

# En quoi l'activité physique adaptée est-elle une alternative infirmière dans la prise en soins préventive de patient souffrant de dépression ?

## Travail de Bachelor

**Matteo MATAZZONI**

N° matricule : 21633219

**Francisco MOURA FERREIRA**

N° matricule : 21635362

**Jehon RASHITI**

N° matricule : 21634258

Directeur/Directrice : PACINI Wendy - Maître d'enseignement HES, MScEd en FA - ETP -  
Inf.spéc.SIA - RN

Membre(s) du jury : EMERY Marie - Infirmière BBsC, McS en activité physique adaptée  
et santé

**Genève, le 31 juillet 2024**

Filière Soins infirmiers  
Haute école de santé de Genève

## Déclaration

« Ce travail de Bachelor a été réalisé en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers. L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans ce travail, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur ou de la directrice du travail de Bachelor, du jury de la HEdS-GE.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie. Les formes d'Intelligence Artificielle utilisées sont mentionnées dans le travail ».

Fait à Genève, le 31 juillet 2024

Francisco Moura Ferreira

Matteo Matazzoni

Jehon Rashiti

Moura Ferreira Francisco

MATAZZONI

Rashiti

## **Remerciements**

Par ces quelques mots, nous souhaitons exprimer notre profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, directement ou indirectement, à la réalisation de ce travail de Bachelor.

Tout d'abord, nous tenons à remercier Madame Pacini Wendy pour ses précieux conseils, pour nous avoir guidé, pour son suivi ainsi que du temps consacré à un accompagnement bienveillant tout au long du processus d'élaboration de ce travail.

Nous remercions également Madame Emery Marie, infirmière spécialiste en activité physique adaptée, d'avoir accepté l'invitation pour être notre jurée à la soutenance de ce travail.

Nous souhaitons remercier la Haute École de Santé qui nous a offert un cadre favorable à la rédaction de ce travail lors de nos années de formation.

Nous aimerions remercier nos familles respectives ainsi que nos amis pour les relectures et leur soutien tout au long de la rédaction de ce travail.

Les auteurs de ce travail de Bachelor déclarent avoir eu recours à l'utilisation de l'Intelligence Artificielle (notamment via l'outil ChatGPT) pour diverses tâches telles que la la reformulation de certains contenus et les corrections de forme. Aucune section n'a été rédigée exclusivement par une intelligence artificielle ; l'ensemble du contenu est le fruit de notre propre réflexion et de notre travail.

## Résumé

Thème :

Notre travail de Bachelor a pour but de répondre à la question de recherche suivante :

« Quel est l'impact de l'activité physique adaptée comme stratégie alternative infirmière dans la prise en soin des personnes souffrant de dépression ? ».

Problématique :

La dépression est une maladie mentale de plus en plus répandue aujourd'hui en Suisse, affectant une part significative de la population. Cette pathologie a un impact majeur sur divers aspects de la vie d'un individu, en particulier la qualité de vie.

Méthode :

Dans un premier temps, nous avons réalisé une revue de littérature d'articles scientifiques sur les bases de données PubMed, Cinahl ou encore Google Scholar à l'aide de la méthode PICOT. Par ce biais, nous avons mis en évidence des articles en lien avec notre question de recherche. Nous avons procédé à des recherches durant les périodes de mars à décembre 2023. Nous avons mis en évidence neuf articles scientifiques que nous avons analysés.

Résultats :

Les articles sélectionnés démontrent les effets bénéfiques de l'activité physique chez des personnes souffrant de dépression. Notamment en mettant en place divers programmes tels que de la marche en groupe, de la marche basée sur la respiration et ainsi que divers types d'activités physiques.

Discussion/ conclusion :

Les résultats sont présentés par thématiques, mis en lien avec la littérature présentée, l'ancrage disciplinaire ainsi que la pratique infirmière. Les résultats des articles retenus ont démontré un impact significatif de l'activité physique sur les symptômes dépressifs ainsi que tous les symptômes associés améliorant notamment la qualité de vie des personnes souffrant de dépression.

## **Mots-clés**

Les mots-clés sélectionnés pour ce travail de Bachelor traduit en français-anglais sont les suivants :

**Mots-clés** : dépression ; qualité de vie ; activité physique ; approche des soins infirmiers fondés sur les forces ; soins infirmiers

**Key words**: depression; quality of life ; physical activity ; strengths-based nursing care ; nursing care

## Liste des abréviations

ASFF	Approche des Soins Fondés sur les Forces
APA	Activité Physique Adaptée
AP	Activité Physique
APMV	Activité Physique d'intensité Modérée à Vigoureuse
AT	Antidépresseur
BDI	Beck's Depression Inventory
BPCO	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CINHAL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
CPM	Comptes Par Minute
DM	Dépression Majeure
DSSS	Depression and Somatic Symptoms Scale
ERM	Exercice de Renforcement Musculaire
FEV1	Forced Expiratory Volume in one second
FVC	Forced Vital Capacity
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
GDS	Geriatric Depression Scale
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HEdS	Haute École de Santé - Genève
HeTOP	Health Terminology Ontology Portal
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
IMC	Indice de Masse Corporelle
IC	Intervalle de Confiance
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
MADRS	Montgomery Asberg Depression Rating Scale
MDD	Major Depressive Disorder
MINI	Mini-International Neuropsychiatric Interview
OFSP	Office Fédérale de la Santé Publique
OFS	Office Fédérale de la Statistique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPERA	Older People's Exercise intervention in Residential and nursing Accommodation
PEC12	Plan d'Étude Cadre – Bachelor 2012

PubMed	Public/ Publisher MEDLINE
QoL-AD	Quality of Life in Alzheimer's Disease scale
SBF	Soins infirmiers Basés sur les Forces
SBN	Strenght's-Based Nursing
SPPB	Short Physical Performance Battery
TDM	Trouble Dépressif Majeur
VAMS	Visual Analogue Mood Scale

## Liste des tableaux

Tableau 1. PICOT .....	26
Tableau 2. Traduction en anglais des concepts .....	26
Tableau 3. Résumé des équations de recherches .....	27
Tableau 4. Tableaux comparatifs résumant les articles retenus .....	31
Tableau 5. Tableau synoptique .....	40

## Liste des figures

Figure 1. Diagramme sur la dépression majeure en Suisse .....	13
Figure 2. Taux de suicide en Suisse .....	17
Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles .....	28
Figure 4. Pyramide des niveaux de preuves .....	30

## Table des matières

Déclaration .....	2
Remerciements .....	3
Résumé .....	4
Mots-clés .....	5
Liste des abréviations .....	6
Liste des tableaux .....	7
Liste des figures .....	7
Introduction.....	10
1. Problématique .....	11
1.1 Epidémiologie .....	12
1.1.1 Au niveau mondial .....	12
1.1.2 Au niveau européen .....	12
1.1.3 Au niveau national .....	12
1.1.4 Au niveau cantonal .....	13
1.2 Question de recherche initiale .....	13
2. État des connaissances .....	14
2.1 Prise en soins infirmière .....	14
2.2 Les personnes souffrant de dépression .....	15
2.3 Impact de la dépression .....	16
2.4 Coûts de la dépression.....	17
2.5 Qualité de vie .....	17
2.6 Activité Physique Adaptée (APA) .....	18
3. Théorie infirmière : L'Approche des Soins infirmiers Fondés sur les Forces de Gottlieb ...	19
3.1 Ancrage disciplinaire.....	19
3.2 Métaconcepts .....	23
3.2.1 La personne .....	23
3.2.2 Le soin.....	23
3.2.3 La santé .....	24
3.2.4 L'environnement .....	24
3.3 Question de recherche finale .....	25
4. Méthode.....	25
4.1 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire .....	25
4.2 Diagramme de flux .....	28
4.3 Articles retenus.....	29
5. Résultats.....	30
5.1 Synthèse des articles .....	31



5.2 Analyse critique des articles retenus .....	40
5.3 Synthèse des résultats par thèmes .....	40
5.3.1 L'anxiété .....	40
5.3.2 La qualité de vie .....	41
5.3.3 La population .....	42
5.3.4 L'activité physique .....	42
5.3.5 La dépression .....	47
6. Discussion .....	49
6.1 Anxiété .....	49
6.2 Qualité de vie .....	50
6.3 Population .....	51
6.4 Activité physique et dépression .....	52
7. Conclusion .....	55
7.1 Apports et limites du travail .....	56
7.2 Recommandations .....	57
7.2.1 Clinique .....	57
7.2.2 Recherche .....	58
7.2.3 Enseignement .....	59
8. Références .....	60
9. Annexes .....	65
Annexe 1. Goldberg Depression Scale .....	65
Annexe 2. Geriatric Depression Scale .....	66
Annexe 3 : Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8) .....	67
Annexe 4 : Échelle de qualité de vie SF-36 .....	68
Annexe 5. Grilles COREQ .....	72
Annexe 6 : Grilles STROBE .....	81
Annexe 7 : Grilles CONSORT .....	82

## Introduction

Nous constatons qu'au cours des dernières années, la médecine a eu un intérêt croissant pour la recherche ainsi que la mise en œuvre de l'exercice physique en tant que traitement d'appoint chez les personnes atteintes de troubles dépressifs majeurs. Cette pathologie étant très présente parmi bons nombres de personnes de notre entourage, 9% de la population en Suisse soit environ 720 000 personnes sur le territoire helvète (OFS, 2023). Cela en fait donc une véritable question de santé publique, éveillant notre désir de mener des recherches dans ce sens.

Dans le cadre de nos études, la Haute École de Santé (HEdS) nous a permis de suivre des cours démontrant l'importance des différents rôles infirmiers dans la prise en soin des patients. L'un de ces rôles que nous avons choisi de développer est le rôle de promoteur de la santé. En effet, nous avons estimé que ce rôle est primordial dans notre travail de recherche afin de prévenir et de promouvoir des interventions bénéfiques sur cette pathologie courante de nos jours.

Au cours de ce travail, nous allons tout d'abord mettre en évidence la problématique de cette pathologie. Ensuite, nous continuerons par développer plusieurs concepts clés qui nous permettront de mieux analyser et d'agrandir nos perspectives réflexives pour ce travail. L'objectif sera par la suite de trouver des alternatives aux traitements médicamenteux afin d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de dépression. Cette analyse sera possible à l'aide des neuf articles scientifiques trouvés sur des moteurs de recherche comme PubMed et Cinahl.

Pour finir, nous analyserons les résultats des différents articles, ce qui nous fournira diverses indications sur le rôle infirmier.

## 1. Problématique

Les pathologies psychiatriques font de plus en plus partie du quotidien de notre société contemporaine. Selon l'Office Fédérale de la Santé Publique (2022) :

*“Les maladies psychiques sont largement répandues. Elles font partie des troubles les plus courants et les plus limitants. Souvent, leurs effets concernent tous les domaines de l'existence et ont un impact sur la qualité de vie, le quotidien et la capacité à travailler. Les maladies psychiques sont une charge pour les personnes concernées et leurs proches et peuvent conduire au suicide. Souvent, elles ne sont pourtant pas reconnues. Leur importance pour la société et pour l'économie est sous-estimée.”*  
(OFSP, 2022)

En Suisse, la dépression est un problème majeur qui touche 9% de la population selon l'Office Fédérale de la Statistique (OFS, 2023). Cette pathologie est la cause de décès de 1050 personnes en 2020 (OFS, 2023). Les hommes sont plus susceptibles de passer à l'acte avec l'âge alors que pour les femmes, les chiffres sont plus constants (OFS, 2023). La dépression est un trouble mental récurrent qui touche 5% des adultes dans le monde (OMS, 2023). Cette pathologie est caractérisée par une tristesse profonde persistante, une perte de plaisir, d'intérêts ou encore caractérisée par une perte d'appétit et un manque de sommeil (OMS, 2023).

De plus, les troubles dépressifs sont une des pathologies les plus impactantes dans le monde. La dépression touche 15 à 20% de la population. Les femmes (20%) sont plus à risque de souffrir de dépression que les hommes (10%). Cet écart peut être expliqué par le fait que les manifestations de la maladie sont diverses entre hommes et femmes et souvent négligées du côté des hommes. Ces derniers sont également plus susceptibles de se mettre à l'écart de la société, de ne pas demander d'aide ou encore de ne pas avoir de suivi médical. Les troubles dépressifs peuvent toucher la population de diverses façons comme dans les relations sociales, les pensées, les émotions et plusieurs aspects de la vie (Keck, 2017).

Néanmoins, la dépression est une pathologie souvent sous-diagnostiquée ou non traitée. De ce fait, cette maladie peut engendrer une souffrance générale ainsi qu'une moins bonne qualité de vie des personnes dépressives et de leurs proches. Si la maladie est mal traitée ou non soignée, cela peut réduire l'espérance de vie. Il est intéressant de relever que seulement 10% des personnes atteintes de dépression sont soignées correctement. La dépression est une pathologie chronique qui peut être causée par différents éléments comme le stress (Keck, 2017).

Actuellement, les traitements contre la dépression comprennent une gamme de médicaments pharmaceutiques, des thérapies par électrochocs et les thérapies psychologiques (Birgitta & al., 2018).

Cependant, des études ont mis en évidence les avantages de l'activité physique sur la santé. Classée parmi les déterminants de la santé, l'activité physique influence sur la morbidité et la mortalité (Hidalgo, 2019).

La dépression est une maladie débilitante qui a un impact négatif significatif sur la qualité de vie de millions de personnes dans le monde. La dépression est généralement traitée en soins primaires avec des interventions pharmacologiques et psychologiques (Stanton & Reaburn, 2014).

Les personnes âgées sont les plus touchées par la dépression, environ 8 à 16% des personnes âgées vivant en établissement médico-social présentent des symptômes dépressifs significatifs (Hidalgo, J. L.-T. & al., 2021).

## **1.1 Epidémiologie**

### **1.1.1 Au niveau mondial**

D'après une estimation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) faite en 2023, 3.8% de la population souffre de dépression, 5% sont des adultes (4% des hommes et 6% de femmes) et 5.7% sont des personnes de plus 60 ans. Nous comptons de nos jours au niveau mondial environ 280 millions de personnes souffrant de dépression. Les femmes sont plus touchées par la dépression, elle est 50% plus courante chez ces dernières. De plus le suicide est la quatrième cause de décès chez les 15-29 ans, hommes et femmes confondus. En effet, plus de 700 milles personnes se suicident chaque année (OMS,2023).

### **1.1.2 Au niveau européen**

Quant au niveau européen, il est estimé que 21 millions de personnes souffrent de troubles dépressifs soit 4.5% de la population de l'Union Européenne (Conseil européen, 2023).

### **1.1.3 Au niveau national**

La dépression est la maladie mentale la plus répandue touchant 9% de la population. Les jeunes (13%) et les femmes (9%) sont plus susceptibles d'en souffrir que les hommes (8%) ou les individus âgés de 65 ans et plus (4%) (OFS, 2019).

### 1.1.4 Au niveau cantonal

En 2017, sur une population de 382'408 personnes dans le canton de Genève, 948 souffraient de dépression, ce qui représente 0,2% de la population genevoise. Parmi elles, les plus touchées sont les femmes avec 534 personnes soit 56% et 414 sont des hommes soit 44% des personnes souffrant de dépression. Cependant les hommes sont plus susceptibles de développer une dépression grave (OFS, 2017).

Confédération suisse  
Département fédéral de l'intérieur DFI  
Office fédéral de la statistique

Etat de santé / Santé psychique / DEP HQ5TS / GE

#### Dépression majeure\*

2017, en % de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

	Aucune ou minime		Légère		Modérée		Modérément grave / Grave		Echantillon total		Population totale
	Pop. (en %)	IC +/- (en %)	Pop. (en %)	IC +/- (en %)	Pop. (en %)	IC +/- (en %)	Pop. (en %)	IC +/- (en %)	n	Pop. (en %)	
<b>Total - Canton GE</b>	<b>62,4</b>	<b>3,3</b>	<b>24,6</b>	<b>2,9</b>	<b>7,6</b>	<b>1,8</b>	<b>5,4</b>	<b>1,8</b>	<b>948</b>	<b>100</b>	<b>382 408</b>
<b>Sexe - Canton GE</b>											
Hommes	65,4	5,0	21,6	4,2	(5,9)	(2,4)	(7,1)	(3,0)	414	100	180 238
Femmes	59,7	4,4	27,3	4,0	9,2	2,7	(3,8)	(1,9)	534	100	202 170
<b>Total - Suisse</b>	<b>65,4</b>	<b>0,8</b>	<b>25,9</b>	<b>0,8</b>	<b>5,9</b>	<b>0,4</b>	<b>2,8</b>	<b>0,3</b>	<b>18 230</b>	<b>100</b>	<b>7 036 199</b>
<b>Sexe - Suisse</b>											
Hommes	69,8	1,2	22,4	1,1	5,0	0,6	2,8	0,4	8 613	100	3 475 924
Femmes	61,2	1,2	29,4	1,1	6,8	0,6	2,7	0,4	9 617	100	3 560 275

IC +/-: limites de l'intervalle de confiance à 95%. Elles indiquent avec une probabilité de 95% la zone dans laquelle se trouve la valeur effective.

( ) : nombre d'observations insuffisant (<30). Il indique une représentativité statistique limitée ou un manque de fiabilité statistique.

\* Pour de plus amples informations sur cet indice, se référer au catalogue des indices.

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé

© OFS - Tableaux standards ESS17

Renseignements: tél.: +41 58 463 65 62, e-mail: sgb@bfs.admin.ch

Figure 1. Diagramme sur la dépression majeure en Suisse

Tiré de : OFS, 2017

### 1.2 Question de recherche initiale

La dépression est une pathologie mentale courante de nos jours, 5% des adultes en souffriraient dans le monde. La dépression ainsi que différents troubles mentaux associés à cette pathologie ont un impact profond dans la vie quotidienne des individus (OMS, 2023). Cette pathologie est donc répandue, mais elle nuit encore considérablement à la vie des personnes en souffrant (OMS, 2023).

De plus, depuis petit nous avons toujours entendu nos parents, professeurs et la télévision nous pousser à pratiquer du sport car cela apporterait des bienfaits.

En effet, selon l'OMS :

*“Il est prouvé qu’une activité physique régulière facilite la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles, telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et plusieurs cancers. Elle contribue également à prévenir l’hypertension, à maintenir un poids corporel sain et à améliorer la santé mentale, la qualité de vie et le bien-être.” (OMS,2023)*

D’après l’OMS (2023), le sport a donc un impact sur la santé mentale d’un individu. C’est pour cela que nous avons décidé de mettre en lien la dépression qui est une pathologie courante ayant un impact indéniable sur la vie quotidienne, à l’activité physique qui permet d’améliorer la santé mentale des individus. Notre question de recherche est donc la suivante

“Comment l’infirmière peut-elle améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de dépression à l’aide de la pratique d’une activité physique ?”

La problématique étant posée, nous allons dans un premier temps rechercher des éléments de réponses dans la littérature scientifique. Ensuite nous allons analyser et discuter de ces études.

## **2. État des connaissances**

### **2.1 Prise en soins infirmière**

Dans les Soins infirmiers, les concepts du *Care* et du *Caring* sont la base de la discipline infirmière, ces concepts sont les piliers de notre rôle propre (Vigil-Ripoche M., 2012).

Selon Joan Tronto (2008),

*“Le care comme « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. ” (Tronto, 2008, p.103)*

En outre, selon le Plan d'Étude Cadre Bachelor 2012 (PEC12), les infirmiers<sup>1</sup> doivent être capables à la fin de leurs formations de maîtriser sept rôles différents (Expert en soins infirmier, Communicateur, Promoteur de la santé, Collaborateur, Apprenant formateur, Manager, Professionnel). Selon nous, le rôle le plus important au sein de ce travail est le rôle de promoteur de la santé c'est pour cela que nous allons le développer.

Selon le PEC 12 (2012), le rôle de promoteur de la santé est défini comme suit :

*“En tant que promoteurs et promotrices de la santé, les infirmières et infirmiers s'appuient sur leur expertise et leur influence pour promouvoir la santé et le mieux-être des patient-e-s et des collectivités (...) S'engager en faveur de la santé et de la qualité de vie et soutenir les intérêts des patient-e-s et de leurs proches (...) Encourager les patient-e-s et leurs proches à utiliser, de manière différenciée et individuelle, les moyens disponibles pour surmonter la maladie ou la prévenir, dans le souci d'assurer la meilleure qualité de vie possible ” (HES-SO. (2012). Plan d'Études Cadre Bachelor soins infirmiers.pdf, pp.32-33).*

A travers notre travail, nous allons tenter de démontrer les bienfaits de l'activité physique sur la dépression. Comme nous l'avons déjà mentionné, nous pensons que le rôle de promoteur de la santé est primordial. En effet, ce dernier va nous permettre de mettre en lumière nos idées pour améliorer la pratique infirmière mais aussi de proposer une stratégie alternative aux traitements de bases et de prévenir la dépression.

## **2.2 Les personnes souffrant de dépression**

Contrairement à ce que nous pouvons penser, la dépression n'est pas une maladie du troisième âge, en effet celle-ci débute en moyenne à trente ans. Plus d'un quart des personnes souffrent de dépression avant leur dix-huitième année. Mise à part sa fréquence et sa gravité, la précocité de cette maladie en comparaison avec les maladies dites somatiques posent une énorme charge sociale sur la personne. De plus, l'apparition d'une maladie précoce peut empêcher de suivre un parcours scolaire normal, d'accéder à une formation professionnelle et de s'intégrer sur le marché du travail. Enfin, il est fort probable que les personnes souffrant de dépression aient d'autres troubles psychiques associés, tels que des troubles anxieux ou des troubles de la personnalité, qui pour certains se développent encore plus tôt favorisant ou provoquant l'apparition de la dépression (Baer & al., 2013).

---

<sup>1</sup> Dans ce travail, la forme au masculin s'applique également au féminin.

Les personnes ayant déjà certains troubles physiques présentent plus souvent des symptômes dépressifs, en grande partie les personnes âgées mais encore plus chez les personnes ayant moins de 65 ans éprouvant un sentiment de solitude (Baer & al., 2013).

C'est pour cela que dans notre travail nous avons choisi la population adulte c'est-à-dire des personnes entre 18 et 65 ans souffrant de dépression.

### **2.3 Impact de la dépression**

La dépression constitue une inquiétude majeure pour les pays occidentaux étant donné qu'elle a un impact sur l'individu, sa famille ainsi que son rôle dans la société. La mauvaise humeur, l'anhédonie, les pensées négatives mais encore les sentiments de tensions peuvent poser des problèmes dans le quotidien de l'individu. Au travail, à la maison pendant les loisirs, l'engagement dans les activités de la vie quotidienne est important pour la santé et le bien-être de l'individu (Birgitta & al., 2018).

La dépression fait partie d'une des causes les plus fréquentes lors de difficultés au travail, lors de perte d'emploi ou d'invalidité. Cependant, le chômage, les mauvaises conditions de travail ainsi que l'insécurité de l'emploi sont également d'importants facteurs de risque de la maladie dépressive. C'est pour toutes ces raisons que la dépression est une pathologie ayant d'importantes répercussions économiques (Baer & al., 2013).

Cette pathologie s'accompagne souvent d'une diminution significative des contacts. Nous estimons un tiers des personnes souffrant de dépression sévère n'ont plus de contact social ni de confident. Cette solitude ressentie par les personnes souffrant de dépression ne doit pas être négligée, car elle peut avoir un impact négatif sur l'évolution de la maladie (Baer & al., 2013).

De plus, selon Bolton J.M. (2010),

*"Le Trouble Dépressif Majeur (TDM) comporte un risque important de comportement suicidaire (Kessler et al., 1999). Des études épidémiologiques suggèrent que 15 % des personnes atteintes de TDM ont tenté de se suicider à un moment donné de leur vie (Chen et Dilsaver, 1996) et que des taux de 40 % ont été observés dans les populations cliniques (Malone et al., 1995). Les études sur les suicidéurs révèlent que la dépression est présente dans environ 60 % des décès par suicide (Lesage et al., 1994, Cavanagh et al., 2003), et que la dépression est associée à un risque de suicide multiplié par 20 (Osby et al., 2001)." (Bolton J.M., 2010)*



Ce passage ci-dessus nous démontre que la dépression majeure peut mener à un fort risque de comportements suicidaires et cela constitue une problématique de santé publique en sachant que la plupart des personnes suicidant souffraient de dépression (Bolton J.M, 2010).

#### Taux de suicide (sans les suicides assistés)

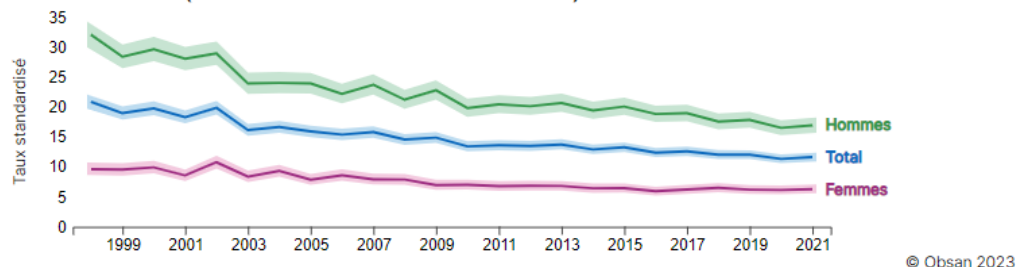


Figure 2. Taux de suicide en Suisse

Tiré de : Obsan, 2023

## 2.4 Coûts de la dépression

Les différents types de dépression sont des troubles mentaux fréquents, entraînant d'importantes souffrances et des handicaps significatifs dans divers domaines telle que la vie quotidienne, sociale et professionnelle. Ils engendrent également des coûts socio-économiques élevés (Schuler & al., 2016).

Selon l'étude de Tomonoga et al., (2013), dans le canton de Zurich, les différents coûts générés par la dépression sont importants par patient et par an. Parmi tous ces coûts totaux, 44% sont des coûts directs liés aux hospitalisations, tandis que 65% sont des coûts indirects résultant des pertes de jours de travail. Cette étude distingue les coûts en fonction de la gravité de la dépression. Les coûts augmentent de manière exponentielle, selon le niveau de dépression. Par exemple, pour une dépression légère le montant s'élève à 19'800 francs, une dépression moyennement sévère les coûts sont estimés à 36'000 francs et pour une dépression majeure les coûts s'élèvent à 53'000 francs (Schuler & al., 2016).

## 2.5 Qualité de vie

D'après l'OMS, la qualité de vie est une perception subjective de sa situation de vie, tenant compte du contexte culturel, des valeurs dans lesquelles nous vivons, ainsi que nos propres objectifs, préoccupations, normes et nos attentes (OMS, 2012). La qualité de vie est un concept comportant plusieurs dimensions reliées, la qualité de vie est donc un concept pluridimensionnel. Chaque personne aspire à avoir une bonne qualité de vie, cependant la réalisation individuelle est propre à chacun et reste très variable (OFS, 2014).

De plus, la qualité de vie est une notion primordiale dans le domaine de la santé. Elle nous permet d'identifier le type de problème que les patients rencontrent. Cela permet également de discuter avec les futurs patients afin d'anticiper les conséquences et/ou complications de leurs pathologies et de leurs traitements. Les patients vivant avec une pathologie à long terme ou un traitement, peuvent avoir des impacts sur leur qualité de vie (Haraldstad & al., 2019).

C'est pourquoi, nous avons choisi ce concept qui est intimement lié avec la problématique de la dépression. Comme démontré ci-dessus, une pathologie telle que la dépression peut impacter fortement la qualité de vie d'un individu.

## **2.6 Activité Physique Adaptée (APA)**

L'APA est un concept englobant diverses activités, services, structures et stratégies dans le but de favoriser le développement et la participation sociale des personnes ayant des besoins particuliers. L'APA est un domaine s'appuyant sur les droits de l'homme, avec une philosophie d'éthique humaniste. C'est aussi un domaine inter et pluri disciplinaire mélangeant la rééducation, la thérapie avec l'éducation physique. Elle sert aussi à promouvoir et à aider le futur des personnes en situation de handicap (Boursier & al., 2012).

Selon l'OMS, l'activité physique est définie comme tout mouvement du corps impliquant les muscles squelettiques et entraînant une dépense énergétique. Toute forme de mouvements effectués pendant les loisirs, tels que la pratique d'un sport collectif, les déplacements ainsi que les activités réalisées sur le lieu de travail sont considérés comme une activité physique (OMS, 2023).

Selon Stanton et Reaburn (2014), un programme d'exercices aérobiques comprenant de la marche, du vélo de manière individuelle ou collective avec une intensité faible et modérée jusqu'à 3 fois par semaine a montré des résultats pour réduire les symptômes de la dépression. Une variété d'interventions combinées peut être efficaces, y compris la pharmacothérapie, la psychothérapie, les interventions comportementales pour soutenir l'observance ou encore la thérapie électro convulsive. Chaque effort, même le moindre effort visant à contrer la sédentarité est bénéfique pour la santé (Stanton & Reaburn, 2014).

D'après les recommandations de l'OFSP, les adultes en âge de travailler devraient effectuer au moins deux heures et demie d'activité physique par semaine (OFSP, 2022).

D'après l'OFSP, une activité d'intensité moyenne est définie par un effort entraînant un essoufflement minime. Elle sera considérée d'intensité élevée lorsqu'elle induit de la transpiration ainsi qu'une augmentation de la fréquence respiratoire (OFSP, 2022).

### 3. Théorie infirmière : L'Approche des Soins infirmiers Fondés sur les Forces de Gottlieb

#### 3.1 Ancrage disciplinaire

Pour ce travail de Bachelor, nous avons décidé de prendre le modèle théorique de Laurie N. Gottlieb. En effet, ce modèle théorique correspond à notre manière de prendre en soins les patients. De plus, lors de nos différentes périodes de formations pratiques, nos postures de soignant se rapprochaient davantage du modèle théorique basé sur les forces de la personne.

Pour répondre à notre question initiale, nous nous sommes interrogés sur l'efficacité de l'activité physique sur les personnes souffrant de dépression en nous basant sur les forces de ces dernières.

Il s'agit d'une théorie philosophique basée sur les forces de la personne soignée. Cette conception s'inscrit dans les écoles des apprentissages de la santé, dans le paradigme de la transformation : "être avec" (Pepin, Kerouac & Ducharme, 2017).

Ce paradigme présente le changement comme étant perpétuel. De ce fait, la personne est en évolution constante, ne se trouvant jamais au même niveau étant donné que la personne se transforme de manière régulière. L'être humain est considéré comme un être indissociable de son environnement et de sa famille, avec lesquels il évolue en permanence. Cela implique une vision holistique de l'individu (Pepin, Kerouac & Ducharme, 2017, p.32).

Les savoirs infirmiers influencent également la pratique des autres professionnels et pas seulement celle des infirmiers (Pepin, Kerouac & Ducharme, 2017, p.33).

Selon Gottlieb, l'Approche des Soins infirmiers Fondés sur les Forces (ASFF) se base sur huit valeurs importantes. Tout d'abord, il y a la santé et guérison. Les différents professionnels de la santé ont un point commun qui est **la santé et la guérison** du patient, malgré ce point en commun, chacun travaille de manière différente afin de promouvoir la santé et de faciliter la guérison (Gottlieb, 2012, pp.59-67).

Ensuite, nous retrouvons **le concept d'unicité** de la personne, ce concept implique une perception **holistique et indivisible** de l'individu dans sa singularité (Gottlieb, 2012, pp.67-75).

Puis, il y a la valeur de **réalité objective et subjective avec leurs significations**. Cette valeur souligne la façon dont une personne relate une expérience vécue. Le discours de la personne reflète sa propre perception de la réalité et les significations qu'elle attribue à cette dernière. Étant donné que chacun a une vision unique de la réalité, il est naturel que chaque individu

attribue des significations différentes à sa propre réalité, ce qui se traduit par la construction de récits variés en fonction des expériences vécues (Gottlieb, 2012, pp.75-81).

De plus, nous pouvons trouver comme valeur : l'**auto-détermination**, reconnaissant le droit individuel à la libre volonté et à la prise de décisions autonomes sur la manière dont la personne souhaite percevoir sa propre prise en soin (Gottlieb, 2012, pp.81-84).

Pour continuer, il y a l'**unité entre la personne et son environnement** : Florence Nightingale a souligné que la qualité de l'environnement d'une personne avait une incidence majeure sur sa santé et sur son processus de guérison. Ainsi, l'environnement occupe une place centrale dans les soins, étant considéré au même titre que la personne elle-même (Gottlieb, 2012, pp.84-93).

Chaque individu se développe et vit dans un contexte environnemental distinct qui doit être pris en considération lors de la prestation de soins. La personne est indissociable de son environnement, et l'environnement est intrinsèquement lié à la personne (Gottlieb, 2012, pp.84-93).

Nous retrouvons une autre valeur : l'**apprentissage, dispositions et moments opportuns** : l'être humain dépend de ses apprentissages, ce processus est nécessaire pour la construction d'une personne entière et intégrée. L'apprentissage commence dès la naissance et se poursuit durant toute l'existence de la personne (Gottlieb, 2012, pp.93-99).

Pour finir, il y a le travail du soignant qui se fait avec le **partenariat de collaboration**. Ce travail en partenariat et en collaboration avec la personne se trouve dans le paradigme de la transformation, dans lequel nous "faisons avec" et non "pour" la personne. Cette valeur permet de poursuivre les objectifs centrés sur la personne ce qui va permettre d'avoir une étroite collaboration et partenariat avec la personne. Un partenariat avec d'autres personnes. (Gottlieb, 2012, pp.99-103).

Selon Laurie N. Gottlieb & B. Gottlieb :

*"Les soins infirmiers basés sur les forces sont à la fois une philosophie et une approche axée sur les valeurs qui peut guider les cliniciens, les éducateurs, les gestionnaires/leaders et les chercheurs. Les SBF sont enracinés dans les principes des soins centrés sur la personne et la famille, de l'autonomisation, des soins relationnels et de la santé et de la guérison innées." (Gottlieb & Gottlieb, 2017)*

Les Soins Infirmiers Basés sur les Forces (SBF) ou Strengths-Based Nursing (SBN), sont une approche comportant huit valeurs fondamentales qui vont guider les actions des soins infirmiers, favorisant l'autonomie du patient, l'espoir ainsi que l'auto-efficacité. L'infirmier va se concentrer sur les forces du patient en prenant en soins ce dernier ainsi que sa famille.

L'infirmier va donc se concentrer sur les forces internes et externes en prenant soin de ces derniers. La famille ainsi que l'équipe soignante vont faire de leur mieux afin d'aider le patient à faire face aux problèmes et à réduire le déficit à tous les niveaux de soins (Gottlieb, 2014).

Les SBF ont pour objectifs de promouvoir la santé, de faciliter la guérison, de soulager la souffrance, d'encourager le bien-être, de favoriser le processus de guérison et atténuer la douleur en instaurant des environnements qui soutiennent et renforcent les compétences intrinsèques des patients en matière de santé et de mécanismes naturels de guérison (Gottlieb, 2014).

Les SBF complètent les soins médicaux en fournissant une bonne communication et cela permet au patient ainsi qu'aux membres de sa famille d'avoir un plus grand contrôle sur sa santé et sur la guérison (Gottlieb, 2014).

L'ASFF s'inscrit dans l'école des apprentissages de la santé, dans le paradigme de la transformation : « l'être avec » (Pepin, Kerouac & Ducharme, 2017). Il s'agit d'une approche qui met l'accent sur les soins basés sur la personne ainsi que sa famille (Gottlieb, 2012, pp.1-4).

L'ASFF est constituée de quatre phases : Exploratoire, Focaliser, Exécuter et Réviser.

Pour l'exploration, il est important de mettre en place un partenariat efficace entre un professionnel de la santé et son patient commençant par l'établissement de bases solides. Il est crucial de consacrer un temps pour faire connaissance avec le patient, en comprenant son contexte personnel et en créant un lien de confiance. Divers outils tels que le génogramme et l'écocarte peuvent être précieux dans ce processus, permettant d'explorer les relations familiales et l'environnement social du patient. Cette approche facilite la compréhension des dynamiques familiales et des facteurs environnementaux qui peuvent influencer la santé du patient (Gottlieb, 2012, pp.322-341).

De plus, il est fondamental d'explorer les forces du patient, en mettant l'accent sur ses ressources et compétences. Cette démarche orientée vers les forces contribue à établir une collaboration plus holistique et à renforcer l'autonomie du patient dans sa prise en charge. En résumé, la construction d'un partenariat thérapeutique commence par la création d'une connexion empathique, suivie de l'exploration approfondie du contexte et des forces du patient, favorisant ainsi une approche de soins plus personnalisée et complète (Gottlieb, 2012, pp.322-341).

Pour la focalisation, la personne peut mettre en évidence une situation souhaitée afin d'avoir un point de départ dans ce processus d'analyse en partenariat. Cela permet de connaître les aspirations, les besoins ainsi que les objectifs spécifiques de la personne (Gottlieb, 2012, pp. 341-344).

Il faut coconstruire des objectifs avec la personne, il s'agit d'une approche collaborative et personnalisée ce qui favorise une implication active de chaque individu dans la définition de leurs propres buts (Gottlieb, 2012, pp. 341-344).

L'analyse en partenariat avec la personne ou sa famille permet d'avoir une vue d'ensemble de la situation actuelle (Gottlieb, 2012, pp. 341-344).

Lors de la phase d'exécution, la co-construction d'un plan d'action en collaboration avec la personne et sa famille est une étape essentielle dans le processus d'intervention. En impliquant la personne et sa famille, nous nous assurons que le plan d'action reflète les besoins, aspirations et préférences de ces derniers. Cette transparence va faciliter la communication entre le soignant, le patient ainsi que sa famille permettant un ajustement du plan d'action en fonction de l'évolution des besoins. C'est pourquoi coconstruire un plan d'action devient un processus dynamique et adaptatif, qui va assurer des interventions plus ciblées et en accord avec les attentes des personnes impliquées dans le plan. C'est donc à ce moment que l'infirmier va promouvoir la santé, valoriser les forces ainsi que les ressources disponibles (Gottlieb, 2012, pp.344-346).

La dernière phase est celle de la révision : l'évaluation en partenariat constitue une démarche essentielle dans la gestion et l'optimisation des projets. Elle englobe la mesure scrupuleuse de l'atteinte des objectifs établis, permettant ainsi de quantifier les progrès réalisés. Ce processus implique également une collaboration étroite entre les parties prenantes afin de consolider les acquis et de réajuster les stratégies si nécessaire. En favorisant la transparence et la communication ouverte, cette évaluation offre l'opportunité d'identifier les forces et les faiblesses du projet. De plus, elle sert de catalyseur pour l'élaboration de nouveaux objectifs, garantissant ainsi une évolution continue et une adaptation dynamique aux changements de contexte. En résumé, l'évaluation en partenariat se présente comme un pilier fondamental, propulsant les initiatives vers un succès durable et une efficacité accrue (Gottlieb, 2012, pp.346-349).

## **3.2 Métaconcepts**

En Sciences infirmières, les situations cliniques sont analysées à l'aide de définitions des quatre paradigmes suivants : l'être humain, l'environnement, la santé et les soins infirmiers.

### **3.2.1 La personne**

Chaque individu, même confronté à des défis mentaux, demeure un être unique en constante évolution. En mettant l'accent sur la mesure des progrès réalisés, cette évaluation reconnaît les forces intrinsèques de la personne (Pepin, Kerouac & Ducharme, 2017, p.82).

Pour les personnes souffrant de dépression, il est primordial de consolider ces forces, de réajuster les méthodes d'accompagnement, et éventuellement d'élaborer de nouveaux objectifs thérapeutiques adaptés aux besoins changeants de la personne (Pepin Kerouac & Ducharme, 2017, p.82).

Notre rôle est d'accompagner, d'aider la personne à exprimer ses forces, à créer avec la personne souffrant de dépression des objectifs adaptés à ses besoins. Tous les soins apportés à la personne doivent être fait en collaboration avec cette dernière. Ainsi, nous sommes dans une approche du "faire avec" plutôt que du "faire pour". Cette approche en partenariat renforce ainsi l'idée que, malgré les difficultés, l'individu conserve la capacité intrinsèque de grandir et de s'autoguérir, avec le soutien approprié et une évaluation continue qui prend en compte sa singularité (Pepin, Kerouac & Ducharme, 2017, p.82).

### **3.2.2 Le soin**

Le soin entoure la personne et sa famille. Elle offre également l'occasion de développer les forces et promeut la santé, afin de changer les habitudes de vie. (Pepin, Kerouac & Ducharme, 2017, p.82)

Dans le contexte des soins aux personnes souffrant de dépression, il est crucial de reconnaître que le processus de prise en charge va au-delà du simple traitement des symptômes. Le soin, conçu comme un accompagnement global, enveloppe la personne affectée et son cercle familial dans un environnement de soutien. Cette approche va au-delà de la résolution immédiate des difficultés, en offrant également des occasions propices au développement des forces individuelles. En effet, le soin centré sur la personne souffrant de dépression vise à promouvoir la santé mentale en mettant l'accent sur le renforcement des compétences et des ressources internes. Il constitue une opportunité précieuse pour provoquer des changements positifs dans les habitudes de vie, favorisant ainsi une amélioration continue du bien-être. En plaçant le patient et sa famille au cœur du processus, le soin devient une force transformative,

encourageant non seulement la guérison des symptômes, mais également le développement d'une résilience durable (Pepin, Kerouac & Ducharme, 2017, p.82).

Notre rôle est de travailler en partenariat avec l'entourage familial et social afin d'explorer et renforcer les ressources, forces intrinsèques /extrinsèques. Nous devons également donner la motivation à faire une activité physique adaptée pour chaque type de dépression.

### **3.2.3 La santé**

Selon Gottlieb (2012), le concept de santé est décrit par Gottlieb comme en étant en mouvement, elle évolue dans le temps. Elle peut coexister avec la maladie, elle résulte d'un processus d'apprentissage comprenant le coping et le développement pour s'ajuster et faire face aux événements et leurs conséquences (Gottlieb, 2012, pp.59-67).

La dépression peut altérer non seulement l'état émotionnel d'une personne, mais également son intégralité en tant qu'un être vivant dans son environnement (Pepin, Kerouac & Ducharme, 2017, p.82).

Les changements des personnes souffrant de dépression interagissent avec le monde qui l'entoure. La dépression peut provoquer un isolement social, qui peut altérer les liens avec les autres et l'environnement de manière significative. L'isolement social peut donc devenir la norme. L'intégralité de l'être, y compris la manière dont nous nous percevons et interagissons avec le monde, est ainsi façonnée par l'ombre de la dépression (Pepin, Kerouac & Ducharme, 2017, p.82).

Le rôle infirmier est de trouver des activités physiques en groupe pour prévenir l'isolement, encourager les interactions sociales et retrouver un intérêt aux exercices physiques, dans le but d'améliorer la qualité de vie.

### **3.2.4 L'environnement**

Dans le concept d'environnement, nous intégrons à la fois l'histoire personnelle et la culture d'un individu. Plus spécifiquement, cela englobe les valeurs, le contexte familial et les croyances propres à cette personne (Pepin & al., 2017).

L'infirmier se doit de respecter les valeurs, l'histoire personnelle et la culture de son patient afin d'établir une relation de confiance. L'infirmier a donc la responsabilité de comprendre les besoins de la personne ainsi que les forces de cette dernière.



### **3.3 Question de recherche finale**

Pour donner suite à nos recherches et à l'écriture de notre ancrage, nous avons élaboré une question de recherche finale. En effet, nous avons constaté que la pratique d'une activité physique apporte des bienfaits au niveau psychologique. Cependant, cette pratique est méconnue et elle n'est pas appliquée par les soignants.

Étant donné que les personnes souffrant de dépression ont un bénéfice à faire de l'activité physique, nous avons décidé de prendre en compte ces points clés dans notre question finale. Notre question finale est donc :

**“En quoi l'activité physique adaptée est-elle une alternative infirmière dans la prise en charge de patient souffrant de dépression ?”**

## **4. Méthode**

Après l'élaboration de notre question de recherche finale, nous avons débuté le processus de collecte de données probantes. Nous allons maintenant détailler notre méthodologie, décrivant comment nous avons collecté, analysé et interprété ces informations. Grâce à une approche méthodologique, nous avons identifié et collecté des données significatives concernant le sujet de notre travail.

### **4.1 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire**

Dans le cadre de la recherche d'articles scientifiques, nous avons utilisé divers moteurs de recherches tels que PubMed, CINAHL et Google Scholar. Nous avons effectué nos recherches à partir du centre de documentation de la HEdS.

Tout d'abord, nous avons utilisé la méthode du PICOT qui nous a permis de rassembler des mots-clés pertinents pour notre problématique. Par la suite, nous les avons traduits en anglais sur Health Terminology/Ontology Portal (HeTOP) afin d'élaborer nos équations de recherches.

La variable P désigne les personnes adultes souffrant de dépression, le I fait référence à l'intervention, qui consiste en l'activité physique, la variable C représente la comparaison entre la pratique ou non d'une activité physique, le O définit l'amélioration de la qualité de vie. Pour finir, aucun facteur temporel (T) n'est pris en compte.

Tableau 1. PICOT

PICOT	Termes utilisés
P (Population)	Les personnes adultes souffrant de dépression
I (Intervention)	L'activité physique adaptée
C (Comparaison/ Contexte)	Sans activité physique
O (Outcome)	Amélioration de la qualité de vie
T (Temporalité)	La temporalité n'a pas été définie dans ce travail

Ensuite, ces thèmes ont été transformés puis traduits en Mesh Terms sur HeTOP, permettant ainsi leur utilisation sur PubMed et Cinahl dans nos équations de recherches.

Le tableau ci-dessous présente les traductions en anglais pour chaque concept.

Tableau 2. Traduction en anglais des concepts

PICOT	Concept/thème	Mots-clés libres en français	HeTop Français (termes thesorus meSH)	Terme traduit par HeTOP anglais	Terme MeSH par le Subject en headings
Population	Personnes adultes souffrant de dépression (18-65 ans)	Dépression, adulte, troubles dépressifs majeurs	Dépression, trouble dépressifs majeurs	Depressive disorder, major	Depression
Intervention	Activité physique	Exercice physique	Exercice	Exercise	Exercise
Comparaison/-contexte	-	-	-	-	-
Outcome	Amélioration de la qualité de vie	Qualité de vie, résultat thérapeutique	Qualité de vie, résultat thérapeutique	Quality of life, treatment outcome	Quality of life
Temporalité	-	-	-	-	-

En utilisant les traductions en anglais des concepts en termes MeSH, nous avons constitué nos équations de recherches. De plus, nous avons intégré des termes booléens tels que : **AND**, **NOT** et/ou **OR**. Ces termes nous ont permis de préciser ou d'élargir les résultats obtenus lors de nos recherches.

Le tableau ci-dessous contient nos équations de recherches avec les filtres ainsi que le nombre de résultats obtenus.

Tableau 3. Résumé des équations de recherches

PubMed	Equations	Filtres	Résultats de recherches
07/12/23	(((((adult) <b>AND</b> (depression)) <b>AND</b> (treatment outcome)) <b>AND</b> (nursing care)) <b>AND</b> (exercise)	In the last 10 years (2013-2023)	126
07/12/23	(((((aerobic exercise) <b>OR</b> (exercise)) <b>AND</b> (nursing care)) <b>AND</b> (adult)) <b>AND</b> (depression)) <b>NOT</b> (cancer)	In the last 10 years (2013-2023)	851
03/1/24	((nursing care) <b>AND</b> (sports)) <b>AND</b> (depression)	In the last 10 years (2013-2023), Randomized Controlled Trial (ECR)	96
6/1/24	(((((adult) <b>AND</b> (depression)) <b>AND</b> (exercise)) <b>AND</b> (nursing care)	In the last 10 years (2013-2023)	214
6/1/24	Article trouvé dans un autre article	-	-
<b>Cinahl</b>			
Les équations de recherches sur Cinahl ne nous ont pas permis de trouver de nouveaux articles scientifiques. Toutefois, elles ont été utiles pour confirmer les articles préalablement sélectionnés sur PubMed.			

## 4.2 Diagramme de flux

Le diagramme de flux ci-dessous illustre les différents articles que nous avons trouvés en utilisant nos équations de recherches, ainsi que le processus qui nous a conduit à retenir les neuf articles pour ce travail de Bachelor.

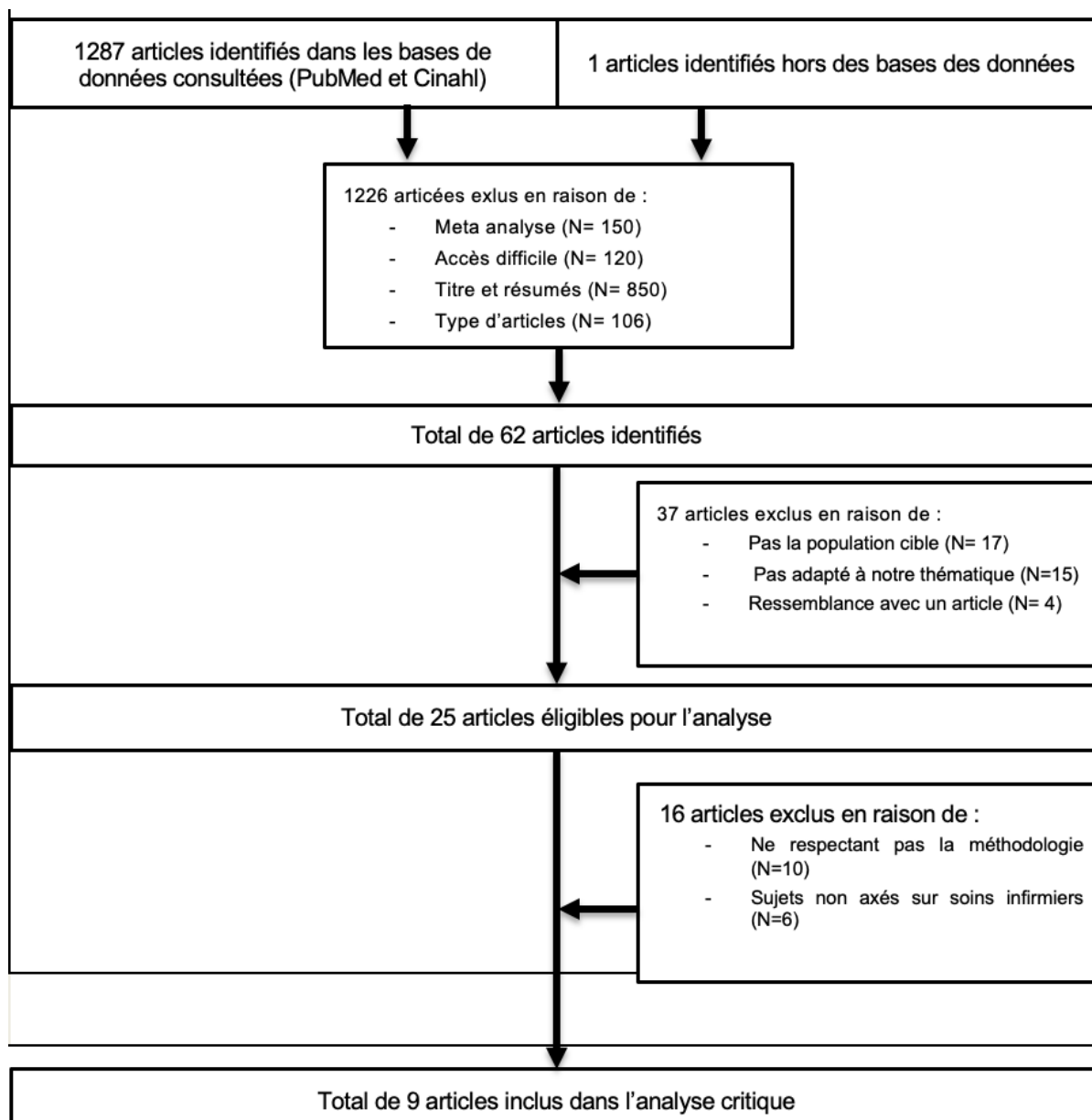


Figure 3. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

### 4.3 Articles retenus

À la suite de nos recherches nous avons retenus 9 articles scientifiques :

1. Arrieta, H., Rezola-Pardo, C., Echeverria, I., Iturburu, M., Gil, S. M., Yanguas, J. J., Irazusta, J., & Rodriguez-Larrad, A. (2018). Physical activity and fitness are associated with verbal memory, quality of life and depression among nursing home residents : Preliminary data of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 18(1), 80.
2. Bennie, J. A., Teychenne, M. J., De Cocker, K., & Biddle, S. J. H. (2019). Associations between aerobic and muscle-strengthening exercise with depressive symptom severity among 17,839 U.S. adults. *Preventive Medicine*, 121, 121-127.
3. Ellard, D. R., Thorogood, M., Underwood, M., Seale, C., & Taylor, S. J. C. (2014). Whole home exercise intervention for depression in older care home residents (the OPERA study) : A process evaluation. *BMC Medicine*, 12, 1.
4. Hidalgo, J. L.-T., Sotos, J. R., & DEP-EXERCISE Group. (2021). Effectiveness of Physical Exercise in Older Adults With Mild to Moderate Depression. *Annals of Family Medicine*, 19(4), 302-309.
5. Lin, F. L., Yeh, M. L., Lai, Y. H., Lin, K. C., Yu, C. J., & Chang, J. S. (2019). Two-month breathing-based walking improves anxiety, depression, dyspnoea and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A randomised controlled study. *Journal of clinical nursing*, 28(19-20), 3632-3640.
6. Lok, N., Lok, S., & Canbaz, M. (2017). The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents : Randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 70, 92-98.
7. Machaczek, K. K., Allmark, P., Pollard, N., Goyder, E., Shea, M., Horspool, M., Lee, S., de-la-Haye, S., Copeland, R., & Weich, S. (2022). Integrating physical activity into the treatment of depression in adults : A qualitative enquiry. *Health & Social Care in the Community*, 30(3), 1006-1017.

8. Porras-Segovia, A., Rivera, M., Molina, E., López-Chaves, D., Gutiérrez, B., & Cervilla, J. (2019). Physical exercise and body mass index as correlates of major depressive disorder in community-dwelling adults: Results from the PISMA-ep study. *Journal of Affective Disorders*, 251, 263-269.
9. Roy, A., Govindan, R., & Muralidharan, K. (2018). The impact of an add-on video assisted structured aerobic exercise module on mood and somatic symptoms among women with depressive disorders: study from a tertiary care centre in India. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 118-122.

## 5. Résultats

Pour ce travail de Bachelor, nous avons retenu neuf articles que nous avons analysés à l'aide de diverses grilles d'analyses et nous avons effectué un tableau de synthèses pour chaque article retenu. Parmi ces études, six sont des études qualitatives de type interventionnelles ou observationnelles, tandis que les autres deux sont des études qualitatives et dont une étude mixte. Les grilles d'analyses sont annexées à ce travail (cf. Annexe 5, p.72).

Notre première analyse s'est basée sur les niveaux de preuves, classée à 8 niveaux. Nos articles se situent principalement entre les niveaux II et VII de la classification dans la pyramide des niveaux de preuves. Ils sont majoritairement constitués d'essais cliniques randomisés, lesquels incluent une intervention visant à vérifier la question de recherche.

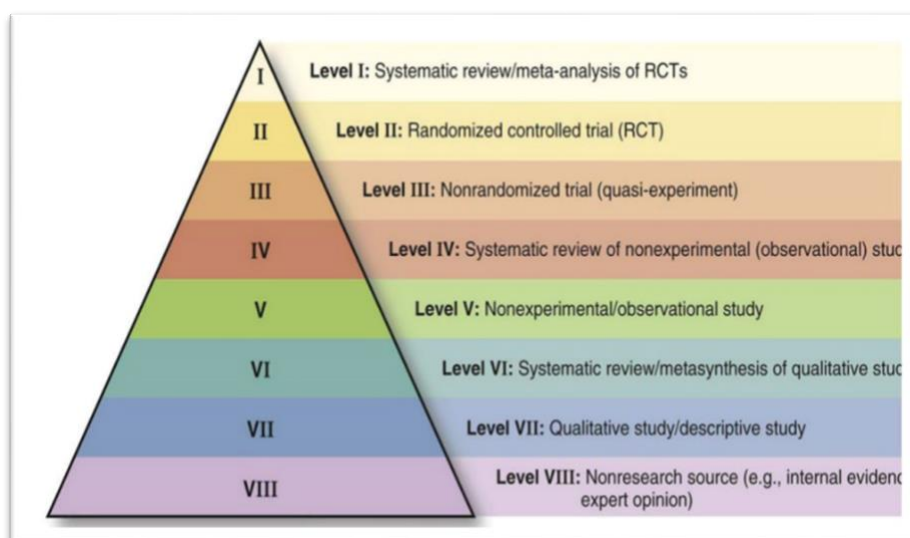


Figure 4. Pyramide des niveaux de preuves (Polit & Beck, 2020, p.29)

## 5.1 Synthèse des articles

Tableau 4. Tableaux comparatifs résumant les articles retenus

1.

Auteur, année, pays, titre	Haritz Arrieta, Chloé Rezola-Pardo, Iñaki Echeverria, Miren Iturburu, Susana Maria Gil, Jose Javier Yanguas, Jon Irazusta, et Ana Rodriguez-Larra	2018	Espagne		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires	Limites
<p><b>Etude qualitative</b></p> <p>Le processus de vieillissement se caractérise par un déclin dynamique et progressif des capacités physiques et cognitives, entraînant une diminution de la fonction globale nécessaire pour les activités de la vie quotidienne.</p> <p>De plus, de nombreuses preuves appuient l'idée d'une interaction entre les altérations physiques et cognitives dans le processus de déclin lié à l'âge.</p> <p>Ce qui signifie que la santé du cerveau est étroitement liée à la santé physique, et la performance physique est influencée par des facteurs cognitifs.</p> <p>Par ailleurs, la pratique d'une activité physique peut atténuer ou prévenir le déclin cognitif associé au vieillissement.</p>	<p>La population a été choisie à l'aide des données d'une étude multicentrique randomisée menée dans dix maisons de soins infirmiers entre octobre 2016 et juin 2017.</p> <p>Sept des 206 individus éligibles ne remplissaient pas les critères d'inclusion, 83 ont décliné de participer, et deux n'ont pas signé le formulaire de consentement éclairé, aboutissant à un total de 114 participants.</p> <p>Les critères d'éligibilité étaient des hommes et des femmes âgés de 70 ans et plus, ayant obtenu un score égal ou supérieur à 50 sur l'indice Barthel, un score égal ou supérieur à 20 au test MEC-35 (une version adaptée et validée du mini-examen de l'état mental en espagnol), et démontrant la capacité de se tenir debout et de marcher de manière indépendante sur une distance d'au moins dix mètres.</p>	<p>Les participants à l'étude ont été évalués à l'aide de divers instruments, notamment l'activité physique, la dextérité manuelle, le test de condition physique pour les personnes âgées, le test de création de sentiers A, le test d'apprentissage auditif et verbal de Rey, ainsi que les échelles de Qualité de Vie (QoL-AD) et de dépression de Goldberg. Les données recueillies ont ensuite été analysées à l'aide de modèles de régression logistique.</p>	<p>Au cours de cette étude, nous avons remarqué que la force musculaire des bras était positivement liée au Test de l'apprentissage auditif-verbal de Rey (avec une augmentation de 16% du risque, intervalle de confiance à 95 % : 4–30%) ainsi qu'à la qualité de vie liée à la démence (avec une augmentation de 18% du risque, IC à 95 % : 6–31%). De plus, le nombre de pas effectués par jour était associé de manière négative au risque de dépression selon l'échelle de dépression de Goldberg (avec une diminution de 14% du risque, IC à 95 % : 0,0–0,3).</p>	<p>La force musculaire et l'activité physique ont été identifiées comme des facteurs positivement associés à une meilleure performance au test d'apprentissage auditif-verbal de Rey, à la qualité de vie et à l'échelle de dépression de Goldberg chez les personnes âgées présentant des troubles cognitifs légers à modérés et résidant dans des maisons de soins infirmiers. Ces associations semblent varier en fonction de l'utilisation d'un appareil d'assistance à la marche. Les résultats soutiennent la nécessité de mettre en place des interventions visant à accroître la force musculaire et l'activité physique chez les résidents des maisons de soins infirmiers pour favoriser des bénéfices physiques, cognitifs et émotionnels.</p>	<p>Cette étude présente certaines limites.</p> <p>Premièrement, sa nature transversale limite la capacité à établir des relations temporelles.</p> <p>Deuxièmement, des variables potentiellement pertinentes telles que le soutien social, la comorbidité ou la pharmacologie n'ont pas été évaluées, ce qui nécessite une interprétation prudente des résultats.</p> <p>Troisièmement, les conclusions ne peuvent pas être généralisées à l'ensemble des résidents des maisons de soins infirmiers, car il n'a pas été possible de déterminer si les résultats s'appliqueraient également à ceux qui ont refusé de participer ou qui ne répondaient pas aux critères physiques et cognitifs.</p>



## 2.

Auteur, année, pays, titre	Bennie JA, Teychenne MJ, De Cocker K, Biddle SJH	2019	Etats-Unis		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires	Limites
<p><b>Une étude observationnelle transversale.</b></p> <p>Cette étude vise à examiner les relations entre l'activité physique modérée à vigoureuse (MVPA) et les exercices de renforcement musculaire (ERM) avec la gravité des symptômes dépressifs chez un vaste échantillon d'adultes américains.</p> <p>Exemple: MVPA : marcher, courir, faire du vélo. MSE : Entraînement de force et résistance.</p>	<p>L'échantillon final de l'étude comprenait 17 839 participants âgés de 18 à 80 ans. Plus de la moitié des participants étaient des femmes, employées, avec des revenus élevés, ayant fréquenté ou terminé l'université, et n'avaient jamais fumé. La majorité étaient blancs, non hispaniques et auto-évaluaient leur santé comme « bonne » à « excellente ». Moins d'un quart des participants avaient reçu un diagnostic antérieur de dépression, tandis que moins de 5 % étaient considérés comme des gros buveurs. En ce qui concerne les recommandations en matière d'activité physique, 45,2 % des participants ne respectaient ni les recommandations aérobiques ni celles de renforcement musculaire, 9,6 % suivaient uniquement les recommandations de renforcement musculaire, 28,4 % respectaient uniquement les recommandations aérobiques, et 17,8 % respectaient les deux lignes directrices.</p>	<p>L'étude a utilisé une approche méthodique pour examiner les relations entre l'activité physique et les symptômes dépressifs. Tout d'abord, l'activité physique a été évaluée en demandant aux participants la fréquence, la durée et le type d'activités aérobiques (comme la course ou la marche) et de renforcement musculaire (comme les pompes ou le yoga). Les activités ont été classées en aérobiques ou non aérobiques (le golf, le bowling, le jardinage et la peinture), et le respect des recommandations de l'OMS a été vérifié en fonction du temps consacré à chaque type d'activité.</p> <p>Ensuite, les répondants ont été regroupés en quatre catégories selon leur conformité aux recommandations en matière d'activité physique : aérobique et de renforcement musculaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rencontrer ni l'un ni l'autre</li> <li>2. Renforcement musculaire uniquement (ERM)</li> <li>3. MVPA aérobique uniquement</li> <li>4. Rencontrer les deux.</li> </ol> <p>Les symptômes dépressifs ont été mesurés avec l'échelle PHQ-8, classant les symptômes sur une échelle de 0 à 24 et en plusieurs catégories de gravité. Les réponses des participants ont été regroupées en quatre catégories de gravité : aucun symptôme dépressif significatif, léger, modéré, et modérément sévère/grave.</p>	<p>Cette étude montre que si les participants respectent les recommandations, il y a une proportion plus petite de personnes présentant des symptômes dépressifs légers, modérés ou sévères par rapport aux autres groupes. En d'autres termes, cela indique que les personnes qui suivent à la fois les recommandations aérobiques et celles de renforcement musculaire ont moins de symptômes dépressifs que celles qui ne respectent aucune recommandation ou qui suivent seulement une partie des recommandations.</p> <p>La recherche future devrait explorer les effets combinés de l'activité physique sur la santé mentale, y compris les mécanismes sous-jacents et l'impact spécifique par sexe. Les niveaux d'activité physique au-delà des recommandations de l'OMS n'ont pas montré de prévalence plus faible des symptômes dépressifs, indiquant que suivre les recommandations standard est suffisant.</p>	<p>17,8% des participants respectent à la fois les recommandations pour l'exercice aérobique et l'entraînement en force. Chacun de ces types d'exercice est lié à une prévalence plus faible de la dépression.</p> <p>Lorsqu'ils sont pratiqués conjointement, l'exercice aérobique et l'entraînement en force sont associés à la prévalence la plus basse de la dépression.</p> <p>Par conséquent, les stratégies de prévention de la dépression devraient encourager activement la pratique d'exercices combinant aérobique et force.</p>	<p>Les limitations de cette étude incluent sa conception transversale, qui rend difficile d'établir des relations causales entre l'activité physique et la dépression. Les mesures auto-rapportées peuvent introduire des biais, et l'absence de données sur l'intensité et la durée de l'entraînement en force limite notre compréhension de son impact sur la dépression. De plus, les différences entre notre échantillon et la population générale doivent être prises en compte. D'autres recherches devraient aborder ces limitations pour confirmer les résultats.</p>



3.

Auteur, année, pays, titre	David R Ellard , Margaret Thorogood, Martin Underwood, Clive Seale et Stephanie JC Taylor	2014	Royaume-Unis		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires	Limites
<p>Essai randomisé par grappes</p> <p>L'essai randomisé en grappes "Intervention d'exercice pour les personnes âgées dans les établissements de soins" (OPERA) n'a révélé aucun effet significatif de la formation du personnel et des sessions d'exercices sur les symptômes dépressifs des résidents. Une évaluation du processus a été entreprise pour explorer les explications de cette absence d'effet.</p>	<p>Au total, 35 établissements ont été randomisés pour l'intervention, mais après randomisation, 1 établissement a été jugé inadapté à l'intervention en raison de l'extrême fragilité des résidents et aucun groupe d'exercice n'a donc été dispensé dans cet établissement. Il était prévu que les 34 établissements d'intervention reçoivent des cours d'exercice au moins deux fois par semaine pendant l'année. L'essai a atteint en moyenne 90 % de cet objectif.</p> <p>Le nombre de personnes participant à l'étude s'élève à 494 personnes.</p>	<p>L'essai "Older People's Exercise intervention in Residential and nursing Accommodation" (OPERA) était une étude randomisée en grappes impliquant 78 foyers de soins en Angleterre, avec l'unité de randomisation étant le foyer de soins individuel.</p> <p>Réalisé de 2008 à 2011, l'essai a recruté des foyers de soins des Midlands et du nord-est de Londres, au Royaume-Uni. L'intervention d'activité physique visait à changer les habitudes des établissements de soins, comprenant des séances d'exercices de groupe deux fois par semaine, dirigées par un physiothérapeute, ainsi que des évaluations individuelles de physiothérapie, des ordonnances d'exercice, des conseils au personnel sur la mobilité, la fourniture d'aides pour maximiser la mobilité, et une formation du personnel sur la dépression.</p> <p>Chaque établissement d'intervention avait un "champion" du personnel pour encourager la mobilité. Les établissements de contrôle ont seulement reçu une formation sur la sensibilisation à la dépression sans mention spécifique de la promotion de l'activité physique.</p> <p>L'étude a adopté une approche de méthodes mixtes en utilisant des données quantitatives de l'ensemble des établissements d'étude, ainsi que des données quantitatives et qualitatives provenant d'un échantillon délibéré de huit établissements d'études de cas (deux établissements de contrôle et six d'intervention). Ces huit établissements ont été sélectionnés en profondeur en utilisant un cadre d'échantillonnage représentant divers types de maisons dans l'étude, tels que la taille, l'emplacement et la propriété.</p>	<p>Les établissements ont manifesté des variations significatives d'activité à la fois au départ et tout au long de l'essai.</p> <p>Le taux global de participation aux séances d'exercices de groupe était modeste, atteignant seulement 50%.</p> <p>Deux questions clés ont été examinées pour expliquer le résultat négatif : l'impact de l'intervention sur la culture des foyers et l'engagement des résidents dans celle-ci. Les constatations indiquent des niveaux de formation du personnel relativement faibles, un nombre limité de champions de la maison pour soutenir l'intervention, et une culture orientée vers la protection des résidents plutôt que la promotion de l'activité.</p> <p>Bien que l'équipe d'essai ait organisé 3'191 groupes d'exercices, seuls 36% des participants ont assisté à au moins un groupe par semaine, avec une participation nettement plus faible des résidents déprimés par rapport à ceux qui ne l'étaient pas. Étant donné la fragilité des résidents, la plupart des groupes se sont concentrés sur des exercices assis.</p> <p>Les principales raisons de l'annulation des cours étaient les fortes chutes de neige, les épidémies de diarrhée et de vomissements, les précautions contre la grippe porcine et les températures estivales élevées.</p>	<p>L'intervention n'a pas modifié les habitudes des établissements, et dans les établissements étudiés en détail, les niveaux d'activité sont demeurés inchangés en dehors des sessions d'exercices de groupe.</p> <p>Les résidents n'ont pas participé de manière adéquate aux groupes d'exercices, en particulier ceux présentant des symptômes dépressifs initiaux.</p> <p>La fragilité physique et mentale des résidents dans les maisons de soins peut rendre difficile la mise en œuvre d'une intervention d'exercice suffisamment intense pour influencer les symptômes dépressifs.</p>	<p>Cette évaluation du processus a quelques limitations. Moins d'entretiens ont été réalisés que prévu, en particulier avec les résidents des domiciles, car il était difficile d'accéder à leurs proches sans leurs coordonnées. Les observations détaillées concernaient seulement 8 des 78 établissements de soins de l'essai. Malgré cela, même dans ce petit échantillon, il a été constaté une grande variété dans les niveaux d'activité des foyers. Nous devons être prudents dans l'interprétation des analyses, car elles n'étaient pas planifiées, non ajustées et manquaient de puissance..</p>

4.

Auteur, année, pays, titre	Jesús López-Torres Hidalgo, Joseba Rabanales Sotos, Groupe DEP-EXERCICE	Espagne	2021	
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires / limites
<p><b>Etude quantitative</b></p> <p>L'étude vise à comparer l'efficacité de l'exercice physique à celle des antidépresseurs couramment prescrits en pratique clinique, en ce qui concerne la réduction des symptômes dépressifs chez les patients âgés de 65 ans et plus présentant des critères cliniques d'épisode dépressif.</p>	<p>La population recherchée pour cette étude étaient des personnes âgées de 65 ans et plus, souffrant d'un épisode dépressif diagnostiqué, sur une période de 6 ans.</p> <p>Parmi les 432 patients présélectionnés, 347 ont consenti et ont été assignés de manière aléatoire à l'un des deux groupes (176 dans le groupe d'activité physique et 171 dans le groupe antidépresseur).</p> <p>Ensuite, 23 ont été exclus en raison de critères d'exclusion (tels qu'un trouble dépressif sévère ou une contre-indication à participer à un programme d'activité physique), et 11 autres ont été exclus en raison du retrait de leur consentement, ce qui a conduit à un total de 313 patients inclus dans l'étude (158 dans le groupe d'activité physique et 155 dans le groupe antidépresseur). Au cours du suivi, 46 patients supplémentaires ont retiré leur consentement et 120 ont abandonné pour diverses raisons (y compris ceux qui ont abandonné avant de commencer le traitement).</p> <p>Au total, 66 patients du groupe d'activité physique et 93 patients du groupe antidépresseur ont terminé le suivi.</p>	<p>Le programme d'exercice physique supervisé impliquait deux séances d'une heure par semaine pendant une période de 6 mois, totalisant 48 séances en groupes de 10 à 12 personnes. Ces séances étaient animées par un instructeur sportif qualifié et diplômé, et se déroulaient dans un centre de santé. Elles comprenaient une variété d'exercices aérobies, de renforcement musculaire, de flexibilité et d'équilibre, ainsi que des conseils éducatifs sur l'intégration de l'activité physique dans la vie quotidienne et sur la réalisation d'exercices adaptés à chaque individu en fonction de son âge et de sa condition physique pour maintenir un poids corporel sain. Les participants étaient encouragés à atteindre un niveau d'activité physique où ils pratiquaient au moins 30 minutes d'exercice d'intensité modérée chaque jour, dans le cadre d'une approche visant à motiver les changements d'habitudes.</p> <p>Dans le groupe de traitement Antidépresseur (AT), le choix du médicament a été déterminé par le médecin généraliste de chaque patient, en tenant compte des caractéristiques individuelles.</p> <p>Le suivi a duré 6 mois, avec des évaluations réalisées au début, ainsi qu'à 1, 3 et 6 mois. Le critère principal de résultat était la réduction des symptômes dépressifs, définie comme un score MADRS &lt;10 points, indiquant l'absence de trouble dépressif. Les autres mesures incluaient l'indice de masse corporelle, la survenue d'événements indésirables, le niveau d'activité physique évalué par le Questionnaire International sur l'Activité Physique (IPAQ), les antécédents de dépression et l'utilisation d'antidépresseurs, la présence de multimorbidité et/ou de polypharmacie, le tabagisme, la consommation d'alcool, l'état de santé auto-perçu (EuroQol EQ-5D), des variables sociodémographiques, et la satisfaction concernant la participation à l'étude. De plus, la participation aux séances d'activité physique pour le groupe d'AP, le type d'antidépresseur prescrit et l'observance thérapeutique selon le questionnaire d'observance médicamenteuse ont été évalués.</p>	<p>L'analyse en intention de traiter a révélé que l'incidence cumulée de l'amélioration des symptômes dépressifs (mesurée par un score &lt; 10 à l'échelle de dépression de Montgomery-Åsberg) dans le groupe d'AP après 1 mois n'était pas significativement différente de celle du groupe de traitement AT. Cependant, la proportion de participants montrant une amélioration était significativement plus élevée (<math>P &lt; 0,01</math>) dans le groupe AT (60,6 % et 49,7 %) par rapport au groupe PA (45,6 % et 32,9 %) à 3 et 6 mois, respectivement.</p> <p>Le taux d'abandon était plus élevé dans le groupe AP (39,2 % et 58,2 %) que dans le groupe AT (22,6 % et 40,0 %) à 3 et 6 mois, respectivement, cependant la proportion de participants signalant des effets secondaires indésirables était plus élevée dans le groupe AT (8,9 % contre 22,5 % ; <math>P = 0,007</math>).</p>	<p>Parmi les limites de cette étude, nous notons que l'âge avancé des participants ainsi que les problèmes de santé et/ou les limitations fonctionnelles courantes chez les personnes âgées pourraient avoir eu un impact négatif sur l'adhésion au programme d'activité physique de 6 mois. Il est important de prendre en compte le nombre important de participants perdus de vue, en particulier dans le groupe d'activité physique, ce qui pourrait avoir influencé de manière significative les différences observées entre les groupes. De plus, une autre limite importante réside dans le fait qu'il s'agissait d'un essai ouvert, ce qui exclut la possibilité d'utiliser des techniques de masquage, ce qui aurait pu biaiser l'évaluation des effets de l'intervention.</p> <p>Il serait nécessaire de mener davantage d'études afin d'intégrer des stratégies de motivation spécifiquement conçues pour améliorer l'adhésion des personnes âgées aux programmes d'exercice. Cela pourrait inclure l'intégration d'activités récréatives telles que les arts et l'artisanat.</p> <p>De plus, des preuves supplémentaires sont nécessaires pour démontrer que l'exercice constitue une ressource thérapeutique présentant des avantages pour la santé, notamment dans le contexte de la dépression chez les personnes âgées, un trouble qui a un impact socio-économique significatif et des répercussions importantes sur la qualité de vie liée à la santé. L'utilisation supplémentaire de l'activité physique en tant que ressource thérapeutique pourrait avoir des effets bénéfiques sur la santé et le bien-être des personnes âgées, tout en contribuant à réduire les coûts des soins de santé. Bien que l'équivalence entre l'activité physique et les traitements pharmacologiques antidépresseurs ne soit pas encore établie, l'exercice pourrait néanmoins être un complément au traitement pharmacologique ou être envisagé comme une alternative lorsque le traitement pharmacologique s'avère inefficace ou est contre-indiqué en raison de ses effets indésirables et de ses interactions pharmacologiques.</p>

5.

Auteur, année, pays, titre	Lin FL, Yeh ML, Lai YH, Lin KC, Yu CJ, Chang JS	2019	Taiwan		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires	Limites
<p><b>Etude randomisée interventionnelle</b></p> <p>Étudier les impacts d'une intervention de marche centrée sur la respiration, sur deux mois, ainsi que son suivi, sur les niveaux d'anxiété, de dépression, de dyspnée et sur la qualité de vie des patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (BPCO).</p>	<p>Les participants ont été sélectionnés à partir d'un échantillon provenant d'un centre médical situé dans le nord de Taiwan. Les critères d'inclusion comprenaient des adultes ayant reçu un diagnostic de BPCO avec un rapport Volume Expiratoire Forcé en une Seconde (FEV1)/ Capacité Vitale forcée (FVC) &lt; 70% et un FEV1 ≥ 30%.</p> <p>Les personnes recevant une oxygénothérapie à long terme, un traitement pour des troubles cognitifs, un traitement contre le cancer, ainsi que toute autre intervention liée à l'esprit et au corps au cours des trois derniers mois, ont été exclues de l'étude. Une estimation de la taille de l'échantillon a été effectuée en utilisant un effet de taille de 0,25 pour évaluer l'anxiété principale. L'échantillon total nécessaire était de 84. Initialement, 93 patients atteints de BPCO étaient éligibles, mais neuf ont été exclus. Les participants ont été assignés de manière aléatoire au groupe de marche (n = 42) ou au groupe témoin (n = 42).</p>	<p>Les patients en consultation externe, ayant reçu un diagnostic de BPCO, ont été inclus dans une étude menée dans un centre médical à Taiwan. Ils ont été assignés de manière aléatoire à deux groupes distincts. Le groupe de marche (n = 42) a suivi un programme de respiration, de méditation et de marche pendant deux mois, tandis que le groupe témoin (n = 42) n'a pas suivi ce programme. Les données relatives aux niveaux d'anxiété, de dépression, de dyspnée et à la qualité de vie ont été collectées au début, ainsi qu'au cours des premier, deuxième et troisième mois.</p> <p>L'enregistrement des essais cliniques a été effectué.</p>	<p>Certains participants se sont retirés pour des raisons de charge de travail (n = 3), de problèmes de santé (n = 2) et de perte de suivi (n = 1). En fin de compte, l'analyse des données a inclus 78 participants ayant achevé les deux mois d'intervention. La plupart étaient des hommes (95,2%), d'anciens fumeurs (71,8%), vivant en famille ou avec des amis (91,0%), pratiquant régulièrement l'exercice (74,4%), et ne recevant pas d'assistance pour l'exercice (64,1%). Ils étaient également sous traitement par bronchodilatateurs et glucocorticoïdes (60,3%). L'âge moyen était de 70,92 ans dans le groupe de marche et de 73,50 ans dans le groupe témoin.</p> <p>Les résultats ont indiqué des variations significatives dans les niveaux d'anxiété, de dépression, de dyspnée et de qualité de vie au cours des trois mois dans le groupe ayant suivi le programme de marche, en comparaison avec le groupe témoin et les valeurs initiales.</p>	<p>Cette étude randomisée contrôlée apporte des preuves en faveur de l'efficacité de la marche basée sur la respiration pour les patients atteints de BPCO. Elle démontre que cette intervention a conduit à une amélioration significative de l'anxiété, de la dépression, de la dyspnée et de la qualité de vie tout au long des deux mois d'intervention et du mois de suivi. Les participants du groupe de marche ont particulièrement bénéficié d'une amélioration significative de l'anxiété.</p> <p>La respiration, la relaxation et la marche représentent une intervention simple et non médicamenteuse qui favorise l'harmonie entre l'esprit et le corps. Il est suggéré d'entreprendre des études futures sur les exercices liés à l'esprit et au corps chez les patients atteints de BPCO afin d'évaluer plus en détail les effets à long terme, dépassant la période de trois mois.</p>	<p>Cette étude contrôlée randomisée présente plusieurs limitations.</p> <p>Premièrement, les participants ont été recrutés à partir d'un hôpital, ce qui pourrait restreindre la généralisation des résultats.</p> <p>Deuxièmement, l'assignation des groupes n'a pas pu être aveuglée en raison de la nature de la marche basée sur la respiration, entraînant un possible biais de performance.</p> <p>Troisièmement, l'évaluateur n'était pas aveuglé, ce qui peut induire un biais de détection.</p> <p>Quatrièmement, les médicaments et la consommation de tabac des participants n'ont été évalués qu'au début de l'étude.</p> <p>Enfin, les mesures dans cette étude se sont concentrées sur une période de deux mois avec un suivi d'un mois, donc l'effet à long terme de la marche basée sur la respiration reste inconnu.</p>



6.

Auteur, année, pays, titre	Neslihan Lok ,Sefa Lok ,Muammer Canbaz	2017	Turquie		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires	Limites
<p><b>Etude quantitative Interventionnelle randomisée</b></p> <p>Cette étude avait pour objectif d'évaluer les effets d'un programme d'activité physique spécialement conçu pour les résidents âgés des maisons de soins infirmiers sur leurs symptômes dépressifs et leur qualité de vie. L'activité physique est reconnue pour ses bienfaits potentiels dans la réduction de l'anxiété, du stress et de la dépression, ainsi que dans le maintien de la santé mentale et de la vitalité psychologique.</p>	<p>80 participants âgés de plus de 65 ans. L'échantillon final est constitué de 80 personnes âgées, réparties équitablement en deux groupes de 40 individus chacun.</p> <p><b>Les critères d'inclusion</b> : le consentement éclairé écrit des participants et un score d'au moins 10 à l'inventaire de la dépression de Beck.</p> <p>En revanche, <b>les critères d'exclusion</b> comprenaient des handicaps sensoriels, des déficiences physiques ou des handicaps pouvant entraver la participation aux exercices, la participation préalable à un programme similaire, ainsi que l'absence à au moins deux sessions du programme d'activité physique.</p>	<p>Dans cette étude expérimentale, randomisée et contrôlée, 80 participants âgés de plus de 65 ans ont été répartis en deux groupes : un groupe d'intervention de 40 individus et un groupe témoin de 40 individus. Les participants ont été assignés de manière aléatoire à l'un ou l'autre groupe à l'aide d'un générateur de nombres aléatoires disponible en ligne, garantissant ainsi que les groupes étaient comparables au début de l'étude et réduisant les biais de sélection. Le programme d'activité physique, d'une durée de 10 semaines, comprenait des séances d'échauffement, des exercices rythmiques, des exercices de refroidissement et de la marche libre, réalisées quatre fois par semaine. Ce programme a été conçu pour être adapté aux capacités physiques des personnes âgées afin de minimiser les risques de blessures et le stress excessif. Pour la collecte des données, les chercheurs ont utilisé plusieurs outils : un formulaire d'information pour recueillir des données sociodémographiques et pathologiques, l'inventaire de la Dépression de Beck (BDI) pour mesurer les niveaux de dépression avant et après l'intervention, et l'échelle de Qualité de Vie SF-36 pour évaluer la qualité de vie des participants à ces deux moments. Les données ont été recueillies par entretiens personnels dans une pièce dédiée à la maison de soins infirmiers.</p>	<p>Les résultats de l'étude montrent que, bien que les caractéristiques sociodémographiques et les propriétés pathologiques des participants étaient comparables entre le groupe d'intervention et le groupe témoin, les effets du programme d'activité physique se sont avérés significatifs pour la <b>qualité de vie</b>. Le groupe d'intervention, ayant suivi un programme de 10 semaines, a montré des améliorations notables et statistiquement significatives <b>dans plusieurs dimensions de la qualité de vie</b>, telles que la <b>santé physique, le rôle physique, la douleur, la perception générale de la santé, la vitalité, la santé mentale, le rôle émotionnel et la fonction sociale</b> (<math>p &lt; 0,05</math>). En revanche, les participants du groupe témoin n'ont présenté aucun changement significatif dans ces domaines (<math>p &gt; 0,05</math>). Cependant, le <b>niveau de dépression</b> a augmenté dans le groupe d'intervention, mais cette variation n'a pas atteint un seuil de significativité statistique (<math>p &gt; 0,05</math>), tandis que le groupe témoin n'a montré aucun changement notable en termes de dépression. Ces résultats suggèrent que le programme d'activité physique améliore la qualité de vie des personnes âgées, mais son impact sur la dépression nécessite une investigation plus approfondie.</p>	<p>Les conclusions de l'étude indiquent qu'un programme d'activité physique structuré entraîne des améliorations positives significatives des symptômes dépressifs et de la qualité de vie chez les personnes âgées. Les participants du groupe d'intervention ont montré des améliorations importantes dans des domaines tels que la santé physique, la vitalité, la fonction sociale et la santé mentale, contrairement au groupe témoin qui n'a pas présenté de changements notables.</p>	<p>Cette étude présente une limitation liée à l'échantillonnage, car elle a été menée exclusivement auprès de personnes âgées résidant dans une maison de soins infirmiers. Par conséquent, la généralisation des résultats est limitée en l'absence de validation externe, bien que ces résultats puissent contribuer à une généralisation plus large.</p> <p>Une autre limitation de l'étude réside dans la possibilité d'interaction entre les participants en raison de leur appartenance à la même institution et de leur participation à un programme d'activités commun ce qui peut influencer les résultats de manière non mesurée, car les effets du programme pourraient être modifiés par la dynamique sociale ou le soutien des pairs au sein de l'institution.</p>

7.

Auteur, année, pays, titre	Katarzyna K. Machaczek, Peter Allmark, Nicholas Pollard, Elizabeth Goyder, Mark Shea, Michelle Horspool, Suzanne Lee, Stephanie de-la-Haye, Robert Copeland, Scott Weich	2021	Royaume- unis		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires	Limites
<p><b>Etude descriptive phénoménologique qualitative</b></p> <p>Pour aider les individus atteints de TDM à adopter un style de vie plus actif sur le plan physique, les interventions doivent être adaptées au-delà d'une simple prescription basée sur leur condition physique. Au lieu de cela, il est essentiel de tenir compte du contexte physique et social plus large de chaque individu de manière appropriée.</p> <p>Cette étude suggère que pour maintenir l'Activité Physique (AP) chez les personnes souffrant de dépression, se concentrer uniquement sur la théorie de la motivation au niveau individuel et/ou sur les facteurs biomédicaux ne suffit pas à expliquer leur comportement en matière d'AP.</p>	<p>Les limites imposées à la sélection étaient seulement l'âge des différents participants (≥18 ans) et qu'ils ont été diagnostiqués en dépression par un médecin généraliste.</p>	<p>Des entretiens approfondis, enregistrés numériquement, ont été menés avec des adultes ayant vécu des épisodes de dépression afin de recueillir leurs expériences et leurs points de vue sur l'intégration de l'AP dans le traitement de la dépression. Ces données visent à améliorer la compréhension de la relation entre l'engagement individuel dans l'activité physique et la gestion de la dépression chez les adultes.</p>	<p>L'activité physique a été démontrée comme un moyen efficace de réduire à la fois le risque de TDM et d'agir comme traitement.</p> <p>Cependant, la manière dont l'activité physique est mise en œuvre en tant que traitement adhérent n'est pas pleinement comprise. L'exploration de l'activité physique avec des individus souffrant de dépression peut fournir des informations précieuses pour orienter les interventions futures. Cette étude qualitative a révélé plusieurs facteurs qui pourraient faciliter l'intégration de l'activité physique dans le traitement routinier de la dépression. Les données ont permis d'identifier des facteurs prédisposant à l'adoption et au maintien de l'activité physique chez les personnes souffrant de dépression, en accordant une attention particulière aux facteurs personnels et communautaires.</p>	<p>Malgré sa taille réduite en termes de participants, cette étude possède une force significative : la profusion de données issues des entretiens approfondis.</p> <p>Ces entretiens ont généré une multitude d'informations pertinentes, provenant de personnes ayant une expérience directe de l'impact de la dépression, ainsi que des facteurs ayant influencé leur propre niveau d'activité.</p>	<p>Les conclusions de cette étude doivent être interprétées en tenant compte des limitations suivantes.</p> <p>Malgré l'intention de solliciter la participation de personnes issues de divers milieux, les contraintes de temps et de budget ont pu entraîner un potentiel biais de sélection dans le recrutement de l'échantillon.</p> <p>Par exemple, aucune donnée n'a été recueillie auprès d'individus en dehors du groupe des Britanniques blancs. Pour élargir notre compréhension, des recherches futures devront déterminer si les thèmes identifiés dans cette étude restent cohérents avec une population plus diversifiée, incluant des minorités ethniques et des groupes de statuts socio-économiques variés.</p>

8.

Auteur, année, pays, titre	Alejandro Porras-Segovia, Margarita Rivera, Esther Molina, David López-Chaves, Blanca Gutiérrez, Jorge Cervilla	2019	Andalousie		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires	Limites
<p><b>Étude quantitative</b></p> <p>Le Trouble Dépressif Majeur (TDM) est largement répandu et constitue l'un des troubles mentaux les plus invalidants. Le manque d'activité physique et l'obésité sont des facteurs de risque bien connus du TDM. Des recherches ont montré que l'exercice physique peut avoir des effets positifs sur la santé mentale, suscitant ainsi un intérêt croissant pour son utilisation thérapeutique et préventive contre la dépression. Cependant, il existe peu d'études épidémiologiques examinant le lien entre l'activité physique, l'obésité et le TDM au sein de la population espagnole. Cette étude vise à explorer cette relation, en se concentrant particulièrement sur l'association entre le TDM et deux variables étroitement liées : l'exercice physique et l'indice de masse corporelle.</p>	<p>L'étude a impliqué l'évaluation de 4507 participants à l'aide d'échelles de mesure. L'échantillon était composé d'adultes vivant en communauté, âgés de 18 à 75 ans, et était représentatif des huit provinces de l'Andalousie, une région située dans le sud de l'Espagne.</p> <p>Les participants devaient être âgés de 18 à 75 ans et avoir vécu en Andalousie pendant au moins un an. Ils ne devaient pas avoir de maladie empêchant l'achèvement de l'entretien, ni avoir des difficultés avec l'espagnol, des troubles cognitifs ou intellectuels graves, ou résider généralement en établissement.</p>	<p>Le PISMA-ep est une étude transversale menée dans la communauté andalouse, située dans le sud de l'Espagne. Son objectif principal était de déterminer la prévalence actuelle du Trouble Dépressif Majeur (TDM), évaluée à l'aide d'entretiens en face-à-face utilisant l'entretien international de psychiatrie (MINI). Les variables indépendantes examinées comprenaient l'exercice physique et son niveau d'intensité, l'indice de masse corporelle (IMC), les différentes catégories d'IMC (sous-poids, poids normal, surpoids et obésité), les mesures de la circonférence de la hanche et de la taille, l'état de santé général évalué à l'aide du questionnaire SF12, ainsi que des facteurs sociodémographiques.</p>	<p>L'exercice physique présentait une association inverse avec le Trouble Dépressif Majeur (TDM), agissant comme un facteur protecteur. Une intensité plus élevée de l'exercice renforçait cette relation. Quatre variables se sont révélées indépendamment associées au TDM dans le modèle d'association multivariée : le sexe féminin, l'exercice physique, l'état de santé général et l'indice de masse corporelle (IMC). En conclusion, le TDM était corrélé à un état de santé plus défavorable, à un IMC plus élevé et à une diminution de l'activité physique. L'intégration de l'exercice physique dans les stratégies de traitement et de prévention du TDM devrait être envisagée dans les milieux cliniques et de santé publique.</p>	<p>Dans notre étude, nous avons constaté une association positive entre un Indice de Masse Corporelle (IMC) élevé et le Trouble Dépressif Majeur (TDM), ce qui confirme les résultats obtenus dans des études antérieures. La corrélation entre la dépression et l'obésité est bien établie depuis longtemps. Cette relation est souvent expliquée par des problèmes de perception de l'image corporelle et une estime de soi diminuée.</p>	<p>Il convient de prendre en considération certains points de limitation dans l'interprétation de nos résultats. Tout d'abord, la nature transversale de notre étude ne nous permet pas d'établir des relations de cause à effet. Ainsi, les associations observées nécessitent une confirmation et une compréhension de leur direction dans le cadre d'études longitudinales. De plus, notre principal outil de diagnostic ne permet pas de mesurer la prévalence à vie de la dépression ni la durée de chaque épisode dépressif. Enfin, il est possible qu'un biais de sélection existe en raison de la réticence accrue des patients souffrant de troubles mentaux à participer à l'étude.</p>



9.

Auteur, année, pays, titre	Amrita Roy Radhakrishnan Govindan, Kesavan Muralidharan	2018	Inde		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires	Limites
<p><b>Étude randomisée interventionnelle</b></p> <p>Les preuves en faveur de l'activité physique comme moyen de traiter la dépression sont convaincantes.</p> <p>Cependant, il reste à déterminer quel genre d'activité physique, quelle quantité, quelle fréquence et quelle intensité sont nécessaires pour observer des améliorations significatives.</p> <p>L'objectif de l'étude est de démontrer les effets des exercices aérobies d'intensité légère à modérée sur l'état émotionnel et les symptômes physiques chez des femmes souffrant de dépression.</p>	<p>Cette étude a été réalisée au <i>National Institute of Mental Health and Neuro Sciences</i> à Bangalore, en Inde, entre septembre et décembre 2016, auprès de femmes hospitalisées.</p> <p>Parmi les participantes, 70% présentaient une dépression sévère et 25% une dépression modérée.</p> <p>Un total de 54 femmes âgées de 18 à 60 ans, diagnostiquées avec un épisode dépressif, ont été identifiées, mais 8 d'entre elles ont décliné leur participation à l'étude.</p>	<p>Pour cette étude, une approche de conception comprenant un pré-test et un post-test avec un groupe témoin a été utilisée.</p> <p>L'échantillon comprenait 40 femmes hospitalisées, diagnostiquées avec un trouble dépressif, dans un centre de soins à Bangalore, en Inde. 20 sujets ont été assignés de manière aléatoire tant dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin.</p> <p>Suite au pré-test, le groupe expérimental a bénéficié de 10 sessions d'interventions complémentaires, comprenant un module d'exercices aérobies structurés assistés par vidéo, tandis que le groupe témoin a suivi un traitement standard.</p> <p>Les évaluations cliniques des résultats ont été effectuées à l'aide de l'échelle de notation de la dépression de Hamilton (HDRS), de l'échelle d'humeur visuelle analogue (VAMS) et de l'échelle des symptômes somatiques de la dépression (DSSS).</p>	<p>Avant l'intervention, les moyennes des scores de l'humeur étaient de 19,30 (écart-type = 4,83) dans le groupe expérimental et de 16,55 (écart-type = 4,14) dans le groupe témoin, d'après l'échelle HDRS. Pour l'échelle VAMS, les moyennes des scores étaient de 3,20 (écart-type = 0,83) dans le groupe expérimental et de 3,00 (écart-type = 0,64) dans le groupe témoin. Les tests montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en termes d'humeur avant l'intervention, que ce soit selon l'échelle HDRS ou l'échelle VAMS.</p> <p>Avant l'intervention, les scores moyens des symptômes somatiques étaient de 12,50 (écart-type = 7,59) dans le groupe expérimental et de 7,05 (écart-type = 5,85) dans le groupe témoin. Le test révèle une différence significative entre les deux groupes (<math>p = 0,015</math>), indiquant que les participants du groupe expérimental avaient des symptômes somatiques plus sévères que ceux du groupe témoin avant l'intervention.</p> <p>Pour récapituler, avant l'intervention, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes en termes d'humeur évaluée par HDRS et VAMS. Cependant, il existait une disparité significative dans les symptômes somatiques évalués par la DSSS, avec des scores plus élevés dans le groupe expérimental. Cette disparité dans les scores de symptômes somatiques entre les groupes pourrait être influencée par une prévalence différente de la dépression sévère, en particulier chez les femmes.</p>	<p>Selon les résultats de cette étude, il semble que l'ajout d'exercices aérobies au traitement habituel ait montré des améliorations notables de l'humeur chez les femmes souffrant de troubles dépressifs, comparativement au traitement habituel, surtout lorsqu'ils sont réalisés dans un cadre structuré et supervisé.</p> <p>Cependant, aucune amélioration significative n'a été observée en ce qui concerne les symptômes somatiques. L'explication à cela pourrait être attribuable à la courte durée de l'intervention.</p> <p>Globalement, les conclusions sont encourageantes et ont des implications positives tant pour les professionnels de la santé mentale que pour les individus affectés par la dépression. Étant donné les effets secondaires minimes liés à la participation et le potentiel d'autres bénéfices pour la santé, les praticiens de la santé et les cliniciens pourraient envisager de recommander l'exercice aérobique comme une option de traitement complémentaire ou de suivi pour les troubles dépressifs.</p>	<p>L'étude présente certaines limites, notamment un nombre relativement restreint de participants et l'absence de mise en aveugle, en raison de la nature et des contraintes temporelles et de ressources. Cependant, étant donné la promesse des résultats initiaux, des recherches ultérieures pourraient être envisagées avec un échantillon plus important. Ces recherches pourraient viser à déterminer les composants thérapeutiques efficaces du programme d'exercices aérobies, en prenant en compte les niveaux de gravité. De plus, des investigations pourraient être entreprises pour évaluer l'impact des exercices aérobies sur d'autres aspects tels que la performance cognitive, l'estime de soi, la qualité de vie, le stress et l'image corporelle chez les personnes atteintes de dépression.</p>

## 5.2 Analyse critique des articles retenus

A la suite de l'analyse de nos articles, divers thèmes ont émergé notamment l'anxiété, la qualité de vie, la population, l'activité physique ainsi que la dépression. Pour certains de ces thèmes, nous avons identifié des sous-thèmes pertinents tels que les différentes tranches d'âges (personnes âgées ou adultes), le type d'activité physique (exercices aérobiques), la non-adhérence, les traitements dépressifs ainsi qu'une échelle permettant d'évaluer pour la diminution des symptômes dépressifs.

Tableau 5. Tableau synoptique

Thèmes	Sous-thèmes	Lin & al. (2019)	Roy & al. (2018)	Porras-Segovia & al. (2019)	Machaczek & al. (2021)	Arrieta & al. (2018)	Lok & al. (2017)	Bennie & al. (2019)	Hidalgo & al. (2021)	Ellard & al. (2014)
Anxiété		X								
Qualité de vie		X				X	X			
Population	Personne âgée					X	X		X	X
	Adulte			X	X					
Activité physique	Activité physique			X	X	X	X	X	X	X
	Exercice aérobique	X	X		X	X		X		
	Non-adhérence				X					
Dépression	Dépression	X	X	X	X	X	X	X		X
	Antidépresseur		X						X	
	Echelle diminution des symptômes					X				

## 5.3 Synthèse des résultats par thèmes

### 5.3.1 L'anxiété

Lin & al., (2019) ont mis en place une intervention basée sur la marche et la respiration. Cette intervention s'est appuyée sur deux groupes, un groupe de marche et un groupe témoin. Le groupe de marche effectuait des exercices établis sur la marche et la respiration. Les exercices de marche étaient séparés en 4 phases : la première est la relaxation en se concentrant sur la respiration dans une position relaxante, la seconde est l'échauffement en étirant les articulations. Ensuite, l'exercice principal consiste à marcher tout en accélérant la vitesse de marche afin d'augmenter l'intensité de l'exercice. Pour terminer, la phase de refroidissement consiste à ralentir, à s'arrêter de marcher et à se centrer sur soi. Ces exercices duraient



environ 30 minutes par jour pendant cinq jours par semaine sur une durée de deux mois (Lin & al., 2019).

Les résultats de cette étude ont montré que 78 personnes ont effectué les exercices jusqu'au bout. L'intervention a montré une diminution de l'anxiété dans le groupe de marche alors que dans le groupe témoin aucun changement significatif n'a été observé. L'anxiété a été mesurée à l'aide de l'échelle *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Lin & al., 2019).

Selon Lin & al., (2019), l'intervention basée sur la marche et la respiration pourrait être une alternative non pharmacologique qui peut être facilement mis en place.

### **5.3.2 La qualité de vie**

La qualité de vie est un thème important que nous avons retrouvé dans deux articles. La marche basée sur la respiration sur deux mois, l'étude Lin & al. (2019), a montré des effets significatifs sur la qualité de vie du groupe de marche chez les participants atteints de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).

L'étude de Arrieta & al., (2018), basée sur l'activité physique et la condition physique sont associées à la mémoire verbale, à la qualité de vie et à la dépression chez les résidents des établissements de soins infirmiers. Cette dernière nous affirme que des recherches menées auprès d'adultes âgés et en bonne santé vivant dans la communauté ont démontré que des niveaux plus élevés d'activités physiques étaient liés de manière indépendante à une meilleure qualité de vie en ce qui concerne la santé sur le long terme, sur une période de suivi de six ans. En outre, la conclusion de l'article de Arrieta & al. (2018), est que cette étude est la première à mettre en évidence que la force musculaire et l'activité physique pourraient contribuer à une amélioration de la mémoire verbale, à une meilleure qualité de vie et à une réduction du risque de dépression chez les personnes âgées résidant dans des établissements de soins de longue durée (Arrieta & al., 2018).

Lok & al., (2017), les résultats de l'étude ont montré que le «Programme d'activité physique» a des effets positifs sur les symptômes dépressifs et la qualité de vie des personnes âgées. Après le « Programme d'activité physique » de dix semaines, il a été observé que les symptômes dépressifs des personnes âgées diminuaient et que leur qualité de vie s'améliorait. Il est recommandé que les infirmiers et les autres professionnels qui travaillent avec les personnes âgées établissent des programmes d'activités physiques de routine adaptés aux besoins et aux propriétés physiologiques des personnes âgées afin de prévenir les maladies chroniques et de permettre aux personnes âgées de maintenir une meilleure qualité de vie.

### 5.3.3 La population

L'article de Arrieta & al., (2018) explique que le processus de vieillissement se caractérise par un déclin graduel et dynamique des capacités physiques et cognitives, entraînant une diminution de la capacité à réaliser les activités quotidiennes. De nombreuses études suggèrent une interaction entre les altérations physiques et cognitives pendant ce processus de déclin lié à l'âge. En d'autres termes, la santé mentale est étroitement liée à la santé physique, et la performance physique est largement influencée par des processus cognitifs. De plus, toujours selon Arrieta & al. (2018) il est stipulé que l'exercice et l'activité physique, en tant que composantes positives du mode de vie, peuvent aider à réduire ou à prévenir le déclin cognitif qui accompagne le processus de vieillissement.

Mais encore, selon Hidalgo & al., (2021) les troubles dépressifs chez les **personnes âgées** sont difficiles à diagnostiquer en raison de leurs symptômes variés, souvent masqués par des plaintes physiques. Ces derniers augmentent le risque d'invalidité et peuvent gravement affecter la qualité de vie. La vieillesse est une période de grande fragilité émotionnelle, due aux changements neurobiologiques et aux pertes émotionnelles, physiques et sociales. La dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquent chez les personnes âgées, touchant 8 à 16 % de celles vivant dans la communauté.

L'article de Machaczek & al., (2021), lui se base plus sur la population **adulte** en générale, six personnes âgées de 38 à 62 ans ont été interrogées. Cinq étaient des femmes, deux personnes travaillaient à temps plein en tant qu'indépendantes, quatre étaient au chômage. Sauf une personne, tous vivaient seuls. Les seules restrictions pour la sélection étaient l'âge des participants (18 ans ou plus) et s'ils avaient été diagnostiqués avec une dépression par un médecin généraliste (Machaczek & al. 2021).

Porras-Segovia & al., (2019), l'étude a nécessité l'évaluation de 4507 participants à l'aide d'échelles de mesure. L'échantillon était composé d'adultes vivant en communauté, âgés de 18 à 75 ans, et étaient représentatifs de huit provinces de l'Andalousie, une région située dans le sud de l'Espagne.

### 5.3.4 L'activité physique

L'activité physique est le point clé de notre travail, il était donc important de le trouver dans chacun de nos articles scientifiques.

L'article de Arrieta & al., (2018), qui a comme objectif de démontrer qu'une bonne condition physique pourrait améliorer la mémoire verbale, la qualité de vie et réduire le risque de

dépression chez les personnes âgées. Pour ce faire, les chercheurs ont utilisé un accéléromètre attaché à la hanche à l'aide d'une ceinture, porté pendant une période de sept jours pour enregistrer les données. Ils ont par la suite examiné deux variables : le nombre de pas par jour et le temps passé dans les différentes catégories d'intensité d'**activité physique**. Déterminer les seuils pour classer ces intensités chez les personnes âgées a été complexe car il n'existe pas de consensus clairs dans la recherche. Ils ont donc adopté le protocole élaboré par Freedson et ses collègues (1998), où l'activité physique légère a été définie comme se situant entre 100 et 1951 Comptes Par Minute (CPM), tandis que l'Activité Physique Modérée à Vigoureuse (MVPA) était définie comme toute activité  $\geq 1952$  cpm. Le temps passé à différentes intensités a été calculé en additionnant les minutes répondant à ces critères d'intensité, puis en divisant par le nombre de jours valides (Arrieta & al., 2018).

La surveillance de l'accéléromètre a montré qu'ils effectuaient de très faibles niveaux d'activité physique pendant la journée (Arrieta & al., 2018).

Dans cet article, il a été observé que la force musculaire des membres supérieurs était associée à de meilleures performances au test d'apprentissage auditif-verbal de Rey et à une meilleure qualité de vie selon le test de qualité de vie. De plus, un nombre accru de mesures prises par jour était lié à un risque réduit de dépression selon l'échelle de dépression de Goldberg. Les analyses supplémentaires ont montré que chez les participants utilisant un appareil d'assistance pour la marche, une force musculaire supérieure était associée à de meilleures performances au test d'apprentissage auditif-verbal de Rey et à une meilleure qualité de vie selon le test de qualité de vie. En revanche, ceux qui n'utilisaient pas d'appareil d'assistance, une force musculaire insuffisante des membres inférieurs était associée à de moins bonnes performances au test d'apprentissage auditif-verbal de Rey. De plus, passer davantage de temps dans une activité physique légère était associé à une meilleure qualité de vie selon le test de qualité de vie, et un nombre élevé de pas par jour était lié à un risque moindre de dépression selon l'échelle de dépression de Goldberg (Arrieta & al., 2018).

Cet article conclut donc que la force musculaire et l'activité physique sont des facteurs positivement associés à une meilleure performance sur le test d'apprentissage auditif-verbal de Rey, l'échelle de la Qualité de Vie et de la Dépression de la QoL-AD et de Goldberg chez les personnes âgées ayant une déficience cognitive légère à modérée vivant dans des maisons de soins infirmiers. Ces associations semblaient différer en fonction de l'utilisation d'un appareil d'assistance pour la marche (Arrieta & al., 2018).

Ellard & al., (2014), ont mis en place une intervention dans des établissements de soins pour personnes âgées. L'intervention comprenait des séances d'exercices de groupes dirigées par un physiothérapeute, d'intensité modérée et progressive, organisées deux fois par semaine.

Les exercices étaient principalement faits assis pour faciliter la participation des résidents en raison de leurs fragilités (Ellard & al., 2014).

En ce qui concerne le taux de participation aux séances d'exercices, 9% des participants éligibles n'ont pas assisté aux séances d'exercices auxquelles ils étaient admissibles, tandis que 20% ont assisté à au moins dix cours et 36% ont assisté à 51 séances ou plus (Ellard & al., 2014).

La fréquentation aux séances est relativement correcte dans l'ensemble et il y avait tout de même divers obstacles. Tout d'abord, le personnel soignant avait du mal à amener les résidents aux séances en raison de leurs journées chargées et certains résidents étaient réticents à l'idée de participer aux séances. De plus, la condition physique de certains résidents évaluée grâce à l'échelle Short Physical Performance Battery (SPPB) a montré une mauvaise condition physique surtout aux membres inférieurs ce qui a amené aux exercices assis (Ellard & al., 2014).

Cette intervention a eu un impact positif sur les groupes d'exercices, les participants mentionnent des changements dans les capacités physiques et dans l'humeur (Ellard & al., 2014).

Roy & al., (2018), ont mis en place une intervention basée sur des **exercices aérobiques**. Ces exercices, qui incluent des activités comme le vélo, le jogging ou encore la danse, nécessitent l'utilisation d'oxygène pour produire de l'énergie. Le groupe expérimental a suivi un programme d'exercices aérobiques structuré, diffusé par vidéo et supervisé par un infirmier agréé. Ce programme, réparti sur dix jours, se déroulant en plusieurs phases, comprenant des séances de vingt minutes par jour. En parallèle, le groupe témoin a reçu un traitement habituel (Roy & al., 2018).

L'évaluation de l'humeur à l'aide de l'échelle Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) a souligné des différences significatives entre les deux groupes, bien qu'aucune distinction notable n'ait été relevée concernant les symptômes somatiques. Cependant, la promotion des exercices aérobiques doit être envisagée pour traiter de façon complémentaire les personnes souffrants de dépression (Roy & al., 2018).

L'étude de Hidalgo & al., (2021) quant à elle se base sur un programme d'exercice physique supervisé comprenant deux séances d'une heure par semaine pendant six mois, totalisant 48 séances en groupes de 10 à 12 personnes. Ce programme était dirigé par un instructeur sportif pleinement qualifié, titulaire d'un diplôme en activité physique et sciences du sport, et se déroulait dans des établissements du centre de santé Albacete Zone VIII. Les séances incluaient une combinaison équilibrée d'exercices d'aérobie, de renforcement musculaire, de flexibilité et d'exercices visant à améliorer l'équilibre.

Les résultats ont montré que l'art-thérapie et l'activité physique (AP) en séances de groupe réduisaient les symptômes dépressifs chez les personnes âgées de 65 ans et plus, diagnostiquées en soins primaires avec une dépression légère à modérée. L'analyse d'intention de traiter a révélé que, bien qu'il n'y ait pas de différence significative dans l'amélioration des symptômes dépressifs entre les deux groupes après un mois, une différence significative était observée après trois et six mois.

Porras-Segovia & al., (2019), le PISMA-ep est une étude communautaire transversale menée en Andalousie, dans le sud de l'Espagne. Le principal résultat a été la prévalence actuelle de la dépression majeure, mesurée par des entretiens en face à face à l'aide de la Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). Les variables indépendantes explorées étaient l'exercice physique et son intensité, l'Indice de Masse Corporelle (IMC), les catégories d'IMC (insuffisance pondérale, poids normal, surpoids et obésité), le tour de la hanche et de la taille, l'état de santé général mesuré à l'aide du questionnaire SF12 et les facteurs sociodémographiques.

Dans notre étude, nous avons constaté une association négative significative entre l'exercice physique et le Trouble Dépressif Majeur (TDM), suggérant que l'exercice physique pourrait être un facteur protecteur contre ce trouble mental. Cette relation a persisté même après ajustement pour l'IMC, indiquant une véritable association entre les deux facteurs. L'effet de l'exercice dépendait de son intensité. Les mécanismes proposés pour expliquer cette association sont nombreux et variés, parmi lesquels les effets de l'exercice sur la régénération neuronale sont souvent cités comme une raison potentielle pour laquelle l'activité physique pourrait réduire les symptômes dépressifs.

Bennie & al., (2019), d'après cet article, pour prévenir et traiter les maladies chroniques, y compris les maladies physiques et mentales, l'OMS recommande aux adultes de pratiquer au moins 150 minutes par semaine d'activité physique aérobique d'intensité modérée, ou 75 minutes d'activité physique aérobique d'intensité vigoureuse, ou une combinaison équivalente des deux.

L'étude de Bennie & al., (2019) sur les associations entre les **exercices d'aérobies** et de renforcement musculaire et la gravité des symptômes dépressifs chez les adultes américains ont trouvé des résultats significatifs. La recherche a indiqué que les personnes qui adhéraient aux directives d'exercices d'aérobie et de renforcement musculaire rapportaient la plus faible prévalence de symptômes dépressifs. Plus précisément, ceux qui respectaient les deux lignes directrices en matière d'exercices avaient une probabilité plus faible de ressentir des symptômes dépressifs légers, modérés et sévères par rapport à ceux qui ne respectaient aucune des deux lignes directrices. Cette étude souligne l'importance de combiner différents

types d'activités physiques pour réduire efficacement la gravité des symptômes dépressifs chez l'adulte.

Les symptômes dépressifs sont évalués par une échelle PHQ-8 (Patient Health Questionnaire-8) (cf. Annexe 3, p.67) qui est un instrument standardisé pour évaluer la gravité des symptômes dépressifs.

Lok & al., (2017), l'activité physique joue un rôle crucial dans la gestion et la réduction de l'anxiété, du stress et de la dépression, tout en contribuant à maintenir une bonne santé mentale. Dans le cadre de l'étude, le groupe expérimental a bénéficié d'un programme d'activité physique de 10 semaines, dont les effets ont été mesurés à l'aide de l'échelle de qualité de vie SF-36 (cf. Annexe 4, p.68). Les résultats montrent que, par rapport au groupe témoin, le groupe expérimental a présenté des améliorations significatives dans plusieurs dimensions de la qualité de vie, notamment la douleur, la perception générale de la santé, le rôle physique et la santé physique. Ces améliorations étaient statistiquement représentatives, indiquant que l'activité physique a eu un impact positif important sur ces aspects de la qualité de vie des participants. Ainsi, les données soutiennent l'idée que l'engagement régulier dans des activités physiques peut significativement améliorer le bien-être général des personnes âgées en réduisant les symptômes dépressifs et en augmentant la satisfaction liée à divers aspects de la santé.

Pour finir, selon Machaczek & al., (2021), nous ne savons pas comment aider les personnes souffrant de dépression à initier et à continuer à faire de l'exercice physique, ce qui est important pour leur traitement. En étudiant ce que pensent ces personnes de l'intégration de l'activité physique dans leur gestion de la dépression, nous pouvons mieux prévoir les actions à venir. Comprendre ce qui compte le plus pour eux, devrait nous aider à savoir comment les encourager et les soutenir dans cette pratique. C'est alors que grâce aux entretiens effectués dans cet article que la dépression majeure peut affecter à la fois la motivation et la capacité à agir, surtout lorsque les personnes sont au plus bas de leur dépression, rendant les interventions moins efficaces. Proposer de l'activité physique au bon moment, avant l'apparition des symptômes physiques de la dépression, est donc crucial. De plus, pour certaines personnes, commencer tôt l'activité physique dans le traitement pourrait être plus important, tandis que d'autres pourraient avoir besoin d'autres formes de soutien, comme des interventions psychosociales, pour surmonter leurs pensées négatives et devenir plus actives. De plus, l'article ci-dessus mentionne les différentes raisons d'une **non-adhérence** aux traitements de l'activité physique qui sont liés à différents facteurs (Machaczek & al. 2021).

### 5.3.5 La dépression

La **dépression** est un trouble fréquent et invalidant, touchant plus de 120 millions de personnes dans le monde, avec au moins une personne sur cinq en étant affectée au cours de sa vie. Bien que les **antidépresseurs** et la thérapie psychologique soient des traitements courants, d'autres alternatives thérapeutiques ont gagné en attention ces dernières années. L'exercice physique, en particulier, pourrait offrir des bénéfices significatifs aux patients déprimés, étant potentiellement aussi efficace qu'un traitement antidépresseur (Hidalgo & al. 2021).

De plus, l'article de Porras & al., (2018), nous montre que 11 à 15% de la population mondiale ont souffert de troubles dépressifs majeurs à un moment donné de leur vie. En Europe, l'Espagne présente l'un des taux les plus bas, bien que la prévalence semble plus élevée dans certaines régions, comme l'Andalousie. Les taux élevés de résistance aux traitements conventionnels et les effets secondaires des interventions psychopharmacologiques soulignent l'urgence de trouver des alternatives pour la prise en soin de cette pathologie. L'intégration de l'activité physique, tant comme stratégie préventive et alternative dans la communauté que comme option thérapeutique dans la pratique, pourrait se révéler être un outil précieux pour ralentir la progression de cette affection, souvent qualifiée d'épidémie du XXI<sup>e</sup> siècle. L'exercice physique régulier est associé à une réduction significative du risque de dépression majeure. Les adultes qui pratiquent des niveaux élevés d'activité physique ont des taux de dépression plus bas par rapport aux individus sédentaires (Porras & al., 2018).

Nous avons alors exploré à travers nos articles à mettre en lien la dépression et le sport. Dans le cadre de l'étude de Arrieta & al., (2018), la dépression a été évaluée à l'aide de **l'échelle de dépression de Goldberg** (cf. Annexe 1, p.65) composée de quatre éléments de contrôle et de cinq éléments supplémentaires. Les participants répondant positivement à deux ou plus des éléments de dépistage passent ensuite aux cinq éléments suivants. Ceux qui obtiennent un score de deux ou plus ont 50% de probabilité de présenter une perturbation cliniquement significative de la dépression (Arrieta & al., 2018). Par la suite, cette dernière a été mise en lien avec le sport, et il a été observé que le nombre de pas par jour effectués par les participants était lié à un risque moindre de dépression selon l'échelle de dépression de Goldberg qui permet de mesure la **diminution des symptômes dépressifs**. Cette association s'est également confirmée chez les individus qui n'avaient pas besoin d'aide pour marcher. De plus, parmi ceux qui nécessitaient d'une assistance à la marche, le sexe féminin était associé à un risque de dépression 50% plus élevé (Arrieta & al., 2018).

Ellard & al., (2014) révèlent que la dépression est largement répandue dans les établissements de soins pour personnes âgées, touchant jusqu'à 40% des résidents.

L'intervention a utilisé la *Geriatric Depression Scale* (GDS) (cf. Annexe 2, p.66) qui est une échelle pour évaluer la dépression chez les personnes âgées. Ellard & al., (2014), ont observé une différence significative à la suite de l'intervention ( $p < 0,001$ ) entre les personnes qui étaient dépressives initialement et celles qui ne l'étaient pas. En effet, les participants dépressifs étaient moins enclins à participer aux activités de groupe proposées dans le cadre de l'intervention par rapport à ceux qui ne souffraient pas de dépression (Ellard & al., 2014).

L'intervention de Lin & al., (2018), a également montré des changements significatifs. La dépression mesurée à l'aide de l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), au cours de l'intervention diminuait dans le groupe de marche tandis qu'aucun changement dans le groupe témoin a été observé. De plus, il est suggéré que les traitements dits traditionnels, tels que les **antidépresseurs** ne sont pas les plus efficaces lorsqu'ils sont utilisés seuls. Il est préférable de les associer à d'autres thérapies comme la méditation, le yoga ou encore les exercices aérobiques (Lin & al., 2018).

Pour conclure, Machaczek & al., (2021) explique que la dépression est souvent une condition à long terme, caractérisée par des épisodes récurrents. Pour encourager et maintenir des niveaux plus élevés d'activité physique chez ces personnes, un soutien à long terme est essentiel. Les récits partagés soulignent aussi l'importance d'une planification minutieuse des initiatives et des programmes d'activité physique pour répondre aux spécificités de la dépression. Les participants ont exprimé des difficultés à se lever certains jours et ont trouvé l'idée de faire de l'exercice inconcevable. Il est crucial que les programmes d'activité physique prennent en compte la nature cyclique de la dépression, en visant les périodes où les personnes atteintes de dépression majeure sont au plus bas de leur cycle. Tous les participants ont souligné l'importance de proposer l'activité physique au bon moment comme composante essentielle de l'intervention. L'activité physique peut contribuer efficacement au traitement la dépression de plusieurs façons notamment en régulant divers marqueurs inflammatoires et en diminuant les marqueurs du stress oxydatif. De plus, l'AP améliore l'estime de soi, l'auto-efficacité ainsi que le fonctionnement cognitif. Finalement, l'AP offre également des opportunités de soutien social évitant l'isolement et tout en renforçant ainsi ses effets **antidépresseurs** (Machaczek & al., 2021).



## **6. Discussion**

La discussion est une partie importante de notre travail de Bachelor. En effet, cette partie va nous permettre de revenir sur nos résultats explicités antérieurement ainsi que de les mettre en lien avec notre problématique et notre ancrage disciplinaire.

Pour ce faire, nous allons séparer la discussion en plusieurs parties selon nos thèmes présents dans les résultats.

### **6.1 Anxiété**

Parmi nos articles, seul l'article de Lin & al., (2019) a mis en place des interventions liées à l'anxiété, laquelle est également étroitement associée à la dépression. Cette étude démontre de façon convaincante que l'activité physique, notamment la marche basée sur la respiration, peut avoir des effets bénéfiques significatifs sur les personnes souffrant d'anxiété. En effet, le groupe expérimental a montré des nettes améliorations par rapport au groupe témoin.

En ce qui concerne les résultats de cette étude, ils sont particulièrement encourageants pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ils mettent en évidence une méthode d'intervention non médicamenteuse qui est en plus facilement accessible ainsi que gratuite. La marche est une activité basique, qui ne nécessite aucun équipement particulier et peut être pratiquée par une majorité de la population, indépendamment de l'âge, de la condition physique ou encore des ressources économiques.

Ensuite, nous avons émis l'hypothèse que l'intégration de la respiration dans la marche offre divers avantages : elle favorise l'exercice physique, mais elle encourage également des techniques de relaxation qui peuvent réduire l'anxiété, comme la cohérence cardiaque. Selon nous, cette approche holistique pourrait être particulièrement bénéfique dans le traitement de l'anxiété, qui est souvent associée à la dépression. En se focalisant sur l'anxiété, nous pensons qu'il est également possible, indirectement, d'atténuer certains symptômes de la dépression, en améliorant ainsi le bien-être général des patients.

Les résultats de cette étude soutiennent nos hypothèses et sont positifs, en tant qu'infirmier nous pourrions promouvoir ce type d'exercice. Cette promotion pourrait inclure des sessions éducatives pour les patients, donc de l'éducation thérapeutique, la création de programmes de marche guidée, ou encore l'intégration de cette pratique dans des plans de soins personnalisés. En rendant cette intervention accessible à tous et en encourageant son utilisation, nous pouvons offrir une solution efficace et non invasive pour gérer l'anxiété.

Selon Gottlieb (2012), le partenariat et la collaboration avec le patient sont des piliers fondamentaux des soins infirmiers. En effet, notre rôle ne se limite pas à mettre en place des interventions de soins, mais il s'étend à la co-construction de ces interventions et d'objectifs spécifiques avec les patients. En créant ce lien de partenariat, nous facilitons l'adhésion thérapeutique et garantissons que les objectifs de soins sont en accord avec les besoins et les attentes des patients. Cette collaboration va renforcer l'engagement des patients dans leur propre processus de guérison (Gottlieb, 2012, pp.99-103).

De plus, l'auto-détermination est un facteur essentiel dans la prise en soin. Il est crucial de laisser l'individu faire ses propres choix et d'accepter ou non les alternatives proposées. Cela permet d'éviter tout obstacles dans la prise en soin.

Pour conclure, la promotion de la marche basée sur la respiration comme intervention pour réduire l'anxiété, élaborée par une approche collaborative et respectueuse de l'auto-détermination, représente une stratégie innovante et prometteuse dans les soins infirmiers.

## **6.2 Qualité de vie**

Le thème de la qualité de vie apparaît dans trois articles que nous avons choisi pour notre travail de Bachelor.

D'après nos représentations et nos connaissances, la qualité de vie est un élément primordial, personnel et propre à chacun. En effet, il s'agit d'un facteur important et indissociable à la dépression. Une bonne qualité de vie implique plusieurs dimensions comme l'activité physique. Lorsqu'un individu a une bonne qualité de vie, nous pensons que cela développe un bien-être émotionnel et psychologique qui peut protéger l'individu de la dépression.

Les résultats des articles mettent en évidence des effets positifs de l'activité physique sur la qualité de vie des individus. En effet, les résultats sont significatifs et unanimes : l'activité physique joue un rôle crucial dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant de dépression. Les différentes études ont établi que des exercices comme la marche basée sur la respiration comme démontré par l'article Lin & al., (2019), les exercices de renforcement musculaire confirmé par l'article de Arrieta & al., (2018), ainsi que des programmes d'exercices rythmiques et de marches régulières selon Lok & al., (2017), jouent un rôle déterminant dans l'amélioration de la qualité de vie. Ces activités physiques peuvent donc réduire l'isolement en favorisant les interactions sociales. De plus, comme nous l'avons souligné auparavant, l'isolement est souvent ressenti par les personnes souffrant de dépression.

En tant qu'infirmiers, notre devoir est de veiller à la qualité de vie de nos patients ainsi qu'à leur bien-être. Cependant, cette qualité de vie varie d'un individu à l'autre et selon les différentes situations. Par conséquent, il est donc essentiel de s'adapter à chaque situation pour une prise en soins holistique et personnalisée, c'est-à-dire en tenant compte des besoins ainsi que des préférences spécifiques de chaque personne afin de prévenir la dépression et promouvoir une santé mentale adéquate.

D'après Gottlieb (2012), le concept d'unicité de l'individu met en avant une approche holistique et indivisible de la personne. Cette approche met en valeur l'impossibilité de dissocier l'individu de ses dimensions physiques, psychologiques, spirituelles et sociales. De plus, la relation entre la personne et sa qualité de vie revêt une importance centrale dans les soins infirmiers. En effet, la qualité de vie influence de manière significative sur la santé et la guérison des individus. C'est la raison pour laquelle, il est crucial en tant qu'infirmier de prendre en compte tous les aspects de la personne qui peuvent influencer la qualité de vie (Gottlieb, 2012, pp.67-69).

En conclusion, intégrer ces divers concepts dans les soins infirmiers favorise une approche centrée sur la personne dans sa globalité, reconnaissant l'interconnexion indissociable entre l'individu et son environnement de vie. Cette méthode permet d'offrir des soins plus adaptés à chaque individu, en prenant en compte tous les aspects qui l'entourent.

### 6.3 Population

La population cible est un sujet important pour notre travail de Bachelor. La question de l'âge est importante pour nous. En effet, lors de la construction de notre problématique, nous avons initialement ciblé une population **adulte** âgée de 18 à 65 ans. Cependant, lors de notre recherche documentaire, nous avons trouvé principalement des articles avec une population âgée de 65 ans et plus. Nous avons constaté que la dépression chez les adultes de 18 à 65 ans n'était pas assez documentée et qu'il serait nécessaire d'approfondir ce sujet.

En effet, nous pensions que la population la plus touchée par la dépression était celle des adultes et non celle des **personnes âgées**. Initialement, nous avions donc une vision biaisée sur l'âge des personnes souffrant de dépression. Nous supposions que la personne âgée n'était pas autant affectée par la dépression. Cependant, les résultats des articles ont démontré une prévalence sur les personnes âgées importante et cela nous a permis de remettre en question et nos réflexions, nous amenant à une approche équilibrée et inclusive.

Les articles ayant comme population les personnes âgées montrent que les symptômes dépressifs chez les personnes âgées sont plus difficiles à diagnostiquer notamment à cause du déclin cognitif. Cependant, comme le relève l'article d'Arrieta & al., (2018), l'activité physique peut prévenir ou ralentir le déclin cognitif. De plus, il est précisé que l'âge avancé est un facteur de grande fragilité.

Néanmoins, nous avons trouvé deux articles concernant les personnes adultes entre 18 et 65 ans qui nous permettront de faire une comparaison entre ces deux populations et pouvoir en discuter par la suite.

Après réflexion et étant donnée notre question de recherche, nous avons conclu qu'il était primordial de mettre en relation ces deux types de populations celles-ci étant présentes dans tous les milieux de soins hospitalier. De plus, notre rôle infirmier est de promouvoir la santé de manière adaptée, si en effet les recommandations changent en fonction de l'âge il est de notre devoir d'être au courant et de mettre en place un plan de soins adapté à la population soignée.

Selon Gottlieb (2012), la santé est un concept évolutif et dynamique. Au fil des âges, l'état physique et mentale de la personne évolue tout comme la prise en soin de cette dernière. C'est pourquoi, il est important de pouvoir s'adapter à la situation et de travailler en collaboration avec la personne soignée (Gottlieb, 2012, pp.59-67).

En conclusion, nous avons remarqué que peu importe l'âge des individus, tous ceux qui pratiquent une activité physique régulière montrent des résultats positifs sur divers problématiques abordées dans ce travail.

#### **6.4 Activité physique et dépression**

L'activité physique et la dépression sont les thèmes essentiels de notre travail. En effet, nous avons rédigé notre question de recherche sur ces sujets. C'est la raison pour laquelle, tous nos articles se basent sur l'activité physique comme point central ayant comme pathologie la dépression. Chacun de nos articles propose des types d'activités physiques ainsi que les résultats très positifs de ces derniers.

Nous sommes convaincus que l'activité physique permet de réduire le déclin cognitif. De plus, l'article d'Arrieta & al., (2018) confirme qu'une bonne condition physique contribue à limiter le déclin cognitif chez les personnes âgées. Comme mentionné ci-dessus, l'âge est un facteur

influençant le déclin cognitif et la dépression. Cet impact révélateur nous laisse penser que l'activité physique, qu'elle soit pratiquée en groupe ou individuellement, peut jouer un rôle important pour éviter le déclin cognitif et la dépression. Nous pensons que le fait de pratiquer un exercice physique en groupe ou en plein air, offre non seulement une activité dans la journée, mais permet également de réduire le risque d'isolement et de **dépression**. De plus, Ellard & al., (2014), ainsi qu'Hidalgo & al., (2021), ont noté une amélioration significative dans la condition physique chez les personnes âgées. Nous estimons que les activités de groupe impactent de façon plus positive sur la motivation à pratiquer **une activité physique** ainsi que la création de relations sociales qui peuvent impacter directement sur la dépression. Les divers articles que nous avons trouvés, nous confirment l'idée que les activités de groupes dirigées par un individu extérieur peuvent influencer sur les résultats positifs des études notamment sur leur qualité de vie affectant directement leur condition physique ainsi que leur psychisme.

Lors de la rédaction de notre travail, nous nous sommes interrogés sur la qualité de la prise en soin des personnes ayant un IMC élevé en nous questionnant sur la pratique de l'activité physique chez celles présentant des comorbidités notamment la dépression. Nous avons analysé l'article de Porras-Segovia & al., (2019), qui explique que les personnes en surpoids ont des taux de dépression plus élevés que celles de poids normal ou en sous-poids. L'exercice physique peut atténuer l'impact négatif d'un IMC élevé sur la dépression. Les individus obèses exerçant régulièrement une activité physique présentent des taux de dépression plus bas que ceux qui n'en font pas, surtout chez les personnes avec un IMC élevé. Encourager l'activité physique pourrait donc être une stratégie efficace pour réduire la prévalence de la dépression dans la population générale. Cet article montre donc l'importance de l'activité physique pour la prévention de la dépression, indépendamment de l'IMC. De plus, comme le démontre l'étude, pratiquer une activité physique régulière diminue significativement le risque de développer une dépression malgré la présence de certaines comorbidités.

Lors de nos recherches nous nous sommes questionnés sur la question de la **non-adhérence** à l'activité physique dans les diverses populations.

Selon l'article de Machaczek & al., (2021), plusieurs entretiens ont été menés avec des personnes n'ayant pas adhéré à l'activité physique afin de comprendre les raisons de cette non-adhérence. L'article met en lumière différents éléments influençant cette non-adhésion notamment des composants individuels et socioéconomiques. Parmi les facteurs individuels, certains individus présentent un double diagnostic de maladie mentale, ce qui peut réduire l'adhérence à l'activité physique en raison de leurs pathologies. D'autres pensent que certaines activités sont réservées aux personnes âgées, ou trouvent que certains types d'exercices, comme le tapis roulant pendant une dizaine de minutes, peuvent les isoler.

Certains ont déclaré ne pas adhérer en raison du monde présent lors des activités physiques comme dans les salles de sport.

En ce qui concerne les facteurs socioéconomiques, certaines personnes ne peuvent pas pratiquer une activité physique en raison de problèmes financiers ou familiaux liés à la charge de travail. Nous sommes d'avis que le manque d'adhérence à l'activité physique peut être expliquée par ces facteurs socio-économiques et individuels. En tant qu'infirmiers, nous avons la possibilité d'accompagner et d'encourager les patients à pratiquer une activité physique malgré les diverses problématiques que la personne peut rencontrer. Par exemple, si une personne a des problèmes financiers qui l'empêchent de pratiquer une activité physique, nous pourrions mobiliser le réseau de soins afin de trouver une solution et ainsi permettre une prise en soins holistique.

Dans la pratique infirmière, il serait important, à notre avis de promouvoir ce type d'exercice physique notamment pour les patients souffrant de dépression.

En effet, les infirmiers sont des piliers dans la promotion de la santé et ils peuvent agir et encourager la pratique de l'activité physique en tant qu'intervention thérapeutique. Il s'agit alors d'une approche holistique qui permettrait d'établir des objectifs adaptés à l'individu et ainsi les réévaluer de façon régulière.

Cependant, cette prise en soin demanderait un investissement en temps considérable pour chaque patient, ce qui n'est pas forcément possible notamment dans les milieux hospitaliers où les ressources sont souvent limitées.

Selon Gottlieb (2012), nous pouvons baser l'importance de l'activité physique dans la prise en soin des patients sur le concept de l'ASFF et ses quatre phases. L'exploration, va permettre de créer un lien de partenariat avec le patient afin d'avoir une base solide et de connaître les forces et les ressources du patient sur lesquelles il pourra s'appuyer.

Pour ce qui est de la focalisation, le point clé de cette phase va être la construction des objectifs avec le patient. Cela permettra de renforcer la relation entre le professionnel de santé et le patient, tout en offrant au patient la possibilité de s'engager activement dans ses soins. Comme par exemple, définir le type d'exercices et la fréquence selon la personne. Ensuite, la phase d'exécution va permettre de mettre en pratique les objectifs du patient en l'impliquant lui et son réseau personnel. En dernier lieu, la phase de révision permet d'examiner les objectifs atteints, d'ajuster ceux qui ne l'ont pas été, d'en établir de nouveaux et d'évaluer la collaboration entre le professionnel de santé et le patient. (Gottlieb, 2012).

Il est crucial de promouvoir l'activité physique en tenant compte des forces et des ressources propres à chaque patient. Cela permet de mettre en place des interventions personnalisées, adaptées aux capacités individuelles, mais également susceptibles de générer des résultats positifs et encourageants.

## **7. Conclusion**

Au cours de ce travail, nous avons effectué des recherches sur le rôle propre infirmier, la mise en place d'interventions infirmières, ainsi que les bienfaits de l'activité physique. Nous avons mené des recherches approfondies afin de répondre à notre question de recherche qui est :

*“En quoi l'activité physique adaptée est-elle une alternative infirmière dans la prise en charge de patient souffrant de dépression ?”*

A l'issue de ce travail, nous avons pu mettre en avant l'importance du rôle infirmier dans la prévention et la promotion de la santé mentale, la dépression, notamment par l'introduction de l'activité physique. En effet, les résultats obtenus à travers les articles scientifiques que nous avons analysés sont très convaincants. De plus, nous avons identifié différents facteurs impactant l'adhérence et les effets bénéfiques de l'activité physique comme la qualité de vie, l'âge, l'anxiété ou encore des facteurs sociaux économiques.

Nous avons également identifié plusieurs interventions infirmières à mettre en place. Selon nos recherches, les interventions à privilégier devraient inclure des entretiens infirmiers pour évaluer les facteurs socio-économiques susceptibles d'entraîner une non-adhésion, ainsi que des séances d'exercices physiques personnalisés pour chaque patient. Mais encore, il serait également important d'effectuer de l'éducation thérapeutique afin de faire comprendre au patient l'importance de l'activité physique et de ces bienfaits sur la santé mentale. Pour finir, il serait primordial d'établir un suivi régulier afin de voir l'évolution de la pathologie et de l'adhérence thérapeutique.

Pour mettre en place ces interventions infirmières, nous pouvons nous appuyer principalement sur le concept de l'ASFF. Ce concept nous paraît particulièrement pertinent et adapté à notre question de recherche.

Tout d'abord, l'ASFF est une approche centrée sur les forces des personnes que leur faiblesse ou maladie. En effet, à l'inverse des approches plus traditionnelles qui se centrent souvent sur les aspects négatifs ou les limitations du patient, le concept de l'ASFF va plutôt mettre en avant les ressources ainsi que les capacités de la personne. Cela permet de valoriser les

compétences ainsi que les motivations personnelles, ce qui est bénéfique notamment dans le contexte de la promotion de l'activité physique.

De plus, l'ASFF favorise une prise en soin holistique en intégrant non seulement l'activité physique comme un point central, mais également en considérant les aspects sociaux, psychologiques et environnementaux qui peuvent influencer la santé globale des individus. Il s'agit de favoriser une approche individualisée et personnalisée dans la mise en place des interventions infirmières. En considérant le patient comme une personne à part entière avec des besoins uniques ou encore des capacités et préférences différentes. Cette approche individualisée permet de mettre en place des programmes sur mesure qui seront plus susceptibles d'être acceptés diminuant ainsi la non-adhérence et augmentant l'impact positif de l'intervention sur la santé mentale et globale du patient.

En conclusion, l'ASFF est un concept prometteur afin de guider nos interventions infirmières visant à promouvoir l'activité physique et à améliorer la santé globale des patients. Les infirmiers peuvent jouer un rôle essentiel dans le soutien et l'encouragement des comportements visant à améliorer la santé, en se basant sur les forces individuelles et en adoptant une approche holistique, contribuant ainsi à des résultats positifs pour leurs patients.

### **7.1 Apports et limites du travail**

Ce travail a démontré par le biais des différents articles, que l'activité physique, quelle que soit son intensité, contribue à réduire le taux de dépression, à la prévenir, et à atténuer efficacement sur les différents symptômes associés. Les résultats mettent en avant l'importance de l'activité physique comme intervention thérapeutique et non pharmacologique. Par conséquent, notre rôle propre en tant qu'infirmiers est de mettre en place des interventions basées sur l'activité physique pour prévenir et avoir un impact positif sur la dépression. En intégrant cette pratique dans nos soins quotidiens, nous pouvons améliorer de manière significative la qualité de vie de nos patients et contribuer ainsi à une prise en soin holistique.

Plusieurs limites ont été identifiées lors de ce travail. Tout d'abord, le rôle infirmier a été peu mentionné dans les articles scientifiques que nous avons trouvés, ce qui peut montrer un manque notable étant donné l'importance de ce sujet dans notre question de recherche. Il aurait été bénéfique en ce qui nous concerne de trouver davantage d'articles mettant en avant le rôle infirmier dans la prise en soin de la dépression par l'activité physique. De plus, nous n'avons identifié qu'un seul article traitant des raisons de la non-adhérence, ce qui limite notre compréhension de ce phénomène et ce qui ne nous permet pas de généraliser nos conclusions.

Néanmoins, nous avons tenté de mettre en lien les résultats obtenus avec le rôle infirmier.



## **7.2 Recommandations**

### **7.2.1 Clinique**

En ce qui concerne la clinique, les infirmiers pourraient proposer de manière systématique l'activité physique en tant qu'intervention thérapeutique à tout patient souffrant de dépression, en raison des bienfaits démontrés sur la réduction des symptômes dépressifs ainsi que les symptômes associés. Cependant, il est primordial d'explorer les éléments individuels et socio-économiques qui pourraient entraver l'adhésion des patients à cette pratique. Chaque patient est différent, des limitations physiques, des contraintes de temps ou des environnements sociaux non-favorables, qui peuvent influencer leur capacité à s'engager dans une activité physique régulière. De plus, un suivi régulier doit être effectué pour évaluer l'efficacité et l'acceptabilité de cette intervention pour chaque individu. Un point à ne pas négliger devrait être l'éducation au patient quant aux avantages de l'activité physique pour sa santé mentale afin de les encourager dans leurs démarches à adopter une routine physique régulière comme un aspect crucial de leur gestion de la dépression.

Pour cela, il est essentiel de se baser sur le concept de l'ASFF afin de garantir une prise en soin optimale. Il est également important de reconnaître que l'activité physique reste une alternative parmi d'autres, et ne conviendra pas à tous les patients. Accepter cette réalité permet d'adapter les soins de manière plus personnalisée et d'assurer un soutien optimal pour chaque personne souffrant de dépression.

En ce qui nous concerne, une prise en soin idéale serait de faire une évaluation dès l'entrée du patient sur ses forces et faiblesses afin de déterminer les ressources existantes de ce dernier. Ces constats nous permettraient de mettre en place des interventions infirmières adaptées notamment en ce qui concerne l'activité physique. Nous veillerons ensuite à inclure dans la prise en soin la famille et les proches du patient afin d'avoir une prise en soin holistique. De plus, nous assurerons un suivi adéquat afin de vérifier l'atteinte des objectifs du patient ou de la nécessité de les adapter.

Aujourd'hui, les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ont mis en place un programme qui se nomme les 4F : Feel, Food, Fit et Fun. Il s'agit d'un programme se déroulant sur 8 semaines pour des patients âgés de 18 à 35 ans et atteints de troubles psychiques débutants. Ce programme peut être prescrit par des médecins notamment dans le domaine de la psychiatrie. Ce dernier propose des activités collectives, du renforcement musculaire, des techniques de relaxation ou encore des ateliers pédagogiques sur l'alimentation.

Ce projet permet de créer des liens entre les patients, évitant ainsi l'isolement, d'améliorer les habitudes de vie, l'hygiène de vie impactant directement la qualité de vie des patients (HUG, 2018).

### **7.2.2 Recherche**

En ce qui concerne la recherche, il pourrait être intéressant que les chercheurs explorent la récurrence des symptômes dépressifs après les bienfaits initiaux de l'activité physique. Il serait pertinent de déterminer la durée de ces effets positifs ainsi que d'identifier les facteurs contribuant à une éventuelle rechute. Pour finir, il serait intéressant pour la recherche de prendre en compte les facteurs menant à une non-adhésion à l'activité physique, tels que les barrières individuelles, sociales et environnementales de plusieurs populations différentes. Une recherche approfondie dans ce domaine pourrait offrir des perspectives précieuses afin d'améliorer l'adhésion et l'efficacité des interventions basées sur l'activité physique pour prévenir et traiter la dépression.

De plus, afin de renforcer l'intégration de l'activité physique comme traitement de la dépression, il est nécessaire de continuer à approfondir la recherche dans ce domaine. Les études futures devraient, à notre avis, se concentrer sur l'identification des mécanismes précis par lesquels l'exercice physique influence les symptômes de la dépression, en incluant à la fois les aspects physiologiques et psychologiques.

Des essais cliniques randomisés de grande envergure sont essentiels pour fournir des preuves solides sur l'efficacité des différents types et intensités d'exercice.

Il est également important de diversifier les populations étudiées afin de comprendre les effets de l'activité physique sur divers groupes démographiques, y compris les variations d'âge, de sexe, et de conditions socio-économiques. En Suisse, des institutions comme l'Université de Genève et les HUG peuvent jouer un rôle clé dans cette recherche en collaborant avec des centres de recherche nationaux et internationaux.

De plus, il serait bénéfique de développer des approches interdisciplinaires en intégrant des experts en psychologie, médecine et sciences du sport. Les collaborations avec des organismes de santé publique pourraient également aider à traduire les résultats de la recherche en politique et programmes de santé accessibles à un plus grand public. Enfin, il est recommandé de sécuriser des financements adéquats pour soutenir des projets de recherche à long terme, assurant ainsi une analyse continue et approfondie des effets de l'activité physique sur la dépression.

### **7.2.3 Enseignement**

En matière d'enseignement, il est primordial de sensibiliser les futurs professionnels de la santé et de l'éducation physique aux bénéfices de l'activité physique sur la santé mentale. Les formations initiales devraient inclure des modules spécifiques sur la relation entre l'exercice et la dépression, en mettant l'accent sur les mécanismes physiologiques et psychologiques qui en découlent. Les étudiants devraient acquérir des compétences pratiques pour évaluer et encourager l'activité physique chez les patients.

Des stages pratiques en milieux cliniques et communautaires pourraient être proposés pour permettre aux étudiants d'observer et de participer à des interventions basées sur l'activité physique. De plus, la promotion de la recherche interdisciplinaire dans ce domaine devrait être encouragée, afin de développer des stratégies d'intervention novatrices et basées sur des résultats probants. Enfin, il serait intéressant d'établir des partenariats avec des institutions de santé et des organisations sportives locales pour faciliter l'intégration de ces connaissances dans la pratique professionnelle future. Ces partenariats peuvent également favoriser l'organisation d'ateliers et de séminaires réguliers pour sensibiliser et former les étudiants aux dernières avancées et pratiques en matière d'activité physique et de santé mentale.

A Lausanne, il est possible d'effectuer un Master en sciences du mouvement et du sport : Activités Physiques Adaptées et Santé. Cette formation propose à des professionnels de se spécialiser aux APA. Cela permet également aux professionnels d'être des promoteurs de la santé et de l'activité physique touchant une large population notamment dans le domaine du handicap mental, du handicap moteur et sensoriel, des pathologies chroniques ou encore du vieillissement (Association Suisse des professionnels en activités physiques adaptées, 2022).

## 8. Références

- Arrieta, H., Rezola-Pardo, C., Echeverria, I., Iturburu, M., Gil, S. M., Yanguas, J. J., Irazusta, J., & Rodriguez-Larrad, A. (2018). Physical activity and fitness are associated with verbal memory, quality of life and depression among nursing home residents : Preliminary data of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 18(1), 80.
- Baer, N., Schuler, D., Füglistner-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle (Obsan Rapport 56). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé
- Bennie, J. A., Teychenne, M. J., De Cocker, K., & Biddle, S. J. H. (2019). Associations between aerobic and muscle-strengthening exercise with depressive symptom severity among 17,839 U.S. adults. *Preventive Medicine*, 121, 121-127.
- Birgitta Gunnarsson, A., Wagman, P., Hedin, K., & Håkansson, C. (2018). Treatment of depression and/or anxiety—Outcomes of a randomised controlled trial of the tree theme method® versus regular occupational therapy. *BMC Psychology*, 6(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0237-0>
- Bolton, J. M., Pagura, J., Enns, M. W., Grant, B., & Sareen, J. (2010). A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44(13), 817-826. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.01.003>
- Boursier, C., Séguillon, D., & Benoit, H. (2012). De la recherche en Activité physique adaptée au terrain : perspectives internationales. Présentation du dossier. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, 58(2), 5-12. <https://doi.org/10.3917/nras.058.0005>
- Depressive disorder (depression). (s. d.). Consulté 12 juin 2023, à l'adresse <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

*Dépression majeure—2017 | Diagramme.* (2019, février 28). Office fédéral de la statistique.  
<https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/7486533>

Ellard, D. R., Thorogood, M., Underwood, M., Seale, C., & Taylor, S. J. C. (2014). Whole home exercise intervention for depression in older care home residents (the OPERA study) : A process evaluation. *BMC Medicine*, 12, 1.

Geriatric Assessment Tool Kit. (s. d.). Consulté 19 juillet 2024, à l'adresse <https://geriatrictoolkit.missouri.edu/cog/index.html#depression>

Gottlieb, L. N. (2014). Strengths-based nursing. *The American Journal of Nursing*, 114(8), 24-32; quiz 33,46. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000453039.70629.e2>

Gottlieb, L. N., & Gottlieb, B. (2017). Strengths-Based Nursing : A Process for Implementing a Philosophy Into Practice. *Journal of Family Nursing*, 23(3), 319-340. <https://doi.org/10.1177/1074840717717731>

*Goldberg Depression Scale.* (s. d.). Psychiatry Associates PC. Consulté 10 mai 2024, à l'adresse [https://psychiatryassociatespc.com/location\\_2.html](https://psychiatryassociatespc.com/location_2.html)

Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., ... LIVSFORSK network. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 28(10), 2641-2650. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>

HES-SO. (2012). Plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf. <https://www.hes-so.ch/data/documents/plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf>

Hidalgo, J. L.-T., Sotos, J. R., & DEP-EXERCISE Group. (2021). Effectiveness of Physical Exercise in Older Adults With Mild to Moderate Depression. *Annals of Family Medicine*, 19(4), 302-309. <https://doi.org/10.1370/afm.2670>

*Indicateurs : Qualité de vie.* (2014). Office fédéral de la statistique.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/themes-transversaux/city-statistics/indicateurs-qualite-vie.html>

*L'activité physique pour tous. La santé pour tous ! | ASP-APA.* (2022).

<https://test2.asp-apa.ch/lactivite-physique-pour-tous-la-sante-pour-tous/>

*L'activité physique sur ordonnance : Mieux dans son corps et dans sa tête - HUG* (2018).

<https://www.hug.ch/video/activite-physique-sur-ordonnance-mieux-dans-son>

Laurie N. Gottlieb. (2012). *Strengths-Based Nursing Care : Health And Healing For Person And Family*. Springer Publishing Company.

Lin, F. L., Yeh, M. L., Lai, Y. H., Lin, K. C., Yu, C. J., & Chang, J. S. (2019). Two-month breathing-based walking improves anxiety, depression, dyspnoea and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A randomised controlled study. *Journal of clinical nursing*, 28(19-20), 3632-3640.

Lok, N., Lok, S., & Canbaz, M. (2017). The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents : Randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 70, 92-98.

Martin E. Keck. (2017). *La dépression, d'où vient-elle? Comment la traiter ? Quel rapport avec le stress?*[https://depression.ch/content/2-was-sind-depressionen/1-symptome-und-diagnose/brintellix\\_patienten\\_broschuere\\_depression\\_f.pdf](https://depression.ch/content/2-was-sind-depressionen/1-symptome-und-diagnose/brintellix_patienten_broschuere_depression_f.pdf)

Machaczek, K. K., Allmark, P., Pollard, N., Goyder, E., Shea, M., Horspool, M., Lee, S., de-la-Haye, S., Copeland, R., & Weich, S. (2022). Integrating physical activity into the treatment of depression in adults : A qualitative enquiry. *Health & Social Care in the Community*, 30(3), 1006-1017.

Michael G. Ory, Ahn S, Jiang L. (2013). Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ8). [https://selfmanagementresource.com/wp-content/uploads/English\\_-\\_PHQ-8-1.pdf](https://selfmanagementresource.com/wp-content/uploads/English_-_PHQ-8-1.pdf)

Office Cantonal de la Statistique. (2017). République et canton de Genève. [https://statistique.ge.ch/domaines/apercu.asp?dom=14\\_02](https://statistique.ge.ch/domaines/apercu.asp?dom=14_02)

Pepin, J., Ducharme, F. & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4e éd.). Montréal : TC Média Livres Inc.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Eleventh edition. Philadelphia, Wolters Kluwer.

Porras-Segovia, A., Rivera, M., Molina, E., López-Chaves, D., Gutiérrez, B., & Cervilla, J. (2019). Physical exercise and body mass index as correlates of major depressive disorder in community-dwelling adults: Results from the PISMA-ep study. *Journal of Affective Disorders*, 251, 263-269.

*Recommandations en matière d'activité physique*. (2022). Office fédéral de la santé publique. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/bewegungsfoerderung/bewegungsempfehlungen.html>

Roy, A., Govindan, R., & Muralidharan, K. (2018). The impact of an add-on video assisted structured aerobic exercise module on mood and somatic symptoms among women with depressive disorders: study from a tertiary care centre in India. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 118-122

*Santé mentale*. (s. d.). Consilium. Consulté 12 décembre 2023, à l'adresse <https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/mental-health/>

Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016). *La santé psychique en Suisse*.

Stanton, R., & Reaburn, P. (2014). Exercise and the treatment of depression : A review of the exercise program variables. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 17(2), 177-182. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2013.03.010>

*Santé psychique*. (2023). Office fédéral de la statistique.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html>

*Suicide et suicide assisté | Obsan*. (2023). Observatoire suisse de la santé.

<https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/suicide-et-suicide-assiste>

Tomonaga, Y., Haettenschwiler, J., Hatzinger, M., Holsboer-Trachsler, E., Rufer, M., Hepp, U., & Szucs, T. D. (2013). The economic burden of depression in Switzerland. *Pharmacoeconomics*, 31(3), 237-250. <https://doi.org/10.1007/s40273-013-0026-9>

Tronto, J. C. (2008). Du care. *Revue du MAUSS*, 32(2), 243-265.

<https://doi.org/10.3917/rdm.032.0243>

Vigil-Ripoche, M.-A. (2012). Prendre soin, care et caring. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 244-249). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0244>

*WHOQOL - Measuring Quality of Life*. (2012). World Health Organization. <https://www.who.int/tools/whoqol>



## 9. Annexes

### Annexe 1. Goldberg Depression Scale

**Psychiatry Associates, P.C.**  
1736 Oxmoor Road. Suite 103. Birmingham, AL 35209  
Telephone: 879 2120 Telecopier: 879-2125

#### Goldberg's Depression Scale

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

0 = Not at all    1 = Just a little    2 = Somewhat    3 = Moderately    4 = Quite a lot    5 = Very much

I do things slowly.	0	1	2	3	4	5
My future seems hopeless.	0	1	2	3	4	5
It is hard for me to concentrate on reading.	0	1	2	3	4	5
The pleasure and joy has gone out of my life.	0	1	2	3	4	5
I have difficulty making decisions.	0	1	2	3	4	5
I have lost interest in aspects of life that used to be important to me.	0	1	2	3	4	5
I feel sad, blue, and unhappy.	0	1	2	3	4	5
I am agitated and keep moving around.	0	1	2	3	4	5
I feel fatigued.	0	1	2	3	4	5
It takes great effort for me to do simple things.	0	1	2	3	4	5
I feel that I am a guilty person who deserves to be punished.	0	1	2	3	4	5
I feel like a failure.	0	1	2	3	4	5
I feel lifeless - - - more dead than alive.	0	1	2	3	4	5
My sleep has been disturbed too little, too much, or broken sleep.	0	1	2	3	4	5
I spend time thinking about HOW I might kill myself.	0	1	2	3	4	5
I feel trapped or caught.	0	1	2	3	4	5
I feel depressed even when good things happen to me.	0	1	2	3	4	5
Without trying to diet, I have lost, or gained, weight.	0	1	2	3	4	5

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Goldberg Depression Scale - ©1993 Dr. Ivan Goldberg - All Rights Reserved

Tiré de : Psychiatry Associates PC (1993)

## Geriatric Depression Scale (short form)

**Instructions:** Circle the answer that best describes how you felt over the past week.

- |   |     |    |
|---|-----|----|
| 1. Are you basically satisfied with your life?                            | yes | no |
| 2. Have you dropped many of your activities and interests?                | yes | no |
| 3. Do you feel that your life is empty?                                   | yes | no |
| 4. Do you often get bored?  | yes | no |
| 5. Are you in good spirits most of the time?                              | yes | no |
| 6. Are you afraid that something bad is going to happen to you?           | yes | no |
| 7. Do you feel happy most of the time?                                    | yes | no |
| 8. Do you often feel helpless?  | yes | no |
| 9. Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing things? | yes | no |
| 10. Do you feel that you have more problems with memory than most?        | yes | no |
| 11. Do you think it is wonderful to be alive now?                         | yes | no |
| 12. Do you feel worthless the way you are now?                            | yes | no |
| 13. Do you feel full of energy?   | yes | no |
| 14. Do you feel that your situation is hopeless?                          | yes | no |
| 15. Do you think that most people are better off than you are?            | yes | no |

**Total Score** \_\_\_\_\_

### Annexe 3 : Personal Health Questionnaire Depression Scale (PHQ-8)

<b>How often during the past 2 weeks were you bothered by...</b>	<b>Not at all</b>	<b>Several days</b>	<b>More than half the days</b>	<b>Nearly every day</b>
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself, or that you are a failure, or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite – being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3

Tiré de : Self-Management Resource Center, PHQ-8 Questionnaire (2001)

#### Annexe 4 : Échelle de qualité de vie SF-36

1/ Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :  
 1: Excellente    2: Très bonne    3: Bonne    4: Médiocre    5: Mauvaise

2/ Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?

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

3/ Voici la liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité en raison de votre état de santé actuel :

Liste d'activités	OUI beaucoup limité (e)	OUI peu limité(e)	NON pas du tout limité(e)
<b>A</b>			
Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport...	1	2	3
<b>B</b>			
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
<b>C</b>			
Soulever et porter les courses	1	2	3
<b>D</b>			
Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
<b>E</b>			
Monter un étage par l'escalier	1	2	3
<b>F</b>			
Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
<b>G</b>			
Marcher plus d'un kilomètre à pied	1	2	3
<b>H</b>			
Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
<b>I</b>			
Marcher une centaine de mètres	1	2	3
<b>J</b>			
Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

▲

4/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état physique :

	OUI	NON
<b>A</b>		
Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
<b>B</b>		
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
<b>C</b>		
Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
<b>D</b>		
Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé(e) :

	OUI	NON
<b>A</b>		
Avez vous réduit le temps passé à votre travail ou activités habituelles ?	1	2
<b>B</b>		
Avez vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ?	1	2
<b>C</b>		
Avez vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	1	2

6/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis ou vos connaissances ?

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

7/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ?

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

8/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limitées dans votre travail ou vos activités domestiques ?

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

9/ Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces quatre dernières semaines y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelque fois	Rarement	Jamais
<b>A</b>						
Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
<b>B</b>						
Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
<b>C</b>						
Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
<b>D</b>						
Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
<b>E</b>						
Vous vous êtes senti(e) débordant d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
<b>F</b>						
Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
<b>G</b>						
Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
<b>H</b>						
Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
<b>I</b>						
Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10/ Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnant vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille et vos connaissances ?

1: En permanence

2: Une bonne partie du temps

3: De temps en temps

4: Rarement

5: Jamais

11/ Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

	Totalement vraie	Plutôt vraie	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
<b>A</b>					
Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
<b>B</b>					
Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
<b>C</b>					
Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
<b>D</b>					
Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

Tiré de : COFEMER, Échelles adultes Tome 2, page 75 (1992)

## Annexe 5. Grilles COREQ

No. Item	Guide questions/description	Pages
<b>Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion</b>		
<b>Caractéristiques personnelles</b>		
<b>1. Enquêteur /animateur</b>	Katarzyna K. Machaczek, Peter Allmark, Nicholas Pollard, Elizabeth Goyder, Mark Shea, Michelle Horspool, Suzanne Lee, Stephanie de-la-Haye, Robert Copeland, Scott Weich	<b>p.1006</b>
<b>2. Titres académiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>College of Health, Wellbeing and Life Sciences, Sheffield Hallam University, Sheffield, UK (<b>Katarzyna K. Machaczek</b>)</li> <li>Division of Nursing and Midwifery, Health Sciences School, University of Sheffield, Sheffield, UK (<b>Peter Allmark</b>)</li> <li>College of Health, Wellbeing and Life Sciences, Sheffield Hallam University, Sheffield, UK (<b>Nicholas Pollard</b>)</li> <li>School of Health and Related Research, University of Sheffield, Sheffield, UK (<b>Elizabeth Goyder</b>)</li> <li>Sheffield Health &amp; Social Care NHS Foundation Trust, Improving Access to Psychological Therapies Services, Sheffield, UK (<b>Mark Shea</b>)</li> <li>Sheffield Health &amp; Social Care NHS Foundation Trust, Sheffield, UK (<b>Michelle Horspool</b>)</li> <li>Public Representative, Sheffield, UK (<b>Suzanne Lee</b>)</li> <li>Survivors of Depression in Transition, Sheffield, UK (<b>Stephanie de-la-Haye</b>)</li> <li>Advanced Wellbeing Research Centre, Sheffield Hallam University, Sheffield, UK (<b>Robert Copeland</b>)</li> <li>School of Health and Related Research, University of Sheffield, Sheffield, UK (<b>Scott Weich</b>)</li> </ul>	<b>p.1006</b>
<b>3. Activité</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>4. Genre</b>	5 femmes et 3 hommes	<b>p.1006</b>
<b>5. Expérience et formation</b>	1999-09-01 to 2002-06-31   BSc (Collegium Medicum) Education 2002-09-01 to 2004-06-30   MSc (Collegium Medicum) Education 2012-07-16 to 2015-05-05   PhD/Dr (Faculty of Health and Wellbeing) Education 2009-01-01 to present   Research Fellow (Faculty of Health and Wellbeing) Employment ( <b>Katarzyna K. Machaczek</b> )	<b>p.1006</b>
<b>Relations avec les participants</b>		



<b>6. Relation antérieure</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur</b>	Les patients ne connaissaient pas les enquêteurs	<b>p.1008</b>
<b>8. Caractéristiques de l'enquêteur</b>	Pas d'information	
<b>Domain 2: Conception de l'étude</b>		
<b>Cadre théorique</b>		
<b>9. orientation méthodologique et théorie</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>Sélection des participants</b>		
<b>10. Echantillonnage</b>	Échantillonnage dirigé	<b>p.1007-1008</b>
<b>11. Prise de contact</b>	Les participants ont été recrutés par l'intermédiaire d'organisations caritatives locales de santé mentale dans une ville du nord de l'Angleterre.	<b>p.1008</b>
<b>12. Taille de l'échantillon</b>	Six individus, dont l'âge variait de 38 à 62 ans, ont été interviewés, comprenant cinq femmes. Deux d'entre eux étaient des travailleurs indépendants occupant des postes à temps plein, tandis que quatre étaient au chômage. À l'exception d'un participant, tous vivaient seuls.	<b>p.1008</b>
<b>13. Non-participation</b>	Douze individus ont été conviés à prendre part à l'événement, bénéficiant tous d'une période de réflexion d'au moins 5 jours avant de se décider à participer. Les motifs les plus fréquemment avancés par ceux qui ont décliné l'invitation étaient un manque de disponibilité temporelle et d'intérêt. Une personne a mentionné être dans l'incapacité de participer en raison de problèmes de santé.	<b>p.1008</b>
<b>Contexte</b>		
<b>14. Cadre de la collecte de données</b>	Une entrevue a été réalisée par téléphone, tandis que cinq autres ont eu lieu dans les installations de l'université.	<b>p.1008</b>

<b>15. Présence de non-participants</b>	Pas d'information	
<b>16. Description de l'échantillon</b>	Les critères de sélection étaient restreints à l'âge des participants ( $\geq 18$ ans) et à la confirmation d'un diagnostic de dépression par un médecin généraliste. Le nombre de participants maximal ( $n = 12$ ) a été fixé en accord avec le protocole de l'étude, les ressources financières disponibles, et la nécessité d'avoir un échantillon pratique pour mener une étude approfondie et détaillée.	<b>p.1007-1008</b>
<b>Recueil de données</b>		
<b>17. Guide d'entretien</b>	Avant le démarrage des entretiens, les participants ont été familiarisés grâce à des présentations générales et une brève explication du contexte de l'étude	<b>p.1008</b>
<b>18. Entretiens répétés</b>	Pas d'information	
<b>19. Enregistrement audio/visuel</b>	Des entrevues approfondies ont été consignées sous forme d'enregistrements numériques.	<b>p.1008</b>
<b>20. Cahier de terrain</b>	Pas d'information	<b>p.1008</b>
<b>21. Durée</b>	La durée des entretiens s'est étendue de 65 à 100 minutes, avec une moyenne de 90 minutes	<b>p.1008</b>
<b>22. Seuil de saturation</b>	Pas d'information	
<b>23. Retour des retranscriptions</b>	Pas d'information	
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
<b>Analyse de données</b>		
<b>24. Nombre de personnes codant les données</b>	2 personnes ont codés les données	<b>p.1008</b>
<b>25. Description de l'arbre de codage</b>	pas d'information	
<b>26. Détermina</b>	Pas d'information	

tion des thèmes		
27. Logiciel	Pas d'information	
28. Vérification par les participants	Les participants ont discuté de la façon dont l'activité physique pourrait aider à lutter contre la dépression grâce à des liens avec d'autres activités et résultats, tels que la fourniture d'un soutien pratique pour le travail de conservation ou le jardinage, qui, en plus de fournir un plaisir physique et de passer du temps avec les autres, offre des expériences de renforcement des compétences	p.1011
Rédaction		
29. Citations présentées	Les citations sont identifiées (ex. participant 3, Femme, 38 ans)	p.1009-1011
30. Cohérence des données et des résultats	Pas d'information	
31. Clarté des thèmes principaux	Pas d'information	
32. Clarté des thèmes secondaires	Pas d'information	

No. Item	Guide questions/description	Page s
<b>Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion</b>		
<b>Caractéristi ques personnelle s</b>		
<b>1. Enquêteur/a nimateur</b>	<u>Haritz Arrieta</u> , <u>Chloe Rezola-Pardo</u> , <u>Iñaki Echeverria</u> , <u>Miren Iturburu</u> , <u>Susana Maria Gil</u> , <u>Jose Javier Yanguas</u> , <u>Jon Irazusta</u> & <u>Ana Rodriguez-Larrad</u>	<b>p.1</b>
<b>2. Titres académique s</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Département de physiologie, Faculté de médecine et soins infirmiers, Université du Pays basque (UPV/EHU) (<u>Haritz Arrieta</u>)</li> <li>Département de physiologie, Faculté de médecine et de soins infirmiers, Université du Pays basque (UPV/EHU) (<u>Chloe Rezola-Pardo</u>)</li> <li>Département de physiologie, Faculté de médecine et soins infirmiers, Université du Pays basque (UPV/EHU) (<u>Iñaki Echeverria</u>)</li> <li>Fondation Matia Instituto Gerontológico (<u>Miren Iturburu</u>)</li> <li>Département de physiologie, Faculté de médecine et de soins infirmiers, Université du Pays basque (UPV/EHU) (<u>Susana Maria Gil</u>)</li> <li>Fondation Matia Instituto Gerontológico (<u>Jose Javier Yanguas</u>)</li> <li>Département de physiologie, Faculté de médecine et soins infirmiers, Université du Pays basque (UPV/EHU) (<u>Jon Irazusta</u>)</li> <li>Département de physiologie, Faculté de médecine et soins infirmiers, Université du Pays basque (UPV/EHU) (<u>Ana Rodriguez-Larrad</u>)</li> </ul>	<b>p.1</b>
<b>3. Activité</b>	<b>Pas d'informations</b>	
<b>4. Genre</b>	Cinq femmes et deux hommes	<b>p.1</b>
<b>5. Expérience et formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Haritz Arrieta</u>, <u>Iñaki Echeverria</u>, <u>Chloe Rezola-Pardo</u>, <u>Susana Maria Gil</u>, <u>Jon Irazusta</u>, <u>Ana Rodriguez-Larrad</u> : Faculté de médecine et soins infirmiers, Université du Pays basque)</li> <li><u>Jose Javier Yanguas</u>: Fondation Matia Instituto Gerontológico</li> </ul>	<b>p.1</b>
<b>Relations avec les participants</b>		
<b>6. Relation antérieure</b>	Les enquêteurs ne connaissaient pas les participants	<b>p.11</b>
<b>7. Connaissan ces des participants au sujet de l'enquêteur</b>	<b>Pas d'informations</b>	
<b>8. Caractéristi ques de l'enquêteur</b>	Pas d'information	<b>p.3</b>

<b>Domain 2: Conception de l'étude</b>		
<b>Cadre théorique</b>		
<b>9. orientation méthodologique et théorie</b>	C'est une étude quantitative mesurer par échelle qui a pour but de chercher à évaluer les associations entre la condition physique et l'activité physique, d'une part, et les performances cognitives, la qualité de vie et le risque de dépression, d'autre part, chez des personnes âgées vivant dans des maisons de retraite à long terme.	<b>p.2</b>
<b>Sélection des participants</b>		
<b>10. Echantillonnage</b>	Il s'agit d'un échantillonnage dirigé	<b>p.2</b>
<b>11. Prise de contact</b>	Ils ont été contactés dans dix maisons de soins infirmiers LT entre octobre 2016 et juin 2017 et ils ont signé le document de consentement éclairé.	<b>p.2</b>
<b>12. Taille de l'échantillon</b>	114 participants âgée de 84,9 ans en moyenne	<b>p.4</b>
<b>13. Non-participation</b>	Exclu (n= 90) Ne répond pas au critère d'inclusion (n= 7) Non consenti (n=2)	<b>p.2</b>
<b>Contexte</b>		
<b>14. Cadre de la collecte de données</b>	Les données ont été récoltés dans dix maisons de soins infirmiers	<b>p.2</b>
<b>15. Présence de non-participants</b>	Pas de présence de non participants	<b>P.2</b>
<b>16. Description de l'échantillon</b>	Les participants éligibles comprenaient des hommes et des femmes âgés de ≥70 ans, qui ont obtenu un score ≥50 sur l'indice Barthel, un score ≥20 au test MEC-35 et qui étaient capables de se tenir debout et de marcher de manière indépendante pendant au moins dix mètres.	<b>p.3</b>
<b>Recueil de données</b>		
<b>17. Guide d'entretien</b>	Pour cette étude les chercheurs n'ont pas effectué d'entretien	
<b>18. Entretiens répétés</b>	<b>Pas d'informations</b>	
<b>19. Enregistrement audio/visuel</b>	<b>Pas d'informations</b>	
<b>20. Cahier de terrain</b>	<b>Pas d'informations</b>	
<b>21. Durée</b>	<b>Pas d'informations</b>	
<b>22. Seuil de saturation</b>	<b>Pas d'informations</b>	

23. Retour des retranscriptions	Pas d'informations	
Domaine 3 : Analyse et résultats		
<i>Analyse de données</i>		
24. Nombre de personnes codant les données	Deux personnes	p.11
25.Descripti on de l'arbre de codage	Pas d'informations	
26. Déterminati on des thèmes	Pas d'informations	
27. Logiciel	Pas d'informations	
28. Vérification par les participants	Pas d'informations	
<b>Rédaction</b>		
29. Citations présentées	Pas d'informations	
30. Cohérence des données et des résultats	Il y a une cohérence entre les données et les résultats	pp.4-6
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont été présentés de façon claire et précise	p.3
32. Clarté des thèmes secondaires	Pas d'informations	

No. Item	Guide questions/description	Pag es
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
<i>Caractéristiques personnelles</i>		

<b>1. Enquêteur/animateur</b>	David R. Ellard, Margaret Thorogood, Martin Underwood, Clive Seale, et Stephanie JC Taylor	<b>p.1</b>
<b>2. Titres académiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Warwick Clinical Trials Unit, Division of Health Sciences, Warwick Medical School, The University of Warwick, Coventry CV4 7AL, UK. (<b>David R. Ellard</b>)</li> <li>Division of Health Sciences, Warwick Medical School, The University of Warwick, Coventry CV4 7AL, UK. (<b>Margaret Thorogood</b>)</li> <li>Warwick Clinical Trials Unit, Division of Health Sciences, Warwick Medical School, The University of Warwick, Coventry CV4 7AL, UK. (<b>Martin Underwood</b>)</li> <li>Brunel University, Uxbridge, London UB8 3PH, UK (<b>Clive Seale</b>)</li> <li>Blizard Institute, Queen Mary, University of London, Barts and the London School of Medicine and Dentistry, London, UK. (<b>Stephanie JC Taylor</b>)</li> </ul>	<b>p.10</b>
<b>3. Activité</b>	<b>Pas d'informations</b>	
<b>4. Genre</b>	3 hommes et 2 femmes	<b>p.1</b>
<b>5. Expérience et formation</b>	<b>Pas d'information</b>	
<i>Relations avec les participants</i>	<b>Pas d'information</b>	
<b>6. Relation antérieure</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>8. Caractéristiques de l'enquêteur</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>Domain 2: Conception de l'étude</b>		
<i>Cadre théorique</i>		
<b>9. orientation méthodologique et théorie</b>	Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé en grappes	<b>p. 2</b>
<i>Sélection des participants</i>		
<b>10. Echantillonnage</b>	Il s'agit d'un échantillonnage de convenance	<b>p.2</b>
<b>11. Prise de contact</b>	Directement dans les foyers de soins	<b>p.2</b>
<b>12. Taille de l'échantillon</b>	494 participants ont été inclus dans l'étude	<b>p.7</b>
<b>13. Non-participation</b>	Proches des résidents, des physiothérapeutes et le personnel de soins des différentes résidences	<b>p.2</b>
<i>Contexte</i>		
<b>14. Cadre de la collecte de données</b>	Les données ont été récoltées dans les différents foyers de soins	<b>p.2</b>
<b>15. Présence de non-participants</b>	<b>Pas d'information</b>	

<b>16. Description de l'échantillon</b>	34 établissements d'intervention	<b>p.5</b>
<i>Recueil de données</i>		
<b>17. Guide d'entretien</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>18. Entretiens répétés</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>19. Enregistrement audio/visuel</b>	Des interviews enregistrées numériquement	<b>p.3</b>
<b>20. Cahier de terrain</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>21. Durée</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>22. Seuil de saturation</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>23. Retour des retranscriptions</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
<i>Analyse de données</i>		
<b>24. Nombre de personnes codant les données</b>	1 personne a codé les données	<b>p.3</b>
<b>25. Description de l'arbre de codage</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>26. Détermination des thèmes</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>27. Logiciel</b>	Les transcriptions ont été gérées à l'aide de NVivo 7 QSR International Pty Ltd. Version 7, 2006. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide du paquet statistique SPSS (Version 18 ; SPSS, Chicago, IL, États-Unis)	<b>p.3</b>
<b>28. Vérification par les participants</b>	<b>Pas d'information</b>	
<i>Rédaction</i>		
<b>29. Citations présentées</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>30. Cohérence des données et des résultats</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>31. Clarté des thèmes principaux</b>	<b>Pas d'information</b>	
<b>32. Clarté des thèmes secondaires</b>	<b>Pas d'information</b>	



Annexe 6 : Grilles STROBE

1. *Physical exercise and body mass index as correlates of major depressive disorder in community-dwelling adults: Results from the PISMA-ep study*
2. *Associations between aerobic and muscle-strengthening exercise with depressive symptom severity among 17,839 U.S. adults*

	<b>Porras-Segovia et al, 2019</b>	<b>Bennie JA et al, 2019</b>
<b>Titre et résumé</b>		
<b>Titre et résumé</b>	<b>Oui p.263</b>	<b>Oui p. 121</b>
<b>Introduction</b>		
<b>Contexte</b>	<b>Oui pp.263-264</b>	<b>Oui p.121</b>
<b>Objectifs</b>	<b>Oui p.263</b>	<b>Oui p.121</b>
<b>Méthode</b>		
<b>Conception de l'étude</b>	<b>Oui p.264</b>	<b>Oui p. 122</b>
<b>Contexte</b>	<b>Oui p.264</b>	<b>Oui p.122</b>
<b>Population</b>	<b>Oui p.264</b>	<b>Oui p.122</b>
<b>Variables</b>	<b>Oui p.264</b>	<b>Oui p.122</b>
<b>Source des mesures</b>	<b>Oui pp.264-265</b>	<b>Oui p.122</b>
<b>Biais</b>	<b>Oui pp.264-265</b>	<b>Oui p.122-123</b>
<b>Taille de l'étude</b>	<b>Oui p.265</b>	<b>Oui p.122-123</b>
<b>Variables quantitatives</b>	<b>Oui p.265</b>	<b>Oui p.123</b>
<b>Analyse statistiques</b>	<b>Oui p.266</b>	<b>Oui p.123</b>
<b>Résultats</b>		
<b>Population</b>	<b>Oui p.265</b>	<b>Oui p.123-124</b>
<b>Données descriptives</b>	<b>Oui p.265</b>	<b>Oui p.123-124</b>
<b>Données obtenues</b>	<b>Oui p.265</b>	<b>Oui p.124</b>
<b>Principaux résultats</b>	<b>Oui p.265</b>	<b>Oui p.123-124</b>
<b>Autres analyses</b>	<b>Non</b>	<b>Non</b>
<b>Discussion</b>		

<b>Résultats clés</b>	<b>Oui pp.266-267</b>	<b>Oui p. 124-125</b>
<b>Limitations</b>	<b>Oui p.268</b>	<b>Oui p.126</b>
<b>Interprétation</b>	<b>Oui p.268</b>	<b>Non</b>
<b>Généralisable</b>	<b>Non</b>	<b>Non</b>
<b>Autres informations</b>		
<b>Financement</b>	<b>Non</b>	<b>Oui p.126</b>

## Annexe 7 : Grilles CONSORT

### Articles :

1. The impact of an add-on video assisted structured aerobic exercise module on mood and somatic symptoms among women with depressive disorders: Study from a tertiary care centre in India
2. Effectiveness of Physical Exercise in Older Adults With Mild to Moderate Depression
3. The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial
4. Two-month breathing-based walking improves anxiety, depression, dyspnoea and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A randomised controlled study
5. Whole home exercise intervention for depression in older care home residents (the OPERA study): a process evaluation

## GRILLES CONSORT

			N°1	N°2	N°3	N°4	N°5
Section/sujet	Item N°	DESCRIPTION	Page N°	Page N°	Page N°	Page N°	Page N°
<b>TITRE &amp; RESUME</b>							
	1a 1b	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions (pour une aide spécifique voir CONSORT pour Abstract)	p.1 p.1	- p.1	p.1 p.1	p.1 p.1	p.1 p.1
<b>INTRODUCTION</b>							
<b>Contexte et objectifs</b>	2a 2b	Contexte scientifique et explication du bien-fondé Objectifs spécifiques et hypothèses	p.1 p.1	p.1 p.2	p.1 p.1	p.1 p.1	p.1 p.1-2
<b>METHODE</b>							
<b>Plan de l'essai</b>	3a 3b	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation Changements importants de méthode après le début de l'essai ( tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison.	p.1 -	p.2 -	p.1 -	p.1 -	p.2 -
<b>Participants</b>	4a 4b	Critères d'éligibilité des participants Structures et lieux de recueil des données	p.2 p.2	p.2 p.2	p.2 p.2	p.3 p.3	p.2-3 p.2-3
<b>Interventions</b>	5	Intervention pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites.	p.2	p.3	p.2	p.3-4	p.2-3
<b>Critères de jugement</b>	6a 6b	Critères "à priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand et quand ils ont été évalués. Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison.	p.2 -	p.3 -	p.2 p.2	- -	- -
<b>Taille de l'échantillon</b>	7a 7b	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt.	p.2 -	p.3 -	p.2 -	p.3 -	p.2 -
<b>RANDOMISATION</b>							

<b>Production de la séquence</b>	8a	Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort 2	p.2	-	p.2-3	p.3	-
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)	p.2	p.3	p.2-3	p.3	p.2
<b>Mécanisme d'assignation secrète</b>	9	Mécanisme utilisé pour mettre en œuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions.	p.2	-	p.3	p.3	-
<b>Mise en œuvre</b>	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes	p.2	p.3	p.2	p.3	-
<b>Aveugle</b>	11a	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir	-	-	-	p.3	-
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions -	-	p.3	-	-	p.4
<b>Méthodes statistiques</b>	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires	p.2	p.4	p.2-3	p.4	p.3
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous-groupes ou des analyses ajustées.	-	-	-	-	-
<b>RESULTATS</b>							
<b>Flux des participants (un diagramme est fortement conseillé)</b>	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal	p.1-2	p.4	p.4	p.3	p.2
	13b	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons	p.2	p.5	p.4	p.3 et 5	p.5-6
<b>Recrutement</b>	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi	-	-	p.1-2	-	p.2
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu	-	-	-	-	-
<b>Données initiales Effectifs analysés</b>	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe	p.3	p.4	p.4-5	p.5	p.2-3
	16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine	p.4	p.5	p.4-5	p.5	p.1 et 7
<b>Critères de jugement et Estimations</b>	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalles de confiance à 95%) 4-5	p.3-4	p.5	p.4-5	p.7	p.7
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée	-	-	-	-	-
<b>Analyses accessoires</b>	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées à priori des analyses exploratoires	-	p.5-6	-	-	-
<b>Risques</b>	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe (pour un conseil détaillé voir 'CONSORT for harms')	-	-	-	-	-
<b>DISCUSSION</b>							

<b>Limitations</b>	20	Limitations de l'essais, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses.	p.4	p.7	p.6	p.6	-
<b>"Généralisabilité"</b>	21	"Généralisabilité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai	-	p.6	p.6	-	-
<b>Interprétation</b>	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	p.4	p.7	p.6	p.7	p.4
<b>INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES</b>							
<b>Enregistrement</b>	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé	-	p.7	-	-	-
<b>Protocole</b>	24	Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible	-	-	-	-	-
<b>Financement</b>	25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs	p.5	p.7	p.6	p.1	-