

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET MALADIES CHRONIQUES

PRINCIPES MOTIVATIONNELS POUR CONTRIBUER À UN COMPORTEMENT PHYSIQUEMENT ACTIF

BODSON F (1, 2), MOUTON A (2)

RÉSUMÉ : Bien que l'activité physique soit perçue comme un agent thérapeutique efficace dans la prise en charge des maladies chroniques, la littérature rapporte un faible taux de participation aux programmes d'activité physique adaptée ainsi qu'un taux élevé d'abandon lors de leur participation. Le soutien à l'engagement des malades chroniques vers un style de vie actif semble perfectible, notamment en optimisant le processus allant de la prise en charge médicale vers l'intégration au sein d'une structure sportive locale adaptée. En regard des principes motivationnels liés à la théorie de l'auto-détermination, nous proposons des pistes d'action permettant d'optimiser l'accompagnement du malade chronique lors de son processus de changement de comportement. Cet article met l'accent sur l'intérêt de placer l'individu au centre de sa prise en charge physique ainsi que sur l'importance de prendre en compte les caractéristiques individuelles afin d'agir sur sa motivation intrinsèque.

MOTS-CLÉS : Activité physique - Maladie chronique - Théorie de l'auto-détermination

**PHYSICAL ACTIVITY AND CHRONIC DISEASES :
HOW CAN MOTIVATIONAL PRINCIPLES CONTRIBUTE TO PHYSICALLY
ACTIVE BEHAVIOUR ?**

SUMMARY : Although physical activity is perceived as an effective therapeutic agent in the management of chronic diseases, the literature reports a low participation rate in adapted physical activity programmes and a high drop-out rate during participation. There is room for improvement in supporting the engagement of chronically ill patients in an active lifestyle, especially in optimising the process from medical management to integration into a local adapted sports structure. Based on the motivational principles of the self-determination theory, we propose courses of action to optimise the support of the chronically ill patient in the process of behavioural change. This article emphasises the importance of placing the individual at the centre of his or her physical care and the importance of taking into account individual characteristics in order to act on intrinsic motivation.

KEYWORDS : Physical activity - Chronic diseases - Self-determination theory

INTRODUCTION

Les bienfaits physiques et psychiques de l'activité physique (AP) sont, de nos jours, bien connus. L'AP est perçue comme un agent thérapeutique majeur dans la prise en charge des malades chroniques (1). Pourtant, en 2019, l'INSERM (2) a mis en évidence des études montrant que :

- les personnes atteintes de maladies non infectieuses pratiquent, en moyenne, moins d'AP que la population du même âge et une proportion importante n'atteint pas les recommandations des professionnels de santé;
- un nombre important de patients ne participent pas aux programmes proposés et le taux d'abandon est tout aussi élevé au cours de ceux-ci;

- un faible pourcentage de patients maintiennent une AP régulière de manière autonome à la fin de la prise en charge.

Afin de contrecarrer ces constats précisés dans la littérature existante, il serait intéressant d'analyser les facteurs influençant la motivation des patients à maintenir un taux d'AP adéquat et, de surcroît, leur permettre de tirer des bénéfices associés à court et long termes.

Lors de l'apparition d'une maladie chronique, un processus psychophysiologique plus communément appelé «le cercle vicieux du déconditionnement physique» apparaît chez certains malades. Ce cercle entraîne le patient vers un comportement de plus en plus sédentaire, ce qui favorise le maintien de la maladie ainsi que l'apparition de comorbidités (3). Afin de briser ce cercle, ces personnes devront recourir à un processus de changement de comportement, impliquant différents aspects de la motivation qui permettent d'évoluer vers le mieux-être (4). Quels sont ces aspects motivationnels et comment les mettre en évidence ?

En nous reposant sur la théorie motivationnelle de l'auto-détermination, nous pouvons préciser que chaque individu tend à satisfaire trois besoins psychologiques fondamentaux :

(1) Étudiant, Science de la Motricité, ULiège, Belgique.

(2) Service Intervention et Gestion en Activités Physiques et Sportives (SIGAPS), ULiège, Belgique.

(a) *le besoin de compétence*, défini par «le besoin d'interagir efficacement avec son environnement» qui fait que l'individu recherche des domaines d'activités où il se sent compétent et qui lui permettent d'y progresser (5);

(b) *le besoin d'autonomie*, qui correspond au sentiment d'être à l'origine de ses propres actions ainsi que d'avoir un certain contrôle dans ses prises de décision;

(c) *le besoin d'appartenance sociale*, qui renvoie à la qualité des relations avec autrui, ainsi qu'au fait de se sentir entouré et soutenu par son entourage dans les activités entreprises (6).

En fonction de ces besoins autodéterminés, Deci et Ryan, en 1985 (7), ont déterminé un continuum de motivation dont les deux pôles correspondent à la motivation intrinsèque et extrinsèque. La motivation intrinsèque, la plus autodéterminée, renvoie à l'engagement de l'individu dans une activité réalisée pour des raisons qui lui sont propres (la connaissance, l'accomplissement et la stimulation). La motivation extrinsèque, la moins autodéterminée et propice à l'abandon, correspond à l'engagement de l'individu dans une activité pour des raisons externes (pression familiale et/ou médicale). Enfin, certaines personnes se trouvent en l'absence totale de motivation («amotivation»). Dans ce cas, les individus ne perçoivent pas l'intérêt à s'engager dans le domaine proposé (8). Entretenir ces trois besoins fondamentaux (autonomie, appartenance sociale et compétence) permet d'accroître le sentiment de vitalité et de bien-être.

En regard des taux d'abandons élevés, observés actuellement lors des programmes d'activité physique adaptée (APA), notamment lors des premiers mois de reprise, nous sommes amenés à considérer l'apport d'une considération plus marquée des approches motivationnelles (9). Il semble donc nécessaire d'optimiser ces programmes afin d'agir sur la motivation des patients, en encourageant leur engagement autodéterminé dans un processus de changement de comportement.

CONTINUUM DE L'ENGAGEMENT LORS D'UN PROGRAMME D'APA

L'investissement du participant au sein d'un programme d'APA a tendance à suivre un certain continuum, quelle que soit l'origine de son affection chronique (**Figure 1**). Massart B et coll. ont développé un modèle théorique à partir des recommandations actuelles de la littérature dans le domaine, mais aussi des conditions

locales francophones belges de prise en charge en APA. Ce modèle autorise une transition progressive du patient vers un statut de participant-acteur de sa prise en charge physique.

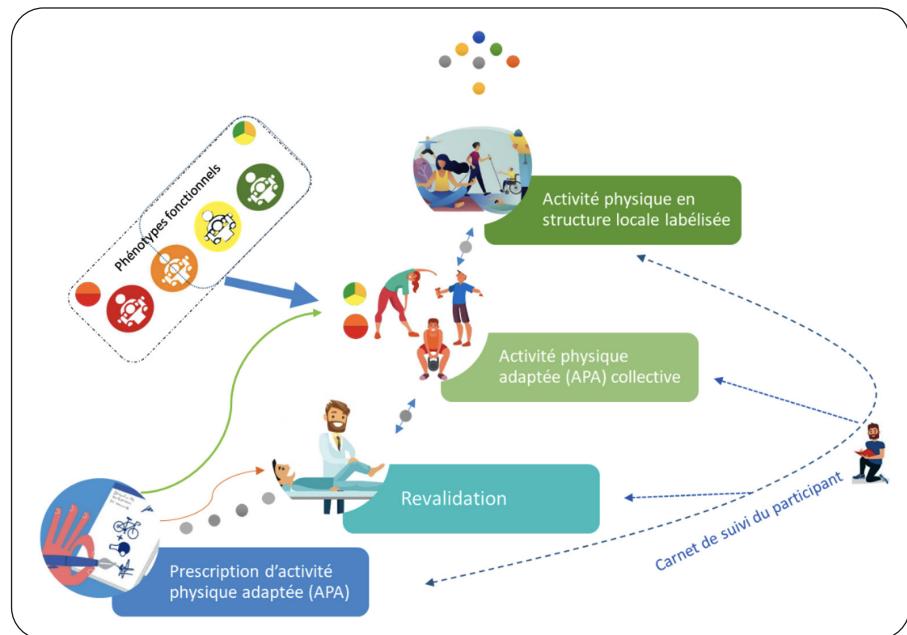
Premièrement, le patient prend généralement connaissance de ces programmes par l'intermédiaire du corps médical, de proches et/ou d'annonces (10). L'intégration à une structure en APA peut ensuite, dans l'idéal, se réaliser via une prescription médicale indiquant l'AP comme moyen thérapeutique et qui précisera également les éventuelles limitations du patient (phénotype fonctionnel). En fonction de ce phénotype, la prise en charge ultérieure du patient pourra être précisée et individualisée par les spécialistes de l'AP. En parallèle, le patient continue sa prise en charge (para-)médicale, notamment chez le kinésithérapeute, pouvant également contribuer à affiner le bilan en précisant les déficits et besoins individuels.

La deuxième étape est l'intégration du patient au sein d'un programme d'APA. À partir de ce moment, l'individu n'est plus considéré comme un «patient», mais comme un «participant à un programme de reconditionnement physique». Ceci a pour objectif de démédicaliser progressivement le processus de prise en charge, permettant à la personne de ressentir le passage du milieu médical au milieu associatif et/ou sportif, ce qui lui permet un ancrage plus pérenne au sein de son environnement direct. À cette étape, le patient intègre, en général, un programme spécifique intermédiaire, encadré par un éducateur physique formé en APA, sur une durée minimale de trois mois à raison d'une séance par semaine. Ce type de programme est en plein développement en Fédération Wallonie-Bruxelles (par exemple, «Sport sur Ordonnance», «Activité physique sur prescription», «Citoyen sportif») et s'inspire notamment des projets pionniers développés en France dans la ville de Strasbourg (11). Une évaluation des aptitudes physiques est, généralement, réalisée en début et en fin de programme afin d'objectiver l'évolution du participant.

La dernière étape est l'intégration du sportif, selon sa volonté individuelle, dans une structure locale adaptée et validée afin de pérenniser son comportement de santé. Durant l'ensemble du continuum, la personne aura, en sa possession, un carnet de suivi qui fera office de support administratif, théorique, pratique et organisationnel pour lui-même ainsi que pour les intervenants à chaque étape de la prise en charge.

En nous basant sur les théories motivationnelles présentées précédemment, nous allons parcourir l'ensemble des étapes du continuum

Figure 1. Continuum d'engagement lors d'un programme d'activité physique adapté
(Massart B, Dohn C, Mouton A, 2019*)



* Reproduite d'une conférence intitulée : «Le contexte du sport sur l'ordonnance en Belgique» (2019).
Auteurs : Massart B, Dohn C et Mouton A. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/240306>.

et identifier les différents moyens permettant d'agir sur la motivation ainsi que les limites pouvant être rencontrées.

PROMOTION DES PROGRAMMES D'APA ET PRISE EN CHARGE DES MÉDECINS

Améliorer la qualité de vie des malades chroniques et diminuer la prévalence des maladies non transmissibles font partie intégrante des plans de prévention et de promotion de la santé en Wallonie pour 2030 (12). À ce jour, la promotion des programmes passe, notamment, par les professionnels de santé. Les premiers impliqués sont les médecins généralistes, ces acteurs de première ligne jouant un rôle crucial dans la promotion de ces programmes, ce qui induit un impact dans le processus motivationnel du patient. En effet, il a été démontré que les conseils des médecins ont un impact majeur et supérieur aux conseils des médias et autres (13). Lors de l'apparition d'une maladie chronique, les médecins font face à des personnes initialement actives ou d'autres qui le sont moins, voire complètement sédentaires. Lors de leurs visites, les patients relatent plusieurs obstacles à la pratique d'une AP comme : l'atteinte clinique, la perception d'un mauvais état de

santé, la fatigue et/ou encore un état dépressif (14). Le rôle du médecin est donc de promouvoir l'existence de programmes institutionnels supervisés par des professionnels, la réalisation d'entretiens motivationnels ainsi que la distribution de brochures afin d'aider la prise de conscience des patients sur le lien entre l'exercice et la santé (15, 16). Il a été démontré qu'un individu aurait plus de succès dans son changement de comportement s'il était, à la base, convaincu des résultats que celui-ci lui apporteraient (17). Malgré ces évidences scientifiques, à Montpellier (ville active dans le développement de programmes d'APA en France), les médecins généralistes, même s'ils semblent adhérer au projet (81 %) (18), relèvent des freins à cette prescription tels que : le manque de temps lors de leurs consultations, leur désintérêt personnel concernant l'AP, leurs caractéristiques personnelles. En effet, une étude a révélé que les jeunes médecins auraient tendance à plus vite prescrire de l'AP que les médecins plus âgés. Les médecins de genre féminin prescriraient plus d'AP que ceux de genre masculin. Enfin, les médecins en situation d'obésité et/ou surpoids prescriraient moins d'AP (19). Le manque de protocoles et d'outils adéquats mis à leur disposition tels que des sites internet, est également perçu comme un frein à la pres-

cription d'AP. Cette situation a été confirmée à Liège par Rompen et coll. en 2019 (20); le manque de temps et de connaissance est perçu comme un frein majeur à la recommandation d'AP aux patients des professionnels de santé interrogés. En Fédération Wallonie-Bruxelles, la prescription d'APA par les médecins traitants se déroule dans quelques communes adhérentes à des projets structurés d'APA pour les malades chroniques (par exemple, Chaudfontaine, Saint-Hubert, Ottignies Louvain-la-Neuve, Frasnes-lez-Anvaing, Durbuy, Namur) (21). Cette situation tend à prouver qu'il est nécessaire d'armer les professionnels de santé afin qu'ils soient mis en position de prescrire de l'AP le plus efficacement possible (22).

La promotion de l'APA n'est pas uniquement sous la responsabilité des médecins traitants. En effet, l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge du malade chronique (kinésithérapeutes, infirmiers de coordination, médecins spécialistes, ergothérapeutes, éducateurs physiques, coaches sportifs, etc.) doit être conscient de l'existence de ce genre de programme ainsi que de ses bénéfices. Ceci permettra, par la suite, de conscientiser et promouvoir les programmes d'APA à plus grande échelle. Néanmoins, le principal acteur dans ce changement de comportement reste le malade chronique. Il a été démontré que le simple fait de conseiller à une personne atteinte de maladie non transmissible de réaliser de l'AP ou tout autre comportement de santé n'est pas suffisant pour espérer qu'elle s'y engage (23). Le point suivant concerne une technique ayant montré son efficacité en promotion de l'AP, dont l'objectif est d'augmenter la motivation intrinsèque en résolvant les ambivalences par le biais de discussions centrées sur l'individu.

STIMULER LA MOTIVATION INTRINSÈQUE VIA L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'entretien motivationnel (EM) fait partie des techniques de changement de comportement visant à impliquer le patient au centre du processus. L'EM est défini comme : «une méthode de communication directive centrée sur le patient visant à l'augmentation de la motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de l'ambivalence» (24). L'élaboration d'un EM en AP suit plusieurs étapes :

- (a) un questionnaire mesurant la pratique initiale du patient (par exemple, IPAQ, GPAQ, RPAQ, Ricci et Gagnon),
- (b) l'écoute active en questions ouvertes,

- (c) le dialogue de formalisation des objectifs,
- (d) l'identification des freins résiduels à la mise en œuvre,
- (e) le suivi.

L'ensemble de ces étapes se réalise avec une écoute active, empathique et centrée sur le renforcement des comportements visant à favoriser le changement d'attitude du patient vis-à-vis de l'AP. L'objectif est de développer la motivation intrinsèque, mais également de créer une alliance thérapeutique (AT). Cette AT est une relation de confiance entre le soignant et le patient, permettant de travailler en synergie vers un changement de comportement et sa progression vers le mieux-être (25). Ce concept possède une relation étroite avec l'adhérence au programme et avec l'apparition de résultats de santé bénéfiques (26). L'intégration de l'individu au centre de son changement implique un lien direct avec la théorie motivationnelle de l'autodétermination. En effet, les principes de base de l'entretien motivationnel permettent la mise en place d'un climat d'autonomie du patient via la recherche de motivation intrinsèque permettant d'ouvrir la voie au changement de comportement. De plus, l'aide à la prise de conscience de l'intérêt général et personnel de la pratique d'une AP par le patient renforce cette motivation intrinsèque, ce qui est déterminant pour la perception d'autonomie lors du processus de changement de comportement. L'écoute active, l'empathie du thérapeute ainsi que la fixation d'objectifs individualisés, en identifiant les freins perçus par le patient, ont un impact positif sur son sentiment de compétence et son sentiment d'appartenance social (27). Convaincre de s'engager dans un programme d'APA est une grande étape, y participer et s'y tenir reste le plus compliqué ! L'étape suivante consiste à trouver les ressources afin de susciter et d'entretenir la participation dans la durée.

MAINTENIR LA MOTIVATION LORS DU PROGRAMME D'APA

Les objectifs recommandés lors des séances d'APA visent l'amélioration de l'ensemble des qualités physiques d'un individu : l'endurance cardio-respiratoire, le renforcement musculaire (force et endurance), l'équilibre et la souplesse. Les guidelines de la littérature proposent tous types d'activités complémentaires comme : la marche, le running, le vélo, la marche nordique, le yoga, le tai-chi, la méthode Pilates et bien d'autres encore (28).

La pratique en groupe, dès les premières séances, permet aux participants de créer une

dynamique de groupe entre «survivants de la maladie». Cette dynamique renforce le sentiment d'appartenance sociale du participant qui se sent compris par ses pairs et son encadrant, ce qui lui permet de prendre conscience qu'il n'est pas seul face à ce nouveau défi.

L'encadrant possède un rôle majeur dans le processus de fidélisation au programme. En effet, ses qualités humaines (enthousiasme, empathie, amabilité, disponibilité) et professionnelles sont perçues par les participants comme une source motivationnelle non négligeable. Le renforcement positif et régulier de l'encadrant des comportements attendus est perçu comme un moyen efficace d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité chez les participants (29). Parmi ses qualités professionnelles, l'intervenant doit être apte à proposer des exercices et des objectifs adaptés aux caractéristiques physiques et psychologiques du participant. Selon Csikszentmihalyi (30), il existe une relation linéaire entre le niveau d'efficacité personnelle et le niveau de difficulté de la tâche à accomplir afin de définir une expérience optimale. Il est donc essentiel d'adapter les séances durant l'ensemble du programme afin d'être en synergie avec les besoins et les attentes du participant.

Au fil des séances, le participant se rend compte des effets sur son corps ainsi que sur sa qualité de vie. Il existe un lien étroit entre la pratique d'une AP et la diminution de l'intensité des douleurs ainsi que sur l'amélioration des fonctions physiques (28). Cela permet de renforcer son sentiment de compétence et également d'objectiver l'intérêt de l'AP sur son mieux-être. Le suivi des participants, en apportant des feedbacks sur leur progression via des bilans de condition physique, est considéré comme une technique efficace permettant d'augmenter leur niveau d'efficacité personnel (31). Il est donc nécessaire d'objectiver ces changements, dès le début du programme, afin de rendre compte rapidement des améliorations.

Ensuite, chez certains participants, la mise en place d'objectifs permet d'augmenter leur sentiment d'auto-efficacité. En effet, atteindre les objectifs d'AP renforce un sentiment de plaisir qui accentue la pratique. Néanmoins, chez certains, ne pas les remplir implique un sentiment de gêne, qui peut se diriger vers une diminution du sentiment de compétence et, dans le cas extrême, vers l'abandon. Il est donc nécessaire que ces objectifs soient fixés lors d'une discussion entre le participant et l'encadrant. L'encadrant doit s'assurer que les objectifs soient spécifiques, mesurables, atteignables et fixés lors d'une durée bien déterminée afin d'être réévalués par la suite (32). Le fait de transformer

les intentions en actions permet d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité et, plus ce sentiment est élevé, plus le participant sera efficace lorsqu'il devra se fixer d'autres objectifs et, donc, évoluera vers le changement voulu.

Enfin, le but de l'encadrant sera de fidéliser les participants à la pratique d'une AP régulière. Pour ce faire, il est primordial d'entretenir cette motivation intrinsèque en transformant le «je dois le faire» en «je veux le faire» (33).

Maintenir la motivation après le programme d'APA

À la fin du programme, le participant doit avoir ressenti et assimilé les bénéfices de l'AP sur sa vie quotidienne. En effet, un des objectifs du programme d'APA est de stimuler le participant à intégrer, à long terme, l'AP dans son quotidien. Lors de ce programme, l'encadrant doit distinguer les signes de motivation intrinsèque chez les participants et profiter de chaque occasion pour les leur faire ressentir, ainsi que pour leur proposer des solutions permettant de l'entretenir sur le long terme (34). Pour ce faire, l'encadrant devra se rendre compte de l'environnement dans lequel les participants vivent et explorer les opportunités de pratiques en dehors du programme. Savoir, où, quand et comment pratiquer permet de faciliter et pérenniser la mise en place du comportement de santé (29). Il conviendrait, dès lors, que les programmes d'APA s'entourent d'associations, clubs ou groupements correspondant aux attentes et aux besoins des participants. L'important est que l'individu trouve une activité dans laquelle il puisse s'épanouir et se projeter à long terme. Il serait donc intéressant de proposer, lors du programme, des initiations dans lesquelles les participants peuvent pratiquer des activités qui pourraient leur plaire. Le participant aurait donc la possibilité de découvrir par lui-même ce qui lui correspond le plus. Par exemple, la commune de Saint-Hubert propose, aux adhérents de leur dispositif d'APA, plusieurs formules dans lesquelles ils peuvent bénéficier, en plus de leur séance d'APA, d'une séance de natation collective et/ou d'une séance de fitness par semaine (21).

Malgré tous ces concepts théoriques, la rechute vers un comportement sédentaire reste possible (9). Dans ce cas, il est nécessaire de mettre en place des stratégies afin d'amener la personne à se réengager dans le processus de changement de comportement. Afin d'augmenter la probabilité de réapparition du comportement de santé, il est conseillé d'identifier les motifs de

l'abandon et trouver des alternatives permettant de les contrecarrer. Distinguer le type d'activité auquel l'individu serait sensible et proposer des solutions de pratique est également une solution à envisager (35). Enfin, il est toujours utile de rappeler le chemin parcouru de la personne et lui prouver qu'il en est capable. Le but est de mettre en évidence les trois besoins psychologiques de la personne et de la remettre en confiance, en la persuadant qu'elle est capable d'adopter un style de vie actif (6). L'objectif est de développer la motivation intrinsèque de l'individu afin qu'il évolue vers ce comportement sur le long terme. En effet, il est nécessaire que l'AP soit perçue comme un plaisir et une nécessité et qu'elle ne soit pas sentie comme une obligation. En effet, le sentiment d'obligation est une caractéristique de la régulation externe, et ancre la motivation dans une forme non autodéterminée (36).

CONCLUSION

La maladie chronique est un facteur prédisposant à l'adoption d'un comportement sédentaire. En fédération Wallonie-Bruxelles, des dispositifs d'APA sont mis en place afin de prévenir ce comportement sédentaire et d'encourager les malades chroniques à opter pour un style de vie actif. Néanmoins, un nombre important de patients abandonnent au cours des programmes proposés. Il est donc primordial que chaque professionnel de la santé, intervenant dans la prise en charge d'un malade chronique, prenne conscience de son rôle dans le processus de changement et/ou de maintien d'un comportement physiquement actif. D'une part, ils sont tenus de promouvoir la pratique d'une AP et, d'autre part, d'augmenter ou entretenir la motivation de l'individu.

L'ensemble de la prise en charge doit être orientée vers le patient, le but est de le placer au centre de son changement et de l'orienter dans un processus d'action autodéterminé. L'entretien motivationnel est un outil efficace permettant d'identifier les portes d'entrée vers la mise en place du comportement souhaité, orienté vers la satisfaction des trois besoins psychologiques fondamentaux à savoir : le besoin d'autonomie, le besoin d'appartenance sociale et le besoin de compétence.

Enfin, il est préférable que chaque programme d'APA s'entoure d'associations sportives locales afin de proposer des solutions de pratique à long terme.

BIBLIOGRAPHIE

- Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, et al. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4:CD011279.
- Inserm. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques. Collection Expertise collective. Montrouge: EDP Sciences, 2019 (Cité le 22 avril 2021). Disponible : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>
- Préfaut C, Ninot G. La réhabilitation du malade respiratoire chronique. *Rev Mal Respir* 2009;26:1018.
- Nieman DC, Custer WF, Butterworth DE, et al. Psychological response to exercise training and/or energy restriction in obese women. *J Psychosom Res* 2000;48:23-9.
- Vallerand RJ, Pelletier LG, Koestner R. Reflections on self-determination theory. *Can Psychol* 2008;49:257-262.
- Deci EL, Ryan RM. *Handbook of self-determination research*. Soft cover Ed. Rochester:University of Rochester Press;2004.
- Deci EL, Ryan RM. The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *J Res Per* 1985;19:109-34.
- Vallerand RJ, Blissonnette R. Intrinsic, extrinsic, and amotivational styles as predictors of behavior: A Prospective Study. *J Personality* 1992;60:599-620.
- Tafticht N, Csillik AS. Nouvelles applications du modèle transthéorique : la pratique d'une activité physique régulière. *Ann Med Psychol* 2013;171:693-9.
- Barth N, Perrin C, Camy J. S'engager dans une pratique régulière d'activité physique lorsqu'on est atteint de diabète de type 2 : entre « trajectoire de maladie » et « carrière de pratiquant d'activité physique adaptée (APA) ». *Leisure* 2014;37:224-40.
- Sport santé sur ordonnance à Strasbourg. Strasbourg.eu 2021 (cité 14 avril 2021). Disponible: <https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg>
- Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie. Partie 1 : Définition des priorités en santé, Horizon 2030. (Cité le 14 mars 2021). Disponible : <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/AVIQ-18-19401-Rapport %20Plan %20W %20Pr %C3%A9vention %20dk %C5%BE %20- %20accessible.pdf>
- Van Dillen SME, van Binsbergen JJ, Koelen MA, et al. Nutrition and physical activity guidance practices in general practice: A critical review. *Patient Educ and Couns* 2013;90:155-69.
- Bachmann P, Baudinet C, Foucaut AM, et al. Activité physique pendant et après le cancer : comment prescrire et dans quels objectifs ? *Nutr Clin et Métab* 2015;29:121-5.
- Burge AT, Cox NS, Abramson MJ, Holland AE. Interventions for promoting physical activity in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Cochrane Database Syst Rev* 2020;4:CD012626.
- Attalin V, Romain AJ, Avignon A. Physical-activity prescription for obesity management in primary care: Attitudes and practices of GPs in a southern French city. *Diabetes Metab* 2012;38:243-9.
- Rothman AJ. Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychol Rev* 2000;19(1 Suppl):64-9.
- Barth N, Hupin D, Roche F, et al. La prescription de l'activité physique adaptée chez le sujet âgé : de l'intention à la réalité. *NPG* 2018;18:155-61.
- Attalin V, Romain AJ, Avignon A. Physical-activity prescription for obesity management in primary care: attitudes and practices of GPs in a southern French city. *Diabetes Metab* 2012;38:243-9.
- Rompen J, Petitfrère Y, Cloes M. Opinion and practices of health professionals on physical activity promotion in cancer patients. 2019 AIESEP International Conference17 Juin 2019 (Cité le 22 Avril 2021). Disponible : <http://hdl.handle.net/2268/237532>

21. Sport sur ordonnance. La commune de Woluwe-Saint-Lambert rejoint le projet ! (Cité le 22 avril 2021). Disponible : www.sport-sur-ordonnance.be
22. Meriwether RA, Lee JA, Lafleur AS, et al. Physical activity counseling. *Am Fam Physician* 2008;**77**:1129-36.
23. Williams A, Wiggers J, O'Brien KM, et al. Effectiveness of a healthy lifestyle intervention for chronic low back pain: a randomised controlled trial. *PAIN* 2018;**159**:1137-46.
24. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*, 2nd ed. *J Healthc Qual* 2003;**25**:46.
25. Horvath AO. Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychother Res* 2017;**28**:499-516.
26. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, et al. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Phys Ther* 2010;**90**:1099-110.
27. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *Am Psychol* 1989;**44**:1175-84.
28. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, et al. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;**4**:CD011279.
29. Williams SL, French DP. What are the most effective intervention techniques for changing physical activity self-efficacy and physical activity behaviour and are they the same? *Health Educ Res* 2011;**26**:308-22.
30. Csikszentmihalyi M. Literacy and intrinsic motivation. *Daedalus* 1990;**119**:115-40.
31. Samdal GB, Eide GE, Barth T, et al. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2017;**14**:42.
32. Locke EA, Chah DO, Harrison S, et al. Separating the effects of goal specificity from goal level. *Organ Behav Hum Decis Process* 1989;**43**:270- 87.
33. Teixeira PJ, Carraça EV, Markland D, et al. Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2012;**9**:78.
34. Ryan RM, Williams GC, Patrick H, et al. Self-determination theory and physical activity: The dynamics of motivation in development and wellness. *Hell J Psychol* 2009;**6**:107-24.
35. Hall PA, Fong GT. The effects of a brief time perspective intervention for increasing physical activity among young adults. *Psychol Health* 2003;**18**:685-706.
36. Sarrazin P, Tessier D, Trouilloud D. Climat motivationnel instauré par l'enseignant et implication des élèves en classe : l'état des recherches. *RFP* 2006;**1**:147-77.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées à
Mr Bodson F, Sciences de la motricité, ULiège, Belgique.

Email : Francois.bodson@student.uliege.be