



HAL
open science

Prise de décision à adhérer à un programme d'activité physique adaptée sur prescription médicale

Laure-Alia Zarrouk

► **To cite this version:**

Laure-Alia Zarrouk. Prise de décision à adhérer à un programme d'activité physique adaptée sur prescription médicale. Psychologie. Université de Perpignan, 2024. Français. NNT : 2024PERP0011 . tel-04714534

HAL Id: tel-04714534

<https://theses.hal.science/tel-04714534v1>

Submitted on 30 Sep 2024

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

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

THÈSE DE DOCTORAT

Prise de décision à adhérer à un programme d'activité physique adaptée sur prescription médicale

Présentée en vue de l'obtention grade de docteur
en **Psychologie** de l'**Université de Perpignan Via Domitia**

École Doctorale n°544 – INTER MED

Présentée par **Laure-Alia ZARROUK**

Dirigée par **Éric FRUCHART**
Co-dirigée par **Myriam GUEDJ**

Soutenue publiquement **12 juillet 2024** devant le jury composé de

Lonzou KPANAKE Professeur, Université du Québec	Rapporteur
Florence TERRADE Professeure, Université Toulouse II Jean-Jaurès	Rapporteuse
Fabienne D'ARRIPE-LONGUEVILLE Professeure, Université de Nice Côte-d'Azur	Examinatrice
Nathalie TEISSEYRE MCF, Institut Catholique de Toulouse	Examinatrice
Éric FRUCHART MCF/HDR, Université de Perpignan Via Domitia	Directeur de thèse
Myriam GUEDJ MCF/HDR, Université de Toulouse II Jean-Jaurès	Co-directrice de thèse

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en premier lieu, Monsieur Éric Fruchart pour m'avoir accompagné tout au long du master Entraînement et optimisation de la performance sportive, mention Altitude et performance afin d'accéder au doctorat. Je vous remercie également d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de m'avoir soutenue sur ce travail de thèse, dans les différentes recherches, les rédactions d'articles et les préparations des congrès et conférences.

Je tiens à remercier Madame Myriam Guedj pour avoir accepté d'être ma co-directrice de thèse. Même éloignée géographiquement, vous avez su être très présente, je vous remercie également pour votre accueil au sein de l'équipe doctorale de Toulouse qui a facilité mon intégration.

Je tiens à vous remercier infiniment, tous les deux, pour vos conseils avisés qui ont guidé mes réflexions, votre disponibilité, vos encouragements et surtout pour votre confiance. Vous avez toujours été présents pour me guider au cours de l'élaboration de cette thèse. Tous mes remerciements vont vers vous pour votre implication et votre suivi rigoureux tout au long de ma thèse.

A Madame la Professeure Fabienne D'Arripe-Longueville, Madame la Professeure Florence Terrade, Monsieur le Professeur Lonzozou Kpanake et Madame la Maitresse de Conférence Nathalie Teisseyre, je vous suis reconnaissante d'avoir accepté d'être les membres du jury de cette thèse.

Je tiens à remercier également Monsieur Manuel Boucher, Madame Élodie Varraine et Monsieur Éric Raufaste d'avoir accepté de faire partie de mon comité de suivi individuel ainsi que de m'avoir apporté leurs suggestions et leurs conseils constructifs. Je vous remercie pour le temps accordé et votre bienveillance.

Je remercie la région Occitanie pour le financement de ma thèse.

Je remercie également toutes les personnes qui ont donné de leur temps pour participer à mes différentes études et qui ont permis la bonne réalisation de cette thèse.

Bien évidemment, je remercie ma famille pour leur présence. Mon frère Antoine-Ali pour ton aide sur la conception numérique de mes questionnaires et ta patience dans tes explications en informatique. Mes grands-parents Yvonne et André pour toute votre affection. Merci à mes parents Isabelle et Mounir pour vos encouragements, vos nombreuses relectures et corrections de mes travaux, votre confiance en ma réussite et votre soutien inconditionnel.

Merci à mes amies Héloïse, Camille et Élise pour votre sincère amitié et votre soutien même à l'autre bout de la France.

Enfin, j'adresse une éternelle reconnaissance à Corentin qui m'a supportée dans tous les moments de cette thèse. Je t'adresse mes plus sincères remerciements d'être à mes côtés au quotidien et de m'avoir toujours soutenue.

RÉSUMÉ

Introduction : Mon travail doctoral visait à examiner les raisons, motifs ou combinaisons de variables caractérisant l'adhésion ou non à un programme d'Activité Physique Adaptée (APA) sur prescription médicale. Pour ce faire, quatre études ont été déclinées à partir d'approches théoriques différentes. Il était alors question : (1) au sein des études 1 et 2, d'explorer, d'identifier et de comprendre la structure des motifs à adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale en implémentant la Théorie du Renversement (Apter, 2001) ; (2) lors de l'étude 3, d'identifier la structure des raisons pour lesquelles les malades adhèrent à un programme d'APA sur prescription médicale en environnement de montagne en utilisant le modèle push/pull/anti-push/anti-pull (Mullet et al., 2000) ; (3) au cœur de l'étude 4, de découvrir la manière dont les individus intègrent ou combinent cognitivement différentes variables (issues des études précédentes) lors de la prise de décision à adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale (Anderson, 2008).

Méthode : Dans la première étude, 30 participants ont été invités à répondre à des entretiens semi-directifs. Des analyses de contenu thématique ont été menées ainsi que des analyses lexicométriques via le logiciel SphinxQuali2. Dans la deuxième étude, 455 participants ont répondu à un questionnaire élaboré sur la base des résultats de l'étude 1 et de la littérature. Celui-ci inventoriait les motifs à adhérer ou à refuser d'adhérer au programme d'APA. Une analyse factorielle exploratoire avec extraction en composantes principales ainsi qu'une analyse confirmatoire ont été effectuées à l'aide du logiciel Jamovi. Dans la troisième étude, 453 participants ont répondu à un questionnaire élaboré sur la base d'une enquête préliminaire et de la littérature. Celui-ci inventoriait les motifs à adhérer ou à refuser d'adhérer au programme d'APA en environnement de montagne. Des analyses en parallèles ainsi qu'une analyse confirmatoire ont été effectuées à l'aide du logiciel Jamovi. Dans la quatrième étude, 199 participants ont répondu à des scénarios élaborés à partir de la littérature et de nos résultats aux études précédentes. Ce questionnaire interrogeait les participants sur leur propension à adhérer à un programme d'APA selon différentes variables (suivi, remboursement, environnement), et ce, en fonction d'états métamotivationnels. Des ANOVAs à mesures répétées ont été effectuées à l'aide du logiciel Statistica.

Résultats : L'étude 1 a révélé que la volonté d'atteindre un objectif (état téléique) et la volonté de suivre les règles (état conformiste) étaient les motifs en faveur de l'adhésion au programme d'APA les plus évoqués par les participants, tandis que les préoccupations d'ordre personnel

(état intra-autique) et le besoin de se libérer des restrictions du médecin (état négativiste) étaient les motifs principalement donnés pour expliquer un refus d'adhésion à un programme d'APA. L'étude 2 a permis de dégager cinq facteurs favorisant l'adhésion à un programme d'APA (« Contrôle de la pathologie » ; « Aspect social de l'APA » ; « Retrouver des sensations » ; « Influence des proches » ; « Amélioration de l'état de santé ») ainsi que quatre facteurs contribuant au refus d'adhérer à un programme d'APA (« Dénégation de l'état de santé » ; « Coût financier et personnel » ; « Mauvaise qualité du suivi APA » ; « Conséquences physiques et sociales négatives »). L'étude 3 a permis de confirmer une structure push pull anti-push anti-pull de la prise de décision à adhérer à un programme d'APA en environnement de montagne. Par exemple, une des considérations négatives qui pousse les participants à vouloir partir de la situation est de disposer d'un suivi trop insuffisant. Une des considérations positives qui retient les participants dans la situation actuelle est de bénéficier d'un très bon accompagnement sur son territoire. Une des considérations positives sur la situation future qui attire les participants vers la nouvelle situation est de pouvoir profiter des bénéfices cardio-vasculaires de la pratique de l'APA en montagne. Enfin, une des appréhensions de la nouvelle situation est de craindre des difficultés respiratoires lors de l'APA en montagne. L'étude 4 a montré que le suivi, le statut « Affection Longue Durée » et l'environnement étaient pris en compte dans la prise de décision à adhérer au programme. Elle a également montré que selon la motivation, les participants n'utilisaient pas les mêmes règles cognitives, cela a permis d'affirmer que les individus intègrent les informations différemment en fonction de l'état métamotivationnel, pour prendre la décision à adhérer à un programme d'APA.

Conclusion : Ces travaux nous permettent de mieux comprendre les facteurs à l'initiation de l'adhésion et de la non-adhésion à un programme d'APA. Ils peuvent aider les médecins et les acteurs de santé publique à adapter leur discours lorsqu'ils font face à ce type de situation. Ils démontrent également les bénéfices d'un environnement de montagne sur la prise de décision à adhérer à un programme d'activité physique sur ordonnance.

Mots-clés : Activité physique adaptée ; Motifs ; Adhésion ; Théorie du Renversement ; Push/Pull/Anti-push/Anti-pull ; Théorie de l'Intégration de l'Information

ABSTRACT

Introduction: The aim of my PhD work was to examine the reasons, motives or combination of variables characterizing adherence or non-adherence to a program of Adapted Physical Activity (APA) on medical prescription. To this purpose, four studies were carried out using different theoretical approaches. These were: (1) Study 1 and 2, to explore, identify and understand the structure of motives for adhering to APA program, using Reversal Theory (Apter, 2001); (2) Study 3, to identify the structure of motives for adhering to APA program in a mountain environment, using the push/pull/anti-push/anti-pull model (Mullet et al., 2000); (3) In Study 4, to discover how individuals cognitively integrate or combine different variables (from previous studies) when deciding to adhere to APA program (Anderson, 2008).

Method: In the first study, 30 participants were invited to take part in semi-structured interviews. Thematic content analyses were carried out, as well as lexicometric analyses using SphinxQuali2 software. In the second study, 455 participants completed a questionnaire based on the results of Study 1 and the literature. This inventoried the reasons for adhering or refusing to adhere to the APA program. An exploratory principal component factor analysis and a confirmatory analysis were carried out using Jamovi software. In the third study, 453 participants completed a questionnaire based on a preliminary survey and the literature. This inventoried the reasons for adhering or refusing to adhere to the APA program in the mountain environment. Parallel and confirmatory analyses were carried out using Jamovi software. In the fourth study, 199 participants responded to scenarios based on the literature and our results from previous studies. This questionnaire asked participants about their propensity to adhere to an APA program according to different variables (monitoring, reimbursement, environment), based on metamotivational states. Repeated-measures ANOVAs were performed using Statistica software.

Results: Study 1 showed that the will to achieve a goal (telic state) and the will to follow the rules (conformist state) were the reasons most given by participants for adhering to an adapted physical activity program. On the other hand, personal concerns (intra-autistic state) and the need to free oneself from the doctor's restrictions (negativistic state) were the main reasons given for refusing to take part in an adapted physical activity program. Study 2 allowed us to identify five factors promoting adherence to an APA program (i.e., "Control of pathology"; "Social aspect of APA"; "Regaining sensations"; "Influence of close family and friends"; "Improvement of health condition"), as well as four factors contributing to refusal to adhere to

an APA program (i.e., "Denial of health condition"; "Financial and personal cost"; "Poor quality of APA monitoring"; "Negative physical and social consequences"). Study 3 confirmed the push-pull anti-push-pull structure of the decision to adhere to an APA program in a mountain environment. For example, one of the negative considerations that pushes participants to want to leave the situation is that monitoring is too insufficient. One of the positive considerations that keeps participants in the current situation is that they benefit from very good support in their area. One of the positive considerations about the future situation that attracts participants to the new situation is being able to enjoy the cardiovascular benefits of practicing APA in the mountains. Finally, one of the apprehensions of the new situation is the fear of respiratory difficulties during APA in the mountains. Study 4 shows that monitoring, refunding and the environment all play a part in the decision to adhere to the program. It also shows that, depending on motivation, participants do not use the same cognitive rules, allowing us to conclude that individuals integrate information differently according to their metamotivational state, to decide to adhere to an APA program.

Conclusion: These studies have allowed us to gain a better understanding of the factors at the origin of adherence and non-adherence to an APA program. They can help doctors and public health workers to adapt their communication when faced with this type of situation. They also show the benefits of a mountain environment on the decision to adhere to a prescription-based physical activity program.

Keywords: Adapted physical activity; Motives; Adherence; Reversal theory; Push/Pull/Anti-push/Anti-pull; Information integration theory

ACTIVITÉS SCIENTIFIQUES

Publications

- Zarrouk, L-A. & Fruchart, E. (2021), The relationship between Purposiveness and Information Integration: The effect of Metamotivational States on Cognitive Rules in Sport, *European Review of Applied Psychology*
- Zarrouk, L-A., Fruchart, E. & Guedj, M. (en révision), Approche qualitative des motifs à adhérer ou ne pas adhérer à un programme d'activité physique adaptée sur prescription médicale, *Science & Motricité*.
- Zarrouk, L-A., Fruchart, E. & Guedj, M. (2024), To Adhere or Not to Adhere to a Medically Prescribed Adapted Physical Activity Program: An Inventory of Motives. Article soumis pour publication.
- Zarrouk, L-A., Guedj, M. & Fruchart, E. (2024), The effect of motivation on cognitive rules when deciding whether to adhere to a prescription of adapted physical activity. Article soumis pour publication.

Communications

- Zarrouk, L-A., Fruchart, É., Guedj, M. (2023, 5-7 juillet). *Étude exploratoire des motifs à adhérer ou non à un programme de sport sur ordonnance* [Congrès]. 12^{ème} congrès de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, Montpellier, France.
- Zarrouk, L-A., Fruchart, É., Guedj, M. (2022, 27-29 juin). *Reasons for accepting or refusing to engage in an adapted physical activity program: a qualitative exploratory approach* [Conference]. 21th International Reversal Theory Conference, Paris, France.
- Zarrouk, L-A., Fruchart, É., Guedj, M. (2021, 9-11 juin). *Effet des états métamotivationnels sur la prise de décision à adhérer à un programme d'activité physique sur ordonnance dans un environnement de montagne* [Congrès]. Psychologie de la performance et de la santé, Regards croisés des sciences du sport, Brest, France.
- Zarrouk, L-A., Fruchart, É. (2021, 9-11 juin). *Effet des états métamotivationnels sur la prise de décision à s'engager dans la course à pied* [Congrès]. Psychologie de la performance et de la santé, Regards croisés des sciences du sport, Brest, France.

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX -----	13
LISTE DES FIGURES -----	14
LISTE DES ABRÉVIATIONS -----	15
INTRODUCTION -----	16
I. PARTIE THÉORIQUE -----	19
CHAPITRE 1 : L'activité physique adaptée, une thérapie efficace dans le traitement des maladies chroniques -----	19
1. Les maladies chroniques et leurs facteurs de risques -----	19
2. La sédentarité-----	21
3. L'activité physique -----	22
3.1. Les activités de la vie quotidienne-----	22
3.2. Les exercices physiques-----	23
4. L'activité physique adaptée -----	24
4.1. Les modalités de prescription de l'APA -----	25
5. Bienfaits de l'activité physique adaptée sur la santé-----	27
CHAPITRE 2 : L'adhésion au programme d'APA sur prescription médicale : enjeux et déterminants -----	31
1. Observance ou adhésion ? -----	31
2. Facteurs d'adhésion et de non-adhésion au programme d'APA-----	33
2.1. Le type de programme-----	33
2.2. La motivation-----	34
2.3. Le suivi -----	37
2.4. Le statut « Affection Longue Durée »-----	37
2.5. L'environnement-----	38
CHAPITRE 3 : La Théorie du Renversement-----	40
1. Présentation générale -----	40

1.1.	Les états métamotivationnels-----	42
2.	Apports de la théorie du renversement-----	44
2.1.	La TR en psychologie de la santé-----	44
2.2.	La TR en psychologie du sport-----	46
3.	Limites des travaux et perspectives -----	48
CHAPITRE 4 : Le modèle Push Pull Anti-Push Anti-Pull-----		49
1.	Présentation générale-----	49
2.	Apports du modèle push pull anti-push anti-pull-----	50
3.	Limites des travaux et perspectives -----	52
CHAPITRE 5 : La Théorie de l'Intégration de l'Information -----		54
1.	Présentation générale -----	54
1.1.	Les règles cognitives -----	55
2.	Apports de la théorie de l'intégration de l'information-----	57
2.1.	La TII en psychologie de la santé-----	57
2.2.	La TII en psychologie du sport-----	58
2.3.	Limites des travaux et perspectives-----	60
II. PARTIE EMPIRIQUE -----		62
ÉTUDE 1 – Étude des motifs à adhérer ou non à un programme d'APA sur prescription médicale : une étude qualitative-----		62
Objectifs et Hypothèses -----		62
Méthode -----		64
Participants-----		64
Matériel-----		64
Procédure-----		65
Analyses statistiques-----		66
Résultats -----		66
Résultats pour les motifs de l'adhésion -----		69

Résultats pour les motifs de la non-adhésion-----	72
Discussion -----	73
ÉTUDE 2 – Étude quantitative des motifs à adhérer ou non à un programme d’APA sur prescription médicale : une approche motivationnelle-----	77
Objectifs et Hypothèses -----	77
Méthode -----	78
Participants-----	78
Matériel-----	78
Procédure-----	80
Analyses statistiques-----	81
Résultats -----	82
Analyse factorielle exploratoire des motifs de l’adhésion à un programme d’APA -----	82
Analyse factorielle exploratoire des motifs à ne pas adhérer à un programme d’APA---	84
Analyse factorielle confirmatoire des motifs d’adhésion et du refus d’adhérer à un programme d’APA-----	88
Comparaison des scores donnés aux facteurs motivationnels à partir de l’AFC -----	91
Discussion -----	92
ÉTUDE 3 – Étude quantitative de la prise de décision à adhérer à un programme d’APA sur prescription médicale en environnement de montagne : une approche environnementale-----	95
Objectifs et Hypothèses -----	95
Méthode -----	95
Étude qualitative exploratoire -----	96
Participants-----	96
Matériel-----	96
Résultats -----	97
Étude quantitative -----	100
Participants-----	100
Matériel-----	101

Procédure-----	102
Analyses statistiques-----	103
Résultats -----	104
Étape 1 : Résultats des analyses en parallèle conduites sur chacune des quatre dimensions -----	104
Analyse en parallèle de la dimension push -----	104
Analyse en parallèle de la dimension anti-push-----	106
Analyse en parallèle de la dimension pull -----	108
Analyse en parallèle de la dimension anti-pull-----	110
Étape 2 : Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire -----	112
Discussion -----	115
ÉTUDE 4 – Étude de la prise de décision à adhérer à un programme d'APA : une approche cognitive-----	118
Objectifs et Hypothèses -----	118
Méthode -----	120
Participants-----	120
Matériel-----	120
Procédure-----	122
Analyses statistiques-----	123
Résultats -----	124
Résultats de l'ANOVA : États métamotivationnels × Remboursement × Suivi médical × Environnement -----	124
Résultats des ANOVAs dans le domaine des buts et des moyens : états téléique et paratéléique -----	125
Résultats des ANOVAs dans le domaine des règles et contraintes : états conformiste et négativiste-----	129
Discussion -----	130
DISCUSSION GÉNÉRALE -----	135

CONCLUSION GÉNÉRALE-----	142
RÉFÉRENCES-----	146
ANNEXES-----	163
ANNEXE A : NOTICE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE POUR PARTICIPANTS SAINS (ÉTUDE 1) -----	163
ANNEXE B : NOTICE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE POUR PARTICIPANTS AYANT UNE PATHOLOGIE (ÉTUDE 1) -----	165
ANNEXE C : GRILLE D'ENTRETIEN (ÉTUDE 1) -----	167
ANNEXE D : FORMULAIRE D'INFORMATION, DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET QUESTIONNAIRE (ÉTUDE 2) -----	169
ANNEXE E : FORMULAIRE D'INFORMATION, DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET QUESTIONNAIRE (ÉTUDE 3) -----	198
ANNEXE F : NOTICE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE (ÉTUDE 4) -----	212
ANNEXE G : QUESTIONNAIRE (ÉTUDE 4) -----	214
ANNEXE H : ATTESTATION DE NON-PLAGIAT -----	237

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Facteurs liés à l'observance et à la non-observance (Golay et al., 2004).....	32
Tableau 2. Description des domaines, des états métamotivationnels et des modalités d'expérience de la TR.....	44
Tableau 3. Les différentes dimensions du modèle Push Pull Anti-Push Anti-Pull.....	50
Tableau 4. Fréquence des thèmes issus du discours des participants en fonction des états métamotivationnels pour les motifs d'adhésion et de non-adhésion à un programme d'APA par ordonnance.	68
Tableau 5. Résultats de l'AFE concernant les motifs de l'adhésion à un programme d'APA. Moyennes, écarts-types et alphas de Cronbach.....	86
Tableau 6. Résultats de l'AFE concernant les motifs à refuser d'adhérer à un programme d'APA. Moyennes, écarts-types et alphas de Cronbach.....	87
Tableau 7. Résultats de l'AFC des motifs d'adhésion à un programme d'APA. Estimation, erreur standard, Z, p, moyenne, écart-type et alpha de Cronbach.....	89
Tableau 8. Résultats de l'AFC des motifs du refus d'adhérer à un programme d'APA. Estimation, erreur standard, Z, p, moyenne, écart-type et alpha de Cronbach.....	90
Tableau 9. Fréquence des thèmes issus du discours des participants en fonction du modèle 2PAP (Fernandez et al., 2006).	97
Tableau 10. Résultats de l'analyse en parallèle concernant les motifs de la dimension push. Moyennes, écarts-types.	105
Tableau 11. Résultats de l'analyse en parallèle concernant les motifs de la dimension anti-push. Moyennes, écarts-types.....	107
Tableau 12. Résultats de l'analyse en parallèle concernant les motifs de la dimension pull. Moyennes, écarts-types.	109
Tableau 13. Résultats de l'analyse en parallèle concernant les motifs de la dimension anti-pull. Moyennes, écarts-types.	111
Tableau 14. Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire au regard des motifs de chacune des dimensions. Moyennes, écarts-types, alpha de Cronbach, estimation, erreur standard, Z, et p.....	113
Tableau 15. Principaux résultats de l'ANOVA sur les données issues des conditions télélique, paratélélique, conformiste et négativiste.....	127
Tableau 16. Moyennes (M) et écarts-types (ET) pour les trois facteurs (Remboursement, Suivi médical, Environnement) dans chaque condition (télélique, paratélélique, conformiste et négativiste).	130

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1. Le modèle du renversement psychologique (d'après Apter, 1982).....</i>	<i>41</i>
<i>Figure 2. Cadre théorique du Push Pull Anti-Push Anti-Pull</i>	<i>50</i>
<i>Figure 3. Modèle d'intégration de l'information proposé par Anderson (1991, 1996)</i>	<i>55</i>
<i>Figure 4. Trois modèles possibles de résultats : additif, conjonctif, et disjonctif (Zarrouk & Fruchart, 2021).....</i>	<i>56</i>
<i>Figure 5. Effet de l'interaction du remboursement et de l'environnement sur la décision à adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale dans les conditions téléique, paratéléique, conformiste et négativiste.....</i>	<i>126</i>

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFC : Analyse Factorielle Confirmatoire

AFE : Analyse Factorielle Exploratoire

ALD : Affection Longue Durée

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CER : Comité d'Éthique de la Recherche

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Code de la Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

DHHS : Department of Health and Human Services

DPD : Délégué à la Protection des données

FITT : Fréquence, Intensité, Temps, Type de pratique

HAS : Haute Autorité de Santé

MET : Metabolic Equivalent Task

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QDV : Qualité De Vie

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

TII : Théorie de l'Intégration de l'Information

TR : Théorie du Renversement

UE : Union Européenne

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

2PAP : Push, Pull, Anti-Push, Anti-Pull

INTRODUCTION

Depuis le début des années 2000, une augmentation de la prévalence des maladies chroniques non transmissibles (comme le diabète, les cancers, les maladies cardiovasculaires), ainsi que plusieurs de leurs facteurs de risques tels que la surcharge pondérale, l'hypertension artérielle et la sédentarité ont été observés (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2022). Selon Damiano (2017) mais également Sjöling et al. (2011), la sédentarité serait le facteur de risque individuel de mauvaise santé le plus important, et la quatrième cause de mortalité au niveau mondial. En effet, elle représenterait à elle seule 6% des décès, après les maladies cardiovasculaires (30%), l'hypertension artérielle (13%) et le tabagisme (9%). Or en 2021, 27,5% des adultes et 81% des adolescents de 11 à 17 ans ne pratiquaient pas la quantité d'Activité Physique (AP) recommandée par l'OMS (2022). Pourtant, pratiquer une AP régulière permettrait de réduire de 2 à 58% la mortalité globale, selon le type et le niveau d'AP (Damiano, 2017). En parallèle, le taux de sédentarité ne cesse d'augmenter. Promouvoir l'AP est donc devenu un enjeu de santé publique. De ce fait en 2016, le gouvernement a mis en place la prescription médicale d'Activité Physique Adaptée (APA) par les médecins (HAS, 2022). Cependant, le constat est que tous les malades n'adhèrent pas à ce type de traitement (Baldwin et al., 2016). Pour cette raison, nous avons décidé d'étudier les motifs qui incitent les individus à adhérer ou non à un programme d'APA sur prescription médicale.

Dans la première partie de ce travail, nous aborderons les différentes notions nécessaires à une bonne compréhension du sujet concernant la pratique d'APA sur prescription médicale. Nous présenterons le contexte de santé actuel, les maladies chroniques et leurs facteurs de risques, dont la sédentarité. Nous exposerons les bienfaits de l'APA sur la santé, ainsi que les modalités de prescription médicale de l'APA. Nous recenserons dans la littérature existante, les facteurs décisionnels et motivationnels de l'adhésion et de la non-adhésion à un programme d'APA. Après cela, nous expliquerons les différents facteurs pouvant influencer l'adhésion à

un programme d'APA tels que le suivi, le statut « Affection Longue Durée » (ALD), et l'environnement. Nous nous demanderons : le fait d'adhérer ou non à un programme d'APA est-il lié au suivi médical ? Avoir le statut « affection longue durée » modifie-t-il la façon d'appréhender l'adhésion ou non à ce type de programme ? Quel est l'impact de l'environnement extérieur sur l'adhésion au programme ? Enfin, nous présenterons des travaux utilisant les théories mobilisées pour ce travail dans le domaine de la psychologie de la santé ainsi que dans le domaine de la psychologie du sport, telles que la TR (Apter, 2001), le modèle 2PAP (Mullet et al., 2000) et la TII (Anderson, 2008).

Dans une deuxième partie, nous présenterons les études menées dans le cadre de ce travail doctoral. Construit autour de différentes études, il vise à comprendre les raisons pouvant pousser les individus à adhérer ou non à un programme d'APA. L'objectif central de notre travail est de découvrir les raisons, motifs ou combinaisons de variables caractérisant l'adhésion ou non à un programme d'APA sur prescription médicale. Pour ce faire, quatre études seront déclinées à partir de différentes théories. Il sera alors question :

(1) Au sein des études 1 et 2, d'explorer, d'identifier et de comprendre la structure des motifs à adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale en implémentant la Théorie du Renversement (Apter, 2001). Ce cadre théorique a déjà été utilisé dans le domaine de la psychologie de la santé pour étudier la structure des motifs à prendre ou non un antibiotique (Bagnulo et al., 2019), à participer ou non à un essai clinique (Guedj et al., 2013) ou à donner ses organes (Guedj et al., 2011) et dans le domaine sportif pour étudier la structure des motifs d'agression dans les sports d'équipe (Fruchart et al., 2020).

(2) Lors de l'étude 3, de tester le modèle push pull anti-push anti-pull dans le domaine de la prise de décision à adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale en environnement de montagne (Mullet et al., 2000). Ce modèle théorique est une approche intéressante pour comprendre les prises de décision en psychologie (Fernandez et al., 2006).

L'environnement de montagne est étudié car l'exposition à la nature montre de meilleur résultat sur la santé (Razani et al., 2016).

(3) Au cœur de l'étude 4, de découvrir la manière dont les individus intègrent ou combinent cognitivement différentes variables (issues des études précédentes) lors de la prise de décision à adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale. Nous utiliserons la Théorie de l'Intégration de l'Information (TII, Anderson, 2008) déjà appliquée dans de multiples investigations en psychologie du sport (Fruchart & Rulence-Pâques, 2019, 2020a,b) et en psychologie de la santé (Guedj et al., 2014 ; Rosier et al., 2019).

Cette recherche, originale par le fait que la prise de décision à l'adhésion et à la non-adhésion sont traités à travers différentes théories, vise donc à mettre en lumière les facteurs motivationnels en jeu dans l'adhésion ou non à un programme d'APA mais aussi à contribuer à enrichir la littérature existante concernant les différentes approches théoriques utilisées.

I. PARTIE THÉORIQUE

CHAPITRE 1 : L'activité physique adaptée, une thérapie efficace dans le traitement des maladies chroniques

1. *Les maladies chroniques et leurs facteurs de risques*

Une maladie chronique est caractérisée par (a) la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer, (b) une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée comme telle, (c) un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants : (1) une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale, (2) une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle, (3) la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social (Fischer et al., 2020). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les maladies chroniques comme des maladies de longue durée accompagnées en général d'une lente progression, concernant aussi bien les maladies cardio-vasculaires, les diabètes, les cancers mais aussi les maladies neurodégénératives (démence, Parkinson) et nécessitant des soins réguliers.

La notion de maladies chroniques fait souvent référence aux maladies non transmissibles, telles que le cancer, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, etc. Les maladies infectieuses sont le plus souvent aiguës, bien que certaines telles que le sida ou certaines hépatites virales puissent devenir chroniques (Bloch, 2010). Nous assimilerons ici les maladies chroniques aux maladies non transmissibles.

Les maladies chroniques concernent entre 8 à 28 millions de personnes. Par leur caractère durable et évolutif, les maladies chroniques engendrent des incapacités et des difficultés personnelles, familiales et socioprofessionnelles importantes. Les patients atteints de

maladies chroniques constituent un véritable défi d'adaptation pour notre système de santé (Agrinier & Rat, 2010).

Les maladies chroniques sont devenues un enjeu de société, de par leur importance dans la population, leur coût et du fait qu'un certain nombre d'entre elles peuvent être prévenues par un mode de vie sain (ne pas fumer, faire de l'exercice régulièrement, avoir une consommation modérée d'alcool, une alimentation équilibrée) ou le contrôle de certains facteurs connus pour en être des déterminants (poids, pression artérielle, glycémie, cholestérol et triglycérides, pour citer les plus importants) (Bloch, 2010). Les maladies chroniques sont à l'origine de 41 millions de décès chaque année, soit 74 % de l'ensemble des décès dans le monde (OMS, 2023). Selon le rapport de l'OMS sur les maladies chroniques, les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de la plupart des décès dus aux maladies chroniques, soit 17,9 millions de personnes par an, suivies des cancers (9,3 millions), des maladies respiratoires chroniques (4,1 millions) et du diabète (2,0 millions, y compris les décès dus à une maladie rénale causée par le diabète). Ces quatre groupes de maladies représentent plus de 80 % de tous les décès prématurés dus aux maladies chroniques. Un tiers de ces décès pourrait être « évités » en réduisant les comportements à risque. Les maladies cardiovasculaires, (e.g. les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), et l'insuffisance cardiaque) mais également l'hypertension artérielle, le diabète, les dyslipémies, le tabagisme, la sédentarité et le surpoids sont accessibles à la prévention et/ou au traitement.

En effet, les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires ont été bien identifiés, comme facteurs dits « classiques » nous retrouvons l'hypertension et le surpoids. Cependant les facteurs comportementaux jouent un rôle indéniable, tels que la consommation de tabac, la sédentarité, l'inactivité, et l'alimentation à densité énergétique élevée (Schlienger et al., 2019). Cela justifie que des efforts supplémentaires soient faits en matière de lutte contre le tabagisme, l'excès de consommation d'alcool, la sédentarité, le surpoids et l'obésité (OMS, 2023).

2. *La sédentarité*

La sédentarité (ou comportement sédentaire) est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5 MET (Metabolic Equivalent Task). Elle correspond au temps passé assis ou allongé entre le lever et le coucher. Elle est à distinguer de l'inactivité physique qui se caractérise par un niveau insuffisant d'activité physique (AP) régulière de l'individu qui n'atteint pas le seuil d'AP d'endurance aérobie recommandé pour la santé par l'OMS. Le comportement sédentaire est un déterminant majeur de l'état de santé et agit aussi sur le statut pondéral (Haute Autorité de Santé (HAS), 2022). L'association entre le comportement sédentaire et la mortalité, toutes causes confondues, varie avec le volume habituel d'AP d'intensité modérée à élevée de l'individu, de sorte que les effets délétères d'un comportement sédentaire sont plus prononcés chez les personnes physiquement inactives. Bien-sûr, inactivité physique et sédentarité sont étroitement liées.

Chez les adultes, une sédentarité accrue est associée aux résultats sanitaires négatifs suivants : mortalité toutes causes confondues, taux supérieurs de maladies cardiovasculaires, de cancers, de diabète de type 2 (OMS, 2021) et de décès associés à ces pathologies, taux supérieurs d'obésité (Berthouze-Aranda & Reynes, 2011).

Pour contribuer à réduire les effets néfastes pour la santé d'un niveau de sédentarité élevé, les adultes devraient viser à dépasser les niveaux recommandés d'activité physique d'intensité modérée à soutenue (OMS, 2021).

Nous pouvons donc, dans des conditions détaillées, différencier les termes de sédentarité et d'inactivité physique comme c'est le cas dans différentes études, la sédentarité représente alors l'absence d'activité physique, comportement caractéristique de pathologies chroniques alors que l'inactivité physique représente un volume hebdomadaire d'activité physique trop faible. Cependant, en ce qui concerne nos travaux, nous utiliserons le terme de

sédentarité pour caractériser le manque d'activité physique responsable de l'apparition de pathologies chroniques.

3. *L'activité physique*

L'OMS (2021), définit l'activité physique comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui demande une dépense d'énergie.

3.1. *Les activités de la vie quotidienne*

Les activités physiques de la vie quotidienne se subdivisent habituellement en trois domaines : les déplacements actifs (marche, montée et descente des escaliers, rouler à vélo, pour aller au travail, faire les courses, etc.), les activités domestiques (entretien domestique, bricolage, jardinage, etc.) et les activités professionnelles ou scolaires. Elles tiennent une part importante de l'activité physique totale de l'individu, en particulier chez les personnes âgées et les personnes peu actives qui ont tendance à considérer comme inaccessibles les représentations d'activité physique qu'elles associent au terme de sport. Les activités physiques sont en général d'une intensité modérée et font courir moins de risques aux personnes physiquement inactives et/ou sédentaires que les AP d'intensité plus élevée (HAS, 2022).

Les déplacements actifs (marche et vélo) sont les plus facilement mobilisables, ont une bonne régularité au long cours et sont à privilégier. La marche rapide et le cyclisme de loisirs sont des AP d'intensité le plus souvent modérée. La marche est l'activité physique la plus commune. Elle présente de nombreux avantages : elle a plusieurs fonctions (déplacements actifs et activités sportives de loisirs) ; elle est soutenue par des motivations individuelles et collectives (santé, préservation de l'environnement) ; elle est réalisable à tout âge avec des risques limités ; elle présente en général une bonne observance au long cours ; elle n'a pas besoin d'équipement spécifique en dehors d'une bonne paire de chaussures et éventuellement de bâtons de taille adaptée. La pratique de la marche est tributaire des caractéristiques de l'environnement construit. La proximité d'espaces verts ou de lieux de loisirs, la continuité des

parcours piétons, le sentiment de sécurité, la présence de possibilités de haltes régulières (bancs) sont autant de facteurs qui favorisent sa pratique, en particulier chez les seniors. Les accéléromètres, podomètres, smartphones et autres trackers d'AP sont des outils efficaces pour améliorer l'adhésion à un programme de marche. Ils permettent d'évaluer et de motiver certains patients (HAS, 2022).

Chez les sujets sains, pour être en bonne santé, 10 000 pas quotidiens sont recommandés, entre 7 000 et 10 000 chez les sujets de plus de 65 ans avec des effets déjà bien démontrés sur la mortalité. Ce nombre de pas correspond à la quantité totale de pas dans la journée, donc à des AP d'intensités variables, notamment de faible intensité. Dans ces 10 000 pas (ce qui équivaut à 1 h 30 à 2 h de marche), il y a en moyenne 3 000 pas d'intensité au moins modérée, qui sont l'équivalent des 30 minutes d'AP d'intensité modérée recommandées (HAS, 2022).

Les adultes devraient pratiquer au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobique d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobique d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée et soutenue par semaine pour en retirer des bénéfices substantiels sur le plan de la santé (OMS, 2021).

3.2. Les exercices physiques

L'exercice physique est une activité physique planifiée, structurée, répétitive dont l'objectif est l'amélioration ou le maintien d'une ou plusieurs composantes de la condition physique. À l'inverse des activités sportives, l'exercice physique ne répond pas à des règles de jeu et peut souvent être réalisé sans infrastructure lourde et sans équipement spécifique (HAS, 2022).

Les exercices physiques peuvent être proposés au patient en fonction des faiblesses constatées à l'examen de sa condition physique. Ces exercices peuvent être, selon les cas,

effectués en solo, ou supervisés par des éducateurs sportifs formés ou par des professionnels de l'APA (HAS, 2022).

4. *L'activité physique adaptée*

Les activités physiques adaptées sont des programmes structurés et individualisés d'exercices physiques à visée thérapeutique (HAS, 2022).

L'article D. 1172-1 du code de la santé publique (CSP) – décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 – art. 1 donne une définition réglementaire à l'APA :

On entend par activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1, la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences. (HAS, 2022).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), l'APA est une thérapeutique non médicamenteuse validée par des données probantes dans de nombreuses pathologies chroniques et états de santé. L'APA se justifie pour les personnes incapables de pratiquer des activités physiques ou sportives ordinaires en autonomie et en sécurité, et considérées comme physiquement « inactives », car n'ayant pas un niveau d'activité physique conforme aux recommandations de l'OMS (HAS, 2022). Plus simplement, l'APA peut être définie comme une APA aux besoins des patients et à leurs pathologies dans un objectif d'amélioration de la santé et de la qualité de vie au quotidien (Chenuel, 2020).

Les programmes d'APA font appel pour leur conception, leur organisation et leur supervision à des professionnels de l'APA. Le professionnel de l'APA adapte le programme à la pathologie chronique, à l'état de santé, à la condition physique et aux risques du patient. Les programmes d'APA ont démontré leur efficacité thérapeutique dans de nombreuses maladies chroniques, sur des facteurs de risque et pour le maintien de l'autonomie des personnes, seuls ou en association à des traitements médicamenteux ou non médicamenteux (HAS, 2022).

4.1. Les modalités de prescription de l'APA

Depuis 2016, en France, le gouvernement a initié une politique de promotion de l'activité physique sur prescription médicale par les médecins traitants, pour les personnes en soins de longue durée. Cette reconnaissance de l'importance de l'activité physique dans le traitement des maladies a entraîné la loi n°2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport, ouvre cette prescription à l'ensemble des médecins, et en élargit le champ aux personnes atteintes d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risque, et aux personnes en perte d'autonomie (HAS, 2022).

L'APA est prescrite en fonction des besoins spécifiques de la pathologie du patient. La prescription médicale d'APA est ainsi devenue une option thérapeutique pour diverses maladies (Joelsson et al., 2017).

Les activités physiques adaptées peuvent être prescrites en s'aidant de la classification utilisée en cardiologie du sport, basée sur les contraintes dynamiques (endurance aérobie) et les contraintes statiques (renforcement musculaire). L'APA doit être choisie avec le patient et prescrite en accord avec lui. Les activités physiques adaptées les plus prescrites sont : la marche nordique, la natation, le cyclisme et la course à pied. Chez les patients non habitués aux activités physiques, il faut insister sur son caractère ludique et socialisant, et écarter l'obligation de compétition. Le patient peut relever d'un programme d'APA. L'APA fait appel à des éducateurs

sportifs formés ou à des professionnels de l'APA, selon les niveaux de vulnérabilité des publics qui déterminent ou non des besoins spécifiques (HAS, 2022).

La possibilité de prescrire de l'APA permet de reconnaître le sport comme un traitement pour certaines pathologies. La prescription médicale d'APA vient de la volonté de faire reconnaître les bienfaits de l'APA sur le bien-être et la santé, que ce soit dans le cadre de la prévention ou dans le traitement thérapeutique de maladie. En permettant la prescription médicale d'APA, l'objectif est de prévenir les maladies chroniques, améliorer l'état de santé des patients, limiter l'aggravation de leurs pathologies mais aussi réduire les risques de récurrences. L'APA devient donc une thérapie non médicamenteuse. L'APA est prescrite en fonction des besoins spécifiques de la pathologie du patient (Chenuel, 2020).

La prescription médicale doit être adaptée aux besoins spécifiques de l'individu en fonction de 4 aspects (FITT) : fréquence, intensité, temps, type. La fréquence représente le nombre de jour par semaine, l'intensité représente le niveau d'effort ressenti pendant l'activité, le temps correspond au moment dans la journée (important dans les cas de patients diabétiques) et le type correspond aux types d'exercices : aérobie, équilibre, souplesse, force. Le type dépend de l'objectif médical et de santé des individus (Oberger, 2007).

En France, les cinq freins à la prescription médicale d'activité physique par les médecins sont : (1) le manque de connaissances concernant l'activité physique et ses impacts sur la santé, (2) les craintes vis-à-vis des risques d'évènements cardio-vasculaires graves liés à la pratique d'une activité physique (AP), (3) l'absence de recommandations sur les modalités de consultation et de prescription médicale d'AP, (4) l'absence de parcours de santé structurés pluriprofessionnels centrés sur la prescription médicale d'AP et (5) le coût pour le patient de cette AP prescrite (HAS, 2022).

L'adaptation du programme d'APA est donc essentielle afin de permettre aux patients d'obtenir les bienfaits de cette activité sur leur santé.

5. *Bienfaits de l'activité physique adaptée sur la santé*

En permettant la prescription médicale d'APA, l'objectif est d'améliorer l'état de santé des patients, de limiter l'aggravation de leurs pathologies mais aussi de réduire les risques de récurrences (Joelsson et al., 2017).

Le rapport de l'OMS de 2021 montre que chez les adultes, l'APA apporte des bénéfices au regard des résultats sanitaires suivants : réduction de la mortalité toutes causes confondues, de la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires, de l'hypertension, amélioration de certains cancers, du diabète de type 2, de la santé mentale (symptômes d'anxiété et de dépression réduits), de la santé cognitive et du sommeil ; les mesures de l'adiposité peuvent également s'améliorer (Rapport de l'OMS, 2021).

Plusieurs recherches mettent en avant l'impact positif de l'APA sur différentes pathologies. Par exemple, une activité physique régulière permet d'éviter 20 à 25% des cancers du sein, du colon et de l'endomètre, indépendamment des autres facteurs de risque de ces cancers. De nouvelles données montrent que l'activité physique aurait un effet protecteur pour les cancers de la vessie, de l'œsophage, du rein, du poumon et de l'estomac. Chez les survivants du cancer, l'APA réduit la mortalité liée au cancer et le risque de récurrence ou de second cancer primitif et permet une amélioration de la qualité de vie pour les patients atteints de cancer en stade avancé (Lowe et al., 2010 ; Rapport de l'OMS, 2021). Il est également montré que de l'activité physique démarrée après le diagnostic diminue significativement (jusqu'à 40 %) les risques relatifs de mortalité globale, de mortalité par cancer et de récurrences de ces cancers (Rapport OMS, 2012). Au niveau des maladies cardio-vasculaires, la pratique d'une AP régulière, de type marche à bon rythme, indépendamment du tabagisme et de la nutrition, permet une diminution globale du risque de maladies cardiovasculaires de -20 à -30 % (Sjöling et al., 2011 ; Joelsson et al., 2017 ; Rapport OMS, 2021 ; Teleki et al., 2022). En ce qui concerne les patients hypertendus, l'activité physique réduit la mortalité liée aux maladies

cardiovasculaires, la progression de la maladie, améliore la fonction physique et la qualité de vie liée à la santé (Sjöling et al., 2011 ; Joelsson et al., 2017 ; Rapport OMS, 2021). L'activité physique régulière peut prévenir la survenue de la moitié des diabètes chez des sujets intolérants au glucose et 30 % dans la population générale. Chez les patients diabétiques de type 2, l'activité physique réduit le taux de mortalité lié aux maladies cardiovasculaires et les indicateurs de progression de la maladie. Chez les patients ayant un diabète de type 2, l'AP régulière réduit le risque de mortalité toutes causes (entre -30 et -40 %), mais aussi celui de mortalité cardiovasculaire (-25 à -40 %) (Duclos, 2021 ; Rapport OMS, 2021). En ce qui concerne les personnes vivant avec le VIH, l'activité physique peut améliorer la forme physique et la santé mentale (réduction des symptômes d'anxiété et de dépression) et n'a pas d'incidence négative sur la progression de la maladie (numération des CD4 et charge virale) ni sur la composition corporelle (Rapport OMS, 2021). Chez les patients souffrant de douleurs chroniques l'APA est utile pour la prévention et le soulagement des douleurs (Joelsson et al., 2017). En ce qui concerne les pathologies ostéoarticulaires, l'AP régulière diminue les douleurs et améliore la fonction dans le cas de la lombalgie chronique, de l'arthrose des membres inférieurs et de la polyarthrite rhumatoïde (Duclos, 2021). Chez les patients souffrant de dépression et d'anxiété, un programme d'AP apporterait des bénéfices équivalents à ceux des traitements médicamenteux ou de psychothérapie (Sjöling et al., 2011 ; Duclos, 2021 ; Rapport OMS, 2021). Enfin, chez la personne âgée, la pratique d'une AP peut retarder la survenue de la perte d'autonomie et de démences de 7 à 10 ans (Duclos, 2021 ; Rapport OMS, 2021).

La réussite de la mise en œuvre de l'APA dans le domaine de la santé dépend de la combinaison d'une approche systémique (modèle socio-écologique) et d'un renforcement de la motivation et des capacités individuelles. Tout d'abord, il faut un soutien général de la part des responsables politiques, des responsables de la santé et de la société professionnelle. Cela devrait se traduire par des recommandations et des lignes directrices nationales fondées sur des

données probantes, ainsi que par des programmes d'éducation, depuis le premier cycle jusqu'à la formation médicale continue. De telles mesures augmentent la prise de conscience et contribuent à renforcer la motivation. La version suédoise de la méthode de l'activité physique sur prescription médicale utilise le livre de référence « Physical activity in the prevention and treatment of disease » (Swedish national institute of public health, 2010). Ce livre rassemble les preuves disponibles pour le traitement avec l'APA dans différentes maladies, y compris les mécanismes d'effet connus, la dose la plus efficace (type d'activité, intensité, fréquence et durée), les effets secondaires, ainsi que les contre-indications possibles de l'APA. L'activité physique sur prescription médicale a considérablement amélioré la composition corporelle et réduit les facteurs de risque métaboliques (Börjesson & Sundberg, 2013).

La prescription médicale d'activité physique modérée, c'est à dire entre 60 et 80% de la fréquence cardiaque maximale du patient, procure une sensation de bien-être. Promouvoir l'activité physique est essentiel pour la santé de la prochaine génération sachant que les lignes directrices de santé ne sont pas respectées (Schneider et al., 2017).

Une intervention d'APA de 15 mois sur des patients ayant eu un infarctus du myocarde permet une augmentation du temps d'activité physique ainsi qu'une amélioration de la santé globale. Les entrevues motivationnelles en combinaison de la prescription médicale d'APA sont un outil prometteur pour promouvoir un mode de vie plus actif (Sjöling et al., 2011). Une intervention en termes d'APA joue un rôle dans la santé mentale du patient. Il y a un avantage fiable à la prescription médicale d'APA en cas de dépression et d'anxiété, pour l'amélioration de la cognition, du sommeil et la gestion des maladies. Plus les patients sont réguliers plus ils ressentent une sensation positive pendant l'effort. La réponse affective à l'exercice est modulée en fonction de l'intensité de l'APA (Baldwin et al., 2016). Il y a une relation entre l'adhésion à la prescription médicale et le sentiment de bien-être perçu (Kallings et al., 2009). Cependant, malgré tous ces bénéfices, il est observé après un suivi de 6 mois que 65% des individus ont

respecté la prescription médicale d'APA, 19% ont eu une adhésion partielle tandis que 16% n'ont pas adhéré à la prescription médicale d'APA (Kallings et al., 2009).

Rödger et al. (2016), ont étudié le niveau d'activité physique autodéclaré et la qualité de vie (QV) chez des patients recevant une activité physique sur prescription médicale pendant 24 mois. Plus précisément, une population de soins primaires en Suède recevant une activité physique sur prescription médicale dans le cadre des soins réguliers a été comparée à un groupe de référence. Deux questionnaires d'autoévaluation ont été utilisés : test de la qualité de vie (SF-36) et le test de l'échelle à 4 niveaux d'activité physique Saltin-Grimby (SGPALS). On peut observer une augmentation du taux d'activité physique à 6 et 12 mois après une prescription médicale d'activité physique et une amélioration de la qualité de vie sur du long terme. Aucun changement général significatif de la qualité de vie et du niveau d'activité physique n'a été observé dans le groupe de référence. La méthode suédoise de l'activité physique sur prescription médicale augmente le niveau auto déclaré d'activité physique dans le contexte des soins primaires à six et douze mois. De plus, cette étude montre que les receveurs d'activité physique sur prescription médicale font état d'une amélioration de la qualité de vie à long terme cliniquement pertinente, persistant pendant deux ans après la prescription médicale, prolongeant ainsi la durée de leur traitement (Rödger et al., 2016).

Il est donc évident que l'APA est bénéfique pour la santé des patients souffrant de maladies chroniques. De ce fait, le gouvernement a décidé de mettre en place un dispositif visant à en faire une thérapie non médicamenteuse prescrite par les médecins. Cependant, nous pouvons observer que tous les malades n'adhèrent pas à ce type de traitement (Baldwin et al., 2016).

Face à cette question de santé publique, nous avons décidé de nous intéresser aux motifs qui incitent les individus à adhérer ou non à un programme d'APA sur prescription médicale.

CHAPITRE 2 : L'adhésion au programme d'APA sur prescription médicale : enjeux et déterminants

1. Observance ou adhésion ?

L'observance est un terme qui implique une participation active du patient à la définition du traitement à suivre (Gallois & Vallée, 2006). L'observance peut également être définie comme le degré auquel les patients prennent leurs médicaments tels qu'ils ont été prescrits par leurs prestataires de soins de santé (Sarradon-Eck, 2007). Le terme « adhésion » est souvent préféré au terme « d'observance » par de nombreux prestataires de soins de santé, car le terme « observance » suggère que le patient suit passivement les ordres du médecin et que le plan de traitement n'est pas basé sur l'alliance thérapeutique entre le patient et le médecin (Lars & Terrence, 2005).

Cette adhésion peut être liée à trois facteurs (cf. Tableau 1) : (1) au médecin, i.e. à la simplicité de la prescription médicale, à la fréquence des visites de suivi, et à la qualité de l'information apportée et de la relation thérapeutique ; (2) à la maladie, i.e. la perception de la gravité de la maladie, l'efficacité du traitement, le déni éventuel et l'existence d'effets secondaires ; (3) au patient et à son entourage, i.e. l'image que le patient a de lui-même, le degré d'autonomie, l'attitude positive de l'entourage ou au contraire une mauvaise image de soi, une solitude et des conflits familiaux (Gallois & Vallée, 2006). L'adhésion dépend du patient, de ce qu'il est, des représentations qu'il a de la maladie dont il est atteint, de son entourage. Cette adhésion dépend aussi largement du médecin, de la plus ou moins grande complexité de sa prescription, de la façon dont la prescription est présentée et des explications qui l'ont accompagnée. L'adhésion est également un processus complexe multifactoriel : des facteurs comme l'âge, le niveau socio-économique, la complexité des prescriptions, la participation du patient à la décision, le type de pratique médicale ont été identifiés (Peterson et al., 2003). L'adhésion résulte donc probablement plus d'une combinaison de comportements que d'un

mode comportemental particulier. Améliorer l'adhérence implique d'identifier ces facteurs et d'agir en se basant sur les principes de changements comportementaux utilisés dans l'éducation du patient, prenant en compte la personne, son mode de vie et son entourage (Gallois & Vallée, 2006).

Tableau 1. Facteurs liés à l'observance et à la non-observance (Golay et al., 2004)

Facteurs	Augmentation de l'observance	Diminution de l'observance
Maladie	Perçue comme sévère, dangereuse	Silencieuse, nécessitant de grands changements de vie
Traitement	Efficace	Avec beaucoup d'effets secondaires
Patient	Bonne estime de soi, bonne image de soi, autonomie	Croyances inappropriées, déni, troubles du comportement, dépression, solitude
Entourage	Attentes positives du traitement, famille compréhensive, entourage facilitant	Conflits familiaux, restriction comportementale, responsabilité non partagée

Malgré le fait qu'il existe quelques différences entre l'observance et l'adhésion, l'observance est un concept important qui se rapporte au domaine de l'action, tandis que l'adhésion se rapporte au domaine de l'intention. Nous utiliserons ici le terme d'adhésion car nous prenons en compte le comportement mais aussi l'environnement.

2. Facteurs d'adhésion et de non-adhésion au programme d'APA

2.1. Le type de programme

Dans la pratique clinique, on a constaté que l'APA, selon la méthode de prescription, augmentait le niveau d'APA chez les patients en soins primaires, tant à 6 mois qu'à 12 mois. L'adhésion auto déclarée à la prescription médicale était de 65 % à 6 mois, des chiffres semblables aux taux connus de conformité des médicaments (Börjesson & Sundberg, 2013).

En effet, l'un des principaux avantages du programme d'APA sur prescription médicale est qu'il s'agit d'une intervention d'activité physique taillée sur mesure, c'est à dire pouvant être adaptée à diverses variables démographiques comme l'âge, le nombre de problèmes de santé chroniques et l'état pondéral (Patel et al., 2013). Par exemple, le principe d'associer et de personnaliser la fréquence, l'intensité, le temps et le type d'activité (FITT) permet d'adapter le programme d'AP aux individus et par conséquent l'adhésion au programme. Le principe FITT peut donc être un outil important pour les professionnels d'APA afin de proposer des programmes avec une meilleure adhésion des patients (Oberg, 2007).

Les personnes âgées peu actives ont une variété d'obstacles, d'avantages et de motifs perçus pour augmenter leur niveau d'activité physique grâce à des programmes d'APA sur prescription médicale. Patel et al. (2013) indiquent que les personnes âgées peu actives qui partagent des caractéristiques démographiques similaires (76 ans ou plus, souffrant de maladies chroniques multiples ou obèses) peuvent bénéficier d'une intervention d'activité physique en groupe (p. ex. un groupe de marche pour personnes âgées obèses peu actives). Lorsqu'on les regroupe en fonction d'une caractéristique comme le poids, la participation à l'activité physique peut être facilitée, car il est probable qu'elles partagent les mêmes obstacles et motifs perçus pour l'activité physique. Ainsi, le groupe permet de discuter de la façon dont elles peuvent surmonter certains obstacles à l'activité physique. De la même façon, elles peuvent échanger des motifs et des avantages communs qu'elles peuvent tirer de la pratique régulière d'une

activité physique. Les résultats de cette étude fournissent des preuves des nombreux facteurs pouvant influencer sur les obstacles, les avantages et les motifs perçus de l'activité physique chez les personnes âgées et qu'il peut y avoir des différences considérables entre les individus et entre les groupes quant à l'importance relative de ces facteurs (Patel et al., 2013).

2.2.La motivation

Une des raisons de maintien de la motivation de l'APA chez les participants est la pratique des activités en groupe afin de créer du lien social (Croquin et al., 2023).

La relation entre l'adhésion et les activités sociales pourrait indiquer une plus grande motivation à suivre le traitement chez ceux qui sont plus engagés dans des activités agréables. L'association d'un suivi régulier, de la gratuité des soins et d'APA agréable permettrait une meilleure adhésion (White, 2005).

Cependant, 10% à 30% des patients rencontreront une difficulté à adhérer et auront besoin d'une intervention supplémentaire d'un nouveau professionnel de santé. La question de confiance en soi est importante pour surmonter les obstacles et évaluer les difficultés motivationnelles (Rhodes & Fiala, 2009).

Croquin et al. (2023), ont démontré qu'il existait plusieurs facteurs responsables de la non-adhésion tels que le manque d'information, les problèmes financiers, la difficulté d'accès géographique, les habitudes/modes de vie, la motivation du patient et l'état de santé de celui-ci. Par exemple, à ce jour, la pratique d'APA dans le cadre d'une prescription médicale n'est pas prise en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), ce qui constitue un frein majeur pour les patients qui ne bénéficient pas du statut ALD et qui doivent, par conséquent, prendre en charge eux-mêmes la pratique de l'APA (Romon et al., 2006).

De plus, certains patients manquent de connaissance d'une part sur les bienfaits de l'APA sur la santé, et d'autre part sur l'existence des dispositifs et des structures dispensant l'APA. Les structures d'APA sont parfois très éloignées du domicile du patient, créant une

inégalité d'accès géographique, cela s'ajoutant au fait que le plus souvent les personnes concernées par la prescription médicale d'APA présentent pour la plupart des limitations fonctionnelles (Barth et al., 2018). De même chez les personnes dont le mode de vie est sédentaire, il est souvent difficile de bouleverser les habitudes de vie en voulant y intégrer la pratique d'une APA régulière. La motivation du patient est également déterminante dans la prescription médicale d'APA pour favoriser son adhésion, or celle-ci est parfois mise à mal : manque d'intérêt pour l'APA, manque de soutien de l'entourage, conditions météorologiques défavorables, peur de manquer d'énergie, ou encore autres priorités (Croquin et al., 2023). D'autre part, les patients peuvent ressentir une crainte à l'idée de se blesser lors de la pratique de l'APA. Ils peuvent également redouter le regard des autres et craindre leur jugement. Afin de pratiquer l'activité en toute sécurité, l'encadrement par des professionnels est primordial pour rassurer les patients. Il existe aussi une confusion entre sport et APA, qui peut freiner plus d'un patient (Piot-Ziegler et al., 2007).

Un des freins à l'adhésion à un programme d'APA peut également être l'âge, car pour une personne vieillissante pratiquer une APA suppose qu'elle se rende dans un nouveau contexte de prise en charge, à distance du contexte médical en se rapprochant du contexte sportif, mais aussi qu'elle accepte de mettre son corps en mouvement (tenue vestimentaire, confiance en ses capacités ...), et ce devant autrui. De plus, pour certaines personnes, l'APA s'apparente à l'apprentissage d'un nouveau comportement de santé, de nouvelles normes de vie malgré l'avancée en âge. La personne est donc contrainte de « bouger », nécessitant souvent d'être encouragée. En outre, il est souvent supposé que les corps vieillissants sont vulnérables, et ce malgré un vieillissement réussi (baisse de résistance et de performance physique, hypertension artérielle, sarcopénie...) si bien que « l'exercice physique est contesté dans les discours traditionnels sur le vieillissement ». De ce fait, le vieillissement et la baisse des capacités physiques sont susceptibles de constituer un frein à la reprise d'APA. De plus, les

inégalités sociales peuvent compromettre la participation des personnes âgées à ces APA. L'activité physique est souvent associée à une pratique sportive, compétitive et/ou de performance qui demande une dépense énergétique importante réservée à des jeunes en bonne santé (Barth et al., 2018).

Morales-Gonzales et al. (2018) ont montré le rôle important des médecins et des acteurs du système de santé dans la phase d'initiation au programme d'APA. Ce résultat est conforme à la littérature internationale qui montre que les professionnels de santé sont souvent déterminants dans l'initiation à l'APA chez les seniors (Van Stralen et al., 2009). D'autre part, l'objectif de santé ou de « guérison » ressortait des témoignages des patients. La « carrière de malade chronique » et la prise en charge de sa santé, en particulier à travers l'APA, étaient estimées prioritaires par les participants, notamment à travers leurs interactions au sein des institutions de prise en charge de l'ALD (Morales-Gonzales et al., 2018).

Or, il est montré que la santé est rarement une motivation d'action durable, l'humain étant motivé par une multitude de facteurs qui dépassent un calcul rationnel des effets sur sa santé (Peretti-Watel & Moatti, 2010).

Enfin, une revue systématique a été réalisée afin d'évaluer les connaissances sur les motivations, les obstacles et les préférences en matière d'APA chez les personnes souffrant d'obésité (Baillot et al., 2021). Les trois motifs d'activité physique les plus souvent cités par les personnes souffrant d'obésité étaient la gestion du poids, l'énergie/la forme physique et le soutien social, tandis que les trois obstacles étaient le manque d'autodiscipline/de motivation, la douleur ou l'inconfort physique, et le manque de temps. Sur la base des différentes études, la marche semble être le mode d'activité physique préféré des personnes souffrant d'obésité (Baillot et al., 2021).

2.3. Le suivi

Certains médecins commencent à donner des conseils ou à prescrire de l'activité physique, mais dans une faible proportion, et sans suivi, car ils considèrent que ce n'est pas à eux de le faire (Petrella et al., 2007).

On observe après un suivi de 6 mois que 65% des individus ont respecté la prescription médicale d'activité physique, 19% ont eu une adhésion partielle tandis que 16% n'ont pas adhéré à la prescription médicale d'activité physique. Il y a une relation entre l'adhésion à la prescription et le sentiment de bien-être perçu (Kallings et al., 2009).

La motivation est plus importante lorsque le médecin associe la prescription médicale d'activité physique avec un programme détaillé et un suivi spécifique à l'individu (Rhodes & Fiala, 2009).

Par exemple, les patients atteints de douleurs chroniques ont besoin de plus de soutien, d'une routine claire et d'un suivi (Joelsson et al., 2017).

Malgré le fait que l'on remarque une meilleure adhésion sur le long terme grâce à un suivi régulier celui-ci est parfois difficile à mettre en place.

2.4. Le statut « Affection Longue Durée »

L'une des grandes difficultés suscitées par les maladies chroniques est celle de l'accompagnement et de la protocolisation des parcours de soins, et de la coordination des actions à engager simultanément en direction des malades et des professionnels (De Chambine & Morin, 2010). Dans cet objectif, le statut « Affections Longues Durées » a été créé afin de soulager les patients de certaines préoccupations. Le dispositif des Affections Longues Durées (ALD) est régi par les articles L. 322-3, L. 324-1 et D. 322-1, du Code de la Sécurité Sociale (CSS) stipulant que la participation du patient au coût des soins peut être limitée ou supprimée lorsque le bénéficiaire est reconnu atteint de l'une des maladies figurant sur une liste établie par décret de 30 affections ou groupes d'affections comportant un traitement prolongé (durée

supérieure à six mois) et particulièrement coûteux (De Chambine & Morin, 2010). Depuis dix ans, le nombre de patients admis en ALD a progressé à un rythme annuel de plus de 5 %. Sur les dix dernières années, nous pouvons noter une croissance du nombre de personnes en ALD en France, du fait de l'accroissement de la prévalence des maladies graves, l'allongement de l'espérance de vie, le vieillissement de la population et l'élargissement des critères de prise en charge (Dourgnon et al., 2013). Par exemple en 2008, 9,4 millions d'assurés ont bénéficié de ce dispositif, les soins dispensés au titre de ces affections représentant plus de 60 % du total des dépenses remboursées par l'assurance maladie. L'hypertension artérielle sévère, les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs malignes, les diabètes de type 1 et 2 et les troubles psychiatriques de longue durée concentrent près de 75 % des patients en ALD. L'âge moyen est très variable selon la maladie, mais 60 % des patients ont plus de 60 ans (De Chambine & Morin, 2010).

Le fait d'avoir le statut « Affection Longue Durée » permet aux personnes concernées de bénéficier d'une aide financière, notamment pour l'APA. Ce dispositif permet également aux patients un meilleur accès aux soins et contribue par la même occasion à réduire les inégalités du système de santé (Rapport OMS, 2022). En effet, les personnes ne bénéficiant pas du statut ALD peuvent renoncer à une certaine qualité de suivi et de soins à cause du montant restant à leur charge (Romon et al., 2006). L'existence d'une ALD peut également avoir un effet responsabilisant, à la fois sur le patient et le médecin.

2.5.L'environnement

L'environnement extérieur est également un élément important à prendre en compte si l'on souhaite une meilleure adhésion à un programme d'APA. En effet, l'exposition à la nature montre de meilleur résultat sur la santé et de moins grandes inégalités en termes de santé. Le lien avec la nature permet de diminuer le stress, il y a donc un réel bienfait de la nature sur la santé (Razani et al., 2016).

Triguero-Mas et al. (2015) ont montré que le fait de vivre ou de réaliser une activité physique dans un environnement naturel (espaces verts) était associé à une meilleure santé générale et mentale.

Ainsi, le plein air et la nature permettent de traiter les maladies chroniques et notamment l'obésité et la santé mentale. La DHHS (Department of Health and Human Services) recommande l'APA en pleine nature comme la randonnée. Il est donc encouragé de pratiquer une activité physique de plein air en milieu naturel (McCurdy, 2010).

Il est vrai que l'on observe un effet positif de la marche dans un environnement naturel sur le bien-être psychologique et émotionnel comparé à la marche en environnement urbain (Marselle et al., 2013).

Les résultats positifs du contact avec la nature sur le bien-être ont été présentés par la recherche sur les environnements bénéfiques pour la santé (Loureiro & Veloso, 2014). De plus, les études dans le domaine de l'exercice physique reconnaissent les bienfaits physiques et psychologiques et, plus récemment, les bienfaits liés à la pratique en plein air, particulièrement en milieu naturel. Des différences entre les deux types d'activité physique intérieure et extérieure ont été signalées, soulignant les avantages de la pratique de l'exercice physique en plein air. Les participants qui combinaient l'activité physique à l'extérieur avec l'activité physique à l'intérieur signalaient davantage d'émotions positives et de bien-être associés à l'exercice, et leur lien avec la nature était un indicateur important de bien-être (Loureiro & Veloso, 2014).

Un des objectifs de nos travaux est de comprendre l'influence de différents facteurs sur la prise de décision à adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale. Pour cela, nous avons choisi, pour l'une de nos études, trois facteurs issus de la littérature : le suivi médical, le statut « affection longue durée » des patients et l'environnement de pratique de l'APA.

CHAPITRE 3 : La Théorie du Renversement

Dans ce chapitre, nous présentons la Théorie du Renversement (TR) (Apter, 2001) et l'intérêt qu'elle apporte à nos travaux. Cette théorie est pertinente car elle combine diverses notions issues de plusieurs théories de la motivation (Cramer, 2013).

1. Présentation générale

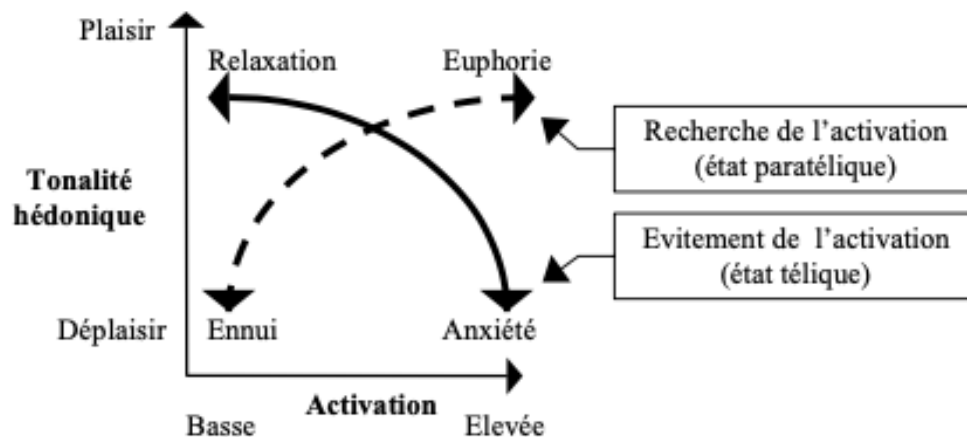
La TR (Apter 1984, 2001) est une théorie générale de la motivation basée sur l'existence d'états psychologiques (4 paires d'états métamotivationnels) qui expliquent les comportements et les motivations des individus en fonction des situations vécues.

Ce modèle s'intéresse à la dynamique de la motivation, à sa propension à fluctuer et changer et aux effets de tels changements sur notre façon de voir notre environnement et de nous y engager. Il s'agit d'une théorie à la fois phénoménologique et structurale ; phénoménologique car la théorie est centrée sur l'expérience du sujet en termes d'état d'esprit, d'orientation des émotions et des cognitions et structurale car cette expérience possède une structure qui dérive des motivations. Cette structure est dynamique et change de façon au fil du temps. Les différents aspects de la structure de l'expérience rendent compte des états de cette expérience, états qui présentent des caractéristiques universelles (Loonis & Fernandez, 2004). Ces états sont qualifiés de « métamotivationnels » au sens où ils se situent dans un ordre logique supérieur aux motivations elles-mêmes et qu'ils influencent les motivations comme déterminants généraux. Ces états métamotivationnels sont mutuellement exclusifs et alternent chez l'être humain tout au long de ses journées, parfois de façon très rapide. Les changements d'état ne sont pas progressifs, mais se réalisent sous forme de brusques renversements (ce qui a donné son nom à la théorie), selon une bi-stabilité, ce qui implique que les états psychologiques vont par paires d'états opposés (Loonis & Fernandez, 2004).

Ces états sont appelés « métamotivationnels » au sens où ils sont reliés à nos motivations, mais ils ne sont pas nos motivations, ils n'en sont que l'interprétation

phénoménologique. Suivant cette interprétation, les bas ou hauts niveaux d'activation peuvent être plaisants ou déplaisants selon l'état psychologique du sujet, selon son état métamotivationnel (figure 3). Sur les deux axes orthogonaux de la figure 3, de la tonalité hédonique et de l'activation, les courbes de deux états métamotivationnels se croisent, définissant deux paires d'états opposés : relaxation/anxiété pour l'état téléique et ennui/euphorie pour l'état paratélique. La courbe de l'état d'évitement d'activation (état téléique) commence à un niveau élevé d'activation et de déplaisir (caractérisant l'anxiété), et se prolonge vers un niveau d'activation bas et de plaisir (caractérisant la relaxation). La courbe de l'état de recherche d'activation (état paratélique) commence à un niveau bas d'activation et de déplaisir (caractérisant l'ennui), et se prolonge jusqu'à rallier un niveau élevé d'activation et de plaisir (caractérisant l'euphorie).

Figure 1. Le modèle du renversement psychologique (d'après Apter, 1982)



D'autre part, l'expérience peut changer complètement dès qu'il y a changement d'état et passer d'un coup du plaisir au déplaisir, ou l'inverse. Si l'on considère une motivation « classique » comme le besoin d'absorber des nutriments pour se sustenter physiologiquement, au niveau métamotivationnel la motivation de base pourra être interprétée selon différents états psychologiques et les conditions de satisfaction de cette motivation seront utilisées par les individus pour générer ces états psychologiques.

Les renversements d'états psychologiques se produisent à partir de plusieurs facteurs : certains éléments de l'environnement et des situations peuvent provoquer un renversement selon la façon dont ils sont vécus par le sujet ; la frustration dans le désir d'atteindre des niveaux préférés de plaisir ou d'activation dans tel ou tel état ; les processus de satiété, ou d'assouvissement, qui correspondent à un changement interne de l'organisme, qui rend de façon croissante l'individu susceptible d'un renversement d'état et qui peut induire un renversement, en lui-même, en l'absence de tout autre facteur. Il faut aussi noter que ces facteurs de renversement peuvent aussi servir à maintenir un état métamotivationnel actuel en bloquant le renversement.

1.1. Les états métamotivationnels

Les différents états métamotivationnels sont regroupés en quatre domaines, chaque domaine étant composé de plusieurs états métamotivationnels. Les états téléique et paratéléique appartiennent au domaine des moyens et des buts. Les états conformiste et négativiste appartiennent au domaine des règles et des lois. Les états sympathie et maîtrise appartiennent au domaine des transactions. Enfin, les états auto-centrique, intra-autique, allo-centrique et pro-autique appartiennent au domaine des relations (O'Connell & Apter, 1993).

Dans l'exemple d'une pratique d'APA, l'état téléique renvoie à l'orientation d'une action vers un but, par exemple pour l'amélioration de son état de santé alors que l'état paratéléique renvoie à l'orientation d'une action vers le plaisir, par exemple pour le plaisir ressenti lors de la pratique d'APA. L'état conformiste renvoie à l'orientation d'une action vers le maintien des règles, par exemple pour suivre les conseils et recommandations du médecin, alors que l'état négativiste renvoie à l'orientation d'une action centrée sur la liberté personnelle ou une action contestataire, par exemple pour les contraintes financières liées à la pratique de l'APA. L'état maîtrise auto-centrique renvoie à l'orientation d'une action vers l'exercice de la maîtrise sur un élément extérieur, par exemple pour être accompagné et suivi lors de la pratique de l'APA.

L'état maîtrise intra-autique renvoie à l'orientation d'une action vers l'exercice de la maîtrise en tant que centre de contrôle mais sur soi-même, par exemple pour un meilleur contrôle de la pathologie. L'état maîtrise allo-centrique renvoie à l'orientation d'une action vers son propre abaissement afin que l'autre paraisse plus fort, faire preuve de loyauté ou d'engagement extrême envers les autres, tenter d'élever autrui à ses propres dépens, par exemple le fait d'encourager les autres membres du groupe d'APA. L'état maîtrise pro-autique renvoie à l'orientation d'une action vers l'encouragement de l'autre, par exemple être incité à réaliser un programme d'APA du fait de sa médiatisation. L'état sympathie auto-centrique renvoie à l'orientation d'une action vers l'amélioration de son apparence, être prêt à montrer ses faiblesses ou sa vulnérabilité pour susciter la sympathie ou l'attention d'autrui, par exemple pour le développement de liens sociaux lors de la pratique de l'APA. L'état sympathie intra-autique renvoie à l'orientation d'une action vers la recherche de sympathie venant de soi-même, par exemple être fier de soi après la séance d'APA. L'état sympathie allo-centrique renvoie à l'orientation d'une action dans l'intérêt d'une personne par sympathie pour celle-ci, faire preuve de sollicitude, par exemple pour rassurer ses proches tout au long du programme d'APA. L'état sympathie pro-autique renvoie à l'orientation d'une action vers la sympathie par imitation de modèles intériorisés, par exemple que l'APA ait fonctionné pour des personnes que le patient connaît.

Tableau 2. Description des domaines, des états métamotivationnels et des modalités d'expérience de la TR

Domaines	États métamotivationnels	Modalités d'expérience
Moyens - Buts	Télique	Orienté vers un but, éviter l'excitation, sérieux, orienté vers le futur, planificateur
	Paratélique	Orienté vers le plaisir que l'activité procure, recherche d'excitation, enjoué, spontané
Règles – Lois – Contraintes	Conformiste	Conforme et conventionnel, conciliant, cherchant une structure grâce aux règles, aux coutumes
	Négativiste	Provocateur et non conventionnel, opposant, valorisant la liberté, critique, libre des règles et des restrictions
Transaction avec autrui	Maîtrise	Préoccupé par le pouvoir, la force et le contrôle Propension à l'affrontement et la compétition
	Sympathie	Préoccupé par l'intimité, la gentillesse et l'attention Propension à l'affection et l'amitié
Relation avec autrui	Auto-centrique	Est au centre des préoccupations et des intérêts d'autrui
	Intra-autique	Est concentré sur ses propres préoccupations et intérêts
	Allo-centrique	S'identifie aux besoins et aux intérêts des autres et s'y concentrer
	Pro-autique	Vit à travers des personnes (généralement) puissantes ou sympathiques

2. Apports de la théorie du renversement

2.1. La TR en psychologie de la santé

Loonis et Fernandez (2004) ont montré que le modèle de la TR pouvait s'appliquer à différents domaines de recherche. Cette théorie est très utilisée dans le domaine de la psychologie de la santé (Cottencin et al., 2006 ; Bonin-Scaon et al., 2009 ; Kpanake et al., 2009 ; Kpanake et al., 2010 ; Guedj et al., 2011 ; Guedj et al., 2013 ; Alinon et al., 2014 ; Mullet et al., 2014 ; Lochmann & Guedj, 2021).

Dans le domaine de la santé, l'étude de Lochmann et Guedj (2021) a étudié les motifs des femmes à accepter ou refuser la réalisation d'une mammographie en s'appuyant sur la TR. Lors de cette recherche, des entretiens semi-directifs ont été utilisés afin d'interroger les femmes et les professionnels de santé dans le but d'étudier les motifs les plus saillants dans le fait de réaliser ou non une mammographie. Les résultats ont montré que les motifs facilitateurs les plus impliqués se rapportent aux états métamotivationnels téléique et conformiste, tels que la volonté d'atteindre un objectif et/ou de suivre les règles. A contrario, les motifs barrières les plus impliqués se rapportent aux états téléique, négativiste et intra-autique, tels que la volonté d'atteindre un objectif par un besoin de liberté, par des préoccupations personnelles et/ou par une aspiration à être au centre de soin.

L'étude de Cottencin et al. (2006) a étudié les motifs des personnes qui cherchent à se faire soigner par des praticiens de la médecine complémentaire et alternative en fonction des différents états métamotivationnels. Les résultats ont montré que les participants ont perçu leurs motivations principalement en termes de buts et de moyens, et dans ce domaine, ils se sont davantage concentrés sur les buts (c'est-à-dire que les motivations téléiques étaient plus importantes que les motivations paratéliques). Les participants ont également perçu leurs motivations en termes de règles et de contraintes et, dans ce domaine, ils se sont davantage concentrés sur les règles (les motivations conformistes étaient plus importantes que les motivations négativistes).

L'étude de Guedj et al. (2013) a examiné l'éventail des motifs qui poussent une personne à consentir ou à refuser de participer à un essai clinique en transplantation. Cette étude a permis d'identifier les motifs qui poussaient les patients à participer et à refuser de participer à un essai clinique. Le manque d'information était un facteur décisif. En outre, comme déjà rapporté, les problèmes causés par la participation (examens médicaux supplémentaires, succession de tests,

fatigue) et les aspects financiers étaient mis en avant pour ne pas entrer dans un protocole d'essai clinique.

2.2. La TR en psychologie du sport

La TR est également étudiée dans le domaine du sport (Legrand & Apter, 2004 ; Hudson et al., 2016 ; Kerr, 2021). Fruchart et al. (2020) ont étudié l'agression en sports collectifs au travers de la TR. Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire ont mis en évidence une structure des motivations à trois facteurs : un facteur de motivation lié à l'égoïsme, un facteur de motivation lié à la réaction négativiste et un facteur de motivation lié au but du jeu. L'analyse factorielle confirmatoire a ensuite confirmé la structure à trois facteurs des motifs d'agression dans les sports d'équipe. Les scores moyens observés pour les facteurs « Motifs liés à la réaction négativiste » et « Motifs liés au but du jeu » sont plus élevés que ceux du facteur « Motifs liés à l'égoïsme ». Cette étude a partiellement confirmé les prédictions fondées sur la TR concernant les multiples motifs d'agression en sports collectifs.

Nous retrouvons également l'étude de Sit et Lindner (2006) qui a examiné les motivations pour la pratique du sport et de l'activité physique en utilisant le cadre théorique de la TR. Les résultats ont permis de dégager sept facteurs de motivation : le statut, l'équipe/l'amitié, l'excitation/le défi, l'habileté, la libération d'énergie, la condition physique et les facteurs situationnels. Ceux-ci ont indiqué des différences significatives dans les motivations sportives entre les équilibres situationnels, les sexes et les niveaux de participation, ainsi qu'entre les paires de groupes d'équilibres situationnels chez les hommes et les femmes de niveau compétitif et récréatif. La variable de l'équilibre situationnel est significativement liée aux motivations de participation au sport.

L'étude de Kerr et Males (2011), quant à elle a examiné les aspects de l'agression vécue par les joueurs de lacrosse d'élite participant à un tournoi du Championnat du monde de lacrosse. Les résultats ont montré que les agressions sanctionnées et non sanctionnées jouent

un rôle dans les compétitions de lacrosse au niveau de l'élite. Ces déclarations décrivent également l'attitude des joueurs et leur expérience des incidents d'agression physique pendant le jeu, ce qui confirme trois des quatre types d'agression dans le sport proposés par Apter et appliqués au sport par Kerr (2005) : le jeu, la colère et l'agression par le pouvoir.

Stirling et Kerr (2012) ont examiné les vulnérabilités perçues par les athlètes féminines face au développement de troubles alimentaires. Des entretiens semi-structurés ont été menés auprès de 17 athlètes féminines pratiquant divers sports et ayant déclaré des comportements alimentaires désordonnés. Les résultats confirment des recherches antérieures selon lesquelles l'importance accordée par le sport au corps et à l'apparence est un facteur de vulnérabilité. Les qualités personnelles de perfectionnisme, de motivation pour la réussite, d'auto-absorption, de compétitivité et de maîtrise de soi ont également été décrites comme des facteurs de vulnérabilité aux troubles du comportement alimentaire. Les capacités des participantes à tolérer la douleur et à apprécier les sensations de faim auraient également augmenté leur vulnérabilité aux troubles alimentaires. Il est suggéré que les qualités valorisées par le sport de compétition peuvent également être des facteurs potentiels de vulnérabilité aux troubles de l'alimentation.

Blaydon et al. (2002) ont comparé les triathlètes souffrant de dépendance à l'exercice et/ou de troubles alimentaires en fonction de leurs caractéristiques métamotivationnelles en utilisant le cadre théorique de la TR. Il y existait des différences significatives entre le groupe dépendant de l'exercice et les autres groupes. Le groupe secondaire était significativement plus à dominance téléique que le groupe primaire. Les groupes souffrant de troubles alimentaires étaient significativement plus orientés vers la maîtrise que le groupe ne souffrant d'aucune dépendance. L'effet d'interaction entre le groupe et le statut est significatif. Les différents groupes ont été associés à des profils psychologiques différents, mais cette association a été modérée par le statut professionnel ou amateur des triathlètes. La pertinence des termes

« primaire » et « secondaire » couramment utilisés en ce qui concerne la dépendance à l'exercice a été remise en question.

Shepherd et al. (2006) ont réalisé une étude sur l'exploration des relations interpersonnelles dans le sport. Ils ont montré que la TR a le potentiel de fournir un cadre complet à partir duquel les relations interpersonnelles peuvent être examinées dans le sport.

3. Limites des travaux et perspectives

Ces différentes études abordent différents objets d'études en psychologie de la santé mais aussi en psychologie du sport. Quelques travaux croisent la psychologie de la santé et la psychologie du sport mais à notre connaissance aucun de ceux-ci ne lient la psychologie de la santé et la psychologie du sport à partir de l'ensemble des états métamotivationnels que la TR offre. C'est pour cela que nous avons décidé de nous intéresser aux motifs en faveur de l'adhésion et du refus d'adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale. De ce fait nous cherchions à comprendre la structure des motifs à adhérer ou non à un programme d'APA sur prescription médicale en implémentant la TR. Notre objectif était d'observer comment s'organisaient les différents états métamotivationnels en lien avec les motifs de l'adhésion et du refus d'adhérer à un programme d'APA en réalisant tout d'abord une étude qualitative (étude 1) pour ensuite développer une étude quantitative (étude 2).

CHAPITRE 4 : Le modèle Push Pull Anti-Push Anti-Pull

Nous présentons dans ce chapitre le modèle Push Pull Anti-Push Anti-Pull (2PAP) (Mullet et al., 2000) et l'intérêt qu'il peut apporter à la compréhension de la prise de décision à suivre un programme d'APA sur prescription médicale dans un environnement particulier, celui de la montagne. Initialement, le modèle 2PAP est issu du champ de la psychologie cognitive. Pour autant, il se réfère fortement à la psychologie de l'environnement dans le sens où il a été établi afin d'étudier les raisons qui pouvaient amener les individus à se rendre (ou non) sur un territoire pour y travailler ou étudier (Mullet et al., 2000). Ces premiers travaux ont alors permis d'identifier un modèle de la prise de décision construit à partir de quatre dimensions (le push, le pull, l'anti-pull et l'anti-push) qui depuis, n'a été que très rarement appliqué en sciences du sport (Fernandez, 2006).

1. Présentation générale

Le modèle 2PAP est utilisé afin d'étudier les raisons qui sous-tendent la prise de décision. A la création de ce modèle, Mullet et al. (2000) ont évalué le processus décisionnel spécifique des jeunes Français pour aller étudier ou travailler dans un autre pays de l'Union Européenne (UE). Historiquement, les chercheurs s'appuyaient sur deux facteurs pour étudier le phénomène de migration/mobilité des individus : le push et le pull. Le push caractérisant des raisons négatives vécues actuellement par les individus et les poussant se rendre dans un environnement différent. Le pull caractérisant des raisons positives qui seront potentiellement vécues par les individus dans le nouvel environnement (Zimmerman, 1995).

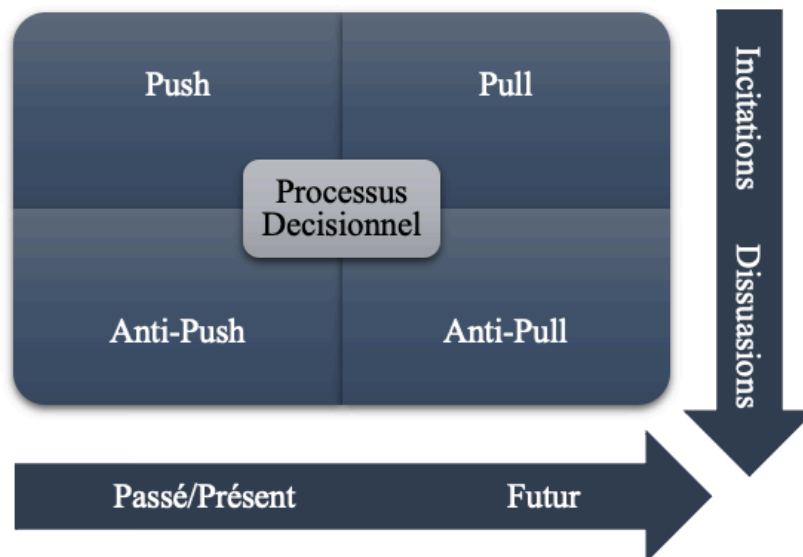
L'originalité du travail de Mullet et al. (2000) a été de tester deux nouvelles dimensions à celles citées ci-dessus, à savoir les dimensions « anti-push » et « anti-pull ». Le facteur anti-push a été conceptualisé comme l'attachement à la situation présente, par exemple à son contexte social, et le facteur anti-pull a été défini comme les coûts et les risques perçus dans la situation future, tels que l'absence de réseau dans le pays d'accueil. Les auteurs ont souligné

que pour la plupart des gens, le processus de décision est complexe et peut être considéré comme une interaction et un équilibre entre les facteurs push, pull, anti-push et anti-pull. Le tableau 3 et la figure 4 présentent les quatre dimensions du modèle PPAPAP (Mullet et al. 2000).

Tableau 3. Les différentes dimensions du modèle Push Pull Anti-Push Anti-Pull

Situation Présente	Push : Considérations négatives qui "poussent" les individus à vouloir partir de la situation actuelle
	Anti-Push : Considérations positives qui "retiennent" les individus dans la situation actuelle
Situation Future	Pull : Considérations positives sur la situation future qui "attirent" vers la nouvelle situation
	Anti-Pull : Considérations négatives (risques et coûts) associées à la nouvelle situation qui "freinent" la décision de l'arrêt de la présente situation

Figure 2. Cadre théorique du Push Pull Anti-Push Anti-Pull



2. Apports du modèle push pull anti-push anti-pull

Depuis la création de ce modèle (Mullet et al., 2000), plusieurs investigateurs ont cherché à le tester sur différentes thématiques, essentiellement dans le domaine de la mobilité et du travail.

En effet, dans la continuité des travaux de Mullet et al. (2000) sur la question de la mobilité chez des jeunes lycéens/étudiants des Hauts de France, le modèle 2PAP à quatre dimensions indépendantes a été retrouvé chez des étudiants de la région parisienne (Mullet et al., 2002), des jeunes lycéens portugais de la région de Douro (Mullet et Neto, 2000) et chez des lycéens/étudiants espagnols la Communauté Autonome de Madrid (Gil de Gomez et al., 2002).

Le modèle 2PAP a ensuite été implémenté sur la thématique de la prise de décision liée à la fin de carrière professionnelle. Chevalier et al. (2013) ont élaboré un questionnaire nommé le « Reasons for Entrepreneurs' Retirement Decision Inventory (RERDI) », pour évaluer la structure des raisons sous-jacentes au processus de décision de départ à la retraite chez des entrepreneurs français en utilisant le modèle 2PAP. Celui-ci a été par la suite utilisé pour examiner les différents profils motivationnels des entrepreneurs à prendre leur retraite (Chevalier, 2018). Dans la même logique, Fouquereau et al. (2018) ont développé un questionnaire appelé le « Workers' Retirement Motivations Inventory (WRMI) » utile pour la gestion psychologique de la retraite chez les travailleurs.

Le modèle 2PAP de la prise de la décision a donc permis de cerner les mécanismes psychologiques en jeu dans le domaine de la fin de carrière professionnelle en distinguant simultanément quatre dimensions : (1) ce qui pousse les dirigeants à arrêter leur activité professionnelle (Push), (2) ce qui les attire dans la situation future de retraite (Pull), (3) ce qui les retient dans la situation actuelle d'actif (Anti-push), et (4) ce qu'ils redoutent dans la situation future, à savoir dans la vie à la retraite (Anti-pull) (Fouquereau et al., 2015).

L'étude de Fernandez et al. (2006) a testé le modèle 2PAP dans le milieu sportif. L'objectif de l'étude était de mieux saisir la structure des raisons qui conduisent les athlètes à mettre fin à leur carrière. Ce travail a permis la création d'un outil psychométrique, le « Athletes' Retirement Decision Inventory (ARDI) », utile aux coachs psychologiques qui

guident les athlètes de haut niveau dans leur préparation à la retraite. Cet outil quadridimensionnel a pu rendre compte de la complexité du processus décisionnel à prendre sa retraite sportive en montrant comment un athlète peut par exemple être à la fois attiré vers la retraite par le désir de découvrir de nouvelles opportunités (pull), et en même temps craindre de se sentir inutile sans le sport (anti-pull). Inversement, les athlètes peuvent être poussés vers la retraite par la non-sélection sportive (push), tout en étant convaincus qu'ils peuvent encore être performants (anti-push).

L'ensemble de ces travaux indiquent que les individus peuvent considérer simultanément une grande variété de facteurs classés en quatre dimensions lors de leur prise de décision professionnelle. C'est ainsi que Chevalier et al. (2022) ont étudié la prise de décision à entreprendre. Là encore, le modèle 2PAP a été identifié. Par conséquent, le modèle quadridimensionnel 2PAP semble particulièrement approprié pour étudier le processus complexe de la prise de décision dans différents domaines.

3. Limites des travaux et perspectives

Comme énoncé précédemment, le modèle 2PAP a émergé, notamment, avec l'étude du processus de mobilité des populations. Nous pouvons donc retrouver de nombreuses études s'appuyant sur ce modèle mais majoritairement traitant du processus de migrations des populations entre pays ou à l'intérieur d'un même pays. Nous trouvons trop peu de publications testant le modèle 2PAP dans le domaine des APS malgré la solidité de celui-ci. Seule une publication en sport et activité physique traitant de l'arrêt d'une carrière sportive vers une retraite sportive (Fernandez et al., 2006). Il n'y a donc pas encore d'étude axée sur la mobilité d'une personne pour réaliser une activité sportive en s'appuyant sur le modèle 2PAP.

C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'étudier la prise de décision des individus à se rendre en environnement de montagne pour réaliser un programme d'APA en utilisant le modèle 2PAP. Notre objectif a été de tester ce modèle appliqué à l'activité physique

et l'environnement de montagne, en identifiant une structure de la prise de décision à adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale en environnement de montagne.

CHAPITRE 5 : La Théorie de l'Intégration de l'Information

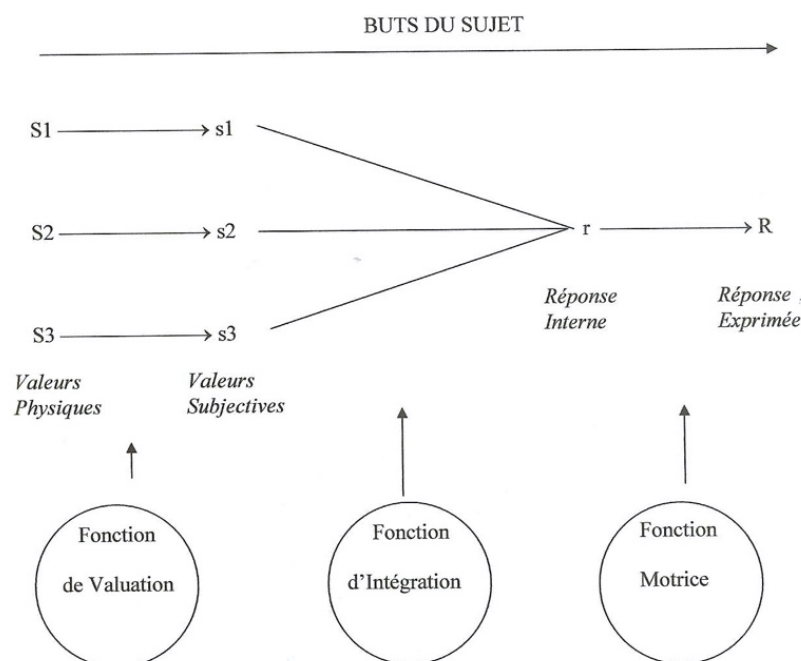
Dans ce chapitre, nous présentons la Théorie de l'Intégration de l'Information (TII) (Anderson, 1981, 1996, 2008) et l'intérêt qu'elle apporte à nos travaux. Nous avons choisi cette théorie car elle nous permet d'étudier la manière dont les individus vont combiner et intégrer différentes informations pour prendre une décision.

1. Présentation générale

La TII est utilisée pour étudier la manière dont les individus combinent ou intègrent mentalement des informations pour effectuer un jugement ou prendre une décision. Cette approche théorique s'appuie sur deux postulats : (a) L'axiome de l'intégration précise que toute action ou pensée dépend de l'intégration de l'information, et (b) l'axiome de l'intentionnalité stipule que toute action ou pensée est orientée vers un but. L'axiome de l'intentionnalité explique que l'action est directement liée aux objectifs immédiats. L'intégration sert donc d'intermédiaire entre les multiples informations et la réponse unique (Anderson, 2008).

Le modèle d'intégration de l'information proposé par Anderson montre un champ de stimulus externes qui subit trois opérations successives (figure 3). Tout d'abord, il existe une opération de Valuation qui fait correspondre au stimulus donné (S) une représentation psychologique (s). Ensuite, il se produit une opération d'Intégration qui transforme ces représentations psychologiques en une réponse implicite (r). Enfin, il y a une opération de Réponse qui correspond à la manifestation de la réponse implicite (R) qui la rend observable. Ces trois opérations sont dirigées par les buts de l'individu lors de l'intégration dans le but de prendre une décision. La théorie de l'intégration de l'information met en évidence des règles cognitives additives, disjonctives et conjonctives lors d'une tâche de jugement ou de prise de décision.

Figure 3. *Modèle d'intégration de l'information proposé par Anderson (1991, 1996)*



1.1. Les règles cognitives

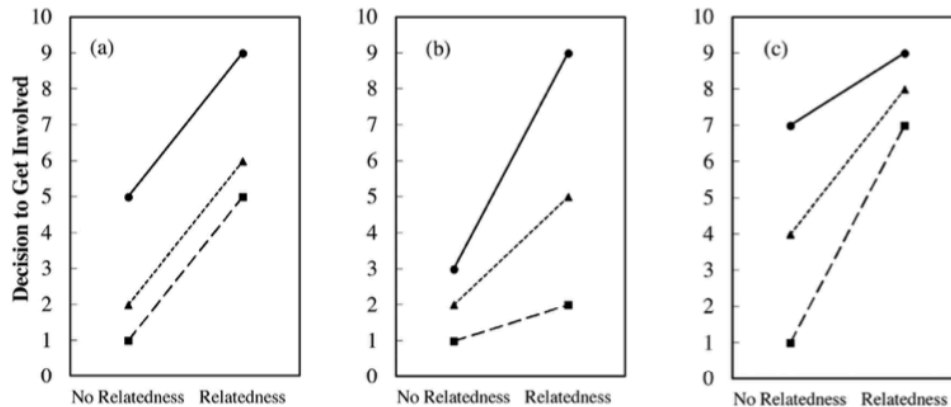
Les règles cognitives, encore appelées opérations « d’algèbre cognitive », correspondent à la combinaison des informations produite par les individus (Anderson, 1996). La nature des règles peut être déterminée par des analyses statistiques et graphiques (Anderson, 2008). Par exemple, imaginons une situation dans laquelle un athlète doit combiner les facteurs de relation et de compétence lorsqu’il décide de s’engager ou non dans un sport particulier. Il existe deux niveaux de relation (aucune relation et relation) et trois niveaux de compétence (faible compétence, compétence moyenne et compétence élevée). Une fois que les facteurs ont une valeur statistique, ils sont représentés sous la forme d’un graphique factoriel (figure 4). Une règle additive correspondrait à l’addition de l’effet des facteurs de relation et de l’effet des facteurs de compétence dans le processus d’intégration. Graphiquement, une règle additive est caractérisée par des lignes parallèles (figure 4 (a)). En termes statistiques, l’interaction ne sera pas significative. Les règles conjonctives et disjonctives sont des règles d’intégration d’interaction, c’est à dire des règles dans lesquelles les facteurs interagissent. Avec une règle

conjonctive, les lignes forment un éventail ouvert sur la droite (figure 4 (b)). Avec une règle disjonctive, les lignes forment un éventail ouvert à gauche (figure 4 (c)). L'interaction entre les deux facteurs est statistiquement significative pour les règles conjonctives et disjonctives.

Figure 4. Trois modèles possibles de résultats : additif, conjonctif, et disjonctif (Zarrouk & Fruchart, 2021)

L.-A. Zarrouk and E. Fruchart

European Review of Applied Psychology 71 (2021) 100689



Les règles cognitives peuvent dépendre du contexte dans lequel les indices d'information sont intégrés (Dru et al., 2004 ; Gauché & Mullet, 2008). Ce contexte correspond au type de situation dans lequel le jugement est émis mais aussi à la personnalité de la personne qui porte le jugement. Par exemple, Dru et al. (2004) ont montré que la règle cognitive utilisée par un individu pour porter un jugement de performance dépendait de la difficulté de la tâche. Ainsi une tâche qualifiée de difficile était associée à un modèle conjonctif, tandis qu'une tâche qualifiée de facile était associée à un modèle disjonctif. Gauché et Mullet (2008) ont également démontré l'influence du contexte sur la volonté de prendre la décision de pardonner. Dans leur recherche, une règle additive était liée à un contexte externe, alors qu'une règle conjonctive était associée à un contexte interne. Zarrouk et Fruchart (2021) ont enfin montré que selon la motivation, les individus n'utilisaient pas les mêmes règles cognitives. Une règle conjonctive était associée à un état paratélique tandis qu'une règle additive était associée à un état télélique. Les individus intégraient donc les informations différemment en fonction du but à atteindre et de l'état métamotivationnel.

2. Apports de la théorie de l'intégration de l'information

La TII est une théorie générale dont le modèle peut s'appliquer à différents domaines et disciplines de recherche. Cette théorie est largement utilisée dans le champ de la psychologie, notamment en psychologie de la santé ainsi qu'en psychologie du sport.

2.1. La TII en psychologie de la santé

Hervé (2010) a tenté de comprendre les mécanismes sous-jacents à la prise de décision de jeunes adultes, adultes et seniors dans leur acceptation de suivre un traitement médical. Trois informations (la douleur, les effets secondaires et la confiance) ont été utilisées afin d'observer s'il était possible d'obtenir des profils différents quant à la prise de décision d'accepter de suivre un traitement médical. Les premiers résultats ont témoigné que, indépendamment des groupes d'âge, tous les participants s'accordent à utiliser les trois informations dans leur processus de prise de décision. Il est toutefois possible de mettre en avant des divergences de comportements selon l'âge des participants.

Rosier et al. (2021) ont étudié les attitudes des populations françaises à l'égard de la divulgation des résultats en génétique médicale. Cette étude visait à mettre en évidence les opinions du grand public, des patients et des professionnels de la santé concernant le jugement d'acceptabilité de la divulgation de résultats non sollicités aux patients. Les participants ont pris en compte les aspects éthiques, mais les professionnels de la santé ont également considéré les aspects médicaux dans une plus large mesure.

Fraux et al. (2021) ont travaillé sur les positions du public sur le jugement d'acceptabilité de la thérapie génique somatique, le but de leur travail étant de connaître l'opinion des personnes sur ses utilisations cliniques. Le recours à la thérapie génique somatique a semblé être bien accepté par les participants. Le haut niveau d'acceptation a valu quelle que soit la pathologie considérée dans l'étude : hémophilie, immunodéficience, probabilité de développer un cancer ou pathologie cardiovasculaire.

Lochmann et Guedj (2021) se sont intéressées à la question « Sous quelles conditions le grand public et les professionnels de santé acceptent-ils de rompre le secret médical face à un patient présentant des signes de radicalisation terroriste ? ». Cette étude visait à observer comment des personnes issues du grand public et des professionnels de santé évaluaient l'acceptabilité de la rupture du secret médical lorsqu'un médecin était confronté à un patient présentant des signes de radicalisation terroriste. Quatre facteurs ont été étudiés : la présence d'un « Trouble psychiatrique », les « Signes de radicalisation », les « Projets de violence » et la « Collégialité ». Les résultats ont montré que tous les facteurs ont influencé le jugement des participants mais que les « Troubles psychiatriques » avaient un impact plus faible.

2.2.La TII en psychologie du sport

De nombreux travaux se sont intéressés à la prise de décision et au jugement des pratiquants dans le domaine des APS en utilisant la TII. Dru et al. (2004) ont étudié les schémas de performance dans la compétition et la coopération dyadiques. Les résultats ont montré que dans la situation de compétition, une règle d'intégration complexe a été trouvée parce que l'information sur la difficulté de la tâche était saillante. Cette information était fournie par les caractéristiques des adversaires (capacité et motivation), ce qui explique pourquoi les caractéristiques du joueur et celles de l'adversaire interagissaient fortement. Dans la situation de coopération, une règle d'intégration beaucoup plus simple et additive a été trouvée. Cela s'explique par le fait que l'information sur la difficulté de la tâche n'a jamais été saillante : les caractéristiques du joueur et de l'adversaire n'avaient aucune raison d'interagir.

Rulence-Pâques et al. (2005) ont montré que différents facteurs influent sur la prise de décision en football (temps, équipe, score). Ils ont également mis en évidence que différentes règles cognitives intervenaient dans la prise de décision sportive. Ces auteurs ont révélé que selon les conditions (temps, équipe, score) les individus utilisaient des modèles de jugement différents.

Fruchart et al. (2010) ont comparé la manière dont les joueurs novices (différents niveaux), et les joueurs expérimentés (seniors), utilisent différents indices informationnels pour prendre la décision d'une reprise rapide du jeu au cours d'un match de basket-ball ou de handball. La prise de décision était influencée par différentes informations telles que le score actuel, le temps restant et la composition de l'équipe. Les résultats montrent que selon l'expertise des joueurs, certaines informations étaient plus importantes et influençaient sur la prise de décision d'une reprise rapide du jeu.

Fruchart et Mullet (2012) ont examiné les facteurs intervenant dans l'intention de changer d'équipe chez les joueurs de handball. Cinq éléments d'information sur la satisfaction actuelle à l'égard de l'équipe actuelle, l'attrait de l'équipe alternative (meilleur tremplin pour la carrière future que l'équipe actuelle, meilleurs salaires), la probabilité perçue d'être embauché et la présence d'un réseau d'amis ont été analysés. Bien que tous les facteurs aient été pris en compte pour prendre la décision de déménager dans chaque situation, les facteurs tremplin et localisation-salaire ont eu un impact plus important que les autres facteurs.

Fruchart et Carton (2012) ont étudié la manière dont les arbitres amateurs de football pouvaient déstabiliser un match. La manière dont ces acteurs sportifs combinent différents indices informationnels (fatigue physique, communication, agression, marque, émotion) lorsqu'ils prennent la décision de déstabiliser un match de football a été examinée. Les résultats ont montré qu'au niveau du sifflement, deux groupes se distinguent. Dans le premier, les arbitres (44,6%) ont estimé qu'ils ne mettraient jamais en œuvre cette stratégie dans quelque situation que ce soit. Dans le second, les arbitres (55,4%) ont jugé qu'ils utiliseraient parfois cette déstabilisation, en particulier dans une situation où ils communiquaient avec les joueurs, où ils n'étaient pas physiquement fatigués et pouvaient obtenir une excellente note de la part de l'observateur.

Fruchart et Rulence-Pâques (2019) ont étudié le jugement d'excitation et le jugement de satisfaction au cours de la randonnée en montagne. Cette étude a montré la comparaison des points de vue des non sportifs, des sportifs de montagne et des non sportifs de montagne. Les auteurs ont examiné la manière dont les non sportifs, les sportifs pratiquant des sports de montagne et les sportifs pratiquant des sports autres que les sports de montagne utilisaient cinq indices informationnels (relation, autonomie, compétence, prise de risque et conditions météorologiques) pour juger du degré d'excitation et du degré de satisfaction ressentis lors d'une randonnée en montagne. Les résultats ont montré que l'impact de la relation et l'impact de la prise de risque varient en fonction de la condition de jugement.

2.3. Limites des travaux et perspectives

Comme énoncé précédemment, la TII s'appuie sur deux postulats. Pour rappel, le premier, l'axiome de l'intégration, précise que toute action ou pensée dépend de l'intégration de l'information. Cet axiome a été largement étudié dans la littérature. Le deuxième, l'axiome de l'intentionnalité, stipule que toute action ou pensée est orientée vers un but. Cet axiome, à l'inverse du premier, n'a pas été fréquemment étudié dans la littérature. C'est pour cela que nous avons précédemment réalisé un travail exploratoire dans le but d'étudier l'axiome de l'intentionnalité dans le domaine de la psychologie du sport.

Ainsi, Zarrouk et Fruchart (2021) ont étudié ces règles cognitives dans une étude portant sur l'effet des états métamotivationnels sur la prise de décision à s'engager dans la course à pied. Nous nous étions intéressés à l'impact des états métamotivationnels sur l'intégration de divers indices d'information dans la prise de décision dans le domaine du sport. Les principaux résultats ont révélé que l'autonomie, l'affiliation, la compétence et l'environnement avaient un effet significatif sur la motivation des participants, le plaisir immédiat (état paratélique) et la volonté d'atteindre un objectif de performance (état télélique). En effet, la règle d'intégration de l'information développée par les participants a été modifiée en fonction des états

métamotivationnels. Ils ont montré que selon la motivation, les individus utilisaient une règle cognitive différente lors d'une prise de décision à s'engager dans la pratique de la course à pied. Les auteurs ont indiqué que la règle cognitive était conjonctive pour la motivation paratélique et additive ou disjonctive pour la motivation téléique. Il y avait donc, lors de l'intégration de l'information, un usage de règles cognitives différentes selon le contexte. Cependant ce travail n'a porté que sur l'étude des motivations appartenant au domaine des buts et des moyens.

En perspective de ces travaux et en lien avec la littérature présentée précédemment, il serait intéressant de découvrir la manière dont les individus intègrent cognitivement différentes variables, dont la motivation concernant la prise de décision à adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale.

II. PARTIE EMPIRIQUE

ÉTUDE 1 – Étude des motifs à adhérer ou non à un programme d'APA sur prescription médicale : une étude qualitative

L'étude 1 repose sur l'identification des facteurs d'adhésion et de non-adhésion à un programme d'APA sur prescription médicale. Cette étude s'ancre dans une approche motivationnelle en s'appuyant sur les états métamotivationnels de la Théorie du Renversement d'Apter (2001).

Objectifs et Hypothèses

Depuis 2016, en France, un médecin peut prescrire de l'APA à son patient (Code de la Santé Publique, 2016). Elle est prescrite sous la forme d'un programme de 2 à 3 séances par semaine sur une période de 3 mois (HAS, 2022). Ces programmes d'APA sont donc considérés comme une thérapie individualisée. Cependant, comme toute thérapie, pour qu'elle soit efficace, il faut qu'elle soit suivie jusqu'à son terme. Pour cela, il est nécessaire que le patient adhère au programme (Chaudri, 2003). Mais qu'est-ce qui motive les patients à adhérer ou non à ce type de programme ? Seules quelques études ont cherché à étudier cette question au sein de populations spécifiques (par exemple, les patients atteints de cancer, de maladies cardiovasculaires ou de diabète) et ont montré que les patients ayant une motivation autonome étaient plus engagés dans l'activité physique (Koponen et al., 2017 ; Lau et al., 2023), tout comme ceux qui recevaient des informations sur les recommandations (Hoedjes et al., 2023), percevaient un soutien social important (Teleki et al., 2022), utilisaient des stratégies d'adaptation telles que le "repos" et la "recherche de soutien" (Tak et al., 2023), avaient un fort sentiment d'efficacité personnelle (Maly et al., 2007), ou bénéficiaient d'une bonne coordination et d'un soutien de la part de l'équipe de soins de santé (Fox et al., 2019). À l'inverse, les stratégies d'adaptation basées sur les distractions et la solitude étaient des facteurs prédictifs négatifs de l'adhésion, tout comme l'âge (Tak et al., 2023) et le niveau d'éducation (Rosemann et al., 2008).

Cependant, ces différentes études se sont concentrées sur l'identification des déterminants de l'adhésion à l'APA dans des populations spécifiques, ce qui rend difficile la généralisation des résultats. En outre, la plupart des cadres conceptuels utilisés par ces études (par exemple, la théorie de l'autodétermination) ont été construits à l'origine pour rendre compte du comportement humain dans un contexte global et non spécifiquement dans le contexte de l'APA (Reynes et al., 2016).

Le premier objectif de cette étude qualitative était donc d'explorer et d'identifier qualitativement les motifs à adhérer ou non à un programme d'APA. Le second objectif consistait à recenser les motifs à adhérer ou ne pas adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale et ainsi observer, dans le discours des participants, la présence et la nature des motifs en se basant sur les états métamotivationnels de la TR (Apter, 2001).

Deux hypothèses ont été émises à partir des résultats des travaux en psychologie de la santé sur la TR (Lochmann & Guedj, 2021 ; Mullet et al., 2014). Premièrement, nous supposons que les motifs de l'adhésion seraient associés à des motifs téléiques (e.g., améliorer sa santé) et conformistes (e.g., suivre les recommandations du médecin). En effet, Lochmann et Guedj (2021) et Mullet et al. (2014) ont montré que les motifs à réaliser un comportement en lien avec la santé étaient associés majoritairement aux états téléique et conformiste. Deuxièmement, nous présumons que les motifs de la non-adhésion seraient associés à des motifs négativistes (e.g., contraintes financières) et intra-autiques (e.g., préoccupations personnelles). En effet, dans l'étude de Lochmann et Guedj (2021), les motifs du refus de réaliser une mammographie étaient majoritairement associés aux états négativiste et intra-autique.

Méthode

Participants

La construction de notre échantillon a été guidée par la volonté d'interroger les patients bénéficiant d'une APA sur prescription médicale et présentant une adhésion variable vis-à-vis du programme (certains patients avaient adhéré à un programme terminé, d'autres étaient en train d'adhérer à un programme, tandis que d'autres avaient dans un premier temps adhéré au programme mais n'étaient pas allés jusqu'au bout de celui-ci). Nous avons également interrogé des médecins prescripteurs, ainsi que des enseignants en APA afin de croiser les points de vue tant sur les connaissances des individus concernant la prescription d'APA, que sur les motifs à adhérer ou non à ce type de programme. Les participants étaient 30 adultes volontaires non rémunérés, vivant en France : 10 hommes et 20 femmes âgés de 21 à 80 ans ($M = 44$, $ET = 15$), dont 15 patients ayant bénéficié d'une prescription médicale d'APA ($M = 49$, $ET = 13$) (ex : Centre de soins en addictologie de Valpyrène, Clinique du souffle en réhabilitation des patients atteints de maladies respiratoires d'Osséja), 5 professionnels de santé (généraliste, spécialiste du sport) ($M = 44$, $ET = 14$) (ex : Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes), 5 enseignants en APA ($M = 26$, $ET = 1.82$) (ex : Clinique du souffle Osséja, Enseignants en APA indépendants avec prise en charge de personnes ayant des pathologies déclarées) et 5 personnes du grand public ($M = 45$, $ET = 18$). Les individus du grand public, étant extérieurs au dispositif, pouvaient avoir des représentations différentes, et c'est ce que nous cherchions à prendre en considération.

Matériel

Nous avons utilisé des entretiens semi-directifs pour cette étude. Nous avons construit notre grille d'entretien en nous basant sur la TR (Apter, 2001) ainsi que sur d'autres travaux mettant en œuvre cette méthodologie (Lochmann & Guedj, 2021). La grille d'entretien a été utilisée pour les entretiens avec les trente participants. Elle comportait 32 questions (voir

Annexe C). L'objectif de cette grille d'entretien était d'explorer en détail trois dimensions : les connaissances des patients relatives à un programme d'APA sur prescription médicale (11 questions), les motifs qu'avaient les patients à adhérer à un programme d'APA (9 questions) et les motifs qu'avaient les patients au refus d'adhérer à un programme d'APA (9 questions). Une question type était énoncée comme suit : « Dans votre vie personnelle et sportive (actuelle), quelles sont les raisons qui pourraient vous inciter à vous engager dans un programme d'activité physique adaptée ? » ou encore, « Dans votre vie actuelle (ou à venir), quelles sont les raisons qui vous conduisent (ou conduiraient) à ne pas vous engager dans un programme d'activité physique adaptée ? ». Notre principale intention était d'obtenir une verbalisation libre par rapport à l'adhésion ou non à un programme d'APA.

Procédure

Les participants ont été contactés dans les lieux d'APA, par téléphone, par courriel ou encore par le « bouche à oreille ». Certains participants nous ont contacté via une adresse électronique grâce à des affiches déposées dans les lieux d'APA. Le recueil des données a été réalisé entre le mois de décembre 2020 et le mois de juin 2021. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être majeur ; pour les patients, avoir ou avoir eu une prescription d'APA ; pour les médecins, avoir une spécialité de médecine générale ou sportive et avoir connaissance du dispositif d'APA sur prescription médicale ; pour les enseignants en APA, exercer à 100% dans le milieu de l'APA et proposer une APA à des publics bénéficiant d'une prescription médicale ; et pour le grand public, ne pas faire partie du domaine ou de la discipline, c'est à dire ne pas exercer un métier en lien avec la psychologie, l'APA ou la médecine. Lors de l'entretien, l'objectif de notre recherche a été présenté aux participants. Après avoir obtenu leur consentement, les participants ont été interrogés individuellement. Les entretiens semi-directifs se sont déroulés sur Zoom, compte tenu du contexte sanitaire lors des entretiens. Chaque participant était à son domicile, dans un environnement calme sans perturbation extérieure. La

durée des entretiens variait entre 20 et 45 minutes. Nous avons arrêté les inclusions lorsque tous les motifs apportés par les nouveaux participants avaient déjà été cités par les précédents. Ces entretiens ont été tout d'abord enregistrés, puis retranscrits et enfin analysés. Notre étude a reçu un avis favorable du Comité d'Éthique de la Recherche (CER) de l'Université Fédérale Toulouse Midi Pyrénées (numéro de dossier : 2020-325) ainsi que du Délégué à la Protection des Données (DPD).

Analyses statistiques

Tout d'abord, nous avons réalisé une analyse lexicale sur l'ensemble du corpus. L'analyse a été réalisée avec le logiciel SphinxQuali2.

Ensuite, nous avons réalisé des analyses de contenu thématique sur l'ensemble du corpus de cette étude, avant d'en faire la synthèse afin d'assurer l'indépendance et la crédibilité du codage. Les différentes analyses ont été croisées afin de limiter l'effet de l'interprétation du chercheur (Lochmann & Guedj, 2021). Dans nos résultats, la fréquence représente le nombre de patients, de professionnels de santé, d'enseignants en APA, et de personnes du grand public ayant évoqué le même thème. Cette fréquence est ensuite traduite en pourcentage en fonction du nombre total d'individus dans chaque catégorie. Lors de l'analyse, les verbatims associés aux patients ont été notés (P), les verbatims associés aux médecins ont été notés (M), les verbatims associés aux enseignants en APA ont été notés (EA) et les verbatims associés au grand public ont été notés (GP). Nous avons orienté notre analyse par rapport à la TR (Apter, 2001). Nous avons donc choisi les douze états métamotivationnels comme thème pour analyser notre corpus.

Résultats

Tout d'abord, l'analyse lexicale des entretiens nous a permis d'obtenir une orientation d'opinion des réponses et une distribution des thèmes. La tendance dominante dans les réponses reflète une opinion neutre (50%). On retrouve une opinion positive à hauteur de 30% et 20%

d'opinion partagée et négative. Les mots spécifiques reliés à une opinion positive étaient « activité physique adaptée », « bénéfice » et « niveau » ; tandis que les mots spécifiques reliés à une opinion négative étaient « problème », « risque », « inconvénient », « difficulté ». Les mots spécifiques reliés à une opinion neutre étaient « médecin », « pathologie » et « programme ». Cependant, les résultats présentant une forte proportion de réponses neutres, l'analyse de l'orientation de l'opinion seule n'était pas optimale.

Ensuite, l'analyse lexicale a été réalisée sur un corpus de 26661 mots. La longueur médiane était de 7 mots. Les principaux champs sémantiques étaient : « médecine », « sports », « accident », « agitation » et « vie ». Les principaux champs sémantiques ont été établis en application du thésaurus, des ontologies et des corpus de référence du logiciel. L'analyse lexicale a révélé des mots spécifiques au discours liés à l'adhésion et à la non-adhésion à un programme d'APA sur prescription médicale. Les termes spécifiques ressortant de l'analyse lexicale liés à l'adhésion étaient « santé », « sport », « médecine », et « activité » tandis que les termes spécifiques ressortant de l'analyse lexicale liés à la non-adhésion étaient « coût », « contrainte », « santé », et « risque ».

Enfin, l'analyse de contenu thématique a permis de faire ressortir les motifs les plus fréquemment utilisés concernant l'adhésion et la non-adhésion à un programme d'APA. Le tableau 4 présente la fréquence (en nombre et en pourcentage) des thèmes issus du discours des participants en fonction des états métamotivationnels pour les motifs d'adhésion et de non-adhésion à un programme d'APA sur prescription médicale.

Tableau 4. Fréquence des thèmes issus du discours des participants en fonction des états métamotivationnels pour les motifs d'adhésion et de non-adhésion à un programme d'APA par ordonnance.

	Patients (15)	Médecins (5)	Enseignants en APA (5)	Grand Public (5)
ÉTATS METAMOTIVATIONNELS				
MOTIFS A L'ADHÉSION	FRÉQUENCE			
TELIQUE				
Réduction du traitement médicamenteux	10 (66,67%)	5 (100%)	1 (20%)	1 (20%)
Évitement des récives	9 (60%)	4 (80%)	3 (60%)	2 (40%)
Amélioration de la santé	13 (86,67%)	5 (100%)	5 (100%)	4 (80%)
PARATELIQUE				
Plaisir durant la pratique	7 (46,67%)	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)
Bien-être mental/psychologique	8 (53,33%)	3 (60%)	3 (60%)	2 (40%)
CONFORMISME				
Conseils, recommandations du médecin	12 (80%)	4 (80%)	3 (60%)	4 (80%)
Sentiment d'obligation	8 (53,33%)	3 (60%)	5 (100%)	2 (40%)
MAÎTRISE AUTO-CENTRIQUE				
Accompagnement et suivi	7 (46,67%)	3 (60%)	4 (80%)	2 (40%)
MAÎTRISE INTRA-AUTIQUE				
Contrôle de la pathologie	4 (26,67%)	3 (60%)	3 (60%)	2 (40%)
MAÎTRISE ALLO-CENTRIQUE				
Encouragement par les membres du groupe	5 (33,33%)	3 (60%)	3 (60%)	2 (40%)
SYMPATHIE AUTO-CENTRIQUE				
Développement de liens sociaux	8 (53,33%)	1 (20%)	4 (80%)	1 (20%)
SYMPATHIE INTRA-AUTIQUE				
Sentiment de fierté	4 (26,67%)	0 (0%)	3 (60%)	0 (0%)
SYMPATHIE ALLO-CENTRIQUE				
Rassurer ses proches	6 (40%)	0 (0%)	1 (20%)	3 (60%)
MOTIFS A LA NON-ADHÉSION				
NEGATIVISME				
Contraintes financières	14 (93,33%)	3 (60%)	4 (80%)	4 (80%)
Manque d'informations	15 (100%)	3 (60%)	5 (100%)	5 (100%)
MAÎTRISE INTRA-AUTIQUE				
Préoccupations personnelles	9 (60%)	3 (60%)	4 (80%)	2 (40%)

Note : La fréquence représente le nombre de patients, de professionnels de santé, de professionnels d'APA, et de personnes du grand public ayant évoqué le même thème. Cette fréquence est ensuite traduite en pourcentage en fonction de la fréquence et du nombre total d'individus dans chaque catégorie.

Résultats pour les motifs de l'adhésion

Les motifs de l'adhésion associés à l'état téléique ont impliqué, chez les participants de l'étude, l'expression d'arguments tels que la réduction du traitement médicamenteux, l'évitement d'une récurrence et l'amélioration de l'état de santé. Concernant le motif lié à la réduction du traitement médicamenteux, les patients expliquaient que « *Le fait qu'un médecin nous propose de faire du sport c'est hyper intéressant si ça peut permettre de réduire la prise de médicaments* » (P2), tandis que les médecins argumentaient le fait que « *L'activité physique permet de diminuer la dose du traitement contre la tension* » (M1). Concernant la possibilité d'éviter la récurrence, certains patients exprimaient les idées suivantes : « *Quand on a certaines pathologies comme moi, faire du sport peut permettre d'éviter des récurrences* » (P2). Enfin, concernant l'amélioration de la santé, un patient expliquait : « *L'important est de préserver ma santé au maximum et continuer d'avoir de la mobilité* ». La réduction du traitement médicamenteux était retrouvée entre 66,67% et 100% dans le discours des patients et des médecins, tandis que cette fréquence n'était que de 20% chez les enseignants en APA et le grand public.

Les motifs de l'adhésion associés à l'état paratélique contenaient des arguments tels que le plaisir durant la pratique. Ainsi certains patients expliquaient : « *C'est de l'effort, du plaisir et de la joie, cela m'est indispensable dans ma vie* » (P13), et faisaient référence au bien-être mental/psychologique : « *On en retire un bien-être psychologique, on se sent bien mentalement après la pratique* » (P10), les enseignants en APA en arrivaient à la même conclusion : « *on voit qu'ils ont plus confiance en eux et qu'ils retirent un bien-être de l'APA* » (EA12). Une homogénéité des pourcentages était retrouvée chez les patients, les professionnels de santé et les enseignants en APA concernant le bien-être mental/psychologique, avec respectivement 53,33%, 60%, 60%. La fréquence était légèrement plus faible pour le grand public avec 40%.

Des motifs de l'adhésion associés à l'état conformiste ont également été retrouvés chez les participants de l'étude. Ces motifs étaient en lien, et ce en grande partie, avec des conseils/recommandations du médecin. Ainsi certains patients déclaraient : « *Mon médecin m'y a incité et effectivement m'en a parlé [...] C'est lié aux problèmes de santé, les médecins connaissent nos difficultés et là où on peut s'améliorer* » (P5). Un sentiment d'obligation est également retrouvé chez certains patients : « *Je suis quasiment obligé de le faire parce que sinon la douleur continuerait de persister* » (P3). Les enseignants en APA semblaient conscients de ce sentiment d'obligation car tous l'ont évoqué, tandis qu'il était de 53,33%, 60%, et 40%, respectivement pour les patients, les médecins et le grand public.

Les motifs de l'adhésion associés à l'état maîtrise auto-centrique impliquaient l'expression d'arguments en lien avec l'importance d'être accompagné et suivi. Par exemple, les patients expliquent que : « *C'est important pour moi d'être encadré, avoir des explications et être suivi de manière adaptée à ma pathologie* » (P4), « *un suivi vraiment adapté à sa pratique sportive et à ses propres contraintes* » (P1), « *C'est un avantage énorme, oui, c'est que le programme, il soit spécifique pour chacun, on fait pas tous la même chose en même temps, on est tous sur des ergomètres (machine à ramer) en l'occurrence mais, les vitesses, la force etc, tout est spécifique à chacun* » (P20). Les professionnels de santé et d'APA reconnaissent l'importance d'être accompagné et suivi avec respectivement 60% et 80%. Cette reconnaissance est plus faible chez les patients avec 46,67% et le grand public avec 40%.

Les motifs exprimés par les participants en lien avec l'adhésion associés à l'état maîtrise intra-autique impliquaient ici l'idée d'un meilleur contrôle de la pathologie. Par exemple, un patient expliquait « *Cela me permet de savoir où j'en suis et de contrôler ma pathologie* » (P9), « *Oui [...] Bah pour là encore pour ma santé physique et mentale, pour faire le point avec mes limites et puis mon potentiel et pouvoir se bouger, voilà être avec d'autres pour faire, pour s'entretenir physiquement, pour se sentir vivre dans son corps* » (P20). Les enseignants en APA

et les médecins exprimaient cette même idée avec 60% de récurrence de ce thème, alors que cela était retrouvé chez 26,67% des patients et 40% du grand public.

Les motifs de l'adhésion associés à l'état maîtrise allo-centrique impliquaient l'expression d'arguments tels que l'encouragement par les autres membres du groupe. Par exemple, certains ont exprimé l'idée que « *Cela motive d'être avec un groupe, il y a une bonne ambiance et surtout on s'encourage les uns et les autres. C'est ça qui me pousse à revenir et à continuer* » (P3). Les enseignants en APA et les médecins ont reconnu l'importance des encouragements par les autres membres du groupe avec 60% de récurrence. Cette reconnaissance est cependant plus faible chez les patients (33,33%) et le grand public (40%).

Les motifs de l'adhésion associés à l'état sympathie auto-centrique impliquaient l'expression d'arguments tels que le développement de liens sociaux. Par exemple, un patient expliquait : « *Le collectif ... ça vient apporter du soutien social, du lien* » (P1). Les enseignants en APA ont mis en avant l'importance du développement de liens sociaux avec une fréquence de 80%. Cette fréquence est de 53,33% chez les patients, et seulement chez 20% les professionnels de santé et le grand public.

Les motifs de l'adhésion associés à l'état sympathie intra-autique impliquaient l'expression d'arguments tels que le fait d'être fier de soi. Par exemple, certains patients déclaraient : « *Quand j'arrive à faire les exercices, je suis fier de moi* ». Une récurrence de 60% a été trouvée chez les professionnels d'APA, alors qu'elle était de 26,67% chez les patients. En revanche, ni les médecins ni le grand public n'ont évoqué ce motif lors de leurs discours.

Les motifs de l'adhésion associés à l'état sympathie allo-centrique impliquaient l'expression d'arguments tels que le fait de rassurer ses proches. Par exemple, les patients exprimaient leur volonté de suivre le programme « *Pour mes filles et ma femme qui veulent me voir en forme le plus longtemps possible* » (P3). Les individus du grand public ont reconnu l'importance de rassurer ses proches avec une fréquence de 60%. Cette fréquence est de 40%

pour les patients, 20% pour les professionnels d'APA et de 0% pour les professionnels de santé.

Résultats pour les motifs de la non-adhésion

Concernant les motifs exprimés pour la non-adhésion, il est apparu que ceux-ci étaient tout d'abord associés à l'état négativiste, et principalement dus à des contraintes financières : « *Les freins c'est le coût* » (P1) et au manque d'information : « *On ne me l'a jamais proposée. C'est moi qui suis allé chercher la prescription chez mon médecin* » (P2), « *Nous n'avons aucune information sur ce type de programme* » (GP15), « *Très peu de médecins connaissent les modalités de prescription médicale d'APA* » (M4). Ici, le manque d'informations et le coût sont associés à l'état négativisme car ils reflètent l'attitude hostile des participants envers le manque d'informations qui ne leur ont pas été apportées ainsi qu'envers le coût trop élevé des programmes d'APA. La récurrence du thème « *contraintes financières* » était de 93,33% dans le discours des patients, de 80% chez les enseignants en APA et le grand public, et de 60% chez les médecins. La récurrence du thème du manque d'informations était de 100% dans le discours des patients, des enseignants en APA et du grand public, alors qu'il était seulement de 60% chez les médecins.

Les motifs de la non-adhésion associés à l'état maîtrise intra-autique ont révélé des arguments à propos des préoccupations personnelles. Par exemple, certains patients arguaient de l'impossibilité de choisir la structure ou le centre dans lequel l'activité était réalisée « *Se voir imposer un centre, ne pas pouvoir choisir par exemple l'endroit où on veut aller* » (P7) ; ou la complexité d'organiser un programme d'APA et la garde d'enfants « *Bah ce qui freine, mes enfants en fait, le fait de pas pouvoir m'occuper correctement de mes enfants [...] Aussi, oui voilà que j'ai une solution convenable pour mes enfants ce qui me permet effectivement de moi pouvoir m'occuper de moi, et de pouvoir participer à un programme comme ça* » (P24). Les enseignants en APA ont reconnu l'importance des préoccupations personnelles avec une fréquence de 80%. Cette fréquence était de 60% pour les patients et les médecins, tandis qu'elle

était de 40% pour le grand public.

Les autres états métamotivationnels n'ont pas été retrouvés dans les motifs à la non-adhésion participants.

Discussion

L'objectif de notre étude était de recenser qualitativement les motifs à adhérer ou ne pas adhérer à un programme d'APA sur ordonnance et ainsi observer dans le discours des participants, la présence et la nature des états métamotivationnels issus de la TR (Apter, 2001).

Notre première hypothèse était que les motifs de l'adhésion à un programme d'APA sur prescription médicale seraient associés à des motifs téléiques tels qu'améliorer sa santé et à des motifs conformistes comme suivre les recommandations du médecin. Les résultats de l'analyse de contenu thématique confirment cette première hypothèse. En effet, les résultats montrent que les motifs les plus récurrents de l'adhésion à un programme d'APA sont l'amélioration de la santé (télique), l'évitement des récurrences (télique), la réduction du traitement médicamenteux (télique), les conseils du médecin (conformiste) et le sentiment d'obligation (conformiste). Le bien-être psychologique (paratélique), l'accompagnement et le suivi (maîtrise auto-centrique) sont également retrouvés fréquemment dans le discours des participants. Bien que la majorité des états métamotivationnels aient été retrouvés dans le discours des participants, les motifs de l'adhésion à un programme d'APA sont davantage associés aux états téléique et conformiste. Nos résultats vont dans le sens des travaux de Lochmann et Guedj (2021) et la revue de Mullet et al. (2014) montrant que les motifs à réaliser un comportement donné en lien avec la santé étaient associés majoritairement aux états téléique et conformiste. Ces résultats sont également concordants avec les résultats de l'étude de Cottencin et al. (2006), indiquant les états téléique et conformiste comme déterminants dans le choix de consulter un praticien de médecine complémentaire. Ainsi, malgré le fait qu'une étude quantitative doive être menée pour confirmer à plus grande échelle ces résultats, il apparaît ici que les états téléique et conformiste

sont déterminants dans l'adhésion à un programme d'APA sur prescription médicale.

Notre seconde hypothèse était que les motifs de la non-adhésion seraient associés à des motifs négativiste comme le manque d'informations et à des motifs intra-autique tels que les préoccupations personnelles. Les résultats indiquent que les motifs les plus récurrents de la non-adhésion à un programme d'APA sont les contraintes financières (négativisme), le manque d'informations (négativisme) et les préoccupations personnelles (maîtrise intra-autique). Les motifs de la non-adhésion sont donc associés aux états négativisme et maîtrise intra-autique. Seuls ces deux états métamotivationnels ont été retrouvés dans le discours des participants concernant la non-adhésion à un programme d'APA. Une nouvelle fois, les résultats de l'analyse de contenu thématique confirment notre hypothèse. Nos résultats prolongent les propos de Lochmann et Guedj (2021) qui ont conclu que les motifs du refus à réaliser une mammographie étaient majoritairement associés aux états négativisme et intra-autique. Ces résultats sont également concordants avec les résultats de l'étude de Cottencin et al. (2006). Il semble donc que dans cette étude les états négativisme et intra-autique sont déterminants à la non-adhésion à un programme d'APA sur prescription médicale, ce qui correspond ici aux contraintes financières et au manque d'informations.

Les trois motifs les plus cités, sans différenciation adhésion et non-adhésion, chez les patients, sont : le manque d'informations (100%), les contraintes financières (93%) et l'amélioration de la santé (86%) ; chez les médecins, les plus cités sont : la réduction du traitement médicamenteux (100%), l'amélioration de la santé (100%) et éviter les récives (80%) ; tandis que chez les enseignants en APA, les plus cités sont : l'amélioration de la santé (100%), le sentiment d'obligation (100%) et le manque d'informations (100%) ; enfin chez le grand public, les plus cités sont : le manque d'informations (100%), les conseils/recommandations du médecin (80%) et l'amélioration de la santé (80%). Donc si nous regardons les trois motifs les plus cités au sein des quatre populations, nous pouvons constater

que trois d'entre elles évoquent le manque d'informations et les quatre évoquent l'amélioration de la santé. Nous pouvons observer, hors motifs cités en commun, que les patients mettent l'accent sur les contraintes financières, les médecins sur l'aspect de santé avec la réduction des traitements, les enseignants en APA sur le sentiment d'obligation et le grand public sur le respect des conseils du médecin.

De plus, ce travail nous renseigne sur les perceptions croisées entre les acteurs (patients, médecins, enseignants en APA et grand public), nous montrant que malgré un objectif commun, les motifs pour l'adhésion à un programme d'APA ont des origines différentes. En effet, nous pouvons observer que le motif d'adhésion majeur pour les patients est l'amélioration de sa santé mais que l'aspect financier les préoccupe énormément. Alors que pour les médecins, l'importance de ce programme est de réduire la prise de médicaments, voire l'arrêter complètement ainsi que limiter l'apparition de nouvelles pathologies sans réelles contraintes associées. Les médecins ont ainsi tendance à se centrer sur le volet médical de l'APA. Quant aux enseignants en APA, ils prônent l'utilité des programmes d'APA dans le but d'améliorer la qualité de vie du patient et de ses proches. Ils considèrent le patient dans sa globalité avec son environnement. Avoir interrogé des personnes du grand public nous a indiqué que les programmes d'APA étaient encore trop méconnus de la population générale et ce manque d'informations était une des causes majeures de non-adhésion.

Nous pouvons considérer que l'ensemble des résultats obtenus apportent une contribution à notre domaine de recherche en améliorant la compréhension des facteurs d'adhésion et de non-adhésion des patients à un programme d'APA sur prescription médicale. Cependant, notre étude présente certaines limites qui ouvrent sur de futures perspectives d'investigation.

Tout d'abord, une des limites est de ne pas avoir différencié les patients selon leur pathologie, de la même manière que Lochmann et Guedj (2021) n'ont pris en compte qu'une

seule pathologie en étudiant une population uniquement de femmes en lien avec le cancer du sein et la mammographie. Ensuite, il aurait également été intéressant de différencier les patients en fonction du lieu de leur prise en charge et les professionnels en fonction de leur lieu d'exercice. En effet, il est nécessaire de modérer nos résultats car les motifs de l'adhésion et de la non-adhésion au programme d'APA, au même titre que les bénéfices escomptés de l'activité physique, peuvent être dépendants du type de pathologie et du parcours de soins suivi par chaque patient. Une future étude devra être menée en différenciant le type de pathologie ainsi que le parcours de soins des patients. Une autre limite est de ne pas avoir interrogé de patients non-adhérents. Il serait intéressant d'approfondir notre regard croisé en mettant en opposition une population de patients adhérents et une population de patients non-adhérents afin d'obtenir une connaissance encore plus précise sur les motifs d'adhésion et de non-adhésion à un programme d'APA sur prescription médicale. Enfin, méthodologiquement, il aurait été intéressant d'utiliser le coefficient Kappa de Cohen, qui est la mesure de l'accord entre observateurs lors d'un codage qualitatif, afin de mesurer le degré de concordance entre le codage des différents auteurs (Terrasson et al., 2022).

Enfin, du fait de la nature qualitative de nos travaux, ceux-ci méritaient d'être investis quantitativement, sur un panel de participants plus conséquent, afin d'examiner la structure des motifs à adhérer ou ne pas adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale (Fruchart et al., 2020 ; Kpanake et al., 2009). Ce travail a été réalisé au cours de la deuxième étude afin d'avoir une connaissance encore plus précise sur les motifs d'adhésion et de non-adhésion à un programme d'APA.

ÉTUDE 2 – Étude quantitative des motifs à adhérer ou non à un programme d’APA sur prescription médicale : une approche motivationnelle

Après avoir exploré et identifié qualitativement les motifs d’adhésion et de non-adhésion à un programme d’APA, l’objectif de cette deuxième étude était d’étudier quantitativement les motifs conduisant les individus à adhérer ou à refuser d’adhérer à un programme d’APA. Cette étude s’ancre également dans une approche motivationnelle en s’appuyant sur les états métamotivationnels de la TR d’Apter (2001).

Objectifs et Hypothèses

Dans l’étude précédente, nous avons étudié les motifs des participants en faveur de l’adhésion mais aussi du refus d’adhésion à un programme d’APA sur prescription médicale. Un petit échantillon de participants a pu les évoquer librement et spontanément, afin que nous puissions les analyser qualitativement. Dans la présente étude quantitative, nous voulions créer, à partir des données de l’étude qualitative (étude 1), une structure motivationnelle des motifs de l’adhésion et de la non-adhésion à une plus grande échelle. Le premier objectif était d’identifier et de comprendre la structure des motifs à adhérer et à refuser d’adhérer à un programme d’APA sur prescription médicale en implémentant la TR (Apter, 2001). Le second objectif était d’explorer les différences entre les participants du grand public, parmi les patients, entre les hommes et les femmes, ainsi qu’entre les conditions médicales dont ils étaient affectés.

D’après les résultats de l’étude 1, nous avons émis deux hypothèses. Premièrement, nous supposons que les motifs en faveur de l’adhésion à un programme d’APA sur ordonnance s’organisaient majoritairement autour des états téléique et conformiste de la TR. Deuxièmement, nous supposons que les motifs du refus d’adhérer à un programme d’APA sur ordonnance se structuraient à partir des états maîtrise intra-autique et négativisme de la TR.

Méthode

Participants

Les participants étaient 455 adultes volontaires (149 hommes (33%) et 306 femmes, (67%) dont 368 personnes ayant le statut « Affection Longue Durée » (81%)), âgés de 18 à 90 ans ($M = 53.42$, $ET = 17.94$), non rémunérés, vivant en France.

Plus précisément, les effectifs par tranche d'âge étaient répartis comme suit : 54 participants avaient de 18 à 25 ans (11,9%), 55 participants avaient de 26 à 40 ans (12,1%), 113 participants avaient de 41 à 55 ans (24,8%) et 233 participants avaient de 56 à 90 ans (51,2%).

Par ailleurs, 105 participants étaient atteints de maladies cardiovasculaires (28,6%), 92 participants étaient atteints d'un cancer (25,1%), 69 participants étaient atteints de maladies respiratoires (18,8%), 56 participants étaient atteints de maladies métaboliques ou auto-immunes (15,3%), 22 participants étaient atteints de maladies neurodégénératives (6%), 21 participants étaient atteints de douleurs chroniques (5,7%) et 2 participants étaient atteints de maladies psychologiques (0,5%). De plus, 319 d'entre eux avaient en possession une prescription médicale pour une APA (86,7%). En ce qui concerne le lieu de l'APA : 144 participants réalisaient leur APA en intérieur (45,1%), tandis que 175 participants réalisaient leur APA en extérieur (54,9%).

Matériel

Le matériel était un questionnaire composé de deux ensembles. Les items ont été construits à partir des entretiens de l'étude qualitative (étude 1), les verbatims ayant été convertis en items, de la littérature internationale disponible et des caractéristiques des états métamotivationnels de la TR (Apter, 2001). Le premier ensemble comprenait un groupe de 93 items concernant l'adhésion à un programme d'APA, tandis que le deuxième ensemble comprenait un groupe de 89 items concernant, cette fois, le refus d'adhérer à un programme d'APA.

Chaque item interrogeant l'adhésion débutait de la façon suivante : « Une des raisons pour lesquelles j'adhèrerais à un programme d'activité physique adaptée sur ordonnance serait que ... », tandis que les items interrogeant le refus d'adhérer débutait par la phrase : « Une des raisons pour lesquelles je n'adhèrerais pas à un programme d'activité physique adaptée sur ordonnance serait que ... ».

Voici quelques exemples d'items en lien avec l'adhésion : Une des raisons pour lesquelles j'adhèrerais à un programme d'activité physique adaptée sur ordonnance serait que : « ... des objectifs aient été fixés (état téléique), « ...cela améliore mon bien-être » (état paratélique), « ...cela soit recommandé par mon médecin » (état conformiste), « ...cela limite les effets indésirables des traitements » (état négativiste), « ...mes proches m'y incitent » (état maîtrise allo-centrique), « ...la médiatisation de ce type de programme m'incite à la faire » (état maîtrise pro-autique), « ...je sois accompagné et guidé » (état maîtrise auto-centrique), « ...je peux mieux contrôler ma pathologie » (état maîtrise intra-autique), « ...cela rassurerait mes proches » (état sympathie allo-centrique), « ...cela ait fonctionné pour des personnes que je connais » (état sympathie pro-autique), « ...cela me permette de faire partie d'un groupe » (état sympathie auto-centrique), « ...cela me permette d'être fier de moi » (état sympathie intra-autique).

Voici quelques exemples d'items favorisant le refus d'adhérer : Une des raisons pour lesquelles je n'adhèrerais pas à un programme d'activité physique adaptée sur ordonnance serait que : « ...mon état physique soit trop dégradé » (état téléique), « ...je n'aime pas l'activité qui m'est proposée » (état paratélique), « ...j'aie des contraintes familiales » (état conformiste), « ...je suis trop vieux pour ça » (état négativiste), « ...qu'il n'y ait pas de suivi » (état maîtrise auto-centrique), « ...qu'il y ait un manque d'accessibilité du lieu où se pratique l'activité » (état maîtrise allo-centrique), « ...j'aie peur de me retrouver en échec » (état maîtrise intra-autique), « ...qu'il y ait une mauvaise relation avec le professeur d'APA » (état sympathie auto-

centrique), « ...le professionnel qui me suis est incompetent » (état sympathie allo-centrique), « ...l'activité aggrave mes douleurs » (état sympathie intra-autique). Ainsi, tous les états métamotivationnels de la TR ont été représentés dans chacun des deux ensembles interrogés.

Sous chaque item se trouvait une échelle de réponse de 11 points (0-10) avec « Tout à fait sûr que non » à gauche de l'échelle de jugement et « Tout à fait sûr que oui » à droite de l'échelle de prise de décision. Avant d'interroger les participants sur les deux ensembles, nous avons intégré au questionnaire le recueil des données sociales, démographiques et médicales.

Procédure

Le questionnaire était disponible en ligne sur la plateforme LimeSurvey. Les participants ont pu accéder au questionnaire majoritairement via les groupes d'APA sur Facebook. Certaines structures de santé, telles que la Clinique du Souffle d'Osséjà et Valpyrène (66), avaient également diffusé le questionnaire à leurs patients pratiquant une APA encadrée. Quelques enseignants en APA ayant été contactés lors de l'étude 1 avaient également partagé le lien du questionnaire à leurs patients ayant une APA. Nous avons également contacté plusieurs clubs sportifs proposant des séances d'APA, tels que les clubs d'aviron et de kayak de Saint-Nazaire (44). Le recueil des données a été fait de décembre 2021 à mars 2023. Les critères d'inclusion étaient d'être majeur et de réaliser une APA, aucune exigence n'avait été formulée en ce qui concernait les conditions de cette APA. Le but de l'étude a été expliqué aux participants par une notice d'information. Après avoir informé les participants et obtenu leur consentement, les participants ont été interrogés individuellement. Le questionnaire a été rempli, dans une salle avec un environnement calme sans interaction extérieure. Nous avons demandé aux participants de lire les items présentés un à la fois et d'indiquer leurs réponses selon l'échelle de réponses. Les deux ensembles ainsi que les items à l'intérieur de ceux-ci ont été présentés de manière randomisée. Les participants ont fourni leur cotation à leur propre rythme. La totalité de l'expérimentation a duré entre trente minutes et quarante-cinq minutes.

Notre étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique de la recherche de l'Université Fédérale Toulouse Midi Pyrénées (numéro de dossier : 2020-325) ainsi que du DPD.

Analyses statistiques

Notre analyse statistique a comporté deux étapes. Dans une première étape, nous avons réalisé une Analyse Factorielle Exploratoire (AFE) avec extraction en composantes principales avec 317 participants afin de faire ressortir une structure factorielle spécifique aux motifs d'adhésion à un programme d'APA sur ordonnance, et une structure factorielle spécifique aux motifs de non-adhésion. Nous avons, dans un premier temps, étudié le « Scree-test », afin d'obtenir la part de variance expliquée par les facteurs ainsi que le nombre de facteurs qui ont été trouvés. A cet effet, nous avons utilisé une rotation orthogonale Varimax normalisée afin que les facteurs soient indépendants les uns des autres. Ensuite, nous avons retiré tous les items qui saturaient sur plusieurs facteurs en même temps (items complexes).

Dans une deuxième étape, nous avons réalisé une analyse factorielle confirmatoire avec 140 participants afin de tester le modèle mis en évidence par l'AFE. Différents indices d'ajustement ont été utilisés pour tester l'adéquation du modèle identifié (Hu & Bentler, 1998, 1999) : le rapport entre le chi-carré et les degrés de liberté (χ^2/df , acceptable pour une valeur comprise entre 2 et 3) ; l'indice comparatif d'adéquation de Bentler (CFI, acceptable pour une valeur $\geq .90$) ; l'indice de Tucker-Lewis (TLI, acceptable pour une valeur $\geq .90$) ; l'erreur quadratique moyenne d'approximation (RMSEA, acceptable pour une valeur $\leq .80$) ; et le résidu quadratique moyen standardisé (SRMR, acceptable pour une valeur $< 0,10$). L'alpha de Cronbach pour chaque facteur a été mesuré comme guide de la cohérence interne ($\alpha > 0,70$; Cid et al., 2022). Les données ont été analysées à l'aide de Jamovi. Enfin, nous avons réalisé une comparaison des scores donnés aux facteurs motivationnels à partir de l'AFC.

Résultats

Analyse factorielle exploratoire des motifs de l'adhésion à un programme d'APA

Après avoir retiré tous les items complexes, nous sommes arrivés à une structure à cinq facteurs et 22 items pour les motifs à adhérer à un programme d'APA. Cette solution expliquait 60% de la variance totale (cf. Tableau 5).

Le premier facteur a été intitulé « Contrôle de la pathologie » ($M = 7.75$ et $ET = 1.38$). Il a été intitulé ainsi car les items le composant exprimaient les phénomènes de contrôle sur la pathologie, tels que « *Cela me permette de réduire les traitements médicaux* », « *Cela limite les effets indésirables des traitements* », ou « *Cela me permet d'éviter une récurrence* ». L'item au score moyen le plus haut était « *Cela me permette de mieux supporter la maladie* » ($M = 8.04$; $ET = 1.70$), tandis que l'item au score moyen le plus bas était « *Le spécialiste de ma pathologie m'y incite* » ($M = 7.44$; $ET = 1.83$). Au regard des items qui le composaient, ce facteur pouvait être associé à l'état maîtrise intra-autique de la TR d'Apter (2001).

Le deuxième facteur a été intitulé « Aspect social de l'APA » ($M = 6.84$ et $ET = 1.39$). Il a été intitulé ainsi car les items le composant exprimaient les différents aspects sociaux liés à la pratique d'APA, tels que « *Cela me permette de faire partie d'un groupe* » ou « *Cela me permette de rigoler et de passer de bons moments avec les membres du groupe* ». L'item au score moyen le plus haut était « *L'ambiance soit bonne dans le groupe* » ($M = 7.21$; $ET = 1.68$), tandis que l'item au score moyen le plus bas était « *Cela permette de développer des liens sociaux* » ($M = 6.59$; $ET = 1.97$). Au regard des items qui le composaient, ce facteur pouvait être associé à l'état sympathie auto-centrique de la TR.

Le troisième facteur a été intitulé « Retrouver des sensations » ($M = 7.34$ et $ET = 1.21$). Il a été intitulé ainsi car les items le composant exprimaient les différentes sensations liées à la pratique de l'APA, tel que « *Cela me permette de retrouver un équilibre* ». L'item au score moyen le plus haut était « *Je trouve important d'avoir une activité physique* » ($M = 7.53$; ET

= 1.53), tandis que l'item au score moyen le plus bas était « *Cela permet de se sentir vivre dans son corps* » ($M = 7.20$; $ET = 1.72$). Au regard des items qui le composaient, ce facteur pouvait être associé à l'état paratélique de la TR.

Le quatrième facteur a été intitulé « Influence des proches » ($M = 7.26$ et $ET = 1.82$). Il a été intitulé ainsi car les items le composant exprimaient l'incitation des proches à suivre un programme d'APA, tel que « *Mes proches m'y incitent* ». L'item au score moyen le plus haut était « *Cela rassurerait mes proches* » ($M = 7.28$; $ET = 2.23$), tandis que l'item au score moyen le plus bas était « *Mon entourage veuille me voir en forme* » ($M = 7.24$; $ET = 1.91$). Au regard des items qui le composaient, ce facteur pouvait être associé à l'état sympathie allo-centrique de la TR.

Le cinquième et dernier facteur a été intitulé « Amélioration de l'état de santé » ($M = 8.25$ et $ET = 1.27$). Il a été intitulé ainsi car les items le composant exprimaient les différentes améliorations que les participants pouvaient ressentir au niveau de leur santé, tel que « *Cela améliore la santé* ». L'item au score moyen le plus haut était « *Cela améliore la qualité de vie* » ($M = 8.33$; $ET = 1.63$), tandis que l'item au score moyen le plus bas était « *Cela améliore mon bien-être* » ($M = 8.14$; $ET = 1.64$). Au regard des items qui le composaient, ce facteur pouvait être associé à l'état téléique de la TR.

En ce qui concerne les écarts-types de cette analyse factorielle, ils étaient faibles à modérés. Ils se plaçaient de 1.47 à 2.34, ce qui signifie que les valeurs étaient faiblement dispersées autour de la moyenne. L'écart-type le plus élevé correspondait à l'item « *Mes proches m'y incitent* » ($ET = 2.34$), tandis que l'écart-type le plus faible correspondait à l'item « *Cela améliore la santé* » ($ET = 1.47$).

Analyse factorielle exploratoire des motifs à ne pas adhérer à un programme d'APA

Après avoir retiré tous les items complexes, nous sommes arrivés à une structure à quatre facteurs et 27 items pour les motifs à ne pas adhérer à un programme d'APA expliquant 60% de la variance (cf. *Tableau 6*).

Le premier facteur a été intitulé « Dénégation de l'état de santé » ($M = 4.05$ et $ET = 2.30$). Il a été intitulé ainsi car les items le composant exprimaient le fait que les individus niaient leur état de santé ou le fait qu'ils aient besoin d'un programme d'APA pour améliorer leur santé, tels que « *Je me moque de ma santé* » ou « *Je n'aime pas programmer les choses* ». L'item au score moyen le plus haut était « *Je ne me sente pas malade* » ($M = 4.92$; $ET = 2.77$), tandis que l'item au score moyen le plus bas était « *Je sois trop jeune pour ça* » ($M = 3.12$; $ET = 3.20$). Au regard des items qui le composaient, ce facteur pouvait être associé à l'état négativisme de la TR.

Le deuxième facteur a été intitulé « Coût financier et personnel » ($M = 6.53$ et $ET = 1.84$). Il a été intitulé ainsi car les items le composant exprimaient les différentes contraintes financières et personnelles liées à la pratique d'APA, tels que « *L'activité soit payante* » ou « *Cela nécessite trop d'engagement de ma part* ». L'item au score moyen le plus haut était « *Le coût de l'activité ne soit pas pris en charge par la mutuelle* » ($M = 7.73$; $ET = 2.60$), tandis que l'item au score moyen le plus bas était « *Mes proches ne m'encouragent pas à pratiquer l'activité* » ($M = 6.08$; $ET = 2.46$). Au regard des items qui le composaient, ce facteur pouvait être associé à l'état négativisme de la TR.

Le troisième facteur a été intitulé « Mauvaise qualité du suivi d'APA » ($M = 7.03$ et $ET = 1.46$). Il a été intitulé ainsi car les items le composant exprimaient la mauvaise qualité du suivi des enseignants d'APA mais également d'une possible incompétence de ceux-ci, tels que « *Le professionnel qui me suit soit incompétent* », ou « *qu'il y ait un manque d'informations* ». L'item au score moyen le plus haut était « *Qu'il n'y ait pas de suivi* » ($M = 7.30$; $ET = 1.87$),

tandis que l'item au score moyen le plus bas était « *Les professionnels ne supervisent pas réellement l'activité* » ($M = 6.76$; $ET = 2.02$). Au regard des items qui le composaient, ce facteur pouvait être associé à l'état maîtrise auto-centrique de la TR.

Le quatrième et dernier facteur a été intitulé « Conséquences physiques et sociales négatives » ($M = 6.58$ et $ET = 1.50$). Il a été intitulé ainsi car les items le composant exprimaient les différentes conséquences physiques ou sociales lors de la pratique d'APA, tels que « *Je ne m'entende pas avec le groupe avec lequel je pratique l'activité* » ou « *L'activité aggrave mes douleurs* ». L'item au score moyen le plus haut était « *L'activité qui me soit proposée n'est pas adaptée à ma condition physique* » ($M = 6.81$; $ET = 1.90$), tandis que l'item au score moyen le plus bas était « *J'aie des douleurs trop importantes* » ($M = 6.40$; $ET = 2.01$). Au regard des items qui le composaient, ce facteur pouvait être associé à l'état sympathie intra-autique de la TR.

En ce qui concerne les écarts-types des items des différents facteurs, ils étaient faibles à modérés. Ils se plaçaient de 1.87 à 2.34, ce qui signifie que les valeurs étaient faiblement dispersées autour de la moyenne. L'écart-type le plus élevé correspondait à l'item « *J'aime mettre en danger ma santé* » ($ET = 3.26$), tandis que l'écart-type le plus faible correspondait à l'item « *Qu'il n'y ait pas de suivi* » ($ET = 1.87$).

Tableau 5. Résultats de l'AFE concernant les motifs de l'adhésion à un programme d'APA. Moyennes, écarts-types et alphas de Cronbach.

Une des raisons pour lesquelles j'adhèrerais à un programme d'activité physique sur ordonnance serait que	Facteurs					M	ET
	I	II	III	IV	V		
... cela me permette d'éviter une récidive.	0.80					7.71	1.76
... cela limite les effets indésirables des traitements.	0.76					7.66	1.85
... cela me permette de réduire les traitements médicaux.	0.76					7.75	1.83
... je peux mieux contrôler ma pathologie.	0.75					7.83	1.85
... le spécialiste de ma pathologie m'y incite.	0.71					7.44	1.83
... cela me permette de mieux supporter la maladie.	0.70					8.04	1.70
... cela me permette de faire régresser ma pathologie.	0.70					7.82	1.82
... cela me permette de faire partie d'un groupe.		0.77				6.63	1.98
... la pratique en groupe me motive.		0.74				6.80	1.85
... l'ambiance soit bonne dans le groupe.		0.74				7.21	1.68
... cela permette de développer des liens sociaux.		0.72				6.59	1.97
... cela me permette de rigoler et de passer de bons moments avec les membres du groupe.		0.70				6.97	1.80
... cela permette de se sentir vivre dans son corps.			0.77			7.20	1.72
... cela permette de retrouver une forme physique.			0.75			7.38	1.59
... cela me permette de retrouver un équilibre.			0.71			7.27	1.53
... je trouve important d'avoir une activité physique.			0.69			7.53	1.54
...mes proches m'y incitent.				0.81		7.27	2.34
... cela rassurerait mes proches.				0.78		7.28	2.23
... mon entourage veuille me voir en forme.				0.77		7.24	1.91
... cela améliore la santé.					0.76	8.27	1.47
... cela améliore mon bien-être.					0.76	8.14	1.64
... cela améliore la qualité de vie.					0.71	8.33	1.63
	M	7.75	6.84	7.34	7.26	8.25	
	ET	1.38	1.39	1.21	1.82	1.27	
	Alpha de Cronbach	0.88	0.80	0.51	0.79	0.72	

Note. I, Contrôle de la pathologie ; II, Aspect social de l'APA ; III, Retrouver des sensations ; IV, Influence des proches ; V, Amélioration de l'état de santé. AFE = Analyse Factorielle Exploratoire ; AFC = Analyse Factorielle Confirmatoire.

Tableau 6. Résultats de l'AFE concernant les motifs à refuser d'adhérer à un programme d'APA.

Moyennes, écarts-types et alphas de Cronbach.

Une des raisons pour lesquelles je n'adhèrerais pas à un programme d'activité physique sur ordonnance serait que ...	Facteurs				M	ET
	I	II	III	IV		
j'aime mettre en danger ma santé.	0.84				3.41	3.26
je me moque de ma santé.	0.82				3.20	3.12
je ne veuille pas me laisser embrigader, j'ai un côté rebelle.	0.81				3.53	3.19
je craigne de devenir addict à l'activité physique.	0.81				3.54	3.24
je sois trop jeune pour ça.	0.77				3.12	3.20
je sois trop vieux pour ça.	0.74				3.72	3.07
je ne sois pas quelqu'un de persévérant.	0.73				4.59	2.78
je ne pense pas en avoir besoin.	0.72				4.70	2.88
je ne supporte pas qu'on me dise quoi faire.	0.72				4.70	2.78
je ne suis pas impliqué car l'activité est gratuite.	0.69				4.37	2.86
je ne me sente pas malade.	0.69				4.92	2.77
je n'aime pas programmer les choses.	0.68				4.80	2.80
le coût de l'activité ne soit pas pris en charge par la mutuelle.		0.80			7.73	2.60
l'activité soit payante.		0.78			6.36	2.19
mes proches ne m'encouragent pas à pratiquer l'activité.		0.74			6.08	2.46
le nombre de séances soit trop élevé.		0.67			6.35	2.22
cela nécessite trop d'engagement de ma part.		0.66			6.15	2.10
le professionnel qui me suit soit incompétent.			0.72		7.17	2.03
qu'il n'y ait pas de suivi.			0.72		7.30	1.87
le suivi soit insuffisant.		0.32	0.70		6.98	2.10
les professionnels ne supervisent pas réellement l'activité.			0.68		6.76	2.02
le professionnel ne soit pas encourageant.			0.68		6.78	1.93
qu'il y ait un manque d'information.			0.67		7.18	2.10
je ne m'entende pas avec le groupe avec lequel je pratique l'activité.				0.71	6.47	1.95
j'aie des douleurs trop importantes.				0.70	6.40	2.01
l'activité aggrave mes douleurs.				0.70	6.66	2.06
l'activité qui me soit proposée n'est pas adaptée à ma condition physique.				0.67	6.81	1.90
	M	4.05	6.53	7.03	6.58	
	ET	2.30	1.84	1.46	1.50	
	Alpha de Cronbach	0.94	0.85	0.82	0.75	

Note. I, Dénégation de l'état de santé ; II, Coût financier et personnel ; III, Mauvaise qualité du suivi APA ; IV, Conséquences physiques et sociales négatives. AFE = Analyse Factorielle Exploratoire ; AFC = Analyse Factorielle Confirmatoire.

Analyse factorielle confirmatoire des motifs d'adhésion et du refus d'adhérer à un programme d'APA

Une première analyse factorielle confirmatoire a été effectuée sur les motifs d'adhésion à un programme APA. Pour ce faire, les 3 items saturant le plus sur chacun des facteurs ont été sélectionnés pour l'analyse. La valeur CFI était de .94 ; la valeur TLI était de .91 ; la valeur RMSEA était de .06 [.05-.07] ; le rapport χ^2/ddl était de 2.11, avec un $p < .001$ (Tableau 7). Une deuxième analyse confirmatoire a été menée sur les motifs liés au refus d'adhérer à un programme APA. Pour ce faire, les 3 items saturant le plus sur chacun des facteurs ont été sélectionnés pour l'analyse. La valeur CFI était de .96 ; la valeur TLI était de .93 ; la valeur RMSEA était de .06 [.05-.07] ; le rapport χ^2/ddl était de 2.70, avec un $p < .001$ (Tableau 8). Des scores moyens ont ensuite été calculés pour chacun des facteurs à partir des trois items retenus pour les analyses factorielles confirmatoires. Concernant les facteurs de motivation pour l'adhésion à un programme d'activité physique sur prescription médicale, le facteur ayant les scores les plus élevés était « Amélioration de la santé » ($M = 7.98$), suivi de « Gestion de la maladie » ($M = 7.44$), « Retrouver des sensations » ($M = 7.35$), « Aspect social de l'activité physique » ($M = 6.88$), et enfin "Influence de l'entourage" ($M = 6.00$). En ce qui concerne les facteurs de motivation pour la non-adhésion à un programme d'activité physique adaptée sur prescription médicale, le facteur ayant les scores les plus élevés était « Qualité du suivi de l'activité physique » ($M = 6,80$), suivi par « Coût financier et personnel » ($M = 6,55$), « Conséquences physiques et sociales négatives » ($M = 6,43$), et « La santé passe au second plan » ($M = 3,66$).

Tableau 7. Résultats de l'AFC des motifs d'adhésion à un programme d'APA. Estimation, erreur standard, Z, p, moyenne, écart-type et alpha de Cronbach.

Items	Estima- tion	Erreur Std.	Z	p	M	ET	Alpha de Cronbach
CONTRÔLE DE LA PATHOLOGIE							
... cela me permette d'éviter une récurrence.	1.43	0.13	11.19	< .001			
... cela limite les effets indésirables des traitements.	1.53	0.14	11.05	< .001	7.44	1.17	0.79
... cela me permette de réduire les traitements médicaux.	1.21	0.12	10.09	< .001			
ASPECT SOCIAL DE L'APA							
... cela me permette de faire partie d'un groupe.	2.05	0.26	8.01	< .001			
... la pratique en groupe me motive.	0.90	0.15	5.92	< .001	6.88	1.48	0.70
... l'ambiance soit bonne dans le groupe.	0.71	0.11	6.20	< .001			
RETROUVER DES SENSATIONS							
... cela permette de se sentir vivre dans son corps.	1.20	0.16	7.30	< .001			
... cela permette de retrouver une forme physique.	1.05	0.16	6.80	< .001	7.35	1.09	0.69
... cela me permette de retrouver un équilibre.	0.92	0.13	7.06	< .001			
INFLUENCE DES PROCHES							
...mes proches m'y incitent.	2.02	0.16	12.81	< .001			
... cela rassurerait mes proches.	1.68	0.15	11.39	< .001	6.00	1.53	0.79
... mon entourage veuille me voir en forme.	1.10	0.12	9.05	< .001			
AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ							
... cela améliore la santé.	0.94	0.10	9.75	< .001			
... cela améliore mon bien-être.	0.91	0.11	8.34	< .001	7.98	1.09	0.72
... cela améliore la qualité de vie.	1.34	0.11	12.01	< .001			

Tableau 8. Résultats de l'AFC des motifs du refus d'adhérer à un programme d'APA. Estimation, erreur standard, Z, p, moyenne, écart-type et alpha de Cronbach.

Items	Estimation	Erreur Std.	Z	p	M	ET	Alpha de Cronbach
DÉNÉGATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ							
... j'aime mettre en danger ma santé.	2.44	0.20	12.14	< .001			
... je me moque de ma santé.	2.45	0.20	12.39	< .001			
... je ne veux pas me laisser embrigader, j'ai un côté rebelle.	2.37	0.19	12.69	< .001	3.66	2.52	0.86
COÛT FINANCIER ET PERSONNEL							
... le coût de l'activité ne soit pas pris en charge par la mutuelle.	1.56	0.15	10.08	< .001			
... l'activité soit payante.	1.93	0.16	11.97	< .001	6.55	1.97	0.79
... mes proches ne m'encouragent pas à pratiquer l'activité.	2.22	0.19	11.67	< .001			
MAUVAISE QUALITÉ DU SUIVI D'APA							
... le professionnel qui me suit soit incompetent.	1.14	0.12	9.88	< .001			
... qu'il n'y ait pas de suivi.	1.08	0.11	10.10	< .001	6.80	1.53	0.71
... le suivi soit insuffisant.	1.62	0.13	12.45	< .001			
CONSÉQUENCES PHYSIQUES ET SOCIALES							
... je ne m'entende pas avec le groupe avec lequel je pratique l'activité.	1.32	0.11	12.01	< .001			
... j'aie des douleurs trop importantes.	1.32	0.12	11.00	< .001	6.43	1.57	0.72
... l'activité aggrave mes douleurs.	1.22	0.12	9.83	< .001			

Comparaison des scores donnés aux facteurs motivationnels à partir de l'AFC

Une série de t-tests a été réalisée pour déterminer s'il existait des différences entre les participants avec ($n = 116$) ou sans problème de santé ($n = 23$) et ceux pour qui les séances d'APA ont été prescrites ($n = 104$) ou non ($n = 12$), entre les hommes ($n = 47$) et les femmes ($n = 92$), liés à l'adhésion et à la non-adhésion par rapport à leurs réponses aux facteurs de motivation et à l'adhésion réelle au programme APA, le cas échéant.

Les résultats ont montré que les participants qui ont déclaré avoir un problème de santé ont attribué des scores plus élevés à plusieurs facteurs de motivation par rapport aux participants qui ont déclaré être en bonne santé : " Aspect social de l'APA " ($M = 7.12$ vs $M = 5.58$, $t(137) = -4.91$, $p < .001$) et " Influence des proches " ($M = 6.34$ vs $M = 4.35$, $t(137) = -6.53$, $p < .001$) pour les motifs d'adhésion, mais aussi " Dénégation de l'état de santé " ($M = 3.93$ vs $M = 2.41$, $t(137) = -2.71$, $p < .008$), "Coût financier et personnel" ($M = 7.08$ vs $M = 3.94$, $t(137) = -8.66$, $p < .001$), et "Conséquences physiques et sociales négatives" ($M = 6.60$ vs $M = 5.67$, $t(137) = -2.67$, $p < .009$) pour les motifs de non-adhésion.

Parmi les patients, on a constaté que les femmes observaient davantage le programme d'APA prescrit que les hommes ($M = 9.63$ vs $M = 9$, $t(102) = -3.96$, $p < 0.001$) et qu'elles attribuaient des scores plus élevés aux facteurs de motivation "Coût financier et personnel" ($M = 6.94$ vs $M = 5.82$, $t(137) = -3.028$, $p < 0.001$) et "Aspect social de l'APA" ($M = 7.06$ vs $M = 6.49$, $t(137) = -2.16$, $p < 0.032$).

Enfin, une analyse de variance a été réalisée pour déterminer si, en fonction de la pathologie dont ils sont atteints, les patients attribuaient des scores différents aux différents facteurs motivationnels. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différences significatives entre les différents groupes, $F(60, 460.88) = 1.34$, $p = .053$).

Discussion

Le premier objectif était d'identifier et de comprendre la structure des motifs à adhérer et à ne pas adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale en implémentant la TR. Ce premier objectif a été atteint : cinq facteurs de motivation liés à l'adhésion et quatre facteurs de motivation liés à la non-adhésion ont été identifiés. Tous peuvent être interprétés à la lumière de la TR : ainsi, le facteur « Contrôle de la maladie » pouvait être associé à l'état maîtrise intra-autique, le facteur « Aspect social de l'APA » pouvait être associé à l'état sympathie auto-centrique, le facteur « Retrouver des sensations » pouvait être associé à l'état paratélique, le facteur « Influence des proches » pouvait être associé à l'état sympathie allo-centrique, et le facteur « Amélioration de l'état de santé » pouvait être associé à l'état téléique. En ce qui concerne les motifs de non-adhésion, le facteur « Dénégation de l'état de santé » pouvait être associé à l'état négativisme, le facteur « Coût financier et personnel » pouvait être associé à l'état négativisme, le facteur « Mauvaise qualité du suivi APA » pouvait être associé à l'état maîtrise auto-centrique, et le facteur « Conséquences physiques et sociales négatives » pouvait être associé à l'état sympathie intra-autique. Les facteurs latents trouvés, tels que le fait d'éviter une récurrence ou d'avoir un soutien social comme motifs d'adhésion, et le coût ou la qualité du suivi comme motifs de non-adhésion, sont conformes à ceux trouvés dans la littérature (Teleki et al., 2022 ; Dunn et al., 2022). Cependant, notre étude a également mis en lumière un éventail plus large de facteurs de motivation qui n'avaient pas été examinés auparavant, tels que la tendance à estimer la santé comme une considération secondaire en tant que motif de non-adhésion ou le désir de retrouver des sensations en tant que motif d'adhésion. Contrairement à notre première hypothèse, les motifs en faveur de l'adhésion à un programme d'APA sur prescription médicale ne s'organisent pas majoritairement autour des états téléique et conformiste de la TR. Ceux-ci s'organisent autour des états maîtrise intra-autique, sympathie auto-centrique, paratélique, sympathie allo-centrique et téléique. Ici, nous ne retrouvons pas

l'état conformiste. Deuxièmement, nous supposons que les motifs du refus d'adhérer à un programme d'APA sur ordonnance se structuraient à partir des états maîtrise intra-autique et négativisme de la TR. Nous pouvons observer que les motifs du refus d'adhérer se structurent à partir de l'état négativisme (deux facteurs) mais aussi de l'état maîtrise auto-centrique et sympathie intra-autique.

Deuxièmement, nous voulions explorer les différences entre les participants du grand public et les patients, et parmi les patients, les différences entre les hommes et les femmes, ainsi qu'entre les conditions médicales dont ils étaient affectés. Les résultats ont révélé que les patients attribuent des scores plus élevés aux facteurs de motivation « Aspect social de l'APA », « Influence des proches », mais aussi aux facteurs « Dénégation de l'état de santé », « Coût financier et personnel » et « Conséquences physiques et sociales négatives » par rapport aux participants du grand public. En outre, bien que les patients soient très observants, les femmes sont plus observantes que les hommes, ce qui est conforme à l'étude de Rosemann et al. (2008). On a également constaté que les femmes attribuaient des scores plus élevés aux facteurs "Coût financier et personnel" et "Aspect social de l'APA". Enfin, alors que la plupart des recherches sur l'adhésion à l'APA ont porté sur des populations spécifiques (Rosemann et al., 2008 ; Husebø et al., 2013 ; Dunn et al., 2022 ; Hoedjes et al., 2023 ; Lau et al., 2023), nos résultats indiquent qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les différentes conditions médicales affectant les patients. Ceci suggère que si l'intensité et la nature de l'activité doivent être adaptées en fonction des pathologies, les motifs sous-jacents à l'adhésion et à la non-adhésion sont communs à tous les patients.

Bien que les résultats obtenus apportent une contribution à notre domaine de recherche, notre étude présente certaines limites. Tout d'abord, la comparaison des scores sonnées aux facteurs motivationnels (effectuée sur l'échantillon de l'AFC) telles que hommes (n=47) vs femmes (n=92), participants ayant une prescription d'APA (n=104) vs ceux qui n'en ont pas

(n=12), participants ayant le statut ALD (n=107) vs ceux qui ne l'ont pas (n=9) est complexe à prendre en compte du fait de la différence d'effectifs notoire entre les deux échantillons. De plus, il n'y a presque pas de variation dans le suivi, tous les participants qui ont une APA suivent le programme. En effet, la majorité des participants ont une prescription d'APA (87%) et 73% d'entre eux suivent cette prescription d'APA. Cela est principalement dû aux lieux de recrutement des participants. En effet, les participants recrutés étaient issus d'institutions proposant une APA encadrée, où il est plus facile de suivre le programme que pour des individus en autonomie à leur domicile. Ensuite, nous n'avons pas différencié les participants réalisant leur prescription d'APA en institution de ceux qui réalisent leur prescription d'APA dans des clubs agréés proches de leur domicile. Il serait donc intéressant de mener une étude avec trois variables distinctes : patients non adhérents à un programme d'APA, patients adhérents à un programme d'APA en institution et patients adhérents à domicile à des séances d'APA. Dernièrement, notons que le protocole de recherche est relativement lourd (182 items) et qu'une fatigue cognitive a pu survenir tout au long de la passation (Jeong et al. 2023). Pour réduire cela, nous avons présenté les deux ensembles ainsi que les items de manière aléatoire à chaque participant.

Enfin, dans la continuité de nos travaux, il est intéressant de réaliser une étude quantitative en environnement de montagne (étude 3) afin d'avoir une connaissance plus précise sur les motifs d'adhésion et de non-adhésion à un programme d'APA dans un environnement naturel connu pour ses réels bienfaits sur la santé (Razani et al., 2016).

ÉTUDE 3 – Étude quantitative de la prise de décision à adhérer à un programme d’APA sur prescription médicale en environnement de montagne : une approche environnementale

Dans l’étude précédente, nous avons étudié la structure des motifs de l’adhésion et de la non-adhésion à un programme d’APA sur prescription médicale. Dans la présente étude, nous souhaitons étudier les motifs de l’adhésion et de la non-adhésion en environnement de montagne. Cette recherche s’ancrait donc dans une approche environnementale et, plus précisément, prenait appui sur le modèle 2PAP (Mullet et al., 2000).

Objectifs et Hypothèses

Le premier objectif était de prolonger la compréhension des motifs à adhérer et à refuser d’adhérer à un programme d’APA sur prescription médicale, mais dans un environnement spécifique, celui de montagne. Le second objectif était de tester le modèle 2PAP (Mullet, 2000) dans le domaine de la prise de décision à adhérer à un programme d’APA sur prescription médicale en environnement de montagne.

Nous supposons identifier un modèle composé des quatre dimensions du modèle 2PAP (Mullet et al., 2020 ; Fernandez et al., 2006).

Méthode

Au sein de cette étude, nous avons voulu sélectionner les items à partir d'une revue de la littérature et d'entretiens en face-à-face. Tout d'abord, une revue de la littérature des études en psychologie sur le modèle 2PAP a été réalisée afin de couvrir le champ pertinent de ce processus. Deuxièmement, nous avons choisi une approche qualitative exploratoire complémentaire pour mieux comprendre le processus individuel et la manière dont les participants envisagent le déplacement ou non dans un environnement de montagne pour adhérer à un programme d’APA. Il s'agissait d'entretiens semi-directifs comprenant quatre questions ouvertes liées aux quatre dimensions du modèle 2PAP.

Étude qualitative exploratoire

Participants

Les participants étaient les mêmes que ceux de l'étude 1. Les participants étaient 30 adultes volontaires non rémunérés, vivant en France : 10 hommes et 20 femmes âgés de 21 à 80 ans ($M = 44$, $ET = 15$), dont 15 patients ayant bénéficié d'une prescription médicale d'APA ($M = 49$, $ET = 13$) (ex : Centre de soins en addictologie de Valpyrène, Clinique du souffle en réhabilitation des patients atteints de maladies respiratoires d'Osséja), 5 professionnels de santé (généraliste, spécialiste du sport) ($M = 44$, $ET = 14$) (ex : Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes), 5 enseignants en APA ($M = 26$, $ET = 1.82$) (ex : Clinique du souffle Osséja, Enseignants en APA indépendants avec prise en charge de personnes ayant des pathologies déclarées) et 5 personnes du grand public ($M = 45$, $ET = 18$) (p. 62).

Matériel

La grille d'entretien comportait 4 questions nous permettant d'explorer les quatre dimensions du modèle 2PAP (Fernandez et al., 2006). Les questions posées aux participants étaient les suivantes : « Dans votre vie actuelle, quelles sont les raisons qui pourraient vous inciter à vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'Activité Physique Adaptée ? » ; « Dans votre vie actuelle, quelles sont les raisons qui pourraient vous conduire à ne pas vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'Activité Physique Adaptée ? » ; « Dans l'avenir, quelles sont les raisons qui pourraient vous inciter à vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'Activité Physique Adaptée ? » et enfin « Qu'appréhendez-vous le plus lorsque vous pensez à vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'Activité Physique Adaptée ? ».

Notre but était d'obtenir une verbalisation libre par rapport à l'adhésion ou non à un programme d'APA sur prescription médicale en environnement de montagne. La procédure a été identique à celle de l'étude 1 (p. 64).

Résultats

Une analyse de contenu a été réalisée. Celle-ci nous a permis de faire ressortir les motifs les plus fréquemment utilisés concernant l'adhésion ou non à un programme d'APA sur prescription médicale en environnement de montagne. Le tableau 9 présente la fréquence (en nombre et en pourcentage) des thèmes issus du discours des participants pour motifs d'adhésion ou non à un programme d'APA en fonction des quatre dimensions du modèle 2PAP (Fernandez et al., 2006).

Tableau 9. Fréquence des thèmes issus du discours des participants en fonction du modèle 2PAP (Fernandez et al., 2006).

	Patients (15)	Médecins (5)	Enseignants en APA (5)	Grand Public (5)
PUSH				
Détérioration de la qualité de vie/santé actuelle	10 (66,67%)	5 (100%)	4 (80%)	2 (40%)
Mauvaise qualité du suivi dans l'environnement actuel	14 (93,33%)	3 (60%)	5 (100%)	4 (80%)
Mauvaise qualité de l'environnement actuel	13 (86,67%)	4 (80%)	4 (80%)	5 (100%)
ANTI-PUSH				
Être satisfait de son environnement actuel	7 (46,67%)	3 (60%)	4 (80%)	4 (80%)
Bon suivi de l'APA dans son environnement actuel	8 (53,33%)	5 (100%)	5 (100%)	4 (80%)
Bonne ambiance dans le groupe d'APA actuellement	8 (53,33%)	3 (60%)	4 (80%)	5 (100%)
PULL				
Bénéfices physiques de l'APA en environnement de montagne	13 (86,67%)	5 (100%)	4 (80%)	2 (40%)
Bien-être mental de l'environnement de montagne	13 (86,67%)	3 (60%)	5 (100%)	3 (60%)
Plaisir de pratiquer l'APA en environnement de montagne	10 (66,67%)	1 (20%)	2 (40%)	3 (60%)
ANTI-PULL				
Craindre des terrains trop contraignants en environnement de montagne	8 (53,33%)	2 (40%)	1 (20%)	3 (60%)
Craindre des difficultés physiques en environnement de montagne	8 (53,33%)	2 (40%)	0 (0%)	4 (80%)
Craindre la distance pour se rendre en environnement de montagne	10 (66,67%)	4 (80%)	3 (60%)	3 (60%)

Les motifs associés à la dimension push ont impliqué chez les participants de l'étude, l'expression d'arguments tels que la détérioration de la qualité de vie/santé actuelle, la mauvaise qualité du suivi dans l'environnement actuel et la mauvaise qualité de l'environnement actuel. Concernant le motif lié à la détérioration de la qualité de vie/santé actuelle, les participants expliquaient que « *Ça serait une dégradation majeure de ma santé peut être qui pourrait m'inciter* » (P1). Concernant la mauvaise qualité du suivi dans l'environnement actuel, les participants expliquaient que « *Un mauvais encadrement, que l'entraîneur il ne sache pas de quoi il parle et qu'il ne soit pas bon* » (P22). Enfin, concernant la mauvaise qualité de l'environnement actuel, les participants expliquaient « *Si l'air est trop pollué ce n'est même pas la peine de faire une activité dehors* » (P27) ou « *par exemple on va se retrouver dans un endroit où ça va être bruyant, ça va un peu jouer sur les nerfs, ça va m'enquiquiner parce que je vais pas être détendu parce que je vais pas avoir l'impression qu'il y a que nous et je trouve ça le bruit par exemple aux alentours je trouve ça agressif [...] il y avait une personne qui fumait pas loin de nous et on s'est retrouvés avec le vent à avoir la fumée de cigarette et tout de suite ça nous a crispé quoi* » (P25).

Les motifs associés à la dimension anti-push ont impliqué chez les participants de l'étude, l'expression d'arguments tels que la satisfaction de l'environnement actuel, le bon suivi apporté lors de l'APA dans son environnement actuel et la bonne ambiance du groupe dans l'environnement actuel. Concernant le motif lié à la satisfaction de l'environnement actuel, les participants expliquaient que « *Je préfère le bord de mer et j'habite à côté donc je ne changerai pas non* » (P23). Concernant le motif lié au bon suivi apporté lors de l'APA dans l'environnement actuel, les participants expliquaient que « *Un suivi vraiment adapté à sa pratique sportive et à ses propres contraintes* » (P1). Concernant le motif lié à la bonne ambiance dans le groupe d'APA dans l'environnement actuel, les participants expliquaient que « *Je suis allé sur Nice dans ce programme pour justement être en groupe et faire des choses*

ensemble sachant que parfois ils organisent après des petits défis à la fin de l'année » (P7) ou « En groupe, c'est plus intéressant [...] J'en reviens au même mot c'est plus motivant [...] Il y a ça aussi parce que, après ça amène une certaine ambiance » (P23).

Les motifs associés à la dimension pull ont impliqué chez les participants de l'étude, l'expression d'arguments tels que les bénéfices physiques de l'APA en environnement de montagne, le bien-être mental de l'environnement de montagne et le plaisir à pratiquer en environnement de montagne. Concernant le motif lié aux bénéfices physiques de l'APA en environnement de montagne, les participants expliquaient que « *Du fait des bienfaits justement au niveau physique » (P25) ou « Les avantages aussi bien physiques que moralement parce que physiquement l'air de la montagne est quand même plus pur et plus sain » (P23). Concernant le motif lié au bien-être mental de l'environnement de montagne, les participants expliquaient que « Si on est dans un endroit où on voit justement la montagne et où c'est assez paisible » (P23) ou « Pour l'environnement pour que ça soit plus gai, plus agréable, la sensation de bien-être voilà, le bien-être je pense que c'est mieux dehors quoi » (P30). Concernant le motif lié au plaisir de la pratique de l'APA en environnement de montagne, les participants expliquaient que « J'aime bien la montagne, les randos en montagne, l'air de la montagne » (P30) ou « Le fait de savoir que je suis dans un environnement de nature en pleine montagne c'est sûr ça n'a rien à voir avec le fait d'être à l'intérieur » (P21).*

Les motifs associés à la dimension anti-pull ont impliqué chez les participants de l'étude, l'expression d'arguments tels que la crainte de terrains trop contraignants, la crainte d'une difficulté physique et la crainte d'une distance trop longue pour se rendre en environnement de montagne. Concernant le motif lié à la crainte de terrains trop contraignants, les participants expliquaient que « *Il y a des parcours qui peuvent être euh moins stables euh à faire avec notamment des cailloux » (P1) ou « Ce n'est pas plat et puis il y a des cailloux, il y a des petits rochers, il y a un petit peu de vase, des choses comme ça, on peut glisser » (P26).*

Concernant le motif lié à la crainte d'une difficulté physique, les participants expliquaient que « *Par exemple de voir une petite montagne, une colline et puis de la grimper doucement, il y a des risques, pour le faire dans mon état il faut quelqu'un qui a un bon cœur, qui n'a pas de maladie* » (P26) ou « *Il faut une certaine condition physique, c'est plus dur physiquement en montagne avec une pathologie* » (P22). Concernant le motif lié à la crainte de la distance trop longue pour se rendre en environnement de montagne, les participants expliquaient que « *La contrainte de la distance* » (P27) ou « *Les contraintes, l'éloignement, si ce n'était pas près de chez moi je ne pourrais pas y aller par exemple s'il fallait faire 50km, 100km en voiture non ce n'est pas possible quoi c'est vrai qu'il faut être à proximité moi je pense c'est la distance, la proximité, les moyens pour y accéder* » (P30).

Ces résultats nous ont permis d'avoir une idée plus précise des motifs d'adhésion ou de non-adhésion à un programme d'APA en environnement de montagne. Cette pré-enquête nous a permis de construire les items de l'étude quantitative.

Étude quantitative

Participants

Les participants étaient 453 adultes volontaires 139 hommes (30,7%) et 314 femmes (69,3%), dont 395 personnes ayant le statut « Affection Longue Durée » (87,2%), âgés de 18 à 90 ans ($M = 52.69$, $ET = 16.00$), non rémunérés, vivant en France. Plusieurs participants de la présente étude ont également participé à l'étude 2.

Plus précisément, les effectifs par tranche d'âge étaient répartis comme suit : 41 participants avaient de 18 à 25 ans (9,1%), 60 participants avaient de 26 à 40 ans (13,2%), 125 participants avaient de 41 à 55 ans (27,6%) et 227 participants avaient de 56 à 90 ans (50,1%). Par ailleurs, 109 participants étaient atteints de maladies cardiovasculaires (27,6%), 98 participants étaient atteints d'un cancer (24,8%), 80 participants étaient atteints de maladies métaboliques et auto-immunes (20,3%), 69 participants étaient atteints de maladies

respiratoires (17,5%), 26 participants étaient atteints de douleurs chroniques (6,6%), 12 participants étaient atteints de maladies neurodégénératives (3%) et 1 participant était atteint de maladie psychologique (0,3%). De plus, 348 d'entre eux avaient en possession une prescription médicale pour une APA (88%). En ce qui concerne le lieu de l'APA : 162 participants réalisaient leur APA en intérieur (46,6%), tandis que 186 participants réalisaient leur APA en extérieur (53,4%).

Matériel

Le matériel était un questionnaire composé de quatre ensembles de 20 items. Le premier ensemble contenait les items se rapportant à la dimension push, c'est à dire les considérations négatives qui « poussent » à vouloir partir de la situation présente. Ces items répondaient à la question : « Dans votre vie actuelle, quelles sont les raisons qui pourraient vous inciter à vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'Activité Physique Adaptée ? ». Les items répondant à cette question étaient tels que « M'apercevoir que ma qualité de vie se détériore » ou « ne plus supporter la pollution de mon environnement ».

Le deuxième ensemble contenait les items se rapportant à la dimension anti-push, c'est à dire les considérations positives qui « retiennent » les individus dans la situation présente. Ces items répondaient à la question : « Dans votre vie actuelle, quelles sont les raisons qui pourraient vous conduire à ne pas vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'Activité Physique Adaptée ? ». Les items répondant à cette question étaient tels que « Bénéficier actuellement d'un cadre apaisant pour mon activité physique » ou « Profiter d'une bonne ambiance dans mon groupe ».

Le troisième ensemble contenait les items se rapportant à la dimension pull, c'est à dire les considérations positives sur la situation future qui « attirent » vers la nouvelle situation. Ces items répondaient à la question : « Dans l'avenir, quelles sont les raisons qui pourraient vous inciter à vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'Activité

Physique Adaptée ? ». Les items répondant à cette question étaient tels que « Pouvoir profiter des bénéfices cardio-vasculaires de la pratique de l'APA en montagne » ou « Pouvoir ressentir un bien-être mental à pratiquer l'APA en environnement de montagne ».

Le quatrième ensemble contenait les items se rapportant à la dimension anti-pull, c'est à dire les considérations négatives (risques et coûts) associées à la nouvelle situation qui « freinent » la décision de l'arrêt de la présente situation. Ces items répondaient à la question : « Qu'appréhendez-vous le plus lorsque vous pensez à vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'Activité Physique Adaptée ? ». Les items répondant à cette question étaient tels que « Craindre des terrains de montagne trop contraignants » ou « Craindre de rencontrer des difficultés respiratoires lors de l'APA en montagne ».

Sous chaque item se trouvait une échelle de réponses de 11 points (0-10) avec « Tout à fait sûr que non » à gauche de l'échelle de réponses et « Tout à fait sûr que oui » à droite de l'échelle de réponse.

Procédure

Le questionnaire était disponible en ligne sur la plateforme Lime Survey. Les participants ont pu accéder au questionnaire majoritairement via les groupes d'APA sur Facebook. Certaines structures de santé, telles que la Clinique du Souffle d'Osséjà et Valpyrène (66), avaient également diffusé le questionnaire à leurs patients pratiquant une APA encadrée. Quelques enseignants en APA ayant été contactés lors de l'étude 1 avaient également partagé le lien du questionnaire à leurs patients ayant une APA. Nous avons également contacté plusieurs clubs sportifs proposant des séances d'APA, tels que les clubs d'aviron et de kayak de Saint-Nazaire (44). Les données ont été récoltées du mois de décembre 2021 au mois de mars 2023. Les critères d'inclusion étaient d'être majeur et de réaliser une APA, aucune exigence n'avait été formulée en ce qui concernait les conditions de cette APA. Le but de l'étude a été expliqué aux participants par une notice d'informations. Les participants ont

ensuite consenti à participer, en validant un formulaire de consentement éclairé. Après avoir informé les participants et obtenu leur consentement, les participants ont été interrogés individuellement. Le questionnaire a été rempli dans une salle au calme sans sollicitations extérieures. Nous avons demandé aux participants de lire les items présentés un à la fois dans un ordre aléatoire et d'indiquer leurs réponses selon l'échelle de réponse.

Les quatre ensembles ainsi que les items à l'intérieur de ceux-ci ont été présentés de manière randomisée. Les participants ont fourni leurs cotations à leur propre rythme. La totalité de l'expérimentation a duré entre vingt et trente minutes. Notre étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique de la recherche de l'Université Fédérale Toulouse Midi Pyrénées (numéro de dossier : 2020-325) ainsi que du DPD.

Analyses statistiques

L'analyse statistique s'est déroulée en deux étapes. Dans l'étape 1, nous avons réalisé une analyse en parallèle sur les données issues de chacune des quatre dimensions (push, pull, anti-push, anti-pull), afin de réduire le nombre d'items dans chacune des dimensions. Nous avons sélectionné 200 participants de manière aléatoire, afin d'avoir un ratio de 1/10 pour mener des analyses factorielles (Cid et al., 2022). Nous avons également vérifié l'indice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) et le test de Bartlett indiquant si l'ensemble des données est potentiellement factorisable (et réductible en items). Pour cela, le KMO doit être supérieur à 0.70 et l'indice de Bartlett doit être significatif ($p < .001$). Dans chaque dimension, nous avons gardé les items supérieurs à 0.400 et référencé dans un seul facteur de la structure.

Dans l'étape 2, nous avons mené une analyse factorielle confirmatoire pour tester le modèle à quatre dimensions issu de l'étape 1 sur les 400 participants. A cet effet, nous avons utilisé une rotation orthogonale Varimax normalisée afin que les facteurs soient analysés indépendamment les uns des autres. Différents indices ont été utilisés pour tester l'adéquation du modèle identifié (Hu & Bentler, 1998, 1999 ; Cid et al., 2022) : le rapport entre le chi-carré

et les degrés de liberté (χ^2/df , acceptable pour une valeur comprise entre 2 et 3) ; l'indice comparatif d'adéquation de Bentler (CFI, acceptable pour une valeur $\geq .90$) ; l'indice de Tucker-Lewis (TLI, acceptable pour une valeur $\geq .90$) ; l'erreur quadratique moyenne d'approximation (RMSEA, acceptable pour une valeur $\leq .08$) ; et le résidu quadratique moyen standardisé (SRMR, acceptable pour une valeur $< .10$). L'alpha de Cronbach pour chaque facteur a été mesuré comme guide de la cohérence interne ($\alpha > .70$; Nunally, 1978). Les données ont été analysées à l'aide de Jamovi.

Résultats

Tout d'abord, nous avons examiné la manière dont les motifs d'adhésion et ceux de la non-adhésion en environnement de montagne s'organisaient au sein des quatre dimensions (push, anti-push, pull, anti-pull).

Étape 1 : Résultats des analyses en parallèle conduites sur chacune des quatre dimensions

Analyse en parallèle de la dimension push

Une analyse en parallèle a été menée sur l'ensemble des items concernant la dimension push. Le KMO est de .95 et l'indice de Bartlett est de 2697 ($p < .001$), ce qui nous a permis de valider l'analyse parallèle. Nous avons déterminé le nombre d'items résultant de l'analyse en parallèle en repérant tout d'abord dans le facteur présentant la plus grande valeur propre (=10.07) et rendant compte de la part de variance la plus importante avec la dimension push (30%). Ensuite, nous avons sélectionné les items proposant les corrélations les plus importantes avec la dimension push ($> .400$). L'analyse en parallèle de la dimension push (c'est à dire les considérations négatives qui poussent les individus à vouloir partir de la situation actuelle) nous a permis d'obtenir 12 items pour cette dimension (cf. *Tableau 10*). Ces 12 items évoquent le manque de suivi ainsi que l'incompétence des professionnels d'APA, tels que « *Disposer d'un suivi trop insuffisant* », « *Trouver que le professionnel d'APA qui me suit actuellement n'est pas compétent* », ou « *Suivre des programmes d'APA non individualisés* ». Le score moyen de

ces 12 items était de $M = 7.26$ et $ET = 1.59$. L'item au score moyen le plus haut était « *Y être obligé à cause de la persistance des douleurs* » ($M = 7.49$; $ET = 1.90$), tandis que l'item au score moyen le plus bas était « *Avoir la sensation de ne pas progresser avec mon kinésithérapeute* » ($M = 7.05$; $ET = 1.98$).

Tableau 10. Résultats de l'analyse en parallèle concernant les motifs de la dimension push. Moyennes, écarts-types.

Dans votre vie actuelle, quelles sont les raisons qui pourraient vous inciter à vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'APA ?	Facteurs			M	ET
	I	II	III		
Estimer que les professionnels qui m'encadrent (médecin, professionnel d'APA...) ne sont pas compétents	0.74			7.16	2.03
Disposer d'un suivi trop insuffisant	0.73			7.46	2.07
Manquer d'échanges avec le professionnel d'APA qui me suit	0.73			7.26	1.99
Ne pas avoir confiance en mon médecin actuel	0.72			7.16	2.22
Avoir la sensation de ne pas progresser avec mon kinésithérapeute	0.70			7.05	1.98
Trouver que le professionnel d'APA qui me suit actuellement n'est pas compétent	0.70			7.36	2.05
Ne pas bénéficier d'un suivi de professionnels	0.68			7.27	2.01
M'apercevoir que le niveau des APAs qui me sont proposées actuellement n'est pas adapté	0.65			7.26	1.90
Me voir proposer des APAs non adaptées à ma condition physique	0.63			7.11	1.99
Avoir conscience que je n'obtiens aucun résultat positif actuellement	0.54			7.44	1.79
Suivre des programmes d'APA non individualisés	0.53			7.10	1.93
Y être obligé à cause de la persistance des douleurs	0.49			7.49	1.90
Ne plus supporter la pollution de mon environnement		0.72		6.87	1.97
Être victime des nuisances sonores de mon environnement		0.69		6.88	1.94
Être sans cesse fatigué		0.65		6.87	1.99
Être confronté à une mauvaise ambiance de groupe durant l'APA		0.60		7.15	1.92
M'apercevoir que ma qualité de vie se détériore			0.75	8.30	1.94
Me rendre compte que mon état de santé l'exige			0.66	8.42	1.67
M'apercevoir que mon état de santé s'est dégradé			0.65	8.05	1.93
M	7.26	6.94	8.20		
ET	1.59	1.58	1.47		

Note. La méthode d'extraction 'Résidu minimum' a été utilisée en association avec une rotation 'varimax'

Analyse en parallèle de la dimension anti-push

Une analyse parallèle a été menée sur l'ensemble des données issues des différents items concernant la dimension anti-push. Le KMO est de .85 et l'indice de Bartlett est de 982 ($p < .001$), ce qui nous a permis de valider l'analyse parallèle. Nous avons déterminé le nombre d'items résultant de l'analyse en parallèle en repérant tout d'abord dans le facteur présentant la plus grande valeur propre (= 4.55) et rendant compte de la part de variance la plus importante (13.43%). Ensuite, nous avons sélectionné les items proposant les corrélations les plus importantes avec la dimension push ($>.400$). L'analyse en parallèle de la dimension anti-push (c'est à dire les considérations positives qui retiennent les individus dans la situation actuelle) a fait ressortir 7 items pour cette dimension (cf. *Tableau 11*). Le score moyen de ces 7 items était de $M = 6.69$ et $ET = 1.07$. Ces 7 items évoquent le cadre apaisant et l'individualisation du programme d'APA, tels que « *Bénéficiaire actuellement d'un cadre apaisant pour mon activité physique* » ou « *Disposer d'un programme d'APA individualisé dans mon environnement* ». L'item au score moyen le plus haut était « *Disposer d'un programme d'APA bien inséré dans ma vie quotidienne* » ($M = 6.90$; $ET = 1.71$), tandis que l'item au score moyen le plus bas était « *Avoir été très bien informé sur le programme d'APA individualisé dans mon environnement* » ($M = 6.57$; $ET = 1.62$).

Tableau 11. Résultats de l'analyse en parallèle concernant les motifs de la dimension anti-push.

Moyennes, écarts-types.

Dans votre vie actuelle, quelles sont les raisons qui pourraient vous conduire à ne pas vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'Activité Physique Adaptée ?	Facteurs				M	ET
	I	II	III	IV		
Bénéficier d'un très bon accompagnement sur mon territoire	0.67				6.64	1.62
Avoir été très bien informé sur le programme d'APA sur mon territoire	0.59				6.57	1.62
Disposer d'un programme d'APA individualisé dans mon environnement	0.57				6.73	1.57
Bénéficier actuellement d'un cadre apaisant pour mon activité physique	0.53				6.64	1.72
Disposer d'un programme d'APA bien inséré dans ma vie quotidienne	0.47				6.90	1.71
Entretenir de bonnes relations avec les personnes qui m'encadrent actuellement	0.47				6.74	1.43
Savoir qu'il y a des spécialistes de ma pathologie sur mon territoire	0.45				6.65	1.75
Vouloir rester proche de ma famille et de mes proches		0.65			7.12	1.87
Me sentir plus en sécurité dans mon environnement habituel		0.50	0.41		6.72	1.60
Préférer suivre un programme d'APA à côté de chez moi		0.49			6.75	1.81
Avoir le sentiment que ma pathologie se soigne très bien dans l'environnement dans lequel je suis		0.46			6.75	1.63
Préférer mon environnement actuel		0.44			4.88	2.52
Être conscient que les professionnels de mon territoire sont réputés pour leur bienveillance			0.71		6.60	1.67
Avoir reçu des objectifs clairs et réalisables de la part des professionnels de mon territoire			0.49		6.81	1.61
Considérer que mon environnement actuel est plus accessible			0.40		7.10	1.55
Penser ne pas en avoir besoin				0.68	5.17	2.44
M	6.69	6.46	6.65	6.10		
ET	1.07	1.18	1.02	1.30		

Note. La méthode d'extraction 'Résidu minimum' a été utilisée en association avec une rotation 'varimax'

Analyse en parallèle de la dimension pull

Une analyse parallèle a été menée sur l'ensemble des données issues des différents items concernant la dimension pull. Le KMO est de .94 et l'indice de Bartlett est de 1760 ($p < .001$), ce qui nous a permis de valider l'analyse parallèle. Nous avons déterminé le nombre d'items résultant de l'analyse en parallèle en repérant tout d'abord dans le facteur présentant la plus grande valeur propre (= 7.84) et rendant compte de la part de variance la plus importante (24.7%). Ensuite, nous avons sélectionné les items proposant les corrélations les plus importantes avec la dimension push ($>.400$). L'analyse en parallèle de la dimension pull (c'est à dire les considérations positives sur la situation future qui attirent les individus vers la nouvelle situation, ici le programme d'APA en environnement de montagne) a fait ressortir 11 items pour cette dimension (*cf. Tableau 12*). Le score moyen de ces 11 items était de $M = 7.64$ et $ET = 1.09$. Ces 11 items évoquent les bénéfices physiques et mentaux d'un programme d'APA en environnement de montagne, tels que « *Pouvoir profiter des avantages reconnus par la science de l'activité physique en environnement de montagne* », « *Pouvoir m'apaiser grâce à la tranquillité et au calme de l'environnement de montagne* », ou « *Pouvoir bénéficier d'une qualité de l'air exceptionnelle* ». L'item au score moyen le plus haut était « *Pouvoir profiter des bénéfices cardio-vasculaires de la pratique de l'APA en montagne* » ($M = 8.08$; $ET = 1.85$), tandis que l'item au score moyen le plus bas était « *Pouvoir varier les terrains de pratique de l'APA* » ($M = 7.11$; $ET = 1.49$).

Tableau 12. Résultats de l'analyse en parallèle concernant les motifs de la dimension pull. Moyennes, écarts-types.

Dans l'avenir, quelles sont les raisons qui pourraient vous inciter à vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'Activité Physique Adaptée ?	Facteurs			
	I	II	M	ET
Pouvoir profiter des bénéfices cardio-vasculaires de la pratique de l'APA en montagne	0.71		8.08	1.85
Pouvoir profiter des avantages reconnus par la science de l'activité physique en environnement de montagne	0.67		7.68	1.60
Pouvoir gagner en vitalité en pratiquant l'APA en environnement de montagne	0.65		7.60	1.58
Pouvoir m'apaiser grâce à la tranquillité et au calme de l'environnement de montagne	0.62		7.93	1.61
Pouvoir être impacté positivement par la pratique de l'APA en environnement de montagne	0.61		7.54	1.53
Pouvoir ressentir un bien être mental à pratiquer l'APA en environnement de montagne	0.60		7.68	1.70
Pouvoir ressentir une sensation de liberté durant l'APA	0.55		7.26	1.79
Pouvoir prendre du plaisir à réaliser un effort physique en montagne	0.55		7.58	1.52
Pouvoir varier les terrains de pratique de l'APA	0.52		7.11	1.49
Pouvoir bénéficier d'un cadre environnemental qui incite à la pratique de l'activité physique	0.51		7.76	1.51
Pouvoir bénéficier d'une qualité de l'air exceptionnelle	0.49		7.77	1.51
Pouvoir contempler de jolis paysages de montagne		0.69	7.51	1.47
Pouvoir vivre un dépaysement au quotidien		0.68	7.38	1.49
Pouvoir me retrouver à la montagne, environnement que je préfère à la ville		0.63	7.23	1.66
Pouvoir découvrir d'autres horizons		0.56	7.13	1.52
Pouvoir pratiquer l'APA au contact de la nature		0.53	7.42	1.51
Pouvoir me retrouver dans un environnement que j'aime tout particulièrement		0.53	7.46	1.37
Pouvoir prendre du plaisir en pratiquant l'APA en extérieur		0.51	7.59	1.61
M	7.64	7.39		
ET	1.09	1.07		

Note. La méthode d'extraction 'Résidu minimum' a été utilisée en association avec une rotation 'varimax'

Analyse en parallèle de la dimension anti-pull

Une analyse parallèle a été menée sur l'ensemble des données issues des différents items concernant la dimension anti-pull. Le KMO est de .92 et l'indice de Bartlett est de 2308 ($p < .001$), ce qui nous a permis de valider l'analyse parallèle. Nous avons déterminé le nombre d'items résultant de l'analyse en parallèle en repérant tout d'abord dans le facteur présentant la plus grande valeur propre (= 6.94) et rendant compte de la part de variance la plus importante (27.45%). Ensuite, nous avons sélectionné les items proposant les corrélations les plus importantes avec la dimension push ($>.400$). L'analyse en parallèle de la dimension anti-pull (c'est à dire les considérations négatives (risques et coûts) associées à la nouvelle situation, ici le programme d'APA en environnement de montagne, qui freinent la décision de l'arrêt de la présente situation) a fait ressortir 10 items pour cette dimension (*cf. Tableau 13*). Le score moyen de ces 10 items était de $M = 6.06$ et $ET = 1.71$. Ces 10 items évoquent les craintes des individus envers l'environnement de montagne, tels que « *Craindre d'être mis en difficulté par l'altitude à laquelle la pratique de l'APA se déroule* », « *Craindre des terrains de montagne trop contraignants* » ou « *Craindre que ma pathologie ne me permette pas d'effectuer une APA en environnement de montagne* ». L'item au score moyen le plus haut était « *Craindre de rencontrer des difficultés respiratoires lors de l'APA en montagne* » ($M = 6.50$; $ET = 2.37$). Tandis que l'item au score moyen le plus bas était « *Craindre de pratiquer sur des terrains instables* » ($M = 5.37$; $ET = 2.02$).

Tableau 13. Résultats de l'analyse en parallèle concernant les motifs de la dimension anti-pull. Moyennes, écarts-types.

Qu'appréhendez-vous le plus lorsque vous pensez à vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'Activité Physique Adaptée (APA) ?	Facteurs				
	I	II	III	M	ET
Craindre de rencontrer des difficultés respiratoires lors de l'APA en montagne	0.85			6.50	2.37
Craindre de prendre trop de risques sur le plan physiologique durant l'APA	0.82			5.81	2.17
Craindre d'être mis en difficulté par l'altitude à laquelle la pratique de l'APA se déroule	0.81			6.38	2.35
Craindre d'être confronté à un dénivelé trop important durant l'APA	0.77			6.30	2.44
Craindre que ce soit difficile physiquement de pratiquer l'APA en montagne	0.76			6.14	2.10
Craindre de pratiquer sur des terrains instables	0.71			5.37	2.02
Craindre des terrains de montagne trop contraignants	0.64			5.91	1.96
Craindre la distance pour me rendre dans un environnement de montagne	0.62			6.19	2.43
Craindre de devoir séjourner plusieurs semaines loin de ma famille	0.61			6.05	2.28
Craindre que ma pathologie ne me permette pas d'effectuer une APA en environnement de montagne	0.58			5.99	2.25
Craindre un brusque changement de météo durant la pratique de l'APA en montagne		0.77		4.85	1.98
Craindre de me retrouver en danger lors de l'APA en montagne		0.76		4.46	2.29
Craindre de me faire mal		0.76		4.52	2.26
Craindre de devoir m'adapter au climat de montagne		0.71		4.71	1.90
Craindre que le climat ne soit pas favorable		0.69		4.70	2.02
Craindre que l'APA ne soit pas assez sécurisée		0.68		4.59	2.01
Craindre un manque d'équipement spécifique à la pratique de l'APA en montagne		0.57	0.51	4.64	2.11
Craindre de ne pas être accompagné par un spécialiste de la montagne			0.57	5.08	2.08
Craindre de participer à un programme d'APA non adapté à l'environnement de montagne			0.56	5.17	2.23
M	6.06	4.64	4.78		
ET	1.71	1.63	1.79		

Note. La méthode d'extraction 'Résidu minimum' a été utilisée en association avec une rotation 'varimax'

Après l'analyse parallèle, nous avons conservé 12 items pour la dimension push, 7 pour la dimension anti-push, 11 pour la dimension pull et 10 pour la dimension anti-pull, correspondant au premier facteur de chacune des analyses en parallèle. Ce qui nous donne un ensemble de 40 items pour l'analyse factorielle confirmatoire sur les 400 participants afin d'obtenir un ratio de 1/10. L'analyse factorielle confirmatoire a été menée sur les quatre dimension push, pull, anti-push, anti-pull.

Étape 2 : Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire

Une analyse factorielle confirmatoire a été conduite sur l'ensemble des données issues des items de chacune des dimensions à l'aide du logiciel Jamovi. Nous avons testé le modèle de corrélation des quatre dimensions à 40 items issues des analyses parallèles de l'étape 1 (voir tableau 10, 11, 12 et 13). Les items au coefficient supérieur à .400 ont été inclus dans le modèle. Le modèle à 4 facteurs corrélés a ainsi ensuite été éprouvé. Le modèle analysé était composé de 4 facteurs latents (push, pull, anti-push, anti-pull) et de 40 variables (items) observées. Chaque item n'était associé qu'à la variable latente qu'il mesurait. La consistance interne des sous échelles du modèle à quatre facteurs est satisfaisante (α de Cronbach = 0.93 pour la dimension push ; α de Cronbach = 0.72 pour la dimension anti-push ; α de Cronbach = 0.91 pour la dimension pull ; α de Cronbach = 0.91 pour la dimension anti-pull). Le tableau 14 présente les résultats de l'analyse et montre de satisfaisants indices d'ajustement du modèle (ratio $\chi^2/ddl = 1451/734 = 1.98$, TLI = .90 ; CFI = .91 ; RMSEA = .05 ; SRMR = .07). Ainsi, ces résultats signalent que notre modèle est compatible avec les données observées de notre échantillon.

Tableau 14. Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire au regard des motifs de chacune des dimensions. Moyennes, écarts-types, alpha de Cronbach, estimation, erreur standard, Z, et p.

Items	M	ET	Alpha de Cronbach	Estimation	Erreur Std.	Z	p
PUSH	7.38	1.31	.93				
Estimer que les professionnels qui m'encadrent (médecin, professionnel d'APA...) ne sont pas compétents	7.38	1.84	.92	1.41	.079	17.75	< .001
Disposer d'un suivi trop insuffisant	7.15	1.76	.92	1.34	.076	17.74	< .001
Manquer d'échanges avec le professionnel d'APA qui me suit	7.56	1.75	.93	0.97	.083	11.78	< .001
Ne pas avoir confiance en mon médecin actuel	7.45	1.58	.93	1.02	.072	14.17	< .001
Avoir la sensation de ne pas progresser avec mon kinésithérapeute	7.46	1.72	.92	1.36	.073	18.54	< .001
Trouver que le professionnel d'APA qui me suit actuellement n'est pas compétent	7.29	1.74	.92	1.38	.074	18.78	< .001
Ne pas bénéficier d'un suivi de professionnels	7.54	1.68	.93	1.20	.074	16.11	< .001
M'apercevoir que le niveau des APAs qui me sont proposées actuellement n'est pas adapté	7.69	1.77	.93	1.35	.076	17.70	< .001
Me voir proposer des APAs non adaptées à ma condition physique	7.32	1.69	.92	1.30	.073	17.84	< .001
Avoir conscience que je n'obtiens aucun résultat positif actuellement	7.17	1.77	.92	1.35	.077	17.62	< .001
Suivre des programmes d'APA non individualisés	7.30	1.78	.93	1.35	.077	17.56	< .001
Y être obligé à cause de la persistance des douleurs	7.26	1.76	.93	1.18	.079	14.84	< .001
ANTI-PUSH	6.66	0.92	.72				
Bénéficier actuellement d'un cadre apaisant pour mon activité physique	6.60	1.55	.69	0.85	.085	9.97	< .001
Avoir été très bien informé sur le programme d'APA sur mon territoire	6.59	1.34	.70	0.58	.075	7.69	< .001
Disposer d'un programme d'APA individualisé dans mon environnement	6.70	1.40	.68	0.75	.077	9.76	< .001
Bénéficier actuellement d'un cadre apaisant pour mon activité physique	7.01	1.64	.70	0.80	.091	8.80	< .001
Disposer d'un programme d'APA bien inséré dans ma vie quotidienne	6.67	1.54	.68	0.84	.084	9.96	< .001
Entretenir de bonnes relations avec les personnes qui m'encadrent actuellement	6.56	1.51	.67	0.95	.081	11.84	< .001
Savoir qu'il y a des spécialistes de ma pathologie sur mon territoire	6.50	1.53	.70	0.71	.085	8.32	< .001

PULL	7.61	1.17	.91				
Pouvoir profiter des bénéfices cardio-vasculaires de la pratique de l'APA en montagne	8.18	1.88	.90	1.34	.084	15.91	< .001
Pouvoir profiter des avantages reconnus par la science de l'activité physique en environnement de montagne	7.32	1.70	.90	1.15	.077	14.92	< .001
Pouvoir gagner en vitalité en pratiquant l'APA en environnement de montagne	7.08	1.50	.91	0.91	.070	12.93	< .001
Pouvoir m'apaiser grâce à la tranquillité et au calme de l'environnement de montagne	7.69	1.55	.90	1.03	.071	14.55	< .001
Pouvoir être impacté positivement par la pratique de l'APA en environnement de montagne	7.47	1.57	.90	1.10	.070	15.59	< .001
Pouvoir ressentir un bien être mental à pratiquer l'APA en environnement de montagne	7.72	1.64	.90	1.18	.073	16.20	< .001
Pouvoir ressentir une sensation de liberté durant l'APA	7.46	1.48	.90	0.95	.069	13.77	< .001
Pouvoir prendre du plaisir à réaliser un effort physique en montagne	7.56	1.52	.90	1.15	.067	17.27	< .001
Pouvoir varier les terrains de pratique de l'APA	7.84	1.65	.90	1.21	.073	16.61	< .001
Pouvoir bénéficier d'un cadre environnemental qui incite à la pratique de l'AP	7.75	1.68	.90	1.19	.075	15.82	< .001
Pouvoir bénéficier d'une qualité de l'air exceptionnelle	7.63	1.52	.90	1.03	.069	14.89	< .001
ANTI-PULL	6.14	1.57	.91				
Craindre de rencontrer des difficultés respiratoires lors de l'APA en montagne	5.82	1.81	.91	1.09	.085	12.84	< .001
Craindre de prendre trop de risques sur le plan physiologique durant l'APA	6.67	2.35	.90	1.97	.097	20.26	< .001
Craindre d'être mis en difficulté par l'altitude à laquelle la pratique de l'APA se déroule	6.17	1.93	.90	1.42	.085	16.78	< .001
Craindre d'être confronté à un dénivelé trop important durant l'APA	6.50	2.23	.90	1.82	.094	19.45	< .001
Craindre que ce soit difficile physiquement de pratiquer l'APA en montagne	6.02	2.15	.91	1.34	.100	13.44	< .001
Craindre de pratiquer sur des terrains instables	5.42	1.83	.91	1.20	.084	14.27	< .001
Craindre des terrains de montagne trop contraignants	6.25	2.25	.90	1.50	.102	14.72	< .001
Craindre la distance pour me rendre dans un environnement de montagne	6.06	2.13	.91	1.21	.101	12.03	< .001
Craindre de devoir séjourner plusieurs semaines loin de ma famille	5.94	1.97	.90	1.55	.084	18.43	< .001
Craindre que ma pathologie ne me permette pas d'effectuer une APA en environnement de montagne	6.57	2.25	.90	1.82	.094	19.26	< .001

Discussion

L'objectif de cette étude était de prolonger la compréhension des motifs de l'adhésion et du refus d'adhérer à un programme d'APA, dans un environnement spécifique, celui de montagne. L'objectif était également de tester le modèle théorique 2PAP (Mullet, 2000) dans le domaine de l'adhésion et de la non-adhésion d'un programme d'APA sur prescription médicale en environnement de montagne. Nous supposions identifier un modèle composé des quatre dimensions du modèle 2PAP (Mullet et al., 2020 ; Fernandez et al., 2006). Les résultats des analyses en parallèle ainsi que ceux de l'analyse factorielle confirmatoire ont validé cette hypothèse. En effet, les résultats montrent que les motifs de l'adhésion et de la non-adhésion à un programme d'APA sur prescription médicale en environnement de montagne se construisaient autour des quatre dimensions : push, pull, anti-push, anti-pull. Nous avons pu observer que les items de la dimension push, c'est à dire les considérations négatives qui poussent les individus à vouloir partir de la situation présente, s'organisaient autour de l'incompétence des professionnels de santé, d'un suivi insuffisant, de manquer d'échange avec les professionnels de santé ou encore le manque de confiance envers son médecin. Ces résultats sont en concordance avec les résultats de l'étude 1. Les items de la dimension anti-push, c'est à dire les considérations positives qui retiennent les individus dans la situation présente, s'organisaient autour des bénéfices du cadre apaisant de l'environnement actuel, la bonne information sur le programme ainsi que le fait de disposer d'un programme d'APA individualisé. Les items de la dimension pull, c'est à dire les considérations positives sur la situation future qui attirent vers la nouvelle situation ici l'environnement de montagne, s'organisaient autour des bénéfices cardiovasculaires de la pratique en montagne, du profit des avantages reconnus par la science de l'APA en montagne, de gagner en vitalité ou de pouvoir s'apaiser grâce à la tranquillité de l'environnement de montagne. Enfin, les items de la dimension anti-pull, c'est à dire des considérations négatives (les risques et les coûts) associées

à la nouvelle situation qui freinent la décision de l'arrêt de la présente situation, s'organisaient autour de la crainte de rencontrer des difficultés respiratoires, de prendre trop de risques sur le plan physiologique, d'être mis en difficulté par l'altitude ou d'être confronté à un dénivelé trop important. Nos résultats vont dans le sens des travaux de Razani et al. (2016) montrant le bénéfice de l'exposition à l'environnement naturel sur la santé des patients. De la même manière, l'exposition à un environnement naturel permet de diminuer le stress et d'apporter un apaisement aux patients (McCurdy, 2010). Ils confirment également l'effet positif de l'environnement naturel sur le bien-être psychologique et émotionnel (Marselle et al., 2013). De plus, nos résultats vont dans le sens des travaux de Rivière et Bigard (2020) montrant les craintes de la pratique d'une APA des individus ayant une pathologie, telles que la crainte d'aggraver leur pathologie, la crainte de se blesser ou la crainte d'augmenter leur douleur. Rassurer les patients sur la conception, la réalisation et la compatibilité du programme d'APA est donc essentiel afin d'optimiser leur adhésion à ce type de programme et notamment dans un environnement de montagne.

Nous pouvons considérer que l'ensemble des résultats obtenus apportent une contribution à notre domaine de recherche en nous permettant de comprendre ce qui pousse les individus à adhérer à un programme d'APA en environnement de montagne ou ce qui les retient à ne pas adhérer à un programme d'APA en environnement de montagne. Cependant, notre étude présente certaines limites. Tout d'abord, il aurait été intéressant d'interroger les participants sur leurs lieux de vie afin de savoir si leur domicile est proche d'un environnement de montagne ce qui peut influencer leur choix positivement à aller réaliser un programme d'APA en montagne. Comme vu dans les résultats de notre étude 1, la distance entre le lieu d'habitation et le lieu de l'APA peut décourager les patients si celle-ci est trop longue. De plus, nous aurions pu interroger les participants sur leur degré d'affection envers l'environnement de montagne. En effet, un individu n'aimant pas l'environnement de montagne va y trouver moins

de bénéfiques et cela peut impacter le degré d'adhésion au programme. Enfin, notons que le protocole de recherche est relativement lourd (80 items) et qu'une fatigue cognitive peut survenir tout au long de la passation (Jeong et al. 2023). Pour réduire cela, nous avons bien sûr présenter les quatre dimensions ainsi que les items de manière aléatoire à chaque participant.

Enfin, afin de mettre du lien entre les trois études précédentes, il est intéressant de réaliser une étude quantitative mettant en lien le coût (étude 1 et 2), le suivi médical (étude 1 et 2) et l'environnement de montagne (étude 3) afin d'étudier la manière dont les individus intègrent et combinent cognitivement ces différentes variables dans la prise de décision à adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale, en fonction de la motivation.

ÉTUDE 4 – Étude de la prise de décision à adhérer à un programme d’APA : une approche cognitive

Après avoir étudié les motifs en faveur de l’adhésion et du refus d’adhérer à un programme d’APA, ainsi que l’étude de ces motifs en environnement de montagne, cette quatrième étude nous permet maintenant d’étudier la manière dont les individus intègrent et combinent cognitivement différentes variables dans la prise de décision à adhérer à un programme d’APA sur prescription médicale au travers de la Théorie de l’Intégration de l’Information d’Anderson (2008).

Objectifs et Hypothèses

L’adhésion à une prescription médicale est généralement définie comme le degré auquel un patient se conforme aux instructions du médecin (Osterberg & Blaschke, 2005). Diverses études ont montré que le non-respect d’une prescription médicale est associé à des taux de morbidité et de mortalité plus élevés, ainsi qu’à des coûts de santé plus importants dans diverses populations de patients (Cramer et al., 2008). Pour comprendre ce phénomène médical complexe et multifactoriel, différents facteurs économiques, psychosociaux et environnementaux doivent être pris en compte (Desbrus-Qochih & Cathébras, 2012).

Sur la base des données de la littérature, nous avons décidé d’étudier trois facteurs. Le premier facteur (économique) est le remboursement des frais de santé. Les variables économiques sont souvent étudiées en ce qui concerne l’adhésion aux médicaments (Desbrus-Qochih & Cathébras, 2012). Une augmentation des coûts pour le patient a un impact négatif majeur sur l’adhésion (Ellis et al., 2004). Le coût des médicaments est un facteur prédictif majeur d’une mauvaise adhésion au traitement (Rodgers et al., 2018). Des études sur l’adhésion ont montré que les coûts élevés des traitements médicaux constituent des obstacles évidents à une bonne adhésion (Osterberg & Blaschke, 2005). De plus d’après l’étude 1, le coût est un facteur motivationnels de non-adhésion énoncé chez les personnes ayant une APA.

Le deuxième facteur (psychosocial) concerne le suivi médical. Une bonne relation entre le professionnel de santé et le patient est essentielle pour l'adhésion au traitement (Desbrus-Qochih & Cathébras, 2012). Rhodes et Fiala (2009) ont montré que l'adhésion au traitement était plus élevée lorsque le médecin associait la prescription médicale d'activité physique à un programme détaillé et à un suivi individuel spécifique. En effet, les patients souffrant de douleurs chroniques ont déclaré avoir besoin de plus de soutien, d'une routine claire et d'un suivi (Joelsson et al., 2017). De plus d'après l'étude 1 et 2, le suivi médical est un facteur motivationnels d'adhésion énoncé chez les personnes ayant une APA.

Le troisième facteur concerne l'environnement. L'APA peut être pratiquée à l'intérieur ou à l'extérieur. L'activité physique en plein air et les sentiments de connexion avec la nature améliorent la santé psychologique et le bien-être et diminuent les niveaux d'anxiété (Lawton et al., 2017). La marche dans un environnement naturel a des effets plus positifs sur la santé psychologique et émotionnelle que la marche en milieu urbain (Marseille et al., 2013). De plus d'après l'étude 3, l'environnement est un facteur des motifs d'adhésion énoncé chez les personnes ayant une APA.

L'objectif de la présente étude était de tester l'impact de la motivation sur le processus d'intégration de l'information, tel qu'il est appréhendé à travers la TR et la TII. Pour ce faire, nous avons comparé la manière dont les individus intégraient mentalement trois facteurs (le remboursement, le suivi médical et l'environnement) pour adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale en fonction de l'état motivationnel du patient.

Notre première hypothèse était que les trois facteurs économique, psychosocial, et environnemental seraient pris en compte par les participants lorsqu'ils décideraient à adhérer à une prescription médicale d'APA, quelle que soit la motivation. Notre deuxième hypothèse était que les règles cognitives appliquées à l'adhésion dépendraient de l'état métamotivationnel par rapport au domaine des buts et des moyens (i.e. avec des différences entre l'état téléique et l'état

paratélique) et de l'état métamotivationnel des individus par rapport au domaine des règles et des contraintes (i.e. avec des différences entre l'état conformiste et l'état négativiste).

Méthode

Le cadre méthodologique de l'étude s'appuyait sur la méthodologie précaunisée par Anderson (1996, 2008), c'est à dire la mise en place de scénarios, comprenant une phase de familiarisation et une phase expérimentale. Nous avons donc construit des scénarios dans lesquels des situations fictives mais concrètes étaient présentées aux participants. Ces situations ont été construites à partir du croisement des modalités de plusieurs facteurs (ALD, suivi, environnement) (*cf. Chapitre 3*).

Participants

Les participants étaient 199 adultes volontaires (78 hommes et 121 femmes, dont 26 personnes ayant le statut « Affection Longue Durée »), âgés de 20 à 81 ans ($M = 38.25$, $ET = 16.81$), non rémunérés, vivant en France.

Matériel

Le matériel était composé de 48 scénarii, d'une question et d'une échelle de jugement. Les scénarii ont été créés à partir de la combinaison des différentes modalités des trois facteurs : (a) le remboursement (pas de remboursement ou remboursement), (b) le suivi médical (suivi spécifique et rendez-vous mensuel ou pas de véritable suivi et aucun rendez-vous), (c) l'environnement (marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur, marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes ou marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé). Ces scénarii ont été proposés dans quatre conditions : (i) l'atteinte d'un objectif d'amélioration de la santé, (ii) la recherche du plaisir immédiat lors de la pratique, (iii) le respect de la prescription du médecin (iv) le combat de la maladie. Le plan factoriel global est comme suit : $4 \times (2 \times 2 \times 3) = 48$ scénarii, soit 12 scénarii

pour chacune des conditions. Une première condition concernait l'état métamotivationnel télélique, une deuxième condition concernait l'état métamotivationnel paratélique, une troisième condition concernait l'état métamotivationnel conformiste, et une quatrième condition concernait l'état métamotivationnel négativiste.

Un exemple de scénario était énoncé comme suit :

« Maël habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'APA. L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, **Maël sera remboursé pour les frais engagés dans l'activité.** Maël pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé.** Il sera encadré par un professionnel de l'APA. En plus de cet accompagnement, **le médecin propose un suivi spécifique** à Maël et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé. »

Sous chaque scénario, les participants devaient répondre à la question « Si vous étiez Maël, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous vous êtes fixé comme objectif d'améliorer votre santé ? » pour une première condition (télélique), « Si vous étiez Maël, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que la pratique vous procurera du plaisir et du bien-être immédiat ? » pour une deuxième condition (paratélique). « Si vous étiez Maël, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ? » pour une troisième condition (conformisme), et « Si vous étiez Maël, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ? » pour une quatrième condition (négativisme). Sous chaque question, se trouvait une

échelle de jugement de 11 points (0-10) avec « Tout à fait sûr que non » à gauche de l'échelle de jugement et « Tout à fait sûr que oui » à droite de l'échelle de prise de décision.

Procédure

Nous avons contacté les participants par téléphone, par courriel, par bouche à oreille. Certains participants nous ont contactés via les clubs sportifs proposant une APA au sein de leur structure. Le recueil des données a été fait de décembre 2020 à octobre 2022.

Après avoir informé les participants et obtenu leur consentement, ceux-ci ont été interrogés individuellement. Le questionnaire a été rempli dans un environnement calme et sans sollicitation extérieure. Deux phases se sont succédé : une phase de familiarisation et une phase expérimentale.

Dans la phase de familiarisation, nous avons expliqué à chaque participant ce qui était attendu, c'est à dire qu'il devait lire un certain nombre de scénarios dans lesquels un individu est confronté à différentes variables, le remboursement, le suivi médical et l'environnement, et indiquer dans quelle mesure il pensait prendre la décision à adhérer au programme d'activité physique sur prescription médicale, dans un premier ensemble pour l'atteinte d'un objectif d'amélioration de sa santé, dans un deuxième ensemble pour le plaisir immédiat de la pratique, dans un troisième ensemble pour le respect de la prescription du médecin et dans un quatrième ensemble pour combattre la maladie et s'en libérer. Dans cette phase de familiarisation, 3 scénarii choisis parmi l'ensemble des scénarii ont été présentés. Le choix de ces 3 scénarii a été guidé de manière à exposer les participants à toutes les modalités des variables indépendantes. Le but de cette phase était de familiariser le plus possible les participants avec le matériel et la tâche à réaliser. Lors de cette phase, les participants étaient autorisés à nous poser des questions au sujet de la compréhension des variables, ainsi que d'ajuster leur évaluation sur l'échelle de prise de décision.

Dans la phase expérimentale, les quatre ensembles des 12 scénarii téléiques, paratéléiques, conformistes et négativistes ont été présentés aux participants. Les participants étaient confrontés aux scénarii de manière totalement aléatoire, que ce soit l'ordre des ensembles (téléique, paratéléique, conformisme, négativisme) ainsi que l'ordre des scénarii à l'intérieur de ceux-ci. Ils ont fourni leur cotation à leur propre rythme, cependant sans possibilité d'échanger avec nous ou une personne extérieure, ou de revenir en arrière ni d'apporter des changements comme dans la phase de familiarisation. La totalité de l'expérimentation a duré entre quarante-cinq minutes et une heure.

Notre étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique de la recherche de l'Université Fédérale Toulouse Midi Pyrénées (numéro de dossier : 2020-325) ainsi que du DPD.

Analyses statistiques

L'ensemble des statistiques a été effectué à l'aide du logiciel Statistica. Nous avons commencé par réaliser une ANOVA à mesures répétées sur l'ensemble des données récoltées suivant le plan factoriel 4 (téléique/paratéléique/conformisme/négativisme) x 2 (remboursement/pas de remboursement) x 2 (suivi spécifique/pas de suivi) x 3 (intérieur sans vue/intérieur avec vue montagne/extérieur montagne). Nous avons mis en place une ANOVA à mesures répétées étant donné que nous voulions découvrir l'effet de plusieurs facteurs et leurs interactions sur la prise de décision à adhérer au programme d'APA (Dancey & Reidy, 2016) et que les participants ont tous été confrontés aux 48 scénarii.

Nous avons ensuite réalisé une ANOVA pour chacune des paires d'états métamotivationnels somatiques. C'est à dire que nous avons réalisé une première ANOVA sur les données issues de la condition téléique/paratéléique, 2 (téléique/paratéléique) x 2 (remboursement/pas de remboursement) x 2 (suivi spécifique/pas de suivi) x 3 (intérieur sans vue/intérieur avec vue montagne/extérieur montagne) et une seconde ANOVA pour la paire conformisme/négativisme, 2 (conformisme/négativisme) x 2 (remboursement/pas de

remboursement) x 2 (suivi spécifique/pas de suivi) x 3 (intérieur sans vue/intérieur avec vue montagne/extérieur montagne). Nous avons réalisé ces deux ANOVAs afin de déterminer s'il existait une différence entre les états métamotivationnels d'un même domaine sur la prise de décision à adhérer à un programme d'APA. Ensuite, nous avons observé l'effet des interactions des variables indépendantes sur les différentes conditions (correspondant aux états métamotivationnels) de manière à déterminer de quelle façon les individus intègrent les informations en fonction de leur motivation à adhérer au programme d'activité physique sur prescription médicale. Enfin, nous avons présenté les interactions des variables par l'intermédiaire d'une analyse graphique afin de visualiser, identifier et analyser les règles cognitives. Nous avons effectué une analyse post-hoc de Tuckey pour la variable environnement car celle-ci se compose de trois modalités. Le post-hoc nous a permis de vérifier la significativité de chaque modalité pour la variable environnement et la variable motivation.

Résultats

Résultats de l'ANOVA : États métamotivationnels × Remboursement × Suivi médical × Environnement

L'ANOVA à 4 (télique/paratélique/conformisme/négativisme) x 2 (remboursement/pas de remboursement) x 2 (suivi spécifique/pas de suivi) x 3 (intérieur sans vue/intérieur avec vue montagne/extérieur montagne) facteurs a révélé un effet significatif de chaque facteur : Suivi médical, $F(1,198) = 229.35 ; p < .001 ; \eta^2_p = .54$; Environnement, $F(2,396) = 173.01 ; p < .001 ; \eta^2_p = .47$; Remboursement, $F(1,198) = 123.27 ; p < .001 ; \eta^2_p = .38$; et État métamotivationnel, $F(3,594) = 10.95 ; p < .001 ; \eta^2_p = .05$.

Pour le facteur État métamotivationnel, le test de Tuckey a révélé une différence significative ($p < .05$) entre l'état télitique ($M = 6.33 ; ET = 0.45$) et l'état paratélique ($M = 6.06 ; ET = 0.43$) et entre l'état conformiste ($M = 5.92 ; ET = 0.48$) et l'état négativiste ($M = 6.40 ; ET = 0.50$).

Pour le facteur Environnement, le test de Tuckey a révélé une différence significative entre les trois modalités : Intérieur sans vue extérieure ($M = 5.02$; $ET = 0.49$) ; Intérieur avec vue sur la montagne ($M = 6.28$; $ET = 0.40$) ; et Environnement extérieur en montagne ($M = 7.23$; $ET = 0.33$).

Résultats des ANOVAs dans le domaine des buts et des moyens : états téléique et paratéléique

Les résultats des deux ANOVAs réalisées sur les données du domaine des buts et des moyens (états téléique et paratéléique) sont présentés dans le tableau 15, le tableau 16 et la figure 5 (panneau supérieur gauche pour l'état téléique et panneau supérieur droit pour l'état paratéléique). La figure 5 montre l'effet des facteurs "Remboursement" et "Environnement" sur la prise de décision à adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale pour les états téléique et paratéléique. Les notes moyennes de la prise de décision sont indiquées sur l'axe des ordonnées et les trois modalités de l'environnement sont indiquées sur l'axe des abscisses. Chaque ligne correspond à une modalité de remboursement.

Dans le panneau supérieur gauche de la figure 5 (condition téléique), les courbes sont croissantes de gauche à droite et indiquent donc un effet du facteur Environnement. Les courbes sont séparées, ce qui indique un effet du facteur Remboursement. Le fait que les courbes soient parallèles indique que les participants ont utilisé une règle cognitive additive. L'interaction Remboursement \times Environnement n'est pas significative ($F(2,396) = 0.14$, $p = .87$) (tableau 15).

Dans le panneau supérieur droit de la figure 5 (condition paratéléique), les courbes s'élèvent de gauche à droite et indiquent donc un effet du facteur Environnement. Les courbes sont séparées, ce qui indique un effet du facteur Remboursement. Le fait que les courbes forment un éventail qui s'ouvre vers la droite indique que les participants ont utilisé une règle cognitive conjonctive. L'interaction Remboursement \times Environnement est statistiquement significative ($F(2,396) = 4.21$, $p < .05$) (tableau 15).

Figure 5. Effet de l'interaction du remboursement et de l'environnement sur la décision à adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale dans les conditions téléique, paratélique, conformiste et négativiste.

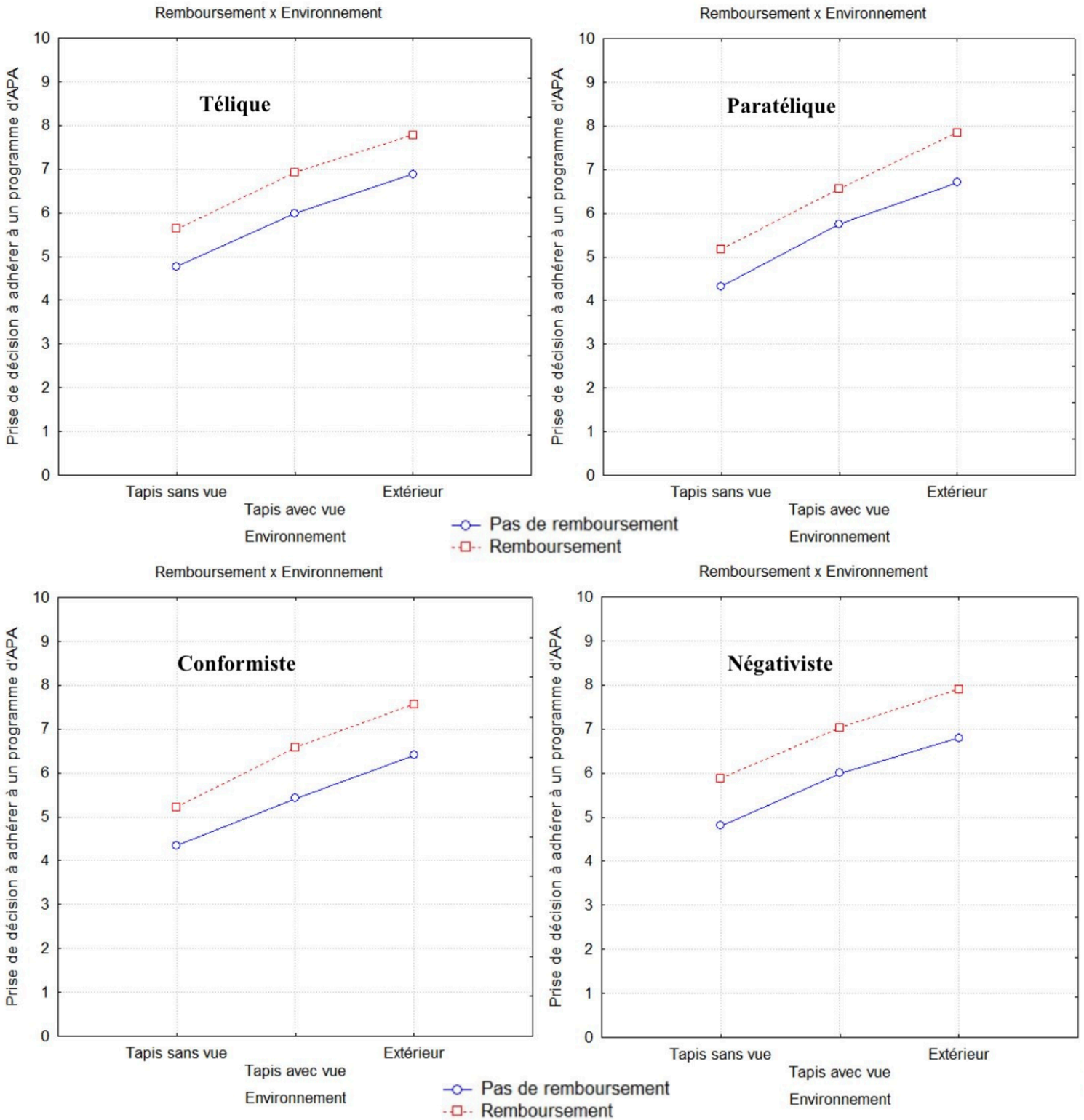


Tableau 15. Principaux résultats de l'ANOVA sur les données issues des conditions télélique, paratélélique, conformiste et négativiste

Facteurs	Effet		Erreur		F	p	η^2_p
	df	MS	df	MS			
MOTIVATION TÉLIQUE							
Remboursement (R)	1	482.13	198	5.55	86.83	.000	.30
Suivi	1	2532.11	198	11.31	223.97	.000	.53
Environnement (E)	2	908.94	396	6.61	137.55	.000	.41
R x Suivi	1	17.94	198	1.84	9.73	.002	.05
Coef. Bilinéarité	1	17.94	198	1.84	9.73	.002	
R x E	2	0.24	396	1.77	0.14	.872	.00
Suivi x E	2	7.94	396	1.64	4.85	.008	.02
Coef. Bilinéarité	1	12.67	198	1.70	7.45	.007	
R x Suivi x E	2	0.09	396	1.62	0.06	.945	.00
MOTIVATION PARATÉLIQUE							
Remboursement (R)	1	519.68	198	5.79	89.79	.000	.31
Suivi	1	1950.15	198	12.18	160.08	.000	.45
Environnement (E)	2	1270.77	396	8.50	149.47	.000	.43
R x Suivi	1	0.06	198	1.62	0.04	.847	.00
R x E	2	6.50	396	1.54	4.21	.016	.02
Coef. Bilinéarité	1	8.60	198	1.49	5.78	.017	
Suivi x E	2	13.37	396	1.50	8.88	.000	.04
Coef. Bilinéarité	1	17.94	198	1.80	9.99	.002	
R x Suivi x E	2	0.64	396	1.40	0.45	.636	.00

MOTIVATION CONFORMISTE

Remboursement (R)	1	678.61	198	6.21	109.32	.000	.36
Suivi	1	2644.54	198	12.42	212.95	.000	.52
Environnement (E)	2	962.21	396	7.37	130.59	.000	.40
R x Suivi	1	8.09	198	1.63	4.98	.027	.02
Coef. Bilinéarité	1	8.09	198	1.63	4.98	.027	
R x E	2	5.35	396	1.36	3.93	.020	.02
Coef. Bilinéarité	1	8.31	198	1.47	5.67	.018	
Suivi x E	2	4.47	396	1.35	3.30	.038	.02
Coef. Bilinéarité	1	5.67	198	1.35	4.20	.042	
R x Suivi x E	2	3.35	396	1.16	2.88	.057	.01

MOTIVATION NÉGATIVISTE

Remboursement (R)	1	683.95	198	7.26	94.25	.000	.32
Suivi	1	2534.17	198	13.33	190.14	.000	.49
Environnement (E)	2	811.77	396	6.40	126.93	.000	.39
R x Suivi	1	2.42	198	1.44	1.68	.196	.01
R x E	2	0.29	396	1.16	0.25	.782	.00
Suivi x E	2	4.48	396	1.09	4.11	.017	.02
Coef. Bilinéarité	1	7.88	198	1.12	7.06	.009	
R x Suivi x E	2	0.36	396	1.01	0.36	.699	.00

Résultats des ANOVAs dans le domaine des règles et contraintes : états conformiste et négativiste

Les résultats des deux ANOVAs réalisées sur les données du domaine des règles et contraintes (conditions conformiste et négativiste) sont présentés dans le tableau 15, le tableau 16 et la figure 5 (en bas à gauche pour l'état conformiste ; en bas à droite pour l'état négativiste).

Dans le panneau inférieur gauche de la figure 5 (condition conformiste), les courbes s'élèvent de gauche à droite et indiquent donc un effet du facteur Environnement. Les courbes sont séparées, ce qui indique un effet du facteur Remboursement. Le fait que les courbes forment un éventail qui s'ouvre vers la droite indique que les participants ont utilisé une règle cognitive conjonctive. L'interaction Remboursement \times Environnement est significative statistiquement ($F(2,396) = 3.93, p < .05$) (tableau 15).

Dans le panneau inférieur droit de la figure 5 (condition négativiste), les courbes montent de gauche à droite et indiquent donc un effet du facteur Environnement. Les courbes sont séparées, ce qui indique un effet du facteur Remboursement. Le fait que les courbes soient parallèles indique que les participants ont utilisé une règle cognitive additive. L'interaction Remboursement \times Environnement n'est pas significative statistiquement ($F(2,396) = 0.25, p = .782$) (tableau 15).

Tableau 16. Moyennes (*M*) et écarts-types (*ET*) pour les trois facteurs (Remboursement, Suivi médical, Environnement) dans chaque condition (télique, paratélique, conformiste et négativiste).

Facteurs	Télique		Paratélique		Conformiste		Négativiste	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
REMBOURSEMENT								
Pas de remboursement	5.88	0.37	5.59	0.36	5.87	0.41	5.39	0.57
Remboursement	6.77	0.31	6.53	0.30	6.94	0.34	6.46	0.33
SUIVI MÉDICAL								
Pas de suivi médical	5.30	0.40	5.15	0.39	5.37	0.45	4.87	0.43
Suivi médical spécifique	7.36	0.32	6.97	0.31	7.43	0.34	6.98	0.32
ENVIRONNEMENT								
Intérieur sans vue sur l'extérieur	5.20	0.35	4.75	0.36	5.33	0.37	4.78	0.72
Intérieur avec vue sur les montagnes	6.45	0.29	6.16	0.30	6.51	0.32	6.00	0.42
Extérieur environnement de montagne	7.40	0.25	7.27	0.24	7.35	0.28	6.98	0.48

Discussion

L'objectif de la présente étude était de tester l'impact de l'état métamotivationnel sur le processus d'intégration de l'information, tel qu'il est appréhendé à travers la TII et la TR. Pour ce faire, nous avons comparé la manière dont les individus intègrent mentalement trois facteurs (le remboursement, le suivi médical et l'environnement) lorsqu'ils décident dans quelle mesure ils vont adhérer au programme d'APA prescrit par le médecin, en fonction de l'état métamotivationnel des individus.

Notre première hypothèse était que les trois facteurs seraient pris en compte par les participants lorsqu'ils prendraient la décision à adhérer à un programme d'APA sur prescription

médicale, quel que soit le type de motivation du participant. Nos résultats ont confirmé cette hypothèse. Le remboursement, le suivi médical et l'environnement ont des effets significatifs positifs sur la décision à adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale dans les conditions téléique, paratélique, conformiste et négativiste. Le facteur influençant le plus les participants était le suivi médical, suivi de l'environnement puis du remboursement lors de la prise de décision à adhérer au programme. La proposition d'un suivi médical était associée à une plus grande adhésion déclarée au programme d'APA. Ce résultat est conforme aux données de la littérature sur l'importance du suivi médical dans l'adhésion aux prescriptions médicales (Joelsson et al., 2017). Une plus grande exposition à un environnement montagneux était associée à une plus grande adhésion déclarée au programme d'APA. Tout comme l'activité physique dans un environnement naturel améliore la santé psychologique des individus (Lawton et al., 2017), l'environnement de montagne a influencé positivement l'adhésion déclarée à un programme d'APA. Le remboursement est associé à une plus grande adhésion déclarée au programme d'APA. Ce résultat confirme des résultats antérieurs sur l'impact négatif du coût sur l'adhésion au traitement médical (Rodgers et al., 2018). Ces résultats complètent également les résultats trouvés dans les études 1, 2 et 3.

Notre deuxième hypothèse était que dans les deux domaines métamotivationnels somatiques (c'est-à-dire le domaine des buts et des moyens, composé des états téléique et paratélique et le domaine des règles et des contraintes, composé des états conformiste et négativiste), les règles cognitives dépendraient de l'état métamotivationnel des individus. Nos résultats ont confirmé cette hypothèse. Dans chaque domaine somatique, les participants ont utilisé deux règles d'intégration différentes pour décider dans quelle mesure ils adhéreraient à un programme d'APA prescrit par un médecin.

Dans le domaine des buts et des moyens, les individus ont utilisé une règle additive dans la motivation téléique et une règle conjonctive dans la motivation paratélique pour décider de

l'adhésion. Pour la motivation télélique, quelle que soit la situation, les facteurs « Remboursement » et « Environnement » ont le même poids dans le processus d'intégration : le remboursement des frais et une plus grande implication de l'environnement de montagne sont associés à une plus grande adhésion au programme d'APA. Pour la motivation paratélique, les individus ont appliqué une règle cognitive conjonctive à la décision d'adhésion au programme d'APA. Le facteur de remboursement avait plus de poids lorsque le programme d'APA se déroulait dans un environnement de montagne extérieur que lorsque le programme se déroulait à l'intérieur et non dans un environnement de montagne. Les règles cognitives trouvées dans notre étude sont en accord avec celles décrites par Zarrouk et Fruchart (2021) : pour décider du niveau d'engagement dans une course, les participants ont également utilisé une règle additive pour la motivation télélique et une règle conjonctive pour la motivation paratélique (Zarrouk et Fruchart, 2021).

Dans le domaine des règles et des contraintes, deux règles cognitives différentes ont également été identifiées : une règle additive pour l'état métamotivationnel négativiste et une règle conjonctive pour l'état métamotivationnel conformiste. Pour l'état métamotivationnel négativiste, le remboursement et l'environnement ont le même poids. Dans l'état métamotivationnel conformiste, le remboursement avait moins de poids pour un environnement intérieur sans vue sur l'extérieur que pour un environnement de montagne en plein air. Ceci confirme les résultats trouvés pour le premier domaine somatique (i.e. buts et moyens) dans la prise de décision sportive (Zarrouk & Fruchart, 2021).

Le même type d'effet de l'état de motivation sur l'intégration de l'information a été identifié. Dans chaque domaine, nous avons trouvé une règle additive pour un état métamotivationnel et une règle conjonctive pour l'état métamotivationnel opposé. En ce qui concerne la TR (Apter, 2001), ce résultat est conforme au concept de renversement ou d'alternance entre les états métamotivationnels appariés. Dans le sport comme dans la vie

quotidienne, le mécanisme de renversement peut être déclenché par la satiété, la frustration ou la contingence. Nos résultats ont montré que ce renversement peut également être illustré par la manière dont les gens combinent les facteurs pour prendre une décision. Peut-on parler de « renversement décisionnel cognitif » ? En ce qui concerne la TII (Anderson, 2008), nos résultats soulignent l'importance de considérer deux principes : chaque jugement, décision ou action dépendra de l'intégration de l'information (le premier principe) et sera guidé par l'état motivationnel des individus (le second principe). Notre étude a combiné les deux principes. L'état motivationnel d'un individu peut modifier le processus d'intégration de l'information dans la prise de décision sportive. Comme le mentionne Anderson (2008), la motivation doit être prise en compte dans les études psychologiques portant sur la manière dont les individus combinent différents facteurs lorsqu'ils prennent une décision.

Ainsi, notre étude a confirmé et étendu les résultats initiaux sur l'effet de la motivation dans l'intégration de l'information (Zarrouk & Fruchart, 2021), cependant celle-ci présentait un certain nombre de limites. Tout d'abord, les prénoms utilisés dans les scénarii sont exclusivement des prénoms masculins alors que le questionnaire s'adresse à une population d'hommes et de femmes. Le fait de proposer exclusivement des prénoms masculins peut être un biais à l'identification des participantes aux différents scénarii. Cependant, le fait de proposer des prénoms masculins et féminins en alternance peut influencer différemment les participants, d'où notre choix de prénoms exclusivement d'un seul genre. Ensuite, au niveau de la variable type de maladie, c'est à dire le fait que l'individu ait le statut ALD ou non, il y a eu confusion. Nous avons mis un exemple de maladie (obésité : non ALD ou insuffisance respiratoire chronique : ALD) afin de faciliter l'identification des participants aux scénarii, cependant les sujets de l'étude ont pris en compte de manière plus importante la maladie et non le fait d'avoir le statut ALD ou non, qui permet d'obtenir des aides financières à la pratique d'activité physique. Ensuite, la question de la condition téléique est en accord avec les résultats

de l'étude 1 et de l'étude 2. Les questions de la condition paratélique et de la condition conformisme sont en accord avec l'étude 1 mais ne correspondent pas à ce qui a été trouvé dans l'étude 2. La question de la condition négativisme ne correspond pas aux résultats trouvés dans l'étude 1 et 2. De plus, nous nous sommes intéressés uniquement aux états métamotivationnels somatiques, c'est-à-dire aux états téléique, paratélique, conformisme et négativisme. Afin d'étudier pleinement la TR, il serait nécessaire d'évaluer l'impact d'autres états métamotivationnels couverts par la TR (tels que les deux paires d'états transactionnels, correspondant aux interactions avec d'autres individus ou objets : les états de maîtrise et de sympathie, et les états autique et alloïque) sur la prise de décision, les jugements et les règles cognitives. La théorie de l'intégration de l'information est à la fois une approche psychologique décisionnelle et un cadre théorique de jugement. Comme l'étude de Zarrouk et Fruchart (2021), notre travail s'est concentré sur la prise de décision. Le processus de jugement dans le sport a souvent été étudié au regard de la TII (e.g. Fruchart, 2021) mais la présente étude est la première à s'être intéressée à l'impact de la motivation sur un processus de jugement. Dans notre étude, nous avons considéré que tous les participants développaient le même type de processus d'intégration de l'information. Or, des études de la TII en psychologie du sport (e.g. Fruchart & Rulence-Pâques, 2020) et en psychologie de la santé (Rosier et al., 2018) ont montré qu'il existe différentes positions de jugement en fonction des caractéristiques des participants.

DISCUSSION GÉNÉRALE

La promotion de l'APA sur prescription médicale est un élément crucial dans le domaine de la santé, visant à améliorer la condition physique et le bien-être des patients. L'adhésion à un programme d'APA sur prescription médicale est essentielle pour améliorer la santé et le bien-être des individus. En effet, la pratique régulière d'exercices physiques adaptés peut contribuer de manière significative à la prévention et à la gestion de diverses situations médicales telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'obésité, ou encore les troubles musculosquelettiques.

Les différents travaux effectués nous ont permis d'explorer et d'identifier les motifs conduisant les patients à adhérer ou à refuser d'adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale. Ils nous ont également permis d'étudier la manière dont les individus intègrent et combinent différentes informations pour prendre la décision à adhérer ou non à un programme d'APA sur prescription médicale. Dans l'étude 1, nous avons observé que certains motifs favorisent l'adhésion à un programme d'APA sur prescription médicale, tandis que d'autres freinent cette adhésion. Nous avons compris que l'amélioration de la santé ainsi que la volonté d'avoir un suivi adapté constituent des motifs favorisant l'adhésion. A l'inverse, les contraintes financières et les préoccupations personnelles (organisationnelles et/ou temporelles) constituent un frein pour une grande majorité de patients. Cependant, nous pouvons dire que malgré les nombreux avantages qu'apporte ce type de programme, certains patients n'y adhèrent toujours pas (Baldwin et al., 2016).

Dans l'étude 2, nous avons déterminé les motifs d'adhésion et de refus les plus cités par les patients et nous avons étudié de quelle manière ils s'organisent autour de grands facteurs. Nous avons pu dégager cinq facteurs favorisant l'adhésion à un programme d'APA (i.e., « Contrôle de la pathologie » ; « Aspect social de l'APA » ; « Retrouver des sensations » ; « Influence des proches » ; « Amélioration de l'état de santé ») ainsi que quatre facteurs

contribuant au refus à adhérer à un programme d'APA (i.e., « Dénégation de l'état de santé » ; « Coût financier et personnel » ; « Mauvaise qualité du suivi APA » ; « Conséquences physiques et sociales négatives »). Au sein de l'étude 1 et 2, nous avons observé que, pour la majorité des patients, le choix d'adhérer à un programme d'APA était influencé par l'amélioration de la santé (télique), l'évitement des récurrences (télique), la réduction du traitement médicamenteux (télique), les conseils du médecin (conformisme) et le sentiment d'obligation (conformisme). Les résultats de ces deux études vont dans le sens des études de Lochmann et Guedj (2021) et Mullet et al. (2014) qui ont montré que les motifs à réaliser un comportement en lien avec la santé étaient associés majoritairement aux états télique et conformisme. Les patients indiquent donc bien que l'objectif de l'APA est d'améliorer leur état de santé, de limiter l'aggravation de la pathologie mais également de réduire les risques de récurrences, ce qui confirme les conclusions de Joelsson et al. (2017). Le bien-être psychologique (paratélique), l'accompagnement et le suivi (maîtrise auto-centrique) sont également retrouvés fréquemment dans le discours des participants. Le fait de ne pas adhérer à un programme d'APA est quant à lui influencé par les préoccupations personnelles (maîtrise intra-autique), qu'elles soient organisationnelles ou temporelles, ainsi que par les contraintes financières (néguativisme), qu'elles soient liées à l'activité ou au transport. Cela implique donc des états néguativisme et intra-autique (Apter, 2001). Nos résultats confirment les résultats de l'étude de Lochmann et Guedj (2021), les motifs du refus de réaliser une mammographie étaient majoritairement associés aux états néguativisme et intra-autique. Nos résultats indiquent que malgré le fait de pouvoir bénéficier du statut « Affection Longue Durée » permettant aux personnes concernées de bénéficier d'une aide financière, notamment pour l'APA (Rapport OMS, 2022), la question du coût reste malgré tout un obstacle à l'adhésion des patients. Si les autorités souhaitent une meilleure adhésion, l'élaboration d'une solution d'aide financière pour que ce facteur ne soit plus un obstacle à l'adhésion des patients devra être mise en œuvre. La TR dévoile les limites des stratégies

proposées en matière de santé publique (Loonis & Fernandez, 2004) dans la mesure où un patient peut traverser des états métamotivationnels opposés (e.g., renversement d'un état conformisme à un état négativisme). Il semble nécessaire de ne pas négliger l'exploration et l'identification des motifs à adhérer ou non à un programme d'APA afin d'aider les acteurs de santé à mieux transmettre le message de traitement. En effet, le développement des stratégies non médicamenteuses, comme les programmes d'APA adaptés à chaque pathologie, va permettre de répondre spécifiquement aux besoins des patients et de leurs pathologies en les aidant à mieux interpréter ce type de traitement particulier.

Dans l'étude 3, nous avons étudié la prise de décision à adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale en environnement de montagne. Conformément à notre hypothèse, cette prise de décision se structure à partir des dimensions du modèle 2PAP (Mullet et al., 2000). Nous avons pu voir que les items de la dimension push s'organisaient autour de l'évaluation de l'incompétence des professionnels de santé, d'un suivi insuffisant, d'un manque d'échange avec les professionnels de santé ou encore d'un manque de confiance envers son médecin. Les items de la dimension anti-push s'organisaient autour des bénéfices du cadre apaisant de l'environnement actuel, la bonne information sur le programme ainsi que le fait de disposer d'un programme d'APA individualisé. Cela prouve que l'adhésion serait plus importante lorsque le médecin associe la prescription médicale d'APA avec un programme détaillé et un suivi spécifique à l'individu (Rhodes & Fiala, 2009). Les items de la dimension pull s'organisaient autour des bénéfices cardiovasculaires de la pratique en montagne, du profit des avantages reconnus par la science de l'APA en montagne, de gagner en vitalité ou de pouvoir s'apaiser grâce à la tranquillité de l'environnement de montagne. Enfin, les items de la dimension anti-pull s'organisaient autour de la crainte de rencontrer des difficultés respiratoires, de prendre trop de risques sur le plan physiologique, d'être mis en difficulté par l'altitude ou d'être confronté à un dénivelé trop important. Les résultats de cette étude

complètent les études sur les bienfaits de l'environnement naturel sur la santé physique et mentale des patients (McCurdy, 2010 ; Marselle et al., 2013 ; Loureiro & Veloso, 2014 ; Triguero-Mas et al. 2015 ; Razani et al., 2016). Il est donc plus qu'intéressant pour les structures et les professionnels de santé mettant en place les programmes d'APA de proposer ceux-ci en environnement naturel, tel que l'environnement de montagne. De plus, nos résultats vont dans le sens des travaux de Rivière et Bigard (2020) montrant les craintes de la pratique d'une APA des individus ayant une pathologie, telles que la crainte d'aggraver leur pathologie, la crainte de se blesser ou la crainte d'augmenter leur douleur. Rassurer les patients sur la conception, la réalisation et la compatibilité du programme d'APA avec la pathologie et les capacités du patient est donc essentielle afin d'optimiser leur adhésion à ce type de programme et notamment dans un environnement de montagne.

Au sein de l'étude 4, nous avons étudié la manière dont les individus intègrent et combinent cognitivement différentes variables (coût, suivi, environnement) dans la prise de décision à adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale. Nous avons pu voir que le type de maladie, le suivi médical, l'environnement et les motivations téléique, paratéléique, conformisme et négativisme ont un effet sur l'adhésion à un programme d'APA. Nous avons également pu observer que selon la paire d'états métamotivationnels les participants n'utilisent pas les mêmes règles cognitives : conjonctive et additive pour la paire téléique/paratéléique et additive pour la paire conformisme/négativisme. Nos résultats vont dans le sens de l'étude de Rulence-Pâques et al. (2005) qui a montré que différents facteurs influent sur la prise de décision (temps, équipe, score) ainsi qu'une intervention de différentes règles de jugement intervenait dans la prise de décision sportive. Les résultats de l'étude 4 confirment également que la règle cognitive pour l'intégration de l'information par les participants était modifiée en fonction des états métamotivationnels (Zarrouk & Fruchart, 2021). Le coût, le suivi et l'environnement sont donc des facteurs importants à prendre en compte si nous souhaitons une

adhésion optimale des patients. En effet, le coût est un facteur prédictif majeur d'une mauvaise adhésion au traitement (Rodgers et al., 2018). Une bonne relation entre le professionnel de santé et le patient est essentielle pour l'adhésion au traitement (Desbrus-Qochih & Cathébras, 2012). Enfin, la marche dans un environnement naturel a des effets plus positifs sur la santé psychologique et émotionnelle que la marche en milieu urbain (Marselle et al., 2013). Le travail au sein des études 3 et 4 visait principalement à identifier les motifs conduisant les individus à adhérer ou à refuser d'adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale ainsi que l'effet de l'environnement de montagne sur ce choix. Les résultats nous ont permis de confirmer certains résultats d'études antérieures mais également de les approfondir ainsi que d'y apporter des nouveaux éclairages, particulièrement en travaillant à partir de la TR et la TII (Rulence-Pâques et al., 2005 ; McCurdy, 2010 ; Desbrus-Qochih & Cathébras, 2012 ; Marselle et al., 2013 ; Loureiro & Veloso, 2014 ; Triguero-Mas et al., 2015 ; Razani et al., 2016 ; Rodgers et al., 2018). Enfin, il est vrai que l'environnement de montagne n'était pas négligeable dans l'adhésion à un programme d'APA. En effet, les bénéfices psychologiques (calme, apaisement) et physiques (cardiovasculaires, respiratoires) qu'offre l'environnement de montagne incitent les patients à adhérer plus facilement au programme d'APA. Néanmoins, pour quelques-uns d'entre eux la distance importante entre leur domicile et l'environnement de montagne peut être un frein.

Ce travail présente plusieurs limites. Premièrement, en ce qui concerne le regard croisé dans l'étude 1, le peu de participants chez les médecins, les enseignants en APA et le grand public peut nous être reproché pour une correcte représentation des différentes populations. Néanmoins, la taille réduite des différentes populations nous a permis une exploration du corpus approfondi. Toujours concernant l'étude 1, la méthode des entretiens peut supposer la présence de certains biais, notamment d'interprétation ou de subjectivité. Deuxièmement, concernant les études 2, 3 et 4, les questionnaires étant assez longs entre quarante minutes et une heure de

passation, il est possible qu'il y ait un biais de fatigue cognitive qui ait pu survenir en fin de passation (Jeong et al., 2023). Toutefois, nous avons tenté de diminuer ce biais en proposant différentes versions de nos questionnaires et des items présentés de manière aléatoire. Troisièmement, nous n'avons pas interrogé les patients sur la temporalité liée à leur pratique d'APA : « est-ce qu'ils sont au début de leur pratique d'APA ou pratiquent-ils depuis un an ou depuis plusieurs années ? », sur les modalités de pratique : « pratiquent-ils en club avec un enseignant en APA ou dans un centre d'APA ? ». Il serait intéressant d'interroger les patients sur ces différentes questions dans de prochaines recherches. Malgré la démocratisation de ces programmes d'APA sur prescription médicale, la difficulté de recrutement des participants a été une problématique sur l'ensemble de la recherche en général. Cependant, les échanges avec les patients nous amènent à dire que ces programmes ne sont pas assez médiatisés par les services de santé. Le manque d'informations des patients pouvant bénéficier d'un programme d'APA sur prescription médicale ainsi que des médecins pouvant prescrire cette activité est un des freins majeurs au bon développement de cette politique de santé publique. Quatrièmement, nous n'avons pas utilisé la même méthodologie d'analyse statistique entre l'étude 2 et 3. Même si nous ne testions pas les mêmes modèles au sein de ses deux études, la TR et le modèle 2PAP, cela peut constituer un biais dans la comparaison des résultats entre ces deux études.

En continuité de ces travaux, il pourrait être intéressant de mener une étude longitudinale explorant l'évolution des motifs favorisant l'adhésion et contribuant au refus d'adhérer tout au long du traitement de la pathologie du patient. En effet, il est probable que la force de ces motivations change avec le temps. Cela fournirait des informations qui pourraient être utiles aux professionnels de santé prenant en charge des patients bénéficiant d'un programme ou de séances d'APA prescrits, notamment en termes de leviers à activer pour maintenir ou augmenter l'adhésion des patients.

En somme, l'adhésion des patients à un programme d'APA sur prescription médicale repose sur une approche individualisée, une communication efficace entre le médecin et le patient, ainsi qu'un environnement favorable à la pratique sportive.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Trop peu de personnes participent aux programmes d'APA (Baldwin et al., 2016) mais existe-t-il des mesures d'aides pour réduire les contraintes financières et personnelles ? Des mises à disposition de transports dédiés à l'accès des centres de soins ? Une prise en charge financière totale pour l'ensemble des pathologies ? Comment combler le manque d'informations des médecins et des patients pouvant bénéficier d'un programme d'APA ? Au vu de l'augmentation du nombre de personnes souffrant de pathologies chroniques (Rapport OMS, 2022), il semble nécessaire que les acteurs de santé publique fournissent aux patients concernés des informations claires quant aux médecins pouvant leur prescrire une APA ainsi qu'une liste des structures, spécialisées ou sportives, proposant ces programmes d'APA sur prescription médicale. Nos résultats montrent que l'adhésion des patients à ces programmes est influencée par divers facteurs tels que la compréhension des bienfaits de l'activité physique, le soutien social, la confiance dans le professionnel de santé et la facilité d'accès aux installations sportives. En comprenant ces éléments, les professionnels de santé peuvent adapter les recommandations d'exercices et fournir un soutien continu pour encourager une participation régulière et durable.

Concrètement, les études 1 et 2 avaient comme finalité de répertorier les motifs des individus à adhérer ou à refuser d'adhérer à un programme d'APA, dans le but de comprendre leurs motivations et d'aider les acteurs de santé à mieux transmettre le message de traitement. Ces études nous ont permis d'inventorier, à l'aide de la TR, les motifs d'adhésion et de non-adhésion à un programme d'APA et d'identifier des facteurs motivationnels latents. Pour cela, nos résultats pourraient être transmis aux différentes structures d'APA afin de permettre aux professionnels d'accentuer leurs discours de présentation sur les motifs d'adhésion, après avoir distribué un questionnaire ou interrogé le patient sur ses motivations. Par exemple, si la motivation du patient est orientée vers un but (télique), le message des professionnels de santé

doit viser l'amélioration de la santé et la réduction des traitements médicamenteux afin de favoriser au maximum l'adhésion à un programme d'APA, argumentant une meilleure qualité de vie au quotidien, moins de douleurs ou une meilleure capacité respiratoire. Tandis que, si la motivation du patient est orientée vers le plaisir (paratélique), les professionnels de santé doivent insister sur le bien-être mental et physique, la redécouverte de sensations ainsi que le plaisir que procure la pratique de l'APA. Cependant, si le patient recherche un programme structuré avec des règles (conformisme), le discours des professionnels de santé doit être orienté sur l'importance de suivre les recommandations du médecin. Toutefois, si le patient s'oppose au programme et présente une attitude critique envers le dispositif (néguvisme), les professionnels de santé et les structures devront combler le manque d'informations auprès du patient, via par exemple la mise en place d'une cellule de communication et de vulgarisation. Les autorités de santé pourraient également proposer des aides financières afin de pallier la contrainte du coût, par exemple avec la mise à disposition de navettes gratuites pour le transport et de meilleures conditions de remboursement selon chaque pathologie. Si le patient est dans le contrôle, la maîtrise de ses préoccupations et de ses intérêts (maîtrise auto-centrique, intra-autique et allo-centrique), il est important pour les professionnels d'APA d'insister sur l'accompagnement du professionnel et le suivi lors du programme, le contrôle de la pathologie ainsi que sur l'accompagnement des proches. Ils pourront proposer un objectif à atteindre aux patients avec un suivi régulier afin de faire le point sur les progrès et l'amélioration de la pathologie à chaque pallier. Enfin, si l'attention qu'on lui porte est au centre des préoccupations du patient (sympathie auto-centrique, intra-autique et allo-centrique), les professionnels de santé doivent mettre l'accent sur le développement de liens sociaux et l'aspect social durant la pratique avec les autres membres du groupe ainsi que le sentiment de fierté que le patient ressentira à l'issue du programme d'APA. Ils pourront valoriser l'importance de créer du lien avec les autres membres du groupe et d'être intégré à un groupe de même pathologie ou non

afin de les aider dans l'adhésion au programme d'APA. De plus, ils pourront insister sur le sentiment d'être capable d'atteindre des objectifs, de réaliser des tâches et d'être autonome malgré la pathologie. En ce qui concerne la non-adhésion, les autorités de santé doivent pouvoir proposer des aides financières et d'accessibilité, pour limiter les obstacles d'ordre financier et de déplacement. De même, les professionnels de santé doivent porter une attention particulière au suivi apporté aux patients lors de l'APA. Effectivement, la mauvaise qualité du suivi lors des programmes d'APA est une des raisons majeure de la non-adhésion chez les patients. Il est donc important de mettre en place un suivi individualisé en fonction des besoins du patient et de sa pathologie ainsi qu'une enquête de satisfaction du suivi auprès de ceux-ci.

L'étude 3 avait comme finalité de prolonger la compréhension des motifs de l'adhésion et du refus à adhérer à un programme d'APA, dans un environnement de montagne. Afin de promouvoir les programmes d'APA en environnement de montagne, la communication des structures de santé doit être orientée sur les bénéfices physiques, tels que les bénéfices cardiovasculaires ou respiratoires et mentaux, tels que le bien-être mental ou la sensation d'apaisement, qu'apporte l'environnement de montagne aux patients. Cependant, cette communication doit également rassurer les craintes des patients par rapport à cet environnement qui peut être vu comme plus contraignant, notamment pour des personnes atteintes de pathologie. Les structures de santé doivent préciser aux patients que leur pathologie sera prise en compte et que les programmes proposés seront adaptés à leur pathologie et leur capacité. Par exemple, indiquer à une personne atteinte d'une pathologie respiratoire que son programme se réalisera en basse altitude sur des terrains plats afin qu'il n'y ait aucune difficulté respiratoire et physique ressentie. De manière générale, les structures de santé se trouvant dans un environnement de montagne doivent rassurer les patients grâce à un suivi très présent et des programmes sur des terrains sans dénivelé.

L'étude 4 avait comme finalité d'étudier l'influence de différents facteurs (coût, suivi, environnement) dans la prise de décision à adhérer ou non à un programme d'APA en fonction de la motivation du patient. Concrètement, les autorités mettant en place les programmes d'APA doivent prendre en compte trois facteurs essentiels pour les patients lors de l'adhésion à un programme d'APA qui sont le coût, le suivi et l'environnement. Les professionnels de santé doivent porter une attention particulière au suivi des patients lors du programme d'APA, c'est à dire proposer un suivi médical régulier, de qualité, et adapté en fonction des capacités physiques et de la pathologie du patient. Ensuite, vient l'importance de l'environnement, par exemple proposer un programme dans un environnement spécifique tel que l'environnement de montagne est plus attractif pour certains patients. Enfin, le remboursement de la pratique est un facteur important à prendre en compte dans la proposition de programme d'APA. Il serait intéressant de proposer un partenariat avec des municipalités, des communes ou des structures sportives pour pouvoir offrir ces programmes d'APA ou du moins en réduire un maximum le coût afin que ce ne soit pas un frein à l'adhésion des patients.

En conclusion, l'adhésion à un programme d'activité physique adaptée sur prescription médicale représente une opportunité précieuse pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie du patient. En surmontant les obstacles éventuels et en bénéficiant d'un suivi professionnel individualisé, chaque individu peut obtenir des bénéfices durables par le biais d'un programme d'APA. Les résultats mis en lumière pourront sans doute aider les acteurs de santé de mieux comprendre ce qui pousse les patients à adhérer ou non. Ils pourront également contribuer à l'adaptation de leur communication afin de développer des programmes d'APA qui seront à même d'être suivis jusqu'à leur terme par les patients.

RÉFÉRENCES

- Agrinier, N., Rat, A. C., & Bloch, J. (2010). Etat des lieux. *Actualité et dossier en santé publique*, (72), 11-24.
- Alinon, K., Gbati, K., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2014). Emotional-motivational barriers to blood donation among Togolese adults : A structural approach: Barriers to donation. *Transfusion Medicine*, 24(1), 21-26. <https://doi.org/10.1111/tme.12082>
- Anderson, N. H. (1974). Cognitive Algebra: Integration Theory Applied to Social Attribution. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 7, pp. 1–101). [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60035-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60035-0)
- Anderson, N. H. (1996). *A functional theory of cognition*. Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Anderson, N.H. (2008). *Unified social cognition*. Psychology Press.
- Anderson, N. H., & Butzin, C. A. (1974). Performance = Motivation × Ability: An integration-theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30(5), 598–604. <https://doi.org/10.1037/h0037447>
- Apter, M. J. (1982). The experience of motivation: The theory of psychological reversals. *Academic Press*.
- Apter, M. J. (1984). Reversal theory and personality: A review. *Journal of Research in Personality*, 18(3), 265–288. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(84\)90013-8](https://doi.org/10.1016/0092-6566(84)90013-8)
- Apter, M. J. (2001). Motivational styles in everyday life : A guide to reversal theory. *American Psychological Association*, (p. XIV, 373). <https://doi.org/10.1037/10427-000>
- Bagnulo, A., Muñoz Sastre, M.-T., Kpanake, L., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2019). Why patients want to take or refuse to take antibiotics : An inventory of motives. *BMC Public Health*, 19(1), 441. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6834-x>
- Baillet, A., Chenail, S., Barros Polita, N., Simoneau, M., Libourel, M., Nazon, E., ... & Romain, A. J. (2021). Physical activity motives, barriers, and preferences in people with obesity: A systematic review. *PloS one*, 16(6), e0253114.

- Baldwin, A. S., Kangas, J. L., Denman, D. C., Smits, J. A. J., Yamada, T., & Otto, M. W. (2016). Cardiorespiratory fitness moderates the effect of an affect-guided physical activity prescription : A pilot randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(6), 445-457. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1194454>
- Barth, N., Hupin, D., Roche, F., Celarier, T., & Bongue, B. (2018). La prescription de l'activité physique adaptée chez le sujet âgé : De l'intention à la réalité. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 18(105), 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2017.10.002>
- Bauer, T., & Zimmermann, K. F. (1995). Modelling international migration: economic and econometric issues. *Volkswirtschaftliche Fak.*, Univ.
- Bedrina, E., Tukhtarova, Y., & Neklyudova, N. (2020). Migration from Uzbekistan to Russia: Push-pull factor analysis. In *Smart Technologies and Innovations in Design for Control of Technological Processes and Objects: Economy and Production: Proceeding of the International Science and Technology Conference" FarEastCon-2018" Volume 1* (pp. 283-296). Springer International Publishing.
- Berthouze-Aranda, S. E., & Reynes, E. (2011). La sédentarité : Un processus physiopsychologique et un facteur de risque pour la santé pour tous. *Science & Sports*, 26(4), 191-196. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2011.06.003>
- Blaydon, M. J., Lindner, K. J., & Kerr, J. H. (2002). Metamotivational characteristics of eating-disordered and exercise-dependent triathletes: An application of reversal theory. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(3), 223-236.
- Bonin-Scaon, S., Sastre, M. T. M., Chasseigne, G., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2009). End-of-Life Preferences : A Theory-Driven Inventory. *The International Journal of Aging and Human Development*, 68(1), 1-26. <https://doi.org/10.2190/AG.68.1.a>

- Börjesson, M., & Sundberg, C. J. (2013). FYSS (physical activity book for prevention and treatment): Behavioural change also for the physician? *British Journal of Sports Medicine*, 47(15), 937-938. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092940>
- Chaudri NA. (2004) Adherence to Long-term Therapies Evidence for Action. *World Health Organization (WHO)*. 2003, 216 pages [English]. ISBN 92 4 154599 2. *Ann Saudi Med*. 2004;24(3):221-222. doi:10.5144/0256-4947.2004.221
- Chenuel, B. (2020). Mise au point : La prescription médicale d'activité physique adaptée en pratique. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 34(2), 116-121. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2019.12.006>
- Chevalier, S., Aubouin-Bonnaventure, J., Coillot, H., & Fouquereau, E. (2022). Ready to start a business? Unraveling the motives for entrepreneurship. *Consulting Psychology Journal*, 74(1), 99.
- Chevalier, S., Fouquereau, E., Gillet, N., & Bosselut, G. (2018). Unraveling the perceived reasons underlying entrepreneurs' retirement decisions: A person-centered perspective. *Journal of Small Business Management*, 56(3), 513-528.
- Chevalier, S., Fouquereau, E., Gillet, N., & Demulier, V. (2013). Development of the reasons for entrepreneurs' retirement decision inventory (RERDI) and preliminary evidence of its psychometric properties in a French sample. *Journal of Career Assessment*, 21(4), 572-586.
- Cid, L., Monteiro, D., Teixeira, D. S., Evmenenko, A., Andrade, A., Bento, T., Vitorino, A., Coûto, N., & Rodrigues, F. (2022). Assessment in Sport and Exercise Psychology : Considerations and Recommendations for Translation and Validation of Questionnaires. *Frontiers in Psychology*, 13, 806176. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.806176>

- Code de la Santé Publique. (2016). Chapitre II : Prescription d'activité Physique (Articles D1172-1 à D1172-5).; https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000033826186/2022-04-13/
- Cottencin, A., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2006). Consulting a Complementary and Alternative Medical Practitioner : A Systematic Inventory of Motives Among French Patients. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(8), 791-798. <https://doi.org/10.1089/acm.2006.12.791>
- Cramer, K. M. (2013). Six criteria of a viable theory: Putting reversal theory to the test. *Journal of Motivation, Emotion, and Personality*, 1(1), 9-16.
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). Medication Compliance and Persistence : Terminology and Definitions. *Value in Health*, 11(1), 44- 47. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x>
- Croquin, M., Galudec, P. M., Magot, L., & Cugerone, A. (2023). La prescription d'activité physique adaptée chez les adultes atteints de pathologies chroniques par les médecins généralistes, en France et à l'étranger : Étude des freins et leviers. Une revue systématique de la littérature. *Science & Sports*, S076515972300045X. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2022.07.009>
- Damiano, C. (2017). Impact du dispositif « Sport sur Ordonnance » - Saint-Paul à la Réunion sur les paramètres biologiques associés au risque cardiovasculaire : Étude de cohorte historique chez les participants au dispositif pendant l'année 2014/2015. *santé publique*, 79.
- Dancey, C., & Reidy, J. (2016). Statistiques sans maths pour psychologues : SPSS pour Windows-QCM et exercices corrigés. *De Boeck Supérieur*.

- Datta, P. (2004). Push-pull factors of documented migration from Bangladesh to west Bengal: A perception study.
- De Chambine, S., Morin, A., & Martin, D. (2010). La prise en charge. *Actualité et dossier en santé publique*, (72), 25-38.
- Desbrus-Qochih, A., & Cathébras, P. (2012). Obéir ou adhérer ? L'observance thérapeutique en question. *Médecine & Longévité*, 4(3- 4), 111- 122.
<https://doi.org/10.1016/j.mlong.2012.09.001>
- Dourgnon, P., Or, Z., & Sorasith, C. (2013). L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008. *Questions d'économie de la santé*, 183.
- Dru, V., Rulence-Paques, P., & Mullet, E. (2004). Performance Schemata in Dyadic Competition and Cooperation. *The American Journal of Psychology*, 117(4), 479.
<https://doi.org/10.2307/4148987>
- Duclos, M. (2021). Épidémiologie et effets sur la morbi-mortalité de l'activité physique et de la sédentarité dans la population générale. *Revue du Rhumatisme Monographies*, 88(3), 177-182. <https://doi.org/10.1016/j.monrhu.2020.11.008>
- Dunn, M., Milius, L., Ivarra, A., Cooper, M., & Bhakta, N. (2022). Motivations and Experiences in a Physical Activity Program for Cancer Survivors: Findings from Key Informant Interviews. *American Journal of Health Promotion*, 36(3), 497-505.
- Ellis, J. J., Erickson, S. R., Stevenson, J. G., Bernstein, S. J., Stiles, R. A., & Fendrick, A. M. (2004). Suboptimal Statin Adherence and Discontinuation in Primary and Secondary Prevention Populations. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 638- 645.
- Fernandez, A., Stephan, Y., & Fouquereau, E. (2006). Assessing reasons for sports career termination : Development of the Athletes' Retirement Decision Inventory (ARDI).

- Psychology of Sport and Exercise*, 7(4), 407-421.
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2005.11.001>
- Fischer, G., Tarquinio, C. & Dodeler, V. (2020). Chapitre 5. Psychologie de la maladie. Dans :
 , G. Fischer, C. Tarquinio & V. Dodeler (Dir), *Les bases de la psychologie de la santé: Concepts, applications et perspectives* (pp. 143-171). Paris: Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.fisch.2020.02.0143>
- Fouquereau, É. (2015). Gestion psychologique de l'arrêt de la carrière chez les entrepreneurs de pme. 14.
- Fouquereau, E., Bosselut, G., Chevalier, S., Coillot, H., Demulier, V., Becker, C., & Gillet, N. (2018). Better Understanding the Workers' Retirement Decision Attitudes : Development and Validation of a New Measure. *Frontiers in Psychology*, 9, 2429.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02429>
- Fox, L., Wiseman, T., Cahill, D., Beyer, K., Peat, N., Rammant, E., & Van Hemelrijck, M. (2019). Barriers and facilitators to physical activity in men with prostate cancer: a qualitative and quantitative systematic review. *Psycho-Oncology*, 28(12), 2270-2285
- Fraux, C., Sastre, M. T. M., & Mullet, E. (2021). Mapping people's positions regarding the acceptability of somatic gene therapy. *European Review of Applied Psychology*, 71(5), 100688.
- Fruchart, E., & Carton, A. (2012). How do amateur soccer referees destabilize a match? *Psicológica*.
- Fruchart, E., & Mullet, E. (2012). Factors involved in the intent to move from one team to another among handball players. *Psicológica*, 33(3), 425-434.
- Fruchart, E., Pâques, P., & Mullet, E. (2010). Decision-making in basketball and handball games : A developmental perspective. *European Review of Applied Psychology*, 60(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.10.003>

- Fruchart, E., Raberin, A., & Durand, F. (2018). Effect of Hypoxia on Information Integration Capacities. *Universitas Psychologica*, 17(4), 1-8. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-4.ehii>
- Fruchart, E., & Rulence-Pâques, P. (2020). Mapping judgment of well-being in sport. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2020.1717577>
- Fruchart, E., & Rulence-Pâques, P. (2021). Mapping Positions on Forgiving an Aggressor in Sport. *Frontiers in Psychology*, 12, 561031. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.561031>
- Fruchart, E., & Rulence-Pâques, P. (2022). Predicting sports performance from well-being: A mapping of professional athletes', amateur athletes' and non-athletes' positions. *European Review of Applied Psychology*, 72(6), 100793.
- Fruchart, E., Rulence-Pâques, P., & Mullet, E. (2019). Mapping adults' and young athletes' views regarding how acceptable it is to use a nutritional supplement in sport. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17(5), 477-492. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2017.1367952>
- Fruchart, E., Rulence-Pâques, P., & Mullet, E. (2020). Aggression in team sports A quantitative investigation of reversal theory motives. *International Journal of Sport Psychology*, 51, 383-399. <https://doi.org/10.7352/IJSP.2020.51.383>
- Fruchart, E., Rulence-Pâques, P., & Nicole, C. (2020). Mapping ethical positions with regard to a coach's decision to select (or not) an injured athlete. *International Journal of Sports Science & Coaching*, 15(4), 467-480. <https://doi.org/10.1177/1747954120925593>
- Gallois, P., Vallée, J. P., & Le Noc, Y. (2012). Des données pour décider en médecine générale. *Médecine*.
- Gauché, M., & Mullet, E. (2008). Effect of Context and Personality on the Forgiveness Schema. *The American Journal of Psychology*, 121(4), 607. <https://doi.org/10.2307/20445488>

- Gil de Gomez, J., Diaz Allué, M. T., & Mullet, E. (2002). Studying, Working, and Living in Another EU Country : Spanish Youth's Point of View. *Journal of European Integration*, 24, 53-67.
- Golay, A., Howles, M. N., Mateiciuc, S., Bufacchi, T., & Amati, F. (2004). Améliorer l'observance médicamenteuse. *Médecine et hygiène*, 909-912.
- Guedj, M., Ballester, S., Kamar, N., Rostaing, L., Donckier, V., Goldman, M., & Cambon-Thomsen, A. (2013). Patients' motives for consenting or refusing to participate in a clinical trial in organ transplantation. *Clinical Transplantation*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1111/ctr.12214>
- Guedj, M., Mullet, E., & Cambon-Thomsen, A. (2014). Judging health risk as a function of risk factors and type of illness, do people weight risk factors in a flexible way? *Journal of Health Psychology*, 21(5), 832-843. [https://doi: 10.1177/1359105314539532](https://doi:10.1177/1359105314539532)
- Guedj, M., Muñoz Sastre, M.T., & Mullet, E. (2011). Donating organs: A theory-driven inventory of motives. *Psychology, Health & Medicine*, 16, 418-429. [https://doi: 10.1080/13548506.2011.555770](https://doi:10.1080/13548506.2011.555770)
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2022). La prescription d'activité physique adaptée (APA), Méthode, juillet 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/synthese_prescription_apa_vf.pdf
- Hervé, C. (2010). Prise de décision : Jugement d'acceptation et traitement médical. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 10(60), 248-253. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2010.03.005>
- Hoedjes, M., Vrieling, A., de Brauwier, L., Visser, A., Gómez García, E., Hoogerbrugge, N., & Kampman, E. (2023). Determinants of adherence to recommendations on physical activity, red and processed meat intake, and body weight among lynch syndrome

- patients. *Familial Cancer*, 22(2), 155-166. <https://doi.org/10.1007/s10689-022-00315-y>
- Hoffmann, E. M., Konerding, V., Nautiyal, S., & Buerkert, A. (2019). Is the push-pull paradigm useful to explain rural-urban migration? A case study in Uttarakhand, India. *PloS one*, 14(4), e0214511.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological methods*, 3(4), 424.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.
- Hudson, J., Males, J. R., & Kerr, J. H. (2016). Reversal theory-based sport and exercise research: A systematic/narrative review. *Psychology of Sport and Exercise*, 27, 168-179. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2016.08.008>
- Husebø, A. M. L., Dyrstad, S. M., Søreide, J. A., & Bru, E. (2013). Predicting exercise adherence in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis of motivational and behavioural factors. *Journal of Clinical Nursing*, 22(1-2), 4-21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04322.x>
- Jenkins, J. C. (1977). Push/pull in recent Mexican migration to the US. *International Migration Review*, 11(2), 178-189.
- Jeong, D., Aggarwal, S., Robinson, J., Kumar, N., Spearot, A., & Park, D. S. (2023). Exhaustive or exhausting? Evidence on respondent fatigue in long surveys. *Journal of Development Economics*, 161, 102992.
- Joelsson, M., Bernhardsson, S., & Larsson, M. E. H. (2017). Patients with chronic pain may need extra support when prescribed physical activity in primary care: A qualitative

- study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(1), 64-74.
<https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1288815>
- Kallings, L. V., Leijon, M. E., Kowalski, J., Hellénus, M.-L., & Ståhle, A. (2009). Self-Reported Adherence : A Method for Evaluating Prescribed Physical Activity in Primary Health Care Patients. *Journal of Physical Activity and Health*, 6(4), 483-492.
<https://doi.org/10.1123/jpah.6.4.483>
- Kerr, J. H. (2021). Anxiety, arousal, and sport performance: An application of reversal theory. In *Anxiety in sports* (pp. 137-151). Taylor & Francis.
- Kerr, J. H., & Males, J. R. (2011). Experiencing aggression in sport: Insights from a lacrosse world championship tournament. *Sport and Exercise Psychology Review*, 7(1), 26-33.
- Kerr, J. H., Wilson, G. V., Nakamura, I., & Sudo, Y. (2005). Emotional dynamics of soccer fans at winning and losing games. *Personality and individual Differences*, 38(8), 1855-1866.
- Koponen, A. M., Simonsen, N., & Suominen, S. (2017). Determinants of physical activity among patients with type 2 diabetes: the role of perceived autonomy support, autonomous motivation and self-care competence. *Psychology, Health & Medicine*, 22(3), 332-344. doi:10.1080/13548506.2016.1154179
- Kpanake, L., Dassa, K. S., & Mullet, E. (2009). Why most Togolese people do not seek care for malaria in health care facilities : A theory-driven inventory of reasons. *Psychology, Health & Medicine*, 14(4), 502-510. <https://doi.org/10.1080/13548500902890095>
- Kpanake, L., Muñoz Sastre, M. T., & Mullet, E. (2010). Skin Bleaching Among Togolese : A Preliminary Inventory of Motives. *Journal of Black Psychology*, 36(3), 350-368.
<https://doi.org/10.1177/0095798409353759>
- Lars, O., & Terrence, B. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*.

- Lau, S. C., Tabor Connor, L., & Baum, C. M. (2023). Motivation, Physical Activity, and Affect in Community-Dwelling Stroke Survivors: An Ambulatory Assessment Approach. *Annals of Behavioral Medicine*, 57(4), 334-343.
- Lawton, E., Brymer, E., Clough, P., & Denovan, A. (2017). The Relationship between the Physical Activity Environment, Nature Relatedness, Anxiety, and the Psychological Well-being Benefits of Regular Exercisers. *Frontiers in Psychology*, 8, 1058. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01058>
- Legrand, F. D., & Apter, M. J. (2004). Why do people perform thrilling activities? A study based on reversal theory. *Psychological Reports*, 94(1), 307-313.
- Lochmann, M., & Guedj, M. (2021). Approche qualitative des motifs à accepter ou à refuser la réalisation d'une mammographie : L'apport de la théorie du renversement. *Psycho-Oncologie*, 15(3), 43-52. <https://doi.org/10.3166/pson-2021-0158>
- Loonis, E., & Fernandez, L. (2004). La théorie des renversements psychologiques: présentation et brève revue des travaux. *E-journal of Hedonology*, 6, 65-83.
- Loureiro, A., & Veloso, T. J. (2014). Outdoor exercise, well-being and connectedness to nature. *Psico*, 45(3), 299-304.
- Lowe, S. S., Watanabe, S. M., Baracos, V. E., & Courneya, K. S. (2010). Physical activity interests and preferences in palliative cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 18(11), 1469-1475. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0770-8>
- Maly, M. R., Costigan, P. A., & Olney, S. J. (2007). Self-efficacy mediates walking performance in older adults with knee osteoarthritis. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(10), 1142-1146.
- Marselle, M., Irvine, K., & Warber, S. (2013). Walking for Well-Being : Are Group Walks in Certain Types of Natural Environments Better for Well-Being than Group Walks in

- Urban Environments? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(11), 5603-5628. <https://doi.org/10.3390/ijerph10115603>
- McCurdy, L. E., Winterbottom, K. E., Mehta, S. S., & Roberts, J. R. (2010). Using Nature and Outdoor Activity to Improve Children's Health. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 40(5), 102-117. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2010.02.003>
- Morales Gonzales, V., Schuft, L., Fournier, M., Noël Racine, A., Fuch, A., & Vuillemin, A. (2018). Motifs d'adhésion à une activité physique adaptée chez des seniors en ALD: *Gérontologie et société*, 40 / n° 156(2), 143-159. <https://doi.org/10.3917/gsl.156.0143>
- Mullet, E., Dej, V., Lemaire, I., Raiff, P., & Barthorpe, J. (2000). Studying, Working, and Living in Another EU Country : French Youth's Point of View. *European Psychologist*, 5(3), 12.
- Mullet, E., & Neto, F. (2000). Estudar e trabalhar noutro país da união europeia : Perspectiva dos jovens portugueses. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4, 199-217.
- Mullet, E., Kpanake, L., Zounon, O., Guedj, M., & Muñoz Sastre, M. T. (2014). Putting Reversal Theory's Model of Four Domains of Experience in the Hot Seat. *Journal of Motivation, Emotion, and Personality: Reversal Theory Studies*, 2(1). <https://doi.org/10.12689/jmep.2014.201>
- Newland, B. L., & Aicher, T. J. (2018). Exploring sport participants' event and destination choices. *Journal of Sport & Tourism*, 22(2), 131-149. <https://doi.org/10.1080/14775085.2018.1436464>
- Nunally, J. C., & Bernstein, I. H. (1978). Psychometric theory. *New York*.
- Oberg, E. (2007). Physical Activity Prescription : Our Best Medicine. *Integrative Medicine*, 6(5), 5.

- O'Connell, K. A., & Apter, M. J. (1993). Mastery and sympathy: Conceptual elaboration of the transactional states. In J. H. Kerr, S. Murgatroyd & M. J. Apter (Éds.), *Advances in Reversal Theory* (pp. 41-52). Swets & Zeitlinger.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022). Rapport mondial de situation sur l'activité physique 2022: résumé d'orientation. *Rapport mondial de situation sur l'activité physique 2022: résumé d'orientation*.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2023, 16 septembre). *Maladies non transmissibles*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England journal of medicine*, 353(5), 487-497.
- Patel, A., Keogh, J. W. L., Kolt, G. S., & Schofield, G. M. (2013). The long-term effects of a primary care physical activity intervention on mental health in low-active, community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 17(6), 766-772.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2013.781118>
- Patel, A., Schofield, G. M., Kolt, G. S., & Keogh, J. W. L. (2013). Perceived Barriers, Benefits, and Motives for Physical Activity : Two Primary-Care Physical Activity Prescription Programs. *Journal of Aging and Physical Activity*, 21(1), 85-99.
<https://doi.org/10.1123/japa.21.1.85>
- Peretti-Watel, P. (2010). Renoncer à l'homo médecin pour mieux comprendre les conduites à risque. *Renoncer à l'homo médecin pour mieux comprendre les conduites à risque*, 231, 52-53.

- Peterson, A. M., Takiya, L., & Finley, R. (2003). Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 60(7), 657-665.
- Petrella, R. J., Lattanzio, C. N., & Overend, T. J. (2007). Physical Activity Counseling and Prescription Among Canadian Primary Care Physicians. *Archives of Internal Medicine*, 167(16), 1774-1781. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.16.1774>
- Piot-Ziegler, C., Cuttelod, T., & Santiago, M. (2007). Définir «la peur de tomber» chez les personnes âgées à domicile. Étude qualitative. *Bulletin de psychologie*, (6), 515-525.
- Razani, N., Kohn, M. A., Wells, N. M., Thompson, D., Hamilton Flores, H., & Rutherford, G. W. (2016). Design and evaluation of a park prescription program for stress reduction and health promotion in low-income families : The Stay Healthy in Nature Everyday (SHINE) study protocol. *Contemporary Clinical Trials*, 51, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2016.09.007>
- Reynes, E., Berthouze, S. E., Robert, B., Foucaut, A. M., Carretier, J., Touillaud, M., ... & Fervers, B. (2016). Comprendre la non-adhésion à l'activité physique après un diagnostic de cancer pour mieux accompagner les patients—Partie I: Comprendre la non-adhésion à une pratique régulière d'activité physique. *Psycho-Oncologie*, 10(3), 179-185.
- Rhodes, R. E., & Fiala, B. (2009). Building motivation and sustainability into the prescription and recommendations for physical activity and exercise therapy : The evidence. *Physiotherapy Theory and Practice*, 25(5-6), 424-441. <https://doi.org/10.1080/09593980902835344>
- Rivière, D., & Bigard, X. (2020). Prescription de l'activité physique. *Médecine du sport: Pour le Praticien*, 228.

- Rodgers, J. E., Thudium, E. M., Beyhaghi, H., Sueta, C. A., Alburikan, K. A., Kucharska-Newton, A. M., ... & Stearns, S. C. (2018). Predictors of medication adherence in the elderly: the role of mental health. *Medical Care Research and Review*, 75(6), 746-761. <https://doi.org/10.1177/1077558717696992>
- Rödger, L., H. Jonsdottir, I., & Börjesson, M. (2016). Physical activity on prescription (PAP) : Self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(4), 443-452. <https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1253820>
- Romon, I., Fagot-Campagna, A., & Bloch, J. Analyse de la relation entre l'existence d'une prise en charge pour affection de longue durée et le suivi des recommandations de bonne pratique dans le diabète de type 2. Données Entred 2001-2003.
- Rosemann, T., Kuehle, T., Laux, G., & Szecsenyi, J. (2008). Factors associated with physical activity of patients with osteoarthritis of the lower limb. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(2), 288-293. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2007.00852.x>
- Rosier, M., Guedj, M., Calvas, P., Julia, S., Garnier, C., Cambon-Thomsen, A., & Muñoz Sastre, M. T. (2019). Attitudes of French populations towards the disclosure of unsolicited findings in medical genetics. *Journal of Health Psychology*. [https://doi : 10.1177/1359105319886622](https://doi.org/10.1177/1359105319886622)
- Rulence-Pâques, P., Fruchart, E., Dru, V., & Mullet, E. (2005a). Cognitive Algebra in Sport Decision-Making. *Theory and Decision*, 58(4), 387-406. <https://doi.org/10.1007/s11238-005-3890-8>
- Rulence-Pâques, P., Fruchart, E., Dru, V., & Mullet, E. (2005b). Decision-making in soccer game : A developmental perspective. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 55(2), 131-136. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.05.003>

- Sarradon-Eck, A. (2007). Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues. *Sciences sociales et santé*, 25, 5-36. <https://doi.org/10.1684/sss.2007.0201>
- Schlienger, J. L., Monnier, L., Essekat, N., El Azrak, A., Raji, F., & Rochd, D. (2019). Facteurs de risque et maladies chroniques : Le diabète en exemple. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 13(1), 9-20. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(19\)30019-7](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(19)30019-7)
- Schneider, M., Schmalbach, P., & Godkin, S. (2017). Impact of a personalized versus moderate-intensity exercise prescription : A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(2), 239-248. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9776-0>
- Shepherd, D. J., Lee, B., & Kerr, J. H. (2006). Reversal theory: A suggested way forward for an improved understanding of interpersonal relationships in sport. *Psychology of sport and exercise*, 7(2), 143-157.
- Sit, C. H. P., & Lindner, K. J. (2006). Situational state balances and participation motivation in youth sport : A reversal theory perspective. *British Journal of Educational Psychology*, 76(2), 369-384. <https://doi.org/10.1348/000709905X37190>
- Sjöling, M., Lundberg, K., Englund, E., Westman, A., & Jong, M. C. (2011). Effectiveness of motivational interviewing and physical activity on prescription on leisure exercise time in subjects suffering from mild to moderate hypertension. *BMC Research Notes*, 4(1), 352. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-352>
- Stirling, A., & Kerr, G. (2012). Perceived vulnerabilities of female athletes to the development of disordered eating behaviours. *European Journal of Sport Science*, 12(3), 262-273.
- Tak, E. C., Verweij, L. M., Chorus, A. M., & Hopman-Rock, M. (2023). What Are the Predictors of Self-Reported Change in Physical Activity in Older Adults with Knee or Hip Osteoarthritis? *International journal of behavioral medicine*, 30(2), 199-210. [doi:10.1007/s12529-022-10080-y](https://doi.org/10.1007/s12529-022-10080-y)

- Teleki, S., Zsidó, A. N., Lénárd, L., Komócsi, A., Kiss, E. C., & Tiringner, I. (2022). Role of received social support in the physical activity of coronary heart patients : The Health Action Process Approach. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 14(1), 44-63. <https://doi.org/10.1111/aphw.12290>
- Triguero-Mas, M., Dadvand, P., Cirach, M., Martínez, D., Medina, A., Mompert, A., ... & Nieuwenhuijsen, M. J. (2015). Natural outdoor environments and mental and physical health: relationships and mechanisms. *Environment international*, 77, 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2015.01.012>
- Zarrouk, L.-A., & Fruchart, E. (2021). The relationship between purposiveness and information integration : The effect of metamotivational states on cognitive rules in sport. *European Review of Applied Psychology*, 71(5), 100689. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2021.100689>
- Zhao, Z., Lao, X., Gu, H., Yu, H., & Lei, P. (2021). How does air pollution affect urban settlement of the floating population in China? New evidence from a push-pull migration analysis. *BMC Public Health*, 21, 1-15.
- Zimmermann, K. F. (1995). Tackling the European migration problem. *Journal of Economic Perspectives*, 9(2), 45-62.

ANNEXES

ANNEXE A : NOTICE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE POUR PARTICIPANTS SAINS (ÉTUDE 1)

Titre du projet : Prise de décision à adhérer à un programme d'activité physique adaptée sur ordonnance : une application en environnement de montagne.

Chercheur titulaire responsable scientifique du projet : Éric Fruchart, eric.fruchart@univ-perp.fr, MCF HDR, Directeur du LEPSA

Lieu de recherche :

- Pyrénées Orientales (66)
- Toulouse (31)
- Nantes (44)

But du projet de recherche :

Identifier les potentialités de la prise de décision à adhérer à un programme d'APA ou non.

Ce que l'on attend de vous :

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous participerez à un entretien qui sera enregistré afin de permettre aux chercheurs en charge de cette étude de retranscrire vos propos et ainsi d'en extraire les éléments intéressants à l'étude. Lors de cet entretien, l'expérimentateur vous posera des questions ouvertes. Vous serez libre d'y répondre selon votre ressenti et votre expérience. Cet entretien abordera les notions d'activité physique, d'activité physique sur prescription médicale, et l'environnement de cette pratique sur ordonnance.

Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps : Votre participation est gratuite et volontaire et vous ne recevrez aucune indemnité pour cette participation. Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Vous êtes également libre de vous retirer ou cesser votre participation en tout temps.

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée :

Dans le cadre de cette étude, vos données personnelles seront respectées et resteront anonymes. Vos données seront identifiées par un numéro ce qui garantira l'anonymat. Les données de cette étude ne seront pas divulguées et resteront dans un cadre de recherche. Vous pourrez, conformément aux nouvelles dispositions de la loi « informatique et libertés » (loi n°2018-493

du 20 juin 2018), disposer d'un droit d'accès et de rectification. D'après cette loi, vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisés dans le cadre de la recherche. Si vous le désirez les résultats de l'étude vous seront communiqués à la conclusion de celle-ci. Vous pourrez à tout moment bénéficier d'informations supplémentaires sur la recherche.

Bénéfices : Les bénéfices attendus de cette recherche sont d'aider les acteurs de santé à mieux transmettre le message de traitement, à développer des stratégies non-médicamenteuses et permettre aux individus de mieux les interpréter. Des programmes d'APA innovants pourraient être développés, notamment en environnement de montagne, dans les structures de santé, privées ou publiques, afin d'améliorer la santé des malades.

Risques possibles : À notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque ou inconfort autre que ceux de la vie quotidienne.

Diffusion : Cette recherche sera diffusée dans des colloques et sera publiée dans une revue scientifique en psychologie ou en sciences du sport.

Vos droits de poser des questions en tout temps : Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec le responsable scientifique du projet par courrier électronique eric.fruchart@univ-perp.fr ou les chercheurs associés laure-alia.zarrouk@etudiant.univ-perp.fr ou myriam.guedj@univ-tlse2.fr

Consentement à la participation :

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus, que nous avons répondu à vos questions de façon satisfaisante et que l'on vous a précisé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

A remplir par le participant :

J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.

Date – Signature :

professionnel susceptibles d'être utilisés dans le cadre de la recherche. Si vous le désirez les résultats de l'étude vous seront communiqués à la conclusion de celle-ci. Vous pourrez à tout moment bénéficier d'informations supplémentaires sur la recherche.

Bénéfices : Les bénéfices attendus de cette recherche sont d'aider les acteurs de santé à mieux transmettre le message de traitement, à développer des stratégies non-médicamenteuses et permettre aux individus de mieux les interpréter. Des programmes d'APA innovants pourraient être développés, notamment en environnement de montagne, dans les structures de santé, privées ou publiques, afin d'améliorer la santé des malades.

Risques possibles : À notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque ou inconfort autre que ceux de la vie quotidienne.

Diffusion : Cette recherche sera diffusée dans des colloques et sera publiée dans une revue scientifique en psychologie ou en sciences du sport.

Vos droits de poser des questions en tout temps : Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec le responsable scientifique du projet par courrier électronique eric.fruchart@univ-perp.fr ou les chercheurs associés laure-alia.zarrouk@etudiant.univ-perp.fr ou myriam.guedj@univ-tlse2.fr

Consentement à la participation :

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus, que nous avons répondu à vos questions de façon satisfaisante et que l'on vous a précisé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

A remplir par le participant :

J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.

Date – Signature :

ANNEXE C : GRILLE D'ENTRETIEN (ÉTUDE 1)

Connaissez-vous ou avez-vous déjà entendu parler de l'activité physique sur prescription médicale ?

- Si oui, via quelles sources d'informations (livres médicaux, internet, un membre de la famille, un proche, un médecin, un professeur d'activité physique adapté) ?
- Si oui, quelle perception en avez-vous ? Quelle idée en avez-vous ? Comment définiriez-vous ce type d'examen ?
- Si non, qu'entendez-vous par l'expression activité physique sur ordonnance ? Que cela signifie pour vous ?
- Savez-vous dans quel cadre ce traitement est utilisé ?
- Est-ce que d'après vous la réalisation de ce programme est générale ou spécifiques à certains contextes ?
- Quels peuvent être les effets de ce programme bénéfiques/conséquences de cet examen ?

Pensez-vous que l'information sur ce type de programme est suffisante par les professionnels de santé ?

Êtes-vous informé sur l'activité physique adaptée ? et les possibilités associées ?

Quelles seraient les motivations qui vous pousseraient à adhérer à un programme d'activité physique adaptée ?

Quelles seraient les motivations qui vous freineraient ?

Seriez-vous prêt si un médecin vous le proposait à réaliser un programme d'activité physique adaptée ?

- Si oui, pourquoi ?
- Si non, pourquoi ?
- Est-ce que des personnes pourraient vous inciter à adhérer à un programme d'activité physique adaptée ? Si oui, lesquelles ? Pourquoi ?
- Est-ce que le contenu des séances du programme peut modifier votre adhésion au programme d'activité physique adaptée ? Si oui, pourquoi ?
- Est-ce que vous préféreriez être seul lors de la séance d'activité physique adaptée ?

Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

- Est-ce que des événements pourraient vous inciter à adhérer à un programme d'activité physique adaptée ? Si oui, lesquels ?
- Pensez-vous qu'il y ait des avantages (intérêts) dans le fait d'adhérer à un programme d'activité physique adaptée ? Si oui, lesquels ?
- Pensez-vous qu'il y ait des bénéfices dans le fait d'adhérer à un programme d'activité physique adaptée ? Si oui, lesquels ?
- Pensez-vous qu'il y ait des contraintes (inconvenients) dans le fait d'adhérer à un programme d'activité physique adaptée ? Si oui, lesquelles ?
- Pensez-vous qu'il y ait des risques dans le fait d'adhérer à un programme d'activité physique adaptée ? Si oui, lesquels ?

Si vous deviez adhérer à un programme d'activité physique adaptée, le feriez-vous ? Pourquoi ?

Dans votre vie personnelle et sportive (actuelle), quelles sont les raisons qui pourraient vous inciter à vous engager dans un programme d'activité physique adaptée ?

Dans l'avenir, quelles sont les raisons qui pourraient vous inciter à « développer » un programme d'activité physique adaptée ?

Dans votre vie actuelle (ou à venir), quelles sont les raisons qui vous conduisent (ou conduirez) à ne pas vous engager dans un programme d'activité physique adaptée ?

Qu'appréhendez-vous le plus lorsque vous pensez à un programme d'activité physique adaptée ?

ANNEXE D : FORMULAIRE D'INFORMATION, DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET QUESTIONNAIRE (ÉTUDE 2)

Bonjour,

Nous vous proposons de participer à un protocole portant sur l'étude des motifs à adhérer ou non à un programme d'activité physique adaptée.

Ce questionnaire est destiné aux personnes ayant eu une prescription d'activité physique adaptée mais également au grand public.

Nous vous remercions de prendre le temps de répondre à toutes les questions.

Il y a 209 questions dans ce questionnaire.

Notice d'information et de consentement éclairé

Titre du projet : Prise de décision à adhérer à un programme d'activité physique adaptée sur ordonnance

Chercheur titulaire responsable scientifique du projet : Éric Fruchart, eric.fruchart@univ-perp.fr, MCF HDR, Directeur du LIPSEM

Lieu de recherche : Pyrénées Orientales (66), Toulouse (31), Nantes (44).

But du projet de recherche : Découvrir la manière dont vous combinez mentalement différentes variables lors de la prise de décision d'adhérer à un programme d'APA sur ordonnance, et ceci en fonction de votre motivation.

Ce que l'on attend de vous (méthodologie) : Si vous acceptez de participer à cette étude, vous remplirez un questionnaire dans lequel vous fournirez des renseignements au sujet de la prise de décision à adhérer à un programme d'activité adaptée sur prescription médicale. Il vous faudra prévoir une plage horaire d'une demi-heure afin de répondre aux questionnaires. Nous vous inviterons à ne remplir ces questionnaires qu'une seule fois. Nous vous demanderons de remplir deux questionnaires relatifs à la prise de décision d'adhésion à un programme d'activité physique sur prescription médicale :

- Un questionnaire relatif à la prise de décision d'adhésion à un programme d'activité physique adaptée
 - Un questionnaire relatif à la prise de décision de non-adhésion à un programme d'activité physique adaptée
- Nous pouvons également vous interroger sur votre pathologie si vous êtes atteint d'une pathologie.

Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps : Votre participation est gratuite et volontaire et vous ne recevrez aucune indemnité pour cette participation. Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Vous êtes également libre de vous retirer ou cesser votre participation en tout temps. En tant que patient, le refus ou le retrait de participation à l'étude ne conditionne aucunement les soins apportés dans la structure médicale.

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée : Dans le cadre de cette étude, vos données personnelles seront respectées et resteront anonymes. Vos données seront identifiées par un numéro ce qui garantira l'anonymat. Les données de cette étude ne seront pas divulguées et resteront dans un cadre de recherche.

Vous pourrez, conformément aux nouvelles dispositions de la loi « informatique et libertés » (loi n°2018-493 du 20 juin 2018), disposer d'un droit d'accès et de rectification. D'après cette loi, vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisés dans le cadre de la recherche.

Si vous le désirez les résultats de l'étude vous seront communiqués à la conclusion de celle-ci. Vous pourrez à tout moment bénéficier d'informations supplémentaires sur la recherche.

Bénéfices : Les bénéfices attendus de cette recherche sont d'aider les acteurs de santé à mieux transmettre le message de traitement, à développer des stratégies non-médicamenteuses et permettre aux individus de mieux les interpréter. Des programmes d'APA innovants pourraient être développés, dans les structures de santé, privées ou publiques, afin d'améliorer la santé des malades.

Risques possibles : À notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque ou inconfort autre que ceux de la vie quotidienne.

Diffusion : Cette recherche sera diffusée dans des colloques et sera publiée dans une revue scientifique en psychologie ou en sciences du sport.

Vos droits de poser des questions en tout temps : Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec le responsable scientifique du projet par courrier électronique eric.fruchart@univ-perp.fr ou les chercheurs associés laure-alia.zarrouk@etudiant.univ-perp.fr ou myriam.guedj@univ-tlse2.fr

Consentement à la participation : En cochant "Oui" au formulaire de consentement, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus, que nous avons répondu à vos questions de façon satisfaisante et que l'on vous a précisé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Questions Démographiques

Dans cet ensemble de questions, nous vous demanderons quelques informations personnelles sur votre situation actuelle. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Répondez honnêtement. Veuillez à utiliser l'ensemble de l'échelle (ne pas rester sur les extrémités) dans la mesure du possible. Avant de répondre, prenez le temps de bien lire et de prêter attention à toutes les informations données. Je vous remercie d'avoir bien voulu consacrer du temps à cette étude.

Quel âge avez-vous ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quel est votre genre ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
 Masculin

Êtes-vous atteint d'une pathologie somatique ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Somatique = qui concerne le corps

Quelle pathologie avez-vous ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [QD3]' (Êtes-vous atteint d'une pathologie somatique ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Cette question n'est pas obligatoire.

Avez-vous le statut ALD "Affection Longue Durée" ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [QD3]' (Êtes-vous atteint d'une pathologie somatique ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Avez-vous une prescription médicale pour un programme d'activité physique adaptée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [QD3]' (Êtes-vous atteint d'une pathologie somatique ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Quelle activité physique adaptée vous a-t-on prescrit ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [QD6]' (Avez-vous une prescription médicale pour un programme d'activité physique adaptée ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

À quelle fréquence pratiquez-vous cette activité physique adaptée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [QD6]' (Avez-vous une prescription médicale pour un programme d'activité physique adaptée ?)

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- Quotidiennement
- Bi-quotidiennement

Où pratiquez-vous cette activité physique adaptée le plus régulièrement ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [QD6]' (Avez-vous une prescription médicale pour un programme d'activité physique adaptée ?)

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En extérieur
- En intérieur

Pouvez-vous préciser l'environnement où vous pratiquez votre activité physique et sportive ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'En extérieur' à la question ' [QD9]' (Où pratiquez-vous cette activité physique adaptée le plus régulièrement ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

Dans quelle mesure suivez-vous ce programme d'activité physique adaptée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [QD6]' (Avez-vous une prescription médicale pour un programme d'activité physique adaptée ?)

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pratiquez-vous une activité physique et sportive hors prescription médicale ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [QD6]' (Avez-vous une prescription médicale pour un programme d'activité physique adaptée ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Quelle activité physique et sportive pratiquez-vous ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [QD11]' (Pratiquez-vous une activité physique et sportive hors prescription médicale ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

À quelle fréquence pratiquez-vous cette activité physique et sportive ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [QD11]' (Pratiquez-vous une activité physique et sportive hors prescription médicale ?)

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- Quotidiennement
- Bi-quotidiennement

Où pratiquez-vous cette activité physique et sportive le plus régulièrement ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [QD11]' (Pratiquez-vous une activité physique et sportive hors prescription médicale ?)

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En extérieur
- En intérieur

Pouvez-vous préciser l'environnement où vous pratiquez votre activité physique et sportive ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'En extérieur ' à la question ' [QD14]' (Où pratiquez-vous cette activité physique et sportive le plus régulièrement ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

Pratiquez-vous une activité physique et sportive ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question ' [QD6]' (Avez-vous une prescription médicale pour un programme d'activité physique adaptée ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Quelle activité physique et sportive pratiquez-vous ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question ' [QD15]' (Pratiquez-vous une activité physique et sportive ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

À quelle fréquence pratiquez-vous cette activité physique et sportive ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question ' [QD15]' (Pratiquez-vous une activité physique et sportive ?)

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- Quotidiennement
- Bi-quotidiennement

Où pratiquez-vous cette activité physique le plus régulièrement ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question ' [QD15]' (Pratiquez-vous une activité physique et sportive ?)

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En extérieur
- En intérieur

Pouvez-vous préciser l'environnement où vous pratiquez votre activité physique et sportive ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'En extérieur ' à la question ' [QD18]' (Où pratiquez-vous cette activité physique le plus régulièrement ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Pratiquez-vous une activité physique et sportive ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Non' à la question ' [QD3]' (Êtes-vous atteint d'une pathologie somatique ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Quelle activité physique et sportive pratiquez-vous ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question ' [QD19]' (Pratiquez-vous une activité physique et sportive ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

À quelle fréquence pratiquez-vous cette activité physique et sportive ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [QD19]' (Pratiquez-vous une activité physique et sportive ?)

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- Quotidiennement
- Bi-quotidiennement

Où pratiquez-vous cette activité physique et sportive le plus régulièrement ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [QD19]' (Pratiquez-vous une activité physique et sportive ?)

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En extérieur
- En intérieur

Pouvez-vous préciser l'environnement où vous pratiquez votre activité physique et sportive ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'En extérieur' à la question ' [QD22]' (Où pratiquez-vous cette activité physique et sportive le plus régulièrement ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

Questionnaire des motifs à adhérer

Nous allons maintenant vous présenter une série d'items. Sous chaque items, il vous sera demandé de répondre à la question suivante (en rouge). Une échelle de réponse est prévue à cet effet. Votre tâche consiste à lire les différents items les uns après les autres. Vous répondrez à chaque fois, à l'item proposé en déplaçant le curseur sur l'une des graduations de l'échelle de réponse. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Veillez à utiliser l'ensemble de l'échelle (ne pas rester sur les extrémités) dans la mesure du possible. Avant de répondre, prenez le temps de bien lire et de prêter attention à toutes les informations données.

UNE DES RAISONS POUR LESQUELLES J'ADHÉRERAIS À UN PROGRAMME D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE SUR ORDONNANCE SERAIT QUE ...

Cela ne coûte rien *

ⓘ Veuillez donner au maximum une réponse

ⓘ Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'ai payé les séances et que je ne veuille pas perdre d'argent *

ⓘ Veuillez donner au maximum une réponse

ⓘ Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Des objectifs aient été fixés *

ⓘ Veuillez donner au maximum une réponse

ⓘ Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela donne un but à atteindre *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela permet de prévenir une maladie *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Qu'il y ait des bénéfices sur la santé à court, moyen et long terme *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela améliore la santé *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela améliore la qualité de vie *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela permet de retrouver une forme physique *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le programme se base sur des indicateurs scientifiques *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela joue positivement sur le moral *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Les séances soient ludiques *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela améliore mon bien-être *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me permette de retrouver un équilibre *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je prenne du plaisir dans l'activité *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela permet de retrouver des sensations *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'aime le sport *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je prenne du temps pour moi *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me permette de rigoler et de passer de bons moments avec les membres du groupe *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le lieu de l'activité soit plaisant *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela permette de se sentir vivre dans son corps *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je trouve important d'avoir une activité physique *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me permette d'effectuer avec assiduité une activité physique *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela soit reconnu comme un soin *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela vienne en complément d'un traitement médical *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je puisse intégrer le programme dans mon quotidien *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

L'activité se déroule près de chez moi *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela soit recommandé par mon médecin *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela soit prescrit par mon médecin *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'aie confiance dans le médecin qui m'a prescrit l'activité *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela se déroule dans une structure que je connais *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'aie confiance en la politique de santé publique française *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'estime que si on me le propose c'est pour mon bien *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne progresse pas avec mon kinésithérapeute *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je sois obligé à cause de la persistance de mes douleurs *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Mon état de santé se soit dégradé *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je veuille éviter d'aggraver ma pathologie *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me permette d'éviter une récurrence *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela limite ma fatigue *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela limite les effets indésirables des traitements *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela réduise les douleurs *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela réduit la sédentarité *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me permette de réduire les traitements médicaux *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me permette de réduire mon stress *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me permette de faire régresser ma pathologie *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Mon kinésithérapeute me l'a conseillé *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Les autres membres du groupe m'encouragent à le faire *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Mes proches m'y incitent *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Mon médecin m'encourage à le faire *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le médecin pense que cela me sera bénéfique *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le spécialiste de ma pathologie m'y incite *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Une de mes célébrités préférées ait réalisé ce type de programme lorsqu'elle était malade *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

La médiatisation de ce type de programme m'incite à le faire *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le professeur d'activité physique adaptée soit bienveillant avec moi *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je pratique seul avec l'encadrant pour avoir un suivi totalement personnalisé *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je bénéficie d'un suivi régulier par un professionnel *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je sois accompagné et guidé *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'aie été correctement informé avant de m'engager *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le médecin m'ait bien présenté tous les aspects du programme *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

L'activité soit adaptée à mes besoins et à ma pathologie *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

L'activité physique soit adaptée à mon niveau physique *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'aime me dépasser *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je peux mieux contrôler ma pathologie *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'aie le choix de pratiquer l'activité seul ou en groupe *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me permette d'améliorer mes capacités cardio-respiratoires *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je gagne en autonomie *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela m'aide à reprendre une activité physique *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me permette de mieux supporter la maladie *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me permette de retrouver/maintenir ma mobilité *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me permette de conserver mes capacités physiques *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je mesure mes progrès rapidement *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me permette de retrouver mon poids de forme *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me donne le sentiment de protéger un minimum ma santé même si par ailleurs je l'abîme *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Ce soit moi qui décide où et quand je réalise le programme *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Mon entourage veuille me voir en forme *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela rassurerait mes proches *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela éviterait que je devienne une charge pour les autres *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Ma pathologie impacte mes relations avec mes proches *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela ait fonctionné pour des personnes que je connais *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela ait été bénéfique pour d'autres personnes *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

La pratique en groupe me motive *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela permette de développer des liens sociaux *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me permette de faire partie d'un groupe *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela donne l'impression d'être moins seul *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je rencontre d'autres personnes atteintes de la même pathologie que moi *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela permet d'échanger sur ma pathologie *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

L'ambiance soit bonne dans le groupe *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'aime le soutien psychologique associé au programme *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me donne confiance en moi *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela améliore l'estime que j'ai de moi-même *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me permette d'être fier de moi *

- ① Veuillez donner au maximum une réponse
 - ① Chaque entrée doit être entre 0 et 10
- Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je me sente en capacité de le faire *

- ① Veuillez donner au maximum une réponse
 - ① Chaque entrée doit être entre 0 et 10
- Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je perçoive un bénéfice physique et psychologique immédiat après chaque séance *

- ① Veuillez donner au maximum une réponse
 - ① Chaque entrée doit être entre 0 et 10
- Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Questionnaire des motifs à ne pas adhérer

Nous allons maintenant vous présenter une série d'items. Sous chaque items, il vous sera demandé de répondre à la question suivante (en rouge). Une échelle de réponse est prévue à cet effet. Votre tâche consiste à lire les différents items les uns après les autres. Vous répondrez à chaque fois, à l'item proposé en déplaçant le curseur sur l'une des graduations de l'échelle de réponse. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Veuillez à utiliser l'ensemble de l'échelle (ne pas rester sur les extrémités) dans la mesure du possible. Avant de répondre, prenez le temps de bien lire et de prêter attention à toutes les informations données.

UNE DES RAISONS POUR LESQUELLES JE N'ADHÉRERAI PAS À UN PROGRAMME D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE SUR ORDONNANCE SERAIT QUE ...

Mon état physique soit trop dégradé *

- ① Veuillez donner au maximum une réponse
 - ① Chaque entrée doit être entre 0 et 10
- Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je sois trop fatigué *

- ① Veuillez donner au maximum une réponse
 - ① Chaque entrée doit être entre 0 et 10
- Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Des limites physiques m'y empêchent *

- ① Veuillez donner au maximum une réponse
 - ① Chaque entrée doit être entre 0 et 10
- Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je n'obtiens pas de résultats rapidement *

- ① Veuillez donner au maximum une réponse
 - ① Chaque entrée doit être entre 0 et 10
- Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne vois aucun résultat sur ma santé *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

L'activité soit trop chère *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

L'activité soit payante *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne suis pas impliqué car l'activité est gratuite *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le cout de l'activité ne soit pas pris en charge par la mutuelle *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je n'ai pas de temps *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le nombre de séances soit trop élevé *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

L'activité se pratique loin de chez moi *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je n'aime pas l'activité qui m'est proposé *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne prene pas de plaisir dans l'activité *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je n'aime pas le sport *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela soit incompatible avec ma vie professionnelle et familiale *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'aie des contraintes familiales *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne sois pas équipé pour l'activité *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Les horaires ne me conviennent pas *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je n'aie pas confiance en mon médecin *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je n'aie pas confiance dans la santé publique française *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je n'aime pas programmer les choses *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je sois septique quant aux résultats *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne pense pas en avoir besoin *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'aie une mauvaise expérience antérieure de ce type de pratique *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je sois trop vieux pour ça *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je sois trop jeune pour ça *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne me sente pas malade *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne veuille pas me laisser embrigader, j'ai un côté rebelle *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne supporte pas qu'on me dise quoi faire *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'aime mettre en danger ma santé *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je n'aime pas faire de la prévention *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'ai un mode de vie trop sédentaire pour m'engager dans une activité *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne me sente pas concerné *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je me moque de ma santé *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'aie d'autres priorités que ma santé *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je suis plutôt adepte des médecines alternatives *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je n'ai rien à perdre à arrêter le programme *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je craigne de devenir addict à l'activité physique *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Qu'il n'y ait pas de suivi *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le suivi soit insuffisant *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le niveau de l'activité proposé par le coach n'est pas adapté *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

L'activité qui me soit proposé n'est pas adaptée à ma condition physique *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je manque d'échange avec le professionnel qui me suis *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le type d'activité me soit imposé par le coach *

- ① Veuillez donner au maximum une réponse
 - ① Chaque entrée doit être entre 0 et 10
- Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

La présentation du programme par le coach n'est pas claire *

- ① Veuillez donner au maximum une réponse
 - ① Chaque entrée doit être entre 0 et 10
- Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Qu'il y ait un manque d'information *

- ① Veuillez donner au maximum une réponse
 - ① Chaque entrée doit être entre 0 et 10
- Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je n'aie jamais pratiqué l'activité proposé *

- ① Veuillez donner au maximum une réponse
 - ① Chaque entrée doit être entre 0 et 10
- Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le programme proposé ne soit pas assez individualisé *

- ① Veuillez donner au maximum une réponse
 - ① Chaque entrée doit être entre 0 et 10
- Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Les informations ne soient pas assez claires *

- ① Veuillez donner au maximum une réponse
 - ① Chaque entrée doit être entre 0 et 10
- Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne puisse pas prendre de décision du fait d'un manque d'informations *

- ① Veuillez donner au maximum une réponse
 - ① Chaque entrée doit être entre 0 et 10
- Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne bénéficie pas de l'avis d'un médecin pour prendre ma décision *

- ① Veuillez donner au maximum une réponse
 - ① Chaque entrée doit être entre 0 et 10
- Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Qu'il y ait un manque d'accessibilité du lieu où se pratique l'activité *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

L'environnement dans lequel je pratique l'activité soit trop bruyant ou pollué *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le temps qu'il fasse dehors annihile toute motivation *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Qu'il y ait un mauvais cadre extérieur (bâtiment) *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Mes proches ne m'encouragent pas à pratiquer l'activité *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'ai peur de me retrouver en échec *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me demande trop d'effort pour me motiver *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne sois pas motivé *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela nécessite trop d'engagement de ma part *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Cela me demande trop de sacrifice *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne sois pas quelqu'un de persévérant *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne me sente pas capable d'y arriver *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne me sente pas disponible psychologiquement *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le professionnel ne soit pas encourageant *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Qu'il y ait une mauvaise relation avec le professeur d'activité physique adaptée *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Qu'il y ait une mauvaise ambiance dans le groupe *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Que les autres me considèrent comme une personne malade *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je craigne le regard des autres *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne m'entende pas avec le professionnel qui assure mon suivi *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne m'entende pas avec le groupe avec lequel je pratique l'activité *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne veuille pas être avec des personnes qui ont toutes la même pathologie *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je ne veuille pas être avec des gens malades *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Mon médecin ne m'encourage pas plus que ça à participer au programme *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Mon médecin est sceptique quant à ce type de programme *

① Veuillez donner au maximum une réponse

② Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Mon ostéopathe et/ou mon kinésithérapeute pense que les séances que je fais chez lui sont suffisantes *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le professionnel qui me suit soit incompetent *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

L'équipe qui me suit a mauvaise réputation *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Les professionnels ne supervisent pas réellement l'activité *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

L'activité aggrave mes douleurs *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'ai des problèmes physiques qui m'empêchent de me déplacer *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Le programme risque de me mettre en danger *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'ai des douleurs trop importantes *

● Veuillez donner au maximum une réponse

● Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'aie d'autres préoccupations que ma santé (financières, etc.) *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Les démarches administratives me semblent insurmontables *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'aie un inconfort articulaire *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

J'aie un inconfort musculaire *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Je craigne d'avoir mal (pendant ou après l'activité) *

① Veuillez donner au maximum une réponse

① Chaque entrée doit être entre 0 et 10

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Merci de votre participation à cette étude.

09.02.2023 – 11:30

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Note : En ce qui concerne les questionnaires ci-dessous (étude 2) ainsi que ci-dessous (étude 3), les participants ne devaient pas indiquer leurs scores. Ils devaient déplacer un curseur où les chiffres de l'échelle n'étaient pas indiqués. Le format ci-dessus ainsi que ci-dessous est dû à l'exportation des questionnaires à partir du logiciel Lime Survey.

ANNEXE E : FORMULAIRE D'INFORMATION, DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET QUESTIONNAIRE (ÉTUDE 3)

Bonjour,

Nous vous proposons de participer à un protocole portant sur l'identification des raisons pour lesquelles les individus s'engagent (prennent la décision) dans un programme d'activité physique adaptée sur ordonnance.

Ce questionnaire est destiné aux personnes ayant eu une prescription d'activité physique adaptée mais également au grand public.

Nous vous remercions de prendre le temps de répondre à toutes les questions.

Il y a 107 questions dans ce questionnaire.

Notice d'information et de consentement éclairé

Titre du projet : Prise de décision à adhérer à un programme d'activité physique adaptée sur ordonnance

Chercheur titulaire responsable scientifique du projet : Éric Fruchart, eric.fruchart@univ-perp.fr, MCF HDR, Directeur du LIPSEM

Lieu de recherche : Pyrénées Orientales (66), Toulouse (31), Nantes (44).

But du projet de recherche : Découvrir la manière dont vous combinez mentalement différentes variables lors de la prise de décision d'adhérer à un programme d'APA sur ordonnance, et ceci en fonction de votre motivation.

Ce que l'on attend de vous (méthodologie) : Si vous acceptez de participer à cette étude, vous remplirez un questionnaire dans lequel vous fournirez des renseignements au sujet de la prise de décision à adhérer à un programme d'activité adaptée sur prescription médicale. Il vous faudra prévoir une plage horaire d'une demi-heure afin de répondre aux questionnaires. Nous vous inviterons à ne remplir ces questionnaires qu'une seule fois. Nous vous demanderons de remplir quatre questionnaires relatifs à la prise de décision d'adhésion à un programme d'activité physique sur prescription médicale :

- Un questionnaire sur les considérations négatives qui "poussent" à vouloir partir de la situation présente.
- Un questionnaire sur les considérations positives qui « retiennent » les individus dans la situation présente.
- Un questionnaire sur les considérations positives sur la situation future qui « attirent » vers la nouvelle situation.
- Un questionnaire sur les considérations négatives (risques et coûts) associés à la nouvelle situation qui « freinent » la décision de l'arrêt de la présente situation.

Nous pouvons également vous interroger sur votre pathologie si vous êtes atteint d'une pathologie.

Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps : Votre participation est gratuite et volontaire et vous ne recevrez aucune indemnité pour cette participation. Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Vous êtes également libre de vous retirer ou cesser votre participation en tout temps. En tant que patient, le refus ou le retrait de participation à l'étude ne conditionne aucunement les soins apportés dans la structure médicale.

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée : Dans le cadre de cette étude, vos données personnelles seront respectées et resteront anonymes. Vos données seront identifiées par un numéro ce qui garantira l'anonymat. Les données de cette étude ne seront pas divulguées et resteront dans un cadre de recherche.

Vous pourrez, conformément aux nouvelles dispositions de la loi « informatique et libertés » (loi n°2018-493 du 20 juin 2018), disposer d'un droit d'accès et de rectification. D'après cette loi, vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisés dans le cadre de la recherche.

Si vous le désirez les résultats de l'étude vous seront communiqués à la conclusion de celle-ci. Vous pourrez à tout moment bénéficier d'informations supplémentaires sur la recherche.

Bénéfices : Les bénéfices attendus de cette recherche sont d'aider les acteurs de santé à mieux transmettre le message de traitement, à développer des stratégies non-médicamenteuses et permettre aux individus de mieux les interpréter. Des programmes d'APA innovants pourraient être développés, dans les structures de santé, privées ou publiques, afin d'améliorer la santé des malades.

Risques possibles : À notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque ou inconfort autre que ceux de la vie quotidienne.

Diffusion : Cette recherche sera diffusée dans des colloques et sera publiée dans une revue scientifique en psychologie ou en sciences du sport.

Vos droits de poser des questions en tout temps : Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec le responsable scientifique du projet par courrier électronique eric.fruchart@univ-perp.fr ou les chercheurs associés laure-alia.zarrouk@etudiant.univ-perp.fr ou myriam.guedj@univ-tlse2.fr

Consentement à la participation : En cochant "Oui" au formulaire de consentement, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus, que nous avons répondu à vos questions de façon satisfaisante et que l'on vous a précisé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Questions Démographiques

Dans cet ensemble de questions, nous vous demanderons quelques informations personnelles sur votre situation actuelle. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Répondez honnêtement. Veuillez à utiliser l'ensemble de l'échelle (ne pas rester sur les extrémités) dans la mesure du possible. Avant de répondre, prenez le temps de bien lire et de prêter attention à toutes les informations données. Je vous remercie d'avoir bien voulu consacrer du temps à cette étude.

Quel âge avez-vous ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Quel est votre genre ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
 Masculin

Êtes-vous atteint d'une pathologie somatique ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Somatique = qui concerne le corps

Quelle pathologie avez-vous ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Cette question n'est pas obligatoire.

Avez-vous le statut ALD "Affection Longue Durée" ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Avez-vous une prescription médicale pour un programme d'activité physique adaptée ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Quelle activité physique adaptée vous a-t-on prescrit ? *

Veuillez écrire votre réponse ici :

À quelle fréquence pratiquez-vous cette activité physique adapté ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- Quotidiennement
- Bi-quotidiennement

Où pratiquez-vous cette activité physique adaptée le plus régulièrement ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En extérieur
- En intérieur

Pouvez-vous préciser l'environnement où vous pratiquez votre activité physique et sportive ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

Dans quelle mesure suivez-vous ce programme d'activité physique adaptée ? *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pratiquez-vous une activité physique et sportive hors prescription médicale ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Quelle activité physique et sportive pratiquez-vous ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

À quelle fréquence pratiquez-vous cette activité physique et sportive ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- Quotidiennement
- Bi-quotidiennement

Où pratiquez-vous cette activité physique et sportive le plus régulièrement ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En extérieur
- En intérieur

Pouvez-vous préciser l'environnement où vous pratiquez votre activité physique et sportive ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

Pratiquez-vous une activité physique et sportive ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Quelle activité physique et sportive pratiquez-vous ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

À quelle fréquence pratiquez-vous cette activité physique et sportive ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- 2 à 3 fois par semaine
- Quotidiennement
- Bi-quotidiennement

Où pratiquez-vous cette activité physique le plus régulièrement ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En extérieur
- En intérieur

Pouvez-vous préciser l'environnement où vous pratiquez votre activité physique et sportive ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

Pratiquez-vous une activité physique et sportive ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Quelle activité physique et sportive pratiquez-vous ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

À quelle fréquence pratiquez-vous cette activité physique et sportive ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins d'une fois par mois
 Une fois par mois
 2 à 3 fois par mois
 Une fois par semaine
 2 à 3 fois par semaine
 Quotidiennement
 Bi-quotidiennement

Où pratiquez-vous cette activité physique et sportive le plus régulièrement ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En extérieur
 En intérieur

Pouvez-vous préciser l'environnement où vous pratiquez votre activité physique et sportive ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

Questionnaire Push

Nous allons maintenant vous présenter une série d'item. Sous chaque item, il vous sera demandé de répondre à la question suivante (en rouge). Une échelle de réponse est prévue à cet effet. Votre tâche consiste à lire les différents items les uns après les autres. Vous répondrez à chaque fois, à l'item proposé en déplaçant le curseur sur l'une des graduations de l'échelle de réponse. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Veillez à utiliser l'ensemble de l'échelle (ne pas rester sur les extrémités) dans la mesure du possible. Avant de répondre, prenez le temps de bien lire et de prêter attention à toutes les informations données.

Dans votre vie actuelle, quelles sont les raisons qui pourraient vous inciter à vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'Activité Physique Adaptée (APA) ?

M'apercevoir que ma qualité de vie se détériore *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Me rendre compte que mon état de santé l'exige *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Ne pas avoir confiance en mon médecin actuel *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Avoir la sensation de ne pas progresser avec mon kinésithérapeute *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Y être obligé à cause de la persistance des douleurs *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Être sans cesse fatigué *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Avoir des problèmes de santé *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Ne plus supporter la pollution de mon environnement *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Être victime des nuisances sonores de mon environnement *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

M'apercevoir que mon état de santé s'est dégradé *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Avoir conscience que je n'obtiens aucun résultat positif actuellement *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Trouver que le professionnel d'APA qui me suit actuellement n'est pas compétent *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Estimer que les professionnels qui m'encadrent (médecin, professionnel d'APA...) ne sont pas compétents *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Ne pas bénéficier d'un suivi de professionnels *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Disposer d'un suivi trop insuffisant *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Être confronté à une mauvaise ambiance de groupe durant l'APA *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

M'apercevoir que le niveau des APAs qui me sont proposés actuellement n'est pas adapté *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Me voir proposer des APAs non adaptés à ma condition physique *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Manquer d'échanges avec le professionnel d'APA qui me suis *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Suivre des programmes d'APA non individualisés *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Questionnaire Anti-Push

Nous allons maintenant vous présenter une série d'items. Sous chaque item, il vous sera demandé de répondre à la question suivante (en rouge). Une échelle de réponse est prévue à cet effet. Votre tâche consiste à lire les différents items les uns après les autres. Vous répondrez à chaque fois, à l'item proposé en déplaçant le curseur sur l'une des graduations de l'échelle de réponse. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Veillez à utiliser l'ensemble de l'échelle (ne pas rester sur les extrémités) dans la mesure du possible. Avant de répondre, prenez le temps de bien lire et de prêter attention à toutes les informations données.

Dans votre vie actuelle, quelles sont les raisons qui pourraient vous conduire à ne pas vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'Activité Physique Adaptée (APA) ?

Penser ne pas en avoir besoin *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Considérer que mon environnement actuel est plus accessible *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Préférer mon environnement actuel *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Bénéficier actuellement d'un cadre apaisant pour mon activité physique *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Préférer suivre un programme d'APA à côté de chez moi *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Me sentir plus en sécurité dans mon environnement habituel *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Vouloir rester proche de ma famille et mes proches *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Avoir le sentiment que ma pathologie se soigne très bien dans l'environnement dans lequel je suis *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Profiter d'un bon suivi là où je suis actuellement *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Entretenir de bonnes relations avec les personnes qui m'encadrent actuellement *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Disposer d'un programme d'APA individualisé dans mon environnement *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Avoir confiance en mon médecin *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Profiter d'une bonne ambiance dans mon groupe *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Disposer d'un programme d'APA bien inséré dans ma vie quotidienne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Avoir été très bien informé sur le programme d'APA sur mon territoire *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Bénéficier d'un très bon accompagnement sur mon territoire *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Avoir reçu des objectifs clairs et réalisables de la part des professionnels de mon territoire *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Savoir qu'il y a des spécialistes de ma pathologie sur mon territoire *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Avoir confiance dans la politique de santé publique de mon territoire *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Être conscient que les professionnels de mon territoire sont réputés pour leur bienveillance *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Questionnaire Pull

Nous allons maintenant vous présenter une série d'item. Sous chaque items, il vous sera demandé de répondre à la question suivante (en rouge). Une échelle de réponse est prévue à cet effet. Votre tâche consiste à lire les différents items les uns après les autres. Vous répondrez à chaque fois, à l'item proposé en déplaçant le curseur sur l'une des graduations de l'échelle de réponse. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Veillez à utiliser l'ensemble de l'échelle (ne pas rester sur les extrémités) dans la mesure du possible. Avant de répondre, prenez le temps de bien lire et de prêter attention à toutes les informations données.

Dans l'avenir, quelles sont les raisons qui pourraient vous inciter à vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'Activité Physique Adaptée (APA) ?

Pouvoir pratiquer l'APA au contact de la nature *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir profiter des bénéfices cardio-vasculaires de la pratique de l'APA en montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir disposer de l'air pur de la montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir ressentir une sensation de liberté durant l'APA *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir varier les terrains de pratique de l'APA *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir bénéficier d'une qualité de l'air exceptionnelle *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir être impacté positivement par la pratique de l'APA en environnement de montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir profiter des avantages reconnus par la science de l'activité physique en environnement de montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir me retrouver dans un environnement que j'aime tout particulièrement *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir prendre du plaisir en pratiquant l'APA en extérieur *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir prendre du plaisir à réaliser un effort physique en montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir contempler de jolis paysages de montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir gagner en vitalité en pratiquant l'APA en environnement de montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir m'apaiser grâce à la tranquillité et au calme de l'environnement de montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir me trouver à la montagne, environnement que je préfère à la ville *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir profiter d'un environnement sain *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir ressentir un bien-être mental à pratiquer l'APA en environnement de montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir vivre un dépaysement au quotidien *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir découvrir d'autres horizons *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Pouvoir bénéficier d'un cadre environnemental qui incite à la pratique de l'activité physique *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Questionnaire Anti-Pull

Nous allons maintenant vous présenter une série d'item. Sous chaque item, il vous sera demandé de répondre à la question suivante (en rouge). Une échelle de réponse est prévue à cet effet. Votre tâche consiste à lire les différents items les uns après les autres. Vous répondrez à chaque fois, à l'item proposé en déplaçant le curseur sur l'une des graduations de l'échelle de réponse. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Veillez à utiliser l'ensemble de l'échelle (ne pas rester sur les extrémités) dans la mesure du possible. Avant de répondre, prenez le temps de bien lire et de prêter attention à toutes les informations données.

Qu'appréhendez-vous le plus lorsque vous pensez à vous rendre en environnement de montagne pour suivre un programme d'Activité Physique Adaptée (APA) ?

Craindre un manque d'équipement spécifique à la pratique de l'APA en montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre des terrains de montagne trop contraignants *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre de rencontrer des difficultés respiratoires lors de l'APA en montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre que ce soit difficile physiquement de pratiquer l'APA en montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre d'être mis en difficulté par l'altitude à laquelle la pratique de l'APA se déroule *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre de me retrouver dans un environnement que je n'aime pas *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre de devoir m'adapter au climat de montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre de participer à un programme d'APA non adapté à l'environnement de montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre que ma pathologie ne me permette pas d'effectuer une APA en environnement de montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre de me faire mal *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre de pratiquer sur des terrains instables *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre que le climat ne soit pas favorable *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre un brusque changement de météo durant la pratique de l'APA en montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre la distance pour me rendre dans un environnement de montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre de me retrouver en danger lors de l'APA en montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre que l'APA ne soit pas assez sécurisée *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre de devoir séjourner plusieurs semaines loin de ma famille *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre de prendre trop de risque sur le plan physiologique durant l'APA *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre de ne pas être accompagné par un spécialiste de la montagne *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Craindre d'être confronté à un dénivelé trop important durant l'APA *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

/

Merci de votre participation à cette étude.

06.02.2023 – 13:18

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

ANNEXE F : NOTICE D'INFORMATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE (ÉTUDE 4)

Titre du projet : Prise de décision à adhérer à un programme d'activité physique adaptée sur ordonnance : une application en environnement de montagne.

Chercheur titulaire responsable scientifique du projet : Éric Fruchart, eric.fruchart@univ-perp.fr, MCF HDR, Directeur du LIPSEM

Lieu de recherche : Pyrénées Orientales (66), Toulouse (31), Nantes (44).

But du projet de recherche : Découvrir la manière dont vous combinez mentalement différentes variables lors de la prise de décision à adhérer à un programme d'APA sur ordonnance, et ceci en fonction de votre motivation.

Ce que l'on attend de vous (méthodologie) : Si vous acceptez de participer à cette étude, vous remplirez un questionnaire dans lequel vous fournirez des renseignements au sujet de la prise de décision à adhérer à un programme d'activité adaptée sur prescription médicale. Il vous faudra prévoir une plage horaire d'une heure afin de répondre aux questionnaires. Nous vous inviterons à ne remplir ces questionnaires qu'une seule fois. Nous vous demanderons de remplir quatre questionnaires relatifs à la prise de décision d'adhésion à un programme d'activité physique sur prescription médicale :

- - Un questionnaire relatif à la prise de décision d'adhésion avec un objectif de santé
- - Un questionnaire relatif à la prise de décision d'adhésion pour le plaisir et le bien-être
- - Un questionnaire relatif à la prise de décision d'adhésion parce que le médecin l'a prescrit
- - Un questionnaire relatif à la prise de décision d'adhésion pour combattre la maladie

Nous pouvons également vous interroger sur votre pathologie si vous êtes atteint d'une pathologie.

Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps : Votre participation est gratuite et volontaire et vous ne recevrez aucune indemnité pour cette participation. Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Vous êtes également libre de vous retirer ou cesser votre participation en tout temps.

En tant que patient, le refus ou le retrait de participation à l'étude ne conditionne aucunement les soins apportés dans la structure médicale.

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée : Dans le cadre de cette étude, vos données personnelles seront respectées et resteront anonymes. Vos données seront identifiées par un numéro ce qui garantira l'anonymat. Les données de cette étude ne seront pas divulguées et resteront dans un cadre de recherche.

Vous pourrez, conformément aux nouvelles dispositions de la loi « informatique et libertés » (loi n°2018-493 du 20 juin 2018), disposer d'un droit d'accès et de rectification. D'après cette loi, vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisés dans le cadre de la recherche. Si vous le désirez les résultats de l'étude vous seront communiqués à la conclusion de celle-ci. Vous pourrez à tout moment bénéficier d'informations supplémentaires sur la recherche.

Bénéfices : Les bénéfices attendus de cette recherche sont d'aider les acteurs de santé à mieux transmettre le message de traitement, à développer des stratégies non-médicamenteuses et permettre aux individus de mieux les interpréter. Des programmes d'APA innovants pourraient être développés,

notamment en environnement de montagne, dans les structures de santé, privées ou publiques, afin d'améliorer la santé des malades.

Risques possibles : À notre connaissance, cette recherche n'implique aucun risque ou inconfort autre que ceux de la vie quotidienne.

Diffusion : Cette recherche sera diffusée dans des colloques et sera publiée dans une revue scientifique en psychologie ou en sciences du sport.

Vos droits de poser des questions en tout temps : Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche en tout temps en communiquant avec le responsable scientifique du projet par courrier électronique eric.fruchart@univ-perp.fr ou les chercheurs associés laure-alia.zarrouk@etudiant.univ-perp.fr ou myriam.guedj@univ-tlse2.fr

Consentement à la participation : En signant ce formulaire de consentement, vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus, que nous avons répondu à vos questions de façon satisfaisante et que l'on vous a précisé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.

Signature :

PREMIER ENSEMBLE

ANNEXE G : QUESTIONNAIRE (ÉTUDE 4)

Ce document d'étude est composé de deux ensembles.

Le premier ensemble comprend quelques informations sur votre situation actuelle.

Le second ensemble est un questionnaire anonyme composé de situations dans lesquelles une personne s'interroge dans l'adhésion à un programme d'activité physique sur prescription médicale.

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Veuillez à utiliser l'ensemble de l'échelle (ne pas rester sur les extrémités). Avant de répondre, prenez le temps de bien lire et de prêter attention à toutes les informations données.

Je vous remercie d'avoir bien voulu consacrer du temps à cette étude.

Age :

Genre : Homme / Femme

Avez-vous une pathologie ?

Si oui, laquelle ?

Avez-vous le statut « ALD » : Affections longues Durées ? Oui / Non

Si oui, avez-vous un programme d'activité physique sur prescription médicale ?

Si oui, quelle activité physique adapté vous a-t-on prescrit ?

Si oui, à quelle fréquence pratiquez-vous cette activité physique adaptée ?

.....

Si oui, où pratiquez-vous le plus régulièrement (indoor, mer, ville, campagne, montagne) ?

Si oui, Dans quelle mesure suivez-vous ce programme d'activité physique adaptée ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Pratiquez-vous une activité physique et sportive hors prescription médicale ?

Si oui, quelle activité physique et sportive pratiquez-vous ?

Si oui, à quelle fréquence pratiquez-vous cette activité physique ?

Si oui, où pratiquez-vous le plus régulièrement (indoor, mer, ville, campagne, montagne) ?

Dans quelle mesure pratiqueriez-vous la marche en montagne pour le plaisir et le bien-être immédiat procuré par cette pratique ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Dans quelle mesure pratiqueriez-vous la marche en montagne afin d'atteindre un objectif d'amélioration de votre santé ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

PREMIER ENSEMBLE

Si vous aviez une prescription médicale d'activité physique, dans quelle mesure pratiqueriez-vous la marche en montagne pour respecter la prescription de votre médecin ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Si vous étiez malade, dans quelle mesure pratiqueriez-vous la marche en montagne afin de combattre la maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

FIN DU PREMIER ENSEMBLE

DEUXIEME ENSEMBLE

Ce second ensemble est composé de quatre questionnaires recueillant vos opinions sur la prise de décision à adhérer à un programme d'activité physique sur prescription médicale :

Dans le premier questionnaire, il s'agit d'une adhésion au programme avec pour objectif d'améliorer votre santé.

Dans le deuxième questionnaire, il s'agit d'une adhésion au programme pour le plaisir et le bien-être immédiat que la pratique vous procure.

Dans le troisième questionnaire, il s'agit d'une adhésion au programme parce que votre médecin vous l'a prescrit.

Dans le quatrième questionnaire, il s'agit d'une adhésion au programme pour combattre la maladie et vous en libérer.

Pour chaque questionnaire, une première phase appelée Familiarisation (3 situations) vous permettra de vous exercer.

La deuxième phase correspond à l'Expérience elle-même.

Votre tâche consiste à lire les différentes situations les unes après les autres. Vous répondrez à chaque fois, à la question posée en cochant d'une croix l'une des graduations (cercle) de l'échelle de réponse.

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Veillez à utiliser l'ensemble de l'échelle (ne pas rester sur les extrémités).

Avant de répondre, prenez le temps de bien lire et de prêter attention à toutes les informations données

QUESTIONNAIRE 1

PHASE DE FAMILIARISATION

Antoine habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Antoine est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée. L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Antoine **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Antoine pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté. A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Antoine et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Antoine, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous vous êtes fixé comme objectif d'améliorer votre santé ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Barnabé habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Barnabé est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée. L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Barnabé **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Barnabé pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté. En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Barnabé et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Barnabé, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous vous êtes fixé comme objectif d'améliorer votre santé ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Diego habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée. L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Diego **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Diego pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté. En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Diego et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Diego, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous vous êtes fixé comme objectif d'améliorer votre santé ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

QUESTIONNAIRE 1

PHASE EXPÉRIMENTALE

Alexandre habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Alexandre est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Alexandre **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Alexandre pratiquera la **marche sur tapis sans dénivélé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Alexandre et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Alexandre, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous vous êtes fixé comme objectif d'améliorer votre santé ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Cyril habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Cyril **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Cyril pratiquera la **marche sur tapis sans dénivélé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Cyril et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Cyril, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous vous êtes fixé comme objectif d'améliorer votre santé ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Barnabé habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Barnabé est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Barnabé **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Barnabé pratiquera la **marche sur tapis sans dénivélé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Barnabé et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Barnabé, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous vous êtes fixé comme objectif d'améliorer votre santé ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

QUESTIONNAIRE 1

Bruce habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Bruce **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Bruce pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Bruce et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Bruce, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous vous êtes fixé comme objectif d'améliorer votre santé ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Bastien habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Bastien est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Bastien **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Bastien pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Bastien et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Bastien, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous vous êtes fixé comme objectif d'améliorer votre santé ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Christophe habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Christophe **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Christophe pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Christophe et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Christophe, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous vous êtes fixé comme objectif d'améliorer votre santé ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

QUESTIONNAIRE 2

PHASE EXPÉRIMENTALE

Erwan habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Erwan est obèse.

Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Erwan **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Erwan pratiquera la **marche sur tapis sans dénivélé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Erwan et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Erwan, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que la pratique vous procurera du plaisir et du bien-être immédiat ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Julien habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Julien **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Julien pratiquera la **marche sur tapis sans dénivélé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Julien et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Julien, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que la pratique vous procurera du plaisir et du bien-être immédiat ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Gaël habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Gaël est obèse.

Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Gaël **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Gaël pratiquera la **marche sur tapis sans dénivélé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Gaël et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Gaël, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que la pratique vous procurera du plaisir et du bien-être immédiat ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

QUESTIONNAIRE 2

Jimmy habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Jimmy **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Jimmy pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Jimmy et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Jimmy, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que la pratique vous procurera du plaisir et du bien-être immédiat ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Esteban habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Esteban est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Esteban **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Esteban pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Esteban et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Esteban, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que la pratique vous procurera du plaisir et du bien-être immédiat ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Jules habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Jules **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Jules pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Jules et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Jules, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que la pratique vous procurera du plaisir et du bien-être immédiat ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

QUESTIONNAIRE 2

Florian habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Florian est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée. L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Florian **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Florian pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté. En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Florian et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Florian, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que la pratique vous procurera du plaisir et du bien-être immédiat ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O
Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

James habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée. L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, James **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

James pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté. A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à James et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez James, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que la pratique vous procurera du plaisir et du bien-être immédiat ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O
Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Etienne habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Etienne est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée. L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Etienne **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Etienne pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté. A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Etienne et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Etienne, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que la pratique vous procurera du plaisir et du bien-être immédiat ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O
Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

QUESTIONNAIRE 2

Hugo habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Hugo est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Hugo **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Hugo pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Hugo et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Hugo, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que la pratique vous procurera du plaisir et du bien-être immédiat ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Jérôme habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Jérôme **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Jérôme pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Jérôme et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Jérôme, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que la pratique vous procurera du plaisir et du bien-être immédiat ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Léo habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Léo **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Léo pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Léo et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Léo, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que la pratique vous procurera du plaisir et du bien-être immédiat ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

FIN DU DEUXIÈME ENSEMBLE

QUESTIONNAIRE 3

PHASE DE FAMILIARISATION

Mathieu habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel.

Mathieu est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Mathieu **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Mathieu pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Mathieu et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Mathieu, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Nathan habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique.

Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Nathan **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Nathan pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Nathan et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Nathan, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Raphaël habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique.

Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Raphaël **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Raphaël pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Raphaël et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Raphaël, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

QUESTIONNAIRE 3

PHASE EXPÉRIMENTALE

Mattéo habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Mattéo est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Mattéo **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Mattéo pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adaptée.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Mattéo et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Mattéo, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Paco habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Paco **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Paco pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adaptée.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Paco et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Paco, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Raphaël habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Raphaël **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Raphaël pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adaptée.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Raphaël et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Raphaël, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

QUESTIONNAIRE 3

Maxime habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Maxime est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Maxime **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Maxime pratiquera la **marche sur tapis sans dénivélé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Maxime et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Maxime, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Mathieu habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Mathieu est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Mathieu **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Mathieu pratiquera la **marche sur tapis sans dénivélé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Mathieu et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Mathieu, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Nathan habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Nathan **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Nathan pratiquera la **marche sur tapis sans dénivélé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Nathan et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Nathan, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

QUESTIONNAIRE 3

Quentin habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Quentin **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Quentin pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Quentin et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Quentin, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Maxence habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Maxence est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Maxence **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Maxence pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Maxence et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Maxence, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Lucien habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Lucien est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Lucien **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Lucien pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Lucien et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Lucien, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

QUESTIONNAIRE 3

Pierre habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique.
Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Pierre **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Pierre pratiquera la **marche sur tapis sans dénivélé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Pierre et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Pierre, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Mickaël habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel.
Mickaël est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Mickaël **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Mickaël pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivélé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Mickaël et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Mickaël, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Paul habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Paul **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Paul pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivélé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Paul et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Paul, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que votre médecin vous l'a prescrit ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

FIN DU TROISIÈME ENSEMBLE

QUESTIONNAIRE 4

PHASE DE FAMILIARISATION

Romain habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Romain est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Romain **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Romain pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Romain et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Romain, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Sam habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Sam est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Sam **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Sam pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Sam et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Sam, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Xavier habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Xavier **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Xavier pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Xavier et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Xavier, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

QUESTIONNAIRE 4

PHASE EXPÉRIMENTALE

Romain habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel.

Romain est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Romain **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Romain pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Romain et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Romain, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Simon habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel.

Simon est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Simon **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Simon pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Simon et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Simon, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

Will habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Will **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Will pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Will et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Will, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non

Tout à fait sûr que oui

QUESTIONNAIRE 4

Robin habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Robin est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Robin **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Robin pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Robin et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Robin, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que nonTout à fait sûr que oui

Valentin habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Valentin **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Valentin pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Valentin et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Valentin, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que nonTout à fait sûr que oui

Samy habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Samy est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Samy **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Samy pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Samy et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Samy, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que nonTout à fait sûr que oui

QUESTIONNAIRE 4

Xavier habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Xavier **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Xavier pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Xavier et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Xavier, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O
Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Tom habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Tom **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Tom pratiquera la **marche sur tapis sans dénivelé dans une salle d'activité physique avec une très jolie vue extérieure sur les montagnes**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Tom et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Tom, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O
Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Sacha habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Sacha est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Sacha **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Sacha pratiquera la **marche en extérieur dans un environnement de montagne sur un parcours sans aucun dénivelé**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Sacha et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Sacha, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O
Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

QUESTIONNAIRE 4

Victor habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique.
Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Victor **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Victor pratiquera la **marche sur tapis sans dénivélé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Victor et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Victor, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Stanislas habite à la montagne. Il se rend chez son médecin traitant. Il lui est diagnostiqué une insuffisance respiratoire chronique.
Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'insuffisance respiratoire chronique est une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Stanislas **sera remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Stanislas pratiquera la **marche sur tapis sans dénivélé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

A côté de cet accompagnement, le **médecin ne propose pas de véritable suivi spécifique** à Stanislas et ne lui propose pas de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Stanislas, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

Sam habite à la montagne. Il est en surcharge pondérale et se rend chez son médecin traitant. Le diagnostic est sans appel. Sam est obèse. Son médecin lui prescrit alors un programme d'activité physique adaptée.

L'obésité n'est pas une maladie considérée « Affection Longue Durée », et de ce fait, Sam **ne sera pas remboursé** pour les frais engagés dans l'activité.

Sam pratiquera la **marche sur tapis sans dénivélé dans une salle d'activité physique sans aucune vue sur l'extérieur**. Il sera encadré par un professionnel de l'activité physique adapté.

En plus de cet accompagnement, le **médecin propose un suivi spécifique** à Sam et lui propose de le rencontrer tous les mois pour faire le point sur ses ressentis et l'évolution de son état de santé.

Si vous étiez Sam, dans quelle mesure adhérez-vous au programme d'activité physique parce que vous voulez combattre cette maladie et vous en libérer ?

O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O-----O

Tout à fait sûr que non Tout à fait sûr que oui

FIN DU QUATRIÈME ENSEMBLE

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

ANNEXE H : ATTESTATION DE NON-PLAGIAT

ED 544

ÉCOLE DOCTORALE INTER-MED

Espaces, Temps, Cultures



ATTESTATION DE NON-PLAGIAT

Conformément à l'article 8 « L'intégrité dans la recherche scientifique (lutte contre le plagiat) » de la CHARTE DES THESES approuvée le 27 mai 2011 par le conseil d'administration de l'UPVD, cette attestation est à compléter, à signer et à remettre au SRV par l'étudiant(e) avec le dossier de soutenance de thèse.

Je soussigné(e), Laure-Alia ZARROUK certifie être l'auteur de cette thèse de 237 pages, avoir moi-même effectué les recherches qui la sous-tendent, et atteste que cette thèse n'a pas déjà été soutenue dans le cadre d'une autre École doctorale. Toute phrase ou paragraphe empruntés au travail d'un autre (avec ou sans changements mineurs) et cités dans cette thèse apparaissent entre guillemets, et cet emprunt est reconnu précisément par une référence à l'auteur, à l'ouvrage et à la page cités.

Je suis conscient(e) que le plagiat – l'emploi de tel ou tel écrit sans le reconnaître – peut se traduire par l'interdiction de soutenir la thèse ou son invalidation et des sanctions pénales. J'affirme également qu'à l'exception des emprunts dûment reconnus, cette thèse constitue un travail personnel.

Spécialité du doctorat : Psychologie

Date : 07/05/2024

Signature de l'étudiant(e) :