

Perception, adhésion et évolution du bien-être psychologique chez les adultes bénéficiaires d'une prescription de nature, avec ou sans pathologies

Auteur : Jacobs, Lisa

Promoteur(s) : Etienne, Anne-Marie

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/26821>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



LIÈGE université

Psychologie, Logopédie & Sciences de l'Éducation

Perception, adhésion et évolution du bien-être
psychologique chez les adultes bénéficiaires d'une
prescription de nature, avec ou sans pathologies

Mémoire présenté par Lisa Jacobs

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Psychologiques,
à finalité en Psychologie Clinique

Année académique 2025-2026

Promotrice : Mme Anne-Marie Etienne

Assistante doctorante : Mme Yasemin Ayhan

Remerciements

Je tiens tout d'abord à adresser mes sincères remerciements à ma promotrice, Madame Anne-Marie Etienne, pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire et pour ses conseils ayant contribué à son élaboration.

Je souhaite également exprimer toute ma gratitude à Madame Yasemin Ayhan pour son accompagnement tout au long de ce travail, sa disponibilité, ses nombreuses relectures et ses précieux conseils. Son soutien et ses retours constructifs ont été déterminants dans l'avancement et l'aboutissement de ce mémoire.

Je remercie chaleureusement l'ensemble de l'équipe de la Maison Médicale de Sprimont, et plus particulièrement les référentes nature, pour leur implication dans ce projet. Je les remercie d'avoir contribué activement au recrutement des participants, pour leur soutien tout au long de l'étude ainsi que pour leur disponibilité, leur bienveillance et leur amabilité. Leur collaboration a été essentielle à la réalisation de cette recherche.

Je souhaite également exprimer toute ma gratitude aux participants qui ont accepté de consacrer du temps à cette étude et de partager leur expérience avec sincérité. Je remercie également les personnes de mon entourage qui ont accepté de participer à cette recherche.

J'adresse également mes remerciements les plus sincères à mes proches pour leur soutien tout au long de ce parcours. Je remercie grandement mon compagnon pour son aide précieuse dans la réalisation de cette étude, notamment grâce à son expertise et à ses conseils, mais aussi pour son soutien moral constant. Je remercie ma mère pour ses relectures, ses encouragements et son soutien dans les moments de doute comme dans les moments de réussite. Je remercie enfin mon ami Mathieu pour le temps consacré à la relecture de ce travail et pour ses précieux retours.

À toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire et à l'aboutissement de mes études de master en psychologie, j'adresse mes sincères remerciements.

Résumé

Introduction : La prescription de nature (PN) est une approche visant à favoriser le contact avec la nature dans une perspective de santé et de bien-être. Malgré l'intérêt croissant pour cette approche, l'expérience des personnes qui en bénéficient et les facteurs influençant leur engagement restent peu documentés en Belgique. Cette étude visait à explorer l'expérience vécue d'adultes ayant bénéficié d'une PN, en s'intéressant aux facteurs influençant leur engagement, aux bénéfices perçus ainsi qu'aux évolutions du bien-être mental.

Méthode : Une méthodologie mixte exploratoire a été menée auprès de sept participants. Leur bien-être mental a été évalué avant et après la PN à l'aide de la WEMWBS, tandis que des carnets de suivi et des entretiens semi-directifs ont permis d'explorer leur expérience.

Résultats : Les résultats montrent une augmentation significative du bien-être mental, sans pouvoir l'attribuer à la seule PN. L'analyse qualitative met en évidence que l'engagement dépend de l'interaction entre plusieurs facteurs individuels, sociaux et environnementaux. Les attentes positives, le soutien des proches, l'accompagnement, la planification et l'accessibilité apparaissent comme des facilitateurs, tandis que le manque de temps, la fatigue, l'état psychologique et les difficultés d'accès peuvent entraver la pratique. Les participants rapportent principalement des bénéfices psychologiques, mais également physiques et cognitifs, ainsi qu'une évolution de leur rapport à la nature et une intention de poursuivre certaines activités.

Discussion et conclusion : Cette étude contribue à mieux comprendre l'expérience des personnes bénéficiant d'une PN, les conditions susceptibles de favoriser leur engagement et leur appropriation de la démarche, tout en suggérant des effets bénéfiques possibles sur leur bien-être. Elle souligne l'intérêt d'une PN individualisée, accessible, flexible et accompagnée dans les pratiques de santé.

Mots-clés : prescription de nature – engagement – bien-être mental – santé mentale – contact avec la nature

Table des matières

1. Introduction générale	1
2. Introduction théorique	3
2.1 La prescription de nature	3
2.1.1 Définition et historique	3
2.1.2 Modalités et types d'activités	4
2.1.3 Bénéfices observés	5
2.1.4 Facteurs influençant l'efficacité	8
2.1.5 Place de la PN par rapport aux prises en charge conventionnelles.....	8
2.2 Les déterminants de la mise en œuvre et de l'engagement dans la PN	9
2.2.1 Obstacles institutionnels et organisationnels.....	9
2.2.2 Obstacles individuels, sociaux et environnementaux chez les patients	10
2.2.3 Leviers institutionnels et professionnels	11
2.2.4 Facteurs favorisant l'engagement des patients dans la PN.....	12
2.2.5 Modèles théoriques du changement et de la motivation	13
2.2.6 Vers une approche individualisée de la PN	14
2.3 Objectif, question de recherche et hypothèse	15
2.3.1 Objectif de l'étude.....	15
2.3.2 Question de recherche	15
2.3.3 Hypothèse	15
3. Méthodologie.....	16
3.1 Échantillon de l'étude.....	16
3.1.1 Contexte de l'étude	16
3.1.2 Considération éthique.....	16
3.1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion	16
3.1.4 Recrutement.....	16
3.1.5 Taille de l'échantillon.....	17
3.2 Matériel et procédure	18
3.2.1 Questionnaire standardisé	18
3.2.2 Phase post-intervention : entretiens semi-directifs et mesure du bien-être	19
3.2.3 Carnet de suivi hebdomadaire	20
3.2.4 Données sociodémographiques	21
3.3 Traitement des données	21
3.3.1 Analyse qualitative	21
3.3.2 Analyse quantitative.....	22
4. Résultats.....	24

4.1 Caractéristiques de l'échantillon	24
4.2 Résultats quantitatifs : évolution du bien-être mental.....	25
4.2.1 Évolution des scores WEMWBS entre T0 et T1	25
4.2.2 Comparaison exploratoire de l'évolution du score WEMWBS selon le groupe	26
4.3 Résultats qualitatifs : expérience vécue de la PN.....	26
5. Discussion.....	36
5.1 Synthèse des résultats	36
5.2 Mise en relation avec la littérature scientifique	36
5.2.1 Les déterminants de l'engagement initial dans la PN	36
5.2.2 De l'intention à l'action : facilitateurs et freins à la mise en œuvre de la PN	38
5.2.3 Du passage à l'action à l'appropriation progressive de la PN	39
5.2.4 Implications cliniques	41
5.3 Limites de l'étude.....	43
5.4 Perspectives de recherche.....	44
6. Conclusion	45
7. Bibliographie	46
8. Annexes	53
Annexe 1 : Grille d'utilisation des intelligences artificielles génératives	53
Annexe 2 : Flyer d'information destiné aux participants.....	55
Annexe 3 : Guide d'entretien semi-directif.....	56
Annexe 4 : Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS).....	58
Annexe 5 : Formulaire de consentement éclairé	59
Annexe 6 : Formulaire d'information au volontaire	61
Annexe 7 : Modèle HAPA adapté de Schwarzer (2016)	66
Annexe 8 : Modèle COM-B (Michie et al., 2011), adapté de West et Michie (2020).	66
Annexe 9 : Modèle transthéorique du changement (Prochaska & DiClemente, 1983)	67

Liste des tableaux et figures

Élément	Titre	Page
Tableau 1	Caractéristiques sociodémographiques des participants et contexte de PN (n = 7)	24
Figure 1	Distribution des scores WEMWBS avant et après la démarche de PN	25

1. Introduction générale

La santé mentale constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale. En Belgique, les troubles anxieux et dépressifs figurent parmi les troubles de santé mentale les plus fréquents. Après avoir fortement augmenté lors de la pandémie de COVID-19, ils concernent encore près d'une personne sur six, contre une sur dix en 2018. Les jeunes adultes et les femmes demeurent particulièrement touchés (Sciensano, 2024).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2022) souligne que l'amélioration de la santé mentale ne peut reposer uniquement sur les traitements médicaux ou psychologiques. La santé mentale résulte d'une interaction complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. Les conditions de vie, telles que le cadre de vie, le soutien social, les conditions de travail ou encore l'accès aux espaces naturels, influencent le bien-être psychologique et le risque de développer des troubles mentaux. Dès lors, l'OMS recommande de renforcer les actions portant sur ces déterminants environnementaux et sociaux afin de promouvoir la santé mentale et de prévenir l'apparition des troubles.

Cette évolution s'inscrit dans des transformations des modes de vie contemporains, notamment marquées par une place importante des comportements sédentaires et de l'utilisation des écrans. En Belgique, les personnes âgées de 15 ans et plus passent en moyenne 5 heures et 39 minutes par jour devant un écran durant leur temps libre (Braekman et al., 2025). Un temps d'écran excessif est associé à différents effets négatifs sur la santé physique et mentale, ainsi que sur le sommeil et l'activité physique (Braekman et al., 2025).

Dans le même temps, l'environnement apparaît comme un déterminant central de la santé mentale. En milieu urbain, la pollution, le bruit et la densité de population sont associés à une augmentation du stress, à des troubles du sommeil et à une altération du bien-être psychologique. À l'inverse, les espaces verts exercent un effet protecteur en favorisant la régulation du stress, la restauration cognitive et les interactions sociales (Andrieux et al., 2020).

Sur le plan des prises en charge, les troubles anxieux et dépressifs sont principalement traités par des approches pharmacologiques et psychothérapeutiques. Les antidépresseurs sont efficaces pour réduire les symptômes, mais peuvent entraîner des effets secondaires susceptibles de compromettre l'adhésion au traitement. Or, une adhésion insuffisante ou une interruption du traitement peut être associée à de moins bons résultats cliniques et à un risque accru de rechute (Niarchou et al., 2024; Pillinger et al., 2023). Ils sont fréquemment associés

ou complétés par une prise en charge psychothérapeutique. Parmi les interventions recommandées, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) occupent une place centrale dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs. Leur efficacité dans la réduction des symptômes est largement étayée (Cuijpers et al., 2025).

Parallèlement aux traitements conventionnels, des approches complémentaires visant à promouvoir la santé et à renforcer le lien entre les individus et leur environnement naturel se développent (Lechien, 2023). C'est dans ce cadre que la **prescription de nature** (PN) apparaît prometteuse. La PN consiste à recommander à un patient, par l'intermédiaire d'un professionnel de santé, de passer du temps en contact avec la nature dans une perspective d'amélioration de la santé (Lechien, 2023). Déjà développée dans plusieurs pays, elle est associée à des effets bénéfiques sur la santé physique et mentale (Lechien, 2023; Nguyen, 2023).

En Belgique, certaines initiatives ont vu le jour, notamment à Courtrai et au sein de la maison médicale de Sprimont. Malgré l'absence de cadre institutionnel stabilisé et de financement structurel, qui limite encore son intégration dans les pratiques cliniques, le contexte apparaît favorable au développement de la PN : certains professionnels intègrent déjà la nature dans leurs pratiques et les maisons médicales offrent un cadre propice par leur fonctionnement pluridisciplinaire et leur orientation vers la santé communautaire (Lechien, 2023).

La PN se situe ainsi à l'interface entre promotion de la santé et complément aux soins conventionnels. Elle interroge ses conditions d'appropriation, ses usages en pratique clinique et la manière dont les patients s'y engagent. Malgré cet intérêt croissant, les recherches se sont principalement concentrées sur l'évaluation des effets de la PN et sur le point de vue des professionnels de santé. En revanche, la perception et l'expérience des patients demeurent encore peu étudiées (Lechien, 2023).

Ce mémoire s'inscrit à l'intersection de la psychologie environnementale et de la psychologie de la santé, en étudiant les interactions entre l'individu et son environnement ainsi que les déterminants cognitifs, sociaux et comportementaux de la santé. Il vise à comprendre comment des patients présentant des symptômes de stress, d'anxiété ou de dépression perçoivent la PN dans le cadre de leur prise en charge à la maison médicale de Sprimont. Il analyse leur vécu ainsi que les facteurs motivationnels et contextuels influençant leur adhésion, afin de mieux comprendre les conditions d'intégration de la PN dans les pratiques de santé mentale.

2. Introduction théorique

2.1 La prescription de nature

2.1.1 Définition et historique

La **prescription de nature** désigne une pratique selon laquelle un professionnel de santé (médecin, psychologue, kinésithérapeute, infirmier, ergothérapeute, etc.) recommande à ses patients de passer plus de temps en contact avec la nature afin de bénéficier de ses effets positifs sur la santé. Cette approche, encore relativement récente dans le champ médical, s'appuie sur les acquis des traditions et des découvertes scientifiques qui soulignent les bienfaits de l'environnement naturel sur le bien-être physique et mental (Lechien, 2023).

L'hypothèse selon laquelle une exposition à la nature peut avoir des effets bénéfiques sur la santé trouve son origine au Japon, où le concept de **Shinrin-yoku**, ou « *bain de forêt* », a été introduit en 1982 par le ministère japonais de l'Agriculture (Park et al., 2010). Cette pratique consiste à s'immerger dans un environnement forestier, de quelques minutes à plusieurs heures, en sollicitant les cinq sens afin de renforcer la connexion avec la nature et de favoriser une expérience sensorielle. Le Shinrin-yoku a rapidement gagné en popularité au Japon avant de se diffuser dans d'autres pays, devenant une pratique largement répandue visant à améliorer le bien-être global (Park et al., 2010).

Par ailleurs, une autre forme de prescription, désignée sous le terme de « **prescription verte** », a émergé en Nouvelle-Zélande en 1998. Elle repose sur la recommandation, par un professionnel de santé, d'activités physiques réalisées en extérieur. Initialement conçue pour accompagner les patients souffrant de maladies mentales ou chroniques, cette méthode a par la suite été adaptée à un public plus large. D'autres pays, comme les États-Unis et le Canada, ont également adopté des initiatives similaires (Lechien, 2023).

Dans ce contexte, la PN se caractérise par la diversité des modalités qu'elle peut proposer. Si elle peut inclure une immersion en forêt ou une activité physique en extérieur, elle ne se limite pas à ces pratiques et peut prendre différentes formes de contact et de connexion avec la nature.

Il est également nécessaire de distinguer la PN d'autres interventions basées sur la nature. En effet, certaines activités, telles que la marche ou le jardinage, peuvent produire des effets bénéfiques sans relever d'une démarche thérapeutique structurée. À l'inverse, des approches comme l'**écothérapie** s'inscrivent dans un cadre clinique avec des objectifs thérapeutiques

définis. Dans cette perspective, la PN peut être située dans une position intermédiaire, relevant davantage de la promotion de la santé, tout en mobilisant les bienfaits reconnus de l'environnement naturel (Altenloh & Busigny, 2024).

2.1.2 Modalités et types d'activités

Les effets des environnements naturels sur la santé semblent varier selon leurs caractéristiques. À cet égard, Wu et al. (2024) montrent que certaines études rapportent une association positive entre une plus grande **richesse en biodiversité**, entendue comme la diversité de la faune et de la flore, et différents indicateurs tels que l'humeur, la satisfaction de vie ou la restauration psychologique, c'est-à-dire la récupération des ressources cognitives et émotionnelles après une exposition au stress ou à la fatigue mentale. Toutefois, les résultats demeurent hétérogènes et ne permettent pas d'établir une relation systématique entre la biodiversité et la santé. Les auteurs soulignent également que les bénéfices observés semblent davantage liés à la manière dont les individus perçoivent la biodiversité qu'à des mesures objectives de celle-ci.

Ces résultats suggèrent qu'une PN pourrait gagner à prendre en compte non seulement les caractéristiques des environnements proposés, mais également les profils individuels des participants, notamment leur degré de connexion à la nature et leur **contexte socio-environnemental** (Wu et al., 2024). Dans le dispositif développé à Sprimont, la prescription s'appuie sur un carnet proposant un large éventail d'activités parmi lesquelles les participants peuvent choisir librement. Si cette approche offre une certaine flexibilité, elle ne repose pas sur une personnalisation systématique des environnements naturels ou des activités en fonction des caractéristiques propres à chaque individu.

Par ailleurs, McDougall et al. (2022) mettent en évidence l'intérêt des **espaces bleus d'eau douce**, tels que les rivières et les canaux, associés à des effets positifs sur le bien-être psychologique. Les auteurs soulignent que ces bénéfices dépendent davantage de la fréquence de fréquentation que de la proximité géographique, et se limitent principalement aux cours d'eau, à l'exclusion des lacs.

Les activités de nature peuvent également être distinguées selon le degré d'engagement qu'elles impliquent, en opposant les activités actives aux activités passives (Holt et al., 2019). Les activités physiques et sportives de plein air, telles que le jardinage ou la randonnée, sont considérées comme des **activités actives**. À l'inverse, les **activités passives** désignent toute activité qui se déroule dans un environnement naturel, sans interaction physique directe. Elles

comprennent des actions telles que s'asseoir dans un parc ou contempler un paysage, et se caractérisent par une absence d'engagement actif ou d'interaction pratique (Holt et al., 2019).

Dans cette perspective, Holt et al. (2019) ont montré que les étudiants pratiquant fréquemment des activités actives dans les espaces verts rapportaient une meilleure qualité de vie, un bien-être émotionnel accru et un stress perçu moindre, tandis que les interactions passives n'étaient pas significativement associées aux indicateurs de santé et de bien-être.

2.1.3 Bénéfices observés

Plusieurs théories scientifiques, issues notamment de la psychologie environnementale, permettent d'expliquer les mécanismes par lesquels le contact avec la nature peut influencer la santé mentale humaine. Le concept de **biophilie**, popularisé par Edward O. Wilson, désigne la tendance innée de l'être humain à rechercher un lien avec les formes de vie et les environnements naturels. Cette hypothèse repose sur l'idée que la longue évolution de l'espèce humaine au sein des milieux naturels aurait façonné des prédispositions biologiques favorisant la recherche de ces environnements, qui procuraient les ressources indispensables à la survie, telles que l'eau, la nourriture et les abris (Béclin, 2024).

Dans une perspective cognitive, la **théorie de la restauration de l'attention** (Kaplan & Kaplan, 1989) postule que les environnements naturels favorisent la restauration de l'attention dirigée, mise à rude épreuve par les exigences cognitives de la vie quotidienne. Selon cette théorie, la nature mobilise une attention involontaire et sans effort (*soft fascination*), permettant aux ressources attentionnelles de se restaurer progressivement après une période de fatigue cognitive ou de surcharge mentale.

Sur le plan physiologique, la **théorie de la réduction du stress** (Ulrich et al., 1991; Ulrich, 1993) postule que les environnements naturels favoriseraient une diminution rapide des réponses de stress en induisant un état physiologique plus calme. Selon cette théorie, la perception d'un environnement naturel entraînerait une régulation des réponses automatiques au stress, notamment par une diminution de l'activation du système nerveux sympathique et une mobilisation du système parasympathique.

Ces modèles théoriques trouvent un écho dans de nombreuses recherches empiriques et synthèses de la littérature, qui mettent en évidence des bénéfices de l'exposition à la nature dans

plusieurs domaines, allant des réponses physiologiques aux dimensions psychologiques, cognitives et sociales.

En accord avec les hypothèses formulées par la théorie de la réduction du stress, les études ont mis en évidence plusieurs modifications **physiologiques** associées à l'exposition à la nature. Celle-ci est notamment liée à une réduction de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, ainsi qu'à une diminution de l'activité du système nerveux sympathique et une augmentation de l'activité parasympathique. Les niveaux de cortisol, hormone associée au stress, apparaissent également réduits (Bherer, 2021).

La réduction des réponses physiologiques au stress pourrait également contribuer à **atténuer la douleur**. Dans cette perspective, Ulrich (1984) a examiné les dossiers de patients ayant subi une cholécystectomie et montré que ceux dont la chambre donnait sur un environnement naturel recevaient moins d'analgésiques puissants que des patients présentant des caractéristiques similaires, mais dont la chambre donnait sur un mur en briques. Cette moindre consommation d'analgésiques suggère une récupération postopératoire plus favorable et laisse penser que l'exposition visuelle à la nature pourrait également contribuer à diminuer la perception de la douleur. Cette observation peut être comprise à la lumière de la **théorie du portillon de la douleur** (Melzack & Wall, 1965), selon laquelle l'expérience douloureuse ne résulte pas uniquement de la transmission d'un signal nociceptif, mais est également influencée par des facteurs cognitifs, émotionnels et contextuels. Ainsi, l'exposition à un environnement naturel pourrait contribuer à moduler la perception de la douleur en réduisant le stress et en favorisant des états psychologiques susceptibles d'atténuer l'expérience douloureuse.

Les effets bénéfiques de la nature sont également bien documentés dans la sphère **psychologique**. Ils se traduisent par une réduction de l'anxiété et des symptômes dépressifs, une sensation réparatrice, un bien-être accru, une amélioration de l'humeur et de la vitalité, ainsi qu'une diminution de la fatigue (Bherer, 2021). Parmi ces effets, la réduction du stress occupe une place importante. À cet égard, Wells et Evans (2003) ont mis en évidence, chez des enfants exposés à des événements stressants, un effet protecteur associé à la proximité d'espaces naturels. Les résultats indiquent que la réaction émotionnelle au stress est atténuée chez les enfants vivant à proximité de la nature, suggérant ainsi un rôle tampon de l'environnement naturel. Par ailleurs, Berman et al. (2012) ont comparé les effets d'une promenade en milieu naturel et en milieu urbain chez des personnes présentant un trouble dépressif majeur. Les résultats montrent une amélioration plus importante des affects positifs après la promenade en

milieu naturel, tandis que la diminution des affects négatifs ne diffère pas significativement entre les deux environnements.

En accord avec la théorie de la restauration de l'attention (Kaplan & Kaplan, 1989), les effets positifs de l'exposition à la nature s'étendent également aux **fonctions cognitives**. Ceux-ci comprennent notamment une amélioration des capacités mentales, une restauration de l'attention ainsi qu'une réduction de la fatigue mentale et de la confusion (Bherer, 2021). Dans ce cadre, Faber Taylor et Kuo (2009) ont montré que des enfants présentant des troubles de l'attention obtenaient de meilleures performances à un test attentionnel après une promenade dans un parc, comparativement à une condition en milieu urbain.

À un niveau plus global, la nature semble également exercer des effets incluant des dimensions sociales, spirituelles et culturelles (Bherer, 2021). Ceux-ci se traduisent par un renforcement du **bien-être spirituel**, notamment à travers un sentiment accru de connexion à soi, aux autres et à la nature, une amélioration de la **cohésion** et du **soutien social**, ainsi qu'une **sensibilisation accrue aux enjeux environnementaux** et aux comportements durables. Toutefois, ces effets élargis demeurent encore insuffisamment étayés sur le plan empirique.

Parmi les dimensions sociales, la lutte contre la **solitude** apparaît comme une piste d'application prometteuse de la PN. Santos-Tapia et al. (2023) ont examiné une intervention de prescription sociale fondée sur la nature. Cette intervention visait à favoriser les interactions sociales en contexte naturel afin de réduire l'isolement et de renforcer la cohésion sociale. Bien que cette approche présente un potentiel intéressant pour soutenir la santé mentale et sociale, son efficacité reste à démontrer (Santos-Tapia et al., 2023).

Enfin, si les études précédentes mettent principalement en évidence des bénéfices observés à court terme ou à l'issue d'interventions ponctuelles, certaines recherches suggèrent que ces effets pourraient également s'inscrire dans la durée. Dans une **perspective longitudinale**, une revue systématique de Li et al. (2021) met en évidence que l'exposition à la nature tout au long de la vie est globalement associée à une meilleure santé mentale. En synthétisant 29 études, les auteurs rapportent des associations positives avec la réduction des troubles psychiatriques, des symptômes dépressifs et du stress, ainsi qu'avec certaines fonctions cognitives et comportementales. Ces effets semblent particulièrement marqués lorsque l'exposition débute précocement dans la vie. Les résultats suggèrent ainsi un effet cumulatif et potentiellement préventif de l'exposition à la nature, s'inscrivant dans une dynamique de santé à long terme.

2.1.4 Facteurs influençant l'efficacité

La **durée d'exposition** à un environnement naturel constitue un premier facteur susceptible d'influencer les effets observés. Une étude menée par White et al. (2019) suggère qu'un seuil d'environ **120 minutes** par semaine passées en milieu naturel est associé à une meilleure santé auto-déclarée ainsi qu'à un niveau plus élevé de bien-être subjectif. Les bénéfices semblent par ailleurs augmenter jusqu'à environ 200 à 300 minutes hebdomadaires, avant de se stabiliser. Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence en raison du caractère transversal de l'étude, qui ne permet ni d'établir un lien causal ni d'isoler les effets spécifiques de l'exposition à la nature par rapport à d'autres facteurs, tels que l'activité physique ou le mode de vie. Les mesures reposent en outre sur des données auto-rapportées (White et al., 2019).

Au-delà de la durée, Kim et Shin (2021) ont également montré que la modalité d'exposition influence l'expérience vécue : une approche **guidée**, encadrée par un thérapeute au cours de marches collectives, est davantage associée à des émotions positives, à une réduction du stress perçu et à un renforcement des interactions sociales. À l'inverse, une pratique **autonome**, au cours de laquelle les participants explorent librement l'environnement naturel sans supervision, favorise davantage l'introspection et la réflexion personnelle. Malgré ces différences, les deux modalités sont associées à une amélioration globale du bien-être psychologique. Les auteurs soulignent néanmoins plusieurs limites méthodologiques. L'absence de groupe contrôle extérieur à l'environnement forestier ne permet pas d'isoler précisément les effets spécifiques de l'exposition à la nature. Par ailleurs, le recours exclusif à des données auto-rapportées introduit un risque de biais subjectifs. Enfin, l'absence de suivi longitudinal ne permet pas d'évaluer la stabilité des effets dans le temps (Kim & Shin, 2021).

2.1.5 Place de la PN par rapport aux prises en charge conventionnelles

Une étude menée dans le cadre de programmes de « prescription sociale de nature » en Angleterre rapporte que ces interventions présentent un **coût estimé inférieur** à celui de certaines prises en charge psychothérapeutiques, notamment la **TCC** (The Guardian, 2024). Selon les données du programme, ces dispositifs, intégrant des activités telles que la marche en milieu naturel, le jardinage communautaire ou encore des activités en plein air, sont estimés à environ 500 livres par participant, contre environ 1000 livres pour un cycle de dix séances de TCC. Les auteurs du programme soulignent que ces résultats s'inscrivent dans le cadre d'un projet de *green social prescribing*, visant à intégrer des activités basées sur la nature dans les

parcours de soins et à soutenir les services de santé existants. Ces résultats suggèrent un intérêt économique potentiel de ce type d'intervention dans le contexte étudié. Toutefois, ces estimations s'inscrivent dans un système de santé spécifique au Royaume-Uni, ce qui invite à une interprétation prudente quant à leur transposition à d'autres contextes nationaux, en raison des différences de structuration et de financement des soins de santé.

Une étude finlandaise de Turunen et al. (2023) a examiné l'association entre l'exposition aux espaces verts et bleus et **l'utilisation de médicaments** pour des troubles psychiques, cardiovasculaires et respiratoires. La présence ou la visibilité d'espaces naturels autour du domicile n'était pas associée à une réduction de la consommation médicamenteuse. En revanche, une fréquentation plus régulière des espaces verts était associée à une moindre utilisation de psychotropes, d'antihypertenseurs et de traitements contre l'asthme. Ces associations pourraient notamment s'expliquer par l'activité physique, la réduction du stress ou les interactions sociales, mais aussi dépendre de la qualité et de l'accessibilité des espaces ainsi que de la motivation à les fréquenter (Turunen et al., 2023).

2.2 Les déterminants de la mise en œuvre et de l'engagement dans la PN

2.2.1 Obstacles institutionnels et organisationnels

Malgré les nombreuses données attestant des effets bénéfiques des environnements naturels sur le bien-être des patients, la PN demeure une approche émergente dont l'intégration dans les pratiques de soins reste limitée. Plusieurs obstacles peuvent ainsi freiner son développement. En Belgique, Lechien (2023) met notamment en évidence des contraintes institutionnelles, parmi lesquelles le **manque de reconnaissance officielle** et **l'absence de financement dédié**, susceptibles de limiter l'inscription durable de la PN dans l'offre de soins.

Au-delà de ces limites institutionnelles, le **manque de sensibilisation** constitue un obstacle important à la diffusion de la PN. Cette difficulté est soulignée par Foley et al. (2023) et corroborée par Lemieux et al. (2025), dont l'étude montre que plus de 92 % des participants déclarent ne pas connaître l'existence de programmes de PN. Par ailleurs, Foley et al. (2023) mettent également en évidence la disponibilité limitée des ressources locales et une réponse encore insuffisamment structurée face aux enjeux environnementaux et climatiques. Ces résultats suggèrent que le développement de la PN nécessite non seulement une reconnaissance institutionnelle, mais également une meilleure visibilité auprès des professionnels et du grand public.

2.2.2 Obstacles individuels, sociaux et environnementaux chez les patients

Du côté des patients, plusieurs **facteurs individuels** peuvent limiter l'engagement dans une PN. Les symptômes associés aux **troubles anxieux et dépressifs**, tels que le manque de motivation, l'anxiété ou la fatigue, peuvent notamment réduire la capacité à initier ou à maintenir des activités en extérieur (Lechien, 2023). L'étude de Tester-Jones et al. (2020) montre que les personnes présentant des **troubles mentaux courants** (TMC), définis ici comme des troubles dépressifs et/ou anxieux, présentent une motivation intrinsèque plus faible à s'engager dans des activités en nature. Cette diminution peut être comprise à la lumière de certaines caractéristiques cliniques, telles que l'anhédonie et la baisse d'énergie dans la dépression, ou encore les comportements d'évitement fréquemment associés à certains troubles anxieux, comme l'agoraphobie (American Psychiatric Association, 2013/2015). Néanmoins, malgré cette vulnérabilité motivationnelle, la majorité des personnes concernées déclarent continuer à fréquenter les espaces naturels au moins une fois par semaine. Toutefois, leur expérience subjective diffère, avec des niveaux de bien-être légèrement plus faibles et une anxiété plus élevée lors de ces interactions (Tester-Jones et al., 2020).

Les **facteurs sociaux** peuvent également constituer un frein à l'engagement dans une PN. Tambyah et al. (2022) soulignent notamment que le **caractère souvent collectif** de ces dispositifs peut représenter une barrière pour certains patients, en raison de craintes liées à l'interaction sociale, à l'intégration dans un groupe ou au regard d'autrui. Ces difficultés peuvent être particulièrement marquées chez les personnes présentant une anxiété sociale ou un mal-être psychologique. Par ailleurs, la composition des groupes, notamment en termes d'âge, de niveau de fonctionnement ou de sévérité des troubles, peut influencer le sentiment d'adéquation de l'intervention. La stigmatisation persistante associée aux troubles psychiques peut également limiter la participation par peur du jugement.

Enfin, des **facteurs environnementaux et contextuels** peuvent également limiter l'engagement dans une PN. Une étude internationale menée dans plusieurs pays (Australie, Inde, Singapour, Royaume-Uni et États-Unis) met en évidence plusieurs barrières perçues par les participants, parmi lesquelles figurent les **conditions météorologiques**, le **manque de temps** ainsi que les **difficultés d'accès aux espaces naturels**, liées notamment à leur éloignement et aux contraintes de transport (Kondo et al., 2025). À ces contraintes s'ajoutent les **responsabilités familiales**, particulièrement chez les femmes et les personnes ayant des enfants à charge, ainsi que l'absence d'accompagnement ou un intérêt limité pour la nature, qui peuvent également

réduire l'engagement (Kondo et al., 2025). Les auteurs soulignent enfin que les personnes ayant un niveau d'**éducation élevé**, notamment celles vivant en milieu urbain ou déjà sensibilisées à la PN, tendent à anticiper davantage de contraintes logistiques ou organisationnelles, susceptibles de freiner leur passage à l'action.

2.2.3 Leviers institutionnels et professionnels

Face aux obstacles institutionnels et organisationnels identifiés, plusieurs leviers peuvent favoriser l'intégration de la PN dans les pratiques de soins. Parmi ceux-ci, **l'implication des professionnels de santé** apparaît comme un facteur déterminant. L'étude de Lechien (2023) souligne en effet le rôle central des soignants dans la mise en œuvre de cette approche, notamment à travers leur capacité à recommander et à légitimer l'usage des environnements naturels comme outil thérapeutique. Dans cette perspective, le développement d'initiatives communautaires, telles que la marche ou le jardinage au sein des structures de soins, peut également contribuer à inscrire progressivement la nature dans les parcours de santé.

Au-delà du rôle des professionnels, la manière dont la recommandation est formulée influence également son appropriation par les patients. La **formalisation écrite** de la prescription apparaît comme un facteur favorisant l'engagement, en étant perçue comme plus crédible et structurante qu'un simple conseil oral (Lechien, 2023). Toutefois, certains professionnels expriment des réserves concernant le terme « *prescription* », généralement associé en Belgique à des actes médicaux remboursables. Or, la PN ne constitue pas une prestation spécifique de la nomenclature de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI, 2026), ce qui peut limiter sa reconnaissance comme intervention thérapeutique. Néanmoins, une recommandation écrite favorise davantage l'adoption de comportements de santé qu'un simple conseil oral, même en l'absence de prise en charge financière (Swinburn et al., 1998).

Enfin, Brunin (2020) montre que de nombreux assistants en médecine utilisent eux-mêmes la nature comme stratégie de gestion du stress, témoignant d'une perception favorable de ses bénéfices potentiels. Toutefois, cette perception positive ne suffit pas à garantir l'intégration durable de la prescription de nature dans la pratique clinique. Les participants soulignent la nécessité de renforcer les **connaissances** et la **formation** relatives à la PN, ainsi que de disposer de **données scientifiques solides** permettant d'en soutenir la légitimité auprès des patients. Dès lors, la formation des professionnels de santé apparaît comme un levier essentiel pour assurer la pérennisation de cette approche.

2.2.4 Facteurs favorisant l'engagement des patients dans la PN

L'engagement des patients constitue un enjeu central dans la mise en œuvre d'une PN, puisqu'il dépend non seulement de l'accessibilité de l'intervention, mais également de la manière dont celle-ci est perçue et intégrée dans le parcours de soins. Plusieurs travaux mettent ainsi en évidence différents facteurs susceptibles de favoriser l'adhésion des individus à cette démarche.

Dans un premier temps, **l'acceptabilité de la PN** semble constituer un déterminant favorable à l'engagement. Une étude menée par Smock et al. (2024) montre une perception largement positive de cette approche, 96 % des participants la considérant bénéfique pour la santé physique et 100 % pour la santé mentale. Une proportion importante des répondants se déclare également disposée à suivre ce type de recommandation. Ces résultats suggèrent que la représentation positive de l'intervention et la perception de ses bénéfices potentiels constituent des éléments favorisant l'intention d'adopter ce comportement.

Au-delà de cette acceptabilité initiale, l'engagement thérapeutique apparaît également influencé par la **qualité de l'accompagnement** proposé. Hickmann et al. (2022) soulignent que l'adhésion repose notamment sur la relation soignant-soigné, l'adéquation de l'intervention aux besoins individuels et l'autonomisation du patient. La compréhension des bénéfices attendus, une communication fondée sur la confiance ainsi que la prise en compte des préférences personnelles apparaissent comme des facteurs essentiels pour renforcer l'implication du patient dans son parcours de soins.

L'expérience des patients dépend également des **caractéristiques de l'intervention**. Smock et al. (2024) soulignent que le confort social perçu, la fréquence des immersions ainsi que la présence d'un accompagnement régulier influencent la manière dont les participants vivent la PN. Ces résultats suggèrent que les bénéfices de l'intervention ne reposent pas uniquement sur l'exposition à la nature, mais également sur les conditions dans lesquelles cette exposition est proposée.

L'engagement peut également être renforcé par des **leviers** concrets facilitant le passage à l'action. Une étude canadienne montre que 75 % des participants se déclarent davantage enclins à fréquenter des espaces naturels lorsqu'une recommandation formelle est formulée par un professionnel de santé, soulignant le rôle structurant de l'accompagnement médical. Cette même étude met également en évidence plusieurs leviers susceptibles de faciliter l'engagement,

tels que la prise en charge financière, la gratuité d'accès aux espaces naturels ou encore la mise à disposition de transports publics subventionnés (Lemieux et al., 2025).

La mise en œuvre de ces différents leviers repose toutefois sur un **environnement organisationnel** favorable. Foley et al. (2023) soulignent l'importance d'une approche intersectorielle impliquant les domaines médicaux, communautaires et institutionnels, ainsi que le développement d'infrastructures adaptées favorisant l'accessibilité physique aux environnements naturels, afin de soutenir durablement l'engagement des patients.

Enfin, les **dimensions sociales et culturelles** peuvent également influencer la relation des individus aux activités en nature. Tester-Jones et al. (2020) montrent notamment que la pression sociale perçue (PSP) peut augmenter la probabilité de fréquentation des espaces naturels. Toutefois, cet effet apparaît ambivalent, puisque cette influence s'accompagne d'une diminution de la motivation intrinsèque et d'une légère altération du bien-être émotionnel. Malgré cela, les expériences en nature restent globalement positives.

2.2.5 Modèles théoriques du changement et de la motivation

La compréhension de l'adhésion des patients à une PN nécessite de mobiliser des modèles issus de la **psychologie de la santé** permettant d'éclairer les mécanismes du changement comportemental. Ces modèles offrent des perspectives complémentaires pour analyser les facteurs cognitifs, motivationnels et environnementaux impliqués dans l'adoption, la mise en œuvre et le maintien d'un comportement de santé.

Dans cette perspective, le **modèle HAPA** (Health Action Process Approach; Schwarzer, 2016) constitue l'un des cadres théoriques mobilisés dans cette recherche (voir annexe 7). Cette approche permet de comprendre les dynamiques psychologiques impliquées dans l'adoption de comportements de santé (Diebolt, 2024). Ce modèle distingue trois phases successives dans le processus de changement comportemental : la première, dite **motivationnelle**, correspond à la formation de l'intention d'agir et repose principalement sur la perception du risque, les attentes de résultats et le sentiment d'auto-efficacité. La deuxième, **volitionnelle**, concerne le passage de l'intention à l'action grâce à la planification de l'action et à l'anticipation des obstacles susceptibles d'entraver le comportement (Schwarzer, 2016). Enfin, la phase d'**action** correspond à la mise en œuvre et au maintien du comportement dans le temps, processus favorisé notamment par le soutien social et les bénéfices perçus (Schwarzer, 2016). Dans le cadre de cette étude, le modèle HAPA offre un cadre d'analyse permettant de comprendre les

facteurs favorisant ou limitant le passage de l'intention à l'action, ainsi que le maintien des activités prescrites en milieu naturel.

Afin de compléter ce cadre, la **théorie sociale cognitive** de Bandura (1986) met en évidence le rôle central de l'auto-efficacité dans l'engagement comportemental. Celle-ci correspond à la croyance en sa capacité à réaliser une action et influence directement la motivation, la fixation d'objectifs et la persévérance face aux obstacles. Dans le cadre de la PN, elle permet de comprendre dans quelle mesure les individus se sentent capables d'intégrer durablement des activités en milieu naturel dans leur quotidien.

Le **modèle transthéorique du changement** (Prochaska & DiClemente, 1983), présenté en annexe 9, décrit le changement comportemental comme un processus progressif comprenant plusieurs stades, de la précontemplation au maintien. Il souligne que les individus ne se situent pas tous au même niveau d'engagement envers un comportement de santé. Dans le cadre de cette étude, ce modèle apporte une lecture complémentaire permettant de situer les participants dans leur processus de changement et d'interpréter leur engagement envers la PN.

Enfin, le **modèle COM-B** (*Capability, Opportunity, Motivation – Behaviour*; Michie et al., 2011), illustré en annexe 8, propose une approche intégrative du comportement. Il postule que tout comportement résulte de l'interaction entre trois composantes : la **capacité** renvoie aux ressources physiques et psychologiques nécessaires à l'adoption du comportement, telles que les connaissances, les compétences et les habitudes ; l'**opportunité** correspond aux facteurs externes qui facilitent ou entravent le comportement, tels que l'environnement matériel ou le soutien social ; la **motivation** regroupe les processus réflexifs et automatiques qui orientent le comportement, incluant les croyances, les intentions, les émotions et l'identité. Il offre ainsi une lecture plus globale des facteurs individuels et contextuels susceptibles de favoriser ou de freiner l'adhésion à une PN.

2.2.6 Vers une approche individualisée de la PN

Bien que ces modèles permettent de comprendre les mécanismes impliqués dans l'adoption d'un comportement de santé, ils n'indiquent pas directement comment adapter une intervention aux besoins spécifiques de chaque patient. Dans cette perspective, Astell-Burt et al. (2023) proposent un **modèle clinique visant à individualiser** les interventions fondées sur la nature en considérant deux dimensions : le niveau de motivation autonome envers le contact avec la nature et la présence d'obstacles susceptibles de limiter son engagement. Selon ce modèle, les

patients présentant une motivation élevée mais confrontés à des obstacles importants nécessitent principalement des interventions visant à réduire ces barrières. À l'inverse, lorsque la motivation est faible malgré l'absence d'obstacles majeurs, l'intervention devrait davantage viser à renforcer l'intérêt et la valeur accordée au contact avec la nature. Lorsque ces deux dimensions sont défavorables, une approche multifactorielle apparaît nécessaire. Enfin, chez les personnes déjà engagées dans une pratique de contact avec la nature, l'objectif consiste principalement à soutenir et maintenir cette démarche (Astell-Burt et al., 2023).

2.3 Objectif, question de recherche et hypothèse

2.3.1 Objectif de l'étude

Pour que cette approche puisse se développer, il est nécessaire d'en évaluer la réception auprès des professionnels de santé comme des patients. Si le mémoire de Lechien (2023) met en évidence une perception globalement favorable des soignants, le point de vue des patients reste encore peu documenté en Belgique. Dans ce contexte, la présente étude explore le vécu de patients ayant bénéficié d'une PN dans le cadre de leur prise en charge à la maison médicale de Sprimont, ainsi que les facteurs susceptibles d'influencer leur adhésion. Elle vise également à produire des connaissances pouvant soutenir le développement et l'intégration de cette approche dans les pratiques de soins.

2.3.2 Question de recherche

Cette étude s'appuie principalement sur le modèle HAPA (Schwarzer, 2016), complété par certains apports de la théorie sociale cognitive (Bandura, 1986), du modèle transthéorique du changement (Prochaska & DiClemente, 1983) ainsi que du modèle COM-B (Michie et al., 2011). Ces cadres permettent d'analyser les facteurs susceptibles d'influencer l'adhésion à une PN. Dès lors, la question de recherche peut être formulée comme suit : *Chez les adultes ayant bénéficié d'une PN, quels facteurs influencent leur engagement dans la démarche et quelles évolutions du bien-être mental sont observées ?*

2.3.3 Hypothèse

H1 : Les participants ayant bénéficié d'une PN présenteront une augmentation de leur score de bien-être mental entre le début et la fin de la période de suivi.

3. Méthodologie

3.1 Échantillon de l'étude

3.1.1 Contexte de l'étude

L'étude s'est déroulée au Centre de Santé intégrée des Carrières (CSIC) à Sprimont. Elle a été réalisée au sein de ce terrain en raison de la mise en place, dans la structure, d'un dispositif de prescription de nature (PN) destiné aux patients, directement en lien avec l'objet de la présente recherche. Par ailleurs, cette étude s'inscrit dans la continuité d'une collaboration déjà établie entre le CSIC et l'Université de Liège, notamment à travers le mémoire réalisé précédemment par Nolwen Lechien au sein de cette structure.

3.1.2 Considération éthique

L'étude a reçu un avis favorable du comité d'éthique de la FPLSE (Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation).

3.1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les participants devaient être âgés de 18 ans ou plus et être en mesure de fournir un consentement libre et éclairé. Les personnes ayant bénéficié d'une PN au CSIC pouvaient être incluses dans l'étude. Aucun critère relatif au genre, à la situation professionnelle ou à la présence d'une pathologie spécifique n'a été appliqué. Étaient exclus de l'étude les mineurs ainsi que les personnes dont l'état de santé ou les capacités cognitives ne permettaient pas de comprendre les informations relatives à la recherche ou de fournir un consentement éclairé.

3.1.4 Recrutement

Le recrutement a été réalisé en collaboration avec les référentes nature (RN), infirmières chargées de l'accompagnement et du suivi hebdomadaire des patients dans la mise en œuvre de leur PN, ainsi qu'avec les médecins prescripteurs du CSIC. Les RN ont informé les patients éligibles de l'existence de l'étude et leur ont remis un flyer (voir annexe 2) présentant les objectifs de la recherche, son déroulement et les critères de participation.

Les patients intéressés contactaient ensuite directement le chercheur par téléphone ou par courrier électronique afin d'obtenir des informations complémentaires et de convenir d'un rendez-vous. Celui-ci se déroulait dans les locaux du CSIC, dans un bureau individuel mis à

disposition chaque mercredi matin. Lors de cet entretien, une présentation détaillée de l'étude était réalisée, une fiche d'information était remise (voir annexe 6) et un consentement libre et éclairé était signé en double exemplaire (voir annexe 5).

En raison d'un nombre insuffisant de participants recrutés dans le cadre clinique, le recrutement a été complété par un échantillonnage de convenance au sein de l'entourage du chercheur. Celui-ci a été réalisé via deux canaux complémentaires : la diffusion d'une annonce sur le fil d'actualité Facebook du chercheur, ainsi que des contacts directs via messagerie instantanée (Messenger) auprès de personnes de son réseau personnel.

Dans les deux cas, les participants potentiels recevaient une information standardisée, basée sur le flyer de l'étude, reprenant les objectifs de la recherche, les critères d'inclusion, le déroulement de la procédure ainsi que les considérations éthiques (participation volontaire, anonymat et absence de visée thérapeutique). Les personnes intéressées prenaient ensuite directement contact avec le chercheur afin de confirmer leur participation et d'obtenir des informations complémentaires.

3.1.5 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon avait initialement été estimée sur la base du flux observé au CSIC, soit environ un patient par semaine recevant une PN. Cette estimation conduisait à envisager l'inclusion de 4 à 15 participants sur une période de collecte de cinq mois.

Toutefois, le nombre de participants recrutés au sein du CSIC s'est révélé inférieur aux attentes initiales au cours de la période de collecte. Afin de disposer d'un effectif compatible avec les objectifs exploratoires de l'étude, le recrutement a été élargi à des participants hors du centre.

L'échantillon final était composé de deux sous-groupes distincts selon le mode d'accès au dispositif : un groupe issu du CSIC ayant bénéficié d'une PN et un groupe recruté hors du centre ayant reçu une PN de la part du chercheur inspirée du dispositif médical afin d'assurer la standardisation de la prescription. Cette configuration reste cohérente avec le caractère exploratoire de l'étude, son approche mixte combinant des données quantitatives et qualitatives, ainsi que son suivi longitudinal reposant sur des mesures répétées du bien-être mental avant et après la démarche.

3.2 Matériel et procédure

3.2.1 Questionnaire standardisé

Chaque participant a complété un questionnaire papier visant à évaluer le bien-être mental. L'outil retenu pour cette étude est la *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (WEMWBS), développée au Royaume-Uni par Tennant et al. (2007). La version française utilisée a été traduite par Franck (2013), et le protocole s'appuie sur les recommandations du WEMWBS User Guide (Stewart-Brown & Janmohamed, 2008). Le questionnaire complet est présenté en annexe 4.

La WEMWBS est une échelle d'auto-évaluation composée de 14 items mesurant le bien-être mental global à travers des dimensions positives du fonctionnement psychologique et émotionnel, sans sous-échelles distinctes. Chaque item est coté sur une échelle de Likert en cinq points allant de « *jamaïs* » à « *tout le temps* », permettant d'obtenir un score total compris entre 14 et 70, les scores les plus élevés reflétant un meilleur niveau de bien-être mental.

La passation durait environ 10 à 15 minutes et se déroulait en individuel, sans présence de tiers susceptible d'influencer les réponses. Les participants étaient invités à répondre de manière spontanée en se basant sur leur vécu des deux dernières semaines.

Le questionnaire a été administré à deux reprises : une première fois avant le début de la démarche de PN (T0), puis une seconde fois après une période de suivi de 1 à 2 mois (T1). Les scores ont ensuite fait l'objet d'analyses descriptives et inférentielles.

Sur le plan psychométrique, l'échelle présente une bonne consistance interne (α de Cronbach = 0,89) ainsi qu'une bonne fidélité test-retest (coefficient de corrélation intraclasse [ICC] = 0,83). Le choix de cet instrument s'est appuyé sur la plateforme Tool2Care, développée par la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation de l'Université de Liège, permettant de sélectionner des questionnaires en fonction de leurs qualités psychométriques et de leur validité scientifique.

Enfin, comme tout questionnaire auto-rapporté, la WEMWBS peut être influencée par des biais de désirabilité sociale ou par l'état émotionnel des participants au moment de la passation.

3.2.2 Phase post-intervention : entretiens semi-directifs et mesure du bien-être

Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés à la fin de la période de suivi de 1 à 2 mois, afin d'explorer l'expérience vécue des participants dans le cadre de la PN. Il s'agit d'un recueil de données qualitatives basé sur l'expression libre des participants, guidé par un canevas d'entretien mais laissant une large place à la narration.

Les entretiens, d'une durée moyenne de 50 minutes, ont été réalisés dans un cadre confidentiel et enregistrés à l'aide du téléphone du chercheur, conformément aux informations mentionnées dans le dossier éthique de l'étude. Ils ont ensuite été intégralement retranscrits avant la suppression des fichiers audio.

Lors de l'introduction, il était expliqué aux participants que l'objectif de l'entretien était de mieux comprendre leur vécu, leur perception du dispositif ainsi que les facteurs influençant leur motivation à s'engager dans les activités proposées, notamment les éléments facilitants et les obstacles rencontrés. Il leur était précisé qu'aucune réponse n'était attendue et qu'ils pouvaient s'exprimer librement, sans jugement.

Le guide d'entretien (voir annexe 3) a été conçu pour approfondir le parcours des participants dans l'adoption et le maintien des activités proposées. Les questions portaient notamment sur l'initiation des activités, la dynamique d'engagement et leur évolution dans le temps, ainsi que sur les facteurs facilitants et les obstacles rencontrés. De plus, une attention particulière était accordée au sentiment d'auto-efficacité, au rôle du soutien social (familial et professionnel), ainsi qu'aux effets perçus et aux perspectives liées à la poursuite des activités.

Le guide a été élaboré selon la méthode en six étapes proposée par Rondeau et al. (2023), allant de l'exploration initiale des idées jusqu'à la structuration finale et la mise à l'essai du guide.

Lors de cette même rencontre de fin de suivi, la seconde passation du questionnaire WEMWBS a également été effectuée.

Avant le lancement de l'enquête, le guide n'avait pas été validé de manière formelle, mais il avait été relu et ajusté par la promotrice de la recherche et son assistante, puis pré-testé auprès de proches afin d'en améliorer la clarté et la pertinence.

3.2.3 Carnet de suivi hebdomadaire

En plus des tâches précédemment mentionnées, chaque participant a reçu un carnet de suivi en version papier dès la prescription, conçu par Nolwen Lechien, cheffe de projet de PN au CSIC, afin de soutenir la mise en œuvre de la PN. Par ailleurs, avec l'accord de son autrice, ce même carnet a également été remis aux participants recrutés hors contexte clinique afin qu'ils bénéficient d'un support similaire tout au long de leur démarche.

Il s'agit d'un outil d'auto-observation non standardisé, c'est-à-dire ne faisant pas l'objet d'une validation psychométrique ni d'un système de cotation normé. Conçu comme un support personnel de réflexion et d'organisation, il visait à accompagner les participants dans la planification de leurs activités, le suivi de leur progression ainsi que la prise de conscience de leurs ressentis, émotions et effets perçus en lien avec les activités réalisées au fil des semaines.

Plus précisément, le carnet s'articulait autour de plusieurs composantes complémentaires. D'une part, il proposait une liste structurée d'activités liées à la nature afin de guider les participants dans la mise en œuvre de leur démarche. D'autre part, il incluait des éléments de psychoéducation présentant les bienfaits potentiels de l'exposition à la nature sur le bien-être psychologique, dans une perspective de sensibilisation et de soutien à l'engagement. En complément, il permettait de consigner, sur une base hebdomadaire et de manière non exhaustive, les activités réalisées, les objectifs fixés, les motivations associées ainsi que le ressenti avant et après celles-ci.

Le Carnet de prescription de nature du CSIC (2025) structurait les activités proposées autour de cinq catégories principales : l'évasion en nature (immersion dans des espaces naturels via la marche, l'observation de la faune ou la méditation en extérieur), la « terre en main » (activités de jardinage, plantation et contact direct avec les végétaux), le quotidien naturel (intégration d'éléments naturels dans les routines quotidiennes, tels que les plantes, l'alimentation locale ou les pauses en extérieur), les activités avec les enfants (activités ludiques et éducatives en lien avec la nature), ainsi que la nature en communauté (activités collectives telles que les randonnées, ateliers de jardinage ou activités créatives en plein air). Ces catégories constituent ainsi un dispositif flexible, adapté aux préférences et aux possibilités des patients.

Les participants étaient invités à utiliser ce carnet de manière libre et autonome tout au long de la période de suivi (1 à 2 mois), indépendamment de leur participation à l'étude et sans consigne de complétion systématique. À l'issue de cette période, les carnets ont été récupérés dans le

cadre de l'étude, simultanément à la passation des entretiens semi-directifs et des questionnaires. Leur restitution s'est effectuée soit en mains propres lors de la rencontre avec le chercheur, soit via le CSIC pour les participants issus du contexte clinique initial.

Enfin, les carnets ont été numérisés avec l'accord des participants. Bien qu'ils aient été conçus avant tout comme un support personnel destiné à accompagner la démarche de PN, leur contenu a été mobilisé comme matériau complémentaire dans le cadre de la recherche. Ainsi, les données issues des carnets ont été mobilisées dans une logique de triangulation, afin de compléter et de mettre en perspective les informations recueillies lors des entretiens et les évolutions observées dans les questionnaires.

3.2.4 Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques recueillies comprenaient l'âge, le genre, la profession, la situation conjugale, le groupe d'appartenance (CSIC ou hors CSIC), ainsi que le motif de PN. Pour les participants recrutés dans le centre, ces informations étaient transmises par les RN. Pour les participants recrutés hors du centre, elles étaient recueillies directement par le chercheur lors de la rencontre initiale. L'ensemble de ces données a été encodé dans un fichier Excel (Microsoft Excel), en vue de leur traitement et de leur intégration dans les analyses statistiques.

3.3 Traitement des données

3.3.1 Analyse qualitative

L'analyse des données qualitatives issues des entretiens semi-directifs a été réalisée avec le soutien méthodologique du cours « *Approfondissement en recherche qualitative* » (M. Morsa, Université de Liège), en s'appuyant sur les six phases proposées par Braun et Clarke (2012). L'ensemble des entretiens a été intégralement retranscrit de manière verbatim afin de préserver la richesse et l'authenticité du discours des participants. Dans un premier temps, une phase de lecture flottante a permis de se familiariser avec le corpus et de dégager les premières unités de sens. Sur cette base, un codage thématique a été effectué selon une approche hybride, combinant une logique inductive, issue des données empiriques, et une logique déductive, guidée par le cadre théorique mobilisé.

Ce cadre repose principalement sur le modèle du **processus d'action en santé** (HAPA ; Schwarzer, 2016), complété par la **théorie sociale cognitive** (Bandura, 1986), le

modèle transthéorique du changement (Prochaska & DiClemente, 1983) ainsi que le **modèle COM- B** (Michie et al., 2011). Ces modèles ont permis d'orienter l'analyse autour de différentes dimensions, notamment la motivation à l'adoption du comportement, les processus de planification et de passage à l'action, les déterminants contextuels et sociaux, le sentiment d'auto-efficacité ainsi que les effets perçus de la PN. Concrètement, les unités de sens ont été codées puis regroupées en sous-thèmes et en thèmes principaux. Cette structuration a permis de mettre en relation les verbatims avec les différentes dimensions théoriques, tout en laissant émerger des éléments non anticipés par le cadre conceptuel.

Par la suite, une analyse transversale a été menée afin d'identifier les régularités, divergences et dynamiques communes entre les participants. Cette étape a permis de mettre en évidence les facteurs motivationnels et contextuels influençant l'adhésion à la PN, ainsi que les évolutions rapportées du bien-être psychologique.

Enfin, une attention particulière a été portée à la réflexivité du chercheur tout au long du processus analytique, notamment lors du codage et de l'interprétation des données, afin de limiter les biais d'interprétation et de garantir la cohérence de l'analyse avec le matériau recueilli.

3.3.2 Analyse quantitative

L'analyse quantitative a été réalisée à l'aide du logiciel Jamovi (Version 2.7.34; Jamovi Project, 2026). La variable dépendante principale correspond au score total obtenu à la WEMWBS, utilisé comme indicateur du bien-être mental. La variable indépendante principale est le temps de mesure, comprenant une évaluation avant l'intervention (T0) et une seconde évaluation après une période de suivi de 1 à 2 mois (T1). Une variable de groupe permet de distinguer les participants recrutés dans le cadre d'une PN en contexte clinique et ceux recrutés hors contexte clinique. Enfin, une variable de changement ($\Delta = T1 - T0$) a été calculée afin d'objectiver l'évolution individuelle des scores.

Des analyses descriptives ont été réalisées afin de caractériser l'échantillon. L'âge des participants a été décrit à l'aide de la moyenne et de l'écart-type, tant pour l'ensemble de l'échantillon que séparément pour chacun des groupes.

Compte tenu de la taille réduite de l'échantillon et du caractère exploratoire de l'étude, des tests non paramétriques ont été privilégiés pour l'ensemble des analyses inférentielles.

L'analyse principale portait sur l'évolution du bien-être mental de chaque participant entre T0 et T1. Celle-ci a été réalisée à l'aide du **test de Wilcoxon** pour échantillons appariés, permettant de comparer les scores de la WEMWBS avant et après la période de suivi.

En complément, des analyses exploratoires ont été menées afin de comparer les variations de scores à la WEMWBS entre T0 et T1 selon les deux modalités de recrutement. Ces comparaisons ont été effectuées à l'aide du **test de Mann-Whitney** pour échantillons indépendants.

Enfin, dans un souci de prudence méthodologique lié au caractère exploratoire de l'étude, à la taille limitée de l'échantillon et au nombre restreint de tests réalisés, aucune correction pour comparaisons multiples n'a été appliquée. Les résultats ont dès lors été interprétés avec précaution. À titre exploratoire, une amélioration du bien-être mental entre T0 et T1 était attendue, sans hypothèse directionnelle stricte concernant les différences entre les modalités de recrutement.

4. Résultats

Cette section présente les résultats issus des analyses quantitatives et qualitatives réalisées dans le cadre de cette étude exploratoire. Les analyses quantitatives portent sur l'évolution du bien-être mental des participants entre le début et la fin de la période de suivi, mesurée à l'aide de la WEMWBS. Les analyses qualitatives portent sur l'expérience vécue des participants concernant la prescription de nature (PN), ainsi que sur les facteurs associés à leur engagement dans cette démarche.

4.1 Caractéristiques de l'échantillon

Au total, onze personnes ont accepté de participer à l'étude et ont signé un formulaire de consentement libre et éclairé. Parmi elles, quatre participants se sont retirés avant la fin de la période de suivi et n'ont pas été inclus dans les analyses finales. L'échantillon analysé comprenait ainsi sept participants : trois ayant bénéficié d'une PN dans le cadre du Centre de Santé Intégrée des Carrières (CSIC) et quatre ayant reçu une PN en dehors d'un contexte clinique.

Les caractéristiques sociodémographiques des participants ainsi que les informations relatives au contexte de PN sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participants et contexte de PN (n = 7)

Participant	Groupe	Âge (ans)	Sexe	Situation professionnelle	Situation conjugale	Motif de PN
P1	CSIC	40	F	Reconversion professionnelle	En couple	Gestion du stress, lutte contre le sentiment de solitude
P2	CSIC	65	F	Retraite	En couple	Prévention de l'isolement social, recherche de bien-être
P3	CSIC	35	F	Secteur santé / Arrêt de travail	En couple	Renforcement du lien social, régulation émotionnelle
P4	Hors CSIC	38	F	Secteur santé	En couple	Stress, anxiété, symptômes post-traumatiques
P5	Hors CSIC	35	F	Sans emploi	Célibataire	Stress, anxiété
P6	Hors CSIC	27	F	Arrêt maladie	En couple	Difficultés anxio-dépressives
P7	Hors CSIC	27	H	Secteur administratif	En couple	Stress, anxiété

L'âge des participants variait de 27 à 65 ans, avec une moyenne de 39,6 ans ($ET = 13,7$). Plus précisément, les participants ayant bénéficié d'une PN au CSIC étaient âgés en moyenne de 46,7 ans ($ET = 15,3$), tandis que ceux recrutés hors contexte clinique présentaient un âge moyen de 31,8 ans ($ET = 5,1$).

4.2 Résultats quantitatifs : évolution du bien-être mental

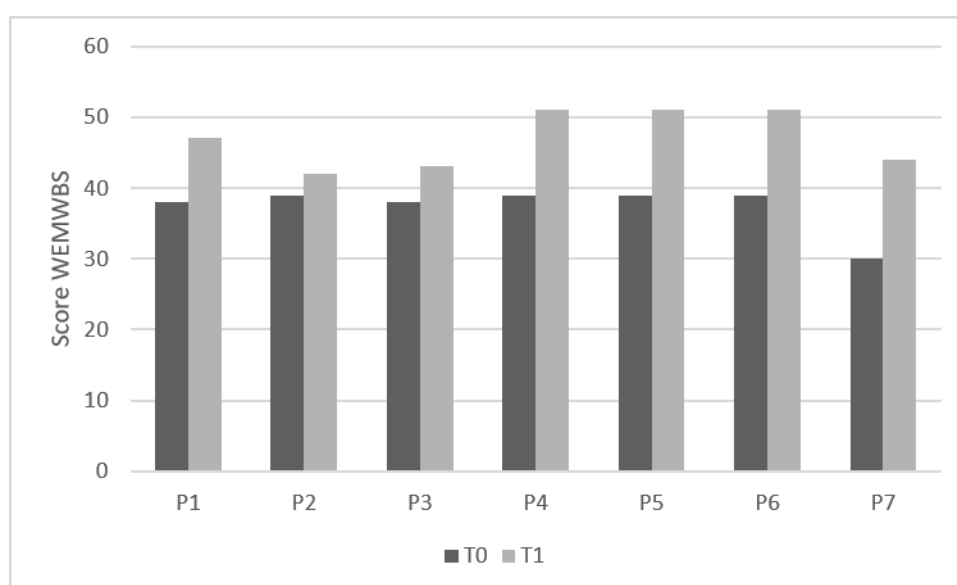
Compte tenu du faible effectif de l'échantillon et de la nature exploratoire de l'étude, des analyses non paramétriques ont été privilégiées. L'évolution du bien-être mental a été évaluée à partir des scores obtenus à la WEMWBS entre le début de la PN (T0) et la fin de la période de suivi (T1).

4.2.1 Évolution des scores WEMWBS entre T0 et T1

Un **test de Wilcoxon** pour échantillons appariés a été réalisé afin d'examiner l'évolution des scores WEMWBS entre T0 et T1. Les résultats mettent en évidence une augmentation statistiquement significative du score de bien-être mental entre les deux temps de mesure ($W = 0,00$; $p = .022$) (voir Figure 1). En complément, le score moyen WEMWBS est passé de 37,4 ($ET = 3,31$) à 47,0 ($ET = 4,04$), tandis que la médiane est passée de 39 à 47 entre les deux temps de mesure.

Figure 1

Distribution des scores WEMWBS avant et après la démarche de PN



4.2.2 Comparaison exploratoire de l'évolution du score WEMWBS selon le groupe

Une analyse exploratoire a ensuite été menée afin de comparer l'évolution du score WEMWBS selon le contexte de PN. Dans ce cadre, un **test de Mann-Whitney** a été utilisé pour comparer l'évolution des scores entre les participants ayant bénéficié d'une PN dans un contexte clinique et ceux l'ayant reçue hors contexte clinique.

Les résultats mettent en évidence une différence statistiquement significative de l'évolution des scores entre les deux groupes ($U = 0,00$; $p = .044$). Plus précisément, l'évolution moyenne du score WEMWBS était plus importante chez les participants hors contexte clinique ($M = 12,5$) que chez les participants du groupe clinique ($M = 5,7$).

4.3 Résultats qualitatifs : expérience vécue de la PN

L'analyse qualitative porte sur les entretiens semi-directifs réalisés auprès de sept participants. L'analyse thématique a permis d'identifier cinq thèmes principaux, qui structurent la présentation des résultats. Cette organisation s'inspire du modèle transthéorique du changement (Prochaska & DiClemente, 1983), en suivant le parcours des participants depuis leur entrée dans la démarche jusqu'à leur intention de poursuivre les activités en nature. Les attentes initiales sont présentées en référence à la phase motivationnelle du modèle HAPA. Les facteurs associés à l'engagement dans la PN sont ensuite organisés à partir des principaux déterminants décrits par le modèle COM-B et la théorie sociale cognitive, en distinguant les ressources et les contraintes individuelles, sociales et environnementales. Enfin, les bénéfices perçus et l'évolution du rapport à la nature sont présentés dans la continuité de cette trajectoire comportementale, afin de rendre compte de l'expérience vécue par les participants au cours de la PN. Chaque thème est illustré par des verbatims représentatifs issus des entretiens. En complément, les données recueillies dans les carnets de suivi ont été mobilisées lorsqu'elles apportaient des éléments supplémentaires sur l'expérience des participants.

4.3.1 Déterminants de l'engagement initial

Les entretiens mettent en évidence plusieurs déterminants motivationnels ayant favorisé l'engagement initial dans la PN.

Parmi ces déterminants, les **attentes de résultats** sont les plus fréquemment rapportées. **L'amélioration du bien-être** général est notamment évoquée par quatre participants, dans un contexte marqué par des difficultés telles que le stress, l'anxiété, l'épuisement ou une humeur

dépressive. Ceux-ci expriment l'espoir que la PN puisse contribuer à améliorer leur bien-être général. Comme l'exprime un participant : « *J'espérais que ça allait me donner un mieux-être.* » (P2). Pour certains, cette attente s'accompagnait également d'un intérêt pour une approche différente, notamment lorsque les démarches entreprises jusque-là ne leur avaient pas apporté les effets escomptés. Plus largement, l'ensemble des participants (n = 7) rapportait avoir déjà eu recours à **différentes formes d'accompagnement ou stratégies** visant à améliorer leur santé ou leur bien-être, notamment des suivis psychologiques, des traitements médicamenteux ou d'autres approches thérapeutiques : « *Je fais tellement de choses pour essayer de me sentir bien que je ne sais pas exactement ce qui fait effet.* » (P2).

Chez deux participants, cette recherche de mieux-être s'accompagnait également d'attentes concernant une **diminution du recours aux traitements médicamenteux**. L'un d'eux espérait que la PN puisse contribuer à réduire ou arrêter certains traitements prescrits pour des difficultés psychologiques : « *Je prenais des antidépresseurs, des déstressants. Donc j'aurais bien voulu arrêter tout ça.* » (P2). L'autre exprimait une préférence plus générale pour des approches perçues comme davantage naturelles : « *Mais ça reste des médicaments quoi. Et moi j'essaie d'éviter des médicaments parce que j'essaie de prendre tout à base de plantes ou les remèdes de grand-mère.* » (P4).

D'autres attentes concernaient la possibilité de sortir davantage du domicile et de rompre l'isolement. Pour deux participants, la PN représentait une occasion de **retrouver des activités à l'extérieur** et de **limiter le sentiment de solitude**. Un participant explique : « *Je me sentais fort seul à la maison (...) donc j'avais redemandé pour me remettre dans les activités, pour ne pas rester enfermé et ne pas me sentir seul.* » (P1).

Pour un autre participant, l'attente concernait davantage la possibilité de retrouver une place pour soi-même dans son quotidien. La démarche était alors perçue comme une occasion de ralentir le rythme quotidien, de prendre soin de soi et de réinvestir des activités favorables à sa santé et à sa qualité de vie : « *C'était pour prendre du temps pour moi, parce que c'est ça mon problème, je ne prenais plus du tout de temps pour moi, je consacrais tout aux autres.* » (P3). Chez ce même participant, cette attente était également liée à son **rôle parental**. L'objectif était de retrouver un meilleur fonctionnement psychologique afin d'être davantage disponible pour ses enfants et de reprendre certaines activités du quotidien auparavant difficiles à réaliser : « *Je voulais vraiment aller mieux pour mes enfants. (...) Je n'avais même plus la motivation d'aller lui lire une histoire du soir tellement je n'en pouvais plus.* » (P3).

L'engagement initial dans la PN reposait également sur des **représentations favorables de la nature** comme ressource favorable au bien-être, construites à partir d'expériences antérieures positives (n = 3). Plusieurs participants rapportent avoir déjà ressenti un mieux-être lors d'activités en extérieur : « *Je me suis intéressée à la prescription nature parce que je me rappelle que ça me faisait du bien et que je n'arrivais plus à y aller de moi-même.* » (P6). De même, un autre participant souligne le lien établi entre nature et souvenirs positifs : « *Chaque fois que j'étais en randonnée ou en balade, ça me faisait du bien (...) comme j'ai grandi en ayant fait des balades en nature (...), je sais que c'est quelque chose que j'associe à de bons souvenirs.* » (P7). Ces expériences antérieures semblent avoir contribué à construire des représentations positives de la nature et à renforcer l'intérêt pour la PN comme approche susceptible de favoriser le bien-être.

Enfin, la PN suscitait chez certains participants une curiosité envers un dispositif encore peu connu (n = 3) : « *On peut un peu voir en quoi consiste une prescription nature, donc il y avait de la curiosité aussi.* » (P5). Une autre participante décrit son état d'esprit initial comme « *très bien, très curieuse. J'étais enthousiaste.* » (P1). Plus largement, cinq participants témoignaient d'une connaissance limitée ou inexistante de la PN avant que celle-ci ne leur soit présentée.

4.3.2 Facteurs limitant le passage à l'action

L'analyse des entretiens met en évidence plusieurs obstacles ayant limité l'engagement des participants dans la PN. Ces freins peuvent être regroupés en trois catégories :

A. Les contraintes individuelles

Les contraintes personnelles constituent les freins les plus fréquemment évoqués. Parmi celles-ci, la difficulté à dégager du temps pour les activités de nature apparaît comme un obstacle majeur (n = 6). Le **manque de temps** reflète une **mise en concurrence entre plusieurs objectifs personnels**, les activités prescrites entrant parfois en conflit avec les obligations professionnelles ou familiales. Comme l'explique un participant : « *Il y a des trucs que je n'ai clairement pas fait par manque de temps parce que, il faut choisir.* » (P1). Ce même participant souligne également la difficulté à s'accorder du temps pour lui-même : « *Parce que j'avais beaucoup de mal à m'autoriser à prendre du temps pour moi, et je me sentais obligée d'être là pour les enfants, tout le temps, tout le temps, tout le temps.* » (P1).

La difficulté à mobiliser la motivation nécessaire au passage à l'action est rapportée par six participants et apparaît variable au cours de la période de PN. Les carnets de suivi viennent étayer cette fluctuation : les évaluations hebdomadaires de la motivation, réalisées sur une échelle de 0 à 10, montrent des variations au fil des semaines. Dans les entretiens, les participants évoquent notamment un **manque d'envie**, une tendance à reporter certaines activités ou une difficulté à se mettre en mouvement. Pour certains, la difficulté concernait principalement **l'initiation de l'activité**, celle-ci étant appréciée une fois commencée. Comme l'exprime un participant : « *J'ai pas envie d'aller me promener mais je vais y aller. [...] Quand j'y suis, je suis contente. C'est le fait de faire le pas d'y aller, de se motiver peut-être.* » (P2). Chez deux participants, le manque d'envie était notamment associé à leur **état psychologique** du moment. L'un d'eux indique avoir moins envie de bouger lorsqu'il ne se sent pas bien, tandis qu'un autre décrit une période durant laquelle la baisse du moral s'accompagnait d'une absence de motivation : « *Après la rechute [...] le moral il est à 0 [...] j'avais aucune motivation [...] j'avais pas trop l'envie de bouger et de faire des choses.* » (P3). La **fatigue physique et/ou mentale** constitue également un frein fréquemment rapporté (n = 4), certains participants indiquant qu'elle pouvait les conduire à reporter ou à annuler une activité prévue.

Certaines limitations liées à **l'état de santé** sont également rapportées, notamment des difficultés de respiration ou de l'asthme face aux pollens compliquant certaines sorties (n = 2). Un participant explique par exemple : « *Moi je suis capable d'aller marcher quand il pleut, histoire d'éviter le pollen.* » (P1). Pour ces participants, ces limitations nécessitaient d'adapter les activités proposées en privilégiant par exemple des activités en intérieur.

Enfin, deux participants indiquent que certaines activités étaient perçues comme **insuffisamment stimulantes**. L'un d'eux explique : « *Bah je m'ennuyais de marcher quoi, tout seul.* » (P7) Les activités dites passives étaient parfois associées à un sentiment d'ennui : « *C'est vrai que j'ai du mal à rester sans rien faire.* » (P1). Toutefois, cette perception n'était pas partagée par l'ensemble des participants, certains ne rapportant pas de difficulté particulière liée au caractère passif de certaines activités.

B. Les contraintes environnementales et contextuelles

Plusieurs contraintes liées à l'environnement physique et au contexte de vie pouvaient également limiter l'engagement dans la PN. Les **conditions météorologiques** (pluie, fortes chaleurs, etc.) sont évoquées comme un obstacle à la réalisation de certaines activités (n = 4).

Cette contrainte n'était toutefois pas partagée par l'ensemble des participants. Certains indiquent en effet que les intempéries ne constituent pas nécessairement un frein à leur engagement : « *Ce n'est pas le froid qui m'arrête. Je peux même aller me promener sous la pluie.* » (P1).

L'accessibilité des espaces naturels apparaît également comme un facteur limitant. Deux participants évoquent **l'absence de véhicule** ou la dépendance aux transports en commun. La faible disponibilité d'espaces verts à proximité du domicile, notamment en milieu urbain, est également rapportée (P7), tandis qu'une lassitude liée à la fréquentation répétée des mêmes lieux est évoquée par un autre participant (P5).

Enfin, deux participants soulignent que la présence des **outils numériques** dans leur quotidien pouvait détourner leur attention des environnements naturels et constituer une source de distraction lors des sorties. L'un d'eux exprime : « *Ouais, je dirais que souvent tu restes accroché aux trucs faciles, donc les écrans, bah clairement le téléphone, l'ordinateur (...).* » (P7). Un autre participant rapporte également que le téléphone limitait parfois sa capacité à porter attention aux éléments naturels présents autour de lui : « *Combien de fois ça peut arriver que je sois le nez dans le téléphone ?* » (P5).

C. Les facteurs sociaux et relationnels

La **présence ou l'absence d'autrui** pouvait influencer l'engagement dans les activités en fonction des préférences des participants. Pour deux participants, réaliser certaines activités seuls constituait un frein, tandis que quatre rapportent au contraire rechercher des moments de solitude afin de profiter du calme associé aux environnements naturels. Ces préférences n'étaient toutefois pas nécessairement fixes : un participant indique qu'elles pouvaient varier selon son état d'esprit et le type d'activité réalisée (P7). Les carnets de suivi viennent compléter ces résultats en faisant apparaître une diversité d'activités réalisées au cours de la PN, certaines se prêtant davantage à une pratique individuelle et d'autres à une pratique collective.

Par ailleurs, deux participants rapportent une sensibilité importante à l'état émotionnel d'autrui, certaines interactions pouvant les conduire à rechercher davantage l'isolement : « *Je fais l'éponge. (...) Parfois quand je me sens trop... pas bien moi, je vais fuir les gens par peur de me retrouver en contamination.* » (P1). Enfin, le regard d'autrui pouvait également constituer un frein à la réalisation de certaines activités (n = 1). Un participant évoque une gêne à effectuer certaines pratiques en présence d'autres personnes : « *Je ne veux pas devant les invités regarder,*

ou faire un truc bizarre quoi. » (P4). Cette gêne s'accompagnait de représentations initiales parfois négatives de certaines activités, qu'il associait notamment à des « *trucs de hippie* ».

4.3.3 Ressources favorisant la mise en œuvre de la PN

Les entretiens mettent en évidence plusieurs ressources ayant favorisé le passage à l'action et l'engagement des participants dans la PN au cours de la période de suivi.

A. Le soutien social et l'accompagnement comme leviers comportementaux

Le **soutien des proches** apparaît comme une ressource importante pour l'engagement dans la PN (n = 5). Plusieurs participants rapportent avoir été encouragés par leur entourage à réaliser les activités ou à prendre du temps pour eux-mêmes : « *Il me pousse à y aller. "Vas-y, prends du temps pour toi."* » (P1). Pour deux participants, le fait d'**être accompagné** lors des activités facilitait également leur réalisation et rendait notamment les promenades plus agréables.

Les **activités collectives** organisées par le centre de santé sont également décrites comme favorisant l'engagement (n = 3). Elles offraient la possibilité de réaliser des activités en groupe et de rencontrer d'autres personnes partageant des difficultés similaires, contribuant notamment à un sentiment de soutien et d'appartenance (P2). Par ailleurs, l'accompagnement proposé par le centre de santé pouvait constituer une aide pour reprendre les activités en extérieur, comme l'exprime un participant : « *On a besoin parfois d'un accompagnement pour retrouver ça. (...) C'était vraiment la petite main tendue pour faire le pas, retourner à l'extérieur et reprendre un peu l'activité.* » (P1).

B. Les stratégies d'autorégulation et de planification comportementale

Les entretiens mettent en évidence plusieurs stratégies permettant de structurer les activités et de soutenir leur maintien dans le quotidien. Le **carnet de suivi** est notamment décrit comme un outil facilitant l'engagement, en permettant de visualiser les activités réalisées et de suivre leur progression (n = 1) : « *Un bête carnet, façon de dire, un bête carnet, m'a dit : "Ben voilà, t'as des choses à faire dans la nature."* » (P4). De manière similaire, la **planification des activités dans l'agenda** est rapportée comme un moyen de réserver un temps dédié à la pratique et de favoriser leur réalisation (n = 1) : « *De les avoir dans le planning, de m'y inscrire, de me sentir un peu obligée de prendre du temps pour moi.* » (P1).

Les données issues des carnets de suivi viennent compléter ces résultats. Cinq participants ont régulièrement complété leur carnet au cours de la période de PN, en y notant les activités réalisées et leurs ressentis, tandis que deux l'ont très peu renseigné et ont principalement complété les éléments relatifs à leur lien avec la nature. L'utilisation du carnet apparaît ainsi variable selon les participants.

Le **sentiment d'engagement** associé à l'**inscription aux activités** ou à la **participation à l'étude** apparaît également comme un facteur facilitant. Deux participants expliquent que le fait de s'être inscrits au préalable les encourageait à maintenir leur participation, y compris lors des périodes où leur motivation était moindre : « *Je me disais : je suis inscrite, j'y vais. S'il n'y avait pas eu d'inscription avant, je suis sûre que parfois je n'y serais pas allée.* » (P2). De même, le sentiment de responsabilité associé à la participation à l'étude est rapporté comme un facteur soutenant l'implication dans la PN (n = 4) : « *Je me suis engagé envers vous et si je ne fais rien, ça ne va rien donner pour vous.* » (P2).

Enfin, certains participants rapportent mobiliser des **stratégies personnelles** afin de soutenir leur engagement (n = 4), notamment la fixation d'objectifs concrets (n = 3), comme la réalisation d'un herbier ou l'atteinte d'un objectif de marche, permettant de donner une direction à l'action et de maintenir la motivation : « *J'avais besoin d'un objectif pour le faire.* » (P7). La PN pouvait également être vécue comme un défi personnel (n = 1), dont la réalisation procurait un sentiment de satisfaction : « *C'est comme un challenge aussi... tu te dis : "Ah ben je l'ai fait". Le fait de cocher, ça donne une certaine satisfaction.* » (P4).

C. Les opportunités offertes par l'environnement

Les **caractéristiques de l'environnement** constituent également des facteurs facilitant l'engagement dans les activités de nature. La **proximité d'espaces verts** permettait notamment leur réalisation (n = 4) : « *Ce qui a facilité les balades en nature, clairement, c'est le fait que ce soit proche.* » (P7). De même, la **présence d'un jardin** offrait la possibilité de réaliser certaines activités directement à domicile (n = 2) : « *J'habite une maison avec un grand jardin, donc je peux déjà faire des choses chez moi.* » (P2).

Par ailleurs, certains éléments du contexte personnel facilitaient également la pratique des activités. La **possession d'un véhicule** permettait notamment d'accéder plus facilement à différents espaces naturels (n = 2). La **présence d'un chien** pouvait également encourager les

sorties régulières (n = 2) : « *Je peux prendre le chien de mon papa, ça me motive à aller me balader dans des parcs.* » (P5).

Alors que les outils numériques étaient précédemment évoqués comme une source potentielle de distraction, ils pouvaient également constituer un support à la réalisation de certaines activités (n = 3). Certains participants les utilisaient notamment pour accéder à des stimuli naturels, comme l'illustrent les propos suivants : « *J'ai pu mettre des bruits d'oiseaux, de vent ou de plage, que ce soit sur mon téléphone ou mon réveil.* » (P7). « *J'ai installé une application sur mon téléphone pour écouter le chant des oiseaux (...)* » (P2).

Enfin, contrairement aux conditions météorologiques défavorables évoquées parmi les obstacles, une météo agréable et ensoleillée était rapportée comme favorisant l'envie de sortir (n = 4).

D. Le renforcement par les expériences positives

Au-delà des conditions facilitantes initiales, les **bénéfices ressentis** constituaient des **renforcements positifs**, favorisant le maintien des comportements de santé. Deux participants rapportent que les effets positifs ressentis, notamment une diminution du stress ou une sensation d'apaisement, renforçaient leur envie de poursuivre la démarche de PN. Un participant décrit ainsi ce mécanisme : « *Quand tu vas au parc, tu te sens plus détendu, c'est un peu comme une récompense de t'être forcé à y aller, surtout quand tu n'étais pas motivé.* » (P6).

4.3.4 Expérience vécue et effets perçus de la PN

L'ensemble des participants rapporte avoir perçu des effets positifs au cours de la PN. Les bénéfices les plus fréquemment rapportés concernent l'amélioration de l'état émotionnel. Une **diminution du stress et des manifestations anxieuses** est évoquée par plusieurs participants (n = 5). Les activités réalisées en milieu naturel sont décrites comme des **moments d'apaisement** permettant de prendre de la distance avec les préoccupations quotidiennes. Plusieurs participants rapportent se sentir plus détendus et plus sereins après les activités : « *Je ne pensais plus à rien.* » (P4) ; « *beaucoup moins stressée* » (P1). Deux participants décrivent également une amélioration plus globale de leur bien-être, caractérisée notamment par davantage de moral et de joie. Une diminution de certains ressentis désagréables, tels que la tristesse ou la colère, est également rapportée (P4).

Les données issues des carnets de suivi viennent étayer ces observations. À partir de l'« *arbre des émotions* » proposé dans le carnet, les participants rapportent, au cours des premières semaines, davantage de ressentis désagréables avant la réalisation des activités, tels que le stress, la tristesse, l'inquiétude ou encore l'agitation. En revanche, après celles-ci, les ressentis rapportés font davantage apparaître des états de détente, de sérénité, de tranquillité ou de joie. Chez certains participants, ces ressentis agréables sont même présents avant les activités en fin de période de prescription, suggérant une évolution progressive de leur vécu au fil de la PN.

Pour deux participants, la réalisation des activités procure un **sentiment de récompense**, notamment lorsqu'elles nécessitent un effort initial : « *C'est comme une récompense de t'être forcé à y aller, surtout quand tu n'étais pas motivé.* » (P6). Un participant rapporte également un sentiment de **satisfaction personnelle** associé au fait d'avoir réussi à intégrer une activité favorable à son bien-être dans son quotidien : « *J'étais content de moi-même aussi parce que je me suis dit bah voilà, j'ai su faire un petit loisir de fin de journée malgré le travail.* » (P7).

Des effets positifs sur le plan physique sont également rapportés. Une **augmentation du niveau d'énergie** (P1), une **amélioration de l'endurance** (P1) et une **diminution des sensations d'essoufflement** (P3) sont décrites. Plusieurs participants évoquent également une **réduction de certaines douleurs** physiques, notamment au niveau des tensions corporelles (n = 3), ainsi qu'une sensation de **repos physique** accru (P7). Une **amélioration du sommeil** est également rapportée par un participant (P5). Enfin, deux participants du centre de santé associent l'augmentation de leur activité physique en extérieur à une **perte de poids** : « *Après la marche active, j'ai perdu les trois kilos que je n'arrivais jamais à passer.* » (P1).

Les participants rapportent également développer une **capacité d'observation** plus importante des éléments naturels (n = 6), ainsi qu'une **conscience accrue de leur environnement** (n = 3). Les activités en nature les conduisent à porter une attention plus soutenue aux arbres, aux oiseaux, aux insectes ou encore aux paysages, en prenant davantage le temps d'observer ce qui les entoure. Certains participants évoquent également une **amélioration de leur concentration** (P5) ou une **augmentation de leurs connaissances** liées à la nature (P4).

Enfin, plusieurs participants décrivent des effets dépassant le cadre immédiat des activités réalisées en nature. Certains rapportent une **augmentation de leur motivation à sortir** de leur domicile (n = 2) et une **reprise progressive d'activités extérieures**. Pour un participant, la PN a également favorisé une réflexion autour de ses habitudes quotidiennes, notamment concernant

la place accordée au temps personnel : « *J'ai plus pris conscience que je ne prenais pas assez de temps pour moi.* » (P5). Par ailleurs, le participant ayant initialement exprimé le souhait d'être davantage disponible pour ses enfants rapporte que l'amélioration de son état psychologique lui a permis de répondre plus facilement à cet objectif personnel (P3).

4.3.5 Évolution du rapport à la nature et intention de maintien

Au-delà des effets perçus sur le bien-être, les entretiens mettent en évidence une évolution du rapport à la nature chez la majorité des participants. Celle-ci semble toutefois prendre des formes différentes selon la relation qu'ils entretenaient avec la nature avant le début de la PN.

Chez ceux rapportant initialement un **intérêt limité** ou des **attentes mitigées** à l'égard de la nature (n = 3), la PN est décrite comme une expérience progressive de découverte. Les discours recueillis indiquent une évolution de leur perception des activités en nature, accompagnée d'une prise de conscience de leurs effets bénéfiques perçus. Certains participants évoquent également une volonté de poursuivre ces activités au-delà de la période de prescription. Un participant décrit ainsi cette évolution : « *Au début, j'étais indécise. Je ne savais pas trop si c'était vraiment chouette ou pas, si ça allait aller. (...) Je me disais : est-ce que ça va vraiment fonctionner ? (...) Et du coup, maintenant, je me rends compte que ça aide vraiment beaucoup.* » (P3). De manière similaire, un autre explique que certaines activités lui semblaient peu convaincantes avant leur mise en pratique : « *Ce que j'en pensais avant, c'est que je me disais peut-être que ça allait être des conneries... Au final, je me rends compte que non, parce que ça m'a fait du bien.* » (P7).

À l'inverse, les participants ayant **déjà un rapport positif** à la nature (n = 4) ne décrivent pas une transformation majeure de leurs représentations, mais plutôt un renforcement de celles-ci. L'un d'eux exprime d'emblée un enthousiasme marqué à l'égard de cette approche : « *Ben, quand on me l'a présenté la première fois, j'ai dit que ça c'est l'idée en or* » (P1). À l'issue de l'expérience, son opinion se trouve confortée : « *C'est merveilleux, c'est quelque chose qu'il faut promouvoir.* » (P1). De même, un autre explique que la PN a renforcé sa conscience de l'importance de la nature : « *Je savais déjà que ça allait m'apporter des bienfaits (...). Mais j'ai plus pris conscience de l'importance que ça a.* » (P5). Enfin, un troisième souligne que, s'il connaissait déjà les bénéfices de la nature, il a été surpris par la rapidité avec laquelle ceux-ci se sont manifestés : « *Je savais déjà que c'était une bonne chose. Par contre, je ne savais pas que ça aurait fait effet aussi vite.* » (P6).

5. Discussion

5.1 Synthèse des résultats

Cette étude avait pour objectif d'explorer l'expérience vécue de participants ayant bénéficié d'une prescription de nature (PN), en s'intéressant aux facteurs favorisant ou limitant leur engagement ainsi qu'aux effets perçus de celle-ci. Les résultats quantitatifs mettent en évidence une augmentation statistiquement significative du bien-être mental entre le début et la fin du suivi, les scores ayant augmenté chez l'ensemble des participants, avec une évolution plus importante hors contexte clinique. En parallèle, les résultats qualitatifs font principalement apparaître des effets émotionnels, notamment une diminution du stress et des manifestations anxieuses ainsi que davantage d'apaisement. Des effets physiques et cognitifs ainsi que des changements dans le quotidien sont également rapportés. Les carnets de suivi complètent ces résultats en faisant apparaître des variations de la motivation au fil des semaines et des ressentis avant et après les activités.

L'engagement initial dans la PN est notamment soutenu par des attentes de mieux-être, des expériences antérieures favorables avec la nature et la curiosité envers le dispositif. La mise en œuvre des activités peut être limitée par des facteurs personnels, environnementaux et sociaux, notamment le manque de temps, les fluctuations de la motivation, la fatigue, les conditions météorologiques et les difficultés d'accès aux espaces naturels. À l'inverse, le soutien social et professionnel, l'accompagnement, la planification, les stratégies d'autorégulation et les opportunités offertes par l'environnement favorisent leur réalisation. Les bénéfices ressentis peuvent également renforcer l'envie de renouveler les activités.

Enfin, le rapport à la nature évolue selon les représentations initiales : les participants initialement plus réservés décrivent une découverte progressive de ses bénéfices, tandis que ceux ayant déjà un rapport positif à la nature voient leurs représentations renforcées. Dans les deux cas, les participants expriment une intention de maintenir des activités en lien avec la nature au-delà de la PN.

5.2 Mise en relation avec la littérature scientifique

5.2.1 Les déterminants de l'engagement initial dans la PN

L'engagement initial des participants dans la PN semble associer des attentes personnelles, une volonté préalable d'améliorer leur situation et la découverte d'une nouvelle approche. La

majorité rapportait des attentes positives concernant les bénéfices potentiels de la PN, notamment sur leur bien-être. Ce résultat peut être mis en perspective avec la phase motivationnelle du modèle HAPA (Schwarzer, 2016), selon laquelle les attentes relatives aux conséquences d'un comportement participent à la formation de l'intention d'agir. Toutefois, certains participants exprimaient des réserves quant aux effets de la PN, tout en acceptant de l'expérimenter par curiosité, intérêt pour la nature ou ouverture à une nouvelle approche. L'engagement initial ne semble donc pas nécessiter une conviction préalable quant à son efficacité.

Les entretiens montrent par ailleurs que les participants s'inscrivaient déjà dans une démarche plus générale visant à améliorer leur santé ou leur bien-être. Tous évoquaient spontanément avoir entrepris différentes actions en ce sens, telles qu'un suivi psychologique, un traitement médicamenteux, un accompagnement par une massothérapeute ou d'autres démarches personnelles. Cette observation suggère que la PN ne crée pas nécessairement une motivation au changement, mais peut plutôt constituer une possibilité d'action supplémentaire pour des personnes déjà engagées dans une recherche de mieux-être. Ce constat peut être mis en perspective avec le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente (1983). Sans permettre d'attribuer formellement un stade de changement aux participants, leurs discours témoignent d'une reconnaissance de leurs difficultés et d'une volonté d'agir sur celles-ci, les éloignant ainsi d'une phase de précontemplation caractérisée par l'absence d'intention de changement.

Enfin, plusieurs participants présentaient une connaissance limitée ou inexistante de la PN avant leur participation. Ce constat rejoint Lechien (2023), Lemieux et al. (2025) et Foley et al. (2023), qui soulignent le manque de sensibilisation comme un frein potentiel au développement de ces interventions. Pourtant, l'ensemble des participants exprimait à l'issue de l'expérience une volonté de maintenir des activités en lien avec la nature. Ces résultats suggèrent que la faible connaissance initiale de la PN ne traduit pas nécessairement un manque d'intérêt pour cette approche. Une meilleure sensibilisation à son existence et à son fonctionnement pourrait ainsi favoriser l'accès à la PN et, en amont, l'engagement dans cette démarche.

Dans l'ensemble, l'engagement initial semble ainsi résulter de l'articulation entre une disposition personnelle au changement, des attentes plus ou moins favorables et l'opportunité de découvrir et d'expérimenter la PN.

5.2.2 De l'intention à l'action : facilitateurs et freins à la mise en œuvre de la PN

Si les attentes et la volonté d'améliorer leur situation semblent avoir favorisé l'engagement initial, l'intention ne suffisait pas toujours à assurer la mise en œuvre de la PN au quotidien. Cette étape peut être mise en perspective avec la phase volitionnelle du modèle HAPA (Schwarzer, 2016), qui concerne notamment le passage de l'intention à l'action et la répétition du comportement au cours de la démarche.

Les obstacles rencontrés concordent avec ceux identifiés dans la littérature. Le manque de temps, les conditions météorologiques et les difficultés d'accès aux espaces naturels rejoignent notamment les barrières environnementales et contextuelles rapportées par Kondo et al. (2025), tandis que la présence ou l'absence d'autrui souligne l'influence du contexte social. Chez certains participants, les difficultés à initier une activité étaient également associées à leur état psychologique, rejoignant Lechien (2023) et Tester-Jones et al. (2020), qui montrent que certains symptômes anxieux ou dépressifs, tels que la fatigue ou le manque de motivation, peuvent entraver l'initiation d'activités extérieures. Cette interprétation reste toutefois prudente, aucun diagnostic ne pouvant être inféré à partir des difficultés rapportées.

Ces résultats peuvent également être compris à travers le modèle COM-B (Michie et al., 2011). La fatigue, certaines limitations physiques ou l'état psychologique pouvaient affecter les capacités, tandis que le temps, l'accessibilité, les conditions météorologiques ou, à l'inverse, la proximité d'espaces naturels modulaient les opportunités physiques. Le soutien des proches, l'accompagnement et les activités collectives constituaient quant à eux des opportunités sociales, dont l'influence variait selon les préférences individuelles. Ainsi, la mise en œuvre des activités semble résulter de l'interaction entre motivation, capacités et opportunités plutôt que de la seule intention. L'importance de l'accompagnement rejoint par ailleurs Lechien (2023) concernant le rôle des professionnels de santé et souligne l'intérêt de leur sensibilisation et de leur formation, également mis en avant par Brunin (2020).

Le sentiment d'auto-efficacité, envisagé au regard de la théorie sociale cognitive de Bandura (1986), n'est toutefois pas apparu comme un frein majeur. Certains participants évoquaient un sentiment d'incapacité face à certaines activités sans que celui-ci empêche nécessairement leur engagement, puisqu'ils pouvaient choisir des activités davantage adaptées à leurs capacités. La flexibilité du dispositif pourrait ainsi avoir limité l'influence d'un faible sentiment d'auto-

efficacité sur le passage à l'action, bien que cette interprétation reste prudente en l'absence de mesure spécifique de celui-ci.

La structuration du comportement constituait également une ressource, notamment à travers la planification, la fixation d'objectifs ou le carnet de suivi. Le sentiment d'engagement lié à l'inscription aux activités ou à la participation à l'étude pouvait également favoriser la réalisation des activités lorsque la motivation diminuait. Ce constat peut être rapproché des observations de Lechien (2023) et de Swinburn et al. (1998), selon lesquelles une recommandation écrite favoriserait davantage l'adoption de comportements de santé qu'un conseil oral. Enfin, les bénéfices ressentis après les activités pouvaient eux-mêmes faciliter leur répétition au cours de la PN, certains participants décrivant l'apaisement ressenti comme une motivation à recommencer.

Dans l'ensemble, la mise en œuvre de la PN semble donc dépendre de l'interaction entre motivation, capacités et opportunités, mais également des conséquences positives progressivement associées aux activités. Ces résultats soulignent l'intérêt d'un dispositif à la fois flexible et structurant, permettant d'adapter les activités aux contraintes, capacités et préférences individuelles, tout en facilitant leur réalisation et leur répétition au cours de la PN.

5.2.3 Du passage à l'action à l'appropriation progressive de la PN

Au-delà de la réalisation répétée des activités au cours de la PN, l'expérience semble avoir favorisé une appropriation progressive de la démarche. Les participants rapportaient notamment une attention accrue portée à la nature, tandis que tous exprimaient le souhait de poursuivre certaines activités après l'intervention. Cette évolution pourrait notamment s'appuyer sur les bénéfices ressentis au cours de l'expérience.

Les bénéfices rapportés concordent globalement avec ceux décrits dans la littérature, notamment une diminution du stress et de l'anxiété ainsi qu'une amélioration de l'humeur et du bien-être (Bherer, 2021 ; Berman et al., 2012). Ces résultats peuvent être interprétés à la lumière de la Stress Reduction Theory d'Ulrich (Ulrich et al., 1991; Ulrich, 1993), selon laquelle les environnements naturels favoriseraient une diminution des réponses au stress et une meilleure régulation émotionnelle. Les améliorations cognitives rapportées rejoignent également l'Attention Restoration Theory de Kaplan et Kaplan (1989). Des bénéfices physiques ont par ailleurs été évoqués, notamment une diminution des douleurs, que la théorie du portillon de la douleur (Melzack & Wall, 1965) pourrait contribuer à comprendre à travers l'influence

des facteurs cognitifs et émotionnels sur l'expérience douloureuse. Ces observations restent toutefois subjectives et ne permettent pas d'établir un effet causal de la PN. Par ailleurs, si certains participants espéraient réduire leur recours aux traitements médicamenteux, en cohérence avec les observations de Turunen et al. (2023), aucun n'a rapporté de diminution effective de son traitement au cours de l'étude.

Les données quantitatives convergent avec ces bénéfices, le score de bien-être mental au WEMWBS ayant significativement augmenté entre le début et la fin du suivi. Les données qualitatives permettent toutefois de préciser la nature de cette évolution en mettant en évidence des bénéfices spécifiques que le score global du WEMWBS ne permet pas nécessairement de distinguer. Une évolution plus importante a par ailleurs été observée chez les participants recrutés hors CSIC. Cette différence pourrait être liée au contexte de prescription ou aux caractéristiques des participants, les deux groupes différant notamment par leur âge moyen et leur contexte de prise en charge. Compte tenu du faible effectif, ces observations restent exploratoires.

Les modalités de pratique pourraient également influencer les bénéfices. Tous les participants ayant combiné des activités actives et passives, les données ne permettent pas de déterminer si l'une de ces modalités était associée à davantage de bénéfices, alors que Holt et al. (2019) rapportent une association plus marquée entre les activités actives et le bien-être. Les données recueillies ne permettent toutefois pas d'examiner précisément l'influence de la fréquence de pratique, notamment au regard des observations de Kim et Shin (2021). La durée n'ayant pas été systématiquement recueillie, le seuil d'environ 120 minutes hebdomadaires évoqué par White et al. (2019) n'a pas pu être examiné. La diversité des activités pourrait néanmoins avoir permis leur adaptation aux besoins et ressources du moment.

Au-delà des modalités de pratique, les effets pourraient dépendre de la manière dont l'environnement est perçu et investi. Wu et al. (2024) montrent que les bénéfices de la nature dépendent en partie de la perception de ses caractéristiques. Le contexte de vie pourrait également intervenir : parmi les quatre participants ayant rapporté les bénéfices les plus importants et les évolutions les plus nettes au WEMWBS, trois vivaient en milieu urbain. Sans permettre d'établir un lien entre milieu de résidence et efficacité de la PN, cette observation soulève l'hypothèse que le contact avec la nature puisse représenter une rupture plus marquée avec le quotidien pour les personnes vivant en milieu urbain. Cette interprétation reste toutefois spéculative.

Enfin, les bénéfices perçus pourraient contribuer à expliquer l'appropriation progressive de la démarche. À la lumière du conditionnement opérant (Skinner, 1953), les conséquences positives associées aux activités peuvent agir comme un renforcement et favoriser leur reproduction. Au-delà d'avoir soutenu leur répétition pendant la PN, ces expériences pourraient ainsi contribuer à l'intention de les poursuivre après l'intervention. Pour les participants initialement sceptiques, l'expérience des bénéfices ressentis semble notamment avoir modifié la perception de l'utilité de la nature pour leur bien-être. Cette évolution peut être rapprochée de la théorie de l'autodétermination (Tessier, 2023), selon laquelle une motivation initialement influencée par des facteurs externes peut progressivement être internalisée. La PN pourrait ainsi évoluer d'une démarche prescrite vers une ressource de bien-être davantage choisie et intégrée au quotidien.

Cette appropriation pourrait présenter un intérêt à plus long terme. En effet, Li et al. (2021) mettent en évidence des associations entre l'exposition à la nature au cours de la vie et différents indicateurs de santé mentale, tandis que Klein (2024) montre que le maintien ou l'augmentation des habitudes de contact avec la nature est associé à de meilleurs indicateurs de santé mentale, notamment en matière de dépression, d'anxiété, de solitude et de sommeil. La présente étude met toutefois uniquement en évidence une intention de poursuivre ces activités et des signes d'appropriation, sans permettre de déterminer si celles-ci se maintiennent après l'intervention.

5.2.4 Implications cliniques

Les résultats suggèrent que l'intégration d'une PN dans les pratiques de santé ne peut se limiter à une simple recommandation d'augmenter le contact avec la nature. La connaissance parfois limitée de la PN avant la participation souligne tout d'abord l'intérêt de sensibiliser davantage les patients et les professionnels à cette approche. Le scepticisme initial ne semblant pas nécessairement empêcher l'engagement, la PN pourrait être présentée comme une possibilité à expérimenter plutôt que comme une démarche nécessitant une conviction préalable quant à ses bénéfices.

Une première implication concerne l'**individualisation** de la PN. Avant de déterminer les activités à proposer, le professionnel pourrait explorer la motivation de la personne, les obstacles auxquels elle est confrontée, ses capacités, ses préférences ainsi que les ressources disponibles dans son environnement. Cette démarche permettrait de choisir des modalités adaptées à sa situation. Par exemple, une personne motivée mais limitée par la fatigue ou le

manque de temps nécessiterait principalement que les contraintes à la pratique soient réduites, tandis qu'une personne rencontrant peu d'obstacles mais peu intéressée par la démarche pourrait davantage bénéficier d'un accompagnement visant à renforcer son intérêt pour celle-ci. Cette logique rejoint le modèle d'Astell-Burt et al. (2023), qui propose d'adapter l'intervention en fonction de la motivation et des obstacles, ainsi que le modèle COM-B (Michie et al., 2011), qui invite à considérer les capacités, les opportunités et les dimensions motivationnelles susceptibles d'influencer le comportement. Le choix des modalités pourrait également tenir compte des préférences pour une pratique individuelle ou collective et de l'accessibilité réelle des activités, celle-ci pouvant être limitée par des contraintes physiques, psychologiques, financières ou de mobilité.

Une fois des modalités adaptées identifiées, une seconde implication concerne le **passage de l'intention à l'action**. Dans la logique du modèle HAPA (Schwarzer, 2016), le professionnel pourrait aider la personne à préciser quand, où et comment elle réalisera l'activité choisie et à anticiper les difficultés susceptibles d'en empêcher la réalisation. Il pourrait notamment s'agir de prévoir une alternative lorsque certains obstacles sont anticipés, par exemple une activité plus courte en cas de fatigue ou une autre activité lorsque les conditions météorologiques sont défavorables. La définition d'objectifs concrets et l'utilisation d'un carnet de suivi pourraient également contribuer à structurer la mise en œuvre. Dans la présente étude, le carnet semble notamment avoir contribué à structurer la pratique et à rendre visibles les effets ressentis, sans toutefois permettre d'établir un lien causal avec l'engagement.

Enfin, l'accompagnement pourrait favoriser une **appropriation progressive de la pratique**. Après l'expérimentation des activités, l'identification des bénéfices effectivement ressentis pourrait favoriser la répétition de celles-ci et leur intégration progressive dans le quotidien. La démarche pourrait ainsi évoluer d'une recommandation initialement proposée par un professionnel vers une utilisation plus autonome de la nature comme ressource de bien-être. La PN pourrait dès lors constituer une approche complémentaire dans les parcours de santé mentale et de bien-être, à condition d'être individualisée, accessible, flexible et accompagnée. Les résultats de cette étude ne permettent toutefois pas de conclure au maintien effectif des pratiques après l'intervention, ce qui souligne l'intérêt d'évaluer leur poursuite à plus long terme.

5.3 Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites à considérer dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, la **taille restreinte de l'échantillon** ($n = 7$) limite la portée des analyses quantitatives et la généralisation des résultats. Cette limite affecte toutefois moins la dimension qualitative de l'étude, qui visait notamment à explorer en profondeur l'expérience vécue des participants et les facteurs associés à leur engagement. L'élargissement du recrutement à des participants hors CSIC a également introduit une **hétérogénéité des profils et des contextes de participation**. Le recours à des participants volontaires peut par ailleurs avoir entraîné un **biais de volontariat**, en favorisant la participation de personnes davantage intéressées par la démarche. Enfin, plusieurs participants se sont retirés au cours du suivi. Un **biais d'attrition** ne peut donc être exclu, les participants ayant terminé l'étude pouvant différer de ceux ayant abandonné, notamment dans leur engagement ou les obstacles rencontrés.

Le recours à des **données principalement autorapportées** expose également les résultats à certains biais, notamment de **désirabilité sociale** et de **rappel**. Un **biais d'attente** est aussi possible, les participants connaissant la nature de la démarche et étant informés des bénéfices potentiels du contact avec la nature. Le recours à plusieurs méthodes de recueil ne permet pas d'exclure ces biais, mais apporte des perspectives complémentaires sur l'expérience des participants : les entretiens permettent d'explorer leur vécu en profondeur, les carnets fournissent des informations consignées au fil de la démarche et le WEMWBS apporte une évaluation standardisée du bien-être mental.

La **flexibilité de la PN** constitue une limite méthodologique, tout en étant une caractéristique du dispositif étudié. La diversité des activités et des environnements fréquentés, ainsi que l'absence de recueil systématique de la fréquence et de la durée d'exposition, ne permettent pas d'identifier précisément les modalités associées aux évolutions observées. La complétion libre et non systématique du carnet entraîne également une variabilité dans la quantité et la précision des informations disponibles selon les participants. Cette flexibilité a toutefois permis aux participants d'adapter les activités à leurs préférences et à leurs possibilités.

Par ailleurs, l'**absence de groupe contrôle** ne permet pas d'attribuer les évolutions observées à la seule PN, celles-ci pouvant également être influencées par d'autres facteurs, tels qu'un suivi psychologique, un traitement médicamenteux ou des changements survenus dans la situation personnelle des participants.

La **durée limitée du suivi**, comprise entre un et deux mois, ne permet pas d'évaluer le maintien des pratiques et des bénéfices à plus long terme. Si les participants expriment une intention de poursuivre certaines activités, des évaluations longitudinales seraient nécessaires pour déterminer si celle-ci se traduit effectivement par leur intégration durable dans le quotidien.

Enfin, l'analyse thématique réflexive comporte une **part de subjectivité inhérente à l'interprétation qualitative**. Une attention particulière a toutefois été portée à la réflexivité du chercheur afin de maintenir la cohérence de l'analyse avec le matériau recueilli.

Ainsi, ces limites invitent à interpréter les résultats avec prudence et dans leur portée exploratoire. L'étude apporte néanmoins un éclairage sur l'expérience vécue de la PN, les bénéfices perçus et les facteurs susceptibles d'influencer l'engagement.

5.4 Perspectives de recherche

Les résultats de cette étude ouvrent plusieurs pistes de recherche. Des études menées auprès d'**échantillons plus larges et diversifiés** permettraient d'examiner si les facteurs identifiés, notamment les attentes initiales, les obstacles et les ressources, influencent de manière similaire l'engagement selon les profils des participants. Une attention particulière pourrait également être portée aux personnes qui interrompent ou adhèrent peu à la démarche, afin de mieux comprendre les facteurs associés à ces difficultés. Il serait notamment pertinent d'évaluer l'application du modèle d'Astell-Burt et al. (2023) auprès des bénéficiaires d'une PN, afin de déterminer si l'adaptation de la démarche en fonction de leur motivation et des obstacles rencontrés favorise effectivement leur engagement.

Il serait également pertinent de **mieux caractériser les modalités de la PN**, notamment le type d'activité et d'environnement, la fréquence et la durée d'exposition ainsi que le caractère actif ou passif de la pratique. Cela permettrait de mieux comprendre quelles modalités sont associées aux bénéfices perçus et à l'engagement, et si celles-ci varient selon les profils et les contextes de vie.

Des **études longitudinales** permettraient par ailleurs d'examiner si l'intention de poursuivre les activités se traduit par leur maintien à long terme et d'identifier les facteurs susceptibles de favoriser cette continuité.

Enfin, des **études comparatives ou contrôlées** permettraient de mieux distinguer les évolutions associées à la PN de celles pouvant être liées à d'autres facteurs.

Ces recherches permettraient ainsi de préciser **pour qui, dans quelles conditions et selon quelles modalités** la PN peut être intégrée de manière pertinente dans les pratiques de santé.

6. Conclusion

Cette étude visait à répondre à la question suivante : *chez les adultes ayant bénéficié d'une prescription de nature (PN), quels facteurs influencent leur engagement dans la démarche et quelles évolutions du bien-être mental sont observées ?* Une méthodologie mixte a été menée auprès de sept participants, combinant la WEMWBS, des entretiens semi-directifs et des carnets de suivi.

Les résultats suggèrent une **expérience globalement positive de la PN**. L'engagement apparaît comme un processus dynamique, allant de l'entrée dans la démarche à la réalisation des activités puis à leur appropriation progressive, et dépendant de l'interaction entre des facteurs individuels, sociaux et environnementaux. Les attentes positives, le soutien des proches, l'accompagnement, la planification et l'accessibilité apparaissent comme des facilitateurs, tandis que le manque de temps, la fatigue, l'état psychologique et les difficultés d'accès peuvent entraver la pratique. Les participants rapportent principalement des bénéfices psychologiques, mais également cognitifs et physiques, ainsi qu'une évolution de leur rapport à la nature. L'amélioration du bien-être mental mesurée par la WEMWBS va dans le même sens, sans pouvoir être attribuée à la seule PN. Tous exprimaient par ailleurs une intention de poursuivre certaines activités, sans pouvoir conclure à leur maintien à long terme.

La PN pourrait ainsi constituer une **approche complémentaire dans les parcours de santé mentale et de bien-être**, à condition d'être individualisée, accessible, flexible et accompagnée. Les résultats doivent toutefois être interprétés dans leur portée exploratoire, compte tenu des limites méthodologiques de l'étude. Cette recherche contribue ainsi à mieux comprendre l'expérience des personnes bénéficiant d'une PN, les facteurs favorisant leur engagement et leur appropriation de la démarche, tout en apportant des données exploratoires sur l'évolution de leur bien-être mental. Elle souligne l'intérêt de poursuivre les recherches sur l'intégration de la PN dans les pratiques de santé en Belgique.

7. Bibliographie

- Altenloh, É., & Busigny, T. (2024). Écothérapies : Ces nouvelles interventions en santé mentale basées sur le contact avec le vivant. Dans A. Heeren (Éd.), *Éco-anxiété, changement climatique et santé mentale : Enjeux cliniques et thérapeutiques*. De Boeck Supérieur.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Elsevier Masson. (Ouvrage original publié en 2013)
- Andrieux, J., Eggen, M., & Bouland, C. (2020). *État des connaissances sur les liens entre environnement et santé en Région de Bruxelles-Capitale*. Centre de Recherche en Santé Environnementale et Santé au Travail, École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles, & Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2021_fr_etude_sante_environnement_esp_ulb.pdf
- Astell-Burt, T., Pritchard, T., Francois, M., Ivers, R., Olcoñ, K., Davidson, P. M., & Feng, X. (2023). Nature prescriptions should address motivations and barriers to be effective, equitable, and sustainable. *The Lancet Planetary Health*, 7(7), e542–e543. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(23\)00108-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(23)00108-0)
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Béclin, F. (2024). *Bienfaits psychologiques d'une interaction indirecte avec la nature : effet du format d'exposition et étude des bénéfices de la nature chez des individus au développement typique ou présentant un trouble du développement intellectuel* [Thèse de doctorat, Université de Lille]. HAL Thèses. <https://theses.hal.science/tel-04966979v1>
- Berman, M. G., Kross, E., Krpan, K. M., Askren, M. K., Burson, A., Deldin, P. J., Kaplan, S., Sherdell, L., Gotlib, I. H., & Jonides, J. (2012). Interacting with nature improves cognition and affect for individuals with depression. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 300–305. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.012>
- Bherer, L. (2021, 8 juillet). Les bienfaits de la nature sur la santé globale. *Observatoire de la prévention*. <https://observatoireprevention.org/2021/07/08/les-bienfaits-de-la-nature-sur-la-sante-globale/>

- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology: Research designs* (Vol. 2, pp. 57–71). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Braekman, E., Janssens, M., & Drieskens, S. (2025). *Enquête de santé 2023-2024 : Utilisation de l'écran*. Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/st_report_fr_his2023.pdf
- Brunin, F. (2020). *La « nature », outil thérapeutique de réduction du stress : Enquête d'opinion auprès d'assistants en médecine générale* [Mémoire de fin d'études, Université libre de Bruxelles].
https://www.futuregenerations.be/sites/www.futuregenerations.be/files/2026-07/2021_MTAHealth_05_TFE_FannyBrunin.pdf
- Centre de santé intégrée des Carrières de Sprimont. (2025). *Carnet de prescription de nature* [Document interne non publié].
- Cuijpers, P., Harrer, M., Miguel, C., Ciharova, M., Papola, D., Basic, D., Botella, C., Cristea, I., de Ponti, N., Donker, T., Driessen, E., Franco, P., Gómez-Gómez, I., Hamblen, J., Jiménez-Orenga, N., Karyotaki, E., Keshen, A., Linardon, J., Motrico, E., ... Furukawa, T. A. (2025). Cognitive behavior therapy for mental disorders in adults: A unified series of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*, 82(6), 563–571. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.0482>
- Diebolt, C. (2024). *L'entretien motivationnel en médecine générale : Ressentis et application. Étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes alsaciens* [Thèse de doctorat, Université de Strasbourg]. https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2024/2024_DIEBOLT_Caroline.pdf
- Faber Taylor, A., & Kuo, F. E. (2009). Children with attention deficits concentrate better after walk in the park. *Journal of Attention Disorders*, 12(5), 402–409.
<https://doi.org/10.1177/1087054708323000>
- Foley, H., Leach, M., Feng, X., Astell-Burt, T., & Brymer, E. (2023). Towards key principles for the design and implementation of nature prescription programs. *Sustainability*, 15(12), 9530.
<https://doi.org/10.3390/su15129530>

- Franck, N. (2013). Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) [Version française]. Centre ressource réhabilitation. https://centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/echelle_de_bien-etere_en_francais.pdf
- Hickmann, E., Richter, P., & Schlieter, H. (2022). All together now – Patient engagement, patient empowerment, and associated terms in personal healthcare. *BMC Health Services Research*, 22, 1116. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08501-5>
- Holt, E. W., Lombard, Q. K., Best, N., Smiley-Smith, S., & Quinn, J. E. (2019). Active and passive use of green space, health, and well-being amongst university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 424. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030424>
- Institut national d'assurance maladie-invalidité. (2026). *La nomenclature des prestations de santé*. <https://www.inami.fgov.be/fr/nomenclature>
- Jamovi Project. (2026). *Jamovi* (Version 2.7.34) [Logiciel]. <https://www.jamovi.org>
- Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: A psychological perspective*. Cambridge University Press.
- Kim, J.-G., & Shin, W.-S. (2021). Forest therapy alone or with a guide: Is there a difference between self-guided forest therapy and guided forest therapy programs? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6957. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136957>
- Klein, Y. (2024). *The role of nature exposure for mental health outcomes: Population-based studies of adults in Sweden, before and during the COVID-19 pandemic* [Thèse de doctorat, Université de Stockholm]. DiVA Portal. <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:su:diva-231508>
- Kondo, M. C., Adlakha, D., Marselle, M., Odell, N., Olcoñ, K., Deutsch, K., Feng, X., Hipp, A., Astell-Burt, T., & Husk, K. (2025). Barriers to participation in nature prescriptions: Evidence from a cross-sectional survey of adults in Australia, India, Singapore, the United Kingdom, and the United States. *Health & Social Care in the Community*, 2025, Article 6635387. <https://doi.org/10.1155/hsc/6635387>

- Lechien, N. (2023). « *Prescription de la nature* » par les professionnels de santé en maison médicale : *Exploration en région liégeoise des perceptions, freins et leviers de cette pratique innovante* [Mémoire de master, Université de Liège]. <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/18421>
- Lemieux, C. J., Lazarescu, C., Reining, C. E., Groulx, M. W., Lem, M., Astell-Burt, T., & Feng, X. (2025). Prescribing nature for human health: An examination of public interest, barriers, and enablers related to nature prescription programming in Canada. *Wellbeing, Space and Society*, 8, 100251. <https://doi.org/10.1016/j.wss.2025.100251>
- Li, D., Menotti, T., Ding, Y., & Wells, N. M. (2021). Life course nature exposure and mental health outcomes: A systematic review and future directions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5146. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105146>
- McDougall, C. W., Hanley, N., Quilliam, R. S., & Oliver, D. M. (2022). Blue space exposure, health and well-being: Does freshwater type matter? *Landscape and Urban Planning*, 224, 104446. <https://doi.org/10.1016/j.landurbplan.2022.104446>
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971–979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Nguyen, P.-Y., Astell-Burt, T., Rahimi-Ardabili, H., & Feng, X. (2023). Effect of nature prescriptions on cardiometabolic and mental health, and physical activity: A systematic review. *The Lancet Planetary Health*, 7(4), e313–e328. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(23\)00025-6](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(23)00025-6)
- Niarchou, E., Roberts, L. H., & Naughton, B. D. (2024). What is the impact of antidepressant side effects on medication adherence among adult patients diagnosed with depressive disorder: A systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 38(2), 127–136. <https://doi.org/10.1177/02698811231224171>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

- Park, B. J., Tsunetsugu, Y., Kasetani, T., Kagawa, T., & Miyazaki, Y. (2010). The physiological effects of Shinrin-yoku (taking in the forest atmosphere or forest bathing): Evidence from field experiments in 24 forests across Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 15(1), 18–26. <https://doi.org/10.1007/s12199-009-0086-9>
- Pillinger, T., Howes, O. D., Correll, C. U., Leucht, S., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Gaughran, F., Jauhar, S., McGuire, P. K., Taylor, D. M., Young, A. H., & McCutcheon, R. A. (2023). Antidepressant and antipsychotic side-effects and personalised prescribing: A systematic review and digital tool development. *The Lancet Psychiatry*, 10(11), 860–876. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00262-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00262-6)
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Rondeau, K., Paillé, P., & Bédard, E. (2023). La confection d'un guide d'entretien pas à pas dans l'enquête qualitative. *Recherches qualitatives*, 42(1), 5–29. <https://doi.org/10.7202/1100242ar>
- Santos-Tapia, C., Hidalgo, L., Jimenez-Arenas, P., Casajuana, C., Domènech, S., Ballester-Lledó, A., Litt, J., Sachs, A., Garcia, G., & Blancafort-Alias, S. (2023). Co-creating a nature-based social prescription intervention in urban socioeconomically deprived neighbourhoods: A case study from the RECETAS project in Barcelona, Spain. *Health & Social Care in the Community*, 2023, Article 6616991. <https://doi.org/10.1155/2023/6616991>
- Schwarzer, R. (2016). Health action process approach (HAPA) as a theoretical framework to understand behavior change. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 119–130. <https://doi.org/10.15517/ap.v30i121.23458>
- Sciensano. (2024, 25 novembre). *Santé mentale : Anxiété et dépression*. Belgique en bonne santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/sante-mentale-et-sociale/anxiete-et-depression>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan.
- Smock, C. R., Schultz, C. L., Gustat, J., Layton, R., & Slater, S. J. (2024). Perceptions of knowledge and experience in nature-based health interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(9), 1182. <https://doi.org/10.3390/ijerph21091182>

- Stewart-Brown, S., & Janmohamed, K. (2008). Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): User guide (Version 1). Warwick Medical School, University of Warwick. <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/user-guide.pdf>
- Swinburn, B. A., Walter, L. G., Arroll, B., Tilyard, M. W., & Russell, D. G. (1998). The Green Prescription Study: A randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *American Journal of Public Health*, 88(2), 288–291. <https://doi.org/10.2105/AJPH.88.2.288>
- Tambyah, R., Olcoñ, K., Allan, J., Destry, P., & Astell-Burt, T. (2022). Mental health clinicians' perceptions of nature-based interventions within community mental health services: Evidence from Australia. *BMC Health Services Research*, 22, 841. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08223-8>
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, Article 63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Tessier, D. (2023). La théorie de l'autodétermination. Dans F. Fenouillet & P. Carré (Éds.), *Grand manuel de psychologie de la motivation* (pp. 101–124). Dunod.
- Tester-Jones, M., White, M. P., Elliott, L. R., Weinstein, N., Grellier, J., Economou, T., Bratman, G. N., Cleary, A., Gascon, M., Korpela, K. M., Nieuwenhuijsen, M., O'Connor, A., Ojala, A., van den Bosch, M., & Fleming, L. E. (2020). Results from an 18-country cross-sectional study examining experiences of nature for people with common mental health disorders. *Scientific Reports*, 10, 19408. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-75825-9>
- The Guardian. (2024, 4 septembre). 'Better than medication': Prescribing nature works, project shows. <https://www.theguardian.com/environment/article/2024/sep/04/better-than-medication-prescribing-nature-works-project-shows>
- Turunen, A. W., Halonen, J., Korpela, K., Ojala, A., Pasanen, T., Siponen, T., Tiittanen, P., Tyrväinen, L., Yli-Tuomi, T., & Lanki, T. (2023). Cross-sectional associations of different types of nature exposure with psychotropic, antihypertensive and asthma medication. *Occupational and Environmental Medicine*, 80(2), 111–118. <https://doi.org/10.1136/oemed-2022-108491>

- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421. <https://doi.org/10.1126/science.6143402>
- Ulrich, R. S. (1993). Biophilia, biophobia, & natural landscapes. In D. R. Kellert & E. O. Wilson (Éds.), *The biophilia hypothesis* (pp. 73–137). Island Press.
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 201–230. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(05\)80184-7](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(05)80184-7)
- Wells, N. M., & Evans, G. W. (2003). Nearby nature: A buffer of life stress among rural children. *Environment and Behavior*, 35(3), 311–330. <https://doi.org/10.1177/0013916503035003001>
- West, R., & Michie, S. (2020). *A brief introduction to the COM-B model of behaviour and the PRIME theory of motivation*. Qeios. <https://doi.org/10.32388/WW04E6>
- White, M. P., Alcock, I., Grellier, J., Wheeler, B. W., Hartig, T., Warber, S. L., Bone, A., Depledge, M. H., & Fleming, L. E. (2019). Spending at least 120 minutes a week in nature is associated with good health and wellbeing. *Scientific Reports*, 9, 7730. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-44097-3>
- Wu, C.-C., O’Keefe, J., Ding, Y., & Sullivan, W. C. (2024). Biodiversity of urban green spaces: A review of species diversity in urban parks. *Frontiers in Ecology and Evolution*, 12, 1467568. <https://doi.org/10.3389/fevo.2024.1467568>

8. Annexes

Annexe 1 : Grille d'utilisation des intelligences artificielles génératives

Dans ce cours, l'utilisation des IA Génératives pour ...	Utilisation autorisée	Utilisation de l'étudiant	Nom de/des IA générative(s) utilisée(s)
Aider à la rédaction du plan et de la structure du travail	✓	OUI	ChatGPT
Vérifier l'orthographe et la grammaire	✓	OUI	ChatGPT
Reformuler le contenu de votre travail ou améliorer le style	✓	OUI	ChatGPT
Traduire une autre langue	✓	OUI	ChatGPT
Aider à la planification et gestion de projet	✓	NON	
Obtenir des informations générales sur un sujet, expliquer et approfondir la compréhension de concepts	✓	OUI	ChatGPT
Faire un brainstorming et évaluer ses propres idées, pour trouver d'autres perspectives ou des contre-arguments	✓	NON	
Aider à la recherche documentaire	✓	NON	
Aider à la synthèse de la littérature	✓	OUI	ChatGPT
Aider à la formulation de questions de recherche et d'hypothèses	✓	OUI	ChatGPT
Aider à l'analyse de données (identification d'analyses à réaliser)	✓	OUI	ChatGPT
Aider à l'interprétation des résultats	✓	NON	
Aider au respect des normes APA de la liste des références	✓	OUI	ChatGPT
Aider à la programmation de code et au débogage	✓	NON	
Générer un feedback critique et révision	✓	OUI	ChatGPT
Créer du contenu multimédia, par exemple des images, des vidéos, des animations ou du son (mais toujours expliquer l'utilisation des IA)	✓	NON	

Générer le contenu du travail à partir de mots clés, d'un thème ou d'une question de départ sans vérification et appropriation personnelle	✗	NON	
Reproduire ou reformuler du contenu existant sans citer la source (plagiat)	✗	NON	
Falsifier, créer des données	✗	NON	
Générer des références bibliographiques sans en contrôler l'existence ou l'exactitude	✗	NON	
Utiliser dans une IA des données non anonymisées issues de l'étude (participants, résultats, verbatim, etc.)	✗	NON	

Je, soussigné ..Jacobs Lisa.....
(nom et prénom), déclare sur l'honneur avoir complété la grille
avec exactitude et honnêteté, en toute bonne foi.

Légende :

✓ = L'utilisation des IA Génératives est autorisée (ce qui ne veut pas dire qu'elle est encouragée. Voir ci-dessous)

✗ = L'utilisation des IA Génératives n'est pas autorisée, les infractions entraîneront des sanctions.

n.a = Non-applicable pour ce cours

L'étudiant remplit sa colonne par « Oui » ou par « Non » en fonction de s'il a utilisé ou non une IA générative.

***Attention :** le fait que certaines pratiques soient autorisées ne signifie pas que l'on attende ou que l'on encourage l'utilisation d'IA Génératives pour cette évaluation. Dans de nombreuses situations, vous obtiendrez probablement de meilleurs résultats sans utiliser d'IA Génératives.

Cette grille est une adaptation du « Tableau d'utilisation des IA Génératives » de la Faculté des Arts et des Sciences Sociales (FASoS) de l'Université de Maastricht.

Annexe 2 : Flyer d'information destiné aux participants







Partagez votre expérience de la prescription de nature !



Objectif

Cette étude de Master en psychologie clinique cherche à comprendre comment les patients vivent la prescription de nature. Elle examine ce qui favorise ou freine leur participation et ses effets sur le bien-être psychologique.

Déroulement

1 entretien enregistré
Durée : 30-45 minutes
En fin de prescription



1 questionnaire évaluant le bien-être
Durée : 10-15 minutes
Avant et après 4 à 6 semaines



Participation

- Avoir **reçu** une prescription de nature
- Être âgé de minimum 18 ans
- Volontaire, anonyme et confidentielle !

Contact



Lisa.Jacobs@student.uliege.be
☎ 0468 36 41 12



GUIDE D'ENTRETIEN

Destiné aux personnes ayant reçu et expérimenté la prescription de nature

Date :

Lieu de l'entretien :

Heure du début de l'entretien :

Heure de fin de l'entretien :

L'objectif de cette étude est de comprendre comment les patients vivent et perçoivent la prescription de nature, ainsi que les facteurs qui influencent leur motivation à la suivre, notamment les éléments facilitants et les obstacles rencontrés.

Je vous rappelle qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Je ne suis pas là pour juger vos expériences ou connaissances, mais pour entendre votre témoignage. Celui-ci est précieux, et je souhaite que l'entretien se déroule de manière souple, conviviale et interactive.

Déroulement de l'entretien

- Durant l'entretien, je soulèverai quelques interrogations issues de mon guide. Si celles-ci ne sont pas claires, n'hésitez pas à me le faire savoir afin que je tente de les clarifier.
- L'entretien devrait durer environ 45 minutes à 1 heure. Il sera enregistré afin que je puisse avoir accès à votre témoignage qui sera retranscrit par la suite.
- Votre témoignage est confidentiel.
- En tout temps, vous avez le droit de ne pas répondre ou de mettre fin à l'entretien sans préjudice ni explications à fournir.
- Avez-vous des questions ou des commentaires avant de débiter ?

Questions d'ouvertures : « En quoi consistait votre prescription de nature ? » et/ou « Quelle(s) activité(s) avez-vous choisie(s) ? »

Rubrique thématique	Interrogations structurées par ordre logique	Approfondissement des interrogations
Représentations initiales	Avant qu'on vous propose la prescription, qu'est-ce que vous pensiez de ces activités ?	
	Comment avez-vous réagi lorsque cette prescription vous a été proposée ?	Relance : Quelles pensées ou émotions avez-vous ressenties à ce moment précis ?

Mise en action et dynamique d'engagement	Avant la prescription, est-ce que vous aviez l'habitude de faire des activités en lien avec la nature ?	Relance : Pouvez-vous me donner des exemples concrets de ce que vous faisiez, ou au contraire m'expliquer si ce n'était pas présent dans votre quotidien ?
	Qu'est-ce qui vous a poussé à passer à l'action après avoir reçu la prescription ?	Relance : Qu'est-ce qui a fait que vous avez réellement commencé les activités plutôt que d'y penser seulement ?
	Comment avez-vous commencé à intégrer ces activités après la prescription ?	Relances : Était-ce immédiat ou progressif ?
	Pouvez-vous me parler des moments où il a été plus difficile de poursuivre ces activités ?	Relance : Quelles situations ou éléments ont rendu la pratique plus compliquée ?
	Qu'est-ce qui a rendu la pratique plus facile ou agréable ?	Relance : Y a-t-il eu des éléments ou des circonstances qui ont facilité ou motivé vos activités ?
Ressenti et effets perçus	Quels ont été les effets, s'il y en a, de la prescription de nature sur votre état, psychologique et/ou physique ?	
Sentiment d'auto-efficacité	Comment perceviez-vous votre capacité à réaliser ces activités régulièrement ?	Relance : Comment vous sentiez-vous capable de réaliser les différentes activités prescrites, comme marcher, passer du temps en groupe, jardiner, etc. ?
Influence sociale et soutien	Quel rôle a joué votre entourage ou les professionnels de santé dans cette expérience ?	Relance : Comment ces personnes ont-elles participé ou influencé votre expérience ?
Évolution du parcours et perspectives	Pouvez-vous me parler de l'évolution de votre manière de percevoir la prescription de nature ?	Relance : Pouvez-vous donner un exemple de changement dans votre perception ou vos habitudes ?
	Comment voyez-vous la poursuite éventuelle de ces activités dans les prochains temps ?	
	Si vous deviez conseiller une personne à qui on propose une prescription de nature, que lui diriez-vous ?	Relance : Quels conseils ou remarques partageriez-vous ?

Annexe 4 : Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)

Echelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)

© NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh (2006)
et Nicolas Franck (2013) pour la traduction, tous droits réservés

Les affirmations ci-dessous concernent vos sensations et vos pensées. Cochez la case qui correspond le mieux à votre vécu durant les deux dernières semaines.

Nom _____ Date _____

VECU	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps
Je me suis senti(e) optimiste quant à l'avenir	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) utile	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) détendu(e)	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) intéressé(e) par les autres	1	2	3	4	5
J'ai eu de l'énergie à dépenser	1	2	3	4	5
J'ai bien résolu les problèmes auxquels j'ai été confronté	1	2	3	4	5
Ma pensée était claire	1	2	3	4	5
J'ai eu une bonne image de moi	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) proche des autres	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) confiant(e)	1	2	3	4	5
J'ai été capable de prendre mes propres décisions	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) aimé(e)	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) intéressé(e) par de nouvelles choses	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) joyeux(se)	1	2	3	4	5

Annexe 5 : Formulaire de consentement éclairé



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation
Comité d'éthique

PRESIDENTE : Sylvie BLAIRY
CO-PRESIDENT : Maxime MORSA
SECRETAIRE : Nancy DURIEUX

CONSENTEMENT ECLAIRE POUR DES RECHERCHES IMPLIQUANT DES PARTICIPANTS HUMAINS

Titre de la recherche	Prescription de nature au Centre de Santé des Carrières : perception, adhésion et évolution du bien-être psychologique chez les patients adultes bénéficiaires d'une prescription de nature, avec ou sans pathologies.
Chercheur responsable	JACOBS Lisa
Promoteur	ETIENNE Anne-Marie
Service et numéro de téléphone de contact (ULiège)	Service : psychologie de la santé +32 4 3669863 (ETIENNE Anne-Marie) 0468/36.41.12 (JACOBS Lisa)

Je soussigné(e) déclare :

- avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et le chercheur responsable figurent ci-dessus ;
- avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.
- avoir reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

J'ai compris que :

- je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit. Les données codées acquises resteront disponibles pour traitements statistiques.
- je peux demander à recevoir les résultats globaux de la recherche mais je n'aurai aucun retour concernant mes performances personnelles.
- la présente étude ne constitue pas un bilan psychologique ou logopédique à caractère diagnostic.
- je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche.
- des données me concernant seront récoltées pendant ma participation à cette étude et que le chercheur/mémorant responsable et le promoteur de l'étude se portent garants de la confidentialité de ces données. Je conserve le droit de regard et de rectification sur mes données personnelles (données démographiques). Je dispose

d'une série de droits (accès, rectification, suppression, opposition) concernant mes données personnelles, droits que je peux exercer en prenant contact avec le Délégué à la protection des données de l'institution dont les coordonnées se trouvent sur la feuille d'information qui m'a été remise et qui contient plus d'information quant au traitement de mes données à caractère personnel. Je peux également lui adresser toute doléance concernant le traitement de mes données à caractère personnel. Je dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

- les données à caractère personnel ne seront conservées que le temps utile à la réalisation de l'étude visée, c'est-à-dire pour un maximum de deux années.

Je consens à ce que :

- les données anonymes recueillies dans le cadre de cette étude soient également utilisées dans le cadre d'autres études futures similaires, y compris éventuellement dans d'autres pays que la Belgique.
- les données anonymes recueillies soient, le cas échéant, transmises à des collègues d'autres institutions pour des analyses similaires à celles du présent projet ou qu'elles soient mises en dépôt sur des répertoires scientifiques à destination de la communauté scientifique travaillant dans le domaine de recherche du présent projet.
- mes données personnelles soient traitées selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité du formulaire d'information.

J'autorise le chercheur responsable à m'enregistrer : OUI – NON

En conséquence, je donne mon consentement libre et éclairé pour être participant à cette recherche.

Lu et approuvé,

Date et signature

Chercheur responsable

- Je soussigné, Lisa JACOBS, chercheur responsable, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information et de consentement au participant.
- Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que la personne accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.
- Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la dernière version de la « Déclaration d'Helsinki », des « Bonnes pratiques Cliniques » et de la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine, ainsi que dans le respect des pratiques éthiques et déontologiques de ma profession.

Nom, prénom du chercheur responsable

Date et signature

Annexe 6 : Formulaire d'information au volontaire



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation
Comité d'éthique

PRESIDENTE : Sylvie BLAIRY
CO-PRESIDENT : Maxime MORSA
SECRETAIRE : Nancy DURIEUX

Formulaire d'information au volontaire

TITRE DE LA RECHERCHE

Prescription de nature au Centre de Santé des Carrières : perception, adhésion et évolution du bien-être psychologique chez les patients adultes bénéficiaires d'une prescription de nature, avec ou sans pathologies.

CHERCHEUR / ETUDIANT RESPONSABLE

JACOBS Lisa – Master 2 Sciences psychologiques, orientation clinique

Email : Lisa.Jacobs@student.uliege.be

PROMOTEUR

ETIENNE Anne-Marie – Professeure, Université de Liège, Service Psychologie de la santé

Adresse : Allée Zoé Gatti de Gamond 4 bte 11, 4000 Liège

DESCRIPTION DE L'ETUDE

Objectifs de l'étude

- Comprendre le vécu et la perception des patients bénéficiant d'une prescription de nature.
- Identifier les facteurs influençant l'adhésion ou l'abandon du programme.
- Évaluer l'évolution du bien-être psychologique au cours du suivi.

Conditions de passation

- Durée : Suivi sur deux mois.
- Nombre de sessions : 2
- Lieu : Centre de Santé des Carrières, dans un espace calme et confidentiel pour l'entretien.

Déroulement

- **Session 1 (début de l'étude)** : remplissage des questionnaires psychométriques sur le bien-être psychologique (WEMWBS - Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale) d'une durée d'environ 10-15 minutes.
- **Session 2 (fin des 2 mois)** : entretien semi-directif d'environ 45 à 60 minutes pour recueillir votre vécu et vos perceptions, suivi du remplissage à nouveau du questionnaire WEMWBS. L'entretien pourra être enregistré uniquement si vous y consentez.

Exemples de thématiques abordées lors de l'entretien

- Vos motivations à suivre la prescription de nature ;
- Vos attentes au début du programme ;
- Les activités que vous avez choisies et comment elles se sont déroulées ;
- Ce que vous avez ressenti ou appris au contact de la nature ;
- Les éventuelles difficultés rencontrées ;
- Les éléments qui vous ont encouragé à continuer ou, au contraire, vous ont freiné dans la démarche ;
- Votre avis global sur cette expérience et ce que vous en reprenez.

Carnet de prescription de nature : fourni d'office par les référents nature, à compléter chaque semaine pour noter vos objectifs, activités, plan d'action, motivations et ressentis. Le carnet sera scanné pour l'étude, sans obligation de tout compléter et sans jugement sur vos notes.

Cette étude s'étend sur 2 mois. Aussi, vous serez contactés à 2 reprises au cours du projet. Durant cette période, vos données personnelles (c'est-à-dire les données qui permettent de vous identifier, comme votre nom ou vos coordonnées) seront conservées à part pour éviter toutes associations entre votre identification et les données issues de votre participation à la recherche. Seul le chercheur responsable détiendra la clé de codage permettant de réunir ces informations. Il en portera la responsabilité. Une fois les informations traitées, vos données personnelles seront détruites.

Enregistrement audio

Afin d'assurer un traitement précis des données de recherche, votre participation implique que vous soyez enregistré. Si et seulement si vous donnez votre accord pour que ce soit le cas, cet enregistrement pourrait être utilisé dans le cadre d'autres recherches ou figurer sur le site de l'Unité du promoteur, accessible par identifiant et mot de passe.

Ces enregistrements seront conservés durant deux années sur un dispositif sécurisé et validé par l'ULiège, par exemple un serveur de la faculté nécessitant un accès par mot de passe.

Les personnes qui y auront accès seront les chercheurs associés au projet.

Avant de participer à l'étude, nous attirons votre attention sur un certain nombre de points.

Votre participation est conditionnée à une série de droits pour lesquels vous êtes couverts en cas de préjudices. Vos droits sont explicités ci-dessous.

- Votre participation est libre. Vous pouvez l'interrompre sans justification.
- Vos informations personnelles ne seront pas divulguées. Seules les données codées pourront être transmises à la communauté des chercheurs. Ces données codées ne permettent plus de vous identifier et il sera impossible de les mettre en lien avec votre participation.
- Le temps de conservation de vos données personnelles est réduit à son minimum. Par contre, les données codées peuvent être conservées *ad vitam aeternam*.
- Les résultats issus de cette étude seront toujours communiqués dans une perspective scientifique et/ou d'enseignement.
- En cas de préjudice, sachez qu'une assurance vous couvre.
- Si vous souhaitez formuler une plainte concernant le traitement de vos données ou votre participation à l'étude, contactez le responsable de l'étude et/ou le DPO et/ou le Comité d'éthique (cf. adresses à la fin du document).

Tous ces points sont détaillés aux pages suivantes. Pour toute autre question, veuillez-vous adresser au chercheur ou au responsable de l'étude. Si ces informations sont claires et que vous souhaitez participer à l'étude, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement. Conservez bien une copie de chaque document transmis afin de pouvoir nous recontacter si nécessaire.

INFORMATIONS DETAILLEES

Toutes les informations récoltées au cours de cette étude seront utilisées dans la plus stricte confidentialité et seuls les expérimentateurs, responsables de l'étude, auront accès aux données récoltées. Vos informations seront codées. Seul le responsable de l'étude ainsi que la personne en charge de votre suivi auront accès au fichier crypté permettant d'associer le code du participant à son nom et prénom, ses coordonnées de contact et aux données de recherche. Ces personnes seront tenues de ne JAMAIS divulguer ces informations.

Les données codées issues de votre participation peuvent être transmises dans le cadre d'une autre recherche en lien avec cette étude-ci. Elles pourront être compilées dans des bases de données accessibles uniquement à la communauté scientifique. Seules les informations codées seront partagées. En l'état actuel des choses, aucune identification ne sera possible. Si un rapport ou un article est publié à l'issue de cette étude, rien ne permettra votre identification.

Les modalités pratiques de gestion, traitement, conservation et destruction de vos données respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679), les droits du patient (loi du 22 août 2002) ainsi que la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine. Toutes les procédures sont réalisées en accord avec les dernières recommandations européennes en matière de collecte et de partage de données.

Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est l'Université de Liège (Place du XX-Août, 7 à 4000 Liège), représentée par sa Rectrice. Ces traitements de données à caractère personnel seront réalisés dans le cadre de la *mission d'intérêt public* en matière de recherche reconnue à l'Université de Liège par le *Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études* du 7 novembre 2013, art. 2 ; et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j). Vous bénéficiez des droits suivants sur vos données à caractère personnel : droits d'accès, de rectification et d'effacement de cette base de données, ainsi que du droit de limiter ou de s'opposer au traitement des données. Pour exercer ces droits, vous devez vous adresser au chercheur responsable de l'étude ou, à défaut, au délégué à la protection des données de l'Université de Liège, dont les coordonnées se trouvent au bas du formulaire d'information. Le temps de conservation de vos données à caractère personnel sera le plus court possible, avec une durée de maximum 2 ans. Les données issues de votre participation à cette recherche (données codées) seront quant à elles conservées sans limite de temps.

Si vous changez d'avis et décidez de ne plus participer à cette étude, nous ne recueillerons plus de données supplémentaires vous concernant et vos données d'identification seront détruites. Seules les données rendues anonymes pourront alors être conservées et traitées. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004).

Vous signerez un consentement éclairé avant de prendre part à l'expérience. Vous conserverez une copie de ce consentement ainsi que les feuilles d'informations relatives à l'étude.

Cette étude a reçu un avis favorable de la part du comité d'éthique de la faculté de psychologie, logopédie et des sciences de L'éducation de l'Université de Liège. En aucun cas, vous ne devez considérer cet avis favorable comme une incitation à participer à cette étude.

Personnes à contacter

Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez sur cette recherche et d'en recevoir les réponses.

Si vous avez des questions ou en cas de complication liée à l'étude, vous pouvez contacter les personnes suivantes :

JACOBS Lisa

Email : Lisa.Jacobs@student.uliege.be

Tel : 0468/36.41.12

ou l'investigateur principal du projet :

ETIENNE Anne-Marie - Psychologie de la santé

Email : am.etienne@uliege.be

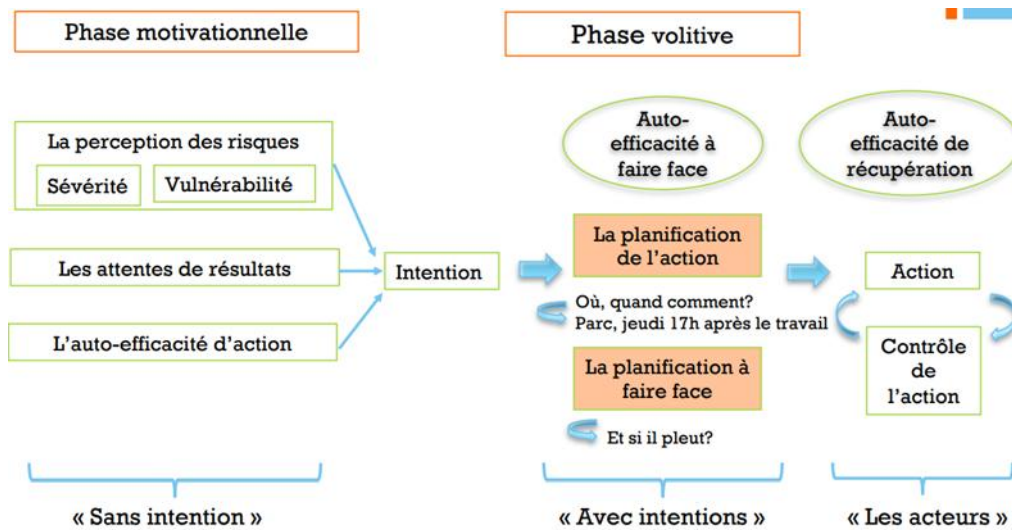
Tel du service : +32 4 3669863

Pour toute question, demande d'exercice des droits ou plainte relative à la gestion de vos données à caractère personnel, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données par e-mail (dpo@uliege) ou par courrier signé et daté adressé comme suit :

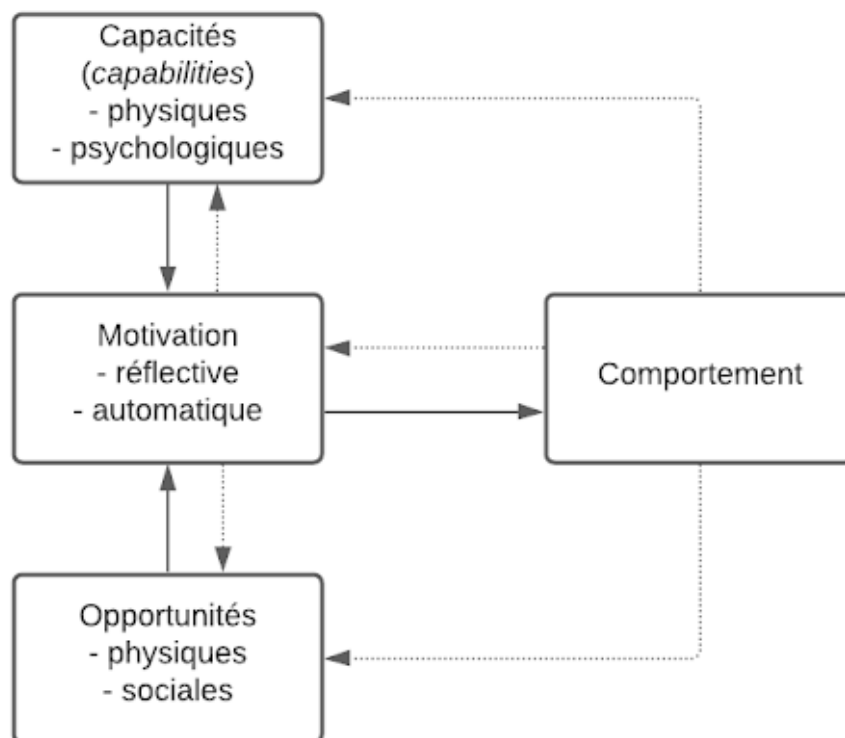
Monsieur le Délégué à la protection des données
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Annexe 7 : Modèle HAPA adapté de Schwarzer (2016)



Annexe 8 : Modèle COM-B (Michie et al., 2011), adapté de West et Michie (2020).



Annexe 9 : Modèle transthéorique du changement (Prochaska & DiClemente, 1983)

