1), 35-38.
- Kevin W. Smith* M.A., & Ph.D, M. J. L. (2003). Quality of Life Assessments by Adult Substance Abusers Receiving Publicly Funded Treatment in Massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 323-335.

- Kondratowitz, H.-J. von, Tesch-Römer, C., & Motel-Klingebiel, A. (2003). La qualité de vie des personnes âgées dans les États-providence européens. *Retraite et société*, *no 38*(1), 133-169.
- Ladner, J., Porrovecchio, A., Masson, P., Zunquin, G., Hurdiel, R., Pezé, T., Theunynck, D., & Tavolacci, M.-P. (2016). Activité physique chez les étudiants : Prévalence et profils de comportements à risque associés. *Santé Publique*, *SI*(HS), 65-73.
- Lahfa, M., Halioua, B., Rostain, G., Maccari, F., Gruber, A., Aubin, C., Chosidow, O., & Correia Da Silva, C. (2015). Qualité de vie chez les hommes et les femmes atteints d'eczéma chronique sévère des mains (ECsM) et traités par alitrétinoïne en France. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, *142*(12, Supplement), S492-S493.
- Lambrette, G. (2014). La question du genre et des addictions. *VST - Vie sociale et traitements, revue des CEMEA*, *N° 122*(2), 79-84.
- Lançon, C., & Cohen, J. (2010). Addictions sans substances et comorbidités. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *168*(7), 513-515.
- Lantheaume, S., Fabre, F., Fisch, C., Moták, L., Massol, P., S., L., Fernandez, L., & Blois-Da Conceição, S. (2016). Cancer du sein, activité physique adaptée et qualité de vie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *175*.
- Laqueille, X., & Liot, K. (2009). Addictions : Définitions et principes thérapeutiques. *L'information psychiatrique*, *Volume 85*(7), 611-620.
- Laure, P., Binsinger, C., Friser, A., Ambard, M. F., & Girault, S. (2005). L'estime de soi et l'anxiété sont-elles prédictives de la consommation de substances psychoactives par les préadolescents ? *Psychotropes*, *Vol. 11*(1), 73-90.
- Laventure, M. (2020). *Initiation précoce aux psychotropes chez les préadolescents du Québec*. Le Claire. (2011). *Le patient addictif*. *33*, 135-142.
- Lejoyeux, M., Romo, L., & Adès, J. (2004). Addiction à l'internet. *EMC - Psychiatrie*, *1*(1), 1-6.
- Lemoyne, J., & Girard, S. (2018). Activité physique, estime de soi et condition physique : Étude longitudinale d'une cohorte d'étudiants québécois. *Staps*, *n° 120*(2), 99-115.
- Leplège, A., Ecosse, E., & Pouchot, J. (2001). Le questionnaire MOS SF-36, manuel d'utilisation et guide d'interprétation des scores [French]. *Editions ESTEM*, *12*, 137-149.
- Levet, P. (2013). Des risques psychosociaux à la Qualité de Vie au Travail. *Negotiations*, *n° 19*(1), 97-111.

- Lev-Ran, S., Imtiaz, S., Taylor, B. J., Shield, K. D., Rehm, J., & Le Foll, B. (2012). Gender differences in health-related quality of life among cannabis users : Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 123(1), 190-200.
- Limosin, F. (2008). *L'addiction au travail – Workaholism*. 4.
- Linda Henault. (1987). *Estime de soi et activite physique chez la femme*.
- Linke, S. E., & Ussher, M. (2015). Exercise-based treatments for substance use disorders : Evidence, theory, and practicality. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 41(1), 7-15.
- López-Nicolás, Á., Trapero-Bertran, M., & Muñoz, C. (2018). Smoking, health-related quality of life and economic evaluation. *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 19(5), 747-756.
- Low, G., & Molzahn, A. (2008). Quality of Life of Older Adults in Canada and Norway Examining the Iowa Model. *Western journal of nursing research*, 30, 458-476.
- Lozano, O. M., Domingo-Salvany, A., Martinez-Alonso, M., Brugal, M. T., Alonso, J., de la Fuente, L., & ITINERE Investigators. (2008). Health-related quality of life in young cocaine users and associated factors. *Quality of Life Research*, 17(7), 977.
- Lundqvist, T. (2010). Imaging Cognitive Deficits in Drug Abuse. In D. W. Self & J. K. Staley Gottschalk (Éds.), *Behavioral Neuroscience of Drug Addiction* (p. 247-275). Springer.
- Luscher, C. (2013). Drug-Evoked Synaptic Plasticity Causing Addictive Behavior. *Journal of Neuroscience*, 33(45), 17641-17646.
- Martorana, C., & Université de Liège > Master sc. psycho., À. F. (2020). *La qualité de vie des patients BPCO et des fumeurs avérés : Étude comparative au sein des deux populations*.
- McAuley, E., Blissmer, B., Katula, J., Duncan, T. E., & Mihalko, S. L. (2000). Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults : A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(2), 131.
- Mercier, C., & Filion, J. (2006). La qualité de la vie : Perspectives théoriques et empiriques. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 135-143.
- Mhiri, D. S. E. (2012). *Place de l'activite physique dans la prise en charge des personnes agees en ehpad*. 35.
- Modrcin-Talbott, M. A., Pullen, L., Ehrenberger, H., Zandstra, K., & Muenchen, B. (1998). Self-Esteem in Adolescents Treated in an Outpatient Mental Health Setting. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 21(3), 159-171.
- Mohammadi-nezhad, M. (2017). *Therapeutic effects of Exercise on the Self*.

- Morimoto, T., Oguma, Y., Yamazaki, S., Sokejima, S., Nakayama, T., & Fukuhara, S. (2006). Gender Differences in Effects of Physical Activity on Quality of Life and Resource Utilization. *Quality of Life Research*, 15(3), 537-546.
- Mosccone, A. L., Leconte, P., & Le Scanff, C. (2011). Perception de soi et activité physique adaptée dans l'anorexie mentale. *Science & Sports*, 26(4), 225-228.
- Musschenga, A. W. (1994). *Quality of Life and Handicapped People* (p. 181-198).
- Nasr, H. E., & Rached, K. S. B. (2015). La Cyberdépendance : Cas de l'addiction au réseau social Facebook. *La Revue Gestion et Organisation*, 7(2), 125-134.
- Netgen. (2010). *Addiction : L'égalité face aux substances ?* Revue Médicale Suisse.
- Nguyen-Xuan, D., Ancelin, D., & Héron, A. (2020). Thérapies corps-esprit en addictologie : Apports de la psychomotricité. *Soins Psychiatrie*, 41(326), 30-34.
- NIDA. (2018). *What-addiction.pdf*.
- Ninot, Gregory. (2013, septembre 18). Définir la notion d'activités physiques adaptées (APA).
- Ninot, Grégory, Delignieres, D., & Fortes, M. (2000). L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel. *Staps*, 53, 35-48.
- Nock, N. L., Minnes, S., & Alberts, J. L. (2017). Neurobiology of Substance Use in Adolescents and Potential Therapeutic Effects of Exercise for Prevention and Treatment of Substance Use Disorders. *Birth defects research*, 109(20), 1711-1729.
- Nolin, B., Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, & Kino-Québec. (2002). *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé*. Publications du Québec.
- Nubukpo, P., Laot, L., & Clément, J. (2012). Addictive behaviors in the aged. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 10, 315-324.
- Oetting, E. R., Donnermeyer, J. F., & Deffenbacher, J. L. (1998). Primary Socialization Theory. The Influence of the Community on Drug Use and Deviance. Ill. *Substance Use & Misuse*, 33(8), 1629-1665.
- OFDT. (2019). *Médicaments psychotropes—Synthèse des connaissances—OFDT.* /
- Okoro, C. A., Brewer, R. D., Naimi, T. S., Moriarty, D. G., Giles, W. H., & Mokdad, A. H. (2004). Binge drinking and health-related quality of life : Do popular perceptions match reality? *American Journal of Preventive Medicine*, 26(3), 230-233.
- Olson, J. M., Breckler, S. J., & Wiggins, E. C. (2008). *Social psychology alive*. Thomson Nelson.
- OMS (Éd.). (2006). *Prévention des maladies chroniques un investissement vital*. Organisation mondiale de la Santé.

- OMS. (2010). *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. OMS.
- OMS. (2018). *L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11)*.
- Oubrayrie-Roussel, N., & Safont-Mottay, C. (2013). *Conduites à risques et dévalorisation de soi : Etude de la consommation de toxiques (tabac, alcool, drogue) chez les adolescents scolarisés*. 19.
- Parola, N. (2010). *Jeu pathologique et addiction au cannabis : Profil psychosocial spécifique ou commun ?* [These de doctorat, Aix-Marseille 1].
- Patrick, D. L., & Erickson, P. (1996). *Health status and health policy : Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. Oxford University Press.
- Pfister, R., Masse, C., & Jung, J. (2001). Agressivité, impulsivité et estime de soi. *Staps*, *no 56(3)*, 33-42.
- Pilote, A. (2003). Sentiment d'appartenance et construction de l'identité chez les jeunes fréquentant l'école Sainte-Anne en milieu francophone minoritaire. *Francophonies d'Amérique*, 37-44.
- Prouteau, A., Grondin, O., & Swendsen, J. (2009). Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : Une étude en vie quotidienne. *Revue française des affaires sociales*, *1*, 137-155.
- Ranque Garnier, S., Zerdab, A., Laurin, J., & Donnet, A. (2017). « Fibromyactiv » : Étude pilote monocentrique, prospective, randomisée. Efficacité de la pratique d'activité physique adaptée sur la qualité de vie de patients fibromyalgiques. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, *18(2)*, 87-104.
- Raobelle, Rakotohoely, Randriambololona, Razakandrainy, & Rajaonarison. (2019). *Les facteurs socio-familiaux influençant l'estime de soi des jeunes en milieu suburbain* *Social and family factors influencing self-esteem of youth living in suburban area – Société Malgache de Pédiatrie*.
- Rattaz, C. (2016). *Quels sont les facteurs qui influencent la qualité de vie des familles ? Prendre en compte la qualité de vie et travailler avec les familles*. 26.
- Reich, J., Zautra, A., & Hill, Julie. (1987). Activity, event transactions, and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, *2*, 116-124.
- Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H.-J., Benyamina, A., & Jourdain-Menninger, D. (2016). *Traité d'addictologie*. Lavoisier Médecine-Sciences.
- Robitaille, M. (1977). Deuxième colloque sur la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, *2(2)*, 59-66.

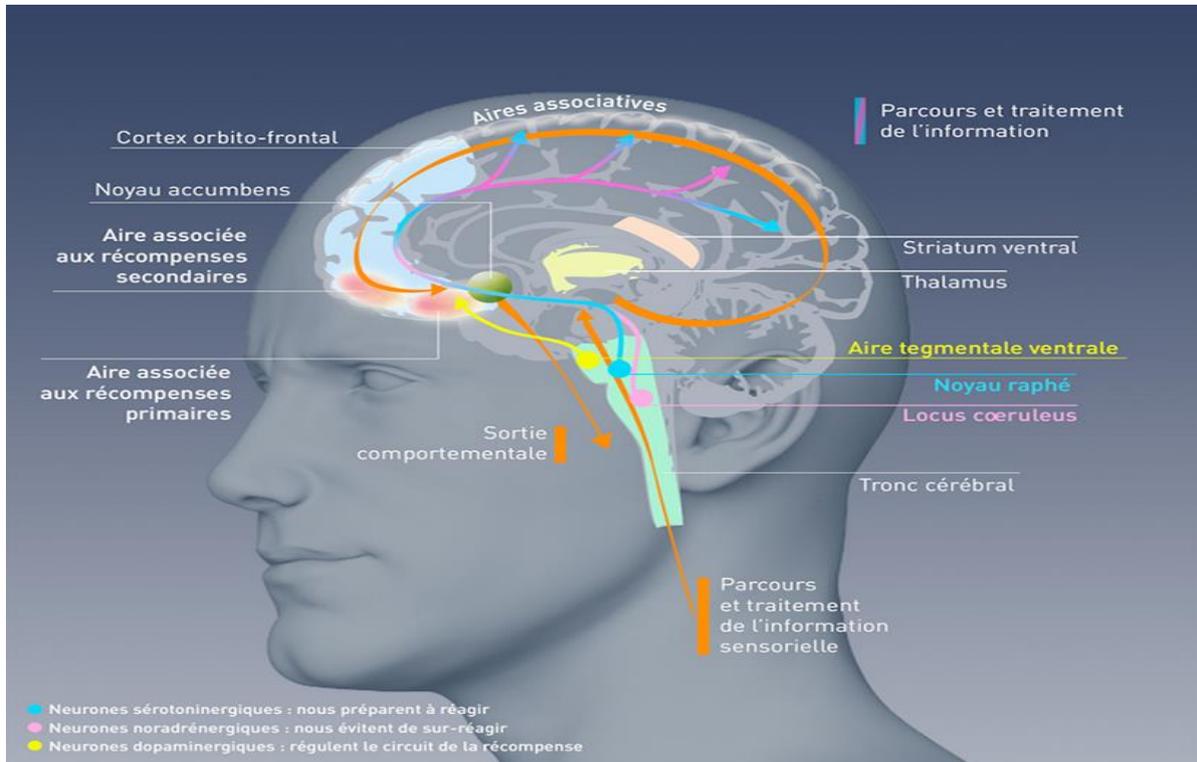
- Rochaix, D., Gaetan, S., & Bonnet, A. (2017). Troubles alimentaires, désirabilité sociale, insatisfaction corporelle et estime de soi physique chez des étudiantes de première année. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(4), 363-369.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York : Basic Books.
- Rozaire, C., Landreat, M. G., Grall-Bronnec, M., Rocher, B., & Vénisse, J.-L. (2009a). Qu'est-ce que l'addiction ? *Archives de politique criminelle*, n° 31(1), 9-23.
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 15(3), 205-218.
- Rudolf, H., & Watts, J. (2002). Quality of life in substance abuse and dependency. *International Review of Psychiatry*, 14(3), 190-197.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Sagnes, G. (2020). *Impact d'un programme promouvant une activité physique régulière sur le taux d'activité physique et sur la qualité de vie de personnes présentant une déficience intellectuelle : Le cas du programme Bouger Ensemble* [University of Geneva].
- Sagtani, R. A., Thapa, S., & Sagtani, A. (2019). Smoking and Quality of Life - Is there really an association? Evidence from a Nepalese sample. *PloS One*, 14(9), e0221799.
- Sawicki, W. C., Barbosa, D. A., Fram, D. S., & Belasco, A. G. S. (2018). Alcohol consumption, Quality of Life and Brief Intervention among Nursing university students. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71(suppl 1), 505-512.
- Schalock, R. L. (1993). *La qualite de vie: conceptualisation, mesure et application*. 16.
- Schmit, S., Chauchard, E., Chabrol, H., & Sejourne, N. (2011). Évaluation des caractéristiques sociales, des stratégies de coping, de l'estime de soi et de la symptomatologie dépressive en relation avec la dépendance aux jeux vidéo en ligne chez les adolescents et les jeunes adultes. *L'Encéphale*, 37(3), 217-223.
- Simard, P. A. (2011). *Effet des troubles métaboliques sur la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale*. 19(4), 4.
- Société Française de Psychologie du Sport. (2010). *Actes_sfps_2010_lyon_1.pdf*.
- Szinay, D., Tombor, I., Garnett, C., Boyt, N., & West, R. (2019). Associations between self-esteem and smoking and excessive alcohol consumption in the UK : A cross-sectional study using the BBC UK Lab database. *Addictive Behaviors Reports*, 10.
- Tarantini, C., Gallardo, L., & Peretti-Watel, P. (2014). Travailler après un cancer du sein. Enjeux, contraintes et perspectives. *Sociologie*, Vol. 5(2), 139-155.

- Tavani, J. L., Lo Monaco, G., Hoffmann-Hervé, L., Botella, M., & Collange, J. (2014). La qualité de vie au travail : Objectif à poursuivre ou concept à évaluer ? *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 75, 160-170.
- Tello, G., Jouvion, A., Boulard, J.-F., Marimoutou, C., Cazenave, N., & Théfenne, L. (2012). Addiction au sport et blessures au Centre national d'entraînement commando. *Science & Sports*, 27(5), 274-282.
- Tribonnière, X. de la, Jacquet, J.-M., Vidal, J., & Rigole, H. D. (2016). Ce que l'éducation thérapeutique peut apporter à l'addictologie. *Sante Publique*, Vol. 28(5), 591-597.
- Underner, M., Perriot, J., Peiffer, G., & Meurice, J.-C. (2016). Effets de l'activité physique sur le syndrome de sevrage et le craving à l'arrêt du tabac. *Revue des Maladies Respiratoires*, 33(6), 431-443.
- Varescon, I. (2009). Introduction. In *Les addictions comportementales* (p. 11-18). Mardaga.
- Verhoeven, F., Tordi, N., Prati, C., Demougeot, C., Mougin, F., & Wendling, D. (2016). Activité physique et polyarthrite rhumatoïde. *Revue du Rhumatisme*, 83(2), 99-104.
- Viana, D. A., Andrade, F. C. D., Martins, L. C., Rodrigues, L. R., & Dos Santos Tavares, D. M. (2019). Differences in quality of life among older adults in Brazil according to smoking status and nicotine dependence. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 1.
- Villaron, C., Marqueste, T., Eisinger, F., Cappiello, M.-A., Therme, P., & Cury, F. (2015). Activité physique et cancer du sein métastatique : Qualité de vie, fatigue et estime de soi- étude pilote. *Oncologie*, 17(1), 39-46.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., & Wang, G.-J. (2003). The addicted human brain : Insights from imaging studies. *Journal of Clinical Investigation*, 111(10), 1444-1451.
- Volle, É., & Seznec, J.-C. (2006). L'arrêt du sport intensif : Révélation d'addictions ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 164(9), 775-779.
- Vuillemin, A. (2012). Bénéfices de l'activité physique sur la santé des personnes âgées. *Science & Sports*, 27(4), 249-253.
- Walitzer, K. S., & Sher, K. J. (1996). A Prospective Study of Self-Esteem and Alcohol Use Disorders in Early Adulthood : Evidence for Gender Differences. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20(6), 1118-1124.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

- Ware, J., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey : Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- Witkiewitz, K., Kranzler, H. R., Hallgren, K. A., O'Malley, S. S., Falk, D. E., Litten, R. Z., Hasin, D. S., Mann, K. F., & Anton, R. F. (2018). Drinking Risk Level Reductions Associated with Improvements in Physical Health and Quality of Life Among Individuals with Alcohol Use Disorder. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 42(12), 2453-2465.
- Yaghoubi, A., Tabrizi, J.-S., Mirinazhad, M.-M., Azami, S., Naghavi-Behzad, M., & Ghojzadeh, M. (2012). Quality of Life in Cardiovascular Patients in Iran and Factors Affecting It : A Systematic Review. *Journal of cardiovascular and thoracic research*, 4(4), 95-101.
- Zautra, A., Affleck, G., Tennen, H., Reich, J., & Davis, M. (2006). Dynamic Approaches to Emotions and Stress in Everyday Life : Bolger and Zuckerman Reloaded With Positive as Well as Negative Affects. *Journal of personality*, 73, 1511-1538.
- Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F., & Zimmermann, E. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution*. 85.
- Zuccalà, G., Onder, G., Pedone, C., Cesari, M., Landi, F., Bernabei, R., Cocchi, A., & Gruppo Italiano di Farmacoepidemiologia nell'Anziano Investigators. (2001). Dose-related impact of alcohol consumption on cognitive function in advanced age : Results of a multicenter survey. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 25(12), 1743-1748.

Annexes

Annexe 1 : Le circuit de la récompense, Inserm, F. Koulikoff, Fotolia



Annexe 2 : Questionnaire ISP-25

	Pas du tout	Très peu	Un peu	Assez	Beaucoup	Tout à fait
1. J'ai une bonne opinion de moi						
2. Globalement, je suis satisfait(e) de mes capacités physiques						
3. Je ne peux pas courir longtemps sans m'arrêter						
4. Je trouve la plupart des sports faciles						
5. Je n'aime pas beaucoup mon apparence physique						

6. Je pense être plus fort(e) que la moyenne						
7. Il y a des tas de choses en moi que j'aimerais changer						
8. Physiquement, je suis content(e) de ce que je peux faire						
9. Je serais bon(ne) dans une épreuve d'endurance						
10. Je trouve que je suis bon(ne) dans tous les sports						
11. J'ai un corps agréable à regarder						
12. Je serais bon(ne) dans une épreuve de force						
13. Je regrette souvent ce que j'ai fait						
14. Je suis confiant(e) vis-à-vis de ma valeur physique						
15. Je pense pouvoir courir longtemps sans être fatigué (e)						
16. Je me débrouille bien dans tous les sports						
17. Personne ne me trouve beau (belle)						
18. Face à des situations demandant de la force, je suis le (la) premier(ière) à proposer mes services						
19. J'ai souvent honte de moi						
20. En général, je suis fier(ière) de mes possibilités physiques						
21. Je pourrais courir 5 km sans m'arrêter						
22. Je réussis bien en sport						
23. Je voudrais rester comme je suis						
24. Je suis bien avec mon corps						
25. Je ne suis pas très bon(ne) dans les activités d'endurance telles que le vélo ou la course						

Annexe 3 : Questionnaire SF-36

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

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Médiocre	4
Mauvaise	5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fiche d'information concernant la participation au protocole expérimental en Activité Physique Adaptée

Titre : *Quelle est l'influence d'un programme d'activité physique adaptée sur l'estime de soi et la perception de la qualité de vie des patients inclus au SSRA Malvau ?*

Nous proposons de mettre en place un programme d'activité physique adaptée (APA) qui permettrait d'évaluer l'estime de soi ainsi que la perception de la qualité de vie grâce à la mise en place de deux questionnaires. Ci-dessous, vous trouverez l'explication du protocole mis en place.

Objectif : Pouvoir observer, sur une durée de 7 semaines, l'impact de l'activité physique sur l'estime de soi et la perception de la qualité de vie.

Déroulement : Lors de votre évaluation physique vous passerez les deux questionnaires (1ere phase d'évaluation – Jour 1 du séjour). Nous vous expliquerons également le fonctionnement de l'étude ainsi que l'accès à la salle. Durant les 7 semaines de votre séjour, vous aurez accès librement à la salle de sport, avec une séance par semaine de cours collectif. Vous prendrez part aux activités que vous souhaitez (cardio, renforcement...). La deuxième phase d'évaluation sera réalisée le dernier jour de votre séjour, et vous repasserez les deux questionnaires.

Confidentialité : toutes les informations que vous nous donnez sont confidentielles. Seuls les médecins (addictologue et généraliste) et l'EAPA pourront avoir accès à celles-ci.

Vous pouvez accepter ou refuser de prendre part au protocole.

Vous pouvez quitter le protocole en cours de prise en charge si vous le souhaitez.

Merci pour votre attention, et si vous souhaitez vous engagez dans ce protocole, vous pouvez alors signer le formulaire de consentement.

Annexe 5 : formulaire de consentement

**Formulaire de consentement – Protocole expérimental en Activité Physique
Adaptée**

Je, soussigné déclare accepter, librement, et de façon éclairer, de participer comme sujet à l'étude intitulée :

L'influence d'un programme d'activité physique adaptée sur l'estime de soi et la perception de la qualité de vie des patients inclus au SSRA Malvau.

Sous la direction de Mme Courteville ainsi que l'université de Rennes 2.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise. Les objectifs et les modalités de ce protocole m'ont été expliqués.

J'accepte que les informations de mon dossier puissent être accessibles aux acteurs du protocole, cependant outre ces personnes, mon anonymat sera complet.

Je suis volontaire dans la participation à ce protocole expérimental en activité physique adaptée.

Je suis conscient de pouvoir quitter l'étude quand je le souhaite, même en cours de la prise en charge. Je peux également refuser d'y participer. Cela n'influencera aucunement la qualité de mes soins.

Je suis libre de poser toutes les questions que je souhaite concernant le protocole, et d'exprimer mes souhaits également.

Fait à

Le

Signature du responsable du protocole

Signature du patient

Signature du médecin chef addictologue

Résumé :

Contexte et objectifs : Les addictions sont un problème majeur de santé publique et provoquent de nombreux soucis tel que des conséquences psychologiques avec une faible estime de soi globale et physique et une faible perception de la qualité de vie. Le protocole mis en place cherche à évaluer l'impact de l'Activité Physique Adaptée sur l'estime de soi et la perception de la qualité de vie des patients.

Les méthodes : 15 patients hommes et femmes confondus, âgés de 30 à 60 ans, en centre addictologie, sevrés depuis minimum 1 mois vont prendre part à un programme d'APA sur une durée de 7 semaines. Les patients font des activités cardio, renforcement musculaire et marche. Les patients passent 2 deux questionnaires. Le questionnaire ISP-25 pour évaluer l'estime de soi et le questionnaire SF-36 pour évaluer la perception de la qualité de vie. Les questionnaires sont passés au début de l'étude et à la fin de l'étude.

Résultats : Les résultats montrent une augmentation significative de l'estime de soi globale, de la force et de l'apparence. Pour la perception de la qualité de vie, la composante mentale (rôle émotionnel, vitalité et bien-être émotionnel) augmente de manière significative. Pas de résultats significatifs concernant la composante physique.

Conclusion : Un programme d'APA permet de jouer un rôle important et de modifier positivement l'estime de soi globale et physique ainsi que la perception de la qualité de vie des patients. Tous les paramètres n'étant pas modifiés, il serait nécessaire de réajuster le programme sur la durée, la fréquence et l'intensité des activités.

Mots clés : Activité physique adaptée, estime de soi, mouvement, addictologie, perception de qualité de vie.

Abstract :

Contexts and objectives : Dependances are a major problem of public Health and generate lots of troubles as psychological consequences with a low self-esteem and physical sequelles with a low perception of the quality of life. The protocol established is to evaluate the profits of the adapted physical activities on the self-esteem and quality of life.

Process : 15 patients, men and women from 30 to 60 years old, in an addictology center, weaned for one month will take part in a 7 weeks program. Patients participate to cardio, muscle

building and walking activities. Patients have to fill in two questionnaires, the first one named ISP-25 to evaluate the self-esteem and the other named SF-36 to assess the perception of life quality at the beginning and at the end of the program.

Results : The results show a significant increase of the overall self-esteem, the strength, and physical appearance. For the perception of the quality of life, the mental part shows also a significant increase (emotional feeling, vitality, well-being). There are no significant results for the physical skills.

Conclusion : An adapted physical activities program is an important key point and positively modify the self-esteem and the perception of the life quality. All the settings haven't be modified, it would be necessary to readjust the program over tim, frequency and intensity of the physical activities.

Key words : Adapted physical activities, self-esteem, addictology, perception of life quality, movement.