

Université de Montréal

Faculté de médecine

Ce mémoire intitulé :

Efficacité d'un programme d'activité physique basé sur le modèle transthéorique et sur les préférences-patients chez des individus atteints de troubles psychotiques

Présenté par :

Ève Dubois

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Lionel Cailhol (président-rapporteur)

Amal Abdel-Baki (directrice de recherche)

Ahmed Jérôme Romain (co-directeur de recherche)

Jeffrey Caron (membre du jury)

Résumé et mots clés en français

Introduction : Quoique plus de 90 minutes/semaine d'activité physique (AP) soient recommandées, peu d'individus présentant un premier épisode psychotique (PEP) en pratiquent, malgré la présence de complications métaboliques fréquentes. La littérature suggère qu'une intervention d'AP incluant leurs préférences d'AP et des conseils motivationnels faciliterait leur adhésion.

Objectifs: Vérifier la faisabilité, l'acceptabilité et l'impact d'une intervention d'AP sur la motivation à l'AP, le niveau d'AP, de sédentarité et la participation sociale.

Méthodes: Essai clinique ouvert (étude pilote) conduit auprès de PEP. L'intervention de 24 séances d'AP supervisées est basée sur les « préférences-patient » et inclut des conseils motivationnels utilisant le modèle transthéorique. La faisabilité et l'acceptabilité étaient mesurées grâce au taux d'abandon, de présence et à la satisfaction. La motivation à l'AP, la participation sociale, le niveau d'AP et de sédentarité ont été mesurés.

Résultats: Des 40 PEP (25,63±4,22 ans, 52,5% de femmes) recrutés, 40% ont abandonné; le taux de présence était 67,5%. Les PEP (94%) étaient beaucoup (4/5) à énormément (5/5) satisfaits. Le niveau d'AP est passé de 52,71 à 91,79 minutes/semaine (recommandations atteints) et la sédentarité de 90,85 à 33,75 ± 49,16 minutes. Aucun impact observé sur la motivation d'AP et la participation sociale.

Conclusion: Les résultats préliminaires suggèrent qu'une intervention basée sur les préférences-patients est faisable et acceptable chez les PEP. De futures études contrôlées randomisées permettraient de déterminer si la diminution de la sédentarité et l'augmentation d'AP sont réellement attribuables à cette intervention et si elle peut contribuer à réduire les complications métaboliques chez les PEP.

Mots clés : Santé mentale, troubles psychotiques, premier épisode psychotique, activité physique, motivation, préférences-patient, modèle transthéorique, changement de comportement

Résumé et mots clés en anglais

Introduction: Although 90 minutes or more/week of physical activity (PA) is recommended, few individuals with early psychosis (IEP) practice it despite the frequent presence of metabolic complications. The literature suggests that a PA intervention including their preferred PA and motivational counseling would facilitate their adherence.

Objectives: To determine the feasibility, acceptability and impact of a PA intervention on PA motivation, PA level, sedentary time and social participation.

Methods: Open clinical trial (pilot study) conducted with IEP. The PA intervention of 24 supervised PA sessions is based on “patients-preferences” and includes motivational counseling using the transtheoretical model. Feasibility and acceptability were measured by drop-out rates and attendance and satisfaction level. PA motivation, PA level, level of physical inactivity and social participation were measured pre and post intervention.

Results: Of the 40 IEP (age: 25.63 ± 4.22 years, 52.5% of women) recruited, 40% dropped out and the attendance rate was 67.5%. The satisfaction was rated (94%) “very satisfied” to “very much”. The PA level increased from 52,71 to 91.79 minutes/week (reaching recommendations) and physical inactivity decreased from 90,85 to 33.75 ± 49.16 minutes. The intervention had no impact on PA motivation and social participation.

Conclusion: Our preliminary results suggest that an intervention based on patient preferences is feasible and acceptable in IEP. Future randomised controlled trials would allow to determine if the decreased physical inactivity and increased PA levels are due to this intervention and if it may contribute to reduce the frequent metabolic complications in IEP.

Keywords: Mental health, psychotic disorder, first episode psychosis, physical activity, motivation, patient preferences, trans theoretical model, behavior change

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS EN FRANÇAIS	1
RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS EN ANGLAIS	2
LISTE DES TABLEAUX	6
LISTE DES FIGURES	6
LISTES DES ABRÉVIATIONS	7
LES REMERCIEMENTS	8
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION ET RECENSION DES ÉCRITS	9
Section 1.1 La population : troubles psychotiques.....	9
1.1.1 Définition et symptômes de la psychose.....	9
1.1.2 Épidémiologie et causes des troubles psychotiques	11
1.1.3 Les complications de santé associées à la psychose et leurs causes	12
Section 1.2 Le rôle de l'activité physique chez les individus vivant avec un trouble psychotique	13
1.2.1 Définition de l'activité physique	13
1.2.2 Les bienfaits démontrés de l'activité physique chez les patients atteints de problème de santé mentale sévère.....	14
1.2.3 Impact de l'AP sur les paramètres anthropométriques.....	14
1.2.4 Impact de l'AP sur les symptômes de la maladie.....	16
1.2.4 Impact de l'AP sur les fonctionnements social et global.....	16
1.2.5 Impact des interventions visant à augmenter sur le niveau d'activité physique et de diminuer la sédentarité.....	17
Section 1.3 La problématique motivationnelle chez l'individu vivant avec une psychose	18
1.3.1 Les obstacles rencontrés lors de l'initiation et la difficulté d'adhésion à l'activité physique chez les personnes avec des troubles psychotiques.....	18
1.3.2 Pourquoi une théorie motivationnelle.....	20
Section 1.4 Présentation générale du modèle trans théorique (MTT)	21
1.4.1 Les stades de changement.....	21
1.4.2 Les composantes explicatives du changement de comportement.....	23
Section 1.5 L'implication du MTT dans l'activité physique chez les individus souffrant de trouble psychotique.....	26
Section 1.6 L'implication des préférences en activité physique et son importance sur la motivation. 27	27
1.6.1 Définition des préférences.....	27
1.6.2 Importance des préférences dans l'adoption et le maintien de l'activité physique.....	28

Section 1.7 Résumé de l'introduction de l'étude	29
CHAPITRE 2 : LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	31
Section 2.1 Objectifs et hypothèses.....	31
2.1.1 Objectif principal.....	31
2.1.2 Objectifs secondaires.....	31
2.1.3 Hypothèses.....	31
Section 2.2 Méthodologie	32
2.2.1 Devis d'étude	32
2.2.2 Intervention.....	32
2.2.3 Échantillon et recrutement.....	33
2.2.3.1 Critères d'inclusion :	34
2.2.3.2 Critères d'exclusion :.....	34
2.2.4 Les mesures et la collecte de données.....	34
2.2.4.1 Variables descriptives socio-démographiques et métaboliques	35
2.2.4.2 Taux d'abandon.....	35
2.2.4.3 Taux de présence et satisfaction.....	35
2.2.4.4 The Simple Physical Activity Questionnaire (SIMPAQ)	36
2.2.4.5 Préférences et caractéristiques d'AP	37
2.2.4.6 Motivation à la pratique d'AP	37
2.2.4.7 Participation sociale.....	38
Section 2.3 Analyses statistiques.....	38
CHAPITRE 3 : LES RÉSULTATS.....	40
Section 3.1 Recrutement.....	40
Section 3.2 Description des caractéristiques de la population	40
Tableau 3 : Présentation de la population.....	41
Section 3.3 Résultat de la mesure principale	42
3.3.1 Faisabilité tel que mesurée par le taux d'abandon	42
Section 3.4 Résultats des mesures secondaires	42
3.4.1 Acceptabilité tel que mesurée par le taux de présence.....	42
3.4.2 Acceptabilité tel que mesurée par le niveau de satisfaction vis-à-vis le programme	43
3.4.3 Niveau d'AP et de sédentarité.....	44
3.4.4 Les préférences d'AP.....	44
CHAPITRE 4 : DISCUSSION ET CONCLUSION DE L'ÉTUDE.....	46
Section 4.1 Faisabilité, acceptabilité et satisfaction de l'intervention.....	46
Section 4.2 Le niveau d'AP, le niveau de sédentarité et les préférences.....	47
Section 4.3 Impact du programme sur la motivation à l'AP et la participation sociale.....	50

4.3.1 Motivation à l'AP (PC et balance décisionnelle).....	50
4.3.2 Motivation à l'AP (sentiment d'efficacité personnelle).....	52
4.3.3 Participation sociale.....	53
Section 4.4 Les limites de l'étude	53
Section 4.5 Conclusion.....	55
ANNEXES	57
1- Registre	
2- Questionnaire de satisfaction	
3- SIMPAQ	
4- Questionnaire de motivation à l'AP	
5- Questionnaire MHAVIE	
6- Guide	
BIBLIOGRAPHIE.....	115

Liste des tableaux

Tableau 1	Définition des stades de changements et exemples reliés à l'AP	PAGE 14
Tableau 2	Processus de changement et exemples reliés à l'AP	PAGE 16
Tableau 3	Présentation de la population	PAGE 31
Tableau 4	Niveau d'AP et de sédentarité pré (T0) et post intervention (T1) tel que mesuré par le SIMPAQ	PAGE 34
Tableau 5	Impact du programme pré (T0) et post intervention (T1) sur les paramètres de motivation et de participation sociale	PAGE 35

Liste des figures

Figure 1	Organigramme du recrutement	PAGE 30
-----------------	-----------------------------	---------

Listes des abréviations

Activité physique : AP

Centre hospitalier de l'Université de Montréal : CHUM

Clinique des jeunes adultes psychotiques : JAP

Indice de masse corporelle : IMC

Individu atteint de trouble psychotique : ITP

Équivalent métabolique : METs

Modèle transthéorique : MTT

Organisation mondiale de la santé : OMS

Premier épisode psychotique : PEP

Processus de changement : PC

Questionnaire des Mesures d'Habitudes de Vie : MHAVIE

The Simple Physical Activity Questionnaire : SIMPAQ

Les remerciements

Il est super important pour moi de faire cette section, car cette maîtrise n'aurait jamais été possible sans toute l'aide et les encouragements que j'ai reçus.

Un gros merci tout d'abord à **mes parents**. Merci d'être embarqués avec moi dans ce projet assez inattendu. Merci d'avoir cru en moi et d'avoir été là pour me soutenir tout au long de mes études. Vous êtes présent depuis le jour 1 et je ne peux vous remercier suffisamment pour tout ce que vous m'avez offert.

Merci aussi à **mon copain**, qui m'a poussé à travailler toujours plus fort, plus longtemps et plus souvent. Merci de tes encouragements et tes millions de commentaires/conseils pour me garder sur la bonne voie. Tu as su rendre le processus beaucoup plus facile et plaisant.

Merci à ma directrice, **Amal Abdel-Baki** et à mon co-directeur, **Ahmed Jérôme Romain**, de m'avoir donné l'opportunité de faire ce magnifique projet et de m'avoir soutenu dans tout le processus.

Merci à l'**Association sportive et communautaire du Centre-Sud** et **ses employés** d'avoir permis à mes participants et moi-même d'utiliser vos installations.

Merciaussi à la **Clinique Jap** et **les intervenants** d'avoir soutenu et participer au projet activement.

Finalement, merci aux **participants**. Vos progrès ont été significatifs et je suis fier de vos efforts.

*"If you don't take time for your wellness,
you will be forced to take time for your illness".*

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION ET RECENSION DES ÉCRITS

Section 1.1 La population : troubles psychotiques

1.1.1 Définition et symptômes de la psychose

Le trouble psychotique, trouble de fonctionnement du cerveau, est une maladie sévère, le plus souvent chronique qui affectent différentes sphères de la vie de l'individu. La psychose provoque une altération du contact avec la réalité et affecte les perceptions, les pensées, les émotions et les comportements (Kaplan et Sadock, 1989). Parmi les troubles psychotiques, on retrouve la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, le trouble bipolaire (avec caractéristiques psychotiques), la dépression majeure (avec caractéristiques psychotiques), le trouble délirant et les troubles psychotiques non spécifiés (lorsque l'étiologie et le type sont imprécis).

Le trouble psychotique est caractérisé par une multitude de symptômes regroupés en 5 grandes familles soit, les symptômes positifs, les symptômes négatifs, les symptômes affectifs, les troubles cognitifs et la désorganisation. Tous les symptômes ne se présentent pas simultanément et à la même intensité chez toutes les personnes atteintes. Certains de ces symptômes peuvent être présents chez un individu et absents chez un autre (Lalonde et Pinard, 2016).

Les symptômes positifs incluent les hallucinations et les idées délirantes. Les hallucinations peuvent être visuelles (ex. voir des choses se déformer ou voir des choses qui ne sont pas là), auditives (ex. entendre des voix ou des sons), olfactives (ex. sentir des odeurs qui ne sont pas présentes), tactiles (ex. sentir des brûlures ou le toucher d'une personne) ou gustatives (goûter ou avoir un goût dans la bouche qui n'a pas de source réelle). Une idée délirante, quant à elle, est une conviction tenace sans fondement réel. Parmi les idées délirantes courantes, il y a les délires persécutatoires (conviction qu'on nous veut du mal), les délires de référence (conviction d'être suivi ou d'être observé ou qu'on parle de nous dans les médias) ou les délires grandioses (ex. conviction d'avoir des pouvoirs surhumains), ou encore avoir la conviction qu'on peut lire ou entendre nos pensées

Les symptômes négatifs comprennent l'anhédonie (diminution de la capacité à ressentir du plaisir), l'amotivation (manque de motivation ou difficulté à mener à bien les activités du quotidien), le

retrait social (diminution de l'intérêt à être avec des gens) et l'émoussement des affects (difficulté à ressentir et exprimer des émotions).

Les symptômes affectifs sont présents soit sous forme de symptômes dépressifs (tristesse, idées suicidaires), de symptômes maniaques (idées de grandeur, labilité) ou sous forme de dysrégulation des émotions (intensité ou émotion non appropriée à la situation). On peut aussi observer de l'hostilité et même de l'agressivité.

Les troubles cognitifs sont définis comme une détérioration de la capacité du cerveau à effectuer des actions nécessitant des prises de décision, de la réflexion, de la logique et de la concentration. Les troubles cognitifs peuvent aussi affecter la mémoire et les fonctions exécutives (la planification) qui permettent à l'individu de mener à bien ses activités de la vie quotidienne (travailler, aller à l'école)

Les symptômes de désorganisation incluent les troubles du cours de la pensée dénotée par un discours décousu et incohérent et des troubles du comportement, tels que des actions désorganisées, dépourvues de sens ou de buts.

Il y a trois phases dans les troubles psychotiques : la phase prodromique, la phase aiguë et la phase de rétablissement. La phase prodromique, généralement de plusieurs mois, est difficile à percevoir dans la plupart des cas. Parmi les symptômes fréquents de cette période, il y a les difficultés de sommeil, l'isolement social, la perte d'énergie ou d'intérêt, le manque de concentration, la méfiance, l'anxiété et l'irritabilité. La durée et l'intensité de la phase prodromique varie chez chaque individu. En effet, un premier épisode psychotique peut arriver de façon abrupte ou se développer insidieusement.

La phase aiguë est la phase pendant laquelle les symptômes sont les plus apparents et intenses. C'est à ce moment que la plupart des patients reçoivent un diagnostic et débutent un traitement. On parle d'un premier épisode psychotique (PEP) lorsque c'est la première fois qu'un individu perd le contact avec la réalité. C'est une période caractérisée par la perte de ses repères et est souvent vécu très difficilement par l'individu (Lalonde et Pinard, 2016). Les 2 à 5 premières années sont déterminantes, l'intervention précoce est donc importante afin de réduire l'impact de la maladie sur le fonctionnement et le risque de rechute (Birchwood et al., 2013; Sami et al., 2017).

La phase de rémission (qui peut être partielle ou complète) et de rétablissement est la phase pendant laquelle les symptômes s'atténuent voire disparaissent et pendant laquelle l'individu retrouve un fonctionnement qui lui permet d'atteindre un équilibre de vie. Dans la phase de rétablissement, il y a environ 4 patients sur 5 chez qui les symptômes se résorbent après quelques temps (quelques semaines à quelques mois), tandis que 16% vivront des symptômes persistants. Par contre, la majorité d'entre eux vivront au moins une rechute, éprouveront d'autres difficultés ou des symptômes par la suite au cours de leur vie (Sami et al., 2017).

1.1.2 Épidémiologie et causes des troubles psychotiques

Cette pathologie affecte environ 1 à 3% de la population (Lieberman et First, 2007) et est considérée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme la huitième cause de handicap dans le monde. La psychose se déclare généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (entre 15 à 32 ans) (Lalonde et Pinard, 2016). Les troubles psychotiques affectent autant les hommes que les femmes quoique les symptômes apparaissent plus précocement chez les hommes. Plusieurs facteurs sont associés à l'apparition des troubles psychotiques, tels que la génétique, les facteurs neurochimiques, les facteurs socio-environnementaux et l'abus de substances. En ce qui concerne la génétique, elle peut expliquer près de 50 à 85% des causes de développement de la maladie (Sami et al., 2017; Lieberman, 2018). Les chances d'avoir un trouble psychotique si on a un parent de premier degré atteint, (père, mère, une sœur ou un frère) sont 10 à 15 fois plus élevés qu'en population générale (Lieberman, 2018). Au sujet des facteurs neurochimiques, l'altération du système dopaminergique (neurotransmetteur) est principalement mise en cause (Lalonde et Pinard, 2016). Au sujet des facteurs socio-environnementaux, différents stressseurs peuvent contribuer au déclenchement de la maladie dont l'immigration, être élevé en milieu urbain, certains stress de la vie quotidienne (perte d'emploi, séparation amoureuse) ou encore des expériences traumatiques qui ont pu augmenter le risque de développer une psychose par exemple des expériences traumatiques durant l'enfance (abus sexuel, décès d'un parent) (Lalonde et Pinard, 2016). Quant à l'abus de substance, il existe un continuum dans lequel certains individus présentent une prédisposition plus forte de développer une psychose suite à l'utilisation de drogue et/ou de développer la maladie à un âge plus précoce. L'utilisation de cannabis, est associée au développement de troubles psychotiques, plus particulièrement pour les grands consommateurs. L'apparition de la schizophrénie peut être de 2 à 25 fois plus élevée chez les consommateurs de cannabis, particulièrement chez ceux qui ont commencé très tôt (12 à 14 ans). De plus, à l'instar du cannabis, l'utilisation abusive des amphétamines ou autres stimulants (ex. cocaïne), est fortement associée à la psychose et à sa mauvaise évolution (Lalonde et Pinard, 2016).

1.1.3 Les complications de santé associées à la psychose et leurs causes

Les personnes vivant avec un trouble psychotique ont un risque accru de développer de nombreuses complications de santé, tel que le syndrome métabolique. En effet, le syndrome métabolique est présent chez 33% de la population psychotique (Vancampfort, et al., 2015; Mitchell et al., 2011) contre 20% en population générale (Duclos, 2007). Le syndrome métabolique, c'est la présence d'au moins 3 critères chez un même individu parmi un ensemble de 5 facteurs que sont : une tension artérielle élevée ($\geq 130/85$ mmHg ou la prise de médication pour l'hypertension), un taux de glucose élevé ($\geq 5,6$ mmol/L à jeun ou la prise de médication pour l'hyperglycémie), un haut taux de triglycérides ($\geq 1,7$ mmol/L ou prise de médication pour l'hypertriglycéridémie), un taux de cholestérol HDL faible ($< 1,0$ mmol/L pour les hommes et $< 1,3$ mmol/L pour les femmes) et un tour de taille élevé (≥ 102 cm pour les hommes et ≥ 88 pour les femmes) (Vancampfort et al., 2015). La plus prévalente des composantes du syndrome métabolique est l'obésité (tour de taille élevé) avec une prévalence d'environ 50%. Pour ce qui est des autres composantes, les prévalences sont de 39% pour l'hypertension artérielle, 39% pour le cholestérol-HDL bas, 36% pour l'hypertriglycéridémie, et 19% pour l'hyperglycémie (Vancampfort et al., 2015).

L'ensemble de ces complications physiques, provoquent un taux de mortalité prématurée 2 à 3 fois plus élevé que la population générale et une réduction de l'espérance de vie de 15 à 25 années par rapport à la population générale (Allebeck, 1989 ; Saha et al., 2007). Parmi les causes de surmortalité chez cette population, environ 67% est due aux comorbidités physiques (causes naturelles), dont en première place, les problèmes cardiovasculaires. Tandis que 13 à 17% des décès sont de causes non naturelles ou accidentelles. On y compte principalement le suicide, ainsi que les risques de décès reliés à l'augmentation de la victimisation au cours de situation avec de la violence (49 à 68% plus que la population générale), à la toxicomanie (prévalence de 74% au cours de la vie) et à l'itinérance (prévalence annuelle de 5%) (Lieberman et First, 2018).

Une multitude de facteurs peut expliquer l'apparition de ces problèmes de santé au cours de la maladie psychotique, tel que la médication et les mauvaises habitudes de vie dont la mauvaise alimentation, le tabagisme, l'inactivité et la sédentarité. Les effets secondaires de la médication antipsychotique sont mis en cause, particulièrement ceux de la deuxième génération (ex risperidone, olanzapine, clozapine, quetiapine). Dans certains cas, la médication augmente l'appétit et altère la régulation lipidique et glycémique ce qui favorise la survenue du syndrome métabolique et la prise de poids. Le gain pondéral affecte jusqu'à 72% des personnes psychotiques et peut

monter jusqu'à 16 kg en 3 mois (De Hert et al., 2011). Une méta-analyse montre une augmentation de poids, chez les PEP de 3,22kg en 12 semaines et 5,30 kg en 15 semaines (Tek et al. 2016).

Les mauvaises habitudes de vie telles que le tabagisme, l'inactivité physique, la sédentarité, le sommeil et l'alimentation qualitativement et quantitativement inappropriée, contribuent également de façon importante au développement de ces problèmes de santé. Le tabagisme est une habitude de vie très présente chez la population psychotique, avec 50 à 70% d'entre elles qui présentent un tabagisme actif (Diaz et al., 2009).

L'inactivité est définie comme un individu qui n'atteint pas les seuils d'activité physique (AP) recommandés (Tremblay et al., 2017). Les seuils recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sont la pratique de 150 minutes d'AP d'intensité modérée par semaine, ou au moins 75 minutes d'AP d'intensité soutenue par semaine. Environ 55% des personnes avec un trouble psychotique n'atteignent pas ces recommandations (Vancampfort et al., 2017) et la proportion d'inactifs atteint 74% chez ceux qui sont en situation d'obésité (Janney et al., 2015).

La sédentarité est définie comme « un comportement en situation d'éveil, caractérisé par une dépense énergétique très faible soit $\leq 1,5$ équivalents métaboliques (METs) en position assise, inclinée ou allongée » (Tremblay et al., 2017). Selon une étude incluant 142 participants PEP, ceux-ci rapportaient dans le cadre d'un questionnaire environ 10,7 heures par jour de sédentarité et 38,6 minutes par jour à faire de l'AP modérée à vigoureuse. Toutefois l'accéléromètre, mesure objective de l'AP, rapportait un comportement sédentaire de 9,2h/jour et un comportement actif de 26 min/jour (Chapman et al., 2016). Une méta-analyse et une revue de littérature systématique montre que le comportement sédentaire, chez les individus vivant avec un trouble psychotique, peut atteindre 12,5 heures par jour (Stubbs et al., 2016). Le comportement sédentaire le plus fréquent était d'écouter la télévision alors que la marche était le comportement le plus populaire parmi les comportements actifs (Chapman et al., 2016).

Section 1.2 Le rôle de l'activité physique chez les individus vivant avec un trouble psychotique

1.2.1 Définition de l'activité physique

L'AP a été définie en 1985 par Caspersen, Powell et Christenson comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique. La dépense énergétique est une variable continue exprimée en kilocalories (kcal), et va de faible à intense ». L'AP englobe donc les exercices physiques planifiés (ex. musculation), les

sports individuels (ex. badminton) et en équipe (ex. soccer), les déplacements (ex. marche, vélo), les tâches ménagères (ex. passer l'aspirateur) ou encore les tâches effectuées au travail (ex. déplacer des boîtes, construction) (Caspersen, Powell et Christenson, 1985). Outre la nature de l'AP, celle-ci comporte aussi plusieurs autres composantes importantes telles que son intensité, sa fréquence, son encadrement (supervisé ou non), son emplacement et avec qui on la pratique (en groupe ou individuel).

1.2.2 Les bienfaits démontrés de l'activité physique chez les patients atteints de problème de santé mentale sévère

L'importance de l'AP dans le traitement et le rétablissement des patients, longtemps négligé, attire de plus en plus l'attention depuis les années 90 (Tréhout, 2018). Depuis, plusieurs articles et méta-analyses démontrent que l'AP apporte plusieurs bienfaits sur différentes sphères de la vie de l'individu, tel que sur les paramètres anthropométriques, la symptomatologie psychiatrique, le fonctionnement social et le sommeil (Tréhout, 2018).

L'intervention d'AP semble être davantage efficace sur les éléments de santé visés (paramètres anthropométriques, symptomatologie psychiatrique, fonctionnement global, etc.) lorsqu'elle est d'une durée minimale de 12 semaines et que chaque intervention est d'une durée de 20 à 40 minutes ou plus et d'une intensité moyenne d'effort (50 à 60% de la fréquence cardiaque maximale) (Bernard et Ninot, 2012). De plus, une récente étude chez des individus atteints de trouble psychotique, montre que chez ceux qui ont réalisés plus de 64% des séances prescrites d'entraînement par intervalle pendant 6 mois, des résultats significatifs étaient retrouvés sur la circonférence de taille, sur les symptômes négatifs, sur le fonctionnement social et sur le fonctionnement global (Romain et al. 2019).

Voyons maintenant plus précisément les bénéfices de la pratique d'AP sur les différents paramètres de santé.

1.2.3 Impact de l'AP sur les paramètres anthropométriques

Des méta-analyses incluant des individus vivant avec des problèmes de santé mentale sévères (Bonfioli et al., 2012; Tréhout, 2018; Firth et al., 2015; Czosnek et al., 2018; Rosenbaum et al., 2014) montrent qu'une intervention en AP, peu importe le type d'AP choisi, est bénéfique avec des tailles d'effet généralement faible à moyenne sur les mesures anthropométriques (poids, indice de masse corporelle (IMC), circonférence de taille, masse maigre, masse grasse). Ces cinq méta-analyses précédemment cités notent que les interventions d'AP couplées avec des interventions ou

des conseils axés sur la modification du mode de vie (ex. nutrition) sont davantage efficaces sur les paramètres anthropométriques. Les interventions en AP sont aussi plus bénéfiques lorsqu'elles sont utilisées de façon préventive (pour éviter le développement de complications métaboliques), c'est-à-dire en début de maladie psychotique (Bonfioli et al., 2012; Bruins et al., 2014). Les interventions ont aussi plus de succès sur les paramètres anthropométriques lorsqu'elles sont supervisées par un professionnel qualifié (Czosnek, 2018).

Une méta-analyse chez les individus vivant avec un trouble psychotique montre qu'une intervention incluant AP et intervention nutritionnelle permet aux patients de baisser en moyenne de 0,98kg/m² leur IMC, ce qui correspond à 3,12% du poids total initial (Bonfioli et al., 2012) et les auteurs ont souligné qu'« une perte de 5 à 10% du poids corporel peut aider à réduire les complications reliées à l'obésité telle que le diabète de type 2 ou l'hypertension artérielle » (Bonfioli et al., 2012). Quoique le 3,12% atteint dans la méta-analyse n'est pas suffisant pour obtenir les bienfaits souhaités sur les complications des troubles métaboliques, les auteurs soulignent que ces interventions pourraient représenter une voie prometteuse pour réduire les complications reliées à l'obésité. De plus, considérant la prise de médication antipsychotique et les complications qui y sont associées, la gestion du poids est seulement une partie du profil de santé; Le profil métabolique plus global est aussi à considérer (Bonfioli et al., 2012).

Pour ce qui est de la circonférence de taille, certaines études remarquent une diminution marquée de la circonférence du tour de taille, tandis que d'autre n'obtiennent aucun changement (Firth et al., 2015). Une corrélation inverse importante a été démontrée entre la circonférence de la taille et le niveau de qualité de vie des individus vivant avec une schizophrénie (Faulkner et al., 2007).

Chez des individus atteints de trouble psychotique en situation d'obésité, une étude sur une intervention par intervalles sur tapis roulant, démontre une amélioration significative de -2,94cm suite à 6 mois d'entraînement (à raison de 2 entraînements de 30 min par semaine) (Romain et al., 2019). Quant aux effets de l'AP sur l'augmentation de la masse maigre et pour la réduction de la masse grasse, l'amélioration notée n'était pas statistiquement significative. (Romain et al., 2018).

Une étude ouverte chez les PEP traités dans une clinique d'intervention précoce et intensive pour la psychose démontre qu'une intervention d'AP de 12 semaines couplée avec des conseils sur la santé et une supervision nutritionnelle, maintient la prise de poids à seulement 1,1 kg contre 7,8 kg pour le groupe qui reçoit le traitement habituel. Des résultats similaires sont retrouvés pour le tour de taille (+0,1 cm contre +7,1 cm) (Curtis et al., 2016).

1.2.4 Impact de l'AP sur les symptômes de la maladie

Les deux méta-analyses indiquent des diminutions cliniquement significatives des symptômes positifs et négatifs suite à diverses interventions d'AP pour les personnes atteintes de trouble psychotique (Dauwan et al., 2016; Firth et al., 2015). Les symptômes négatifs, plus particulièrement les symptômes dépressifs, sont ceux dont la diminution est la plus marquée (Dauwan et al., 2016; Rosenbaum et al., 2014; Bernard et Ninot, 2012). L'anxiété est aussi diminuée suite à une intervention d'AP chez les patients atteints de schizophrénie particulièrement lors de la pratique de yoga (taille d'effet large; ES=0,87) ou d'exercices aérobiques (taille d'effet large; ES=1,01) (ex. marche) (Vancampfort et al., 2011).

Pour ce qui est de l'ensemble des symptômes psychotiques, une méta-analyse incluant 8 études randomisées contrôlées ne montre aucun effet significatif sur le score total de l'échelle des symptômes positifs et négatifs (PANSS) (Firth et al., 2015). Toutefois, dans une analyse de sensibilité, lorsque les études qui incluaient des AP à basse intensité et celles cumulant peu d'AP par semaine (moins de 90 minutes) étaient exclues de l'analyse, l'effet est devenu significatif (Firth et al., 2015). Ainsi, les interventions d'AP d'intensité modérée à vigoureuse et qui comptabilisent plus de 90 minutes par semaine sont efficaces pour réduire les symptômes psychotiques totaux. Il semble aussi que les interventions qui combinent des exercices cardiovasculaires (ex. course) et des exercices de renforcement (ex. musculation) sont plus efficaces que ceux incluant l'un des deux seulement (Czosnek, 2018).

Précisément, chez les PEP, dans une étude utilisant une intervention en AP de 10 semaines et incluant les préférences-patients, les chercheurs ont noté une réduction de 13,3 points sur le score total (minimum : 30, maximum : 210) de l'échelle de symptômes positifs et négatifs, avec une diminution plus marquée des symptômes négatifs (Firth et al., 2016).

1.2.4 Impact de l'AP sur les fonctionnements social et global

Le fonctionnement global et social réfère à l'interaction qu'à un individu avec son environnement et son habilité à remplir son rôle dans ce même environnement. Le fonctionnement comprend la sphère psychologique, sociale et professionnelle de l'individu (Weissman, 1975). Ce degré de fonctionnement permet à l'individu de réaliser l'ensemble de son quotidien à domicile, au travail à l'école et dans sa communauté (Weissman, 1975; Bosc, 2000). À titre d'exemple, on peut parler, du maintien d'une bonne hygiène, de préparer et prendre ses repas ou de participer aux activités de sa communauté. L'une des façons d'évaluer le fonctionnement d'un individu, est par la

participation sociale. Elle se définit comme « la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux » (Fourgeyrollas et al., 2002). Il a été suggéré qu'une intervention en AP (cardio, renforcement, tai-chi ou yoga) réalisée chez les individus vivant avec la schizophrénie, couplée avec les traitements habituels (médication, thérapie), pourrait améliorer certains processus cognitifs tel que la mémoire de travail, l'attention et la cognition sociale, tous impliqués dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne (Tréhout, 2018). La participation à de l'AP peut aussi améliorer la participation sociale, la qualité de vie et la capacité d'interagir socialement (Soundy et al., 2015). Une étude chez les individus vivant avec un trouble psychotique, une intervention en AP note quant à elle une amélioration du fonctionnement global (GAF; +4,26 p=0,006) pour le groupe qui a réalisé l'intervention par rapport au groupe contrôle (liste d'attente) (GAF; +1,56, p=0,31), en plus d'une amélioration du fonctionnement social (SOFAS; +4,13, p=0,001) contre une détérioration pour le groupe contrôle (SOFAS; -3,32, p=0,008) (Romain et al., 2019).

1.2.5 Impact des interventions visant à augmenter sur le niveau d'activité physique et de diminuer la sédentarité

Une augmentation du temps d'AP et une diminution du temps de sédentarité peut prévenir ou améliorer les comorbidités physiques et le bien-être des individus vivant avec un trouble psychotique (Ashdown et al., 2018). Une revue systématique a recensé les études qui avaient pour objectif l'augmentation du niveau d'AP et la réduction de la sédentarité. Environ 7/16 (47%) études contrôlées et 3/16 (20%) études non contrôlées ont rapporté une amélioration du niveau d'AP suite à une intervention visant l'augmentation de l'AP (Ashdown-Franks et al., 2018). Pour ce qui est de la sédentarité, cinq études non contrôlées et deux études contrôlées ont analysé la diminution du temps de sédentarité. Parmi les 7 études incluses, seulement une a démontré une diminution significative, mais aucune de ses études n'étudiait la sédentarité comme objectif principal (Ashdown-Franks et al., 2018). Cette revue incluait tous les types d'intervention (ex : rencontre d'information, intervention téléphonique), ce qui rend très difficile de savoir quel type d'intervention est vraiment efficace.

Plus précisément chez les PEP, une étude ouverte montre que le temps total rapporté d'AP et le temps d'activité modérée à vigoureuse augmente directement après une intervention ciblant l'AP, mais le gain disparaît après 6 mois (Firth et al. 2016). Une intervention en AP réussit donc à engager les individus à pratiquer davantage d'AP et à diminuer le temps de sédentarité, mais les données

dans la littérature sont inconstantes pour le moment (Ashdown et al., 2018) et les bénéfices ne semblent pas persister sur le long terme (Firth et al., 2016).

Section 1.3 La problématique motivationnelle chez l'individu vivant avec une psychose

1.3.1 Les obstacles rencontrés lors de l'initiation et la difficulté d'adhésion à l'activité physique chez les personnes avec des troubles psychotiques

Malgré tous les bienfaits pour la santé de l'AP, les individus vivant avec une psychose ont beaucoup de difficulté à pratiquer une AP au quotidien. C'est en grande partie dû aux symptômes de la maladie, particulièrement l'amotivation, la fatigue, les troubles organisationnels, l'anxiété, les symptômes dépressifs, les troubles cognitifs et le faible niveau de fonctionnement global (Tréhout, 2018; Romain et al., sous presse). Plusieurs revues de littérature et méta-analyses (Firth et al., 2016; Romain et Bernard, 2018; Vancampfort et al., 2016) rapportent les obstacles les plus fréquents rencontrés chez la population vivant avec un trouble de santé mentale sévère soit à l'initiation de l'AP ou lors de l'abandon de celle-ci :

- Le manque de motivation
- La fatigue perçue
- Le faible support social
- La prise de poids
- Une mauvaise santé physique perçue
- La température (climat)
- Le manque d'expérience en AP
- L'anxiété ressentie élevée (particulièrement l'anxiété sociale)

Une proportion importante des obstacles mentionnés sont reliés de près ou de loin à la symptomatologie et à la pathologie (Bernard et al., 2013). Parmi tous ces obstacles, le plus fréquent et celui qui pose un problème majeur d'engagement dans l'AP est le manque de motivation (Vancampfort, 2016; Bernard et al., 2013). En population générale, de 15 à 24 ans, les barrières mentionnées sont plutôt, le manque de temps (la plus mentionnée), le manque d'argent, le manque d'endroit pour pratiquer l'AP et la perception que l'AP est une activité ennuyante (Nahas et al., 2003). Il est intéressant de noter que pour les individus vivant avec un trouble de santé mentale sévère, le manque de temps n'est pas considéré comme une barrière décisive (Firth et al., 2016). Une étude s'est également penchée sur la question du manque d'argent et d'accès aux installations

d'AP. Les chercheurs ont donc offert gratuitement l'accès à un centre de conditionnement à des individus vivant avec une schizophrénie dans l'objectif d'améliorer le taux d'adhérence. Malgré ces facilitateurs, le taux d'abandon est resté élevé, avec 40% d'abandon à quatre mois, 70% à cinq mois et 90% d'abandon à six mois (Archie et al., 2003). La raison principale d'abandon était le manque de motivation (Archie et al., 2003).

Les motivateurs, au contraire des obstacles, sont des éléments qui facilitent la pratique d'AP. Selon la méta-analyse de Firth et al. (2016), les motivateurs mentionnés chez les individus aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères sont l'amélioration de la santé physique, la réduction du poids, la gestion de l'humeur, la gestion de la santé mentale, la réduction du stress et l'augmentation de l'énergie perçue. Les motivateurs les plus énoncés, chez les personnes vivant avec la schizophrénie sont, selon la méta-analyse de Vancampfort et al. (2016) : le support social des professionnels de la santé, ainsi que l'autonomie et le plaisir ressenti par l'individu lors de la pratique d'AP.

Lors de la mise en place d'une intervention en AP, il est donc important de mettre l'accent sur ces motivateurs et d'adresser les barrières afin d'augmenter l'adhésion des participants. Une meilleure adhésion des individus permettra une meilleure condition physique et mentale et à long terme ainsi que moins de rechutes au niveau psychiatrique (Vancampfort et al., 2016).

Outre la difficulté d'initier la pratique d'AP, il y a le problème d'adhésion, soit le maintien de l'AP à moyen et long terme. En effet, le taux d'abandon suite à l'initiation d'une intervention en AP est souvent très élevé. Deux méta-analyses, incluant des patients atteints de schizophrénie, rapportent des taux d'abandon moyen de 26,7% et 32,5% (Vancampfort et al., 2016; Firth et al., 2015), ce qui est plus élevé que chez les patients atteints de dépression (taux d'abandon de 14,6%) ou de diabète (20%) (Vancampfort et al., 2016). Les taux d'abandon seraient plus élevés, chez les individus vivant avec une schizophrénie, hospitalisés versus ceux suivis à l'externe. De plus, le taux d'abandon est plus bas pour les interventions qui sont supervisées dans l'entièreté par des professionnels qualifiés et les interventions qui contiennent des composantes motivationnelles (Vancampfort et al., 2016). La durée de l'intervention, de la séance ainsi que la fréquence de l'intervention ne semblent pas être associées au taux d'abandon ou à l'adhésion à l'intervention (Vancampfort et al., 2016). Un autre marqueur pouvant être un indicateur de l'adhésion à l'AP est le taux de présence aux séances lors de programmes d'AP. Une méta-analyse retrouve chez les individus vivant avec la schizophrénie un taux de présence moyen de 77% (Firth et al., 2015).

Chez les individus atteints de troubles psychotiques, une intervention supervisée d'AP par intervalles sur 6 mois s'est conclue par un taux d'abandon de 50% des participants dont un 10% qui ne se sont jamais présentés à la première séance après avoir accepté de participer à l'étude (Romain et al., 2019). Les raisons d'abandon les plus fréquentes étaient le manque de motivation, la difficulté de l'exercice et la durée de l'intervention (trop longue) (Romain et al., 2019).

1.3.2 Pourquoi une théorie motivationnelle

Constatant tous les obstacles qui se présentent et le grand manque d'adhésion à l'AP, il est important de trouver des solutions afin de permettre aux individus vivant avec la maladie mentale sévère de pratiquer de l'AP et d'en retirer les bénéfices pour leur santé physique et mentale, et plus particulièrement chez les PEP chez qui ainsi les bienfaits de l'AP pourraient potentiellement prévenir la prise de poids et le développement des problèmes physiques.

Puisque le manque de motivation est la plus grande barrière à la pratique d'AP (Romain et al., 2019; Bernard et al., 2013; Firth et al., 2016; Vancampfort, 2015), un programme basé sur une théorie motivationnelle est supposément efficace, puisque ces théories sont basées sur les médiateurs de comportement qui doivent être modifiés afin d'obtenir le changement de comportement désiré (Gourlan et al., 2016). Plusieurs théories motivationnelles ont été le sujet de recherches qui avaient pour objectif d'augmenter le niveau et le maintien d'AP. Parmi les théories utilisées dans le contexte de promotion de l'AP et qui ont prouvé leur efficacité maintes fois en population générale adulte (Gourlan et al., 2016), il y a le modèle transthéorique (MTT) (Prochaska and DiClemente, 1982), la théorie de l'auto-détermination (Deci and Ryan, 2000), la théorie de l'efficacité personnelle (Bandura, 1977) et l'approche du processus d'action en santé (HAPA; Schwarzer and Renner, 2000). Quoiqu'aucune n'a démontré de supériorité par rapport à une autre, toutes ces théories sont à la base d'interventions efficaces dans la promotion et le maintien de l'AP. Une méta-analyse à ce sujet rapport qu'il est préférable d'utiliser une seule théorie dans son ensemble, c'est-à-dire en incluant toutes ses composantes plutôt que d'utiliser un mélange de tous les points forts de chaque théorie (Bernard et al., 2017; Gourlan et al., 2016). Finalement, une méta-analyse note que la présence d'une maladie chronique, telle que la maladie psychotique, n'influence pas l'efficacité des éléments mis de l'avant par les théories énoncées ci-haut, lors d'une intervention en AP (Farhlom et al., 2016).

Section 1.4 Présentation générale du modèle transthéorique (MTT)

Notre étude, s'appuie sur le MTT. Ce modèle théorique a été choisi car c'est un modèle dont plusieurs aspects théoriques sont facilement applicables en pratique clinique (ce qui est donc intéressant pour développer une intervention). De plus, une étude a démontré que le MTT était associé à l'augmentation de l'AP chez les personnes atteintes de troubles psychotiques (Romain et Abdel-Baki, 2017).

Créé et développé par Prochaska et DiClemente, le MTT est l'un des modèles théoriques le plus utilisé en médecine comportementale pour favoriser un changement de comportement. Créé à l'origine pour la cessation du tabac, son utilisation a été étendue à d'autres comportements problématiques tels que l'abus de substances ou comme dans notre cas, le manque d'AP (Prochaska et Velicer, 1997).

Le MTT explique qu'une modification de comportement, tel que dans notre cas, passer de l'inactivité à de l'AP, est un processus pendant lequel l'individu traverse, de façon cyclique, 5 phases, appelé les stades de changement. Le MTT comporte aussi différentes composantes qui expliquent le passage entre les différents stades, soit les processus de changement, la balance décisionnelle et le sentiment d'auto-efficacité (aussi appelé sentiment d'efficacité personnelle).

1.4.1 Les stades de changement

Les cinq stades sont la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. Le passage entre les stades est dit cyclique ou non linéaire, car l'individu est toujours à risque d'une rechute vers un des stades précédents (Prochaska et Velicer, 1997)

La pré-contemplation est le stade dans lequel l'individu n'est pas prêt, ni n'a l'intention de changer un comportement dans les prochains mois. C'est le moment pendant lequel l'individu ne voit aucun avantage à modifier son comportement. Il est soit non informé, mal informé ou en déni vis-à-vis son comportement problématique. À ce stade, l'individu est très réticent au changement, il peut même être sur la défensive.

Le stade de contemplation est le stade où l'individu a l'intention de modifier son comportement d'ici les 6 prochains mois. Il sait que son comportement est problématique et connaît les solutions pour régler son comportement problématique. Par contre, à ce stade, l'individu est souvent dans l'ambivalence et a tendance à adopter un comportement de procrastination.

La préparation est le stade dans lequel l'individu a l'intention de modifier son comportement, typiquement dans les 30 jours qui suivent. L'individu a souvent déjà mis en place un plan d'action pour régler son comportement. Ce sont souvent des personnes prêtes à participer à des interventions supervisées, mais ne savent souvent pas comment entreprendre le nouveau comportement par eux-mêmes.

Le stade d'action est le moment où le comportement a été modifié depuis moins de 6 mois. Les individus ont mis en place les solutions adéquates. Dans le MTT, même si l'individu n'a pas mis en place tous les moyens optimaux pour régler son comportement problématique (ex. l'inactivité), il est tout de même considéré comme étant dans l'action.

Finalement, le stade de maintien est atteint lorsque l'individu a modifié le comportement voulu depuis plus de 6 mois. Les risques de rechute sont de moins en moins grands, dû à un niveau d'auto-efficacité de plus en plus élevé.

Tableau 1 : Définition des stades de changements et exemples reliés à l'AP.

Nom du stade	Définition	Exemples reliés à l'AP
Pré-contemplation	Individu n'est pas prêt ni n'a l'intention de changer un comportement dans les prochains mois.	Refuse catégoriquement la pratique de toute AP
Contemplation	Reconnais le comportement problématique et connaît les solutions, ambivalence très importante.	Dit vouloir s'inscrire à des cours en groupe près de chez lui, mais repousse constamment le moment.
Préparation	Intention de modifier son comportement, typiquement dans les 30 jours qui suivent.	S'abonne à la salle de gym, mais n'y va pas car ne sait pas quoi y faire.
Action	Comportement modifié depuis moins de 6 mois. Des solutions adéquates sont mises en place (cible partiellement atteinte).	L'individu met en place de pratiquer 50 minutes d'AP (n'atteint pas encore les recommandations).

Maintien	Comportement modifié depuis plus de 6 mois.	L'individu pratique 150 minutes d'AP par semaine de façon régulière et sans embûche majeure l'AP depuis 9 mois.
----------	---	---

1.4.2 Les composantes explicatives du changement de comportement

Cinq composantes du MTT expliqueraient le changement de comportement soit : les processus de changements (expérientiels et comportementaux), les avantages et inconvénients du changement (décrits comme la balance décisionnelle) et le sentiment d'efficacité personnelle. Chacune des composantes est détaillée ci-après.

-Processus de changement

Les processus de changement sont définis comme les stratégies que la personne utilise pour faire le changement désiré (Prochaska et Velicer, 1997). Les processus de changement peuvent être utilisés comme stratégies motivationnelles pour un intervenant. Nous verrons les définitions des 10 processus de changement qui sont divisés en deux catégories, soit les **expérientiels** (la prise de conscience, la réaction émotionnelle, l'auto-réévaluation, la réévaluation environnementale, la libération sociale) et les **comportementaux** (l'auto-libération, la relation d'aide, le contre-conditionnement, la gestion des renforcements, contrôle des stimuli) (Prochaska et Velicer, 1997).

Expérientiels

1) La prise de conscience se définit comme l'augmentation des informations sur le comportement à modifier ainsi que sur les conséquences du non changement. Une intervention qui augmente la conscience de l'individu pourrait inclure des rétroactions, de l'éducation ou de la lecture de livre ou d'article.

2) La réaction émotionnelle concerne les aspects émotionnels en lien avec la modification du comportement. Une intervention devrait donc aborder les aspects du changement de comportement qui génèrent des émotions négatives et positives chez l'individu. L'intervention doit éliminer les émotions négatives au maximum ou trouver des solutions pour les gérer et favoriser les affects positifs.

3) L'auto-réévaluation, concerne comment l'individu se considère, d'un point de vue cognitif et affectif en lien avec le changement de comportement. Afin de favoriser une bonne auto-

réévaluation, l'intervenant peut noter les bons coups, les progrès du changement ou tout aspect positif (physique, émotionnel, mental) en lien avec le nouveau comportement.

4) Réévaluation environnementale, c'est l'évaluation que fait l'individu sur son comportement et les conséquences de son comportement sur son environnement physique et social. L'intervenant devra encourager la réflexion sur le mauvais comportement.

5) Libération sociale, c'est reconnaître que la société actuelle encourage les individus à aller vers des modes de vie plus sains (ex. être plus actif). L'intervention peut être axée sur les actions que prend la communauté ou que prennent les individus de la communauté vers le changement positif.

Comportementaux

6) L'Auto-libération, c'est s'engager à modifier son comportement et croire en ses capacités à pouvoir effectuer cet engagement. Lors d'une intervention, il serait pertinent de fixer des objectifs réguliers.

7) La relation d'aide, c'est utiliser le support de relations significatives (famille, amis, intervenants, kinésologue) pour soutenir et encourager les efforts de modification du comportement. L'intervenant peut encourager les relations sociales de l'individu et encourager l'individu à les solliciter pour l'encourager dans la pratique de l'AP.

8) Le contre-conditionnement, c'est la modification du comportement problématique vers un comportement plus sain.

9) La gestion des renforcements, c'est le fait d'utiliser un système de renforcement positif ou des récompenses pour renforcer le comportement positif. Une intervention pourrait offrir des récompenses à chaque fois que le comportement sain a été fait.

10) Le contrôle des stimuli consiste à modifier son environnement pour encourager le comportement sain. Cela peut être fait par des mémos, des alarmes sur son téléphone, des rappels de l'intervenant ou éviter des lieux qui encourage le comportement malsain.

Tableau 2 : Processus de changement et exemples reliés à l'AP

STRATÉGIE	DÉFINITION	Exemples reliés à l'AP
La prise de conscience	Efforts réalisés par l'individu pour rechercher des informations sur le comportement à modifier.	Lire un livre sur l'AP ou prendre de l'information d'un professionnel qualifié.
La réaction émotionnelle	Aspects affectifs liés au changement de comportement.	Gérer le sentiment d'échec face à sa difficulté à initier l'AP en trouvant

		des solutions à son manque de motivation quotidien.
Auto-réévaluation	Réévaluation cognitive et affective de la valeur que l'individu s'attribue en lien avec le comportement.	Réaliser et se réjouir que les charges levées à l'entraînement soient plus lourdes qu'auparavant pour un même exercice donné.
Réévaluation environnementale	Évaluation par l'individu de son comportement et des conséquences de son comportement sur son environnement physique et social.	Remarquer que son inactivité physique nuit à sa santé physique et mentale et contribue à son isolement.
Libération sociale	Reconnaissance du fait que les normes sociales actuelles encouragent les individus à aller vers des modes de vie plus actifs.	Remarquer que son quartier met en place des installations d'AP ou des cours gratuits pour inciter la population à bouger davantage.
Auto-libération	S'engager à modifier son comportement et croire en ses capacités à pouvoir effectuer ce changement	Fixer de petits objectifs qui semblent réalistes pour la personne, qu'elle se sent capable d'atteindre, régulièrement à chaque mois.
La relation d'aide	Utiliser le support de relations significatives (famille, ami(e)s, docteurs, intervenants, entraîneur) pour soutenir les efforts de modification du le comportement.	Faire de l'AP avec un ami ou un proche pour se motiver
Contre-conditionnement	Substitution du comportement problématique par un autre comportement plus sain.	Au lieu d'écouter la télévision le soir en rentrant, aller prendre une marche de 30 minutes.
Gestion des renforcements	User du renforcement et de systèmes de récompense pour renforcer le comportement positif.	S'acheter une nouvelle paire de souliers lorsque le comportement a été modifié depuis 1 mois.
Contrôle des stimuli	Modifier l'environnement pour encourager le comportement positif.	Mettre ses souliers d'entraînement devant la porte pour ne pas oublier de faire sa séance d'AP.

-La balance décisionnelle

La balance décisionnelle est définie comme l'ensemble des **avantages** (les arguments « pour ») et des **inconvénients** (les arguments « contres ») que l'individu perçoit à effectuer un changement de comportement. L'individu devrait percevoir plus d'avantages que d'inconvénients afin d'avancer d'un stade à l'autre. Plus on avance vers le stade de maintien, plus l'individu est capable de nommer des avantages d'effectuer le comportement. Ainsi, dans le stade de pré contemplation, la balance décisionnelle penche davantage vers le côté « contre » le changement de comportement. D'ailleurs, dans le stade de pré contemplation, le délai de réponse nécessaire pour qu'un individu nomme un argument « pour » sera plus long que celui requis pour évoquer un argument « contre » le

changement de comportement (ex la pratique d'AP chez un individu sédentaire/inactif) (Cropley, Ayers, et Nokes, 2003). Dans le stade d'action et de maintien, la balance penche plutôt du côté « pour » le changement du comportement. Dans le stade de contemplation, les avantages et les inconvénients sont souvent à égalité (balance en équilibre) ce qui expliquerait la procrastination des individus (Prochaska et Velicer, 1997).

-Sentiment d'efficacité personnelle

Le sentiment d'efficacité personnelle, c'est la croyance en ses propres capacités de mener à bien une action (Bandura, 1977). Dans le MTT, il peut être défini plus précisément comme étant la confiance que l'individu a de traverser des situations à haut risque sans rechuter (Prochaska et Velicer, 1997).

La transition entre le stade de pré-contemplation et de contemplation est associée à une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle, tout comme lors du passage entre la préparation et l'action (Romain et al., 2018b). Par exemple, lors d'une étude sur une intervention visant la réduction du poids corporel conduite chez 164 participants obèses, un faible niveau d'efficacité personnelle au départ était un prédicteur d'un abandon futur (Ahnis et al., 2012).

Section 1.5 L'implication du MTT dans l'activité physique chez les individus souffrant de trouble psychotique

Cette théorie a été utilisée à plusieurs reprises en population générale mais très peu auprès d'une population souffrant de problème de santé mentale sévère (Romain et Abdel-Baki, 2017). Une méta-analyse de 31 études utilisant le MTT, incluant divers types de population cliniques (ex. diabète, cancer, adulte sédentaire) qui confirme que le MTT est efficace dans un cadre de promotion de l'AP (Gourlan et al., 2016). Bezyak (2011) a montré que les 5 composantes du MTT (les processus expérientiels, les processus comportementaux, la balance des avantages et des inconvénients, le sentiment d'efficacité personnelle) contribuent ensemble à prédire la pratique de l'AP, mais non pas chaque composante individuellement. Une méta-analyse conclut que les études ayant inclus le MTT dans leur intervention d'AP, étaient faisables et efficaces pour atteindre un changement positif de comportement chez des individus ayant des problèmes de santé mentale sévères (schizophrénie, dépression majeure, trouble bipolaire, etc.) (Farholm et al., 2016).

Une étude sur le MTT incluant toutes ses composantes, chez une population souffrant de troubles de santé mentale sévères, prédisait 27% de la variance de leur pratique d'AP (Bezyak, 2011). Dans

une autre étude, (Romain et Abdel-Baki,2017), l'utilisation du MTT a expliqué 31% de la variance de l'AP, ce qui confirme la pertinence du MTT en AP.

Section 1.6 L'implication des préférences en activité physique et son importance sur la motivation

En plus de la composante motivationnelle, une intervention qui favorise l'intégration des préférences des patients (préférences-patients), a le potentiel d'augmenter l'adhésion du patient à un traitement ou à une intervention (Subramaniapillai et al., 2016). Les préférences-patients est une technique basée sur l'approche « centré sur le patient » de Laine et Davidoff (1996). L'approche stipule que les soins prodigués à un patient devraient être congruents aux besoins, aux désirs et préférences du patient (Laine et Davidoff, 1996). Ainsi, lors d'une intervention en AP, les modalités de sa pratique devraient correspondre à ce que l'individu aime faire. Faulkner et al. (2015) stipulent que pour bénéficier d'une AP, elle doit être à la « dose [...] que l'individu apprécie et qu'il peut conserver sur un long terme ».

1.6.1 Définition des préférences

Une préférence est l'action de considérer avec plus de faveur ou d'intérêt quelque chose ou quelqu'un (Larousse, 2019). Dans le domaine de l'AP, l'individu peut donc choisir ses préférences en termes de modalités de la pratique d'AP (type, fréquence, intensité), son environnement (lieu de pratique, intérieur, extérieur,) et son contexte social (encadrement professionnel, en groupe, individuel) (Faulkner et al., 2015).

Plusieurs études transversales réalisées avec des personnes vivant avec une maladie mentale sévères, ont conclu que les choix d'AP qui revenaient plus fréquemment étaient la marche, le vélo, la course, le yoga, les poids et haltères, et la danse (Firth et al.,2016b; Subramaniapillai et al., 2016; Ussher et al., 2007). Une étude avec des individus vivant avec un problème de santé mentale sévère (schizophrénie et trouble bipolaire), montre qu'une majorité préfère effectuer une séance d'AP plus longue (30 minutes et plus) plutôt que d'accumuler au cours de la journée plusieurs tronçons d'AP (environ 10 minutes). De plus, il n'y avait pas de préférence quant à la pratique d'AP à l'extérieur ou en centre sportif (Subramaniapillai et al., 2016). Par contre, les entraînements à intensité modérée sont plus appréciés chez les jeunes, notamment les PEP, tandis que les entraînements à basse intensité sont préférés par les personnes plus âgées (Subramaniapillai et al., 2016). Pour ce qui est de la supervision, les interventions supervisées sont généralement préférées par les personnes avec une schizophrénie (Romain et al., 2018; Subramaniapillai et al., 2016).

Précisément, une étude réalisée chez PEP a démontré que leurs activités physiques préférées étaient celles reliées à la salle d'entraînement (poids et haltères, machine cardiovasculaire), suivi par le soccer, les activités extérieures, le jogging, le vélo et la natation (Firth et al., 2016). Les préférences ne semblent pas avoir de lien direct avec le diagnostic, le sexe et/ou l'âge (Ussher et al., 2011).

1.6.2 Importance des préférences dans l'adoption et le maintien de l'activité physique

Les préférences des participants jouent un rôle très important dans l'adoption et le maintien de l'AP (Subramaniapillai et al., 2016).

Toutefois, quoique potentiellement associé à une meilleure adhésion aux programmes d'AP, peu de recherche a été réalisée en AP chez une population ayant des troubles de santé mentale sévères. Une seule étude interventionnelle de faisabilité (étude ouverte) en AP a utilisé les préférence-patients avec une population de PEP (Firth et al., 2018). Réalisée au Royaume-Uni en 2016, l'intervention a inclus 31 participants âgés en moyenne de $25,8 \pm 4,6$ années et qui étaient dans les cinq premières années de la maladie psychotique (moyenne $1,9 \pm 1,4$ années). L'intervention était de 10 semaines et visait à faire pratiquer aux participants plus de 90 minutes par semaine d'AP d'intensité modérée à vigoureuse. Deux séances par semaine au centre communautaire étaient offertes aux participants, avec une supervision par un membre de l'équipe de recherche et de l'aide technique était offerte par un membre du centre communautaire. Chaque session était d'une durée de 45 à 60 minutes, et les participants pouvaient choisir leur activité parmi les machines cardiovasculaire (tapis roulant, vélo et rameur) et tous les exercices de musculation possibles en gymnase. Les participants avaient aussi le choix de faire « en plus » ou « au lieu » une session d'AP non supervisée.

Suite à l'intervention de dix semaines, il y a eu une amélioration du fonctionnement social (SOFAS; =5,8 points), une diminution des symptômes totaux (PANSS; -13,1 points) et du tour de taille (-2 cm). En plus des bénéfices de santé acquis, le taux de présence était de 81% ce qui suggère qu'une intervention basée sur les préférences peut être efficace et bien acceptée par les PEP (Firth et al., 2016). La grande majorité des séances étaient supervisées et effectuées à salle de sport (65,5%). Un mélange d'exercice cardiovasculaire et de musculation était préféré quant à la composition des séances d'AP.

Quoique l'étude n'a pas été conduite avec un grand nombre de participants (n=31), elle constitue un premier pas prometteur quant à la faisabilité et l'efficacité des interventions préférences-patients chez les PEP. Aucune autre étude n'a utilisé les préférences-patients en AP chez une population PEP à notre connaissance à l'heure actuelle. La présente étude présentée dans ce mémoire, ajoutera des conseils motivationnels à un programme d'AP basé sur les préférences-patients, qui ont le potentiel d'améliorer la motivation à l'AP et son adhésion. De plus, un éventail de choix d'AP plus varié sera offert afin de respecter davantage les préférences-patient et un questionnaire de satisfaction sera ajouté afin d'avoir l'opinion des participants.

Section 1.7 Résumé de l'introduction de l'étude

En conclusion, les troubles psychotiques représentent des maladies mentales sévères qui, sont associées à des mauvaises habitudes de vie et dont le traitement (la médication antipsychotique), contribuent à plusieurs complications physiques. De multiples études montrent que l'AP a le potentiel d'améliorer les paramètres anthropométriques, les symptômes psychiatriques et le fonctionnement, en plus de diminuer le temps de sédentarité. Les paramètres d'une intervention en AP, afin d'en retirer le maximum de bénéfices chez les individus vivant avec un trouble psychotique, devraient inclure 90 minutes et plus d'AP modérée à vigoureuse par semaine pendant au moins 12 semaines et être supervisé par un professionnel qualifié (Firth et al.,2015). L'inactivité physique et le haut taux de sédentarité contribue grandement au développement des complications physiques chez les personnes avec des troubles psychotiques. L'AP a été démontré efficace, particulièrement lorsque mise en place précocement dans la maladie. Comme plusieurs obstacles sont identifiés par les PEP, dont principalement la motivation, leur adhésion et maintien de la pratique d'AP (taux d'abandon élevé) est difficile. L'application du MTT et des préférences-patients lors d'une intervention d'AP supervisée, semble avoir le potentiel d'améliorer l'état de santé et la motivation des PEP. Notre étude vise donc à pallier au manque de données chez les PEP quant à la faisabilité et l'efficacité des interventions visant l'initiation et le maintien de la pratique de l'AP basée sur les préférences-patients et incluant des interventions visant à augmenter la motivation basée sur le MTT.

CHAPITRE 2 : LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Section 2.1 Objectifs et hypothèses

2.1.1 Objectif principal

L'objectif principal de l'étude (objectif 1) est de vérifier la faisabilité d'un programme d'AP couplant conseils motivationnels (basé sur le MTT) et basé sur les préférences d'AP des participants.

2.1.2 Objectifs secondaires

- Objectif 2 : A) Déterminer l'acceptabilité; B) la satisfaction du programme;
- Objectif 3 : Déterminer l'impact du programme sur le niveau d'AP et le temps de sédentarité;
- Objectif 4 : Déterminer les préférences d'AP des participants et les caractéristiques (fréquence, intensité) des activités pratiquées ;
- Objectif 5 : Évaluer l'impact de ce programme sur la motivation à l'AP et la participation sociale.

2.1.3 Hypothèses

H1 : Il est attendu que l'intervention soit faisable notamment en ce qui sera mesuré par des taux de non-abandon de 50% et moins tel que démontré dans des études précédentes (taux basé notamment sur Romain et al., 2019)

H2 : A) Il est attendu que le programme soit acceptable tel que démontré par un taux de présence minimal de 64% aux séances prescrites (taux basé sur l'étude de Romain et al., 2019) B) que les participants décrivent l'intervention comme étant satisfaisante.

H3 : Il est attendu que le niveau d'AP augmente à plus de 90 minutes par semaine (Firth et al., 2015), ainsi qu'une diminution du temps de sédentarité (Ashdown-Franks et al., 2018).

H4 : Il est attendu que les activités sélectionnées par les participants en contexte réel soient similaires à celles obtenues lors de recherches précédentes (marche, course, musculation) (Romain

et al., 2017b) et que les caractéristiques (fréquence, intensité) permettent l'atteinte des recommandations d'AP.

H5 : Il est attendu un impact positif de l'intervention sur la motivation à l'AP (Farholm et al., 2016) et sur la participation sociale (Romain et al.; 2019).

Section 2.2 Méthodologie

2.2.1 Devis d'étude

L'étude est un essai clinique ouvert (étude pilote) et a été conduite à la Clinique des jeunes adultes psychotiques (JAP) du centre hospitalier de Université de Montréal (CHUM). La recherche a été approuvée par les comités scientifique et d'éthique du Centre de Recherche du CHUM (#2017-7077CE16.399-MJB).

2.2.2 Intervention

L'intervention offre 24 séances d'AP. Les participants recevaient la consigne indiquant que le temps idéal pour réaliser l'entièreté des 24 séances est de 12 semaines, ce qui représente deux séances par semaine, fréquence minimale optimale pour obtenir des bénéfices sur la santé.

Toutefois, constatant la difficulté des premiers participants à réaliser les séances dans le délai proposé de 12 semaines, un amendement du protocole a été soumis et approuvé par le comité d'éthique et de la recherche du CHUM, afin de permettre d'augmenter le délai donné pour réaliser les 24 séances. Cet amendement nous a permis d'ajuster l'intervention au contexte clinique réel (*real life setting*) de l'implantation d'un tel programme et de décrire dans quelle mesure l'intervention est applicable chez cette population ainsi que les ajustements nécessaires pour son implantation en contexte réel. Ainsi, une certaine flexibilité sur la fréquence des entraînements était permise et donc, un délai maximal de 26 semaines (6 mois) était donné aux participants afin qu'ils réalisent le nombre de séances recommandés (24), ce qui correspond à un minimum d'environ une séance par semaine (la moitié de la fréquence idéale proposée par le programme) si le participant utilise le maximum de 26 semaines.

Chaque séance se déroulait à l'Association Sportive et communautaire du Centre Sud de Montréal (ASCCS) avec lesquels nous avons une entente pour utiliser les installations (salle de sport, gymnase, piscine) gratuitement. Le participant n'avait donc rien à déboursier et aucune compensation financière n'était donné pour la participation du projet.

Chaque séance était aussi supervisée par un entraîneur le plus souvent kinésologue, qui était soit la chercheuse du projet, étudiante à la maîtrise (Eve Dubois (ED), le co-directeur de maîtrise et chercheur (Ahmed Jérôme Romain (AJR) (titulaire d'un PhD en kinésiologie et d'un post-doctorat en kinésiologie auprès de gens souffrant de troubles mentaux sévères)) ou des stagiaires (étudiants en kinésiologie, psychologie ou médecine) supervisés par la chercheuse ED ou AJR. Le rôle de l'entraîneur était de guider le participant sur la pratique d'AP, c'est-à-dire lui donner des conseils quant à l'exécution de l'activité elle-même, dans le but d'autonomiser le participant dans sa pratique. L'entraîneur donnait aussi des conseils motivationnels et utilisait les processus de changement de comportement basés sur le MTT pour guider son intervention. L'objectif de ces interventions était d'éliminer les barrières existantes ou potentielles liées à la pratique d'AP, afin de faciliter la pratique d'AP autonome suite à la participation du programme. Le participant pouvait choisir la journée et l'heure qui lui convenait le mieux. Avec l'accord et les disponibilités de l'entraîneur, deux rendez-vous étaient fixés à chaque semaine. Des rappels par téléphone ou par message texte, tel que choisi par le patient, ont été faits avant chaque séance. En cas d'annulation, une autre date était fixée afin de conserver le plus possible l'objectif d'exécuter deux séances par semaine. Chaque séance visait une durée d'environ 45 minutes. Selon les préférences du patient et son niveau d'énergie, cette durée pouvait être légèrement diminuée ou rallongée. L'intensité de la séance était aussi décidée par le participant. Au début de chaque séance, le participant pouvait choisir la ou les activités qu'il voulait pratiquer. Le participant était encouragé par l'entraîneur à pratiquer une troisième séance d'AP par semaine en autonomie.

Lorsqu'un patient ne se présentait pas à plusieurs rendez-vous ou ne donnait plus de nouvelles à l'entraîneur, une liaison était faite auprès de l'intervenant référant afin de vérifier les raisons de non-contact (ex. patient hospitalisé, ayant changé de coordonnées, etc.) et de vérifier si le participant était toujours intéressé ou non à participer au projet de recherche. Cette intégration du programme d'AP au sein de la clinique, permettait aussi au référant de motiver son patient à poursuivre l'AP ou du moins de faire un suivi à ce sujet auprès de son patient.

L'intervention utilisée pour le projet a été vulgarisée et décrite avec de plus amples détails dans un manuel intitulé « Guide d'intervention visant à augmenter la motivation à l'activité physique pour les individus atteints de troubles mentaux » publié par les chercheurs et joint en annexe 6 du mémoire.

2.2.3 Échantillon et recrutement

L'échantillon total recruté dans le cadre de ma maîtrise est de 40 participants. Le recrutement a été réalisé directement à la clinique JAP, clinique d'intervention précoce pour la psychose du CHUM (www.premierepisode.ca), auprès des intervenants et/ou des médecins psychiatres. L'intervenant ou le médecin référerait un patient intéressé à faire de l'AP ou qui avait de la difficulté à se motiver à la pratique de l'AP. Lorsqu'un patient était référé, l'intervenant le mettait en contact avec la chercheuse (ED), le co-directeur de maîtrise (AJR). Par la suite, une rencontre de 10 à 15 minutes était cédulée avec la chercheuse (ED) ou le co-directeur de recherche (AJR) dans les locaux de la clinique JAP pour expliquer les modalités du projet. Suite à cela, une semaine était allouée au patient (afin d'assurer un consentement libre et éclairé) afin qu'il donne sa réponse finale (acceptation ou refus de la participation au projet). Lorsque le participant acceptait de participer, le formulaire de consentement était signé en présence de la chercheuse (ED), du co-directeur (AJR) ou d'un stagiaire, le patient était alors considéré inclus dans le projet et le projet débutait.

Les intervenants de la clinique JAP, qui intègrent plusieurs projets de recherche au sein de la clinique, sont familiers avec le processus de référencement des patients pour différents projet de recherche, ce qui a permis un recrutement continu entre juillet 2017 et septembre 2019. Une présentation du projet a été faite lors d'une réunion d'équipe puis des rappels verbaux ou des courriels étaient fait auprès des professionnels de la clinique afin de maintenir un taux de recrutement continu.

2.2.3.1 Critères d'inclusion :

Avoir entre 18 et 35 ans ; Diagnostic de maladie psychotique posés par les psychiatres traitants selon le DSM-IV ; stabilité de la symptomatologie psychotique depuis plus d'un mois ; Être physiquement inactif (\leq de 90 minutes par semaine).

2.2.3.2 Critères d'exclusion :

Femmes enceintes ou envisageant de le devenir au cours de l'étude ; Autres contre-indications à la pratique d'AP.

2.2.4 Les mesures et la collecte de données

Toute les mesures et collectes de données ont été réalisées par la chercheuse principale (ED) ou par le co-directeur de la maîtrise (AJR) ou par un stagiaire. L'évaluation à l'inclusion (T0) prenait place

dans les locaux de la clinique JAP maximum 3 semaines avant le début de l'intervention. L'évaluation post-intervention (T1) prenait place aussi dans les locaux de JAP, le plus près possible de la fin de l'intervention, maximum 3 semaines après la fin de l'intervention.

2.2.4.1 Variables descriptives socio-démographiques et métaboliques

À l'inclusion (T0), dans un but descriptif de l'échantillon, les mesures démographiques (âge, sexe) et anthropométriques (taille, poids, indice de masse corporelle (IMC), tour de taille) ont été récoltées. La taille a été prise grâce à une toise murale en cm ou complétée avec le dossier médical et le poids et l'IMC ont été calculés grâce à une balance impédancemètre (OMRON BF 511) et le tour de taille a été pris avec un ruban à mesurer à l'extrémité supérieure de l'os de la hanche (crête iliaque). De plus, afin de mieux caractériser nos participants, le diagnostic, l'ethnicité, le statut tabagique, le statut d'emploi, le plus haut diplôme complété, le trouble d'abus de substance ont été collectés lors d'une entrevue de recherche avec les participants et les informations manquantes ont été complétées à l'aide des dossiers médicaux.

La prise des signes vitaux et une prise de sang ont été faites avant le début de l'intervention afin de s'assurer l'absence de contre-indications à la pratique d'AP et dans un but descriptif. Une rencontre avec la Dre Elaine Letendre, médecin spécialiste en médecine métabolique a permis de confirmer l'absence de contraindication à la participation du participant à un programme d'AP.

2.2.4.2 Taux d'abandon

La faisabilité (objectif 1) du programme a été mesurée par le taux d'abandon, mesurée à la fin de l'intervention (T1). Le participant a été considéré comme « abandonnant » s'il exprimait clairement le désir de ne plus participer au projet OU s'il réalisait moins de 64% des 24 séances prévues (moins de 15 séances) sur les 26 semaines allouées. Nous avons donc considéré donc comme « non-abandonnant », les participants perdus au suivi à la fin des 26 semaines (ou avant), mais ayant réalisé 15 séances et plus.

2.2.4.3 Taux de présence et satisfaction

L'acceptabilité (objectif 2A) de l'intervention a été mesurée par le taux de présence et le taux de satisfaction, mesurée à la fin de l'intervention (T1).

Le taux de présence représente le nombre de séances auxquelles le participant s'est présenté divisé par le nombre de séances offertes et prévues par le programme (total de 24 séances). Le kinésiologue a noté dans le registre (voir annexe 1) la présence du participant à chaque séance.

L'acceptabilité a été validée par un taux de présence de plus de 64% des séances (15 séances) et ne jamais avoir exprimé le désir explicite de quitter l'intervention (basé sur Romain et al., 2019 et Romain et Abdel-Baki, 2017). Le seuil de 64% a été sélectionné puisqu'il a été démontré dans une étude précédente que les effets positifs de l'AP étaient significatifs chez les participants ayant réalisé 64% et plus des séances. De plus, l'intervention a été considérée abandonnée par le kinésologue-chercheur si le participant ne se présentait pas durant trois semaines consécutives sans aviser l'entraîneur ou le chercheur de son absence et que ceux-ci restaient sans réponse aux relances (incluant celles via l'entraîneur et celles via l'équipe traitante). De plus, la durée maximale pour permettre au participant de compléter le programme était d'au plus 26 semaines pour effectuer ses 24 séances (soit moins d'une séance par semaine). Le nombre de toutes les séances effectuées dans les 26 semaines a été considéré pour un maximum de 24 séances.

Pour ce qui de la satisfaction (objectif 2B), elle a été mesurée par un questionnaire auto-rapporté de satisfaction, adapté de Thériault (2014) (annexe #2) composé de 12 questions, dont 3 questions directement reliées à la satisfaction de l'intervention et 9 à l'évaluation subjective des résultats post-programme. Ce questionnaire a été administré une seule fois, soit à la fin de l'intervention (T1), afin d'évaluer la satisfaction du patient suite à la participation du programme d'AP. Les questions posées en lien avec la satisfaction, sont l'appréciation de l'intervention, s'il voulait recommander l'intervention à un pair et s'ils aimeraient poursuivre l'intervention. Parmi les questions en lien avec l'évaluation subjective des résultats, on cherche par exemple à savoir s'il y eu des changements physiques ou psychologiques, si l'intervention les a incités à pratiquer plus d'AP et s'ils croient être plus en forme. Les 12 items sont cotés sur une échelle allant de 0 à 5 (aucunement, peu, moyennement, beaucoup et énormément). Le score total de points que l'on peut obtenir est 60 et le minimum est 12.

2.2.4.4 The Simple Physical Activity Questionnaire (SIMPAQ)

Le niveau d'AP (objectif 3) a été évalué de façon subjective en utilisant le questionnaire auto-rapporté *Simple Physical Activity Questionnaire* (SIMPAQ) (annexe #3) (Rosenbaum et Ward, 2016), à l'inclusion (T0) et à la fin de l'intervention (T1). Ce questionnaire court évalue le temps rapporté de sommeil et de sédentarité ainsi que la durée auto-rapportée des 3 types d'AP que sont l'AP de loisir, de marche ainsi que toutes autres minutes non sédentaires effectuées dans le cadre du travail ou d'activités à la maison (ex. jardinage). Ce questionnaire est en cours de validation à l'heure actuelle et est le seul questionnaire d'AP en cours de validation chez la population PEP.

2.2.4.5 Préférences et caractéristiques d'AP

Afin de déterminer les préférences des participants (objectif 4), un registre a été utilisé à chaque séance afin que le kinésologue puisse noter les choix d'AP du participant à chaque séance, en plus de la fréquence par semaine des séances. L'intensité des séances (légère, modérée ou vigoureuse) a été déterminée à l'aide du compendium des AP dans lequel chaque activité est classée selon un niveau d'intensité (Ainsworth et al., 2011).

2.2.4.6 Motivation à la pratique d'AP

Pour évaluer la motivation à l'AP (objectif 5), les participants ont été invités à remplir des questionnaires auto-rapportés (annexe #4) mesurant les différentes composantes du MTT que sont les stades de changement, la balance décisionnelle, les processus de changement et le sentiment d'efficacité personnelle, à l'inclusion (T0) et à la fin de l'intervention (T1). Ces questionnaires ont déjà été utilisés lors d'études antérieures auprès de populations similaires (Romain et Abdel-Baki, 2017).

Pour les stades de changement, le participant doit répondre à 4 questions dichotomiques (oui/non) que sont :

- 1) « Faites-vous de l'activité physique en ce moment ? »
- 2) « Avez-vous l'intention de faire de l'activité physique dans les 6 prochains mois ? »
- 3) « Avez-vous l'intention de faire de l'activité physique dans les 30 prochains jours ? »
- 4) « Avez-vous été physiquement actifs dans les 6 derniers mois ? »

Selon l'ensemble des réponses données, le participant est placé dans le stade approprié (Romain et al., 2012) :

Pré-contemplation si « non » à la question 1 et 2;

Contemplation si « non » à la question 1 et 3 et « oui » à la question 2;

Préparation si « non » à la question 1 et « oui » à la question 3;

Action si « oui » à la question 1 et « non » à la question 4;

Maintenance si « oui » aux 4 questions.

La balance décisionnelle est évaluée par un questionnaire validé en français par Eeckhout et al. (2013). Le questionnaire contient 16 items, dont 8 items pour les avantages (« pour ») à l'AP et 8 pour les inconvénients (« contre »). Il y aura le score total de la balance, le score des avantages et le score des inconvénients. Chacun des scores est la moyenne des éléments et est évalué selon une échelle de type Likert en 5 points où 1 = pas du tout important et 5 = très important.

Les processus de changement (PC), quant à eux, sont évalués par le questionnaire PC (Bernard et al., 2014). L'échelle évalue les 5 PC comportementaux et les 5 PC expérientiels grâce à une échelle de point de Likert de 5 points dans laquelle le 1 représente « jamais » et le 5 représente « toujours ». Il y aura le score total des PC (moyenne des 40 items), le score des PC expérientiels (20 items) et le score des PC comportementaux (20 items). Chacun des scores est la moyenne des éléments et est évalué selon une échelle de type Likert en 5 points où 1 « jamais » et 5 « très souvent ».

Le sentiment d'efficacité personnelle a été évalué via une échelle développée par Bandura (2006). Elle contient 14 barrières à l'AP et le répondant doit indiquer son niveau de confiance à pratiquer une AP, trois fois par semaine ou plus en présence de chacune des barrières. L'échelle de réponse va de 0% (pas confiant du tout) à 100% (très confiant). La moyenne totale détermine le niveau de sentiment d'efficacité personnelle.

2.2.4.7 Participation sociale

La participation sociale (objectif 5) sera mesurée par le questionnaire auto-rapporté des Mesures d'Habitudes de Vie (MHAVIE) (annexe #5), à l'inclusion (T0) et à la fin de l'intervention (T1). Ce questionnaire a pour objectif de récolter l'information quant aux habitudes de vie de l'individu dans son milieu de vie (domicile, travail et communauté) (Fougeyrollas et al., 2002). Le questionnaire est constitué de 16 items. Pour chaque item, le répondant doit indiquer son niveau de réalisation (sans difficulté, avec difficulté, réalisé par substitution ou non réalisé), ainsi que le type d'aide nécessaire (sans aide, aide humaine, aide technique ou aménagement). La combinaison de ses deux réponses donne une cote de 0 (non réalisé) à 10 (réalisé sans difficulté et sans aide). Le score total est coté sur 10, où 10 est une participation sociale sans handicap.

Section 2.3 Analyses statistiques

Pour répondre aux objectifs de la faisabilité (H1), l'acceptabilité (H2A), la satisfaction (H2B) à l'issue de l'intervention, des statistiques descriptives (pourcentages) ont été utilisées.

Pour répondre aux objectifs au niveau de l'AP et au temps de sédentarité (H3), ainsi qu'à l'impact du programme sur la motivation à l'AP et la participation sociale (H5), des ANOVAS à mesures répétées ont été utilisées et la taille d'effet utilisée était l'eta-carré partiel (η_p^2) (où une taille d'effet autour de 0,01 = taille d'effet faible, autour de 0,06 = taille d'effet moyenne et autour de 0,14 et plus = taille d'effet forte) (Cohen, 1988).

Cette taille d'effet a été choisie puisqu'elle est la taille d'effet à privilégier lors d'ANOVA. Pour l'objectif de description des préférences et des caractéristiques de l'AP (H4) des statistiques descriptives ont été utilisées.

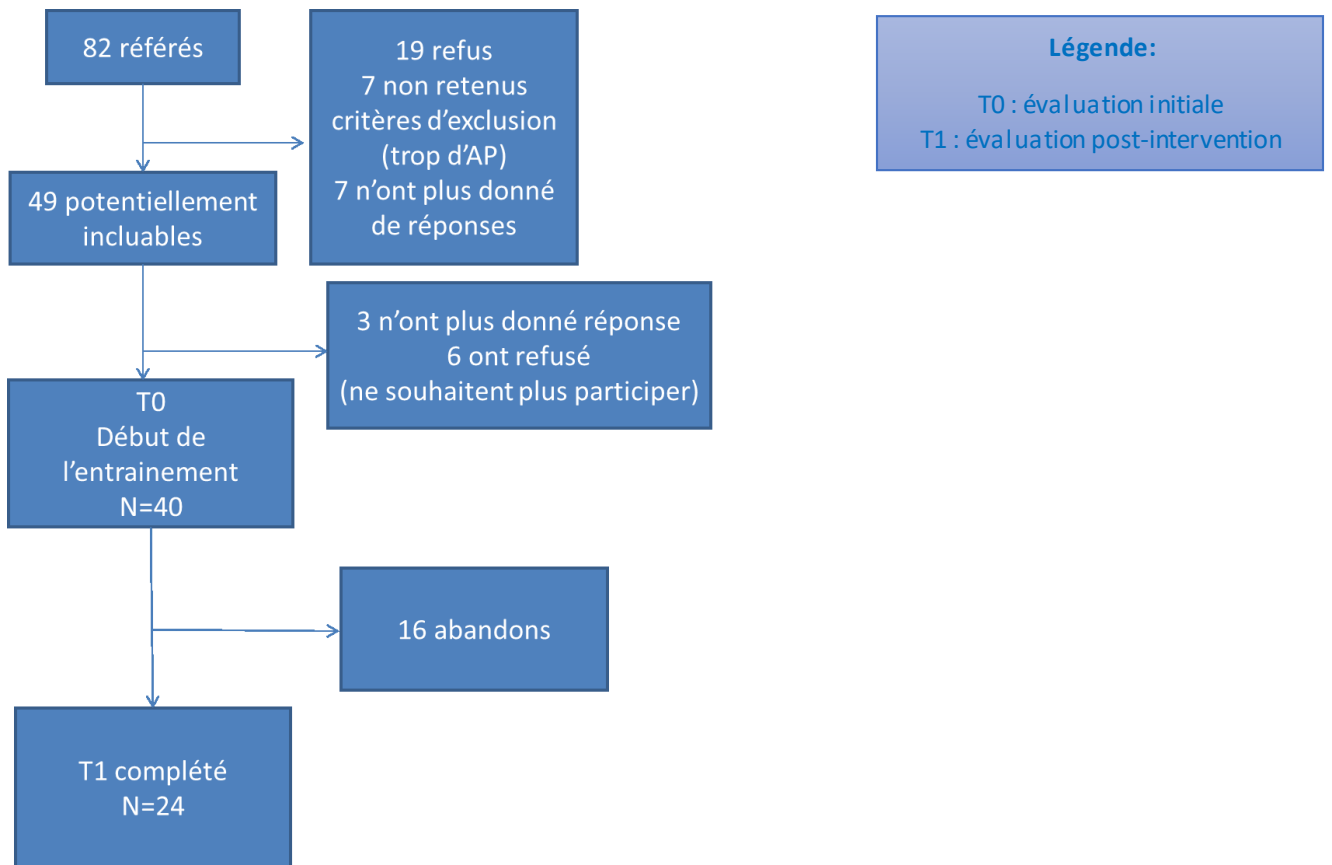
Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel JASP, version 0.9.2.0. (JASP Team, 2019).

CHAPITRE 3 : LES RÉSULTATS

Section 3.1 Recrutement

Depuis juillet 2017, 82 patients PEP ont été référés et parmi ceux-ci 40 ont été recrutés et commencé l'intervention. Parmi ceux-ci, 24 ont terminé le programme incluant 2 pertes de suivi et 16 qui ont abandonné l'intervention. La figure 1, décrit le processus de recrutement, les raisons d'exclusions, ainsi que les abandons, etc.

Figure 1 : Organigramme du recrutement



Section 3.2 Description des caractéristiques de la population

La population de mon étude (n=40) est constituée de 52,5% (n=21) de femmes et l'âge moyen est de $25,63 \pm 4,22$ ans. À l'inclusion, 52,5% détiennent un diplôme d'études secondaire ou professionnelles et 30% un diplôme universitaire. La majorité (70%) sont sans emploi, 47,5% sont

caucasiens et 45,0% sont fumeurs. Les diagnostics les plus fréquents sont le trouble schizo-affectif (n=16, 40%) et le trouble bipolaire (n=10, 25%) suivi de près par la psychose non spécifiée (n=8, 20%).

Tableau 3 : Présentation de la population

ÉCHANTILLON COMPLET (N=40)	
SEXE, n (%)	
Femme	21 (52,5)
Homme	19 (47,5)
ÂGE (années)	25,63 ± 4,22
ETHNICITÉ, N (%)	
Caucasien	19 (47,5)
Afro-Caribéen	11 (27,5)
Asiatique	3 (7,5)
Nord-Africain	4 (10,0)
Autres	3 (7,5)
MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES	
IMC (KG/M ²)	28,88 ± 5,82
Tour de Taille (cm) chez les hommes (n=19)	102,7 ± 13,68
Tour de taille (cm) chez les femmes (n=21)	95,26 ± 16,44
TABAGISME Fumeurs (%)	19 (47,5)
NIVEAU SÉDENTARITÉ ET AP	
Sédentarité auto-rapporté (Heures/Jour) (SIMPAQ)	10,06 ± 2,31
Niveau d'AP de loisir auto-rapporté (min/sem) (SIMPAQ)	52,71 ± 58,72
DIAGNOSTICS PSYCHIATRIQUES, n (%)	
Schizophrénie	5 (12,5)
Trouble Schizo-Affectif	16 (40,0)
Trouble Bipolaire	10 (25,0)
Trouble dépressif	1 (2,5)
Psychose Non Spécifiée	8 (20,0)
Trouble d'abus de substance concomitant	11 (27,5)
STATUT D'EMPLOI, N (%)	
Sans Emploi	28 (70,0)
1 à 20h/semaine	4 (10,0)
21h et plus/semaine	8 (20,0)
PLUS HAUT DIPLÔME OBTENU, N (%)	

Primaire	7 (17,5)
Secondaire	17 (42,5)
Études universitaires	12 (30,0)
Diplôme d'études professionnelles	4 (10,0)

Section 3.3 Résultat de la mesure principale

3.3.1 Faisabilité tel que mesurée par le taux d'abandon

Seize des 40 participants (40%) ont abandonné le programme. Les raisons d'abandon les plus fréquentes sont le manque de motivation (n=6, 37,5%), l'arrêt du programme sans explication (arrêt de répondre aux rappels) (n=3, 18,75%). Suite à une recherche dans les dossiers médicaux ou auprès des intervenants, les raisons d'abandon de ces 3 participants sont respectivement un départ dans sa famille à l'étranger; pour le second, un anxiété sociale très forte vis-à-vis la participation au programme, et pour le 3^e un manque d'intérêt à participer au programme et une symptomatologie psychotique négative très marquée. Parmi les autres raisons, on note « a exprimé le désir explicite d'arrêter » (n=3, 18,75%), le « manque de temps dû à son retour au travail à temps plein » (n=1, 6,25%), « l'abandon dû à trop grande désorganisation » (n=1, 6,25%) et le « désir de s'entraîner par soi-même dans une salle d'entraînement plus près du domicile » (n=1, 6,25%). Après vérification avec ce participant, 1,5 semaine après la fin de son programme, il n'avait toujours pas commencé l'AP par lui-même. Et finalement, (n=1, 6,25%) une des participantes aurait cessé, car son intervenante (travaillant à l'extérieur à la clinique JAP) lui a proposé de faire du sport dans son établissement plutôt que de poursuivre le programme débuté dans le cadre du projet de recherche.

Section 3.4 Résultats des mesures secondaires

3.4.1 Acceptabilité telle que mesurée par le taux de présence

Le taux de présence calculé sur l'échantillon total (incluant ceux qui ont abandonné) est en moyenne de $16,20 \pm 8,48$ séances sur 24 (67,5%) tandis que la médiane est de 19,50 et le mode est de 24. Les persistants ont réalisé en moyenne $22,54 \pm 2,40$ séances (91,9%) tandis que les abandonnants ont réalisé en moyenne $6,69 \pm 4,16$ séances (27,8%). 14 participants (35%) ont réalisé 24 séances, 2 (5%) ont réalisé 23 séances et 8 (20%) ont réalisé entre 15 et 22 séances. Donc, 24/40 (60%) des participants ont réalisé 64% et plus des séances recommandées. Le temps

moyen total pour réaliser l'intervention (tel que complété par les participants, soit 15 à 24 séances) est de $17,58 \pm 4,50$ semaines.

3.4.2 Acceptabilité tel que mesurée par le niveau de satisfaction vis-à-vis le programme

22 participants des 24 ayant complété le programme, ont répondu au questionnaire à T1 puisque les 2 participants perdus au suivi n'ont pas répondu. Parmi les 3 questions portant sur la satisfaction, 21 (95,5%) participants auraient énormément ou beaucoup aimé poursuivre le programme, 19 (86,4%) participants disent que le programme a énormément ou beaucoup répondu à leurs attentes, et 22 (100%) participants recommanderaient énormément ou beaucoup l'intervention à un ami ou à un membre de leur famille (figure 2).

Parmi les réponses liées à l'évaluation subjective des résultats post-programme, la majorité des participants ont moyennement observé des changements physiques ($n=14$, 63,6%) et moyennement ($n=7$, 31,8%) à beaucoup ($n=7$, 31,8%) de changements psychologiques. Parmi les changements physiques, les plus notés sont en rapport avec leur condition physique ($n=8$, 36,4%) par exemple, plus de force, une meilleure capacité cardio-vasculaire ou une perte de poids. Les participants mentionnent aussi une augmentation de leur énergie ($n=3$, 13,6%). Par contre, 4 (18,2%) participants notent avoir pris du poids malgré le programme d'AP.

Pour les changements psychologiques en majorité les jeunes parlent de leur meilleure humeur ($n=6$, 27,3%) et d'une amélioration de la motivation ($n=4$, 18,2%). Les participants mentionnent aussi amélioration de leur santé mentale et de leurs symptômes ($n=5$, 22,7%). Vingt (90,9%) participants considèrent que leur estime de soi s'est améliorée moyennement à énormément.

L'intervention a aussi permis à 17 (81,8%) participants d'effectuer des changements à différents niveaux, soit peu, moyennement, beaucoup ou énormément sur un ou plusieurs comportements autres que l'inactivité. Les comportements sont les suivants : meilleure qualité de sommeil ($n=7$, 41,2%), meilleure alimentation ($n=6$, 35,3%), arrêt ou diminution de la consommation d'alcool ($n=5$, 22,7%), arrêt ou diminution tabagique ($n=4$, 18,2%) et arrêt ou diminution des drogues ($n=4$, 18,2%). 5 (22,7%) participants mentionne n'avoir effectué aucun autre changement.

L'intervention a incité la majorité ($n=16$, 72,7%) à faire beaucoup ou énormément plus d'AP. Dix-neuf (86,4%) participants se considèrent moyennement, beaucoup ou énormément en meilleure forme physique comparativement à l'an dernier au même moment.

3.4.3 Niveau d'AP et de sédentarité

22 participants des 24 ayant complété le programme, ont répondu au questionnaire à T1 puisque les 2 participants perdus au suivi n'ont pas répondu. Comparativement au début de l'intervention (T0), le niveau d'AP de loisir, tel que mesuré par le questionnaire SIMPAQ, augmente à plus de 90 minutes par semaine à la fin l'intervention (T1), mais la différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,112$) avec une taille d'effet moyenne ($n_p^2=0,074$). Les participants rapportent une diminution (statistiquement non-significative) du temps de marche et du temps d'AP effectué dans le cadre du travail ou du domicile (voir tableau 2).

L'intervention permet aux participants de diminuer leur temps de sédentarité de façon significative ($p=0,016$) de $0,56 \pm 0,82$ heures par semaine.

Tableau 4 : Niveau d'AP et de sédentarité moyens (\pm écart-type) (pré (T0) et post intervention (T1) tel que mesuré par le SIMPAQ (n=22)

	Moyenne T0 N=22	Moyenne T1 N=22	ρ	n_p^2
Temps d'AP total/semaine (min) (total du temps de marche, loisir et autre AP)	637,5 \pm 567,0	685,5 \pm 701,8	0,188	0,074
Temps d'AP de loisir/semaine (min)	52,71 \pm 58,72	91,79 \pm 128,40	0,188	0,074
Temps de marche/semaine (min)	348,2 \pm 277,0	244,6 \pm 166,0	0,041	0,169
Temps autre d'AP/semaine (min)	242,1 \pm 421,3	349,1 \pm 737,1	0,571	0,014
Temps de sédentarité/semaine (SIMPAQ) (heure)	10,60 \pm 2,37	9,15 \pm 2,32	0,016	0,227

3.4.4 Les préférences d'AP

Parmi les 623 séances offertes aux 40 participants, il y a eu 1072 différents choix d'AP ont été effectués (un participant pouvait faire plus d'un type d'activité lors d'une même séance). En ordre de popularité, la musculation a été choisi 519 fois (48,4%), le jogging 236 fois (22,0%), le vélo 159 fois (14,8%), l'elliptique 49 fois (4,6%), le badminton 34 fois (3,2%), la boxe 15 fois (1,4%), et les étirements 14 fois (1,3%). Nous avons par la suite regroupé les choix d'AP par catégorie, soit la musculation, les exercices cardiovasculaires (marche, jogging, rameur, elliptique, vélo), les sports

individuels (incluant la boxe, le badminton et la natation), les sports d'équipe (incluant le basketball, le soccer et le football américain) et les exercices de relaxation (incluant le yoga et les étirements). Les préférences, en ordre croissant, sont la musculation (48,4%), les exercices cardiovasculaires (43,7%), les sports individuels (5,7%), les exercices de relaxation (1,4%) et les sports d'équipe (0,8%). En moyenne, les participants faisaient 2 types d'AP par séance (69,8%), suivi par 1 seul choix (29,2%) et 3 choix (1%). La combinaison la plus populaire était l'exercice cardiovasculaire et la musculation (67,9%).

L'intensité des activités choisies se situe entre 2,3 à 9,0 METs. La moyenne de l'intensité de toutes les AP réalisées est de $4,78 \pm 1,41$ METs qui se situe dans la tranche d'intensité modérée.

La fréquence d'AP par semaine est en moyenne de 1,1 fois par semaine (médiane=1; mode=1). Les abandonnants réalisent en moyenne 0,8 séance par semaine (médiane=1; mode=1), tandis que les persistants qui ont terminé le programme réalisent en moyenne 1,5 séances par semaine (médiane=1; mode=2).

3.4.5 L'impact du programme sur la motivation à l'AP et la participation sociale

22 participants des 24 ayant complété le programme, ont répondu au questionnaire à T1 puisque les 2 participants perdus au suivi n'ont pas répondu. Pour la participation sociale, seulement 19 participants ont rempli le questionnaire, par oubli de certains intervenants. Au début de l'intervention, 67,5% des participants étaient dans le stade de préparation et 32,5% dans le stade d'action/maintien tandis qu'à la fin du programme 45% se sont retrouvés dans le stade d'action/maintien et 16,7% sont restés au stade de préparation. Par contre, le programme n'a pas eu d'impact sur les paramètres de la motivation (balance décisionnelle, PC, sentiment d'efficacité personnelle) à l'AP, ni sur la participation sociale (voir tableau 3).

Tableau 5: Impact du programme (\pm écart-type) pré (T0) et post intervention (T1) sur les paramètres de motivation et de participation sociale

	Moyenne T0 N=22	Moyenne T1 N=22	ρ	n_p^2
Balance décisionnelle total	$3,22 \pm 0,46$	$3,29 \pm 0,65$	0,622	0,011
Balance décisionnelle avantages	$4,15 \pm 0,70$	$4,13 \pm 0,85$	0,923	0,000
Balance décisionnelle désavantages	$1,69 \pm 0,52$	$1,84 \pm 0,60$	0,266	0,053
Sentiment d'efficacité personnelle	$61,39 \pm 17,07$	$54,84 \pm 15,16$	0,072	0,134
PC expérientiels	$3,20 \pm 0,74$	$3,25 \pm 0,74$	0,533	0,017

PC comportementaux	3,24 ± 0,69	3,40 ± 0,56	0,186	0,075
Participation sociale (MHAVIE)	7,86 ± 1,01	8,12 ± 1,34 (N=19)	0,319	0,043

CHAPITRE 4 : DISCUSSION ET CONCLUSION DE L'ÉTUDE

Section 4.1 Faisabilité, acceptabilité et satisfaction de l'intervention

L'objectif principal de cette étude était de vérifier la faisabilité d'une intervention d'AP basée sur le MTT et les préférences-patients chez les PEP. Notre étude confirme qu'une telle intervention est faisable par un taux d'abandon de moins de 50%. L'étude confirme aussi la bonne acceptabilité de l'intervention par les PEP, démontré par un taux de présence moyen à plus de 64% des séances et considérée comme satisfaisante tel que démontré par un haut taux de satisfaction rapporté sur le questionnaire de satisfaction utilisé.

Quoique notre taux d'abandon soit élevé (40%) comparativement aux taux moyen (26, 7%, et 32,5%) des méta-analyses (Vancampfort et al., 2016; Firth et al., 2015) et de l'étude britannique chez les PEP la plus similaire à la nôtre (19,4%) (Firth et al., 2016), quelques différences méthodologiques peuvent expliquer l'écart entre les résultats. Parmi ces différences méthodologiques, il y a un seuil de présence plus bas (50% au lieu de 64% comme dans notre étude) ou encore une durée de l'intervention nettement moins longue (ex. 3 ou 4 semaines). De plus, pour la méta-analyse de Firth et al., 2015, on note une grande dispersion des taux d'abandon des études incluses dans la méta-analyse. En effet, les taux d'abandon se situaient entre 0% et 91%, dont 4 études sur 17 n'ont rapporté aucun (0) abandon, ce qui peut influencer la moyenne à la baisse. Pour ce qui est de la méta-analyse de Vancampfort et al. (2016), 7 études incluses/19 obtiennent aussi un taux d'abandon de 0%. Cliniquement parlant, un taux d'abandon de 0% est très difficile à obtenir lors d'une intervention d'AP, et ce même en population générale (Linke et al., 2011), ou même de toute autre intervention en santé ce qui suggère un questionnement d'ordre méthodologique de ces études. Parmi ces 11 études ayant un taux d'abandon de 0%, six incluent des patients hospitalisés et offrent des interventions en milieu intra-hospitalier, alors que les patients résident à l'hôpital, ce qui n'est pas la même réalité que notre étude qui est réalisée alors que les patients sont suivis en clinique ambulatoire. Les taux d'abandon sont reconnus, comme étant moins élevés chez les patients hospitalisés (Vancampfort et al., 2016). Les hypothèses sont que le patient n'a pas la

surcharge de devoir se déplacer à un autre endroit pour faire l'intervention (ce qui implique plusieurs obstacles potentiels comme, financiers, d'organisation, motivation) et que la fréquentation des centres communautaires ou lieux publics (ex. transports en communs) peut générer de l'anxiété chez certains patients (Ward et al., 2015). Ces obstacles peuvent aussi expliquer pourquoi notre taux d'abandon est plus élevé. Quoique comportant plus d'obstacles, la nécessité d'offrir des interventions en communauté est essentielle afin que les PEP bénéficient de l'AP à long terme et développent leur autonomie ainsi que leur fonctionnement social (Romain et al., 2019) (réinsertion sociale).

Finalement, quoique non rapportée par les participants, il est possible que la trop grande flexibilité des « choix » en termes d'horaire, de lieu, d'activités, etc. ait pu être désorganisant pour certains participants présentant des troubles cognitifs (problèmes d'organisation) qui auraient peut-être pu bénéficier d'un cadre plus ferme. La mesure de la sévérité des symptômes positifs et négatifs et du fonctionnement global à l'admission aurait pu nous permettre de comparer la sévérité de la maladie des patients de notre étude par rapport à celle des autres études qui ont obtenu des taux d'abandon plus bas. Il est possible que la sévérité de la symptomatologie des participants inclus dans notre étude, s'ils étaient plus atteints, puisse expliquer en partie le taux d'abandon plus élevé. De plus amples recherches sont encore nécessaires afin d'explorer des stratégies pour contrer les possibles causes d'abandon chez les PEP.

Ainsi, quoique le taux d'abandon de notre étude soit plus élevé que la moyenne rapportée dans la littérature, le taux d'adhésion calculé parmi les persistants (taux de présence) est comparable à celui des autres études. En plus, notre étude rapporte un haut taux de satisfaction élevé vis-à-vis de l'intervention.

Pour ce qui est du taux de présence de la présente étude, il est similaire à celui retrouvé dans la littérature : 77% en moyenne dans la littérature contre 67,5% dans notre étude et 91,9% de moyenne chez les ITP ayant persisté jusqu'à la fin du programme).

Section 4.2 Le niveau d'AP, le niveau de sédentarité et les préférences

Cette étude avait aussi pour objectif de décrire l'impact du programme sur le niveau d'AP et du temps de sédentarité. En ce sens, l'hypothèse de l'augmentation de l'AP et de la diminution de la sédentarité a été confirmée. À l'inclusion, les participants étaient très inactifs et sédentaires (tel que déterminé par le questionnaire SIMPAQ), mais ont tout de même réussi, à augmenter leur niveau d'AP de loisir à 91,79 minutes d'AP par semaine ce qui atteint les recommandations (90 minutes

et plus d'AP par semaine) chez les individus présentant des troubles mentaux sévères (Firth et al., 2015). Il est fréquent que le niveau d'AP augmente suite à une intervention d'AP, mais il est rare que les individus conservent ce niveau d'AP après 6 mois (Firth et al., 2018b; Ashdown-Franks et al., 2018). Une étude mesurant les niveaux d'AP et de sédentarité à 6 mois post intervention, basée sur les préférences et des conseils motivationnels permettrait de décrire si une telle intervention réussie à induire le maintien du niveau d'AP bénéfique pour la santé des participants PEP à moyen/long terme.

Par contre, malgré l'atteinte des recommandations du temps d'AP de loisir, on note une diminution du temps total de marche. Il est possible que puisque les participants augmentaient leur niveau d'AP de loisir, ils étaient moins portés à faire du temps de marche, possiblement dû à la fatigue ou une motivation insuffisante pour faire les 2 activités. De plus, comme le questionnaire SIMPAQ utilisé est auto-rapporté, il y a possibilité de biais sur le temps rapporté aux différentes questions dû à la difficulté de se rappeler des temps exacts sur 7 jours (biais de rappel) et dû au biais de désirabilité sociale (vouloir obtenir l'approbation de la chercheuse qui est aussi la clinicienne kinésiologue du projet). Lors d'études futures, l'utilisation d'une mesure objective, tel qu'un accéléromètre porté pendant une semaine éliminerait ces biais possibles. En effet, le temps d'AP mesuré objectivement a été démontré comme significativement moins élevé avec cet outil (accéléromètre) comparativement au temps d'AP auto-rapporté avec le SIMPAQ (Firth et al., 2017). Par contre, quoique plus fiable, l'accéléromètre comporte ses difficultés d'utilisation possiblement secondaires entre autres à la symptomatologie des participants (paranoïa, désorganisation, troubles cognitifs).

Les écart-types pour les différentes données d'AP (total, loisir, marche et autres) sont étendus (plus grands que la moyenne) ce qui démontre une très grande variabilité des résultats dans l'échantillon et peut expliquer que les comparaisons des mesures d'AP pré vs post intervention soient non-significatives.

Tel qu'attendu, les préférences d'AP sont assez similaires à la littérature, c'est-à-dire le renforcement musculaire, la course et le vélo (Firth et al., 2016b; Subramaniapillai et al., 2016; Ussher et al., 2007). En ce sens, notre hypothèse est confirmée par les résultats. Par contre, le yoga, la danse et la marche n'ont pas été parmi les plus populaires tel attendu. Les participants de notre étude ont plutôt démontré de l'intérêt envers l'elliptique, le badminton et la boxe. Ainsi, pour les futures interventions, il serait intéressant de proposer un éventail de choix incluant en plus ceux décrits dans notre étude, afin d'engager les PEP plus facilement grâce à des AP qu'ils apprécient.

Le choix des participants (fréquence et intensité) répond en partie aux recommandations. La fréquence des séances d'AP des persistants (moyenne de 1,5 séances par semaine) se rapproche du 2 fois par semaine nécessaire pour obtenir des bénéfices (Firth et al. 2015). Le mode de 2 démontre tout de même que la majorité des participants respectaient la fréquence de 2 fois par semaine recommandé. Par contre, malgré tout ce qui a été mis en place (supervision par un professionnel de kinésiologie, conseils motivationnels, respect des préférences (d'AP, intensité, lieu, moment), appui de l'équipe clinique traitante et intégration du programme d'AP au reste de la programmation clinique riche et intensive, offerte par les cliniques pour premier épisode psychotique, une proportion importante des participants (même parmi les persistants) ne sont pas arrivés à réaliser les 24 séances en 12 semaines. Les temps de réalisation les plus courts sont 13 semaines (n=1) et 14 semaines (n=3). Cela suggère qu'il puisse être difficile d'ajouter une séance d'AP aux activités du quotidien, particulièrement pour un PEP qui doit déjà s'occuper de ses rendez-vous médicaux et de réadaptation psychiatrique, en plus de gérer les symptômes négatifs et positifs résiduels d'une nouvelle maladie à laquelle ils doivent s'adapter. En plus de devoir gérer cela, environ 45% des participants étaient déjà dès le départ ou ont recommencé en cours du projet, le travail ou l'école, ce qui représente une charge importante à leur horaire.

Pour ce qui est de l'intensité des AP choisies, elle était en moyenne modérée ce qui correspond à la tranche inférieure d'intensité pour obtenir des bénéfices à la santé, qui devrait être de modérée à vigoureuse (Firth et al., 2015). Par contre, il est important de noter que l'intensité (METs) comporte plusieurs limites. En effet, c'est une valeur qui varie selon chaque individu en fonction de son poids, de sa capacité cardiovasculaire, de son niveau de santé, etc. Ainsi, un individu sédentaire et un individu actif depuis plusieurs années qui réalisent un jogging ne perçoivent pas le même niveau d'intensité. Aussi, compte tenu que la plupart des participants étaient inactifs et sédentaires au départ, un choix d'AP à intensité faible (comme la marche ou le yoga) ou modérée (comme le badminton ou la musculation) est tout de même acceptable, voire souhaitable (s'il peut permettre d'éviter les abandons prématurés suite à un découragement vis-à-vis à un exercice trop intense ou perçu difficile) et à la capacité d'être tout de même bénéfique (Nolin, 2006). Il est tout de même intéressant de voir que les PEP s'intéressent à des activités à moyenne et haute intensité, telle que la course et la boxe.

Ainsi, cette augmentation du temps d'AP de loisir qui répond aux recommandations (temps, intensité, fréquence) est prometteur pour la santé des PEP.

Il est rare d'observer une diminution du temps de sédentarité, dans les études d'intervention en AP (Ashdown-Franks et al., 2018). Notre étude rapporte tout de même une diminution du temps de

sédentarité de $-33,75 \pm 49,16$ minutes par semaine. Il est possible que les mêmes biais possibles décrits plus haut de l'instrument de mesure utilisé (questionnaire auto-rapporté SIMPAQ) soient en cause, mais le résultat est tout de même prometteur et mérite d'être étudié de façon plus objective dans de futures recherches à l'aide par exemple d'un accéléromètre porté sur une période de plusieurs jours. En effet, une diminution de la sédentarité est une cible intéressante afin de réduire la mortalité prématurée (Vancampfort et al., 2017).

Section 4.3 Impact du programme sur la motivation à l'AP et la participation sociale

L'hypothèse 5 est rejetée (n'a pas été confirmée par les résultats de l'étude) puisque l'intervention n'a pas eu les effets escomptés sur les paramètres de motivation à l'AP et la participation sociale.

4.3.1 Motivation à l'AP (PC et balance décisionnelle)

L'AP est très bénéfique en début de maladie et les PEP sont plus susceptibles de s'y engager contrairement à ceux qui ont vécu plusieurs épisodes (psychoses chroniques), entre autres dû à des anomalies motrices moins présentes (ex. hypokinésie second à la médication et grâce à une médication antipsychotique plus faible) (Walther et al., 2015). Par contre, l'AP pourrait être particulièrement bénéfique pour les PEP (en début de maladie), dans une optique préventive afin d'éviter le développement de complications métaboliques (Bonfioli et al., 2012; Bruins et al., 2014). Ainsi, sachant que l'AP est bénéfique, il est important d'augmenter la motivation en début de maladie pour que l'AP puisse devenir une bonne habitude de leur quotidien. 67,5% des participants étaient au stade de préparation à l'inclusion ce qui signifie que la majorité étaient prêts, mais ne savaient pas exactement comment si prendre pour débiter la pratique d'AP. Notre étude visait donc à prendre ce désir de faire l'AP (lors du stade de préparation) et de les amener à un stade d'action, voire de maintien, dans lequel les risques de rechutes (vers l'inactivité) sont moins élevés et dans lequel leur autonomie à pratiquer l'AP est plus grande (Prochaska et DiClemente, 1982).

On constate qu'à la fin de l'intervention la majorité des participants se retrouvent dans les stades d'action ou de maintien, tel qu'attendu. Par contre, aucun changement n'a été observé parmi les paramètres du MTT (PC, balance décisionnelle et sentiment d'efficacité personnelle) ce qui pourtant, comme stipulé par le modèle, devrait faire avancer l'individu d'un stade à l'autre (Prochaska et DiClemente, 1982). La non-présence de changement sur les paramètres du MTT est plutôt inattendue, compte tenu que ce sont les moteurs qui devraient engendrer le passage d'un stade à l'autre. L'une des raisons possibles de l'absence d'effet est l'effet plafond. En effet, les

participants avaient des scores déjà élevés sur les paramètres du MTT (balance décisionnelle, sentiment d'efficacité personnelle, processus de changement) dès l'entrée de l'intervention. Par exemple, pour ce qui est de la balance décisionnelle, les participants perçoivent déjà beaucoup d'avantages à faire de l'AP (4,15/5) et peu de désavantages (1,69/5). Ainsi, étant déjà convaincus que la pratique d'AP contenait plus d'avantages que de désavantages, cela a pu influencer la possibilité de détecter un résultat significatif entre pré et post-intervention.

Des mesures collectées plus régulièrement des paramètres du MTT au cours de l'intervention auraient permis de mieux comprendre quelles techniques utilisées ont eu un impact sur la motivation et lesquelles n'ont pas eu d'efficacité. En outre, compte tenu que plusieurs intervenants sont intervenus auprès des participants, nous ne pouvons être certains que les paramètres du MTT ont bien été appliqués. En effet, il est possible que le manque de résultats significatifs soit en partie dû au fait que chaque entraîneur n'appliquait pas de façon similaire ou adéquate les paramètres du MTT. Puis, la majorité des entraîneurs qui sont intervenus étaient au début de leur apprentissage du MTT et/ou du métier de kinésiologue ou d'entraîneur. De plus il est possible que le style individuel de ces derniers ait eu un impact sur la performance du MTT. Une meilleure supervision de l'application de l'intervention et de l'adhésion au modèle serait nécessaire pour limiter les erreurs d'application du protocole d'un intervenant à l'autre, lors d'une prochaine étude. De même, une meilleure formation, supervision et une expérience plus prolongée des entraîneurs aurait peut-être permis d'éviter les failles possibles lors des interventions et éliminer potentiellement le manque de résultats significatif. Compte tenu de la grande complexité du modèle il peut être difficile à maîtriser et à appliquer à court terme (intervention de 3 mois). Après l'étude, nous croyons toujours que le modèle est intéressant à utiliser dans une étude de changement de comportement, par contre il serait essentiel de mieux former les entraîneurs et de mieux monitorer son application tout au long de l'étude afin de bien observer son impact dans une étude d'AP.

De plus, il serait aussi intéressant de se questionner sur les aspects expérientiels et sociaux de l'AP (ex. autonomie, sentiment de défi) chez les PEP. En effet, ces aspects sont importants dans la pratique d'AP et il a été démontré que l'évaluation de ces éléments pourrait aider à comprendre et intervenir sur la participation en AP chez d'autres populations (Caron et al., 2019). Le modèle proposé par Caron et al., 2019 aurait pu être un ajout intéressant à l'application du MTT et nous aurait peut-être permis de mieux interpréter les résultats.

Ainsi, le programme proposé ne répond que partiellement au problème de motivation. En effet, l'absence de changements sur les paramètres de motivation à l'AP suggère que quoique

l'intervention soit faisable et bien acceptée, elle ne semble pas suffisante pour modifier le niveau de motivation de façon satisfaisante et soutenue. De futures recherches (ex. études longitudinales avec groupe contrôle) sont nécessaires pour se pencher plus rigoureusement sur l'évolution des stades de changement au cours d'une intervention en AP.

4.3.2 Motivation à l'AP (sentiment d'efficacité personnelle)

Pour ce qui est des résultats du sentiment d'efficacité, on remarque une légère diminution (non-significative) de $6,55 \pm 3,47$ points. L'une des pistes de réflexion que j'ai observée en tant que clinicienne pour expliquer ce résultat, est le fait que notre intervention offre une aide et une présence d'un professionnel trop étroit et trop fréquente, ce qui pourrait nuire au sentiment d'efficacité personnelle post-intervention.

Aussi, se fiant au score élevé de départ ($61,39 \pm 17,07/100$), nous estimons que les participants ont probablement surestimé au départ leur capacité à effectuer de l'AP sous les conditions proposées. La majorité des participants étaient dans le stade de préparation à l'inclusion, et comme c'est un stade dans lequel l'individu se sent prêt à commencer, surestimer ses capacités est fréquent. En effet, il est fréquent qu'un individu sous-estime la difficulté de pratiquer un comportement donné, lorsque le comportement n'a jamais ou rarement été pratiqué (Sheeran et Webb, 2016). Il est donc possible que le sentiment d'efficacité personnelle ce soit réajusté au fil des premières semaines d'intervention, suite à l'expérience du nouveau comportement.

Il serait pertinent de révéifier le sentiment d'efficacité personnelle après 2 ou 3 semaines d'intervention afin de rajuster l'intervention dès le départ pour cibler les obstacles perçus/vécus par le participant. L'intervention serait donc plus personnalisée et taillée sur mesure aux besoins changeant du participant. De plus, idéalement, la conception d'une prochaine intervention devrait prévoir un « sevrage graduel », c'est-à-dire, une diminution graduelle de la présence du kinésologue au fil du temps afin d'autonomiser d'avantage le participant et d'éviter les impacts négatifs d'un encadrement trop fréquent.

Finalement, il aussi existe 4 sources (l'expérience active, l'expérience vicariante, la persuasion verbale et les états physiologiques et émotionnels) qui modifient le sentiment d'efficacité personnelle. L'une d'entre elles est la persuasion verbale (Bandura, 1977). Elle peut être effectuée par des suggestions, des avertissements ou des conseils (ex. « Tu devrais faire de l'AP, car se serait bon pour ta santé »). Les résultats de cette persuasion verbale peuvent être modulés par des éléments tels que l'expertise ou la crédibilité de la personne ressource. Ainsi, les participants inclus dans

l'intervention ont été référés par leur médecin traitant et/ou leur intervenant, en plus d'avoir eu une rencontre avec le kinésologue par la suite. Cet enchaînement de présences de professionnels de santé crédibles qui incitent à la participation à l'AP, a pu contribuer à construire un meilleur sentiment d'efficacité personnelle qu'il n'était en réalité.

4.3.3 Participation sociale

Pour ce qui est de la participation sociale, la légère amélioration notée n'est pas statistiquement significative. Quoique l'on sache que l'AP permette d'améliorer le fonctionnement global, dont la participation sociale (Soundy et al., 2015; Tréhout, 2018), il est par contre souvent difficile de distinguer les effets d'une intervention additionnelle au traitement habituel (Tréhout, 2018), particulièrement dans le cas d'études ouvertes sans groupe contrôle. Un groupe contrôle aurait été nécessaire pour savoir si l'ajout d'une intervention en AP aux traitements habituels, pourrait contribuer à améliorer significativement la participation sociale.

Section 4.4 Les limites de l'étude

Malgré l'aspect prometteur des résultats de cette étude en termes de faisabilité et d'acceptabilité, l'interprétation des résultats sur son impact sont limités par plusieurs aspects méthodologiques, de même que la possibilité de généraliser les résultats.

D'abord concernant l'aspect de faisabilité et d'acceptabilité, la réalité de la vie des jeunes adultes en début de maladie psychotique comprend plusieurs obstacles liés à différents facteurs qui ont constitué un défi dans l'exécution de l'étude. En effet, au départ de l'étude, l'objectif était d'offrir 24 séances à réaliser à un rythme fixe de deux fois par semaine (total de 12 semaines d'intervention), mais la réalité liées aux autres obligations des participants (tant en ce qui a trait des exigences de leur traitement multidisciplinaire, que de leur réinsertion aux études ou en emploi), à l'adaptation de vivre avec une maladie mentale sévère, de même que les disponibilités des kinésologues et les horaires du centre communautaire, a rendu cet objectif difficile à réaliser. Cette nécessité d'adapter le programme en termes de fréquence afin de faciliter l'intervention chez les participants en milieu clinique réel soulève un questionnement quant à sa réelle faisabilité voire même quant à son avantage vis-à-vis d'autres types de programme d'AP (ex. offrant moins de choix). Il est possible qu'une intervention offrant trop de possibilités (choix) soit autant, voire moins avantageuse que les interventions avec un cadre déterminé. En plus d'être difficile à réaliser pour le responsable du projet, le taux d'abandon est tout de même resté élevé. La possibilité de choisir ses préférences devrait donc peut-être être davantage restreinte comme dans l'étude de Firth

et al (2016), ce qui pourrait faciliter sa faisabilité. Il est aussi probable que ce type d'intervention ne soit pas supérieur à d'autres programmes d'AP qui n'utilisent pas les préférences-patients. Seule une étude comparant 2 types d'intervention (incluant tous les autres paramètres mis à part le type d'AP (supervision, intensité, durée, fréquence, intégration à la programmation clinique) permettrait de savoir si un programme basé sur les préférences-patients est supérieur ou égal à un autre programme d'AP. Également il serait pertinent de comparer dans le cadre d'une étude randomisée un programme basé sur les préférences patients incluant des conseils motivationnels contre un programme basé sur les préférences patients sans conseils motivationnels afin de déterminer si ces conseils ont une valeur ajoutée.

Le déroulement du programme a été très variable entre chaque participant, notamment, en termes de fréquence. Les participants dont la symptomatologie positive ou négative était très présente, avaient de la difficulté à suivre le rythme de deux séances par semaine, et ce malgré les rappels effectués et les interventions des professionnels de l'équipe traitante. Cet encadrement aidant pour certains n'est pas toujours disponible dans la réalité des milieux cliniques. De plus, nous avons été confrontés à la complexité d'offrir le choix d'AP que les jeunes voulaient au moment auquel ils le voulaient, puisque cela impliquait parfois la nécessité de faire des réservations pour l'accès à certaines installations (ex. terrain de badminton) ou des contraintes d'horaires du centre communautaire et/ou des kinésiothérapeutes. Notre projet démontre donc les problèmes et obstacles d'offrir un programme d'AP axé sur les préférences à des PEP en contexte communautaire (ou hors du milieu hospitalier). De plus amples ressources que celles habituellement disponibles (infrastructure, professionnels) sont nécessaires afin d'offrir une intervention plus personnalisée. Quoique notre projet a été réalisé en contexte de « vraie vie », peu de milieux cliniques peuvent compter sur la présence d'un kinésiothérapeute et d'autant de ressources humaines et d'infrastructures que la clinique JAP du CHUM. En effet, le milieu clinique dans lequel la recherche a été conduite n'est pas représentatif pas toutes les cliniques au Québec. La clinique JAP est la plus grosse clinique au Québec en fonction depuis près de 20 ans, ayant beaucoup de ressources clinique et l'intégration d'un programme de recherche, ainsi que du personnel accoutumé au processus de recherche en kinésiothérapie, ce qui est rare dans les cliniques psychiatriques du Québec.

Par ailleurs pour ce qui est des objectifs secondaires, notamment sur l'impact de l'AP, l'absence d'un groupe contrôle ne nous permet pas de différencier l'effet de l'intervention en AP du traitement habituel offert à la clinique ou même de l'effet du temps et de l'amélioration de la maladie psychotique. Malgré l'absence d'un groupe contrôle (tel liste d'attente + traitement habituel), la comparaison entre les abandonnants et les persistants sur les changements de niveau

d'AP et de sédentarité aurait pu nous éclairer partiellement sur l'impact de la poursuite de l'intervention. Toutefois, les abandonnants ont possiblement des caractéristiques qui les distinguent des persistants ce qui aurait biaisé les résultats. Qui plus est, la petite taille de l'échantillon, qui procure une faible puissance statistique pourrait en partie expliquer le peu de résultats significatifs notamment sur les objectifs secondaires.

Il aurait été intéressant de connaître l'impact sur les paramètres métaboliques (ex. glycémie) et anthropométriques (ex. poids, tour de taille) d'un tel programme afin de savoir s'il permet d'atteindre les mêmes bienfaits que d'autres programmes d'AP démontrés efficaces chez les ITP (ex. HIIT (Romain et al., 2018)). Toutefois le fait que la durée totale de notre intervention et sa fréquence était trop variable d'un participant à l'autre, la mesure des paramètres métaboliques et anthropométriques n'étaient pas possible puisque ce sont des paramètres qui se modifie rapidement dans le temps. Une étude contrôlée randomisée avec une fréquence et une durée fixe (dosage/posologie du traitement) devrait être utilisée pour définir l'impact sur ces paramètres de santé.

Finalement, étant à la fois la chercheuse et clinicienne, il y a possibilité de biais de désirabilité sociale chez les patients, qui consiste à vouloir faire bonne impression. Lors des entrevues ou des questionnaires auto-rapportés, les réponses données ont donc pu être majorées, pour plaire à la chercheuse qui était aussi l'intervenant avec qui ils ont développé un lien particulier au cours des séances (ex. dire qu'ils font 100 minutes d'activité par semaine au lieu de 50, pour obtenir ne pas décevoir l'entraîneur ou obtenir son approbation). Un autre biais possible lié au double rôle (chercheuse menant la collecte de données et les analyses et clinicienne kinésiologue) est, de mener de façon inconsciente, souhaitant que l'étude donne des résultats positifs et significatifs, à diverses erreurs dans l'application du protocole, dans la façon que l'intervention est donnée, dans les mesures prises et/ou dans l'analyse des données. La prise des mesures par un assistant de recherche indépendant du traitement et non impliqué comme chercheur, pourrait éviter ce type de biais possible.

Section 4.5 Conclusion

Un programme d'AP basé sur le MTT et sur les préférences-patients chez les PEP est faisable et bien accepté par la population cible. En plus d'être une intervention satisfaisante pour les PEP, elle semble permettre d'augmenter le niveau d'AP au niveau des recommandations pour obtenir des bénéfices sur la santé. Avec prudence et ce en lien avec l'absence de groupe contrôle dans notre étude, qui limite l'interprétation que nous pouvons faire des résultats, à ce stade préliminaire des

connaissances et avec l'expérience acquise lors du projet, il nous semble pertinent de suggérer, d'offrir une supervision d'un professionnel lors des interventions d'AP, afin de bien encadrer le participant et de bien le guider et l'encourager dans sa pratique d'AP. Il semble aussi que le programme ait aidé à diminuer le temps de sédentarité des participants et il serait donc intéressant d'approfondir le sujet. Nous suggérons aussi de baser l'intervention d'AP en encourageant de maintenir la marche, notamment le transport actif, afin que le temps de marche ne diminue pas en quantité avec l'augmentation du temps d'AP de loisir.

De plus, davantage de recherches sont nécessaires afin de déterminer l'impact sur la santé physique (les paramètres métaboliques et anthropométriques) d'une telle intervention ainsi que sur des paramètres comme le sommeil et l'alimentation, et même sur la santé mentale et le fonctionnement social. Une étude contrôlée randomisée qui comparerait un programme d'AP basé sur le MTT et sur les préférences-patients avec d'autres type d'intervention en AP, permettrait de mieux définir les bénéfices de l'utilisation des préférences-patient et de l'application du MTT chez les PEP. De plus amples études permettrait de déterminer si cette intervention est autant efficace que d'autres intervention en AP ou si elle est supérieure, auquel cas, elle devrait être appliqué à large échelle et aurait avantage à être proposée en première intention comme programme d'AP. Advenant le cas d'une équivalence et non pas d'une supériorité à d'autres types d'intervention, ce type d'intervention serait un atout de plus dans l'arsenal thérapeutique visant à contrer les complications métaboliques chez les PEP et les effets néfastes de l'inactivité physique et de la sédentarité.

Le domaine de la recherche en AP en santé mentale en est encore à ses débuts, et plusieurs avenues de recherches doivent être explorées afin de mieux comprendre les bienfaits et les modalités qui pourraient contribuer à l'amélioration tant la qualité de vie que la santé physique et mentale des ITP.

Annexes

1- Registre

2- Questionnaire de satisfaction

3- SIMPAQ

4- Questionnaire de motivation à l'AP

5- Questionnaire MHAVIE

6- Guide d'intervention visant à augmenter la motivation à l'activité physique pour les individus atteints de troubles mentaux

Annexe 1

Registre d'entraînement

Initiales du participant : _____ Activité(s) choisie(s) : _____

3^e séance? oui / non

Rappel : oui / non

Date : _____

Séance: _____ /24 (max)

Aérobie :						Activité continue :
Palier 1 (80-95%)	Vitesse du tapis (km/h)	Temps (sec)	Palier 2 (50-65%)	Vitesse du tapis (km/h)	Temps (sec)	Vitesse
1			1			Intensité/Level :
2			2			
3			3			
4			4			
5			5			
6			6			Autres :
7			7			
8			8			
9			9			
10			10			
Total :						

ENTRAINEMENT MUSCULAIRE

	Série x Répétitions	Poids	Autre
Exercice 1 :			
Exercice 2 :			
Exercice 3 :			
Exercice 4 :			
Exercice 5 :			
Exercice 6 :			
Exercice 7 :			

Notes :

Annexe 2

Questionnaire de satisfaction adapté de Thériault (2014)

Identification du participant : ____

Dans les énoncés suivants encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation, en suivant cette échelle :

Aucunement	Peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

1. Avez-vous observé des changements physiques ?

Aucunement	Peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

Si oui lesquels ?

2. Avez-vous observé des changements psychologiques ?

Aucunement	Peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

Si oui lesquels ?

3. Globalement, avez-vous l'impression que votre estime de soi est plus forte après avoir participé à ce projet ?

Aucunement	Peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

4. Est-ce que ce projet vous a permis d'apporter des modifications au niveau d'autres comportements ?

Aucunement	Peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

Si oui lesquels ?

- Arrêt ou diminution tabagique
- Meilleure alimentation
- Meilleure qualité de sommeil
- Arrêt ou diminution de consommation d'alcool
- Arrêt ou diminution drogues
- Autres _____

5. Avez-vous ressenti une diminution de vos symptômes ?

Aucunement	Peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

Si oui lesquels ?

6. Est-ce que ce projet de recherche vous a incité à faire davantage d'activités physiques ?

Aucunement	Peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

7. Avez-vous l'impression que votre niveau d'énergie est amélioré ?

Aucunement	Peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

8. Recommanderiez-vous cette intervention à des amis ou un membre de la famille ?

Aucunement	Peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

9. Croyez-vous être plus motivé à vous déplacer sur des distances plus longues ?

Aucunement	Peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

10. Par rapport à cette même période de l'année, croyez-vous être en meilleure condition physique ?

Aucunement	Peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

11. Si vous aviez l'opportunité de poursuivre le projet, est-ce que vous auriez continué ?

Aucunement	Peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

12. Ce projet a-t-il répondu à vos attentes ?

Aucunement	Peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5



Annexe 3

Questionnaire sur l'activité physique (SIMPAQ)

Introduction: Je vais vous demander ce que vous avez fait dans les **7 derniers jours**, incluant le temps passé au lit, couché ou assis, le temps passé à marcher, à faire de l'exercice, du sport et d'autres activités physiques.

1A. En moyenne, à quelle heure êtes-vous allé(e) au lit au cours des 7 derniers jours?

Exemples : Entre ___ et ___ pm?

Réponse: _____ am/pm

1. Moyenne d'heures au lit par jour:

1B. En moyenne, à quelle heure êtes-vous sorti(e) du lit au cours des 7 derniers jours?

Réponse: _____ am/pm

2A. Cela nous laisse environ ___ heures par jour hors du lit. De ces ___ heures, combien de temps avez-vous passé assis ou allongé, par exemple, lorsque vous mangez, lisez, regardez la télévision ou utilisez des appareils électroniques? Exemples: assis au travail, dans les transports, temps libre ou à la maison.

Réponse: _____ heures _____ minutes /jour

2A. Moyenne d'heures sédentaires par jour.

2B. Sur ces heures, combien de ce temps avez-vous passé à faire la sieste?

Réponse: _____ heures _____ minutes /jours

3. Cela laisse environ heures par jour pour faire d'autres activités. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous marché (pour vous dépenser, pour le plaisir ou pour vous déplacer)? Combien de temps (en minutes) avez-vous consacré à la marche par jour?

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

4A. Maintenant, pensez aux activités que vous pratiquez pour le loisir ou pour faire du sport, par exemple faire du jogging, de la course, de la natation, du vélo, aller au gym ou du yoga, _____ [ex. 1] ou _____ [ex. 2](voir le manuel). La semaine dernière, quels jours avez-vous pratiqué une de ces activités ou des activités similaires?

4B. Quelles activités avez-vous fait et combien de temps y avez-vous passé chaque jour?

	Activité et intensité (0-10)	Nombre de sessions	Minutes	Total
ex.	Poids (5/10); tennis (9/10)	1 ; 1	15; 50	65
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				
	Total			

5. Maintenant, pensez à toutes les autres activités physiques que vous avez pratiquées dans le cadre de votre travail ou des activités faites à la maison comme du jardinage ou du ménage. Combien de temps (en minutes) avez-vous passé à faire ces activités? Cela n'inclut pas la marche, les sports ou l'exercice.

Réponse: _____ minutes /jour

Annexe 4

Questionnaire POC

DATE DE REMPLISSAGE :

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|

CONSIGNES – Avoir une activité physique régulière, c'est faire 30 minutes (ou plus) d'activités physiques par jour et au moins 3 jours par semaine. Par exemple, on pourrait prendre 30 minutes de marche rapide ou 30 minutes de vélo. L'activité physique inclus aussi marche, vélo, natation, danse, aérobic ou toutes autres activités où l'effort est similaire. Votre rythme cardiaque ou votre respiration augmente mais vous

n'êtes pas nécessairement épuisé(e). S'il vous plait, répondez par oui ou non.

Faites-vous de l'activité physique en ce moment ?

Oui

Non

Avez-vous l'intention de faire de l'activité physique dans les 6 prochains mois ?

Oui

Non

Avez-vous l'intention de faire de l'activité physique dans les 30 prochains jours ?

Oui

Non

Avez-vous été physiquement actifs dans les 6 derniers mois ?

Oui

Non

CONSIGNES – En utilisant l'échelle ici présente allant de 1 (pas du tout important) à 5 (très important), à quel point les phrases suivantes sont importantes dans votre décision de faire ou de ne pas faire d'activité

physique.

1. J'aurais plus d'énergie pour ma famille et mes amis si je pratiquais une activité physique régulièrement	1	2	3	4	5
2. Une activité physique régulière m'aiderait à diminuer mon stress	1	2	3	4	5
3. Je me sentirais plus confiant(e) si je pratiquais une activité physique régulièrement	1	2	3	4	5

4. Je dormirais plus profondément si je pratiquais une activité physique régulièrement	1	2	3	4	5
5. Je me sentirais bien avec moi-même si je tenais mon engagement à pratiquer une activité physique régulièrement	1	2	3	4	5
6. J'aimerais mieux mon corps si je pratiquais une activité physique régulièrement	1	2	3	4	5
7. J'aurais plus de facilités à réaliser les tâches physiques quotidiennes si je pratiquais une activité physique régulièrement	1	2	3	4	5
8. Je me sentirais moins stressé(e) si je pratiquais une activité physique régulièrement	1	2	3	4	5
9. Je me sentirais mieux dans mon corps si je pratiquais une activité physique régulièrement	1	2	3	4	5
10. Une activité physique régulière m'aiderait à avoir une perspective plus positive sur la vie	1	2	3	4	5
11. Je suis embêté(e) si je pratique une activité physique car je transpire, je suis essoufflé(e) et mon rythme cardiaque augmente	1	2	3	4	5
12. À la fin de la journée, je serais trop épuisé(e) pour pratiquer une activité physique	1	2	3	4	5
13. Une activité physique régulière me prendrait trop de temps	1	2	3	4	5
14. J'aurais moins de temps pour ma famille et mes amis si je pratiquais une activité physique régulièrement	1	2	3	4	5
15. J'éprouverais des difficultés pour trouver une activité physique qui me plaît et qui ne dépendrait pas des conditions climatiques	1	2	3	4	5
16. Je serais trop fatigué(e) pour faire mon travail quotidien après avoir pratiqué une activité physique	1	2	3	4	5

CONSIGNES – Voici une liste de raisons qu'invoquent les gens pour expliquer pourquoi ils ne peuvent pas faire autant d'activité physique qu'il faudrait (au moins 3 fois par semaine) ou le voudraient.

Veillez lire chaque énoncé et indiquer dans quelle mesure vous vous sentez capables de faire de l'activité physique malgré ces événements. Donc en utilisant l'échelle de réponse ci-dessous, inscrivez un nombre entre 0 et 100% (0% voulant dire que vous êtes sûr(e) de ne pas faire d'activité physique et 100% voulant dire que vous êtes absolument sûr(e) de pouvoir faire de l'activité physique)

0_10_20_30_40_50_60_70_80_90_100

Je me sens capable de faire de l'activité physique au moins 3 fois par semaine ou plus ...

Quand je suis fatigué(e) : |_|_|_|

Quand je ressens la pression du travail : |_|_|_|

Après une blessure qui m'a obligé(e) arrêter l'activité physique : |_|_|_|

Quand je me sens de mauvaise humeur : |_|_|_|

Pendant ou après avoir eu des problèmes personnels : |_|_|_|

Quand j'ai des choses plus intéressantes à faire : |_|_|_|

Sans le support de ma famille ou de mes amis : |_|_|_|

Quand j'ai pris d'autres engagements : |_|_|_|

Quand je ne me sens pas bien : |_|_|_|

Quand j'ai des amis à la maison : |_|_|_|

Quand je me sens anxieux(euse) : |_|_|_|

Si je n'atteins pas les objectifs d'entraînements que je me suis fixé : |_|_|_|

Après avoir eu de problèmes familiaux : |_|_|_|

Pendant les vacances : |_|_|_|

CONSIGNES – Les phrases suivantes portent sur vos habitudes et vos expériences avec l'activité physique **au cours du mois dernier**. Donc en utilisant l'échelle de réponse ci dessous, à quelle fréquence avez-vous fait, ou pensé les choses suivantes.

1 = jamais ; 2 = rarement ; 3 = occasionnellement ; 4 = assez souvent ; 5 = très souvent.

		Jamais	Rarement	Occasion- nellement	Assez souvent	Très souvent
1	Je lis des articles sur l'activité physique pour essayer d'en savoir plus	1	2	3	4	5
11	Je cherche des informations sur l'activité physique	1	2	3	4	5
21	Je découvre de nouvelles manières de pratiquer une activité physique	1	2	3	4	5
31	Je réfléchis aux informations provenant d'articles et de publicités sur la manière de faire de la pratique d'activité physique une habitude de vie	1	2	3	4	5
2	Je m'inquiète des conséquences pour ma santé si je ne fais pas d'activité physique	1	2	3	4	5
12	Je m'énerve quand je réalise que mes proches pourraient améliorer leur santé s'ils étaient plus actifs(ves)	1	2	3	4	5
22	Je m'inquiète quand je vois des gens qui pourraient tirer des avantages à être plus actif(ve)s et qui choisissent de ne pas le faire.	1	2	3	4	5
32	Les avertissements concernant les risques de l'inactivité physique sur ma santé me préoccupent	1	2	3	4	5
3	Je sens que je pourrais être un(e) meilleur(e) exemple pour les autres si je faisais de l'activité physique	1	2	3	4	5
13	Je suis conscient(e) que de plus en plus de personnes ont pour habitude de faire de l'activité physique	1	2	3	4	5
23	Je remarque que les gens connus disent qu'ils font du sport de manière régulière	1	2	3	4	5
33	Je trouve que l'évolution de la société est propice à la pratique d'activité physique	1	2	3	4	5

		Jamais	Rarement	Occasion- nellement	Assez souvent	Très souvent
4	Je réalise que si je ne fais pas d'activité physique, je pourrais être malade et devenir un fardeau pour les autres.	1	2	3	4	5
14	Je remarque que l'Etat met en place des campagnes de prévention pour inciter la population à faire de l'activité physique pour la santé	1	2	3	4	5
24	Je pense que l'activité physique joue un rôle dans la réduction des coûts de santé	1	2	3	4	5
34	Je me rends compte que je pourrais être capable d'influencer les autres à être en meilleure santé si je pratiquais plus d'activité physique	1	2	3	4	5
5	Je me sens mieux quand je bouge	1	2	3	4	5
15	J'ai plus confiance en moi quand je fais de l'activité physique	1	2	3	4	5
25	Bouger plus fera de moi une personne en meilleure santé et plus heureuse	1	2	3	4	5
35	Je réfléchis au type de personne que je serais si je maintenais ma pratique d'activité physique	1	2	3	4	5
6	Quand je suis fatigué(e), je fais quand même de l'exercice car je sais que je me sentirai mieux après	1	2	3	4	5
16	Au lieu de regarder la télévision et manger, je sors marcher ou faire du sport pour me relaxer	1	2	3	4	5
26	Quand je suis stressé(e), je pense que l'activité physique pourrait être un bon moyen de le réduire	1	2	3	4	5
36	Au lieu de rester inactif/inactive, j'entreprends une activité physique	1	2	3	4	5
7	Mes ami(e)s m'encouragent à faire de l'activité physique	1	2	3	4	5
17	Un proche m'incite à bouger	1	2	3	4	5
27	Quelqu'un m'apporte son aide, ses encouragements et me pousse à faire de l'activité physique	1	2	3	4	5

37	J'ai quelqu'un sur qui je peux compter lorsque j'éprouve des difficultés dans ma pratique physique	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

		Jamais	Rarement	Occasion- nellement	Assez souvent	Très souvent
8	Un des effets bénéfiques de l'activité physique est d'améliorer mon bien-être	1	2	3	4	5
18	Quand je fais de l'activité physique, je me dis que c'est bon pour mon corps et ma santé	1	2	3	4	5
28	Je me fixe des buts que je peux atteindre pour ne pas être déçu	1	2	3	4	5
38	Je m'octroie une récompense quand je fais des efforts pour pratiquer plus d'activité physique	1	2	3	4	5
9	Je crois que je peux faire de l'activité physique	1	2	3	4	5
19	Je suis capable de rester actif(ve) si je le veux	1	2	3	4	5
29	Je m'engage à faire de l'activité physique	1	2	3	4	5
39	Je prends des engagements par rapport à la pratique physique	1	2	3	4	5
10	J'utilise un calendrier pour planifier mes séances d'activité physique	1	2	3	4	5
20	Je suis sûr de disposer de vêtements de sport propres	1	2	3	4	5
30	Je garde chez moi ou sur mon lieu de travail quelque chose qui rappelle que je dois faire de l'activité physique	1	2	3	4	5
40	Je mets des affaires un peu partout chez moi pour me rappeler de m'exercer physiquement	1	2	3	4	5

Annexe 5

Questionnaire des Mesures d'Habitudes de Vie

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)	Question 1				Question 2											
	A) Niveau de réalisation (1 réponse seulement)				B) Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)				Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)							
<p>1- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez A) de quelle façon la personne les réalise habituellement, et B) quel type d'aide est requis.</p> <p>2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.</p>	<p>Sans difficulté / Réalisation autonome / Sans aide / Aménagement / Aide humaine / Insatisfait / Satisfait</p>															
<p>Note: Pour chacun des 16 items de l'instrument, votre réponse doit refléter votre appréciation globale de la réalisation des activités ou rôle <i>qui s'appliquent</i> à votre contexte de vie.</p> <p>N.B. Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.</p>																
Préparer et prendre vos repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Maintenir une bonne condition physique et mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Assurer vos soins personnels (hygiène, apparence, soins de santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Vous habiller et vous déshabiller (vêtements, accessoires, incluant le choix des vêtements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
Échanger de l'information sous différentes formes (orale, écrite, corporelle, électronique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
Réaliser les activités reliées à votre résidence (aménagement, entretien, utilisation des équipements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
Vous déplacer sur de courtes distances (dans votre résidence ou votre environnement restreint)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
Vous déplacer à l'aide de moyens de transport (comme conducteur ou passager)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
Assurer vos responsabilités financières, civiles, familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
Avoir des relations sociales, affectives ou intimes avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)	Question 1				Question 2									
	A) Niveau de réalisation (1 réponse seulement)				B) Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)				Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)					
1- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez A) de quelle façon la personne les réalise habituellement, et B) quel type d'aide est requis.	<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Sans aide Avec difficulté Ne s'applique pas Aide technique Aminagement Aide humaine Insatisfait Satisfait </div>													
2- Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.	<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Non réalisés Sans aide Aide humaine Insatisfait Satisfait </div>													
<p>Note: Pour chacun des 16 items de l'instrument, votre réponse doit refléter votre appréciation globale de la réalisation des activités ou rôle <i>qui s'appliquent</i> à votre contexte de vie.</p> <p>N.B. Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.</p>														
Participer aux activités et organisations de votre milieu (club sociaux, pratique religieuse ou spirituelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
Faire vos achats et utiliser les services de votre milieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
Réaliser des activités reliées à votre formation (scolaire, professionnelle...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
Réaliser des activités reliées à un emploi (recherche, exécution de tâche...) Note : si vous ne travaillez pas actuellement et que vous désirez travailler, cochez « Non réalisée »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
Réaliser les activités reliées à une occupation non rémunérée (bénévolat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
Réaliser des activités de loisirs (art, sports, passe-temps, sorties...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16

Annexe 6

**GUIDE D'INTERVENTION VISANT À AUGMENTER LA
MOTIVATION À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR LES INDIVIDUS
ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX**

**Guide d'accompagnement pour le professionnel de la santé ou de l'activité
physique**

Ève Dubois, Kinésiologue

Ahmed J. Romain, PhD

Amal Abdel-Baki, MD, M.Sc, FRCPC



Guide d'accompagnement pour le professionnel de la santé ou de l'activité physique

À propos du guide :

Ce guide est à l'intention des professionnels en santé mentale ou en activité physique et vise à donner les outils nécessaires pour l'accompagnement des individus atteints de troubles mentaux sévères vers une augmentation durable et autonome de leur pratique d'activité physique (AP).

Compte tenu que le plus grand obstacle à la pratique d'AP est le manque de motivation, l'objectif du manuel est d'aider à engager à long terme votre patient à la pratique d'AP peu importe le niveau et/ou l'intensité. Les théories sous-jacentes à ce projet sont que le plaisir¹ et le sentiment d'auto-efficacité² devraient aider la personne à persister dans la pratique de l'AP. Il sera important d'avoir ces 2 concepts en tête durant toutes les séances avec le participant.

Le guide est un regroupement d'outils, mais pas une recette précise qu'il faut suivre à la lettre. Étant donné que chaque individu est différent, il convient de **s'adapter** à la personne selon son individualité, ses objectifs personnels, ses capacités physiques et cognitives, les symptômes de la maladie ou autres problèmes de santé, et de ses expériences antérieures. Ainsi, si des éléments du guide ne sont pas appropriés aux besoins du patient, il n'est pas nécessaire et pertinent de les aborder et il ne faut pas hésiter à adapter son contenu

****Sachez que ce guide ne remplace pas l'intervention d'un kinésiologue spécialiste dans le domaine de la santé mentale et de la promotion de la santé. ****

Tout au long de ce guide, si vous sentez que vous n'êtes pas suffisamment qualifié(e) ou si vous ne vous sentez pas à l'aise d'effectuer l'intervention, n'hésitez pas à référer votre patient à un kinésiologue formé. De plus vous trouverez à la dernière page de ce manuel les coordonnées de 2 kinésiologues experts dans le domaine pour répondre à vos questions.

Des annexes sont à votre disposition tout au long du processus d'intervention pour vous permettre d'approfondir les sujets abordés avec votre patient. Si certaines annexes semblent pertinentes pour le participant, nous vous invitons à les imprimer et à les lui donner afin qu'il puisse conserver l'information.

¹ Ce qui plaît, divertit, procure à quelqu'un ce sentiment agréable de contentement (Larousse, 2018)

² Constitue la croyance qu'à un individu en sa capacité de réaliser une tâche (Larousse, 2018)

Résumé du projet et de l'implication du participant

L'intervention proposée est un programme d'entraînement supervisé avec des composantes motivationnelles visant à encourager la pratique d'AP et son maintien chez les patients atteints de troubles mentaux sévères. Elle comporte 1 séance préparatoire, 24 entraînements supervisés et 1 séance post intervention (total de 26 séances), qui devrait s'échelonner sur environ 3 mois (à raison de 2 fois par semaine). Chaque rencontre est détaillée dans ce guide. Le patient devrait, tout au long du processus, être encouragé à faire une 3^e séance seul, afin d'instaurer l'habitude de faire de l'AP seul (Ainsi, la transition lorsque le suivi avec vous sera terminé, sera plus facile).

Objectif de l'intervention:

Instaurer le plaisir et l'envie de pratiquer de l'activité physique de façon durable dans le temps dans le but d'adopter un comportement plus sain qu'est l'activité physique. Afin de réussir cet objectif, l'intervention s'appuie sur un modèle de motivation reconnu pour faciliter un changement de comportement, nommé le modèle transthéorique. (Voir annexe 1).

Vue d'ensemble de l'intervention

Une séance préparatoire

Séance 1 (durée de 45 min à 1h00): explication de l'intervention, discussion sur la pratique de l'AP et brève évaluation du participant.

L'objectif de la séance préparatoire est de présenter l'intervention et introduire le changement qu'il s'apprête à faire (soit intégrer l'AP à son quotidien). En tant qu'intervenant, cela vous permettra de connaître le niveau de la condition physique de l'individu et son niveau d'intérêt vis-à-vis l'AP et le projet ce qui vous permettra de vous préparer et d'adapter les séances d'entraînement dès la première séance.

Vingt-quatre séances d'entraînement

Séance 2 à 25 (durée de 45 minutes chacune) : pratique de l'AP choisie par le patient. Le lieu de la rencontre est choisi en conséquence. Les 24 séances d'entraînement sont planifiées de façon similaire. Voici le déroulement d'une séance d'entraînement type :

- ***** Objectif à cibler par l'intervenant durant cette séance*****
- **Stratégies motivationnelles à privilégier** : se référer à l'annexe 1 pour plus d'informations
- **Déroulement** : Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel. Début de l'entraînement (45 min), *ajuster le temps et l'effort en fonction de l'état physique et psychologique du client la journée même.

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants:

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficulté?) □ Demander s'il a fait sa 3^e séance seul :
- si oui, en parler, explorer ce qu'il a fait, la durée, comment il a réussi à se motiver, a-t-il atteint son objectif fixé, les émotions ressenties, etc.
- si non, explorer les obstacles, proposer des solutions et fixer de façon collaborative un objectif SMART pour augmenter les probabilités de succès la prochaine fois.
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- **Une capsule d'information** à aborder durant la séance sous forme de **discussion informelle**. La capsule peut être abordée avant, pendant ou après l'entraînement, soit de façon systématique à un même moment, soit de façon spontanée selon le déroulement de la séance. Tenir compte que si le patient est exténué, il sera moins concentré pour retenir l'information.
- Cette discussion doit être un échange et être agréable pour le patient
- À la fin, faire un bref résumé de la séance, demander du feedback (Plaisir? Émotions ressenties? Difficultés? Ajustements requis pour la prochaine séance?), et planifier les entraînements de la semaine à venir incluant la séance non supervisée (5 min)

** Note importante : Tentez d'orienter la discussion vers l'information souhaitée, mais amenez le patient à réfléchir par lui-même. Il doit réaliser lui-même grâce à votre accompagnement le problème qui fait obstacle à la pratique de l'AP et trouver des pistes de solutions avec vous de façon collaborative dans le but d'induire un changement durable.

Une séance post-intervention

26^e rencontre (durée de 45 min à 1h00) : Retour sur l'intervention et planification de la future pratique d'AP. Le but est de finaliser l'intervention et de le laisser partir avec une planification claire et tous les outils nécessaires pour qu'il réussisse à poursuivre son activité physique par lui-même.

1^e séance (préparation à l'entraînement)

**Lieu de la rencontre à votre choix. Idéalement, choisissez un lieu privé compte tenu du contenu de la séance. **

- Explication de l'intervention (se référer au manuel pages 2-3), répondre à ses questions et demander au participant quelles sont ses attentes.
- Discussion sur l'AP
 - L'importance de l'AP (bienfaits et avantage de sa pratique- capsule 1 ou annexe 3)
 - Antécédents sportifs du patient
- Présentation des options d'activité physique. Utiliser la liste des AP (annexe 2) et les ressources que vous et votre patient connaissez de son environnement (centre communautaire, parc, etc.). Le patient nomme sa ou ses préférences d'activité physique.
- Élaboration conjointe d'un horaire préliminaire (choisir les heures et les jours des 2 entraînements supervisés). Mentionner qu'il est possible de changer les journées et les heures par la suite mais qu'il est préférable de programmer à l'avance pour instaurer une habitude et pour faciliter la fixation d'objectifs précis et l'engagement dans le programme. Rappeler lui qu'il sera encouragé à faire une 3^e séance seul (non supervisée). Déterminer la journée de la semaine maintenant. Inscrire cet horaire dans l'outil qu'utilise habituellement le patient pour organiser son horaire. S'il n'a pas de tel outil, lui en proposer (ex : agenda papier ou dans un téléphone intelligent, papier dans son portefeuille, etc.)
- Trouver le mode de rappel qui sera utilisé par lui et vous pour que le patient se rappelle de ses rendezvous. Aidez-le s'il ne sait pas comment faire, à mettre un rappel (alarme) dans son agenda de téléphone intelligent. Trouver la meilleure technique pour vous et lui pour que vous lui rappeliez ses entraînements si c'est un enjeu pour lui: ex : texto, courriel, appels? Combien de temps en avance? 1h, 1 journée? etc.
- Remettre au patient le dépliant *Activité physique* (annexe 5) et lui suggérer de le regarder, de repenser à ce qu'il veut faire et de le remplir par lui-même. Vous en reparlerez à la prochaine rencontre.
- Lui indiquer le lieu et la durée de la prochaine rencontre qui est le début de son entraînement, ainsi que le matériel requis pour la pratique de l'AP (ex : soulier de sport, *short*, maillot de bain, etc.). S'il n'a pas le matériel requis, discuter de comment il pourra se le procurer. Si nécessaire aidez-le à trouver des solutions.

2^e séance (entraînement)

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- Focus mis sur l'initiation à l'AP et le plaisir de s'entraîner. Il est important à ce stade d'éviter les affects négatifs qui peuvent nuire à la motivation, exemple les courbatures ou un horaire d'entraînement inapproprié à l'horaire du participant.

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- La prise de conscience : Attirer l'attention du patient ou le questionner sur le plaisir, la fierté qu'il ressent autour de l'AP, les bénéfices de celle-ci (capsule 1), le féliciter pour ses réussites et ses efforts durant la séance. Parlez-lui des bienfaits de l'activité physique
- La réaction émotionnelle : Soyez bien à l'écoute des réactions physiques et de l'affect du participant tout au long de la séance; Ajuster la séance en fonction. Exemple : si le patient est très essoufflé ou semble avoir de la difficulté avec les exercices, écourter la séance ou changer d'exercice, féliciter le patient régulièrement de ses efforts.
- Auto-réévaluation : Demandez-lui comment il se sent ponctuellement durant la séance. Pendant la séance, demandez au participant de nommer quelle région du corps travaille (permettre de se recentrer sur la tâche) ou encore comment il se sent par rapport à tel exercice ou tel mouvement. (ex : quel muscle travaille pendant un exercice donné? Cette activité est plus cardiovasculaire ou musculaire pour toi? etc.)
- La relation d'aide : lui rappeler que vous êtes là pour l'aider, qu'il n'hésite pas à poser des questions sur ce qu'il ne comprend pas ou ce qu'il souhaite savoir. Qu'il n'hésite pas à vous faire part de malaises ou d'inquiétudes par rapport à l'AP ou ses capacités ou autres tracas de son quotidien qui le distrait de son entraînement.

Déroulement

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min) : puisque c'est le premier entraînement, faites une séance légère. Introduisez-le tranquillement à l'activité qu'il souhaite pratiquer; Trouver le bon niveau d'intensité* pour le patient selon ses expériences sportives antérieures, son état actuel et ses envies. Mieux vaut privilégier une intensité plus basse que trop haute, afin d'éviter un risque de non-plaisir ou un sentiment d'échec. Cet entraînement a aussi pour objectif de voir les capacités physiques actuelles pour ajuster graduellement le tir à chaque séance. N'hésitez pas à expliquer les étapes de la séance et de l'intervention au participant afin qu'il comprenne bien le processus. Lui dire qu'il est possible d'avoir des sensations tel qu'un essoufflement, un cœur qui bat fort, de la sueur, etc. lorsque l'on fait de l'AP et que ces dernières sont normales.

*Pour trouver le bon niveau d'intensité, demander fréquemment au participant comment il se sent et soyez alerte aux réactions physiologiques de votre participants (ex : essoufflement, expression faciale, grimaces, rougeur, fatigue, etc.)

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Parler du dépliant remis à la séance précédente. L'a-t-il rempli? Qu'en pense-t-il? Est-ce réalisable? Voit-il des obstacles?
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- Capsule d'information
- À la fin, faire un bref résumé de la séance, demander du feed-back (Plaisir? Émotions ressenties? Difficultés? Ajustements requis pour la prochaine séance?) et planifier les entraînements de la semaine à venir incluant la séance seul (5 min)

Capsule d'information: Qu'est-ce que l'activité physique et quels en sont les bienfaits

On entend par « activité physique » lorsqu'il y a un mouvement produit par les muscles du corps qui augmente la dépense énergétique.

L'AP aide entre autres à :

- Avoir du plaisir ou vivre un moment agréable
- Diminuer le stress et l'anxiété
- Prévenir les maladies chroniques comme, le diabète de type 2 et les maladies du cœur ; le cancer
- Contrôler le poids ;
- Améliorer l'attention, la concentration ;
- Maintenir une bonne santé mentale (ex : diminution des symptômes, le fonctionnement global, etc.) ;
- Améliorer le sommeil ;

*Vous pouvez aussi vous référer à l'annexe 3 pour plus de contenu.

3^e et 4^e séance (entraînement)

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- Développer l'habitude et le plaisir de s'entraîner.
- Apprentissage de base de l'AP, car mieux il comprendra ce qu'il fait et pourquoi il le fait, plus il sera confiant à exécuter la tâche (AP) régulièrement.

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- La prise de conscience : Attirer l'attention du patient ou le questionner sur le plaisir, la fierté qu'il ressent autour de l'AP dans les dernières séances ou dans le passé, féliciter ses réussites et ses efforts; Lui parler d'articles ou d'informations que vous connaissez sur l'activité physique (ex : j'ai lu l'autre jour que ... le savais-tu? Qu'en penses-tu?)
- La réaction émotionnelle : Soyez bien à l'écoute des réactions physiques et des émotions du participant tout au long de la séance et ajuster le contenu en fonction de vos observations. Exemple : si le patient n'a pas bien dormi et/ou est de mauvaise humeur, ajuster l'intervention et vos discussions.
- Auto-réévaluation : Favoriser les questions sur le déroulement des séances précédentes, comment s'est-il senti pendant/après, qu'est-ce qu'il a le plus aimé, etc. Exemples : as-tu ressenti des courbatures après la dernière séance ? As-tu bien dormi la journée de ton activité physique ? Quels exercices aimerais-tu refaire ?
- La relation d'aide : Lui rappeler que vous êtes là pour l'aider et l'encourager. Il ne doit pas hésiter à poser des questions sur ce qu'il ne comprend pas ou ce qu'il souhaite savoir, ou s'il a un malaise ou des inquiétudes.

Déroulement

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min) : augmenter l'intensité des séances graduellement.

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficulté?)
- Demander s'il a fait sa 3^e séance seul, si oui, en parler, si non, demander pourquoi et trouver une solution pour que ça soit faisable la prochaine fois.
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- Capsule d'information
- À la fin, faire un bref résumé de la séance, demander du feed-back (Plaisir? Émotions ressenties? Difficultés? Ajustements requis pour la prochaine séance?), et planifier les entraînements de la semaine à venir incluant la séance seul (5 min)

Capsule d'information 2 : Les concepts de base de l'activité physique choisie

L'objectif est d'apprendre les fondements de l'entraînement physique.

- Si l'AP choisie est un sport de groupe ou individuel : expliquer les règles, les techniques de bases d'exécution des mouvements requis, les stratégies offensives et défensives, etc.
- Si l'AP choisie est l'entraînement musculaire : expliquer les bases de l'entraînement musculaire (choix et ordre des exercices, choix des séries et des répétitions, etc.)
- Si l'AP choisie est une activité cardiovasculaire : expliquer les types d'entraînement cardio et les bénéfices de chacun (intervalles, continu, etc.)

*L'objectif de cette capsule, est que le client comprenne dès le début ce qu'il fait et pourquoi, dans un objectif d'autonomie pour plus tard. Il est fort probable que des rappels soient faits à chaque séance et ce durant toute l'intervention sur cette capsule puisqu'il y a beaucoup de chose à apprendre. De plus, mieux le participant comprend l'AP et qu'il est capable de l'exécuter avec succès, plus il sera porté à la faire.

**Répartir le contenu de la capsule sur les 2 séances (3 et 4), répéter des informations d'une séance à l'autre pour améliorer la rétention, s'assurer qu'il comprend et qu'il est capable d'appliquer les apprentissages lors des séances. Vous pouvez aussi l'encourager à aller chercher de l'information par lui-même et de vous apprendre des concepts que vous ne saviez pas.

***Référer vous à un expert si vous ne connaissez pas suffisamment l'AP choisie.

5^e et 6^e séance (entraînement)

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- Vérifier que le patient est sur la bonne voie (vient-il aux séances? Est-il motivé? etc.). Ajuster l'intervention au besoin. Demander s'il a des questions; Revenir si nécessaire sur les éléments qui ont été les plus difficiles et ceux qui ont bien fonctionnés, sur le plaisir, le sentiment d'accomplissement, autres émotions positives ou négatives ressenties.
- Continuer à renforcer le plaisir de pratiquer une AP régulièrement et la compréhension de l'importance de bouger.

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- La prise de conscience : Continuer à lui parler d'articles, d'informations ou d'endroits novateurs en lien avec l'AP et lui demander toujours ce qu'il en pense. Vous pouvez envoyer des textes par courriel ou lui imprimer des articles vulgarisés. (ex : des articles inspirants de personnalités connues qui parlent de leur pratique d'activité physique (à condition que ce soit un niveau qui ne soit pas excessif, qui découragerait le patient))
- La réaction émotionnelle : Être très attentif à tout affect négatif et ajuster le niveau d'AP.
- Auto-réévaluation : Favoriser les questions sur comment se sont passées les séances précédentes, comment s'est-il senti pendant/après, etc. Commencer à noter les petites réussites du patient (ex : il réussit davantage à lancer son ballon dans le panier, il est capable de marcher 5 minutes de plus qu'au début ou il est moins essoufflé pour la même distance/vitesse).
- Gestion des renforcements : lui demander s'il se récompense après une séance ou comment il aimerait être récompensé suite à une séance. Qu'est-ce qu'il a envie de faire ou de prendre après l'AP? (Favoriser des renforcements sains pour la personne par exemple une collation santé qu'il aime, acheter un nouveau *t-shirt* d'entraînement)

Déroulement :

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min)

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficulté?)
- Demander s'il a fait sa 3^e séance seul, si oui, en parlé, si non, demander pourquoi et trouver une solution pour que ça soit faisable la prochaine fois.
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- Capsule d'information

- À la fin, faire un bref résumé de la séance, demander du feed-back (Plaisir? Émotions ressenties? Difficultés? Ajustements requis pour la prochaine séance?), et planifier les entraînements de la semaine à venir incluant la séance seul (5 min)

Capsule d'information 3 : L'importance de la régularité dans l'entraînement

On définit la régularité comme quelque chose qui se produit et fonctionne sans variations ni interruptions imprévues. C'est le caractère de ce qui se reproduit et revient à des moments déterminés dans le temps.

Cette régularité dans une routine d'entraînement permettra d'instaurer une habitude. L'habitude deviendra donc une aptitude à **accomplir avec facilité et sans effort particulier l'action de bouger (AP)**. Du moment où l'AP n'est plus une corvée, il sera plus facile de l'apprécier et de l'exécuter et éventuellement d'en bénéficier.

Le changement d'habitude est difficile et long, et c'est ce que ce programme aide à accomplir graduellement. Pensez à féliciter votre patient de participer à ce programme et de faire l'effort d'effectuer un changement. Trouver un bon dosage (celui dans lequel il est confortable).

Exemple de discours à avoir avec le participant :

- On doit voir l'entraînement comme un rendez-vous important avec nous-même et notre santé. Le rendezvous doit donc être bien fixé à l'avance, car il sera plus facile d'y aller.
- Faire un peu d'entraînement, c'est déjà beaucoup mieux que de ne rien faire, et un peu c'est déjà beaucoup quand on ne partait avec rien. (Ne pas croire qu'ils sont en échec, car ils font de l'AP seulement 1-2 fois par semaine. Voir les petits avancements, comme les grands. Valoriser les petits pas constants et la persévérance.
- Vous pouvez leur raconter des histoires positives de personnes qui avaient des difficultés similaires aux siennes pour faire de l'AP et qui ont finalement eu du succès.

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- Le premier mois d'entraînement se termine bientôt, alors assurez-vous que les capsules 1, 2 et 3 soient le plus possible acquises, consolidées et qu'il est capable de les appliquer.
- Ajuster l'intervention, en fonction des réussites/difficultés des 6 premières séances, (ex : si le patient ne s'améliore pas comme prévu, ou ne comprend pas encore les concepts de base alors retour sur la capsule 2).
- Continuer à s'assurer que le plaisir à venir faire sa séance d'activité physique est présent.

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- La réaction émotionnelle : Être très attentif à tout affect négatif et ajuster le niveau d'AP.
- Auto-réévaluation : Favoriser les questions sur comment se sont passées les séances précédentes, comment s'est-il senti pendant/après, etc. Continuer à noter les petites réussites du patient (ex : il lève une charge plus lourde qu'avant à un exercice spécifique). La rétroaction peut être sur un élément très précis tout comme une amélioration plus large.
- Libération sociale : Poser la question s'il trouve que c'est facile de faire du sport dans notre société actuelle. Trouve-t-il que l'AP est accessible à tous, facile à effectuer, etc. Discuter autour de la réponse.
- Contre-conditionnement : Lui faire réaliser le nombre d'heures sédentaires qu'il passe dans une journée. Lui demander de trouver les moments de la journée pendant lesquels il est très sédentaire et le faire réfléchir sur les moments qu'il pourrait modifier.

Déroulement :

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min)

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficulté?)
- Demander s'il a fait sa 3^e séance seul, si oui, en parler, si non, demander pourquoi et trouver une solution pour que ça soit faisable la prochaine fois.
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- Capsule d'information
- À la fin, faire un bref résumé de la séance, demander du feedback (Plaisir? Émotions ressenties? Difficultés? Ajustements requis pour la prochaine séance?), et planifier les entraînements de la semaine à venir incluant la séance seul (5 min).

Capsule d'information 4 : Éviter l'échec à l'entraînement

Dans cette capsule, vous investiguerez sur pourquoi le participant ne pratiquait pas d'activité physique avant sa participation à l'intervention, dans le but d'éviter un échec/abandon similaire.

Commencez par questionner sur les expériences sportives du passé. Quel sport a-t-il pratiqué, à quel âge,

pendant combien de temps, pourquoi a-t-il arrêté? Etc.

En fonction de ce qu'il vous a dit, il faudra éviter un autre échec ou un échec similaire pendant le projet. Donnez des trucs pour que les affects liés à l'AP soient positifs cette fois-ci. Ajuster votre intervention pour éviter les mêmes obstacles.

Parlez de l'importance d'avoir un ou plusieurs objectifs en tout temps pour conserver la motivation. (*ce sera un lien avec prochaine capsule

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- Établissement d'objectif(s) SMART. • Plaisir

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- La prise de conscience : Continuer à lui parler de d'articles, d'information ou d'endroits novateurs dans le niveau d'AP et lui demander ce qu'il en pense.
- Auto-réévaluation : Demander s'il voit des bienfaits depuis le début de l'intervention? Vous pouvez poser des questions plus précises sur des éléments que vous savez plus difficile pour lui, ex : est-ce que venir s'entraîner régulièrement lui permet d'avoir un horaire plus stable? Est-ce qu'il dort mieux depuis qu'il bouge plus?
- La relation d'aide : Demandez s'il y a des gens dans son entourage qui font de l'AP ou des personnes qui l'encouragent depuis le début du projet. Discuter en fonction de la réponse. Lui rappeler que vous êtes là pour l'aider, qu'il n'hésite pas à poser des questions sur ce qu'il ne comprend pas ou ce qu'il souhaite savoir.
- Gestion des renforcements : lui demander s'il se récompense après une séance ou comment il aimerait être récompensé suite à une séance. Qu'est-ce qu'il a envie de faire ou de prendre après le sport?

Déroulement

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min)

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficulté?)
- Demander s'il a fait sa 3^e séance seul, si oui, en parler, si non, demander pourquoi et trouver une solution pour que ça soit faisable la prochaine fois.
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- Capsule d'information
- À la fin, faire un bref résumé de la séance, demander du feed-back (Plaisir? Émotions ressenties? Difficultés? Ajustements requis pour la prochaine séance?), et planifier les entraînements de la semaine à venir incluant la séance seul (5 min).

Pour la séance 10 : Faire un rappel des principes de l'objectif SMART puis demander au patient de se fixer au minimum 1 objectif suivant le principe SMART et de l'avoir en tête pour la prochaine séance. Mentionner que l'objectif SMART peut s'appliquer à plusieurs domaines de la vie.

Pour la séance 11 : Revenir sur l'objectif créer par le patient et apporter les correctifs nécessaires.

Capsule d'information 5 : Comment et pourquoi se fixer des objectifs régulièrement

Il est important de se fixer des objectifs afin de pouvoir s'autoévaluer et être en mesure d'ajuster.

Pour la séance 9 : Expliquer le concept d'un objectif SMART.

L'objectif doit être SMART :

S pour spécifique : Doit être compréhensible pour toute personne ayant peu de connaissance du domaine de l'activité physique. Pour vérifier que l'objectif est spécifique et non pas général, s'assurer qu'il contient un verbe, un nom et un nombre ou une donnée. Il doit être clair et précis.

M pour mesurable : Doit avoir un critère mesurable qui nous permettra de suivre les progrès et se situer par rapport à l'atteinte de notre objectif. C'est donc aussi le critère qui nous permettra de déterminer si nous avons réussi l'objectif ou s'il n'a pas été atteint. Il est donc primordial d'avoir une composante mesurable dans l'objectif, sinon il est impossible d'évaluer les avancements. Le critère mesurable est aussi un point de repère pour vous et votre client afin de permettre d'ajuster nos efforts et de ne pas nous démotiver.

A pour atteignable : Trouver un objectif stimulant soit suffisamment difficile à atteindre, sans être impossible ou trop facile. Ensuite, déterminer si le client dispose des connaissances, du support, de l'expérience, des ressources, des capacités, etc., nécessaires afin d'atteindre son objectif. C'est un critère subjectif mais très important afin de se pencher sur la question.

R pour réaliste : Il faut avoir un objectif réaliste en fonction de vos ressources actuelles et de ce qui est possible de réaliser pour ce patient et son contexte. C'est bien d'être ambitieux, mais c'est bien important que ce soit réaliste afin de pouvoir atteindre l'objectif visé.

T pour temporel : Doit être défini dans le temps. En l'absence de date ciblée, l'objectif a de fortes chances de ne jamais se réaliser. Il est important de donner suffisamment de temps pour réaliser le plan, mais de ne pas mettre la date trop loin ou trop floue car il y a risque de procrastination. Trouvez le juste milieu pour se mettre au défi sans nuire aux performances. Le temporel est le moment où l'on pourra parler d'un objectif atteint ou pas. Exemple :

<u>CRITÈRES</u>	<u>BON</u>	<u>A ÉVITER</u>
<u>SPÉCIFIQUE</u>	Mon but est d'être capable de faire du vélo 3 km sans arrêter.	Je veux faire du vélo
<u>MESURABLE</u>	Je vais augmenter mon déplacement à vélo de 0,5km à chaque semaine lors de « tels » trajets. Je vais pouvoir calculer les distances grâce à Google Maps.	Je vais essayer de faire plus de vélo au courant de la semaine.
<u>ATTEIGNABLE</u>	Faire le tour de l'île de Montréal en vélo (60km) (atteignable puisqu'il prend déjà plaisir à aller au travail à vélo plusieurs fois par semaine allerretour soit 20 km au total)	Monter le Mont-Tremblant à vélo (inatteignable puisqu'il n'a jamais fait de vélo de montagne, et peine à faire 45 minutes de vélo stationnaire à basse intensité). De plus, il n'a pas de véhicule pour se rendre à Mont-Tremblant avec son vélo et ne connaît personne qui pourrait l'y conduire

<u>RÉALISTE</u>	Il a déjà un vélo à la maison et pratique déjà le sport.	N'a pas de vélo, ni les moyens d'en louer ou en emprunter un.
<u>TEMPOREL</u>	Veut réussir 60 km de vélo dans 2 mois.	-Veut réaliser son objectif en 2 ans (délai trop long) Dans le cas d'un objectif très difficile, il est bien de le mettre loin dans le temps, par contre, il faudra entre temps fixer d'autres objectifs plus proches en lien avec celui final afin de conserver la motivation. -Veut réussir 60 km dans 1 semaine (délai trop court)

12^e séance (entraînement)

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- L'autonomie dans sa pratique d'AP (devrait être de plus en plus à l'aise à diriger la séance par lui-même)
- Plaisir

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- La relation d'aide : Encourager à aller chercher du support auprès de ses proches ou en communauté en ce qui concerne l'AP. Trouver quelqu'un qui voudrait faire les séances d'AP avec lui, ou trouver près de chez lui des professionnels de l'AP ou des cours de groupe accessibles pour lui. Vous pouvez l'aider dans ses démarches de recherche.
- Gestion des renforcements : Encouragez-le à se récompenser suite à sa séance d'AP, reprenez ce qu'il vous avait dit à la séance 9,10 et/ou 11.
- Auto-libération: À ce stade, essayer de lui faire développer un objectif SMART en lien avec l'AP en lien avec la capsule des séances précédentes.
- Contre-conditionnement : Revenir sur le nombre d'heures sédentaires qu'il passe dans une journée. Trouver une solution ensemble pour diminuer les heures sédentaires à un moment précis (celui qui est le plus facilement modifiable pour le patient ou celui qui est le plus problématique).
*ne pas modifier plusieurs comportements en même temps.
- Contrôle des stimuli : Valider que le mode de rappel est toujours apprécié et approprié? Si nécessaire, modifier la technique ou en trouver un 2^e pour qu'il y ait double rappel (ex : post-it sur frigo, alarme sur téléphone, etc.) Vous pouvez utiliser cette même méthode pour rappeler la troisième séance faite seul.

Déroulement

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min)

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficulté?)
- Demander s'il a fait sa 3^e séance seul, si oui, en parler, si non, demander pourquoi et trouver une solution pour que ça soit faisable la prochaine fois. Planifiez un objectif SMART pour la 3^e séance.
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- Capsule d'information
- À la fin, faire un bref résumé de la séance, demander du feed-back (Plaisir? Émotions ressenties? Difficultés? Ajustements requis pour la prochaine séance?), et planifier les entraînements de la semaine à venir incluant la séance seul (5 min)

Capsule d'information 6:

Comment bâtir sa séance d'activité physique

Une séance bien bâtie est une séance qui comporte: un échauffement, une activité principale (le corps) et un retour au calme.

Importance de l'échauffement (warm-up)

La durée d'un échauffement se situe entre 5 minutes et 15 minutes dépendamment de l'activité choisies et de l'intensité prévue (plus l'intensité prévue est élevée, plus l'échauffement devra être long et bien fait).

L'objectif d'un échauffement est de préparer le corps à l'effort, en élevant la température du corps et en préparant l'esprit à l'exercice qui s'en vient. L'échauffement est le moment transitoire entre l'état de repos et l'effort. Au repos, les muscles sont raides, le cœur bat plus lentement, la respiration est plus lente et les articulations peu mobiles. Avec un échauffement, il y a moins de risques de blessures et de meilleures performances.

Augmenter l'intensité graduellement.

Le corps de la séance

Le focus de la séance est mis sur l'activité principale. Il est important que la majorité de la séance soit consacrée à la pratique de l'activité choisie (55 à 75% de la durée totale de la séance).

Le retour au calme

Prendre 2 à 5 minutes pour effectuer un retour au calme. Si l'intensité de la session n'était pas très élevée, le retour au calme n'est pas nécessaire. Pour faire un retour au calme, vous pouvez par exemple, vous asseoir et vous concentrer sur votre respiration, vous pouvez faire des étirements ou faire une marche à basse intensité.

13^e séance (entraînement)

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- L'action concrète et l'autonomie à la pratique d'AP (encourager davantage l'initiative).
- Diminuer le temps de sédentarité (dans la semaine).

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- La réaction émotionnelle : Continuer à être très attentif à tout affect négatif et ajuster le niveau d'AP. Donner/trouver des trucs pour éviter un affect négatif si récurrent. Demander qu'est-ce qu'il a appris ou comment il se sent depuis qu'il a commencé l'AP.
- Réévaluation environnementale : Qu'aimerait-il modifier autre que son niveau d'AP? (ex : consommation de cigarette). Trouver des solutions pour le modifier tranquillement. Parler d'objectif SMART.
- Libération sociale : Si possible, apporter un nouvel article ou information sur l'AP à discuter. Vous pouvez aussi regarder ce qui est mis en place dans son environnement (ex : quartier, école) au niveau de l'AP. Comment lui se perçoit-il dans cet environnement? Qu'est-ce qu'il pense de ces initiatives?
- Contre-conditionnement : Lui reparler des nombres d'heures sédentaires qu'il passe dans une journée. Lui demander de trouver les moments de la journée pendant lesquels il est très sédentaire. Commencer à trouver des solutions (établir des stratégies) pour les moments les plus problématiques de sa journée. (voir capsule 7 pour des exemples)

Déroulement

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min)

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficulté?)
- Demander s'il a fait sa 3^e séance seul, si oui, en parler, si non, demander pourquoi et trouver une solution pour que ça soit faisable la prochaine fois. Vous pouvez proposer un objectif SMART • Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- Capsule d'information
- À la fin, faire un bref résumé de la séance, demander du feed-back (Plaisir? Émotions ressenties? Difficultés? Ajustements requis pour la prochaine séance?), et planifier les entraînements de la semaine à venir incluant la séance seul (5 min)

-Capsule d'information 7: Diverses façons d'être plus actif dans sa journée

Voici 2 idées faciles à intégrer dans le quotidien ainsi que plusieurs autres petites idées afin de diminuer le temps de sédentarité dans une journée. Choisissez le moyen le plus efficace et le plus plaisant.

Le transport actif, c'est le principe de se déplacer en utilisant sa propre énergie! Que ce soit à la marche, à la course, en vélo, en *skateboard* ou en patin à roue aligné, le transport actif est considéré comme une activité physique qui peut être réalisée facilement et régulièrement.

- Trouver avec lui les moments plausibles où il pourrait se déplacer par lui-même et par quel moyen;
- Lui parler des bienfaits du transport actifs (voir capsule d'information 1); •
Etc.

Les micropauses

Une micropause est une petite pause (entre 30 secs à 5 min) insérée dans votre routine quotidienne pour vous dégourdir. L'objectif est de bouger/étirer la partie de votre corps dont vous sentez le besoin de dégourdir. Elle permet également de casser la sédentarité.

*voir annexe 4, pour offrir un dépliant d'information au participant.

D'autres petites idées en rafales

- Faire des étirements en écoutant la télévision;
- Rester debout dans le métro/autobus au lieu d'être assis;
- Prendre les marches au lieu de l'ascenseur (possibilité de faire 3 étages sur 11 et d'augmenter graduellement avec le temps);
- Faire des tâches ménagères ou du jardinage;
- Faire 1-2 exercices avant de rentrer dans la douche (exemple : 30 sec de planche et/ou 15 squats).

14^e séance (entraînement)

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- L'action concrète et l'autonomie à la pratique d'AP ((encourager davantage l'initiative). • Les saines habitudes de vie.

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- Auto-réévaluation : Demander s'il voit des bienfaits depuis le début de l'intervention? À ce stade-ci, il devrait être de plus en plus capable de nommer lui-même des améliorations ou des points positifs de sa pratique d'AP sans des questions plus dirigées de votre part.
- La réaction émotionnelle : Continuer à être très attentif à tout affect négatif et ajuster le niveau d'AP. Donner/trouver des trucs pour éviter un affect négatif si celui-ci est récurrent.
- Réévaluation environnementale et auto-libération : Continuez à élaborer ce thème en fonction de la séance précédente. Ne pas modifier tous les comportements en même temps, cibler 1-2 comportements précis à modifier en plus de l'AP. Créer un objectif SMART. Lui faire réaliser son potentiel de réussite vis-à-vis son changement. Le féliciter pour ce qu'il a déjà accompli et/ou ses efforts. Le rediriger vers des ressources de son quartier.

Déroulement

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min)

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficulté?)
- Demander s'il a fait sa 3^e séance seule, si oui, en parler, si non, demander pourquoi et trouver une solution pour que ça soit faisable la prochaine fois.
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- Capsule d'information
- À la fin, faire un bref résumé de la séance, demander du feed-back (Plaisir? Émotions ressenties? Difficultés? Ajustements requis pour la prochaine séance?), et planifier les entraînements de la semaine à venir incluant la séance seul (5 min)

Capsule d'information 8: Le sommeil

Le but de cette capsule est d'apporter un changement au niveau de la qualité de sommeil du participant. Commencer par voir où est le problème (s'il y en a un) et essayer de donner des trucs pour que le sommeil soit optimisé. Lui rappeler que vous aborder le sujet du sommeil, car c'est une composante importante d'une bonne hygiène de vie.

Voici ce sur quoi vous pourriez parler avec le participant :

- La recommandation de la durée du sommeil selon l'âge (pour l'âge adulte entre 7 et 9h);
- Adopter un horaire régulier (heure du coucher et du réveil);
- Donner des trucs pour réussir à se coucher plus tôt ou se lever plus tôt (ex : arrêter les écrans 1h avant l'heure du coucher ou mettre son réveil-matin loin de l'endroit où on dort pour ne pas appuyer sur *snooze*);
- L'impact positif sur l'activité physique (ex : meilleures performances);
- L'impact positif sur l'alimentation (ex : moins de *craving*, meilleur contrôle du sentiment de faim et de satiété);
- L'impact positif sur l'état psychologique (ex : meilleure humeur);
- Diminution des symptômes liés à la maladie; • Etc.

*N'hésitez pas à faire de plus amples recherches si le patient a des difficultés particulières ou si vous n'avez pas les connaissances. Référer en cas de problèmes plus importants à un spécialiste ou son psychiatre/ médecin traitant.

15^e séance (entraînement)

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- L'action concrète et l'autonomie à la pratique d'AP (on encourage l'initiative)
- Les saines habitudes de vie

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- Réévaluation environnementale et auto-libération : Continuez à élaborer ce thème en fonction des séances précédentes. Continuer à essayer de modifier le comportement choisi aux dernières séances. Est-il en bonne voie de réaliser son objectif SMART. Lui faire réaliser son potentiel de réussite vis-à-vis son objectif de changement. Le féliciter pour ce qu'il a déjà accompli. Ajuster s'il n'est pas sur la bonne voie. Continuer de lui donner des trucs et astuces pour qu'il réussisse.
- La relation d'aide : Lui rappeler que vous êtes là pour l'aider. Parler qu'il reste environ 5 semaines au programme, y a-t-il quelqu'un pour l'aider/supporter/le motiver à l'extérieur? Commencer à planifier qui sera sa relation d'aide lorsque vous ne serez plus là (ex : un entraîneur dans le gym près de chez lui, sa mère qui l'encourage toujours, son ami sportif, etc.)
- Gestion des renforcements : Encouragez-le à se récompenser suite à sa séance d'AP. Reprenez les informations des séances précédentes. Commencer à l'encourager davantage à se récompenser avec une nouvelle paire de shorts, ou de souliers (quelque chose en lien avec l'activité physique) ou à un moment agréable pour lui qui n'est pas trop sédentaire, etc. et moins vers des mauvaises habitudes/récompenses (ex. *fast food* ou boissons gazeuses)

Déroulement

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min)

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficulté?)
- Demander s'il a fait sa 3^e séance seule, si oui, en parler, si non, demander pourquoi et trouver une solution pour que ça soit faisable la prochaine fois.
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- Capsule d'information
- À la fin, faire un bref résumé de la séance, demander du feed-back (Plaisir? Émotions ressenties? Difficultés? Ajustements requis pour la prochaine séance?), et planifier les entraînements de la semaine à venir incluant la séance seul (5 min).

Capsule d'information 9 : L'importance d'une bonne alimentation.

Le but de cette capsule est d'apporter un changement au niveau de la qualité de l'alimentation du participant. Chercher où sont les faiblesses (s'il y en a) puis orienter la discussion vers ses difficultés. Lui rappeler que vous abordez le sujet de l'alimentation, car c'est une composante importante d'une bonne hygiène de vie.

- Parler des conséquences d'une bonne alimentation (ex : plus d'énergie, meilleur contrôle du poids, meilleure humeur, prévention du diabète et autres maladies etc.)
- Questionner la prise de boissons gazeuses, jus, sucreries, *junk food*, etc. • Donner des trucs/recettes/etc. en fonction de ses difficultés alimentaires.
- Rappeler qu'il est important de ne pas changer toutes ses habitudes alimentaires en même temps; On cherche un changement durable alors aucun changement drastique impossible à maintenir dans le temps (ex : une diète liquide, privation excessive)

*N'hésitez pas à référer à un professionnel de l'alimentation si vous n'êtes pas en mesure de bien adresser le problème du participant ou si le problème est trop important.

16^e séance (entraînement)

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- L'action concrète et l'autonomie à la pratique d'AP (le participant doit faire preuve de plus en plus d'initiative).
- Les saines habitudes de vie.

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- Auto-libération : Valider les objectifs SMART. Sont-ils déjà atteints? Est-ce qu'il est sur la bonne voie? En créer de nouveaux au besoin pour les prochains mois.
- Contre-conditionnement : Demander s'il réussit à appliquer/mettre en place les trucs dont vous avez parlé afin de diminuer son temps de sédentarité (séance 13). Rediscutez-en au besoin.
- Libération sociale : Si possible, apporter un nouvel article ou information sur l'AP à discuter. Vous pouvez aussi regarder ce qui est mis en place dans son environnement (ex : quartier, école) dans le niveau d'AP.

Déroulement

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min)

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficulté?)
- Demander s'il a fait sa 3^e séance seul, si oui, en parler, si non, demander pourquoi et trouver une solution pour que ça soit faisable la prochaine fois.
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- Capsule d'information
- À la fin, faire un bref résumé de la séance, demander du feed-back (Plaisir? Émotions ressenties? Difficultés? Ajustements requis pour la prochaine séance?), et planifier les entraînements de la semaine à venir incluant la séance seul (5 min)

Capsule d'information 9 : Avoir une bonne hygiène de vie/comment balancer toutes ses occupations et comment insérer de l'AP dans sa routine actuelle.

- Une bonne hygiène de vie passe par un bon sommeil, une bonne alimentation, une pratique d'activité physique régulière, une bonne hygiène corporelle, une limitation du stress, limiter la consommation d'alcool et de drogues, un horaire réalisable (pas trop chargé, pas trop peu chargé), etc.
- Approfondir les éléments les plus difficiles pour le client et ceux qui sont des forces pour lui. Parler des conséquences, proposer des stratégies pour l'aider à améliorer ce qui fonctionne moins bien.
- En fonction de son horaire, voir avec lui les moments réalistes pendant lesquels il peut faire de l'AP et améliorer d'autres aspects de son hygiène de vie.

*N'hésitez pas vous référer à un autre professionnel de la santé pour vous aider si vous n'avez pas les compétences nécessaires pour intervenir à ce niveau.

17^e et 18^e séance (entraînement)

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- Commencer à penser à l'AP qui sera non supervisée (autonomie).
- S'assurer que l'habitude de faire de l'AP est bien ancrée (renforcer au besoin).

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- La relation d'aide : A-t-il trouvé qui pourra l'aider? L'aider à planifier la fin du programme. (ex : accompagnez le à s'inscrire à un cours en groupe qu'il aime).
- Contre-conditionnement : Continuer à travailler ses changements d'habitudes de vie.

Déroulement

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min)

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficulté?)
- Demander s'il a fait sa 3^e séance seul, si oui, en parler, si non, demander pourquoi et trouver une solution pour que ça soit faisable la prochaine fois.
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- Commencer à parler des prochains mois où le patient commencera à s'entraîner sans supervision directe. Demander comment il compte s'y prendre pour continuer à pratiquer une activité physique. Commencer à le faire réfléchir aux facteurs qui contribuent à sa motivation à l'AP et aux obstacles qu'il a rencontré lors du programme ou dans le passé et comment il les a surmontés.
- Continuer à parler de la capsule d'information no 9, (ex : stratégies pour favoriser une bonne hygiène de vie dans différents domaines).
- Lui demander s'il a pensé à son horaire d'activité physique pour les prochains mois et l'aider à trouver des pistes de solutions en cas de difficulté.
- À la fin, faire un bref résumé de la séance, demander du feed-back (Plaisir? Émotions ressenties? Difficultés? Ajustements requis pour la prochaine séance?), et planifier les entraînements de la semaine à venir incluant la séance seul (5 min).

19^e séance (entraînement)

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- Commencer à penser à l'AP qui sera non supervisée (planification).
- S'assurer que l'habitude est bien ancrée (renforcer au besoin).

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- Auto-libération : Se sent-il prêt faire de l'AP seul? Voit-il encore des obstacles à son autonomie? Fixer les derniers détails avec lui (plan, objectifs, etc.) Aider à le mettre sur la voie de croire en ses capacités futures.
- La relation d'aide : A-t-il trouvé qui pourra l'aider? L'aider à planifier la fin du programme. (ex : accompagnez le dans la démarche pour s'inscrire à un cours en groupe qu'il aime).
- Contre-conditionnement : Continuer à renforcer ses changements de comportements. Concentrez votre temps et le sien sur les changements qui sont le plus réalisables.

Déroulement

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min)

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficulté?)
- Demander s'il a fait sa 3^e séance seul, si oui, en parler, si non, demander pourquoi et trouver une solution pour que ça soit faisable la prochaine fois.
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance. • Parler de son plan d'exercice futur, de comment il se projette.

-Remettre à nouveau le dépliant *Activité physique* (annexe 5) afin qu'il puisse conserver sur lui l'information nécessaire à propos de l'activité physique; Lui demander de remplir la dernière page et de planifier son horaire d'entraînement; Mentionner qu'il devra vous le montrer au prochain rendez-vous, soit à la 20^e séance.

20^e séance (entraînement)

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- Continuer à maximiser le plaisir. • Planification de la fin du suivi.

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- Auto-libération : connaît-il des endroits où il peut aller faire de l'AP près de chez lui ou de son travail/école? Encouragez-le à chercher/regarder ce que la société offre et qui pourrait l'intéresser.

- La relation d'aide : A-t-il trouvé qui pourra l'aider? L'aider à planifier la fin du programme. (ex : inscrivez-le à un cours en groupe qu'il aime)
- Contre-conditionnement : Continuer à renforcer ses changements de comportements. Concentrez votre temps et le sien sur les changements qui sont le plus réalisables.

Déroulement

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min)

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficulté?)
- Demander s'il a fait sa 3^e séance seul, si oui, en parler, si non, demander pourquoi et trouver une solution pour que ça soit faisable la prochaine fois.
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- Peaufiner l'horaire avec lui. S'assurer que son horaire est réaliste ainsi que le plan qu'il a pour le prochain mois;
- Bâtir un plan d'entraînement au besoin (horaire, exercices, etc.)
- Lui demander s'il a des questions, des inquiétudes ou des craintes en rapport avec sa pratique d'AP autonome. Répondre à ses questions et le rassurer. Il doit se sentir prêt, confiant et à l'aise de pratiquer l'activité physique pour les prochains mois qui arrivent bientôt;
- À la fin, faire un bref résumé de la séance, demander du feed-back (Plaisir? Émotions ressenties? Difficultés? Ajustements requis pour la prochaine séance?), et planifier les entraînements de la semaine à venir incluant la séance seul (5 min).

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- Plaisir
- Planification de la fin du suivi

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- Auto-libération : A-t-il trouvé des endroits? Continuer à l'encourager à chercher/regarder ce que la société offre et qui pourrait l'intéresser. Aider le au besoin, proposer lui des AP, des endroits que vous connaissez, faites des recherches avec lui, etc. Donnez-lui des trucs sur comment on peut chercher efficacement.
- La relation d'aide : Qui l'aidera? Rappeler que les professionnels de santé peuvent être aidants et qu'il peut parler d'AP avec eux à chaque rencontre.
- Gestion des renforcements : Encouragez-le à se récompenser pour avoir compléter le programme avec succès. S'est-il récompensé? Va-t-il le faire? Est-ce que ça l'aiderait à continuer l'AP et à rester motivé?

Déroulement

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min) : commencer à appliquer le plan proposé par vous et le patient en vue de son entraînement autonome. Au besoin, donnez lui donner une feuille avec un plan d'entraînement précis et personnalisé. Dans les prochaines séances il devra être capable de faire son entraînement seul. Laissez-lui de plus en plus d'autonomie.

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficulté?)
- Demander s'il a fait sa 3^e séance seul, si oui, en parler, si non, demander pourquoi et trouver une solution pour que ça soit faisable la prochaine fois.
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- Continuer à penser à la planification de l'horaire pour des prochains mois.
- Continuer à travailler sur les changements d'habitudes de vie choisis (s'il y a lieu).
- Lui demander s'il a des questions, des inquiétudes ou des craintes en rapport avec la suite de son AP autonome. Répondre à ses questions et le rassurer. Il doit se sentir prêt, confiant et à l'aise de pratiquer l'activité physique pour les prochains mois qui arrivent bientôt;
- À la fin, faire un bref résumé de la séance, demander du feed-back (Plaisir? Émotions ressenties? Difficultés? Ajustements requis pour la prochaine séance?), et planifier les entraînements de la semaine à venir incluant la séance seul (5 min).

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- S'assurer que tout est planifié et que le client n'a pas de questions/inquiétudes.

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- À ce stade-ci, utiliser la ou les stratégies motivationnelles qui vous aidera le plus pour planifier l'AP autonome (référez-vous aux autres semaines ou à l'annexe 1). Aborder ce qui fonctionne le plus pour le participant depuis le début du programme.

Déroulement

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min) : Continuez à faire le plan d'entraînement prévu. Lui donner de plus en plus d'autonomie (*il devrait être capable de le faire seul).
- Lui rappeler les progrès réalisés et l'encourager à continuer dans cette voie.

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficultés?)
- Demander s'il a fait sa 3^e séance seul, si oui, en parler, si non, demander pourquoi et trouver une solution pour que ça soit faisable la prochaine fois.
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- Continuer à faire l'horaire des prochains mois à partir de l'essai fait depuis la séance 20, si ce n'est encore pas fait;
- Continuer à travailler sur les changements d'habitudes de vie choisis (s'il y a lieu).
- Lui demander s'il a des questions, des inquiétudes ou des craintes. Répondre à ses questions et le rassurer. Il doit se sentir prêt, confiant et à l'aise de pratiquer l'activité physique pour les prochains mois qui arrivent bientôt;
- À la fin, faire un bref résumé de la séance, demander du feed-back (Plaisir? Émotions ressenties? Difficultés? Ajustements requis pour la prochaine séance?), et planifier les entraînements de la semaine à venir incluant la séance seul (5 min).

25^e séance (entraînement)

Focus à cibler par le thérapeute durant cette séance :

- S'assurer que tout est planifié et que le client n'a pas de questions/inquiétudes; Dernières vérifications

Stratégies motivationnelles à privilégier :

- À ce stade-ci, utiliser la ou les stratégies motivationnelles qui vous aidera le plus pour planifier l'AP autonome (référez-vous aux autres semaines ou à l'annexe 1). Aborder ce qui fonctionne le plus pour le participant depuis le début du programme.

Déroulement

- Accueil, choix de l'activité par le patient, vérification du matériel et déterminer l'intensité de l'entraînement en fonction de l'état de la personne.
- Entraînement (45 min) : possibilité de le laisser faire son AP complètement seul en restant un peu plus à distance qu'à l'habitude pour répondre aux questions en cas de besoin.

Pendant l'entraînement, intégrer les points suivants :

- Retour sur la dernière séance d'AP (atteinte de l'objectif? Émotions ressenties? Difficulté?)
- Demander s'il a fait sa 3^e séance seul, si oui, en parler, si non, demander pourquoi et trouver une solution pour que ça soit faisable la prochaine fois.
- Prendre soin de répondre aux questions du patient pendant la séance.
- Finalisation de la planification de son horaire des prochains mois (cours en groupe, piscine, gym ou autre? Les heures? Comment? Avec qui?, etc.)
- Lui demander s'il a des questions finales, des inquiétudes ou des craintes; Répondre à ses questions et le rassurer. Il doit se sentir prêt, confiant et à l'aise de pratiquer l'activité physique pour les prochains mois;
- Fixer le rendez-vous post-intervention (idéalement dans la semaine qui suit)

26^e séance (post-intervention)

*Faites cette séance environ 1 semaine après le dernier entraînement.

- **Retour** sur toutes les séances
 - Demander-lui un *feedback* final sur le programme et son progrès et discuter autour de cela.
 - Demander-lui comment a été sa première semaine d'AP seul.
 - Discuter de l'horaire prévu pour la suite (est-ce qu'il croit qu'il réussira à suivre son horaire? Est-ce réaliste? etc.)
 - Quels sont les obstacles vécus ou à prévoir? Quelles sont les solutions trouvées?
 - Quels sont les facteurs motivants pour la personne? Comment les mettre en place?
 - Noter les progrès réalisés pendant l'intervention et le féliciter pour ses réussites (important pour le sentiment d'auto-efficacité).

- Prévoir un « sevrage » de votre présence aux entraînements (au besoin seulement). Idéalement s'il y a lieu, le sevrage devrait être graduel et ponctué de séances espacées (ex : 2 semaines post intervention, puis 6 semaines post-intervention puis 12 semaines post-intervention). Vous pouvez aussi effectuer des rappels ponctuels par téléphone pour lui rappeler de faire ses séances et voir comment ses séances autonomes se passent.
- A-t-il des questions? Si oui, y répondre.

ANNEXE 1

Éléments du modèle Transthéorique appliqués dans ce programme de motivation à l'AP

(À l'intention de l'intervenant)

Le modèle transthéorique, développé dans les années 70 par Prochaska et DiClemente, est le modèle théorique le plus utilisé en médecine comportementale pour favoriser le changement de comportement. Il a été créé initialement pour la cessation tabagique, mais son utilisation a été étendue à d'autres comportements tels que l'abus de substance, ou encore l'activité physique dans notre cas.

Ce modèle présuppose que pour modifier leurs habitudes vie, les personnes passent (de façon non linéaire) à travers une série de cinq stades que sont :

- **la précontemplation** (aucune intention de modifier son comportement)
- **la contemplation** (intention de modifier son comportement mais d'ici les 6 prochains mois),
- **la préparation** (intention de modifier son comportement dans les 30 prochains jours), -
- l'action** (le comportement est modifié mais depuis moins de 6 mois) - **le maintien** (le comportement est modifié depuis plus de 6 mois).

Dans ce modèle, la transition entre les stades s'explique par l'utilisation de différentes stratégies motivationnelles. Ces dernières étant les processus de changement expérientiels et comportementaux (les stratégies que les personnes utilisent pour changer leur comportement), la balance décisionnelle (les avantages et inconvénients au changement), et le sentiment d'efficacité personnelle (la croyance dans ses capacités à mener à bien une action, indépendamment de ses capacités réelles).

Parmi les stratégies motivationnelles à utiliser dans le contexte de changement de comportement en lien avec l'activité physique, on retrouve :

STRATÉGIE	DÉFINITION	COMMENT LA METTRE EN PRATIQUE	Exemples
La prise de conscience	Efforts réalisés par l'individu pour rechercher des informations sur le comportement à modifier, ici l'activité physique.	Demander au client ce qu'il connaît des bénéfices de l'activité physique. En discuter avec lui. Lui fournir plus d'information. Lui rappeler l'importance de bouger régulièrement *Toujours s'assurer de bien répondre à ses questions sur le sujet.	-Connais-tu les bénéfices de l'activité physique? - Comment te sens-tu après l'activité physique? Vois-tu des changements positifs?

La réaction émotionnelle	Aspects affectifs liés au changement de comportement	Feed-back en ce qui concerne les conséquences de l'inactivité physique; Fournir l'information sur les risques liés à l'inactivité. Être très attentif à tout affect négatif et ajuster le niveau d'AP ou répondre au malaise du patient pour éviter tout abandon suite à des affects négatifs ressentis (ex. essoufflement trop important ou augmentation du rythme cardiaque trop rapide à laquelle le patient n'est pas habitué et qui peut générer la crainte de faire une crise cardiaque ou de s'évanouir ou la honte de ne pas être assez en forme).	-Parler autour de ses différents sujets : honte/déception vis-à-vis la prise de poids, conséquences de l'insomnie, humeur maussade secondaire au manque d'énergie, crainte en lien avec les problèmes de santé, etc.
--------------------------	--	--	--

Autorévaluation	Réévaluation cognitive et affective de la valeur que l'individu s'attribue en lien avec le comportement.	Noter les progrès du client tant au niveau psychologique que physique. Lui demander s'il a vu des changements ou s'il ressent des bénéfices. Lui faire remarquer ce qu'il fait de plus qu'au début à l'entraînement ou dans sa vie personnelle. Noter les changements positifs de son état, etc.	-As-tu remarqué des changements depuis que tu fais plus d'activité physique? Avec tes proches/amis? Au travail ou à l'école (ta concentration, tes performances, ta motivation)? Sur ton corps (ta force, dans les vêtements que tu portes?) -As-tu remarqué une amélioration de ton état physique et/ou mental? De ton sommeil? De ton humeur?
Réévaluation environnementale	Évaluation par l'individu de son comportement et des conséquences de son comportement sur son environnement physique et social	Encourager les réflexions au sujet du comportement d'inactivité physique, comment il affecte la vie de l'individu et comment il pourrait être modifié.	-Qu'est-ce qui pose le plus de problème vis-à-vis son niveau d'activité physique? Comment peut-il le modifier? -Croit-il qu'en s'engageant dans une AP, il pourrait avoir davantage d'interactions sociales?
Auto-libération	S'engager à modifier son comportement et croire en ses capacités à pouvoir effectuer cet engagement	Fixer de petits objectifs régulièrement. Créer des plans d'activité physique pour les mois à venir.	Quels sont tes objectifs d'AP à long terme? Sur quoi aimerais-tu travailler spécifiquement aujourd'hui? Dans les prochaines semaines?

Libération sociale	Reconnaissance du fait que les normes sociales actuelles encouragent les individus à aller vers des modes de vie plus actifs	Permettre aux individus de constater des campagnes de santé publique; Discuter de ces campagnes; Montrer des alternatives et opportunités existantes par rapport au comportement problématique;	-Apporter ou envoyer par courriel des articles intéressants -Parler d'article dans le journal ou dans l'actualité
La relation d'aide	Utiliser le support de relations significatives (famille, ami(e)s, docteurs, intervenants, entraîneur) pour soutenir les efforts de modification du le comportement	Questionner à propos des personnes qui sont ou peuvent être sources de support dans la pratique d'AP. Demander s'il y a des personnes qui l'encouragent ou qui peuvent l'aider ou faciliter sa pratique d'activité physique. Encourager le participant à aller chercher de l'aide extérieure.	- Y a-t-il des personnes actives dans ton entourage? - As-tu des amis qui pratiquent l'activité physique? En parlez-vous? Pratiquez-vous une activité ensemble? -Est-ce qu'il y a quelqu'un dans ta famille qui pratique de l'activité physique?
Contreconditionnement	Substitution du comportement problématique par un autre comportement plus sain	Identifier les situations menant à des moments de sédentarité. Essayer de diminuer les temps de sédentarité. Établir différents scénarios qui pourront permettre l'intégration de l'AP. Lui faire réaliser ce qui ne fonctionne pas et le faire travailler à trouver une solution	*la capsule 7 vous aidera à discuter des solutions
			- Il a un travail en position assise toute la journée : lui proposer des micros-pauses - -Il écoute la télévision chaque soir, dès qu'il rentre chez lui : lui proposer de faire des étirements pendant une de ses émissions. -Il est assis durant tout le trajet de 1h30 pour aller à l'école : lui proposer le transport actif (débarquer de l'autobus quelques arrêts à l'avance; voyager à vélo plutôt qu'en voiture) ou d'être debout durant une partie du trajet du bus.

Gestion des renforcements	User du renforcement et de systèmes de récompense pour renforcer le comportement positif	Miser sur les renforcements positifs; Établir une liste de récompenses associées à l'atteinte de buts liées à l'AP. Encouragez-le à se récompenser suite à sa séance d'AP.	<p>-Quelle est la récompense que tu aimerais avoir ou qu'est-ce que tu as envie de faire après t'être entraîné?</p> <p>-As-tu pensé à t'acheter un beau maillot de bain, un nouveau t-shirt de sport ou des nouveaux souliers de course? As-tu pensé à aller t'étendre au soleil près du petit lac au Parc, là où il y a les canards. As-tu pensé à aller voir le concert gratuit en plein air avec un ami?</p> <p>*Éviter les récompenses qui sont des comportements malsains (ex. boisson gazeuse, cigarette, drogue, etc)</p>
Contrôle des stimuli	Modifier l'environnement pour encourager le comportement positif	<p>Proposer de montrer, afficher, coller des images, des messages, des notes encourageant à la pratique d'AP. Lui rappeler régulièrement ses rendez-vous si c'est possible.</p> <p>*Cela peut être un agenda électronique (s'il a un téléphone intelligent et qu'il s'en sert ou sur son ordinateur), agenda papier s'il en possède un (sinon lui proposer d'aller en acheter un dans un magasin d'aubaine- ou remettez-lui-en un), carnet de note ou un horaire hebdomadaire peut être inscrit, post-it à coller sur son frigo, calendrier mensuel - horaire papier sous forme de calendrier hebdomadaire à coller sur son frigo ou autre endroit).</p>	<p>- Confirmer le rendez-vous, par téléphone, courriel, texto, etc.</p> <p>-Inciter à préparer ses vêtements de sport la veille et les mettre à un endroit visible. -Aidez le à mettre une alarme dans son agenda électronique sur son téléphone.</p>

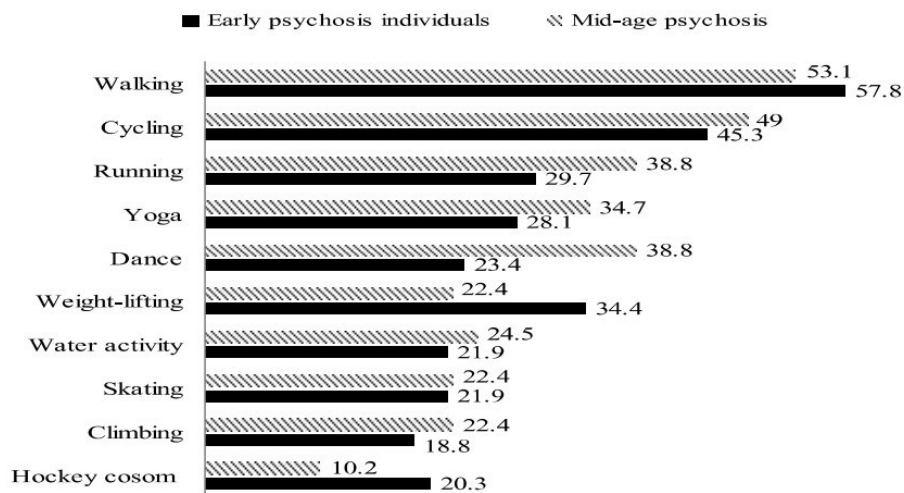
ANNEXE 2

Les choix d'activités physique

(À l'intention de l'intervenant et du participant)

Présentations des choix d'AP : Présentation de toutes les options d'activités (incluant la description des lieux et contextes pouvant aider la motivation (intérieur/extérieur, seul ou en groupe, etc.) et ceux pouvant y faire obstacle (ex. température)

Voici les sports les plus populaires chez les patients atteints de troubles mentaux sévères dont une proportion significative étaient âgés de 18-30 ans.



Romain et al. Physical activity for adults with psychotic disorders: preferences, barriers and perceptions of counselling. *Psychiatra Danubina* (under review)

Vous pouvez bien évidemment proposer d'autres activités comme le basketball, le badminton, soccer, la boxe, et bien d'autres. Sachez qu'il y a toujours possibilité, si vous n'avez pas les capacités de faire l'AP choisie par le patient, de l'inscrire dans un cours en groupe dans sa communauté ou de le référer à une personne qui sait faire l'activité physique désirée.

Faites attention de ne pas être biaisé dans les choix que vous proposez au participant. Ce n'est pas parce que vous aimez marcher qu'il aimera ça aussi. Il doit choisir par lui-même. Dans l'éventualité où il ne sait pas ce qu'il préfère, proposez-lui que vous pourriez en essayer plusieurs, et qu'avec le temps il pourra conclure ce qu'il préfère, que c'est par l'exploration qu'on se connaît mieux.

ANNEXE 3

L'importance de l'activité physique

(À l'intention de l'intervenant et du participant)

Bienfaits pour la santé physique et psychologique

- Meilleure estime de soi
- Meilleur contrôle du poids corporel
- Augmentation de l'énergie (donc moins fatigué)
- Amélioration du sommeil
- Meilleure humeur
- Augmentation de la masse musculaire
- Facilite l'adoption d'un horaire stable □ Contrôler le poids ;
- Améliorer l'attention, la concentration ;
- Maintenir une bonne santé mentale (ex : diminution des symptômes, le fonctionnement global, etc.)
- Avoir du plaisir ou vivre un moment agréable
- Diminuer le stress et l'anxiété
- Prévenir les maladies chroniques comme, le diabète de type 2 et les maladies du cœur ; le cancer

ANNEXE 4

Dépliant «Activité physique»

(À l'intention de l'intervenant et du participant)

Dé finition

L'activité physique englobe tous les mouvements du corps qui entraînent une dépense calorique.

Beaucoup de gens croient à tort que l'activité physique se résume à l'entraînement dans un gym ou la pratique d'un sport encadré, mais chaque petit mouvement compte pour rester actif.

L'activité physique fait partie des saines habitudes de vie au même titre qu'une saine alimentation et l'arrêt du tabac.



Bénéfices de l'activité physique

- Maintien d'un poids santé;
- Prévention de plusieurs maladies (ex. diabète) et amélioration de la santé;
- Améliore l'humeur;
- Procure du plaisir;
- Aide à gérer le stress;
- Améliore l'estime de soi;
- Augmente l'énergie;
- Permet de faire des rencontres sociales;

- Et bien plus!



Petit guide sur l'activité physique et ses bienfaits



En santé de corps et d'esprit



Samuel StAmour, Ève Dubois,
Amal AbdeBaki et Jérôme Romain

À VOUS DE JOUER

L'important n'est pas le choix de l'activité, mais bien sa pratique quotidienne.

Qu'aimerais-tu faire? Qu'est-ce qui te fais plaisir ?

À partir de quand aimerais-tu le faire ?

Aimerais-tu le faire seul ou avec quelqu'un?

Seul Accompagné

Si oui, avec qui?

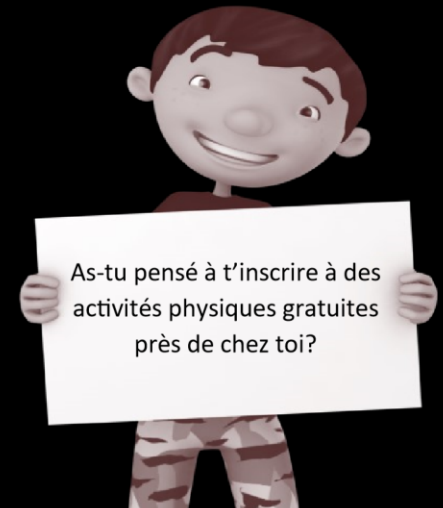
Où peux-tu faire cette activité ?

Comment vas-tu t'y prendre pour réaliser ce projet? Qui peut t'aider ?

Exemples d'activités

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Au fond, n'importe quelle activité qui implique un mouvement et qui vous plait !



Bibliographie

Articles

Ahnis, A., Riedl, A., Figura, A., Steinhagen-Thiessen, E., Liebl, M. E., & Klapp, B. F. (2012). Psychological and sociodemographic predictors of premature discontinuation of a 1-year multimodal outpatient weight-reduction program: an attrition analysis. *Patient preference and adherence*, 6, 165.

Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Herrmann, S. D., Meckes, N., Bassett Jr, D. R., Tudor-Locke, C., ... & Leon, A. S. (2011). 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Medicine & science in sports & exercise*, 43(8), 1575-1581. Allebeck, P. (1989). Schizophrenia: a life-shortening disease. *Schizophrenia bulletin*, 15(1), 81-89.

Archie, S., Wilson, J. H., Osborne, S., Hobbs, H., & McNiven, J. (2003). Pilot study: access to fitness facility and exercise levels in olanzapine-treated patients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(9), 628-632.

Ashdown-Franks, G., Williams, J., Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F., Hubbard, K., ... & Stubbs, B. (2018). Is it possible for people with severe mental illness to sit less and move more? A systematic review of interventions to increase physical activity or reduce sedentary behaviour. *Schizophrenia research*, 202, 3-16.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.

Bernard, P., & Ninot, G. (2012). Bénéfices des activités physiques adaptées dans la prise en charge de la schizophrénie: revue systématique de la littérature. *L'Encéphale*, 38(4), 280-287.

Bernard, P., Romain, A. J., Esseul, E., Artiguisse, M., Poy, Y., Baghdadli, A., & Ninot, G. (2013). Barrières et motivation à l'activité physique chez l'adulte atteint de schizophrénie: revue de littérature systématique. *Science & Sports*, 28(5), 247-252.

Bernard, P., Carayol, M., Gourlan, M., Boiche, J., Romain, A. J., Bortolon, C., ... & Ninot, G. (2017). Moderators of theory-based interventions to promote physical activity in 77 randomized controlled trials. *Health Education & Behavior*, 44(2), 227-235.

Bezyak, J. L., Berven, N. L., & Chan, F. (2011). Stages of change and physical activity among individuals with severe mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 182.

Birchwood, M., Connor, C., Lester, H., Patterson, P., Freemantle, N., Marshall, M., ... & Everard, L. (2013). Reducing duration of untreated psychosis: care pathways to early intervention in psychosis services. *The British Journal of Psychiatry*, 203(1), 58-64.

Bonfioli, E., Berti, L., Goss, C., Muraro, F., & Burti, L. (2012). Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC psychiatry*, 12(1), 78.

Bosc, M. (2000). Assessment of social functioning in depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41(1), 63-69.

Bruins, J., Jörg, F., Bruggeman, R., Slooff, C., Corpeleijn, E., & Pijnenborg, M. (2014). The effects of lifestyle interventions on (long-term) weight management, cardiometabolic risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: a meta-analysis. *PLoS one*, 9(12), e112276.

Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, 100(2), 126.

Chapman, J. J., Fraser, S. J., Brown, W. J., & Burton, N. W. (2016). Physical activity and sedentary behaviour of adults with mental illness. *Journal of science and medicine in sport*, 19(7), 579-584.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum

Cropley, M., Ayers, S., & Nokes, L. (2003). People don't exercise because they can't think of reasons to exercise: an examination of causal reasoning within the Transtheoretical Model. *Psychology, health & medicine*, 8(4), 409-414.

Curtis, J., Watkins, A., Rosenbaum, S., Teasdale, S., Kalucy, M., Samaras, K., & Ward, P. B. (2016). Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 10(3), 267-276.

Czosnek, L., Lederman, O., Cormie, P., Zopf, E., Stubbs, B., & Rosenbaum, S. (2018). Health benefits, safety and cost of physical activity interventions for mental health conditions: a meta-review to inform translation efforts. *Mental Health and Physical Activity*.

Dauwan, M., Begemann, M. J., Heringa, S. M., & Sommer, I. E. (2015). Exercise improves clinical symptoms, quality of life, global functioning, and depression in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 42(3), 588-599.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.

De Hert, M., Detraux, J., Van Winkel, R., Yu, W., & Correll, C. U. (2012). Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nature Reviews Endocrinology*, 8(2), 114.

Diaz, F. J., James, D., Botts, S., Maw, L., Susce, M. T., & De Leon, J. (2009). Tobacco smoking behaviors in bipolar disorder: a comparison of the general population, schizophrenia, and major depression. *Bipolar disorders*, 11(2), 154-165.

Duclos, M. (2007). Prévention et traitement du syndrome métabolique: rôle de l'activité physique. *Science & sports*, 22(3-4), 129-134.

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

Faulkner, G., Cohn, T., Remington, G., & Irving, H. (2007). Body mass index, waist circumference and quality of life in individuals with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 90(1-3), 174-178.

Faulkner, G., Hefferon, K., & Mutrie, N. (2015). Putting positive psychology into motion through physical activity. *Positive Psychology in Practice*. 2nd ed. Hoboken: Wiley, 207-22.

Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Yung, A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological medicine*, 45(7), 1343-1361.

Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 46(14), 2869-2881.

Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Vancampfort, D., Carney, R., & Yung, A. (2016b). Preferences and motivations for exercise in early psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(1), 83-84.

Firth, J., Stubbs, B., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Ward, P. B., ... & Yung, A. R. (2017). The validity and value of self-reported physical activity and accelerometry in people with schizophrenia: a population-scale study of the UK Biobank. *Schizophrenia bulletin*, *44*(6), 1293-1300.

Firth, J., Carney, R., Elliott, R., French, P., Parker, S., McIntyre, R., ... & Yung, A. R. (2018). Exercise as an intervention for first-episode psychosis: a feasibility study. *Early intervention in psychiatry*, *12*(3), 307-315.

Firth, J., Carney, R., French, P., Elliott, R., Cotter, J., & Yung, A. R. (2018b). Long-term maintenance and effects of exercise in early psychosis. *Early intervention in psychiatry*, *12*(4), 578-585.

Fougeyrollas, P. et al. (2002). La Mesure des Habitudes de Vie (version 3.1). Québec, Canada: Réseau International sur le Processus de Production du Handicap (RIPPH).

Glowacki, K., Duncan, M. J., Gainforth, H., & Faulkner, G. (2017). Barriers and facilitators to physical activity and exercise among adults with depression: A scoping review. *Mental Health and Physical Activity*, *13*, 108-119.

Gourlan, M., Bernard, P., Bortolon, C., Romain, A. J., Lareyre, O., Carayol, M., ... & Boiché, J. (2016). Efficacy of theory-based interventions to promote physical activity. A meta-analysis of randomised controlled trials. *Health psychology review*, *10*(1), 50-66.

Janney, C. A., Ganguli, R., Tang, G., Cauley, J. A., Holleman, R. G., Richardson, C. R., & Kriska, A. M. (2015). Physical activity and sedentary behavior measured objectively and subjectively in overweight and obese adults with schizophrenia or schizoaffective disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, *76*(10), e1277-84.

Joosten, E. A., DeFuentes-Merillas, L., De Weert, G. H., Sensky, T., Van Der Staak, C. P. F., & de Jong, C. A. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and psychosomatics*, *77*(4), 219-226.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1989). *Comprehensive textbook of psychiatry, Vols. 1-2*. Williams & Wilkins Co.

Laine, C., & Davidoff, F. (1996). Patient-centered medicine: a professional evolution. *Jama*, *275*(2), 152-156.

Lieberman, J. A., & First, M. B. (2018). Psychotic disorders. *New England Journal of Medicine*, *379*(3), 270-280.

Linke, S. E., Gallo, L. C., & Norman, G. J. (2011). Attrition and adherence rates of sustained vs. intermittent exercise interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, *42*(2), 197-209.

Mitchell, A. J., Vancampfort, D., Sweers, K., van Winkel, R., Yu, W., & De Hert, M. (2011). Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders—a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, *39*(2), 306-318.

Nahas, M. V., Goldfine, B., & Collins, M. A. (2003). Determinants of physical activity in adolescents and young adults: The basis for high school and college physical education to promote active lifestyles. *Physical Educator*, *60*(1), 42

Nolin, B. (2006) Intensité de pratique d'activité physique : définitions et commentaires. *Infokine*, *16* (1) : 5-10.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, *12*(1), 38-48.

Romain, A. J., Bernard, P., Attalin, V., Gernigon, C., Ninot, G., & Avignon, A. (2012). Health-related quality of life and stages of behavioural change for exercise in overweight/obese individuals. *Diabetes & metabolism*, 38(4), 352-358.

Romain, A. J., & Abdel-Baki, A. (2017). Using the transtheoretical model to predict physical activity level of overweight adults with serious mental illness. *Psychiatry research*, 258, 476-480.

Romain, A. J., Longpre-poirier, C., Tannous, A., & Abdel-Baki, A. (2017b). Physical activity among adults with psychotic disorders: preferences, barriers and perceptions of advices. in *annals of behavioral medicine* (vol. 51, pp. s 1179-s 1179). 233 spring st, new york, ny 10013 usa: springer

Romain, A. J., & Bernard, P. (2018). Behavioral and Psychological Approaches in Exercise-Based Interventions in Severe Mental Illness. In *Exercise-Based Interventions for Mental Illness* (pp. 187-207). Academic Press.

Romain, A. J., Caudroit, J., Hokayem, M., & Bernard, P. (2018b) Is there something beyond stages of change in the transtheoretical model? The state of art for physical activity. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 50(1), 42.

Romain, A. J., Fankam, C., Karelis, A. D., Letendre, E., Mikolajczak, G., Stip, E., & Abdel-Baki, A. (2019). Effects of high intensity interval training among overweight individuals with psychotic disorders: A randomized controlled trial. *Schizophrenia research*, 210, 278-286.

Rosenbaum, S., Tiedemann, A., & Ward, P. B. (2014). Meta-analysis physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 75(0), 1-11.

Rosenbaum, S., & Ward, P. B. (2016). The simple physical activity questionnaire. *The Lancet Psychiatry*, 3(1), e1.

Salmon, J., Owen, N., Crawford, D., Bauman, A., & Sallis, J. F. (2003). Physical activity and sedentary behavior: a population-based study of barriers, enjoyment, and preference. *Health psychology*, 22(2), 178.

Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?. *Archives of general psychiatry*, 64(10), 1123-1131.

Sami, M. B., Shiers, D., Latif, S., & Bhattacharyya, S. (2017). Early psychosis for the non-specialist doctor. *Bmj*, 357, j4578.

Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health psychology*, 19(5), 487.

Sheeran, P., & Webb, T. L. (2016). The intention-behavior gap. *Social and personality psychology compass*, 10(9), 503-518.

Soundy, A., Roskell, C., Stubbs, B., Probst, M., & Vancampfort, D. (2015). Investigating the benefits of sport participation for individuals with schizophrenia: a systematic review. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 0-13.

Subramaniapillai, M., Arbour-Nicitopoulos, K., Duncan, M., McIntyre, R. S., Mansur, R. B., Remington, G., & Faulkner, G. (2016). Physical activity preferences of individuals diagnosed with schizophrenia or bipolar disorder. *BMC research notes*, 9(1), 340.

Tek, C., Kucukgoncu, S., Guloksuz, S., Woods, S. W., Srihari, V. H., & Annamalai, A. (2016). Antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis patients: a meta-analysis of differential effects of antipsychotic medications. *Early intervention in psychiatry*, 10(3), 193-202.

Thériault, L. (2014). Impact d'un programme d'entraînement périodisé sur la santé physique et psychologique des personnes atteintes de maladies mentales.

Tréhou, M., & Dollfus, S. (2018). L'activité physique chez les patients atteints de schizophrénie: de la neurobiologie aux bénéfices cliniques. *L'Encéphale*, 44(6), 538-547

Thériault, L. (2014). Impact d'un programme d'entraînement périodisé sur la santé physique et psychologique des personnes atteintes de maladies mentales.

Tremblay, M. S., Aubert, S., Barnes, J. D., Saunders, T. J., Carson, V., Latimer-Cheung, A. E., ... & Chinapaw, M. J. (2017). Sedentary behavior research network (SBRN)—terminology consensus project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 75.

Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V., & Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric services*, 58(3), 405-408.

Vancampfort, D., De Hert, M., Knapen, J., Wampers, M., Demunter, H., Deckx, S., ... & Probst, M. (2011). State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: a pilot study. *Disability and rehabilitation*, 33(8), 684-689.

Vancampfort, D., Stubbs, B., Mitchell, A. J., De Hert, M., Wampers, M., Ward, P. B., ... & Correll, C. U. (2015). Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 14(3), 339-347.

Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Schuch, F. B., Ward, P. B., Probst, M., & Stubbs, B. (2016). Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: a meta-analysis. *General hospital psychiatry*, 39, 15-23.

Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., ... & Carvalho, A. F. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 308-315.

Walther, S., Stegmayer, K., Horn, H., Razavi, N., Müller, T. J., & Strik, W. (2015). Physical activity in schizophrenia is higher in the first episode than in subsequent ones. *Frontiers in psychiatry*, 5, 191.

Ward, M. C., White, D. T., & Druss, B. G. (2015). A meta-review of lifestyle interventions for cardiovascular risk factors in the general medical population: lessons for individuals with serious mental illness. *The Journal of clinical psychiatry*.

Weissman, M. M. (1975). The assessment of social adjustment: a review of techniques. *Archives of general psychiatry*, 32(3), 357-365.

Livres et dictionnaires

Préférence (2019), dans dictionnaire Larousse (2019), consulté sur <https://www.larousse.fr/>

Lalonde, P. et Pinard G.-F., (2016). *Psychiatrie clinique: une approche bio-psycho-sociale.* : Chenelière Éducation.

Logiciel

JASP Team (2019). JASP (Version 0.9.2.0) [Computer software].