

A large, dynamic yellow brushstroke graphic that sweeps diagonally across the page from the bottom left towards the top right, passing behind the text.

Faculté des
Sciences du Sport
et de l'Éducation Physique
Lille 2

MASTER SANTE ET SPORT

PARCOURS PROFESSIONNEL

SPECIALITE : ACTIVITES PHYSIQUES, PERFORMANCE ET SANTE A.P.P.S.

OPTION : ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES A.P.A.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2008-2009

MEMOIRE

TITRE : APPORTS DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE SUR
L'ESTIME DE SOI ET LA MOTIVATION : EXEMPLE DANS UN
CENTRE DE PORT-CURE D'ADDICTOLOGIE

PRESENTE PAR : MERCIER JUSTINE

SOUS LA DIRECTION DE : DUFOUR YANCY

SOUTENU LE 19 / 05 / 09

DEVANT LE JURY :

DELERUE FLORENCE
DUFOUR YANCY
MAINGUET BRIGITTE

L'objectif de cette étude est de montrer que les APA, en tant que moyen thérapeutique, peuvent contribuer à l'amélioration du bien-être dans l'alcoolodépendance et la toxicomanie. Nous avons travaillé sur deux notions centrales du bien-être : la motivation et l'estime de soi. D'après de nombreuses études, chez cette population, l'estime de soi est généralement faible et est un axe de soin privilégié. Elle est souvent accompagnée de stress et d'anxiété qui entraînent un désintérêt général de la personne envers soi et son environnement. 30 patients ont accepté de se soumettre à l'étude en répondant à des questionnaires basés sur l'estime de soi et la motivation. Il est difficile de démontrer le rôle précis de l'APA sur ces deux paramètres. Néanmoins, l'activité physique permet la remise en mouvement progressive d'un corps oublié par un travail de groupe mettant l'individu en situation d'autonomie, de confiance et d'échange. Elle peut ainsi permettre une revalorisation de soi et entraîner un regain de motivation. Les APA semblent jouer un rôle essentiel dans la santé physique et mentale de ces personnes.

The objective of this study is to show that the adapted physical activities, as therapeutic means, can contribute to the improvement of the well-being in alcohol dependence and the drug addiction. We have been working about two central notions of well-being: motivation and self-esteem. According many studies, self-esteem is weak and she's a preferential treatment axis. She is often accompanied with stress and anxiety which entrainment a general indifference of the person himself and his environnement. 30 patients agreed to submit themselves to the study by answering questionnaires based on the self-esteem and the motivation. It is difficult to demonstrate the part of the adapted physical activities on these two parameters. Nevertheless, the adapted physical activities allow forgotten body to get progressively back to movement during group settings, putting the person in situation of autonomy, confidence and exchange. She can so allow an appreciation of one and emergence of the motivation for change. The adapted physical activities allow playing an essential part in these people's improvement of physical and mental health.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	P3
INTRODUCTION	P4
<u>I) Les addictions</u>	P6
<u>1) Définitions</u>	P6
a) Addictions en générales	P6
b) Définition de l'alcoolisme	P6
c) Définition de la toxicomanie	P7
<u>2) Différents types et caractéristiques des addictions</u>	P8
a) Caractéristiques communes aux différentes conduites addictives	P8
b) Caractéristiques de l'alcool	P9
c) Caractéristiques de la toxicomanie	P10
<u>3) Traitements et prise en charge</u>	P11
<u>II) L'activité physique et les conduites addictives</u>	P13
<u>1) Conséquences sur le corps</u>	P13
<u>2) L'estime de soi</u>	P14
<u>3) La motivation dans l'activité physique</u>	P15
<u>4) L'apport de la psychologie du sport dans les addictions</u>	P16
<u>5) L'activité physique adaptée (APA) en post-cure</u>	P18
a) Chez l'alcoolodépendant	P18
b) Chez le toxicomane	P19

<u>III) Contribution personnelle</u>	P21
<u>1) Objectif et problématique</u>	P21
<u>2) Protocole</u>	P22
a) Description de l'étude	P22
b) Choix des questionnaires	P23
c) Le programme d'activités physiques adaptées	P24
d) Analyses statistiques	P25
<u>3) Résultats</u>	P25
a) Caractéristiques anthropométriques	P25
b) Présentation des résultats en moyennes	P25
c) Résultats statistiques	P29
<u>4) Discussion</u>	P29
a) Limites de l'étude	P30
b) Explications des résultats	P31
c) L'activité physique adaptée au sein de l'établissement	P34
CONCLUSION/ PERSPECTIVES	P36
BIBLIOGRAPHIE	P37
Annexes	P39

REMERCIEMENTS

Je remercie en premier lieu Monsieur Dufour Yancy, mon directeur de mémoire pour son aide précieuse et ses conseils avisés.

Je remercie également l'établissement Le Sablier qui m'a permis de réaliser cette étude.

INTRODUCTION

L'origine du terme d'addiction remonte au Moyen Age où il s'agissait d'une condamnation à payer avec son corps parce qu'on n'avait pas été suffisamment responsable, prévoyant, trop immature. L'histoire de l'addiction et l'analyse des comportements addictifs montrent que souvent le corps paye lorsque le psychisme est défaillant (André et coll., 2004).

Quand on parle d'addiction, on parle aussi de la notion de dépendance qui est un état pathologique où l'organisme est incapable de fonctionner physiologiquement en dehors de la consommation de la substance responsable (Vanescon, 2005). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la dépendance comme : « Un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non. »

L'OMS, dont les objectifs sont présents dans toutes les pathologies et maladies, insiste toujours sur le bien-être et la santé et y inclut bien souvent l'activité physique. Mais elle n'est la seule instance à prendre en charge la santé. En effet il existe d'autres organismes de santé dans le milieu de l'addictologie qui justifient dans leurs programmes les bénéfices apportés par la pratique d'une activité physique régulière, sur la santé physique et mentale. Parmi eux, nous pouvons citer l'IRBMS (Institut Régional de Biologie et de Médecine du Sport) dont les recommandations se portent sur le bien-être par l'activité physique, pour les gens sains comme pour les personnes porteuses de pathologies physiques, mentales et sociales. D'autres associations peuvent être citées telles que l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie), le CDRIPD (Centre départemental de ressources, d'information et de prévention sur les drogues), la F3A (Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie), la FFA (Fédération Française de l'Addictologie), l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)... Enfin nous pouvons citer la SFA (Société Française d'Alcoologie) qui publie de nombreux articles en rapport avec l'activité physique dans sa revue Alcoologie et Addictologie.

On regroupe sous le terme d'addiction un ensemble de conduites agies dont les traits caractéristiques sont les suivants :

- la recherche avide d'un objet de satisfaction aux dépens d'un désir plus élaboré et d'un plaisir plus socialisé ;
- la répétition de l'acte dans une dépendance à l'objet (que ce soit un toxique, la nourriture...) ;
- la proximité de la destruction et de la mort du corps, en tout cas l'utilisation risquée de celui-ci ;

L'étude porte sur cet axe de travail important en post-cure : le corps. Le corps à une place primordiale dans le comportement addictif. Qu'il s'agisse d'une addiction aux drogues ou à l'alcool, le sujet vit mal la relation avec son corps. La représentation du corps chez l'alcoolodépendant est altérée : le schéma corporel est perturbé voir oublié. Le sujet ne fait plus du tout attention à lui, il est dans un état de mal-être physique et moral. En toxicomanie, le corps à une dimension particulière : il est maltraité. Les drogues fournissent au schéma corporel un ensemble d'impression erroné.

Dans une première partie, nous définirons les addictions, les différents types d'addictions et les caractéristiques. Ensuite l'étude se portera sur la place de l'activité physique adaptée en centre de post cure à travers les représentations du corps de la personne addictive à une substance, l'estime de soi et la motivation. L'objectif de cette étude est de montrer les effets bénéfiques de l'activité physique adaptée sur le corps. A partir de questionnaires de psychologie, nous allons essayer de déterminer la part de l'APA sur l'amélioration de l'estime de soi et de la motivation.

I) LES ADDICTIONS

1) Définitions

a) Addictions en générales

A partir des travaux de Peele en 1985 et de l'apport des approches cognitivo-comportementales, Goodman en 1990 a donné une définition opératoire de l'addiction qu'il décrit comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives » (Vanescon, 2005).

Depuis la fin des années 1980, plusieurs définitions de l'addiction ont été proposées. Certaines d'entre elles reprennent la notion de contrainte et la plupart y incluent la notion de dépendance. La dépendance est considérée comme « un processus normal dans le développement psycho-affectif de l'enfant. En revanche, elle prend un caractère pathologique lorsqu'elle assujettit le sujet à un objet de façon contraignante, entraînant une perte de liberté » (Vanescon, 2005). Une autre définition de la dépendance est proposée par Memmi en 1979 qui la définit comme « une relation contraignante plus ou moins acceptée avec un être, un objet, un groupe ou une institution réelle ou idéale et qui relève de la satisfaction d'un besoin ».

Parmi les dépendances les plus classiques, nous en retrouveront deux principales et le plus souvent rencontrées : l'alcoolisme et la toxicomanie.

b) Définition de l'alcoolisme

Le terme d'alcoolisme doit être distingué de l'absorption occasionnelle d'alcool. Il désigne à la fois les altérations somatiques dues à l'intoxication répétée et quasi compulsive de l'éthanol et d'une situation psychologique et sociale complexe. La notion de dépendance dans cette addiction repose sur une constatation clinique où l'abstention chez ces sujets de toute prise d'alcool fait surgir un syndrome caractérisé par un état de mal être physique et psychologique, appelé « le syndrome de sevrage » (Adès et coll., 1996).

L'alcoolisme est l'addiction la plus anciennement repérée. Depuis des millénaires, l'Homme consomme de l'alcool. Historiquement, le vin est considéré comme une boisson désaltérante et remontante, à valeur médicale. Le terme d'alcoolisme a été proposé par Magnus Huss en 1849 pour désigner « l'ensemble des manifestations pathologiques, susceptibles de toucher quasiment toutes les parties du corps, qu'entraîne l'abus chronique d'alcool ». Au XIX^{ème} siècle, l'apparition du terme d'alcoolisme chronique a engendré de nombreuses définitions donnant une place variable aux facteurs psychiques, organiques et sociaux dans l'explication de la dépendance à l'alcool. Fouquet en 1951, propose une courte définition : « Est alcoolique tout homme ou femme qui a, en fait, perdu la liberté de s'abstenir de boire de l'alcool ». Il insiste sur l'intrication entre trois facteurs : un facteur psychique, un facteur de tolérance et un facteur toxique. Descombey en 1994 trace l'alcoolisme en quatre étapes : l'appétence, la tolérance, l'accoutumance et la dépendance (Vanescon, 2005).

c) Définition de la toxicomanie

L'histoire de l'humanité montre que l'Homme a toujours eu une attirance pour les plantes et leurs pouvoirs. Il existe une multitude de substances extrêmement diverses qui ont pour point commun d'agir sur le cerveau et de modifier le fonctionnement mental en intervenant sur les émotions, les cognitions et les perceptions. L'Homme sait les reconnaître et les utiliser pour soulager les souffrances, rencontrer les divinités, remédier à des conditions de vie éprouvantes... Utilisées à des fins différentes, elles peuvent être considérées comme des remèdes ou des poisons. Mais l'état altéré de conscience en est la finalité (Vanescon, 2005).

D'après Richard et Senon en 1999, le mot « drogue » peut être défini de la façon suivante : « au sens usuel, toutes substances psychoactives prêtant à une consommation abusive et pouvant entraîner des manifestations de dépendances » (Andre et coll., 2004). Le terme de « toxicomanie » doit désigner la dépendance à une substance illicite. Différentes définitions ont été proposées par l'OMS qui comprenaient les caractéristiques essentielles : « un besoin irrésistible à consommer, une tendance à augmenter les doses, une dépendance physique et psychologique et souvent physiologique à l'égard des effets de la drogue entraînant des répercussions nuisibles d'ordre émotif, social et économique tant pour l'individu que pour la société » (Reynaud, 2005).

En 1974, l'OMS définissait la toxicomanie comme « un état psychique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, se caractérisant par d'autres

réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre une drogue de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelques fois éviter le malaise de la privation ».

La toxicomanie qui d'un point de vue conceptuel a servi de base, avec l'alcoolisme, au développement de la notion d'addiction qui peut se caractériser, comme le proposait Olivenstein en 1982, par la triple rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un contexte socioculturel (Vanescon, 2005).

2) Différents types et caractéristiques des addictions

Les addictions sont nombreuses et diverses, l'alcool et les drogues étant les plus fréquentes. Néanmoins nous pouvons les classer en deux catégories principales :

- nous pouvons inclure dans la catégorie « addictions à une substance », le tabac, les caféines, les médicaments, l'alcool et la drogue ;
- une deuxième catégorie « addiction à un comportement » comprend les troubles des conduites alimentaires, le jeu pathologique, internet, les achats, le sport et le sexe (Vanescon, 2005).

a) Caractéristiques communes aux différentes conduites addictives

Il s'agit des similitudes comportementales qui ont servi de point de départ pour décrire les addictions. Marks en 1990 tente de mettre en évidence les caractéristiques cliniques communes à l'ensemble des troubles addictifs, tels que le « *craving* » par exemple (impulsion à entreprendre un comportement négatif). Selon lui, deux versants sont à prendre en compte dans le comportement addictif : un versant addictif qui implique un attrait vers une sensation agréable (pull), et un versant compulsif qui tend à éviter un sentiment d'inconfort (push). Les différentes caractéristiques au sens larges sont :

- une reconnaissance du phénomène de dépendance, dépendance pathologique entraînant contraintes et aliénations ;
- une notion de contrainte qui renvoie à la perte de la liberté ;
- une répétition de la conduite qui se traduit par le besoin du comportement ou de la substance de façon compulsive et qui entraîne le sujet dans un cercle vicieux ;

- la fréquence des passages d'une addiction à l'autre : un toxicomane abstinent aux substances illicites qui devient alcoolique par exemple ;
- l'association de plusieurs conduites addictives. On parle alors de polyaddiction ;
- la place centrale occupée par la conduite addictive dans la vie du sujet : les termes « centration » ou « saillance » sont utilisés pour définir la force de surinvestissement d'une action particulière ;
- une similitude dans les propositions thérapeutiques comme les groupes d'entraide ou les centres hospitaliers d'addictologie pour prendre en charge tous types d'addictions ;
- des facteurs de vulnérabilités similaires comme une recherche de sensation, une impulsivité, une hyperactivité, la dépression, une faible estime de soi, des dépendances affectives, alexythimie... ;
- enfin, des mécanismes biologiques communs. Il existe deux systèmes d'effecteurs chimiques qui interviennent dans ces conduites : les neurotransmetteurs classiques (dopamine) et les neurotransmetteurs peptidiques. Les substances qui impliquent une dépendance activent les circuits de ces neurotransmetteurs dans la partie du cerveau responsable des émotions, impliquée dans le système de récompense (le plaisir) (Vanescon, 2005).

b) Caractéristiques de l'alcool

L'alcool en tant que psychotrope va avoir des effets variables selon la quantité consommée sur le psychisme et le comportement du sujet. On sait que l'alcool facilite les échanges interpersonnels, calme les souffrances, le mal être psychique, permet une fuite de la réalité... Les conséquences de l'alcoolisme se constatent au niveau somatique, notamment des troubles neurologiques, insuffisance cardiaque, encéphalopathies, polynévrites, épilepsie... Au niveau psychologique on retrouvera des troubles du caractère et de l'humeur (Adès et coll., 1996).

Il existe différentes formes d'alcoolisation. Premièrement on retrouve l'alcool chez les adolescents. En effet l'alcool est le produit expérimenté le plus précocement. Trois axes peuvent en partie expliquer la consommation d'alcool chez les jeunes : 1/ une modification physiologique et psychologique qui peut entraîner un mal être, 2/ l'alcool peut permettre à l'adolescent d'accéder à un statut social d'adulte, s'intégrer à un groupe de pair, 3/ la

consommation d'alcool peut parfois être considérée à cette période comme un rite initiatique. Mais la consommation régulière, abusive chez le jeune est souvent associée à une comorbidité psychiatrique : « que cherche le jeune en consommant » ? (Vanescon, 2005).

Ensuite on peut retrouver l'alcoolisme de plus en plus fréquemment chez la femme. Les facteurs de risques d'alcoolodépendance chez la femme sont notamment le chômage, la précarité de l'emploi, l'isolement, la présence d'un conjoint alcoolique, un désert affectif... La femme alcoolique est particulièrement concernée par le contexte social. Selon Beckman en 1978, la préoccupation d'être insatisfaisante et d'être incapable d'assumer les rôles attribués traditionnellement à la femme constituait le problème central dans l'alcoolisme féminin. Les femmes alcooliques sont susceptibles d'avoir une estime de soi plus basse que les hommes alcooliques (Aubry et coll., 2004). Cependant, plusieurs études tendent à montrer que les hommes et les femmes sont affectés de la même façon par la maladie alcoolique (Marty Mann, 1970) et qu'ils présentent les mêmes caractéristiques personnelles de base (Bromet et Moos, 1978) (Adès et coll., 2003).

On peut donc se demander comment lutter efficacement contre cette maladie, engendrant une détérioration progressive physique et mentale. On peut aussi s'interroger sur la place et le rôle (préventif, curatif etc..) des APA dans la lutte contre cette maladie.

c) Caractéristiques de la toxicomanie

Les différentes formes et caractéristiques de la toxicomanie résident dans le fait que les drogues sont nombreuses et diverses ainsi que leurs effets sur le corps et le cerveau. Comme le rappellent Valeur et Matysiak en 2002, on classe les produits psychoactifs en fonction soit de leurs statuts légaux, soit de leurs effets recherchés. Les principaux produits sont classés en différentes catégories : 1/ les psycholeptiques qui comprennent le cannabis, les opiacés (propriétés similaires à l'opium) dont la morphine et dérivés (l'héroïne), 2/ les psychostimulants comprenant la cocaïne, le crack (forme de cocaïne) et l'ecstasy, 3/ les hallucinogènes (le LSD : Lysergik Saure Diethylamide) 4/ la kétamine ou spécial K (Vanescon, 2005).

La toxicomanie se retrouve surtout au moment de l'adolescence qui est une période de modifications corporelles, d'ouvertures relationnelles, de recherche d'identité, de quête d'autonomie, d'attrance vers ce qui est interdit, dangereux, réservé aux adultes. « Qu'il

s'agisse de tabac, d'alcool, de cannabis ou d'autres produits, l'usage débute le plus souvent vers 20 ans » (André et coll., 2004). Plusieurs facteurs amènent l'adolescent à consommer des substances illicites tels que le remaniement identitaire, la place du corps et de l'agir (l'adolescent doit se familiariser avec un nouveau corps, en connaître les limites, le tester...) et la notion de rite et de prise de risque qui recouvrent une dimension socioculturelle et une dimension personnelle.

3) Traitements et prise en charge

Chez les personnes en condition d'addiction, le stress, l'anxiété et la dépression sont les trois conséquences principales en corrélation avec un degré plus ou moins élevé de consommation de substances (Camart et coll., 2008). La prise en charge en addictologie réside principalement dans la nécessité d'aider le patient à développer de meilleures stratégies d'adaptation face au stress en utilisant des techniques issues des thérapies cognitivo-comportementales telles que la gestion du stress, des émotions et la résolution de problèmes (Marcil-Denault, 2000).

Ces dernières consistent à aider le patient à développer une motivation au changement, une prise de conscience des mécanismes internes et des influences externes qui gèrent les conduites addictives (André, 2008). Elles sont fondées sur les théories de l'apprentissage : le conditionnement classique (Pavlov) et le conditionnement opérant (Skinner, Thorndike). Le conditionnement classique est souvent évoqué comme le mécanisme principal par lequel les stimuli environnementaux vont pouvoir induire des envies compulsives de consommer. Il est à l'origine d'au moins quatre types de traitement cognitivo-comportementaux : exposition au stimulus, contrôle du stimulus, relaxation et thérapies aversives. Le conditionnement opérant est un type d'apprentissage qui se réalise dans la conséquence de l'action. Selon la loi de l'effet de Thorndike, le sujet a tendance à répéter les actions qui lui paraissent avoir des conséquences bénéfiques ou qui lui permettent d'échapper à une situation désagréable. Il est représenté par deux modes : un renforcement positif si les conséquences de la réponse accroissent la probabilité de renouvellement de cette réponse (effets agréables des substances psychoactives induit un renforcement positif du comportement de consommation) ou un renforcement négatif s'il induit une réponse qui conduit à la suppression d'un événement déplaisant (l'alcoolique qui boit pour supprimer les tremblements de sevrage) (Reynaud, 2005). Une étude menée dans une unité de soins à Fort de France a montré que les principes

du conditionnement opérant apportent une amélioration considérable du pronostic en matière de toxicomanie aux opiacés. Des limites persistent en cas de comorbidité et de polytoxicomanie. Dans ces derniers cas, une prise en charge complémentaire est nécessaire et les thérapies cognitivo-comportementales sont indiquées (Ballon et coll., 2003).

Les techniques centrées sur l'utilisation des copings sont issues des thérapies cognitivo-comportementales. Les copings les plus souvent utilisés face à une situation de stress sont ceux centrés sur l'émotion. Ils sont généralement associés à des difficultés affectives et comportementales. Ils donnent de moins bons résultats que les copings centrés sur le problème qui réduiraient nettement le niveau d'anxiété des sujets. La gestion des émotions repose sur une identification des émotions (apprendre à reconnaître, accepter et verbaliser ses émotions) et sur le développement des activités plaisantes pour favoriser les émotions positives. C'est sur ce dernier point que les activités physiques adaptées vont jouer un rôle majeur (Guibour et coll., 2000).

II) L'ACTIVITE PHYSIQUE ET LES CONDUITES ADDICTIVES

1) Conséquences sur le corps

Les déficits causés par l'intoxication sur le corps sont nombreux et divers autant sur le plan physique et psychologique que biologique et physiologique. Dans les conduites addictives, on met en évidence la recherche d'un excès de sensations corporelles : « L'objet d'addiction sert de prothèse à une élaboration corporelle non accomplie et permet de faire face à l'intériorisation d'une image pessimiste du corps et d'éviter la confrontation, à toutes situations intolérables » (André et coll., 2004).

L'alcool entraîne des altérations de la représentation du corps telle que la négatoscopie, c'est-à-dire une représentation asexuée du corps. Le corps est perçu comme neutre, matériel, le patient cherche à le nier. L'ivresse entraîne la sensation d'euphorie. Cette sensation est marquée essentiellement par la déshinibition qui facilite les contacts sociaux et permet de galvaniser les interactions (André et coll., 2004). Sur un plan plus physiologique, l'alcool entraîne des perturbations des systèmes métaboliques, lipidiques, glucidiques et protidiques. L'alcool est toxique. Il se produit des atteintes au niveau du système nerveux central (encéphalopathies) ou périphérique (polynévrites, névrites optiques rétrobulbaires), une perte d'équilibre, une hypertension artérielle. La consommation chronique d'alcool entraîne également des perturbations du système cardio-vasculaire. En effet, elle est responsable de myocardiopathies, d'hypertension artérielle, d'accidents vasculaires cérébraux et de troubles du rythme cardiaque (Coulombier, 2001).

En toxicomanie, le corps a une dimension très particulière : « Il est maltraité, troué sauf quand une substance toxique le pénètre ». Les drogues fournissent au schéma corporel un ensemble d'impressions erronées : sensation de lévitation, dématérialisation, transformations corporelles hallucinantes multiples (visuelles, auditives, sensitives, kinesthésiques...) (André et coll., 2004). La toxicomanie entraîne aussi des perturbations physiologiques et cognitives : altération des performances cognitives (notamment l'équilibre), troubles de la mémoire, de l'attention, de la coordination perceptivo-motrice, augmentation du temps de réaction... C'est une source de plaisir qui est recherchée par les consommateurs. En effet, dans le cerveau, les endorphines se fixent sur les récepteurs aux opiacés dans les situations de plaisir ou de

douleur. Les drogues choisissent de se fixer sur ces récepteurs dans les zones cérébrales responsables de l'humeur. Ces substances toxiques ont une influence certaine sur trois neuromédiateurs fortement impliqués dans l'équilibre de l'humeur : la dopamine, la sérotonine et la noradrénaline. (Clément, 2001 ; Reynaud, 2005).

Toutes ces conséquences négatives sur le corps et l'esprit chez une majeure partie des sujets dépendants à une substance, entraînent une diminution de l'estime de soi, de sa valeur, de ses capacités physiques et/ou mentales.

2) L'estime de soi

Coopersmith en 1984 la définissait comme : « l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même. C'est le résultat d'une attitude fondamentalement personnelle fondée sur une perception et une évaluation faite à partir de critère propre à l'individu. Le regard de l'autre est fondamental, il permet et influence la construction de l'image de soi ». D'après Aubry et coll., elle comporte un niveau cognitif (les idées à l'égard de soi), un niveau émotif (l'évaluation et les sentiments positifs ou négatifs envers soi) et un niveau comportemental (l'influence sur la motivation et le comportement). Une image de soi négative facilite le recours aux substances et inversement ce dernier diminue l'estime de soi (Aubry et coll., 2004).

L'estime de soi est un axe de soins privilégié dans un centre de post cure. De nombreuses études sur les comportements addictifs ont montré que l'estime de soi était généralement faible dans cette population (Aubry et coll., 2004 ; Ninot et coll., 2003 ; Le Claire et coll., 2000). Elle repose sur trois piliers interdépendants : l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi. Le travail sur le corps offre un excellent moyen de se renarcisier. Il permet de se remettre en forme mais au delà du côté strictement physique, chacun peut réintégrer son corps, récupérer ses sensations, mieux se sentir, se supporter et optimiser sa connaissance de soi (Le Claire et coll., 2000). En effet dans le cadre d'une étude sur un séjour en post cure centré sur les activités physiques, l'éducation thérapeutique et la psychothérapie, des patients ont répondu à des questionnaires basés sur l'estime de soi. Les résultats qui en découlent sont une diminution de l'état de dépression et une augmentation de l'estime de soi. Les améliorations sont significatives du fait que les patients ont appris ou réappris à contrôler leur corps et à prendre plaisir à le maîtriser. L'état dépressif et la faible estime de soi, notamment dans le domaine corporel, pourraient constituer deux facteurs de vulnérabilité qui

seraient susceptibles de déclencher une reprise de la conduite consommatrice (Ninot et coll., 2003).

Selon Lehalle en 1995, l'estime de soi se situe sur quatre niveaux de représentations. Le niveau indifférencié, qui concerne les stratégies d'adaptation du sujet à l'environnement. L'analyse de ces stratégies permet de mieux comprendre l'influence de l'estime de soi sur le comportement. Le niveau descriptif répond à la perception que le sujet a de lui-même et de ce que les autres pensent de lui. Le niveau évaluatif correspond aux concepts d'estime de soi et de sentiment de compétence. C'est le niveau le plus conscient et explicite pour le sujet. Enfin, le niveau intégratif se réfère essentiellement au concept d'identité.

La perception du corps est donc indispensable dans la construction et l'évolution de l'estime de soi car sans cette perception, l'individu se retrouve en échec aussi bien face à lui-même que face aux autres (Ninot et coll., 2003).

3) La motivation dans l'activité physique

Pour Vallerand et Thill en 1993 le concept de motivation représente « le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, l'orientation, l'intensité et la persistance du comportement ». Cette définition est valable autant dans l'activité physique que dans d'autres domaines de la vie. Il existe deux formes de motivation : la motivation intrinsèque (MI) et la motivation extrinsèque (ME) (Vallerand et coll., 1993).

Pour Deci en 1975, la motivation est qualifiée d'intrinsèque lorsque la tâche est entreprise pour elle-même, cela signifie que nous pratiquons l'activité pour le plaisir et la satisfaction que nous en retirons. Il existe trois facteurs clef de la MI : le sentiment de compétence, le sentiment d'autodétermination et le sentiment d'appartenance sociale.

Selon Deci et Ryan en 1991, il existe 4 types de motivation extrinsèque :

- régulation externe: la plus extrinsèque (faire un 10km pour la prime offerte, se donner à l'entraînement pour éviter les séries d'abdominaux supplémentaires...) ;
- régulation introjectée: ME partiellement internalisée (s'entraîner tous les jours pour faire plaisir à ses parents, son entraîneur...) ;
- régulation identifiée: ME qu'on a fait sienne (faire de la musculation, ce que l'on n'aime pas forcément, pour le gain de puissance) ;

- régulation intégrée: ME la plus internalisée (comprendre et accepter les comportements de l'entraîneur) (Cox, 2005).

De nombreuses théories ont été publiées quant aux différentes formes de motivation. Nous allons en décrire deux, qui nous intéresseront plus particulièrement pour la suite de l'étude : la théorie des buts d'accomplissement et la théorie de la fixation des buts. Ici on fait référence à la MI. Selon Nicholls en 1984 et 1989, il existe deux orientations motivationnelles:

- orientation vers la tâche dont le but est de maîtriser une habileté particulière (par exemple, tenir 5 minutes de plus sur ergomètre à intensité égale) ;
- orientation vers l'ego dont l'habileté perçue se mesure par comparaison aux performances réalisées par autrui et non par rapport aux progrès réalisés personnellement.

Concernant la théorie de la fixation des buts, Nuttin en 1980 la décrit comme « l'activité du sujet qui est dirigée vers, et régulée par, un résultat ou un état à atteindre, c'est-à-dire par un but cognitivement représenté qui concrétise le besoin du sujet ». La théorie de la fixation des buts comprend cinq principes fondamentaux :

- des buts difficiles qui contiennent un défi et conduisent à une meilleure performance que des buts trop faciles ;
- des buts précis et difficiles sont plus efficaces que des buts vagues et généraux ;
- des buts contrôlables et flexibles sont plus efficaces que des buts incontrôlables et inflexibles ;
- des buts à long terme sont plus efficaces s'ils sont associés à des buts à court terme ;
- des buts positifs sont plus efficaces que des buts négatifs (Famose, 2001).

4) L'apport de la psychologie du sport dans les addictions

Les bénéfices d'une activité physique régulière sont d'autant plus importants, pour les personnes souffrant de troubles psychologiques, psychiques que pour les personnes en bonne santé. Pourquoi entre-t-on et se maintient-on dans un état de dépendance ? Soit par l'évitement d'une difficulté à être, soit par la recherche du plaisir. Il apparaît alors un déconditionnement global. Les individus dépendants sont inactifs et n'éprouvent plus le besoin de bouger. La prise d'alcool ou de drogue a de nombreux effets néfastes sur la santé. L'activité physique va donc jouer un rôle important pour lutter contre ces effets.

Albert Bandura en 1976, dans sa théorie de l'apprentissage sociale introduit les composantes cognitives comme l'efficacité personnelle et l'anticipation du résultat. Un patient qui s'engage sur la voie de l'abstinence sans avoir les moyens nécessaires de gérer efficacement une situation difficile risquerait de consommer à nouveau. Le fait de ne pas pouvoir gérer une telle situation renforcerait le sentiment de faible efficacité personnelle et un manque de confiance en soi, tout en conservant l'idée que la prise d'alcool par exemple l'aiderait à recouvrir un état positif (Vanescon, 2005). C'est pour cela que l'activité physique va être importante pour augmenter l'auto efficacité de la personne. En effet, selon Bandura en 1997, lorsqu'une personne maîtrise une tâche qu'elle perçoit comme difficile, elle voit son niveau d'auto efficacité augmenter. Les non sportifs perçoivent l'activité physique comme difficile. Lorsqu'ils parviennent à faire régulièrement de l'exercice, ils éprouvent un sentiment d'accomplissement et d'auto efficacité. L'accroissement de l'auto efficacité permet d'enrayer les émotions négatives qui accompagnent la dépression, l'anxiété et les autres états d'humeurs négatives. C'est pour cela qu'il faut favoriser la réussite de l'exercice proposé et utiliser des stratégies de copings afin de ne pas se retrouver en situation d'échec (Cox, 2005). Selon Peele en 1985, l'addiction est en rapport avec l'échec devant une tâche, échec qui met en doute la capacité de réussir et se traduit par un sentiment d'incompétence personnelle sociale. L'addiction servirait de moyen pour pallier la faible estime que le sujet a de lui-même. Le développement de la valeur physique perçue contribue au renforcement de l'estime de soi et qu'un certain niveau de confiance en soi est requis pour maintenir l'engagement d'un sujet dans une pratique (André et coll., 2004). L'activité physique fait partie des interventions les plus répandues pour accroître l'estime de soi. Les hommes et les femmes de tous les âges qui font de l'exercice ont une meilleure image d'eux-mêmes que ceux et celles qui n'en font pas. L'activité physique permet d'influencer l'image qu'ont les gens de leur corps en se comparant aux autres. Il existe une augmentation de l'estime de soi chez les personnes qui pratiquent différents types d'activités physiques (exercices d'endurance, exercices musculaires, danse...). Cette amélioration est particulièrement prononcée chez les personnes qui avaient auparavant une moindre estime d'eux-mêmes.

Les pathologies comme les conduites addictives sont centrées sur le corps. L'activité physique va permettre une meilleure construction et représentation du corps. Elle va agir sur les différentes parties du corps. De ce fait l'individu retrouvera certaines sensations qu'il avait alors perdues (Carrière, 2003).

5) L'activité physique adaptée (APA) en post- cure

a) Chez l'alcoolodépendant

La post cure met en place une prise en charge institutionnelle, qui a pour but de faire évoluer le patient vers l'autonomie. Le patient alcoolique n'a plus aucune envie, il n'a plus conscience de son corps, il devient alors une personne inactive. D'après Kukstas en 1998, la motivation principale du malade est de se soigner, se remettre en forme, être écouté. Il semble que le malade alcoolique soit asomatognosique (perte de conscience d'une partie ou de la totalité du corps) (Clément, 2001). C'est par l'intermédiaire de l'APA que le patient va pouvoir retrouver une envie de bouger, de solliciter son corps. Il deviendra alors actif et non plus inactif. Les APA peuvent aider l'individu à restaurer une connaissance du corps, à reprendre de l'assurance, à vivre des situations et non plus à les subir. De plus la personne alcoolique a tendance à s'isoler et à avoir peur du regard des autres. Les APA permettent un travail de groupe (le respect des uns des autres) et une meilleure intégration favorisant les échanges entre les personnes, et donc, de se sentir plus à l'aise en communauté. Selon Lastra en 1999, « le groupe constitue un cadre dynamique social, c'est un moteur de communication ». La relation à l'autre va s'articuler sur deux axes par le biais des APA : le respect de l'autre et l'aspect ludique de la confrontation à l'autre. Les objectifs des APA sont avant tout de permettre au patient de s'inscrire dans une démarche dynamique où il est acteur, par un travail centré sur :

- *La redynamisation* : se remettre en confiance en se reconnaissant des aptitudes ;
- *L'autonomie* : développer la prise d'initiative ;
- *La restructuration* : se construire des repères dans le temps et l'espace ;
- *La socialisation* : prendre sa place dans le groupe, développer sa capacité à communiquer... ;
- *L'auto évaluation* : développer sa capacité à s'évaluer, à observer, à comparer ;
- *Le réentraînement à l'effort* : développer ses capacités physiques (Coulombier, 2001).

De plus, l'une des priorités des intervenants en APA est de restaurer l'image de soi du sujet atteint d'une pathologie qu'elle soit physique, mentale ou psychique. Il existe une relation positive entre la pratique d'une activité physique et l'amélioration de la santé mentale. La forme physique sert de filtre contre le stress et l'anxiété de la vie courante. Les individus qui pratiquent une activité régulière seront moins sensibles aux effets négatifs du

stress et de l'anxiété. En effet, il existe une relation primordiale entre le sport et le bien-être dans la mesure où le sport contribue à la santé individuelle et aux relations sociales, il possède un potentiel considérable (Ripol et coll., 1995). Sur le plan psychologique, la pratique d'une activité physique permet d'améliorer l'estime de soi. Elle produit un sentiment de contrôle et de maîtrise du corps. La personne redécouvre ses aptitudes physiques et prend plaisir à les développer et à les maîtriser. L'APA permet aux individus de les rendre plus aptes à se battre ou à résister à cette image dépréciée d'eux-mêmes, à reconstruire une image du corps favorable, à libérer des motricités, à développer un usage de soi propice. Sur le plan physiologique, il y aurait un niveau insuffisant de certains neurotransmetteurs (endorphine, sérotonine, noradrénaline) chez les personnes dépressives. L'exercice régulier permet de corriger le déséquilibre de ces neurotransmetteurs et serait à la base d'une amélioration de la santé mentale (Coulombier, 2001). La réhabilitation basée sur la pratique d'APA permet donc une diminution de l'état dépressif des patients alcoolodépendants (Ninot et coll., 2003).

b) Chez le toxicomane

Chez la personne toxicomane, l'activité physique peut être perçue comme un moyen relationnel, comme un espace de rencontre, de structuration, dans la reconstruction d'un être global. Elle permet de réassurer des positions narcissiques par la réalisation d'un acte : « je l'ai fait » ; de plus elle repersonnalise le sujet en le nommant, en le reconnaissant comme acteur. Par l'apprentissage elle permet l'accès à la maîtrise du mouvement, de l'estime de soi, elle favorise la restructuration qui influera sur les registres corporels et comportementaux. La personne toxicomane en consommant recherche le risque. La pratique physique doit pouvoir offrir aux sujets cette prise de risque en proposant des activités dites de nature, inhabituelles, comme l'escalade par exemple. Mais elle peut aussi offrir ce risque par la confrontation à soi, à ses capacités physiques et psychiques personnelles et aux autres. La pratique physique est un espace et un temps où la personne est mise en situation d'agir, de choisir, de s'exprimer et d'évoluer dans et par une coparticipation active. Elle doit permettre à la personne toxicomane de sortir de la dévalorisation de ses capacités et de ne pas rester dans le champ d'une illusion de puissance. Elle doit permettre de redonner un sens à une existence en mal de repères (Clément, 2001).

La réhabilitation basée en particulier sur l'exercice physique appliqué aux personnes dépendantes d'une substance, produit une diminution de l'état dépressif et une valorisation de soi, notamment sur le plan corporel. Le sport est une valeur thérapeutique, car s'il est réalisé

dans la progressivité et la continuité, tenant compte bien sûr des limites de chacun. Il peut alors participer au rétablissement de la confiance en soi et à la restructuration de la personnalité. Ceci à tel point que le sport est loin d'être contre indiqué et même au contraire souhaité autant que possible (Vanderheyden et coll., 2003).

III) CONTRIBUTION PERSONNELLE

1) Objectif et problématique

Nous avons vu à travers la littérature qu'une personne alcoolodépendante ou toxicomane a, pour la plupart du temps, des caractéristiques d'anxiété, de dépression, une diminution de l'estime de soi, de socialisation, une perte d'autonomie, de ses capacités physiques... C'est une personne qui subit le présent, qui est solitaire et inactive. L'activité physique apporte des bienfaits que ce soit au niveau physique, mental ou social et peut contribuer à amener le sujet vers une meilleure socialisation, autonomie, responsabilité, estime de soi. En effet, l'activité physique est considérée comme un moyen thérapeutique bénéfique pour des personnes séjournant en post cure. Plusieurs études le montrent notamment une étude faite sur un centre où l'activité physique a une place primordiale (Vanderheyden et coll., 2003 ; Ninot et coll., 2003).

L'APA apporte des avantages essentiels à cette population, aussi bien sur le plan psychologique, social, que physique. Elle permet de travailler sur le corps de l'individu, le corps étant un axe de soin privilégié à travers les différentes activités proposées en post cure. Le patient doit reconnaître ou redécouvrir ses capacités physiques. Tous ces facteurs peuvent être source d'une augmentation de l'estime de soi. La motivation est axe de travail important, car la motivation que l'on peut éprouver lors d'une activité physique peut avoir des répercussions positives dans d'autres domaines de la vie courante (motivation à se reprendre en main, à dire non, à lutter contre l'addiction).

L'objectif de cette étude est de montrer les effets bénéfiques des APA sur un plan physique et moral, mais aussi de savoir si elles ont une place suffisamment importante au sein de la structure.

L'hypothèse serait que la comparaison des résultats obtenus aux différents questionnaires permettrait de constater une amélioration significative quand aux effets bénéfiques apportés par l'activité physique sur l'estime de soi et la motivation.

2) Protocole

a) Description de l'étude

Cette étude est réalisée sur 30 patients présentant une addiction (alcool, drogue ou médicaments). Tous ces patients étaient en post cure. 20 des patients présentés étaient en hospitalisation complète (HC) pendant trois semaines et 10 étaient en hospitalisation de jour (HDJ) pendant trois semaines également. Pour les patients en HC, la première semaine est réservée au sevrage médicamenteux, les activités démarrent à partir de la deuxième semaine. Pour les patients en HDJ, les activités débutent dès le premier jour. Concernant l'activité physique, les HC ont 4 fois une heure d'APA sur deux semaines, et les HDJ ont 5 fois une heure d'APA sur trois semaines. Tous les patients de l'étude ont répondu à des questionnaires issus de la psychologie, au début et à la fin du cycle. Les questionnaires (*annexes 1, 2, 3*) sont basés sur différents domaines ayant un lien avec le bien être :

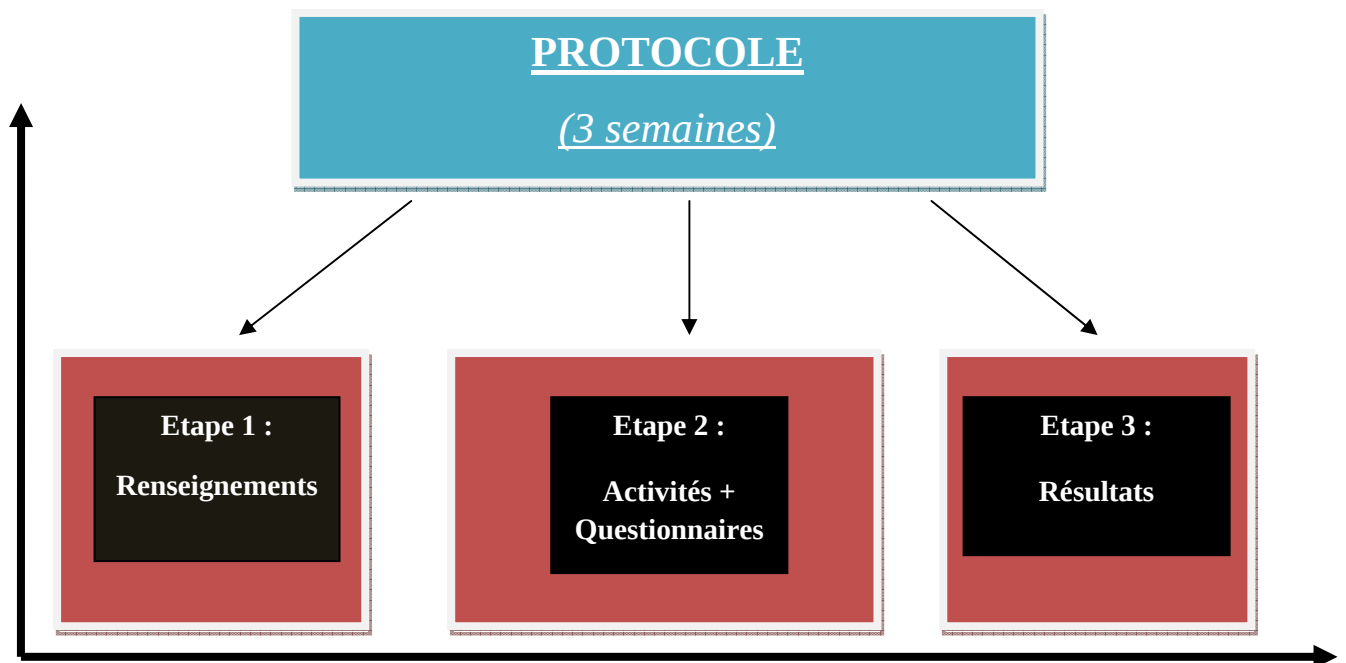
- échelle d'estime de soi dans le domaine corporel (Ninot, et coll., 2000) ;
- échelle d'estime de soi globale : perception personnelle (Vallières et coll., 1990) ;
- échelle de motivation dans le sport (Brière et coll., 1995.).

Les résultats seront ensuite analysés. Une comparaison sera faite, sur chacun des thèmes cités ci-dessus (comprenant chacun des sous items), en début et fin de cycle.

L'étude va se dérouler en trois étapes :

- Etape 1 : Renseignements sur les patients, les caractéristiques anthropométriques et les raisons de l'hospitalisation.
- Etape 2 : Début des activités. Remise des questionnaires en début et fin de cycle.
- Etape 3 : Analyse des résultats.

Figure 1 : Déroulement de l'étude



b) Choix des questionnaires

Les questionnaires ont été choisis en fonction des axes de soins privilégiés en thérapie contre les addictions, mais aussi en fonction des axes de travail dans l'activité physique. Deux questionnaires se portent sur l'estime de soi.

L'estime de soi globale, perception personnelle est un critère travaillé en activité physique mais aussi dans les autres activités thérapeutiques.

L'estime de soi dans le domaine corporel est l'objectif principal en APA. Le corps, l'image du corps sont beaucoup travaillé en thérapie, notamment par le biais du sport. Ce questionnaire comprend différents items :

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| - EG : estime de soi globale | - CP : condition physique |
| - VPP : valeur physique perçue | - CS : compétences sportives |
| - A : apparence | - F : force |

Les items CP, CS et F n'ont pas été retenus. Pour ce type de population, seuls les items faisant référence à l'image de soi, sa valeur, au bien-être et non à la compétence sont étudiés.

L'objectif en APA étant la redécouverte du corps maltraité, retrouver des sensations oubliées, le plaisir ressenti pendant une activité physique.

Le questionnaire sur la motivation est ici utilisé pour étudier le ressenti des patients pour une activité physique : la motivation à entretenir son corps, la confiance en soi dans l'activité physique mais aussi une motivation faisant référence à d'autres domaines de la vie (par exemple la motivation et la confiance en soi pour lutter contre l'addiction). Ce questionnaire comprend trois items de la motivation :

- Amotivation

- Motivation intrinsèque (MI) comprenant 3 sous items : 1) MI à l'accomplissement, 2) MI à la connaissance, 3) MI à la stimulation.

- Motivation extrinsèque (ME) comprenant 3 sous items : 1) ME identifiée, 2) ME introjectée, 3) Régulation externe.

En MI et ME seuls les premiers sous items ont été retenus, car ils correspondent au mieux aux objectifs développés.

c) Le programme d'activités physiques adaptées

L'importance à accorder à l'APA en post cure repose sur la reconstruction d'un être global. La motivation principale du malade est de se soigner, se remettre en forme, être écouté. Les objectifs en APA vont donc être basés sur la remise en forme, par la redécouverte du corps et du schéma corporel. Ces critères ont pour but d'augmenter l'estime de soi chez ces patients, dont la plupart sont inactifs depuis plusieurs mois. La post cure met en place une prise en charge institutionnelle qui a pour but de faire évoluer le patient vers une reprise de l'autonomie (Varrey et coll., 2001).

Les séances sont faites de renforcement musculaire léger des membres inférieurs et supérieurs, du bassin (abdominaux) à l'aide de matériel tels que des bracelets lestés, haltères... Des exercices basés sur l'endurance sont aussi proposés, à travers des jeux de ballons ainsi qu'une pratique du vélo et vélo elliptique. Certains exercices se font seuls, mais des exercices « collectifs » ou par deux sont inclus dans chaque séance quelque soit le travail proposé.

Les objectifs fixés sont différents selon les patients, leur état physique général. Par exemple lors d'une séance sur machine on donne un temps d'effort (10 minutes). Si le patient tient les dix minutes, on augmente le temps d'effort à la séance suivante, et dans le cas contraire, l'objectif sera d'atteindre les 10 minutes d'effort. Les séances sur machines se font au début et en fin de cycle. Dans une autre forme de travail les objectifs fixés peuvent porter sur un nombre de répétition, sur l'équilibre, sur le temps de travail en « aérobic »...

d) Analyses statistiques

Les résultats pour les caractéristiques anthropométriques seront exprimés en moyennes ($\pm$ SD) (*Tableau 1*). Après avoir vérifié la normalité de la population, nous choisissons un test paramétrique, un t-test pour échantillons appariés. Celui-ci servira à comparer les résultats des questionnaires entre le début et la fin du cycle, pour chaque thème (perception personnelle, estime de soi et motivation).

3) Résultats

a) Caractéristiques anthropométriques

Le groupe de 30 sujets comprend 20 hommes et 10 femmes, mais il n'y aura pas de comparaisons par sexe. Une moyenne pour chaque critère est effectuée.

Tableau 1 : Moyennes ($\pm$ SD) des caractéristiques anthropométriques des 30 sujets.

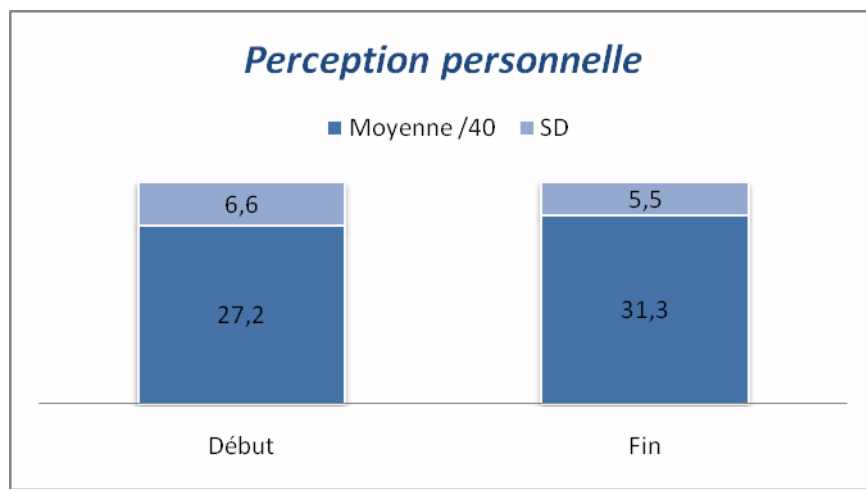
<u>Groupe</u>	<u>Age</u> (années)	<u>Poids</u> (kg)	<u>Taille</u> (cm)
Patients 1 à 30	44 ($\pm$ 9,04)	73 ($\pm$ 14,45)	173 ($\pm$ 8,5)

b) Présentation des résultats en moyennes

Les résultats sont ici présentés sous forme de figures où apparaitront les moyennes ($\pm$ SD) des différents items (*Figures 1, 2, 3, 4, 5*). Concernant le questionnaire sur la perception personnelle, le sens de chaque phrase amène à une pondération de 1 point (tout à fait en désaccord) à 4 points (tout à fait en accord) pour les items positifs et inversement pour les items négatifs. On obtient un score maximum de 40 et un minimum de 10 (10 questions),

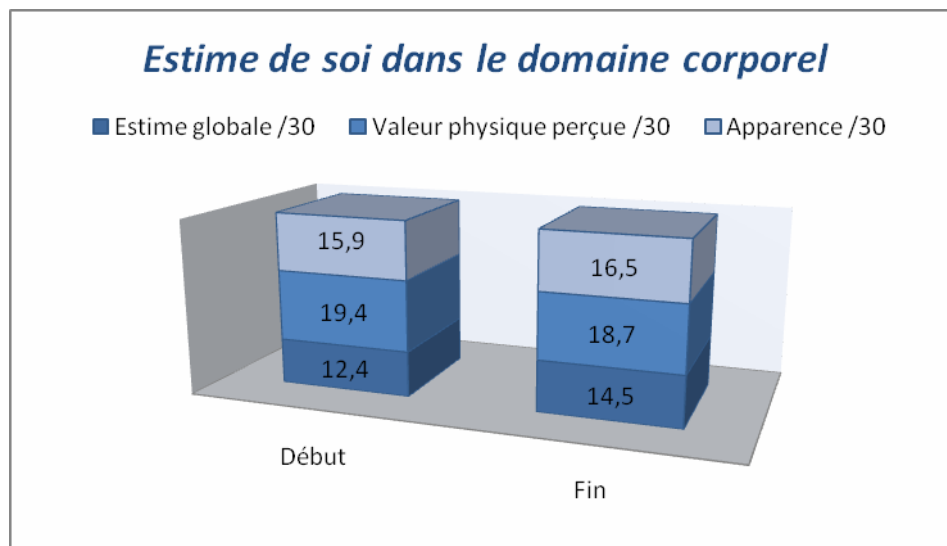
ce qui donne une moyenne de 20/40. Pour le questionnaire sur l'estime de soi dans le domaine corporel, on a une pondération de 1 point (pas du tout) à 6 points (tout à fait) pour les items positifs et inversement pour les items négatifs. Pour chacun des paramètres (estime de soi globale, valeur physique perçue, apparence) nous avons un score maximum de 30 points et un minimum de 5 points (5 questions dans chaque sous items). Ce qui nous donne une moyenne de 17,5/30 pour chacun des paramètres et de 45/90 pour le total. Enfin, le questionnaire portant sur la motivation amène à une pondération de 1 (ne correspond pas du tout) à 7 (correspond très fortement). On obtient ainsi un score maximum de 28 et un minimum de 4 (4 questions pour chaque sous items) et donc une moyenne de 14/28. Néanmoins, sur le critère de l'amotivation, plus le score est faible (4), mieux c'est, car ça signifie que l'amotivation est faible. Ainsi pour la motivation intrinsèque et la motivation extrinsèque, on a une moyenne de 28/56.

Figure 1 : Résultats en moyennes ($\pm$ SD) de l'estime de soi globale : perception personnelle, en début et fin de cycle



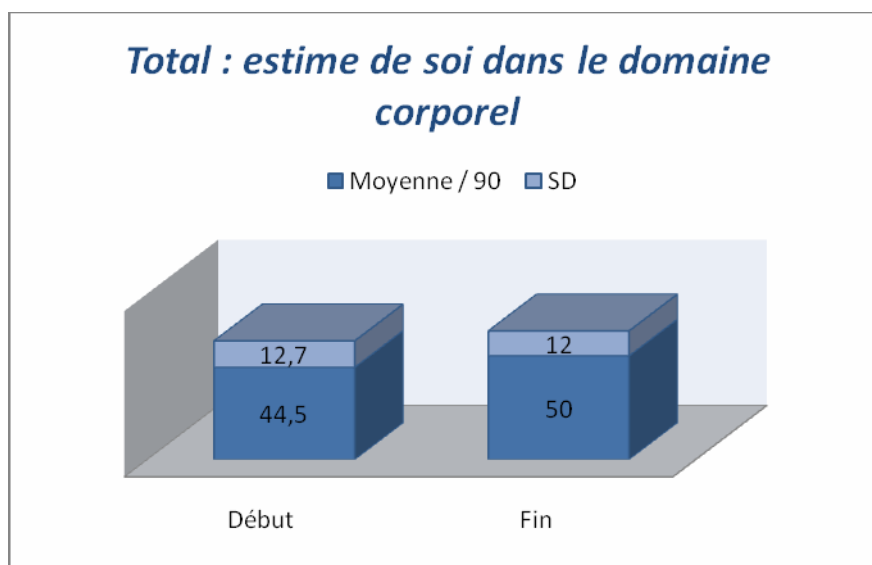
Les moyennes de la perception personnelle en début et fin de cycle sont respectivement de 27,2/40 ($\pm$ 6,6) et de 31,3/40 ($\pm$ 5).

Figure 2 : Résultats en moyennes ($\pm$ SD) de l'estime de soi dans le domaine corporel en début et fin de cycle



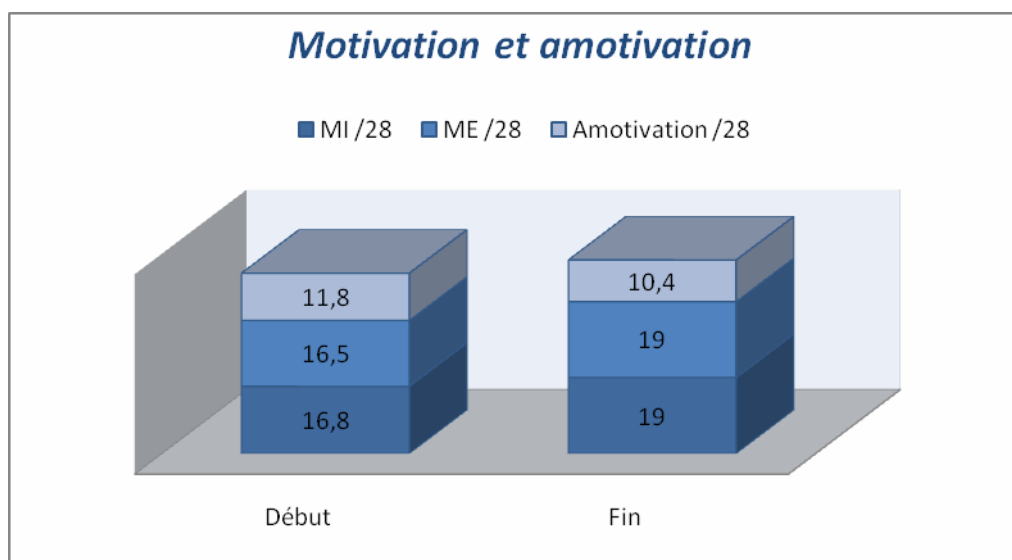
Les moyennes de ces sous items en début et fin de cycle sont respectivement pour l'estime globale de 12,4/30 ($\pm$ 3,9) et de 14,5/30 ($\pm$ 3,7) ; pour la valeur physique perçue de 19,4/30 ($\pm$ 16) et de 18,7/0 ($\pm$ 4,2) ; pour l'apparence de 15,9/30 ($\pm$ 5,8) et de 16,5/30 ($\pm$ 5,7).

Figure 3 : Totaux en moyennes ($\pm$ SD) de l'estime de soi dans le domaine corporel en début et fin de cycle



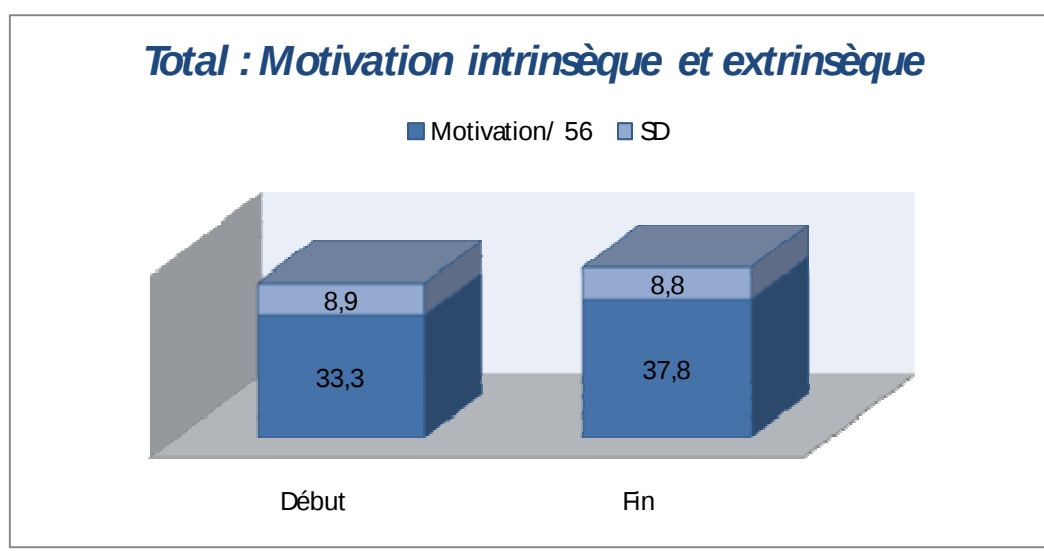
Les totaux de l'estime de soi dans le domaine corporel en début et fin de cycle sont respectivement de 44,5/90 ($\pm$ 12,7) et de 50/90 ($\pm$ 12).

Figure 4: Résultats en moyennes ($\pm$ SD) de la motivation intrinsèque à l'accomplissement (MI), de la motivation extrinsèque (ME) identifiée et de l'amotivation en début et fin de cycle



Les moyennes de ces sous items en début et fin de cycle sont respectivement pour MI de 16,8/28 ($\pm$ 4,9) et de 19/28 ($\pm$ 4,8) ; pour ME de 16,5/28 ($\pm$ 4,4) et de 19/28 ($\pm$ 4,4) ; pour l'amotivation de 11,8/28 ($\pm$ 6,1) et de 10,4/28 ($\pm$ 5,7).

Figure 5 : Totaux en moyennes ($\pm$ SD) de la MI et de la ME en début et fin de cycle



Les totaux de motivation intrinsèque et extrinsèque en début et fin de cycle sont respectivement de 33,3/56 ($\pm 8,9$) et de 37,8/56 ($\pm 8,8$).

c) Résultats statistiques

Les items suivants ont été analysés pour constater ou non une amélioration entre le début et la fin du cycle : estime de soi globale (perception personnelle), estime de soi dans le domaine corporel et motivation. Les résultats seront présentés dans un tableau général où les résultats significatifs à $p < 0,05$ seront mis en évidence (*Tableau 2*). Tous les résultats présentent une différence significative sauf le critère de valeur physique perçue.

Tableau 2 : Présentation des résultats des différents items significatifs à $p < 0,05$ entre le début et la fin du cycle

<u>Estime de soi générale</u>	<u>Estime de soi dans le domaine corporel</u>				<u>Motivation</u>			
PP	EG	VPP	A	Total	AM	MEi	MIa	Total ME- MI
(d-f)	(d-f)	(d-f)	(d-f)	(d-f)	(d-f)	(d-f)	(d-f)	(d-f)
0,001	0,001	0,8^{NS}	0,003	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001

NS : non significatif ; d : début ; f : fin ; PP : perception personnelle ; EG : estime globale ; VPP : valeur physique perçue ; A : apparence ; AM : amotivation ; MEi : motivation extrinsèque identifiée ; MIa : motivation intrinsèque à l'accomplissement.

4) Discussion

L'objectif de cette étude est de montrer les effets bénéfiques des APA sur un plan physique et moral. Les différents résultats obtenus permettent d'avancer l'hypothèse selon laquelle une amélioration significative est obtenue au niveau des différents critères analysés. Nous pouvons nous demander quelle part de l'activité physique est attribuable à cette amélioration. Pour ce faire, nous allons commencer par décrire certaines limites de l'étude.

a) Limites de l'étude

D'une part, nous avons une intervention courte auprès des groupes qui se déroule sur trois semaines avec deux heures par semaine. L'APA occupe une place minime dans le programme thérapeutique, donc on ne peut pas vraiment définir avec précision le rôle qu'a joué l'APA dans l'amélioration des paramètres étudiés. En effet, l'amélioration des différents résultats est aussi le fruit des autres activités proposées au sein de l'établissement qui sont : groupe de parole, mise en situation, estime de soi, programmation neuro-linguistique (PNL), réflexologie, relaxation, addictologie, analyse transactionnelle (itinéraire, génogramme), atelier d'écriture, olfactothérapie, diététique. Nous pouvons aussi souligner les moyens minimes accessibles pour la pratique de l'activité (petite salle, peu de matériel) qui entraîne une restriction des activités proposées. En effet, les activités collectives ou d'extérieures sont absentes du programme.

D'autre part, les résultats des questionnaires sont basés sur la « parole » des patients. On peut se demander si les patients ont vraiment été sincères dans leurs réponses notamment en début de cycle. En effet, malgré les différences significatives sur la plupart des critères, les moyennes des résultats n'étaient pas négatives au départ. Sur aucun critère la progression est forte. Tous les résultats atteignent au départ la moyenne recommandée (même la VPP qui a une évolution non significative : 19,4/30 et 18,7/30). Par contre le critère EG, malgré l'augmentation significative reste inférieur à la moyenne : 12,3/30 et 14,5/30. L'échantillon étudié est correct (30 patients) mais ne permet pas de faire de constat généralisable à tout autre personne souffrant de la même maladie. Certes, la consultation des dossiers médicaux permet de faire ressortir les caractéristiques fondamentales des patients en addictologie : vécu dépressif, troubles anxieux, retrait social, humeur morose, souffrance morale et physique, idées morbides et suicidaires, difficulté à gérer les émotions, faible estime de soi, sentiment de dévalorisation, plus de but précis, démotivation dans la vie en générale...). Néanmoins, même si on retrouve des similitudes dans les caractéristiques, chaque sujet est unique et possède une histoire et une évolution propre à lui-même. Certains patients viennent pour leur première cure, d'autres sont en situation de rechute. Tous les patients ne sont donc pas dans les mêmes objectifs de traitements, ce qui est en contradiction avec les résultats obtenus, car nous verrons que les écarts types dans chaque moyenne sont peu importants.

b) Explications des résultats

- Estime de soi : perception personnelle

Les résultats sont significatifs à 0,001. Nous passons d'une moyenne de 27,2/40 ($\pm$ 6,6) en début de cycle à 31,3/40 ($\pm$ 5,5). Il y a donc une amélioration avec un écart type peu important. Mais la moyenne au départ n'est pas négative, si l'on se base sur une moyenne acceptable de 20/40. L'amélioration est alors subjective, comme on a pu le voir dans les limites de l'étude, le résultat est basé sur « la parole » des patients. Néanmoins, l'estime de soi est un axe de soin privilégié en centre d'addictologie (Le Claire et coll., 2000), avec pour première intention l'émergence d'une motivation au changement et deuxièmement, la prévention de la rechute. La croyance dans la nécessité de « ce que je fais pour moi », constitue le moteur essentiel. Ici l'estime de soi s'est améliorée mais ce questionnaire ne faisait pas allusion au domaine corporel. Cette amélioration peut être le résultat de toutes les activités combinées durant les trois semaines telles que l'estime de soi, les mises en situation, les entretiens psychologiques individuels, le sport... Nous ne pouvons déterminer quelle part de l'amélioration est due à l'activité physique.

- Estime de soi dans le domaine corporel

Le total des sous items étudiés (estime globale (EG), valeur physique perçue (VPP) et apparence (A)) est significatif à 0,001. La moyenne au départ est négative avec 44,5/90 ($\pm$ 12,7) et s'améliore en fin de cycle avec 50/90 ($\pm$ 12). L'écart type ici est important.

Concernant l'évolution de chaque critère, nous avons vu dans les limites de l'étude que malgré l'augmentation de EG et A, les moyennes restent très basses voire négatives en début et fin de cycle. En effet, pour le critère EG, nous avons une moyenne au départ de 12,4/30 ($\pm$ 3,9) et à la fin de 14,5/30 ($\pm$ 3,7). Certes il existe une amélioration significative mais les moyennes sont négatives (moyenne acceptable de 15/30) et l'écart type peu important. Pour le critère A, l'amélioration est significative mais légère en passant d'une moyenne de 15,9/30 ($\pm$ 5,8) à 16,5/30 ($\pm$ 5,7). Le critère VPP qui n'est pas significatif d'une amélioration, révèle tout de même des moyennes plus acceptables que les deux précédents critères en obtenant des moyennes de 19,4/30 ($\pm$ 16) au départ et de 18,7/30 ($\pm$ 4,2) avec un écart type très élevé au début et moindre à la fin. Ninot et Delignières en 2000, citent plusieurs auteurs :

- l'estime de soi se définit comme une perception consciente des ses propres qualités (Tesser et Campbell, 1983).
- la littérature récente fait de ce concept une variable déterminante au niveau de l'engagement d'un sujet dans une pratique physique (Coleman et Iso-Ahola, 1993) ou en tant qu'indicateur de bonne santé mentale (Harter, Waters et Whitsell, 1998).
- Bandura en 1992 et Harter en 1998 ont montré qu'une perception positive du corps chez un adolescent participe à son bien être tout autant qu'elle facilite ses rapports avec lui.

Lorsque l'on regarde les Figures 1, 2 et 3, on observe que les patients, dans l'ensemble ont repris une certaine confiance en eux avec un sentiment de mieux se percevoir (augmentation de EG et perception personnelle) et que l'attrait physique chez ces sujets à évolué de manière positive (A), ce qui montre une meilleur image du corps.

Ces améliorations, peu importantes, montrent que malgré les effets bénéfiques de l'APA sur le corps, cette dernière occupe une place trop faible dans le programme thérapeutique. Comme nous l'avons vu dans les limites, la structure où s'est déroulée l'étude ne permet pas de développer les activités, et il serait intéressant de proposer des activités sportives plus variées pour de meilleurs résultats. En effet d'après l'étude de Ninot et coll. en 2003, la pratique d'une AP régulière permettrait de diminuer l'anxiété, d'augmenter l'estime de soi, d'améliorer les aptitudes neuromotrices, musculaires, métaboliques et cardiovasculaires. C'est une étude se déroulant dans un centre où les patients sont accueillis pour une période de six semaines, proposant des activités de pleine nature, d'endurance, de renforcement musculaire et aquatique. Sur le plan psychologique, la pratique optimale d'une AP d'endurance produit un sentiment de contrôle et de maîtrise du corps. La personne redécouvre ses aptitudes physiques et prend plaisir à les développer. Par une explication physiologique selon laquelle les dépressifs auraient un faible niveau des neurotransmetteurs endorphine, sérotonine et noradrénaline, l'exercice d'endurance permettrait de corriger le déséquilibre de ces neurotransmetteurs et serait à la base d'une amélioration de la santé mentale. La pratique d'AP à visée énergétique, socialisante et d'expression améliore la condition physique, l'habileté motrice et par conséquent la perception des compétences sportives et de l'apparence corporelle avec une hausse de l'estime globale de soi. Aussi

l'exercice physique permettrait d'améliorer les conduites de contrôle, les stratégies de copings et la gestion des émotions.

- La motivation

Concernant le questionnaire de la motivation, certains items ont été retenus : motivation intrinsèque à l'accomplissement, motivation extrinsèque identifiée et amotivation.

Tous les résultats analysés sont significatifs à 0,001. La moyenne totale de la motivation est positive en début et fin de cycle et augmente significativement en passant de 33,3/56 ($\pm 8,9$) à 37,8/56 ($\pm 8,9$). En regardant chacun des critères, l'amélioration est similaire et les écarts types peu importants. La moyenne de la motivation intrinsèque est de 16,8/28 ($\pm 4,9$) au départ et de 19/28 ($\pm 4,8$) à la fin et celle de la motivation extrinsèque passe de 16,5/28 ($\pm 4,4$) à 19/28 ($\pm 4,4$). En ce qui concerne le critère de l'amotivation, il a été analysé à part car ici une moyenne basse signifie une meilleure motivation. Ces résultats corroborent ceux de la motivation car en début de cycle, l'amotivation présente une moyenne de 11,8/28 ($\pm 6,1$) et de 10,4/28 (± 5). Ici encore, nous ne pouvons dégager quel rôle l'activité physique a joué dans l'augmentation de la motivation. Certes, lors des séances d'activité physique, certaines techniques de motivation ont été utilisées telle que la théorie de la fixation des buts où dans les premières séances les objectifs fixés sont faciles à atteindre et se compliquent au fur et à mesure des séances (augmentation du temps de pédalage sur vélo, augmentation du nombre de séries...), et le patient se dit « j'ai réussi sans difficulté la fois dernière autant essayer un peu plus dur ». La motivation et l'estime de soi sont très liées. En travaillant sur l'estime de soi, il y a un côté motivationnel « je suis capable de ». Mais les séances d'AP sont peu nombreuses pour pouvoir évaluer avec précision le degré de motivation. Nous n'avons pas d'outils rationnels (mis à part le questionnaire) et une évaluation intermédiaire est impossible sur une si courte période. La théorie de la fixation des buts ne peut être appliquée correctement avec peu de séance. L'évaluation se passe sur le ressenti des patients pendant les séances. Néanmoins l'amélioration de ce critère peut traduire une meilleure valorisation ainsi qu'un dépassement de soi. Face à une situation de réussite et non d'échec ou de trop grande difficulté, le patient a dû analyser, traiter diverses données afin d'atteindre son but. Ce qui lui a permis de retrouver une certaine confiance et de valoriser ses capacités qu'il pensait nulles.

Nous connaissons l'utilité du sport chez les personnes alcoolodépendantes et toxicomanes, mise en évidence dans l'étude de Vanderheyden et coll. en 2003. Les effets bénéfiques du sport se porte sur la fonction cérébrale via un effet sur la plasticité, sur une protection contre les maladies métaboliques (diabète), l'hypertension artérielle, le stress, l'anxiété, mais aussi sur une meilleure confiance en soi, un meilleur sommeil, une expérience du groupe et une ouverture à la vie sociale. Cette étude met l'accent également sur une élévation de la concentration cérébrale de taurine lors de l'exercice physique (endurance), lors du sevrage prolongé qui permettrait d'envisager un moyen de protection par une récupération optimale de la fonction cérébrale. Elle comparait deux groupes, l'un ayant participé au programme sportif et l'autre non. Il en ressort un arrêt complet des médicaments prescrites pour le groupe pratiquant, un effet de dépassement de soi, une réapparition d'un sentiment de capacité.

L'activité physique acquiert donc une valeur thérapeutique quand elle est réalisée dans la progressivité et la continuité. Elle peut participer au rétablissement de la confiance en soi, de l'estime de soi, d'une meilleure motivation et ainsi à la restructuration de la personnalité.

c) L'activité physique adaptée au sein de l'établissement

Nous avons vu, au long de la discussion que la plus grande limite de l'étude repose sur le faible nombre d'heures d'activités physiques adaptées pendant les trois semaines.

Sachons qu'il y a deux ans, il n'y avait pas d'APA au sein de l'établissement. En effet, c'est à la suite d'un projet professionnel, montrant le bénéfice que pourrait amener l'AP dans la thérapie, que le poste a été créé. Après aménagement de l'emploi du temps, nous avons pu introduire quatre heures d'APA par groupe sur les deux semaines de post cure (la première semaine étant consacrée au sevrage). Depuis un an environ, l'établissement s'est ouvert à l'hôpital de jour. La thérapie est de trois semaines, comme en hospitalisation complète, mais les activités débutent dès le premier jour. Avec ces groupes, nous avons gardé deux heures par semaines d'activité physique. Mon temps horaire a donc triplé en deux ans. En effet, plus le nombre de groupes augmente et plus mon temps de travail peut augmenter. Ce sont les frais de séjours des patients qui financent en grande partie l'établissement. Ils comprennent entre autre un forfait journalier, le coût d'une chambre pour l'hospitalisation complète ainsi qu'un

forfait thérapeutique. Une majeure partie des frais d'hospitalisation est prise en charge par les sécurités sociales et les mutuelles (*annexes 4, 5, 6*).

Pour le moment le nombre d'heures d'activités physiques ne peut augmenter, car l'emploi du temps est défini en fonction de toutes les autres activités auxquels viennent s'attacher les rendez-vous avec les médecins, les psychologues, les psychothérapeutes, les examens (scanners, radios...) à passer, les groupes de famille, les visites... De plus le manque d'espace et de matériel ne permet pas de proposer un plus large éventail d'activités physiques. Néanmoins, dans les mois à venir, la post cure pourrait se déplacer sur un autre établissement, gérer par la même direction, qui offrirait des locaux plus adaptés. Le programme d'APA pourrait alors être revu et amélioré, plus adapté en proposant par exemple en plus des séances déjà en place, des activités collectives, d'extérieur... Enfin, avec le changement d'établissement, la capacité d'accueil sera d'autant plus importante, il devrait donc y avoir plus de groupes en même temps.

CONCLUSION/PERSPECTIVES

Les addictions sont nombreuses et diverses et peuvent toucher n'importe quel individu ou contexte social. L'objectif de cette étude était de montrer les effets bénéfiques de l'APA sur un plan physique et morale, avec comme hypothèse que sa pratique amènerait à une amélioration de l'estime de soi et de la motivation sur les personnes alcoolodépendantes et toxicomanes. Malgré le fait qu'on ne peut dégager précisément la part de l'activité physique dans l'amélioration de ces paramètres, l'hypothèse de départ semble être vérifiée. En effet les résultats sont en majorité statistiquement significatifs. Plusieurs auteurs font référence à la place du corps dans la thérapie. Il a une place primordiale dans le sens où il faut réapprendre à la maîtriser, à s'en occuper (Adès et coll., 1996 ; André et coll., 2004 ; Aubry et coll., 2004 ; Clément, 2001 ; Coulombier, 2001 ; Ninot et coll., 2000 ; Reynaud, 2005 ; Vanderheyden et coll., 2003 ; Varray, 1988).

L'étude présentait tout de même deux limites importantes : l'activité physique à une place minime au sein de la structure et l'on ne peut pas proposer une plus grande variété d'activités physiques. Néanmoins, d'après nos résultats, il y a une amélioration de l'estime de soi et de la motivation. Certaines études importantes montrent le bénéfice d'une activité physique sur la diminution du stress et de l'anxiété (Carrière, 2003 ; Clément, 2001 ; Coulombier, 2001 ; Cox, 2005 ; Ninot et coll., 2003 ; Vanderheyden et coll., 2003 ; Vanescon, 2005 ; Varray, 1988). Quoi qu'il en soit, l'activité physique montre ses avantages et bénéfices sur les plans physiques et moraux. Elle a sa place dans un centre de post cure, car elle aide à la restructuration du schéma corporel, c'est-à-dire de l'individu à part entière, de la redécouverte des ses aptitudes physiques, de certaines sensations oubliées de plaisir et de bien-être qui peuvent aider à lutter contre les addictions.

En perspective de ce travail, il serait intéressant de réaliser ce type de protocole avec un plus large éventail d'activités physiques, pour que chacun et chacune y trouve sa place que ce soit dans une activité collective ou individuelle. De plus, la comparaison de deux groupes distincts (un groupe avec APA, un groupe sans par exemple), pourrait permettre de dégager avec plus de précision la part réelle de l'APA dans l'amélioration du bien être.

BIBLIOGRAPHIE

Adès J, Lejoyeux M. (2003). *Alcoolisme et psychiatrie, données actuelles et perspectives*. Paris : Masson

Adès J, Lejoyeux M. (1996). *Les conduites alcooliques et leur traitement*, Doin Editeurs, Paris, 1996

André C. (2008). *Le guide de la psychologie de la vie quotidienne*. Paris : Odile Jacob

André P, Benavides T, Giromini F. (2004). *Corps et psychiatrie, 2^o édition révisée et augmentée*. Paris : Heures des France

Aubry C, Gay M-C, Romo L, Joffre S. (2004). L'image de soi de l'alcoolodépendant à travers l'échelle Tennessee du concept de soi : étude comparative entre hommes et femmes. *L'encéphale*, 30, n°1, 24- 31

Ballon N, Roy C, Lacoste J, Dima D, Desbois B, Charles-Nicolas A. (2003). Application des thérapies comportementales aux addictions : expérience d'une unité de substitution à Fort de France. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 13, n°2, 77 – 82

Brière N, Vallerand R, Blais M, Pelletier L. (1995). Echelle de motivation dans le sport. *International Journal of Sport Psychology*, 26, 465-489.

Camart N, Gerard C, Varescon I, Huc A-S, Detilleux M. (2008). Stress et coping des patients alcoolodépendants consultants. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 18, n°3, 119 – 123

Carrière A-M. (2003). *Les bienfaits psychologiques de l'activité physique*. Psychologie Québec

Clément M. (2001). Enseigner et animer les activités physiques adaptées aux personnes toxicomanes. In A. Varrey, J. Billard, G. Ninot, *Enseigner et animer les activités physiques adaptées...* Dossier EPS, 55, 100 – 105

- Coulombier B. (2001). Enseigner et animer les activités physiques adaptées aux personnes alcoolodépendantes. In A. Varrey, J. Billard, G. Ninot, *Enseigner et animer les activités physiques adaptées...* Dossier EPS, 55, 106 – 110
- Cox R. (2005). *Psychologie du sport*, Edition De Boeck, Bruxelles.
- Famose J.P. (2001). *La motivation en éducation physique et en sport*, Edition : Armand Colin, Paris.
- Guibour B, Gackière-Eraldi D, Graziani P, Hautekète M. (2000). Entretiens de motivation et exposition à l'alcool, les pratiques des TCC à l'intersecteur d'alcoologie du Hainaut. *Alcoologie et addictologie*, 22, n°4, 363 – 370
- Le Claire Y, Naudin C. (2000). L'estime de soi : un axe de soins privilégié pour les alcoolodépendants. *Alcoologie et addictologie*, 22, n°4, 359 – 362
- Marcil- Denault J. (2000). Le développement de l'utilisation des thérapies cognitivo-comportementales dans les addictions. *Alcoologie et addictologie*, 22, n°4, 281 – 286
- Ninot G, Bleyenheuft L, Bleyenheuft C, Warnery A, Desplan J. (2003). Alcoolodépendants sevrés : effet d'un passage en moyen séjour sur l'état dépressif et l'estime de soi. *Alcoologie et addictologie*, 25, n°4, 289 – 294
- Ninot G, Delignières D, Fortes M. (2000). L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel. *Revue STAPS*, 53, 35 – 48
- Ninot G, Delignières D, Fortes M. (2000). L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel : Questionnaire sur l'estime de soi. *Revue STAPS*, 53, 35 – 48
- Reynaud M. (2005). *Addiction et psychiatrie*. Paris : Masson
- Ripol L, Bilard J, Durand M, Keller J, Leveque M, Therme P. (1995). *Psychologie du sport, questions actuelles*, Edition Revue EPS, Paris.
- Vallerand R.J., Thill E.E. (1993). Introduction au concept de motivation. In Vallerand R.J., Thill E.E., *Introduction à la psychologie de la motivation*. Laval (Québec), Editions études vivantes Vigot, p. 533-581.

Vallières E, Vallerand R. (1990). Echelle d'estime de soi, perception personnelle. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316

Vanderheyden J-E, Perrazoli P, Hellemans J-P, De Witte P. (2003). Utilité du sport chez l'alcoolique. *Alcoologie et addictologie*, 25, n°1, 25 – 32

Vanescon I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives, alcoolisme et toxicomanie*. Edition Belin

Varray A. (1988). Rôle d'une pratique physique adaptée sur la problématique de la représentation de soi et de l'image du corps. *Revue STAPS*, 9, n°18, 33 – 45

ANNEXES**1) Estime de soi dans le domaine corporel****Pour les questions de 1 à 15 :**Pas du tout : **1** Très peu : **2** Un peu : **3** Assez : **4** Beaucoup : **5** Tout à fait : **6****(Inversement pour les items négatifs)**

- (EG)** 1. J'ai une bonne opinion de moi-même :
1 2 3 4 5 6
- (VPP)** 2. Globalement, je suis satisfait de mes capacités physiques :
1 2 3 4 5 6
- (A)** 3. Je n'aime pas beaucoup mon apparence physique :
1 2 3 4 5 6
- (EG)** 4. Il y a des tas de choses en moi que j'aimerais changer :
1 2 3 4 5 6
- (VPP)** 5. Je suis content de ce que je suis et de ce que je peux faire physiquement :
1 2 3 4 5 6
- (A)** 6. J'ai un corps agréable à regarder :
1 2 3 4 5 6
- (EG)** 7. Je regrette souvent ce que j'ai fait :
1 2 3 4 5 6
- (VPP)** 8. Je suis confiant vis-à-vis de ma valeur physique :
1 2 3 4 5 6
- (A)** 9. Personne ne me trouve beau :
1 2 3 4 5 6
- (EG)** 10. J'ai souvent honte de moi :
1 2 3 4 5 6
- (VPP)** 11. En général, je suis fier de mes capacités physiques :
1 2 3 4 5 6
- (A)** 12. Je me trouve moche :
1 2 3 4 5 6
- (EG)** 13. Je voudrais rester comme je suis :
1 2 3 4 5 6
- (VPP)** 14. Je suis bien avec mon corps :
1 2 3 4 5 6
- (A)** 15. Je n'ai aucun problème pour me mettre en maillot de bain devant les autres :
1 2 3 4 5 6

EG : estime globale ; VPP : valeur physique perçue ; A : apparence

2) La Motivation

Pour les questions de 1 à 12 :

Ne correspond pas du tout : **1**

Correspond très peu : **2**

Correspond un peu : **3**

Correspond moyennement : **4**

Correspond assez : **5**

Correspond fortement : **6**

Correspond très fortement : **7**

(Inversement pour les items négatifs)

(ME) 1. Le sport est une des meilleures façons de rencontrer du monde :

1 2 3 4 5 6 7

(A) 2. Vous avez l'impression que c'est inutile de continuer à faire du sport :

1 2 3 4 5 6 7

(MI) 3. Vous faites du sport pour « le plaisir que je ressens lorsque j'améliore certains de mes points faibles :

1 2 3 4 5 6 7

(ME) 4. Vous pensez que le sport est un bon moyen pour développer d'autres aspects de votre personne :

1 2 3 4 5 6 7

(A) 5. Vous n'arrivez pas à voir pourquoi vous faites du sport : plus vous y pensez, plus vous avez envie d'arrêter :

1 2 3 4 5 6 7

(MI) 6. Vous pratiquez le sport pour la satisfaction éprouvée lorsque vous perfectionnez vos habiletés :

1 2 3 4 5 6 7

(ME) 7. Pour vous, le sport est un bon moyen pour apprendre beaucoup de choses qui peuvent vous être utiles dans d'autres domaines de votre vie :

1 2 3 4 5 6 7

(A) 8. Vous avez l'impression de ne pas être à votre place dans le sport :

1 2 3 4 5 6 7

(MI) 9. Vous ressentez du plaisir lorsque vous exécutez certains mouvements difficiles :

1 2 3 4 5 6 7

(ME) 10. Pour vous, le sport est une des meilleures façons d'entretenir de bonnes relations avec les amis(es) :

1 2 3 4 5 6 7

(A) 11. Vous vous demander pourquoi vous faites du sport : « je n'arrive pas à atteindre les objectifs que je me fixe » :

1 2 3 4 5 6 7

(MI) 12. Je ressens beaucoup de satisfaction personnelle pendant que je maîtrise certaines techniques d'entraînement difficiles :

1 2 3 4 5 6 7

ME : motivation extrinsèque ; MI : motivation intrinsèque ; A : amotivation

3) Estime de soi : Perception personnelle

Pour les questions de 1 à 10 :

Tout à fait en désaccord : **1**

Plutôt en désaccord : **2**

Plutôt en accord : **3**

Tout à fait en accord : **4**

(Inversement pour les items négatifs)

1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre :

1 2 3 4

2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités :

1 2 3 4

3. Tout bien considéré, je suis port(é)e à me considérer comme un(e) rat(é)e

1 2 3 4

4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens :

1 2 3 4

5. Je sens peu de raison d'être fier de moi :

1 2 3 4

6. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même :

1 2 3 4

7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi :

1 2 3 4

8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même :

1 2 3 4

9. Parfois, je me sens vraiment inutile :

1 2 3 4

10. Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien :

1 2 3 4