



**HAL**  
open science

# Cross-analysis of reasons for adherence and non-adherence to an Adapted Physical Activity program

Laure-Alia Zarrouk, Éric Fruchart, Myriam Guedj

## ► To cite this version:

Laure-Alia Zarrouk, Éric Fruchart, Myriam Guedj. Cross-analysis of reasons for adherence and non-adherence to an Adapted Physical Activity program. *Movement & Sport Sciences - Science & Motricité*, 2024, 10.1051/sm/2024012 . hal-04697562

**HAL Id: hal-04697562**

**<https://hal.science/hal-04697562v1>**

Submitted on 13 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.

**Cross-analysis of reasons for adherence and non-adherence to an Adapted Physical  
Activity program**

Laure-Alia Zarrouk<sup>1</sup>, Eric Fruchart<sup>1</sup>, & Myriam Guedj<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Université de Perpignan Via Domitia, LIPSEM, UR 4604, France

<sup>2</sup> Université de Toulouse Jean Jaurès, CERPPS, France

**Résumé :** La pratique d'une Activité Physique Adaptée (APA) permet de réduire l'incidence et la prévalence de nombreuses maladies chroniques. En France, les médecins ont la possibilité de prescrire à leurs patients des séances d'APA. Cependant, bien que prescrites, ces séances ne sont pas toujours honorées par les patients. L'objectif de notre étude était d'examiner les motifs menant les individus à adhérer ou ne pas adhérer à un programme d'APA sur prescription médicale à la lumière de la Théorie du Renversement.

Trente entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de patients ayant une activité physique adaptée, de médecins, d'enseignants en APA ainsi que du grand public. Les participants étaient 30 adultes volontaires non rémunérés, vivant en France : 10 hommes et 20 femmes âgés de 21 à 80 ans ( $M_{age} = 44$ ,  $ET = 15$ ) dont 15 patients ( $M_{age} = 49$ ,  $ET = 13$ ), 5 professionnels de santé ( $M_{age} = 44$ ,  $ET = 14$ ), 5 enseignants en APA ( $M_{age} = 26$ ,  $ET = 2$ ) et personnes du grand public ( $M_{age} = 45$ ,  $ET = 18$ ). Des analyses lexicales et de contenu, ont été menées sur l'ensemble des données qualitatives issues des entretiens.

L'analyse de contenu thématique a révélé que les motifs d'adhésion les plus fréquemment mentionnés étaient liés à l'amélioration de la santé (télique) et aux recommandations des médecins (conformiste), tandis que les motifs de la non-adhésion les plus fréquents étaient liés au manque d'informations (négaliviste) et aux préoccupations personnelles (maîtrise intra-autique). En d'autres termes, des motifs spécifiques à l'adhésion et à la non-adhésion ont été exprimés par nos participants.

Même si la majorité des états métamotivationnels ont été retrouvés dans le discours des participants, une dominance de certains états apparaît pour l'adhésion, ainsi que pour la non-adhésion.

**Mots-clés :** Théorie du renversement ; Activité Physique Adaptée ; Adhésion ; Prescription d'APA

Remerciements : Remerciement à la région Occitanie, financeur de ce travail de recherche.

## **Cross-analysis of reasons for adherence and non-adherence to an Adapted Physical Activity program**

### **Summary:**

Adapted Physical Activity (APA) reduces the incidence and prevalence of many chronic diseases. In France, doctors can prescribe APA sessions to their patients. However, although prescribed, these sessions are not always followed by the patients. The aim of our study was to examine the motives leading individuals to adhere or not adhere to prescription of APA program in the light of Reversal Theory.

Thirty semi-structured interviews were conducted among adapted physical activity patients, doctors, APA professionals and the general population. Participants were 30 unpaid adult volunteers living in France: 10 men and 20 women aged 21 to 80 ( $M_{age} = 44$ ,  $SD = 15$ ) including 15 patients ( $M_{age} = 49$ ,  $SD = 13$ ), 5 doctors ( $M_{age} = 44$ ,  $SD = 14$ ), 5 APA teachers ( $M_{age} = 26$ ,  $SD = 2$ ) and 5 members of the general population ( $M_{age} = 45$ ,  $SD = 18$ ). Lexical and content analysis were conducted on the qualitative data set from the interviews.

The thematic content analysis revealed that the most frequently used reasons for adherence were related to health improvement (telic) and medical recommendations (conformist), whereas the most frequent reasons for non-adherence were related to lack of information (negativist) and personal concerns (intra-autic mastery). In other words, specific reasons for adherence and non-adherence were expressed by our participants.

Although the majority of metamotivational states were found in the participants' speech, a specific dominance of some states appeared for adherence, as well as for non-adherence.

**Keywords:** Reversal Theory; Adapted Physical Activity; Adherence; APA Prescription

## **Introduction**

Chaque année, les maladies non transmissibles sont à l'origine de 41 millions de décès. Elles représentent 74 % des décès dans le monde, au premier rang desquelles figurent les maladies cardiovasculaires (17,9 millions de personnes), puis les cancers (9,3 millions), les maladies respiratoires chroniques (4,1 millions) et le diabète (2,0 millions) (OMS, 2022). Ces quatre groupes de maladies représentent plus de 80 % des décès prématurés liés aux maladies non transmissibles. La consommation de tabac, l'inactivité physique, l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation et la pollution de l'air augmentent le risque de décéder d'une maladie non transmissible. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a constaté que 830 000 décès annuels résultaient d'une activité physique (AP) insuffisante (OMS, 2023).

En 2021, 27,5% des adultes et 81% des adolescents de 11 à 17 ans ne pratiquaient pas la quantité d'AP recommandée par l'OMS (OMS, 2022). Les niveaux d'inactivité ont augmenté de 5 % (de 31,6 % à 36,8 %) dans les pays à revenu élevé entre 2001 et 2016 (OMS, 2022). En France, l'inactivité physique touche 47% des femmes et 29% des hommes ; 80% des adultes passent au moins 3 heures par jour devant un écran, et ce hors activité professionnelle (Verdot et al., 2020). Les comportements sédentaires représentent l'un des principaux facteurs de risque de mortalité liée aux maladies non transmissibles. Les personnes ayant une AP insuffisante ont un risque de décès majoré de 20 % à 30 % par rapport à celles qui sont suffisamment actives (OMS, 2022).

### *Bénéfices de l'AP sur la santé*

L'AP régulière permet de prévenir la plupart des maladies chroniques non transmissibles. La pratique d'une AP régulière, de type marche à bon rythme, indépendamment du tabagisme et de la nutrition, permettrait d'éviter 31 % des maladies cardiovasculaires et serait associée à une diminution globale du risque de maladies cardiovasculaires de 20 à 30 % (Duclos, 2021). Chez les patients ayant une hypertension légère à modérée, les chercheurs ont

montré que la pratique d'une AP permet une amélioration de la tension artérielle (systolique et diastolique), de la fréquence cardiaque, et de la  $VO_{2max}$  (Sjöling et al., 2011).

La revue de la littérature de Duclos (2021) fait un état de l'effet de l'AP sur différentes pathologies. Une AP régulière permettrait également d'éviter 20 à 25 % des cancers du sein, du colon et de l'endomètre, indépendamment des autres facteurs de risque de ces cancers. Au décours des soins pour cancer du sein, du colon ou de la prostate, l'AP démarrée après le diagnostic diminue significativement les risques relatifs de mortalité par cancer et de récurrences de ces cancers (jusqu'à 40 %). Chez les patients ayant un diabète de type 2, l'AP régulière réduit le risque de mortalité toutes causes confondues (entre -30 et -40 %), mais aussi celui de mortalité cardiovasculaire (-25 à -40 %). Au niveau des 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. En ce qui concerne la dépression et l'anxiété, un programme d'AP apporterait des bénéfices équivalents à ceux des traitements médicamenteux ou de psychothérapie (HAS, 2022). Chez les patients atteints de BPCO, le réentraînement à l'effort dans le cadre de la réadaptation respiratoire améliorerait la tolérance générale à l'effort (endurance, force), la force et l'endurance des membres supérieurs, la dyspnée, l'état de santé et la qualité de vie (Duclos, 2021).

#### *Prescription d'activité physique adaptée (APA)*

Selon la Haute Autorité de Santé (2022), l'APA est une thérapie 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'AP conforme aux recommandations de l'OMS (HAS, 2022).

Depuis 2016, en France, le gouvernement a initié une politique de promotion de l'APA

sur prescription médicale par les médecins traitants, pour les personnes en affection de longue durée. 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).

En France, les cinq freins à la prescription d'APA par les médecins sont : (1) le manque de connaissances concernant l'APA 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 APA, (3) l'absence de recommandations sur les modalités de consultation et de prescription médicale d'APA, (4) l'absence de parcours de santé structurés pluriprofessionnels centrés sur la prescription d'APA et (5) le coût pour le patient de cette APA prescrite (HAS, 2022).

#### *Bienfaits et adhésion de l'APA sur prescription médicale*

Les bénéfices à prescrire une APA sont de prévenir les comorbidités, d'améliorer l'état de santé des patients, de limiter l'aggravation de leurs pathologies mais aussi de réduire potentiellement les risques de récurrences (Inserm, 2019).

Une revue systématique a été réalisée afin d'évaluer les connaissances sur les motivations, les obstacles et les préférences en matière d'AP 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 principaux 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'AP préféré des personnes souffrant d'obésité (Baillot et al., 2021).

Une intervention d'APA joue un rôle sur la santé mentale du patient. Il y aurait un avantage fiable à la prescription d'APA en cas de dépression et d'anxiété, pour l'amélioration

de la cognition, du sommeil et de la gestion des maladies. Plus les patients seraient réguliers, plus ils ressentiraient une sensation positive pendant l'effort. La réponse affective à l'exercice serait modulée en fonction de l'intensité de l'APA (Baldwin et al., 2016). Il y aurait une relation positive entre l'adhésion à la prescription et le sentiment de bien-être perçu (Kallings, Leijon, Kowalski, Hellenius & Stahle, 2009). Cependant, malgré tous ces bénéfices, il est observé après un suivi de 6 mois que 65% des individus ont respecté la prescription d'APA, 19% ont eu une adhésion partielle tandis que 16% n'ont pas adhéré à la prescription d'APA. L'adhésion à l'APA sur prescription est aussi bonne que l'adhésion à d'autres traitements pour les maladies chroniques (Kallings et al., 2009). Ceci est significatif car même une petite augmentation de l'AP est importante à la fois au niveau individuel et au niveau de la santé publique (Kallings et al., 2009). Plus récemment, des chercheurs ont montré que parmi les personnes atteintes de différentes maladies chroniques qui participent à des interventions d'activité physique aérobie, le degré de non-adhésion est constant. Le taux global d'adhésion aux programmes d'activité physique était de 77 % (quelle que soit la condition : cancer, maladie cardiovasculaire et diabète) et le taux d'abandon de 7 %, ce qui suggère que les personnes atteintes de maladies chroniques sont capables de maintenir une AP pendant plus de trois mois, sous différents degrés de supervision, à des niveaux suffisants pour obtenir des bénéfices pour la santé. Il y a donc 16% des patients qui n'adhèrent pas aux programmes d'APA. Ces chercheurs expliquent l'intérêt de continuer à développer des stratégies de promotion de l'adhésion qui tiennent compte des obstacles communs aux populations atteintes de maladies chroniques (Bullard et al., 2019).

Tous les malades n'adhèrent donc pas à ce type de traitement par le biais de l'APA (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 au regard de la théorie du renversement (Apter, 2001).



### *La théorie du renversement (Apter, 2001)*

Pour comprendre les motifs à s'engager dans une activité spécifique, les chercheurs en psychologie peuvent implémenter la théorie du renversement (Apter, 2001). Ce cadre théorique postule l'existence d'états psychologiques, appelés états métamotivationnels. Ces états motivationnels permettent, grâce à une analyse phénoménologique et structurelle, d'expliquer l'ensemble des états psychologiques et des comportements individuels. Elle est qualifiée de phénoménologique car elle se centre sur l'expérience subjective et structurelle des individus car elle renseigne sur la structure des motivations, sur la manière dont elles sont organisées cognitivement. Les états métamotivationnels sont des états mentaux qui régissent la façon dont les personnes interprètent et expérimentent leurs motivations à un moment donné (Kerr, 2005). De plus, le concept dynamique du renversement rend compte du passage de l'individu d'un état à un autre état au cours de sa vie et dans diverses conditions : contingence, frustration et satiété (Apter, 2001).

La théorie du renversement postule également que ces états métamotivationnels s'inscrivent dans 3 principaux domaines de la vie mentale quotidienne (Apter, 2001). Le tableau 1 présente les 3 domaines, et leurs états métamotivationnels associés.

*Tableau 1 : Présentation des différents états métamotivationnels (Apter, 2001)*

Domaines	États métamotivationnels	Modalités d'expériences
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, spontanéité
Règles – Lois - Contraintes	Conformiste	Conforme et conventionnel, conciliant, cherchant une structure grâce aux règles
	Négativiste	Provocateur et non conventionnel, opposant, valorisant

		la liberté, critique, libre des règles et des restrictions
Transaction avec autrui	Maitrise	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	Être au centre des préoccupations et des intérêts d'autrui
	Intra-autique	Se concentrer sur ses propres préoccupations et intérêts
	Allo-centrique	S'identifier aux besoins et aux intérêts des autres et s'y concentrer
	Pro-autique	Vivre à travers des personnes (généralement) puissantes ou sympathiques

Le premier domaine est relatif aux buts et moyens, et comprend la paire d'états télélique et paratélique. L'état télélique renvoie à l'orientation d'une action vers un but, le futur, le sérieux et l'état paratélique renvoie à l'orientation d'une action vers les sensations, l'enjouement, le présent. Le second domaine se rapporte aux règles et lois, et se décline à travers la paire d'états métamotivationnels conformiste et négativiste. L'état conformiste renvoie à l'orientation d'une action pour le maintien des règles et l'état négativiste renvoie à l'orientation d'une action pour assouvir le désir de liberté ou de contestation.

Le troisième domaine, intitulé « transactions et relations » regroupe le sous domaine lié aux transactions et le sous domaine lié aux relations avec les individus. Le sous domaine des transactions comprend les états de sympathie et maîtrise. Le sous domaine des relations était initialement composé de deux états métamotivationnels (autique vs alloïque). Les récents travaux en psychologie de la santé soulignent la nécessité de travailler à partir de quatre états métamotivationnels pour le sous domaine des relations afin d'obtenir une meilleure précision de l'état d'esprit des individus au moment où ils s'engagent (ou non) dans une activité (Mullet

et al., 2014). Il s'agit des états auto-centrique, intra-autique, allo-centrique et pro-autique. De plus, au lieu de considérer les états transactionnels et relationnels indépendamment, O'Connell et Apter (1993) ont encouragé leur combinaison. Le choix de combiner ces états était basé sur le fait que la signification des états du sous domaine des transactions change lorsqu'elle était associée aux états du sous domaine des relations. Ces différentes combinaisons donnent 8 états métamotivationnels pour le domaine des transactions/rerelations.

L'état maîtrise auto-centrique renvoie à l'orientation d'une action vers l'exercice de la maîtrise d'un élément extérieur. L'état maîtrise intra-autique renvoie à l'orientation d'une action vers l'exercice de la maîtrise de soi-même. L'état maîtrise allo-centrique renvoie à l'orientation d'une action pour autrui, quitte à se dévaloriser afin que l'autre paraisse plus fort, par exemple faire preuve de loyauté ou d'engagement extrême envers les autres, tenter d'élever autrui à ses propres dépens. L'état maîtrise pro-autique renvoie à l'orientation d'une action pour encourager l'autre notamment lorsqu'il échoue, ou pour se désengager et cesser de s'identifier à lui. L'état sympathie auto-centrique renvoie à l'orientation d'une action en vue de susciter la sympathie ou l'attention d'autrui. L'état sympathie intra-autique renvoie à l'orientation d'une action vers la recherche de ses intérêts et préoccupations. L'état sympathie allo-centrique renvoie à l'orientation d'une action dans l'intérêt d'une personne par sympathie pour celle-ci, par sollicitude. L'état sympathie pro-autique renvoie enfin à l'orientation d'une action par imitation de modèles intériorisés.

Ces différents états métamotivationnels ont notamment été étudiés dans les domaines de la psychologie du sport (Hudson, Males, & Kerr, 2016 ; Fruchart & Rulence-Pâques, & Mullet, 2020 ; Sit & Lindner, 2006) et de la psychologie de la santé (e.g, Lochmann & Guedj, 2021 ; Mullet, Kpanake, Zounon, Guedj, & Munoz-Sastre, 2014).

Dans le domaine du sport, Hudson, Males, and Kerr (2016) soulignent que l'ensemble des états métamotivationnels sont utiles à l'explication des expériences des athlètes et à la

compréhension des motivations des acteurs sportifs à s'engager dans une activité. Par exemple, Sit et Lindner (2006) ont examiné les motifs à la pratique du sport et de l'activité physique. Cette étude a montré que les cinq raisons de la participation à des activités physiques et sportives étaient, par ordre d'importance, les suivantes : « J'aime m'amuser » (paratélique), « J'aime l'action » (paratélique), « J'aime être en forme physique » (télique), « J'aime être avec des amis » (sympathie), et « Je veux atteindre un haut niveau de compétence » (télique). Les raisons « J'aime me débarrasser de mon énergie » (maitrise), « Mes parents ou mes amis proches veulent que je participe » (alloïque) et « J'aime les entraîneurs » (sympathie) étaient les trois raisons les moins importantes. Fruchart et al. (2020) ont examiné quantitativement la structure des motifs à agresser un adversaire en sport collectif. Ils ont notamment montré que les motifs d'agression étaient rattachés à différents états métamotivationnels d'Apter (2001).

Dans le domaine de la psychologie de la santé, les travaux de Mullet, Kpanake, Zounon, Guedj et Munoz-Sastre (2014) synthétisent les motifs à réaliser ou ne pas réaliser différents comportements liés à la santé. L'ensemble des travaux présentés dans cette revue renseignent que les motifs de l'adhésion d'un comportement dans le domaine de la santé sont majoritairement associés aux états télique et conformiste.

Plus récemment, Lochmann et Guedj (2021) ont investi les motifs des femmes à accepter ou refuser la réalisation d'une mammographie. Cette étude qualitative a montré que les motifs à consentir à réaliser une mammographie étaient par ordre décroissant, l'importance du dépistage précoce et le fait de suivre les recommandations médicales. Les motifs du refus de réaliser une mammographie étaient par ordre décroissant les préoccupations personnelles et le manque d'informations. Les motifs à refuser de réaliser une mammographie étaient donc associés aux états négativiste et intra-autique tandis que les motifs à consentir à réaliser une mammographie étaient associés aux états télique et conformiste.

## *Objectifs et hypothèses*

Dans la présente étude qualitative exploratoire, l'objectif était de 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 états métamotivationnels de la théorie du renversement (Apter, 2001).

Deux hypothèses ont été émises à partir des résultats des travaux sur la théorie du renversement en psychologie de la santé (Lochmann et Guedj, 2021 ; Mullet et al., 2014). Premièrement, nous supposons que les motifs de l'adhésion seraient associés à des motifs téléliques (e.g., améliorer sa santé) et conformistes (e.g., suivre les recommandations du médecin). En effet, Lochmann et Guedj (2021) ainsi que Mullet et al. (2014) ont montré que les motifs à réaliser un comportement en lien avec la santé étaient associés majoritairement aux états télélique et conformiste. Deuxièmement, nous présumons que les motifs de la non-adhésion seraient associés à des motifs négativistes (e.g., manque d'informations) 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 ayant une APA sur prescription médicale et présentant une adhésion variable vis-à-vis du programme. Trois patients avaient finalisé le programme d'APA, dix patients avaient initié un programme d'APA tandis que deux patients avaient interrompu de manière précoce leur participation au programme d'APA. 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 ( $M_{age} = 44$ ,  $ET = 15$ ), dont 15 patients ayant bénéficié d'une prescription médicale d'APA ( $M_{age} = 49$ ,  $ET = 13$ ) (ex. Centre de soins en addictologie de Valpyrène, Clinique du souffle d'Osséja : réhabilitation des patients atteints de maladie respiratoire), 5 professionnels de santé (généraliste, spécialiste du sport) ( $M_{age} = 44$ ,  $ET = 14$ ) (ex. Hôpital de Saint-Nazaire : généraliste et spécialiste du sport, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes : généraliste et spécialiste du sport), 5 enseignants en APA ( $M_{age} = 26$ ,  $ET = 2$ ) (ex. Clinique du souffle Osséja : réhabilitation des patients atteints de maladie respiratoire, enseignants en APA indépendants : prise en charge de personnes ayant des pathologies déclarées) et 5 personnes du grand public ( $M_{age} = 45$ ,  $ET = 18$ ). Les individus du grand public, étant extérieurs au dispositif, peuvent avoir des représentations différentes (et c'est ce que nous cherchions à prendre en considération).

### *Matériel*

Notre étude a été menée à partir d'entretiens semi-directifs. Une grille d'entretien, identique pour tous les participants, a été construite sur la base des travaux utilisant la théorie du renversement (Apter, 2001) et ayant mis en œuvre cette méthodologie (e.g., Lochmann & Guedj, 2021). L'objectif de cette grille d'entretien était d'explorer en détail 3 dimensions : les connaissances des patients relatives à un programme d'APA sur prescription médicale (11 questions), les motifs qu'avaient les patients à adhérer au programme d'APA (9 questions) et à ne pas y adhérer (9 questions). Une question type était énoncée comme suit : « Dans votre vie personnelle et sportive, quelles sont les raisons qui vous conduisent (ou conduiraient) à adhérer à un programme d'APA ? » ou encore, « Dans votre vie actuelle (ou à venir), quelles sont les raisons qui vous conduisent (ou conduiraient) à ne pas adhérer à un programme d'APA ? » (cf. Annexe). Notre principale attention était d'obtenir une verbalisation libre par rapport à l'adhésion ou non à un programme d'APA.

### *Procédure*

Les participants ont été contactés par téléphone, par courriel, bouche à oreille ainsi que par des affiches déposées dans les lieux d'APA. Les critères d'inclusion ont été les suivants : Patients (majeur et ayant ou ayant eu une APA sur prescription), médecin (majeur, médecine générale ou sportive, ayant connaissance du dispositif d'APA sur prescription médicale), enseignant en APA (majeur, exerçant à 100% dans le milieu de l'APA et proposant une APA à des publics bénéficiant d'une prescription médicale), population générale (majeur et ne faisant partie ni du domaine ni de la discipline, c'est à dire ne réalisant pas un métier en lien avec la psychologie, l'APA ou la médecine). Quelques participants avaient déjà entendu le terme d'APA, mais ils ne savaient pas à quoi cela correspondait. Lors de ce contact, l'objectif de la recherche a été présenté. Après avoir consentis à participer à l'étude, 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, ou 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 de l'Université Fédérale Toulouse Midi Pyrénées (numéro de dossier : 2020-325).

### *Analyses des données*

Une analyse lexicale a tout d'abord été menée grâce au logiciel SphinxQuali2. Des analyses de contenu thématique ont ensuite été réalisées sur l'ensemble du corpus par chaque co-auteur de cette étude, avant d'en faire la synthèse afin d'assurer l'indépendance et la crédibilité du codage. Les différentes analyses ont été recroisées afin de limiter l'effet de l'interprétation du chercheur (Lochmann & Guedj, 2021). 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).

## Résultats

Tout d'abord, l'analyse lexicale a révélée 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* ».

Ensuite, 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 2 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 2 : Thématiques issues de l'analyse de contenu pour chaque état motivationnel de la Théorie du Renversement (Apter, 2001)

Réurrence :	Patients (15)	Médecins (5)	Enseignants en APA (5)	Grand Public (5)
<b>ETATS METAMOTIVATIONNELS</b>	<b>MOTIFS A L'ADHÉSION</b>			
<b>TELIQUE</b>				
Réduction du traitement médicamenteux	10 (66%)	5 (100%)	1 (20%)	1 (20%)
Évitement des récives	9 (60%)	4 (80%)	3 (60%)	2 (40%)
Amélioration de la santé	13 (86%)	5 (100%)	5 (100%)	4 (80%)
<b>PARATELIQUE</b>				
Plaisir durant la pratique	7 (46%)	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)



Bien-être mental/psychologique	8 (53%)	3 (60%)	3 (60%)	2 (40%)
<b>CONFORMISTE</b>				
Conseils, recommandations du médecin	12 (80%)	4 (80%)	3 (60%)	4 (80%)
Sentiment d'obligation	8 (53%)	3 (60%)	5 (100%)	2 (40%)
<b>MAITRISE AUTO-CENTRIQUE</b>				
Accompagnement et suivi	7 (46%)	3 (60%)	4 (80%)	2 (40%)
<b>MAITRISE INTRA-AUTIQUE</b>				
Contrôle de la pathologie	4 (26%)	3 (60%)	3 (60%)	2 (40%)
<b>MAITRISE ALLO-CENTRIQUE</b>				
Encouragement par les membres du groupe	5 (33%)	3 (60%)	3 (60%)	2 (40%)
<b>SYMPATHIE AUTO-CENTRIQUE</b>				
Développement de liens sociaux	8 (53%)	1 (20%)	4 (80%)	1 (20%)
<b>SYMPATHIE INTRA-AUTIQUE</b>				
Sentiment de fierté	4 (26%)	0 (0%)	3 (60%)	0 (0%)
<b>SYMPATHIE ALLO-CENTRIQUE</b>				
Rassurer ses proches	6 (40%)	0 (0%)	1 (20%)	3 (60%)
<b>MOTIFS A LA NON-ADHÉSION</b>				
<b>NEGATIVISTE</b>				
Contraintes financières	14 (93%)	3 (60%)	4 (80%)	4 (80%)
Manque d'informations	15 (100%)	3 (60%)	5 (100%)	5 (100%)
<b>MAITRISE INTRA-AUTIQUE</b>				
Préoccupations personnelles	9 (60%)	3 (60%)	4 (80%)	2 (40%)

### *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* » (P1). La réduction du traitement médicamenteux, était retrouvée entre 66% 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%, 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 ou 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. Ce pourcentage était de de 53%, 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 expliquaient que : « *C'est important pour moi d'être encadré, avoir des explications et être suivi de manière adaptée à ma pathologie* » (P4). Les professionnels de santé et les enseignants en APA reconnaissent l'importance d'être accompagné et suivi avec respectivement 60% et 80%. Cette reconnaissance est plus faible chez les patients avec 46% 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). Les enseignants en APA et les médecins exprimaient cette même idée avec 60% de récurrence de ce thème, contrairement aux patients (26%) et au grand public (40%).

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 était cependant plus faible chez les patients 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 était de 53% chez les patients, et seulement chez 20% les professionnels de santé et le grand public.

#### *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 négativisme, 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). La récurrence du thème « *contraintes financières* » était de 93% 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'information 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 autres états métamotivationnels n'ont pas été retrouvés dans les motifs à la non-adhésion participante.

## **Discussion**

L'objectif de notre étude était de 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 états métamotivationnels issus de la théorie du renversement (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 téléologique 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 téléologique et conformiste. 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 téléologique 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 négativistes comme le manque d'informations et à des motifs intra-autiques 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 (négativiste), le manque d'informations (négativiste) et les préoccupations personnelles (maîtrise intra-autique). Les motifs de la non-adhésion sont donc associés aux états négativiste 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 concluent que les motifs du refus à réaliser une mammographie étaient majoritairement associés aux états négativiste et intra-autique. Il semble donc que dans cette étude les états négativiste et intra-autique sont déterminants à la non-adhésion à un programme d'APA sur prescription médicale.

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 leur

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 et 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'information 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.

#### *Limites*

Tout d'abord, celle 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, de nature qualitative, nos travaux mériteraient 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, Dassa, & Mullet, 2009). 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 nuancer 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'AP, peuvent être dépendants du type de pathologie ainsi que 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. Ensuite, nous n'avons pas interrogé de patients non adhérents. Il serait intéressant d'approfondir notre regard croisé en mettant en opposition une population de patient adhérent et une population de patient non-adhérent 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).

### *Implications*

Cette étude a comme finalité d'aider les professionnels de santé à mieux communiquer les directives de traitement en connaissant les motivations des individus à adhérer ou ne pas adhérer à un programme d'APA, dans le but de développer des stratégies non médicamenteuses et permettre aux individus de mieux les interpréter. 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. 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. 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 ainsi que le plaisir que procure la pratique de l'APA. Cependant, si le patient recherche un programme avec une structure grâce aux règles (conformiste), le discours des professionnels de santé doit être orienté sur l'importance de suivre les recommandations du médecin. Toutefois, si le patient s'oppose légèrement au programme et a une attitude critique

envers le dispositif (négaliviste), les professionnels de santé et les structures vont devoir combler le manque d'information auprès du patient, via par exemple une cellule communication et vulgarisation, ils pourraient également proposer des aides financières afin de palier la contrainte du coût, par exemple proposition de navette gratuite pour le transport et de meilleures conditions de remboursement. 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 l'accompagnement des proches. Cela reviendrait par exemple, à proposer un objectif à atteindre aux patients avec un suivi régulier afin de faire le point sur les progrès et améliorations de la pathologie à chaque palier. 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 durant la pratique avec les autres membres du groupe ainsi que le sentiment de fierté que le patient ressentira à l'issu du programme d'APA. Cela reviendrait par exemple, à développer le sentiment d'être capable d'atteindre des objectifs, de réaliser des tâches et d'être autonome malgré leur pathologie. De plus, créer du lien avec les autres membres du groupe et être intégré à un groupe de même pathologie ou non pourrait promouvoir l'adhésion au programme d'APA.

En conclusion, les résultats mis en lumière permettront aux acteurs de santé de mieux comprendre ce qui poussent les patients à être observant ou non, et in fine d'adapter leur communication afin de développer des programmes d'APA qui pourront être suivis jusqu'à leur terme par les patients cibles.

### **Liens d'intérêts**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts.



## Références

- Apter, M. J. (2001). *Motivational styles in everyday life: A guide to reversal theory*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10427-000>
- 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>
- Baillet A, Chenail S, Barros Polita N, Simoneau M, Libourel M, et al. (2021) Physical activity motives, barriers, and preferences in people with obesity: A systematic review. *PLOS ONE* 16(6): e0253114. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253114>
- Bullard, T., Ji, M., An, R., Trinh, L., Mackenzie, M., & Mullen, S. P. (2019). A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions : Cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *BMC Public Health*, 19(1), 636. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6877-z>
- 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>
- Fruchart, E., Rulence-Paques, P., & Mullet E. (2020). Aggression in team sport: A quantitative investigation of reversal theory motives. *International Journal of Sport Psychology*, 51, 383-399. <http://dx.doi.org/10.7352/IJSP.2020.51.383>
- Haute Autorité de Santé. (2022). Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. [cité le 19 octobre 2023]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_aps\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf)
- Haute Autorité de Santé. (2022). Dépression : L'activité physique pour votre santé. [cité le 14 mai 2023]. Disponible sur : [24](https://www.has-</a></p></div><div data-bbox=)

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/ap\_fiche\_depression.pdf

Hudson, J., Males, J. & Kerr, J. H. (2016). Reversal theory-based sport and exercise research: A systematic/ narrative review. *Psychology of Sport and Exercise*, 27, 168-179. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2016.08.008>

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Activité physique Prévention et traitement des maladies chroniques. 2019 [cité le 19 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/expertise-collective/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques/>

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. (2005). *Rethinking Aggression and Violence in Sport*. London, UK: Routledge.

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>

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>

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*, 2(1), 1-9.

<https://doi.org/10.12689/jmep.2014.201->

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 (Eds.), *Advances in Reversal Theory* (pp.41-52). Swets & Zeitlinger.

Organisation mondiale de la santé. Rapport sur l'activité physique. 2022 [cité 12 octobre 2023] ; Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles. 2023 [cité 12 octobre 2023] ; Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Sit, C. H., & 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.

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>

Terrasson, J., Rault, A., Seigneur, É., Doz, F., Dolbeault, S., & Brédart, A. (2022). L'annonce de résistance au traitement en oncologie pédiatrique: une étude qualitative sur l'expérience du personnel infirmier. *Bulletin du Cancer*, 109(11), 1154-1161.

Verdot, C., Salanave, B., Deschamps, V. (2020). Activité physique et sédentarité dans la population française. Situation en 2014- 2016 et évolution depuis 2006- 2007. *Bull Epidémiol Hebd.* 2020;(15), 296-304. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/15/2020\\_15\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/15/2020_15_1.html)

## ANNEXE : QUESTIONS DU GUIDE DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

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 enseignant en activité physique adaptée) ?
- 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 prescription médicale ? 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 spécifique à certain contexte ?
- 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 ?

Préfèreriez-vous faire de l'activité physique dans un environnement de montagne ?

- Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

Est-ce que d'après vous, l'environnement extérieur va avoir un effet sur votre adhésion au programme ?

- Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?
- Pensez-vous qu'il y ait des avantages (intérêts) dans le fait de réaliser un programme d'activité physique adaptée dans un environnement de montagne ? Si oui, lesquels ?
- Pensez-vous qu'il y ait des bénéfices dans le fait de réaliser un programme d'activité physique adaptée dans un environnement de montagne ? Si oui, lesquels ?
- Pensez-vous qu'il y ait des contraintes (inconvenients) dans le fait de réaliser un programme d'activité physique adaptée dans un environnement de montagne ? Si oui, lesquelles ?
- Pensez-vous qu'il y ait des risques dans le fait de réaliser un programme d'activité physique adaptée dans un environnement de montagne ? Si oui, lesquels ?