

**« 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 présenté par **Nolwenn LECHIEN**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en Promotion de la santé
Année académique **2022-2023**

**« 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 présenté par **Nolwenn LECHIEN**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en Promotion de la santé
Promotrice : Mme. **Laëtitia BURET**
Année académique **2022-2023**

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à ce projet de recherche de fin d'études.

Tout d'abord, je souhaite remercier les enseignants des équipes pédagogiques du Master en Sciences de la Santé Publique pour leurs conseils. Plus particulièrement, je remercie Mr Nathan CHARLIER qui s'est montré disponible à tout moment pour me guider et me soutenir à travers toutes les étapes de la rédaction de ce mémoire.

Je souhaite également exprimer toute ma reconnaissance envers ma promotrice, Mme Laëtitia BURET, pour le temps précieux qu'elle m'a accordé, ses relectures et conseils, et son éclairage professionnel qui m'a été utile lors de ce travail.

J'adresse également mes remerciements au Dr. Fannette BRENDEL et à Mme Dominique ROCOUR pour leur précieuse aide lors de la recherche de participants à l'étude. Elles se sont montrées d'une grande utilité pour me mettre en contact avec plusieurs maisons médicales. Je les remercie pour leur disponibilité et pour leurs qualités humaines.

Ensuite, je remercie les professeurs qui, de près ou de loin, m'ont fait cheminer dans ce sujet d'étude. Madame Michelle GUILLAUME et Monsieur Bernard VOZ.

Je tiens encore à remercier tous les participants à l'étude. Merci pour leur bienveillance, leur accueil et surtout leur disponibilité malgré des conditions de travail surchargées.

Enfin, j'adresse mes plus tendres remerciements à ma famille et mes amis pour leur soutien sans faille et leurs lectures. Merci à mes parents, mes premiers supporters. A mes 4 grands-parents, pour leurs bons conseils. A mon compagnon pour sa patience. A mon frère et ma belle-sœur pour leur soutien. A ma tante pour son expertise. Et à mon beau-père, pour le choix du sujet.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| I. Preamble | 1 |
| II. Introduction | 2 |
| 2.1. Diminution de l'exposition à la nature et impacts sur la santé | 2 |
| 2.2. La « Prescription de la nature » | 3 |
| 2.3. Question de recherche et objectifs | 8 |
| III. Matériel et méthodes | 9 |
| 3.1. Type d'étude et type de démarche de recherche | 9 |
| 3.2. Caractéristiques de la population étudiée..... | 10 |
| 3.3. Méthode d'échantillonnage et échantillon | 10 |
| 3.4. Paramètres étudiés et outils de collecte des données | 11 |
| 3.5. Organisation et planification de la collecte des données | 13 |
| 3.6. Traitement des données et méthodes d'analyse | 14 |
| 3.7. Critères de qualité | 15 |
| 3.8. Aspects réglementaires | 16 |
| IV. Résultats | 16 |
| 4.1. Présentation de l'échantillon..... | 16 |
| 4.2. Caractéristiques de l'innovation | 17 |
| 4.3. Paramètres externes..... | 21 |
| 4.4. Paramètres internes | 25 |
| 4.5. Caractéristiques des individus | 28 |
| V. Discussion et perspectives | 28 |
| 5.1. Discussion | 28 |
| 5.2. Forces..... | 33 |
| 5.3. Limites..... | 33 |
| 5.4. Perspectives..... | 34 |
| VI. Conclusion | 35 |
| VII. Bibliographie | 36 |
| VIII. Annexes | 44 |

Acronymes

- **ADEPS** : Administration De l'Éducation Physique, du Sport et de la Vie en Plein air.
- **ASI** : Association de Santé Intégrée
- **CFIR** : *Consolidated Framework for Implementation Research*
- **COREQ** : *COnsolidated criteria for a REporting Qualitative research*
- **COVID-19** : *COronaVirus Disease 2019*
- **CSS** : Conseil Supérieur de la Santé
- **INAMI** : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
- **IPBES** : *the Intergovernmental sciences-policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services*
- **NAMED** : *NAture impact on MEntal health Distribution*
- **PRA** : *Park Prescription of America*
- **RSPB** : *Royal Society for the Protection of Birds*
- **TDA(H)** : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
- **UIPES** : Union Internationale de Promotion de la Santé et de l'Éducation pour la Santé

Résumé

Introduction : Actuellement, plus de la moitié de la population vit en zone urbaine, et cette tendance va continuer à évoluer. Les personnes vivant en ville sont moins susceptibles d'être dans la nature. Pourtant, plusieurs études prouvent les bienfaits de la relation entre la santé des humains et le contact avec la nature. Pour cette raison, plusieurs pays du monde ont mis en place une prescription de nature. Cette dernière consiste en la prescription par les professionnels de santé de temps passé à l'extérieur pour se connecter à la nature et améliorer sa santé. De plus, elle tente de répondre écologiquement à une problématique de santé. Toutefois, des doutes persistent, et de ce fait la pratique n'existe pas en Belgique malgré quelques projets mettant en relation la santé et l'environnement. Cette étude cherche à explorer les avis des professionnels de santé des maisons médicales de Liège sur cette pratique et sur sa mise en place.

Matériel et méthode : Une étude qualitative phénoménologique a été menée avec le modèle CFIR afin d'explorer les perceptions des professionnels de santé ainsi que relever les freins et leviers à la mise en place d'une prescription de nature. Cette recherche a été menée grâce à des groupes focalisés auprès de 7 maisons médicales de la région de Liège, sélectionnées par une méthode non probabiliste par quotas.

Résultats : Les professionnels de santé interrogés semblent avoir peu de connaissances sur le sujet, mais éprouvent des croyances positives quant à l'utilisation de la nature pour la santé. Les maisons médicales sont des endroits propices au développement d'un projet de prescription de nature, bien que les professionnels présentent quelques freins au développement de l'innovation, comme le manque de soutien politique ou des mutuelles, le manque de temps et la peur que la patientèle n'intègre pas, pour plusieurs raisons, une telle prescription. Cependant, ils s'accordent sur leur probable influence sur les patients à mettre en place des comportements de santé, et utilisent déjà ce levier pour l'intégration de plusieurs activités de marche, potager, etc. dans leur prise en charge de la santé des patients.

Conclusion : Dans un contexte d'urbanisation, il est important d'utiliser des moyens afin de connecter la population à la nature, même au centre-ville. Plusieurs recommandations de mise en place d'une prescription de nature ont été rédigées dans ce travail afin de promouvoir cette pratique très utilisée dans d'autres pays et portant des fruits sur la santé.

Mots-clés : Prescription de nature ; Maison médicale ; CFIR ; Promotion de la Santé ; Écologie

Abstract

Introduction : Currently, more than half of the population lives in urban areas, and this trend is expected to continue. People living in cities are less likely to have easy access to nature. However, several studies have demonstrated the benefits of the relationship between human health and contact with nature. For this reason, several countries around the world have implemented nature prescriptions. These prescriptions involve healthcare professionals recommending time spent outdoors to connect with nature and improve health. Moreover, they aim to address health issues in an ecologically sustainable manner. Nonetheless, doubts persist, and as a result, this practice does not exist in Belgium, despite a few projects that link health and the environment. This study seeks to explore the opinions of healthcare professionals from medical centers in Liège regarding this practice and its implementation.

Material and methods : A qualitative phenomenological study was conducted using the CFIR model to explore the perceptions of healthcare professionals and identify barriers and facilitators to the implementation of a nature prescription. This research was carried out through focused groups in seven medical centers in the Liège region, selected through a non-probabilistic quota sampling method.

Results : The interviewed healthcare professionals appear to have limited knowledge on the subject but hold positive beliefs regarding the use of nature for health purposes. Medical centers are suitable environments for implementing a nature prescription project, although professionals face certain barriers to innovation, such as lack of political and insurance support, time constraints, and concerns about patient acceptance of such a prescription for various reasons. However, they agree on the potential influence they can have on patients in adopting health-promoting behaviors and already utilize this approach to incorporate various activities like walking, gardening, etc., in their patient care.

Conclusion : In the context of urbanization, it is important to utilize means to connect the population with nature, even in city centers. Several recommendations for the implementation of a nature prescription have been drafted in this study to promote this practice, which is widely used in other countries and has shown positive effects on health.

Keywords : Nature Prescription ; Medical Centers ; CFIR ; Health Promotion ; Ecology

I. Préambule

Actuellement, les préoccupations du monde entier sont portées sur le réchauffement climatique qui fait partie des enjeux majeurs du 21^e siècle (1). Ce dernier fait en réalité partie des 9 limites planétaires, concept développé en 2009 par une équipe internationale de 26 chercheurs, qui sont des seuils au-delà desquels les activités humaines pourraient provoquer des changements irréversibles dans le système Terre (2). Ces activités humaines marquent l'ère de l'« Anthropocène ». Cependant, selon l'OMS, la perturbation de ces limites planétaires est la plus grande menace pour la santé physique et mentale des populations (3).

La crise climatique, les limites planétaires, l'urbanisation etc. sont toutes des raisons qui poussent aujourd'hui les acteurs de la santé à imaginer de nouveaux concepts de santé publique de mise en relation de l'humain avec la nature, de reconnexion avec cette dernière pour ainsi mieux la protéger mais aussi pour améliorer la santé globale des populations. En 2019, la 23^{ème} conférence mondiale sur la Promotion de la Santé de l'UIPES en Nouvelle-Zélande développait un nouveau thème : « Waiora : promouvoir la santé planétaire et le développement durable pour tous ». Ce nouveau thème expliquait l'importance pour les acteurs en promotion de la santé d'adopter une vision écologique de la santé et de réfléchir au développement durable (4).

C'est dans ce contexte que cette étude tire sa motivation. Elle souhaite promouvoir la santé en intégrant l'écologie et la durabilité. Un grand nombre d'études dans le monde mettent en lumière le concept de « prescription de nature », donnant des résultats positifs sur la santé et cherchant à connecter les humains à leur environnement, surtout pour les populations urbaines (5). Cependant, très peu se concentrent sur le point de vue des professionnels de santé, pourtant au cœur de cette prescription. De plus, il n'existe aucune donnée sur un tel projet en Belgique. Cette étude se veut exploratoire, tant sur la perspective de recherches en Belgique que du point de vue des professionnels de santé. Elle souhaite comprendre les perceptions de la mise en œuvre d'une prescription de nature en Belgique afin de fournir des recommandations à son installation.

Les acteurs de promotion de la santé font face à un grand défi : mieux comprendre les enjeux écologiques afin de sensibiliser les populations sur l'importance de préserver la nature, ce qui améliorerait leur santé **et** celle de leur planète.

II. Introduction

2.1. Diminution de l'exposition à la nature et impacts sur la santé

Depuis le XIX^e siècle, avec la révolution agricole et l'industrialisation, nous assistons à un important exode rural dans le monde. Actuellement, plus de la moitié de la population mondiale vit en zone urbaine (6–8). D'après un rapport des Nations Unies datant de 2014 (9), cette tendance va continuer à évoluer, puisqu'il est prédit qu'en 2030, 60% de la population résidera en quartier urbain (10). Une autre étude de la Banque d'investissement européenne décrit que 90% de la population européenne vivra en ville ou en zone urbaine d'ici 2080 (11) bien que la crise de la COVID-19 pourrait avoir été actrice d'une certaine remise en question de l'habitat urbain (12). Pourtant, bien qu'en théorie les zones urbaines ont été imaginées pour le bien-être et le confort des populations (proximité des hôpitaux, transports, services publics, ...), elles s'accompagnent également d'une plus grande pollution de l'air, d'un manque de proximité voire d'une déconnexion avec la nature, de sédentarité et donc de développement de maladies physiques et mentales (13,14).

Dans ce contexte urbain, les humains réduisent fortement leur exposition à la nature. Aujourd'hui, une personne passera plus de 90% de sa vie entourée de buildings. Les populations des territoires ruraux sont elles aussi rattrapées par la modernisation, le développement et la destruction de l'environnement (15). Cependant, selon le rapport de l'IPBES sur l'état de la biodiversité mondiale de 2019, la nature a un caractère essentiel pour la vie des humains sur terre. Mais dans la plupart des régions du monde, elle est détruite de manière significative, principalement par de multiples facteurs humains. 75% de la surface terrestre et 66% des océans sont à présent altérés (16).

De nombreux ouvrages scientifiques s'accordent pour dire que les populations urbaines s'exposant le plus à la nature en profitant des parcs et des rivières des villes sont moins sujettes à développer des maladies mentales et physiques (10,15). Un rapprochement de la nature, grâce à différents moyens, peut améliorer la santé des populations (17,18) et ainsi permettre la mise en place de comportements favorisant la sauvegarde de la biodiversité (19,20).

Les impacts sur la santé sont nombreux. On retrouve des corrélations positives entre d'une part l'exposition aux espaces verts urbains, aux forêts et d'autre part, les effets bénéfiques sur la santé comme une diminution du stress, du risque de morbidité et de

mortalité cardiaque, une réduction du risque d'obésité et de développer un diabète de type 2, mais aussi une amélioration de l'humeur, des maladies mentales, du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les enfants et de l'attention de manière plus générale (7,15,17,21,22). En effet, marcher dans un parc, jardiner, observer un animal, regarder par la fenêtre, mettre ses pieds dans une rivière, sont toutes des actions en lien avec la nature qui font du bien à notre santé (18,23). Il existe donc un lien indéniable entre la santé des humains et leur environnement (24).

2.2. La « Prescription de la nature »

Il existe depuis longtemps des prescriptions de produits non-médicamenteux. Par exemple, à l'époque de l'Empire romain, les praticiens de santé parlaient déjà de l'importance du mouvement physique pour la santé des populations (25,26), aboutissant des années plus tard à la prescription de sport dans certains pays du monde (27,28).

Aujourd'hui, les études scientifiques fournissent assez de recul et de preuves sur l'importance de la proximité avec la nature pour la santé (17). Les premiers mouvements de prescription de nature ont également fait leur apparition. Dans un contexte de changement climatique d'origine anthropique ayant de futurs impacts sur la santé (29), la diminution de l'exposition à la nature a incité plusieurs pays à chercher des solutions afin de promouvoir la santé des populations et de la planète (30–32).

Le dictionnaire anglais Oxford définit la prescription comme telle : « Il s'agit d'une instruction d'un médecin, généralement écrite, concernant la composition et l'utilisation d'un médicament (...). Plus largement, cela peut également désigner tout traitement prescrit par un praticien médical » mais également comme suit : « utilisation figurative et étendue : il s'agit de quelque chose suggéré ou fourni pour soulager une plainte non médicale, un remède ou une solution pour un problème particulier » (24,32).

Comment définir la « prescription de la nature » ? Actuellement, il n'existe pas encore de définition officielle. Généralement, une prescription de nature est une recommandation de temps passé à l'extérieur, dans la nature, par un professionnel de santé à destination d'un patient (34,35). Il est préférable qu'elle soit écrite car elle s'avère être plus efficace qu'un conseil oral pour induire un changement dans la vie d'un patient (36). Elle se fait habituellement par le biais d'un professionnel de santé, puisque ce dernier est plus

susceptible de gagner la confiance de la personne qui le consulte (36). Cependant, la prescription de nature ne peut pas remplacer les prescriptions médicales et médicamenteuses actuelles. Elle doit être complémentaire.

A. Contexte mondial de la prescription de la nature

Voici ci-dessous quelques exemples, non exhaustifs, reprenant les plus grands courants de l'utilisation de la nature en santé.

- Shinrin-Yoku (Bains de forêts)

Le « *Shinrin-Yoku* », qui signifie « prendre un bain de forêt » ou « prendre l'atmosphère de la forêt », est défini comme le fait d'entrer en contact et de ressentir l'air de la forêt. À la suite d'études scientifiques prouvant l'efficacité de l'immersion en nature sur la santé (37), le gouvernement japonais, par le biais des ministères de l'agriculture, des forêts et de la pêche, a créé en 1982 ce processus destiné à améliorer la santé physique et mentale des individus. Aujourd'hui, le « *Shinrin-Yoku* » est la pratique la plus répandue qui met en lien la santé de l'humain et de la nature (38).

Le bain de forêt est utilisé à présent dans bien d'autres pays du monde, surtout asiatiques. Pourtant, bien que les médecins japonais conseillent vivement à leurs patients d'adhérer à cette pratique, elle ne fait pas encore l'objet d'une véritable prescription (37).

- Green prescription (Prescription verte)

La « *Green prescription* » ou bien « prescription verte » est un concept né en Nouvelle-Zélande en 1998, grâce auquel un professionnel de santé peut prescrire à son patient de l'exercice à l'extérieur (39). Utilisée aujourd'hui en Écosse, cette stratégie tente d'améliorer la santé physique et mentale des patients en proposant plusieurs sortes d'activités reconnectant l'humain à la nature. Elle est connue pour être une des premières prescriptions de nature (40).

Les professionnels de santé qui prescrivent une « *Green prescription* » le font généralement à travers des activités variées telles que l'horticulture thérapeutique, des activités de conservation de la biodiversité, des activités dans des fermes, de l'exercice physique (marche, vélo, escalade, ...) et de l'art thérapie en extérieur.

Dans un premier temps, les prescriptions vertes étaient destinées à des patients aux besoins spécifiques, par exemple, à ceux souffrant de maladies mentales ou chroniques comme l'obésité et le diabète (31). À travers de nombreuses études mettant en exergue l'impact positif de cette méthode sur la santé publique, celle-ci est à présent employée en Nouvelle-Zélande également de manière préventive dans les écoles ou dans les familles (41,42).

Le professionnel de santé, généralement un(e) médecin ou un(e) infirmier(e), utilisant une prescription verte doit suivre un schéma établi par le ministère. Ce schéma définit l'état de santé du patient et l'oriente vers l'activité qui lui conviendrait le mieux. Le patient est ensuite pris en charge par une personne-ressource qui le guidera et qui s'assurera du maintien de sa motivation lors de rendez-vous hebdomadaires. Cette personne joue le rôle d'intermédiaire entre le patient et le médecin. Pour permettre la prescription, le ministère de la santé finance en partie les activités proposées aux patients, mais il n'existe pas encore de remboursement (39).

- *Park Prescription (Prescription de parcs nationaux)*

Aux États-Unis et au Canada, les professionnels de santé prescrivent à leurs patients du temps à consacrer dans des parcs nationaux. Historiquement, ce sont les États-Unis qui, en 1999, ont commencé la « trail prescription » (prescription de trails). Mais au fur et à mesure du temps et des discussions entre les différents États et les associations des parcs nationaux, l'idée d'une prescription de parc a émergé en octobre 2013 (43). La corrélation entre une patientèle plus en contact avec la nature et en meilleur état de santé a été le point relais de ce projet (25). Le but premier était de promouvoir la santé des enfants, population où l'on observait une augmentation majeure de l'obésité. Bien que la « *Park Prescription* » existe officiellement depuis 2018 aux États-Unis sous plus de 200 formes différentes, elle fait l'objet de plus en plus d'études cherchant à prouver son efficacité. Le Canada a commencé à suivre l'exemple de prescription des États-Unis en 2020, en plus de son programme « *prescri-nature* » (17,44).

Qu'entend-t-on par « prescription de parc » ? Les professionnels de santé ont l'opportunité de prescrire aux patients du temps passé dans un parc national. Cette prescription se fait en collaboration avec les parcs nationaux et y donne un accès gratuit (45). Le PRA (Parc Prescription in America) admet qu'il y a plus de résultats positifs dans la

population lorsque le contact avec la nature est prescrit plutôt que simplement recommandé oralement (46).

- Nature Prescription (Prescription de nature)

Pour terminer cette liste d'exemples, il est important de revenir sur la prescription de nature proposée par le RSPB en Écosse, puisque les focus groupes menés lors de ce travail s'en inspirent. L'objectif de l'étude pilote menée par le RSPB était de proposer aux médecins généralistes une forme de prescription de nature pour soulager leur charge de travail. Par cette dernière, les médecins proposaient aux patients d'agir sur leur santé et leur bien-être en se reconnectant avec la nature, en espérant éveiller leur conscience sur la préservation des milieux naturels (32).

La prescription se présente sous deux formes : un calendrier et une brochure, tous deux proposant différentes activités à réaliser. Cette méthode permet au patient d'être relativement autonome dans l'accomplissement des tâches demandées (32).

Une étude pilote a été réalisée entre septembre 2020 et juin 2021 à Édimbourg à la suite d'une première analyse sous forme de focus groupes auprès des médecins généralistes dans les Shetlands en 2017, et dont les résultats étaient si positifs qu'en 2018, ils commencèrent à prescrire la nature. L'étude pilote a employé des méthodes quantitatives et qualitatives afin de déterminer l'efficacité de la « Nature Prescription » en ville. Les résultats de l'étude sont favorables à son utilisation : 59% de médecins ne conseillaient pas de nature à leurs patients au début de l'étude, mais après un an 89% d'entre eux prescrivent activement la nature et 91% de médecins annoncent la prescrire à leurs patients dans l'année à venir. Du côté des patients, 70% d'entre eux continuent de se reconnecter à la nature quotidiennement ou plusieurs fois par semaine. 87% des bénéficiaires des prescriptions ont annoncé qu'il était probable, voire très probable qu'ils continuent d'utiliser la prescription de nature. 74% des patients disent que cela leur a été bénéfique (32).

- Inconvénients et incertitudes

Si de nombreuses études récentes montrent l'importance de l'exposition à la nature pour l'humain, il existe également des réticences à l'utilisation d'une prescription de nature. En santé publique, on retrouve une méfiance à mélanger l'humain et la nature par peur de propagation de zoonoses (47), d'allergies ou de problèmes respiratoires (48,49).

En Angleterre, une étude sur la « *Social green prescribing* » démontrait deux barrières retenues par les prescripteurs : d'une part, le besoin de plus de connaissance du sujet afin de pouvoir mieux l'expliquer aux patients, et d'autre part, la difficulté d'accessibilité à la nature que ce soit à cause d'un problème d'habitat ou d'environnement naturel disponible (30).

D'autres études révèlent que les professionnels de santé peuvent avoir certaines réticences à la prescription de nature, telles que la peur que les patients plus âgés ne se blessent lors d'une activité physique, qu'ils ne parviennent pas à changer leur routine quotidienne ou qu'ils soient sceptiques face à la prescription. Ils pensent également qu'un manque de transports vers les activités en nature peut être un frein (50,51).

B. Contexte belge de la prescription de la nature

En Belgique, 98% de la population vit en milieu urbain (52). Cette proportion révèle l'importance de développer les espaces de nature dans les milieux urbains. C'est pourquoi il existe de plus en plus de projets pour « habiller les villes belges de vert » (53,54).

Le CSS et Sciensano ont rédigé des recommandations sur l'aménagement spatial des villes belges mais également sur les soins de santé primaires. On y retrouve l'importance d'une meilleure coordination entre la politique belge et les experts scientifiques. Le CSS reconnaît également la nécessité d'une proximité avec la nature : « (...) la récente pandémie de COVID-19 et les connaissances acquises sur les impacts prévisibles du changement climatique et de l'urbanisation croissante ont considérablement sensibilisé le public à la nécessité urgente de créer un environnement urbain qui préserve et améliore la santé humaine. L'accès à de vastes espaces verts et bleus est essentiel à cet égard » (55).

De plus, l'Université Libre de Bruxelles et l'Université d'Anvers ont organisé, en octobre 2021, le Symposium « Santé urbaine Bruxelles », avec plusieurs partenaires. Cet événement avait pour but de présenter deux projets de recherche sur l'impact de l'environnement bruxellois sur la santé et le bien-être : « Green & Quiet » et « NAMED ». L'étude « NAMED », menée par L. Lauwers & al., démontre un certain mal-être des populations vivant à Bruxelles, qui peut s'expliquer notamment par une moins bonne exposition aux espaces verts et une certaine pollution de l'air (56,57).

Bien que les scientifiques recommandent un rapprochement à la nature — surtout pour les populations urbaines — il n'existe pas, en Belgique, de projet de prescription de nature.

Quelques projets spontanés émergent du côté des professionnels de santé, qui sont déjà plusieurs à adopter le vert dans leurs pratiques et qui sont de plus en plus conscients de l'importance de la proximité de la nature pour la santé (58,59). Mais le CSS souligne : « Par exemple, donner uniquement des conseils pour augmenter l'activité physique par le biais de prescriptions vertes (*Green prescription*) n'est probablement pas aussi efficace que des interventions sur mesure impliquant un plan d'action personnalisé soutenu par un réseau solide entre les soins de santé primaires et les services sportifs ou sociaux dans la communauté. » (55)

- Les maisons médicales

Le contexte de pénurie des membres du personnel soignant actuel (60) interroge sur le rôle de ces derniers à utiliser une prescription de nature. Or, ils entretiennent une relation de confiance avec leurs patients (61). Il semble donc intéressant de développer cet outil pour les professionnels de santé. Les maisons médicales ont la particularité d'avoir un secteur réservé à la santé communautaire et un travail pluridisciplinaire. Elles semblent propices à recevoir un nouveau projet de santé et à disposer du temps pour sa mise en place (62).

Les maisons médicales sont des centres de santé pluridisciplinaires regroupant des professionnels de santé de première ligne dispensant des soins. Certaines d'entre elles fonctionnent au forfait, d'autres à l'acte¹. Le montant forfaitaire versé par l'organisme assureur peut couvrir, selon le choix de la structure, la médecine générale, les soins infirmiers et/ou kinésithérapeutiques. Le patient ne paie donc rien mais est tenu de faire appel aux dispensateurs de sa maison médicale. S'il va ailleurs, il ne pourra pas exiger de remboursement de la part de sa mutuelle (63).

Cependant, aucune donnée n'a été découverte à ce jour sur les perceptions de l'utilisation de la prescription de la nature par les professionnels de santé belges.

2.3. Question de recherche et objectifs

La densification des populations dans les villes belges impacte la santé physique et mentale (64). Il est nécessaire de chercher des solutions pour la population urbaine

¹ Dans les maisons médicales au forfait, les organismes assureurs versent un montant fixe par nombre de patients inscrits dans la maison médicale. Le nombre de prestations par patient ne joue donc aucun rôle sur le paiement des professionnels.

s'inscrivant dans une optique écologique, améliorant la santé et le rapport à la nature (55,65). Sur base d'une démarche réflexive et itérative présentée ci-dessus, la **question de recherche** de cette étude se formule comme suit : « **Quelles sont les perceptions des professionnels de santé en maisons médicales sur la prescription de la nature, ainsi que sur les freins et les leviers à sa mise en œuvre, en région liégeoise ?** »

L'**objectif principal** de cette étude est d'explorer les représentations et les perceptions des professionnels de santé travaillant en maisons médicales sur la prescription de la nature en région liégeoise et sur sa mise en œuvre, via un modèle étudiant l'implémentation d'un nouvel outil (le CFIR). L'exploration du vécu des professionnels de santé permettra de tirer des conclusions et des recommandations sur l'utilisation d'un tel outil en région liégeoise.

Les **objectifs secondaires** sont : **1°** identifier les freins et les leviers perçus par les professionnels de santé à la mise en œuvre de la prescription de la nature en région liégeoise, dans leur maison médicale et dans le contexte belge ; **2°** établir des recommandations pour la mise en place d'un outil de prescription de nature en région liégeoise, à disposition des professionnels de santé et des autorités dirigeantes.

III. Matériel et méthodes

3.1. Type d'étude et type de démarche de recherche

Il s'agit d'une étude qui s'inscrit dans une démarche d'exploration via une approche qualitative. Ce type de recherche permet la compréhension et l'analyse approfondie d'un phénomène, ici l'implémentation d'une prescription de nature, à partir du vécu des professionnels de santé (66).

Plus spécifiquement, cette étude est de type phénoménologique puisqu'elle recherche la compréhension en profondeur des perceptions que les acteurs ont du phénomène étudié ainsi que du sens qu'ils donnent à ce dernier. Ces recherches permettent de décrire, à travers l'expérience d'un phénomène, comment les individus le vivent, ce qu'ils en pensent et ce qu'ils peuvent présenter de commun par rapport au groupe (67).

Dans le cadre de cette étude, le phénomène en question n'a pas été expérimenté. Il s'agit d'un phénomène potentiellement futur. Les perceptions des participants se focalisent donc sur l'expérience commune qu'ils ont de leur lieu de travail, de leur patientèle, et de leur vision propre de l'implémentation d'un nouvel outil (une prescription de nature) au sein de

leur maison médicale. La mise en commun de plusieurs avis permet une certaine compréhension du vécu du phénomène et donc de la mise en place ou non d'un tel outil (66).

3.2. Caractéristiques de la population étudiée

Les professionnels de santé ont été choisis en fonction de leur lieu de travail. N'ont été inclus dans cette étude que les professionnels de maisons médicales et non les médecins généralistes indépendant(e)s, infirmier(e)s indépendant(e)s ou autres professionnels de santé ne répondant pas aux critères de maison médicale. Ce choix s'explique par la haute charge de travail des professionnels de santé indépendants et la possible difficulté à libérer du temps (60), mais aussi par la compatibilité du mode de fonctionnement et de la structure des maisons médicales comme expliqué ci-dessus. De plus, la recherche se réalisant dans un temps imparti, elle ne permet pas de rencontrer l'ensemble du corps médical. Mais une étude s'intéressant aux perceptions des professionnels indépendants serait pertinente et pourrait faire suite.

- Les critères d'inclusion

▪ Pour les établissements choisis :

Être une maison médicale conforme aux critères d'une maison médicale en Belgique ; être une maison médicale localisée en région liégeoise avec l'agrément ASI

▪ Pour les professionnels de santé interrogés :

Exercer une profession en maison médicale en région liégeoise.

- Les critères d'exclusion

▪ Pour les établissements choisis :

Aucun (se référer aux critères d'inclusion).

▪ Pour les professionnels de santé interrogés :

Aucun (se référer aux critères d'inclusion).

3.3. Méthode d'échantillonnage et échantillon

La sélection des maisons médicales interrogées a été faite de manière non probabiliste et plus spécifiquement par quotas, sur base des critères d'inclusion des établissements choisis. Pour répondre à un critère de faisabilité prenant en compte le temps et les moyens à disposition, le territoire étudié a été limité à la région de Liège. Ce territoire répond à la

problématique d'urbanisation et permet de centrer l'approche sur une population plus réduite. D'abord, les maisons médicales ont été contactées par mail, via les adresses communiquées sur leur site internet. 12 maisons médicales de Liège centre ont été contactées ainsi que 3 maisons médicales de la périphérie, par souci de confronter l'expérience des maisons médicales de ville et de campagne. Lorsqu'une maison médicale répondait favorablement à un entretien, une lettre expliquant le but et le déroulement de l'étude était envoyée à l'ensemble des membres de l'équipe participant à cette rencontre. À cette lettre explicative étaient jointes une demande d'inscription (*cf. Annexe 1*) et une demande de consentement (*cf. Annexe 2*).

Les professionnels de santé ont été sélectionnés également par une méthode non probabiliste mais cette fois par une méthode dite en boule de neige et basée sur le volontariat. Tout professionnel de santé faisant partie de la maison médicale pouvait participer à l'entretien, indépendamment de ses fonctions et moyennant le respect des critères d'inclusion. La personne acceptant d'être interviewée s'inscrivait donc de manière volontaire.

L'objectif étant d'arriver à saturation des données, la taille de l'échantillon n'a pas été fixée à l'avance. La saturation des données caractérise l'instant où il n'y a plus besoin de nouveaux éléments utiles à la compréhension en profondeur du phénomène. Les dernières données récoltées n'apportent rien de plus que ce qui a déjà été dit (68).

3.4. Paramètres étudiés et outils de collecte des données

Pour explorer les perceptions des professionnels de santé travaillant en maison médicale sur l'implémentation d'un outil de prescription de nature, trois thèmes seront abordés, étudiant différents paramètres. Ces derniers ont été collectés grâce à des entretiens semi-dirigés lors de focus groupes.

A. Paramètres étudiés

Dans cette étude, seulement 4 paramètres du modèle CFIR (*cf. point 3.4.B.*) seront analysés, le dernier paramètre « résultats » n'étant pas pertinent puisqu'il s'agit de l'étude exploratoire d'une implémentation future. 2 thèmes et 3 paramètres ont été rajoutés afin de répondre aux objectifs fixés. Dès lors, les paramètres étudiés sont les suivants :

| Thèmes | Paramètres |
|--|---|
| Connaissances des professionnels de santé à propos d'un outil de prescription de nature | <ul style="list-style-type: none"> • Connaissances et croyances de l'utilisation de la nature pour la santé. • Connaissances et croyances de l'outil de prescription de nature |
| Implémentation d'un nouvel outil en maison médicale (se référer au modèle CFIR (69)) | <ul style="list-style-type: none"> • Les caractéristiques de l'intervention : caractéristiques de l'outil comme sa complexité, sa compatibilité et sa preuve d'efficacité. • Le contexte : l'environnement de l'implémentation. Étude des facteurs externes tels que la culture organisationnelle, les ressources disponibles, etc. • Les acteurs : personnes impliquées dans le futur par l'outil implémenté. Listing des freins et des leviers perçus par les acteurs • Les caractéristiques individuelles : stratégies mises en œuvre pour la future adoption et utilisation de l'outil. Formation, communication, suivi, etc. |
| Perspectives pour la mise en place d'un outil de prescription de nature en région liégeoise | <ul style="list-style-type: none"> • Recommandations pour l'utilisation d'un outil de prescription de nature en région liégeoise |

Figure 1 : Thèmes et paramètres étudiés

B. Outils de collecte de données

Dans le cadre de cette recherche, ces paramètres ont été collectés via des groupes focalisés sur base d'un guide d'entretien semi-dirigé. Les focus groupes sont une méthode de recherche qualitative réunissant un groupe de personnes pour discuter d'un sujet spécifique animé par une personne neutre. L'objectif est de recueillir des informations approfondies et l'expérience d'un groupe de personnes (70). Le guide d'entretien (*cf. Annexe 3*) est structuré sur base des paramètres exposés précédemment. Il permet l'identification des perceptions de chaque membre du focus groupe et laisse la parole aux participants. Le guide d'entretien reste flexible en fonction des discussions qui sont amenées par le groupe, ce qui est permis grâce au caractère itératif de la recherche qualitative.

Cette étude s'inspire du modèle d'analyse CFIR de Damschroder et al's., qui a développé un outil pertinent de collecte et d'analyse de données reprenant 5 paramètres répartis en 39 items (*cf. Annexe 10*), englobant les critères d'implémentation d'un nouvel outil dans une entreprise (69,71,72). En effet, ce modèle fournit une structure détaillée pour analyser les

facteurs influençant la mise en œuvre d'une intervention ou d'une innovation dans un contexte donné. Il permet, dans le contexte spécifique de la prescription de la nature en maison médicale, d'analyser les perceptions des professionnels de santé sur l'adoption et l'utilisation de cette prescription. Il favorise également le relevé des freins et leviers à l'implémentation de cet outil en maison médicale (73). Ce modèle complet fournit une base de questions pour la création d'un guide d'entretien, des catégories détaillées et un outil d'analyse de données.

Les catégories se composent de 5 paramètres principaux répartis en 39 items d'analyse :

- Les caractéristiques de l'intervention : analyse des caractéristiques de l'outil comme sa complexité, sa compatibilité et sa preuve d'efficacité.
- Le contexte : analyse de l'environnement de l'implémentation.
- Les acteurs : analyse des personnes impliquées dans le futur par l'outil implémenté, relevé des freins et des leviers.
- Les caractéristiques individuelles: analyse des stratégies mises en œuvre pour la future adoption et utilisation de l'outil.
- Les résultats : analyse des résultats post-implémentation.

Le modèle CFIR permet de choisir les domaines en fonction du degré de pertinence lié à l'étude. Ce modèle étant utilisé pour une étude d'implémentation future et non pour une analyse post-implémentation, la partie « résultats » du modèle ne sera pas analysée (69,74).

Cet outil de collecte a été adopté pour la création du guide d'entretien. Il propose une série de questions survolant les 39 items, dont 8 questions ont été retenues.

Un dictaphone et un téléphone mobile ont également été utilisés pour la collecte des données, avec le consentement des participants.

3.5. Organisation et planification de la collecte des données

L'organisation de la collecte des données a commencé en **février 2023**. D'abord, les maisons médicales ont été contactées par mail, après accord et validation du guide d'entretien, pour proposer une rencontre, une date et un lieu. Un document d'explication de l'étude a été envoyé. Cette étape a duré deux mois. 12 maisons médicales de Liège centre et 3 en périphérie ont été contactées mais les envois par mail n'ont pas été immédiatement fructueux. Il a fallu le renvoi de certains mails, mais aussi du bouche-à-oreille entre maisons médicales, pour que des réponses parviennent. Les maisons médicales acceptant de participer

au projet recevaient alors un document d'inscription à l'étude avec l'explication de cette dernière, un exemple de prescription de nature, et un document demandant le consentement de participation. Les premières équipes de maisons médicales n'ont proposé de rendez-vous qu'à partir de **début avril 2023**. Ces rendez-vous ont duré jusque **fin mai 2023**. Le nombre de participants à chaque rencontre a fortement varié. Chaque rencontre a duré entre 45 minutes et 1 heure. Les entretiens ont été enregistrés vocalement grâce à un dictaphone et un téléphone mobile. Ils ont ensuite été retranscrits intégralement sur ordinateur, puis supprimés définitivement des deux appareils.

Pour une présentation de la planification de l'étude et de la collecte des données structurées, un diagramme de Gantt (*cf. Annexe 4*) et un *Flow Chart* ont été réalisés (*cf. Annexe 5*).

3.6. Traitement des données et méthodes d'analyse

Une méthode rigoureuse a été utilisée afin de structurer le traitement des données et l'analyse de cette étude qualitative (75).

A. Écoute, retranscription

Pour commencer, les entretiens enregistrés ont été réécoutés puis retranscrits intégralement sur l'ordinateur. Le contenu de ces entretiens a été retranscrit fidèlement sous forme de *verbatim* afin de respecter le discours verbal et non verbal. Lors de cette phase de retranscription, l'anonymisation a été respectée de manière à ce qu'aucun professionnel de santé, mais également aucune maison médicale, ne soit reconnaissable.

B. Analyse verticale

Ensuite a eu lieu une première lecture dite « verticale », une lecture qui permet de se réimprégner des entretiens. Puis une lecture attentive plus active a été réalisée afin de commencer à dégager les premières idées des différents *verbatim*. L'ensemble de ces lectures ont été effectuées en association avec un carnet de bord sur lequel étaient notés tous les ressentis, les idées et les souvenirs se dégageant des lectures.

C. Analyse horizontale, codage

Par après, une troisième lecture avait pour but de saisir le sens profond des entretiens retranscrits. Cette lecture, aussi appelée lecture « horizontale », permet l'extraction des codes. Les codes sont les phrases, mots et expressions révélateurs d'éléments centraux permettant la compréhension fidèle des perceptions des professionnels de santé interrogés.

D. Catégorisation

À partir des verbatims, les codes ont été extraits puis catégorisés. Le modèle CFIR propose un outil de catégorisation contenant 39 catégories. Chaque code a donc soigneusement été examiné pour l'associer à la catégorie lui correspondant le plus. C'est également à cette étape qu'a été vérifiée la saturation des données.

E. Construction du plan d'analyse

L'analyse des codes a permis de dégager des codes majeurs et des codes secondaires, malgré la catégorisation proposée du CFIR. Certaines catégories n'ont donc pas été représentées dans la rédaction des résultats, ne comprenant pas assez, voire pas du tout, de matière. De plus, d'autres codes ne rentraient dans aucune des catégories proposées. De ce fait, une catégorie a été créée, le modèle CFIR le permettant.

Une dernière lecture des verbatims a été réalisée après la catégorisation afin de s'assurer de l'extraction des codes dans chaque entretien.

F. Rédaction

Pour terminer, la présentation des résultats a été rédigée en respectant l'ordre du modèle CFIR. Il sera important de noter le caractère itératif de l'analyse qui a été réalisée au fur et à mesure après chaque entretien.

3.7. Critères de qualité

Cette recherche souhaite répondre à des attentes de rigueur et de qualité. Pour ce faire, la grille d'analyse COREQ a été employée (76). Elle met en évidence des critères prouvant la qualité de l'étude. Elle est divisée en 3 domaines :

- Équipe de recherche et de réflexion

La chercheuse principale de cette étude est elle-même infirmière. Elle n'a pas de relation avec les maisons médicales interrogées sauf pour la première où elle est inscrite en tant que patiente. De plus, la promotrice de cette étude est médecin généraliste et a déjà travaillé en maison médicale.

- La conception de l'étude

Les participants ont été contactés par courriel. 4 maisons médicales n'ont pas répondu et une a annulé le rendez-vous initialement prévu. Chaque focus groupe a été réalisé au sein même des maisons médicales sans la présence de non-participants. De plus, des notes ont été prises pendant chaque entretien de groupes.

- Analyse et résultats

Les données ont été retranscrites et analysées par la chercheuse elle-même. Les catégories utilisées font partie d'un modèle existant, le CFIR. Pour finir, les résultats sont le plus souvent accompagnés d'extraits de discours des professionnels de santé interviewés afin qu'il soit possible de vérifier les propos de la chercheuse et chaque extrait a été identifié par un numéro.

Enfin, un dernier critère de qualité a été utilisé. Il s'agit du critère de « confirmabilité ». Ce dernier sert à prouver la neutralité du chercheur en séparant la compréhension de la réalité de ses propres valeurs (77). L'utilisation d'extraits de discours des professionnels de santé garantit la validité des propos du chercheur.

3.8. Aspects réglementaires

Les aspects réglementaires liés à cette étude sont repris dans les annexes. Tout d'abord, une demande d'avis éthique a été envoyée au collège des enseignants du master en sciences de la santé publique (*cf. Annexe 6*). N'étant pas soumise à la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (*cf. Annexe 7*), l'étude a ensuite été analysée et approuvée par le Comité d'Éthique hospitalo-universitaire de l'Université de Liège quant à sa réalisation et sa publication (*cf. Annexe 8*). Les données de cette étude ont été traitées conformément à la loi du 25 mai 2018 relative au Règlement Général sur la Protection Des Données (RGPD) (78). Toutes les données ont été anonymisées de sorte qu'aucun participant ou maison médicale ne puisse être identifiable. Ces dernières ont été détruites à la fin de l'étude.

IV. Résultats

4.1. Présentation de l'échantillon

La collecte des données a eu lieu dans 7 maisons médicales différentes. 2 d'entre elles sont situées en milieu rural et les 5 dernières sont établies à Liège-centre. Une particularité est cependant à signaler. Par souci d'organisation, un entretien a réuni 2 maisons médicales en même temps, qui avaient préalablement été tenues au courant et avaient accepté de se rencontrer afin de débattre ensemble sur le sujet.

Au total, 69 professionnels ont été entendus. On retrouve 21 médecins généralistes, 9 assistant(e)s en médecine générale, 9 infirmier(e)s, 15 kinésithérapeutes, 4 assistant(e)s sociaux/socials, 7 responsables de l'accueil et de l'administration, 1 personne en charge de la coordination et 3 infirmières responsables de la promotion de la santé. Cet échantillon est représentatif des maisons médicales grâce à la diversité des professions présentes.

Parmi les personnes interviewées, 47 femmes et 21 hommes ont été interrogés. Cet échantillon représente donc 2 fois plus l'avis des femmes que des hommes. Un détail de la population interrogée se retrouve en Annexe (cf. Annexe 9). Tous les entretiens ont eu lieu en présentiel. Les entretiens ont donné 114 pages de retranscription.

Il est important de noter que les professionnels de santé devaient tous recevoir au préalable un exemple de prescription de nature et le texte explicatif de l'étude. Par facilité organisationnelle, lorsqu'une maison médicale répondait favorablement à un entretien, une seule personne était contactée et s'occupait du lien avec le groupe. Cette dernière recevait donc les documents à envoyer à tous les participants à l'étude. Cependant, dans certaines maisons médicales, les documents n'ont pas été partagés à l'avance comme prévu et certains professionnels découvraient le sujet le jour même de l'interview. Pour cette raison, des informations orales concernant la prescription de nature ont été données à chaque maison médicale en début d'interview.

Enfin, le modèle CFIR propose un tableau récapitulatif des résultats de l'analyse. Ce tableau fait un classement des influences positives (leviers), négatives (freins) ou neutres sur la mise en œuvre de la nouvelle innovation. Il est accessible en annexe (cf. Annexe 10).

4.2. Caractéristiques de l'innovation

A. Source d'innovation

Il ressort des discussions avec les professionnels de santé travaillant en maison médicale que l'organisation d'un outil de prescription de nature peut se faire en **interne**, bien qu'une **aide extérieure** et surtout une **reconnaissance** du projet soient essentielles au bon fonctionnement et à la durabilité de celui-ci. « *Peut-être qu'on pourrait quand même se dire "allez on se lance tout seul" et qu'on aurait l'énergie hein, mais ce serait plus fort évidemment s'il y avait quelque chose de plus gros autour.* » (2K2). Généralement, l'idée d'une **aide financière extérieure** ou d'un remboursement des activités des patients permet d'optimiser la mise en place d'un tel service. « (...) *le plus on part de la base le mieux c'est. Par contre si*

c'est remboursé, ça c'est bien évidemment. » (4MG1). De plus, comme la plupart des maisons médicales mettent déjà en place plusieurs activités de santé communautaire (in)directement liées à la nature, un outil de prescription de nature ne serait, d'après elles, qu'un outil de plus à utiliser.

Il est également intéressant de souligner le questionnement plus global venu d'une maison médicale sur le **rôle fondamental** de la maison médicale dans l'innovation d'un tel concept. « (...) *est-ce que c'est le rôle de la maison médicale ? (...) c'est la société dans son ensemble qui doit prendre les choses en main, à la maison médicale on est qu'une petite goutte, fin c'est pas évident quoi.* » (6MG1).

B. Force et qualité des preuves

Les perceptions concernant les preuves de l'innovation ont été séparées en 2 catégories : les preuves scientifiques sur le lien entre santé et nature, et les preuves de l'utilisation d'une prescription type « médicale » pour la nature.

Lors des 7 entretiens, les professionnels ont eu une même réflexion sur la nécessité d'avoir plus de **preuves scientifiques** pour l'innovation, bien que globalement ils reconnaissent les bienfaits de la nature sur la santé de leurs patients et la leur. Ces preuves scientifiques leur permettraient de se sentir plus **légitimes** et plus **crédibles**. Certains évoquent également l'intérêt d'apporter des preuves scientifiques abordables pour les patients. « *Et en tant que maison médicale j pense qu'il y a plusieurs trucs qu'il faudrait, c'est que d'abord il y ait des preuves scientifiques parce que par exemple le sport sur ordonnance ben il y a plein d'études qui prouvent que c'est bon pour la santé etc. donc ça a une logique. Pour aller se reconnecter avec la nature ben on aurait besoin de se dire que c'est validé scientifiquement, y a telles études etc.* » (4MG3). Les perceptions sont généralement liées à la **connaissance** que les professionnels possèdent du sujet (cf. point 4.5.A.). « *Des quelques articles que j'ai pu lire, à chaque fois, quand c'est organisé de manière concrète c'est positif et il y a des effets qui sont reconnus* » (1MG1).

Concernant la prescription, une majeure partie des interviewés voit une utilité à la **symbolique** de la prescription pour avoir une influence sur les patients. Ils sont généralement en accord avec la formalisation du concept et voient l'intérêt de l'**écrit** face à la recommandation orale. « (...) *j'trouve que c'est très symbolique de prescrire quelque chose sur une prescription, enrobé dans une communication où il y a un but clair net et précis, ça passe*

sans problème. » (1AMG1). Cependant, l'autre partie se questionne quant à l'**impact réel** d'une « simple » prescription à donner au patient. Pour eux, ce genre de pratique nécessite un accompagnement. « (...) *la plupart d'entre eux souvent pour qui la nature est un plus grand besoin, il faut, il faut les prendre par la main, les emmener puis une fois qu'on les a emmené une fois, deux fois, trois fois ils peuvent, euh, ressentir les bienfaits et alors mettre de l'énergie pour y aller, mais juste leur dire d'y aller ça ... (souffle, rire).* » (6K3).

C. Avantage relatif

La plupart des personnes interrogées voient des avantages à l'utilisation d'une prescription de nature qui pourrait, grâce à son caractère **adaptable** (cf. point 4.2.D.), toucher une plus **large population** et respecter les besoins de chacun. Ils estiment en effet que les patients autonomes et les non-autonomes pourraient profiter d'une prescription de nature mais d'une manière différente. Certain(e)s médecins évoquent également un avantage face à la prescription de certains **médicaments** « *Moi j'trouve que le fait de prescrire quelque chose, si moi je pouvais prescrire de la nature, euh, je me sentirai, ... Tout ça serait gratifiant. (...) Je préfère leur prescrire de la nature qu'ils prennent un antidépresseur quoi, ça fonctionnerait mieux.* » (1AMG1). De plus, les personnes interviewées admettent le caractère **plus persuasif** d'une prescription face à un conseil oral et perçoivent un avantage dans la **rapidité** de son utilisation, s'il s'agit d'un outil tout fait. Enfin, certains ont exprimé que, grâce au bien-être de leurs patients, cette prescription pourrait induire une **diminution des consultations**.

Mais quelques professionnels de santé relèvent également l'absence d'avantage relatif à prescrire de la nature. Soit parce qu'ils ne voient pas en quoi cela changerait les **habitudes** des patients. « *Moi je pense que si les gens ne le font pas de base euh, il y a pas de raison qu'ils, ...* » (4I). Soit parce que la prescription de la nature n'apporte rien de plus que **ce qui existe déjà** dans leur structure. « (...) *c'est juste un outil en plus quoi.* » (2K3).

D. Capacité d'adaptation

Cette catégorie s'intéresse à la capacité qu'ont les professionnels de santé à adapter la prescription de nature pour qu'elle soit utilisable dans leur pratique.

Lorsque la question « Quelle profession peut prescrire ? » est posée, les 7 maisons médicales répondent à l'unanimité « **tout le monde** ». La prescription de la nature ne relevant pas d'un acte médical à leurs yeux, il est intéressant qu'elle soit accessible à tous les

professionnels de santé. « *Et je trouve que ce serait super chouette que du coup, fin, que ce soit légal que les infirmières puissent prescrire et les kinés aussi, et ça aurait, pour moi, beaucoup plus de sens que tout le monde puisse prescrire en tout cas.* » (6I4).

En plus de la multidisciplinarité de la prescription, les personnes interviewées relèvent d'autres possibilités, voire nécessités d'adaptation. Certaines d'entre elles évoquent la nécessité d'une prescription ayant un caractère soit **collectif**, soit **sportif**. Celles-là expriment que le groupe est plus porteur pour changer les habitudes des patients, ou que le sport est une meilleure manière d'être en contact avec l'extérieur. Mais la plupart des professionnels préfèrent l'adapter en fonction des **besoins** et de la **réceptivité** des patients. En effet, de manière générale, ils s'accordent pour dire que les patients sont différents et qu'un tel projet nécessite de l'adapter à chacun. De plus, certains signalent le besoin d'un **suivi post-prescription** pour son bon fonctionnement. « (...) *moi je me dis que ça peut-être individuel ou collectif mais par exemple que le médecin dise, ou un thérapeute dise "on se revoit dans 2 semaines pour discuter de cette prescription nature et élaborer ensemble peut-être un calendrier, des objectifs, euh, qui évoluent dans le temps", c'est clair qu'à mon avis ça amène plus de succès à ce que le patient le fasse, euh, et après cette organisation du suivi elle peut être multiple mais cette organisation du suivi moi je suis sûre que c'est, ça a plus de succès.* » (2K2).

E. Complexité

Quelques difficultés ont été exprimées lors des entretiens. On retrouve globalement des questionnements quant à la **définition** du mot « prescription » qui, d'après les professionnels, doit être plus précise, voire même changée. « *Mais, le mot prescrire pose problème. Conseiller, prescrire, prescrire c'est souvent une prérogative médicale, parce qu'il y a parfois un remboursement derrière. Donc s'il y a pas de remboursement derrière et qu'il y a prescription, ben, ça dépend de ce qu'on apporte comme signification au mot prescrire.* » (1MG1). De plus, le caractère potentiellement **ésotérique** de la prescription lorsqu'est évoquée la connexion à la nature dérange la plupart des professionnels de santé qui expriment alors une incompatibilité avec leur pratique et avec leurs patients qui ne seraient pas preneurs d'un lien plus spirituel avec la nature. « *Oui m'enfin tu ne peux pas dire à tout le monde "va serrer un arbre dans tes bras ça va te faire du bien" (rires du groupe).* » (1I2). Enfin, certains reconnaissent que l'accueil d'une prescription de nature doit aller de pair avec de nouvelles

habitudes et une nouvelle **construction mentale**, ce qui, d'après eux, demande une évolution plus globale et complexe à engendrer.

Il faut pourtant noter la réflexion de quelques maisons médicales, insistant sur le caractère **sans risque** de l'usage d'une prescription de nature, enlevant une part de complexité. « *Et puis en plus, je ne trouve pas qu'on prend, prenne un grand risque, fin, c'est pas comme si on testait un nouveau médicament, euh, qu'est ce qui va se passer ?* » (5MG2).

F. Coût

Cette dimension questionne les coûts que pourraient engendrer l'innovation. Les réponses sont unanimes : les professionnels de santé interrogés pensent que le coût est un **frein**, mais que dans un projet de prescription de nature, il ne doit pas en être un, acceptant par-là que la nature est **accessible** à tout le monde gratuitement. Certains se questionnent tout de même sur un potentiel **coût de transport**, sans pour autant le présenter comme problématique. « *Euh, une chose évidente aussi c'est que la nature ce n'est pas cher, hein elle est, elle est dehors, il suffit de sortir, et euh, on est avec un public qui est parfois un peu précarisé donc euh, ça reste accessible, plus que d'aller faire un cours d'équitation ou euh, ... (rire)* » (5K). Cependant, une potentielle **aide financière** extérieure serait un **levier** à la pérennisation d'un tel projet.

4.3. Paramètres externes

A. Besoins et ressources des patients

Cette catégorie a été la plus longue à étudier. En effet, il est compréhensible que les professionnels de santé projettent le fonctionnement d'un tel outil sur les personnes directement concernées par celui-ci. Mais en fonction des lieux, les avis divergent. Cette catégorie sera divisée en 3 questions permettant d'évaluer la prise de conscience des professionnels de santé quant aux besoins de leurs patients.

- L'innovation répond-t-elle aux besoins des patients ?

Pour certains, c'est le cas. Les patients ont besoin d'être en **contact avec la nature** « *Oui je pense qu'il y en a beaucoup quand ils vont se promener qui, qui se rendent compte qu'ils ont besoin de la connexion avec la nature.* » (4MG3). L'accent est tout de même souvent porté sur les populations urbaines ou sédentaires qui en éprouveraient encore plus la nécessité que les autres. Ces professionnels de santé expriment que leur patientèle a un **intérêt** pour la nature.

Ils le remarquent grâce au succès des activités de promenades, qui ont certaines fois vu le jour sur la demande de patients. De plus, ils observent parfois des **effets positifs sur la santé** des patients, notamment sur la santé mentale. D'après certaines maisons médicales, les patients ont besoin de **tisser du lien et de faire du sport**. Elles estiment qu'un projet de prescription de nature permet de nourrir ces besoins. « *On essaye d'organiser des choses de manière un petit peu collective pour rendre les choses un peu moins individuelles. Les patients sont quand même souvent laissés à eux-mêmes (...) à la limite il y a déjà des gens qui se revoient même en dehors des marches et qui, euh, ont tissé du lien. Et moi j'entends aussi à travers de ça, tisser du lien avec d'autres, mais avec la nature comme point commun, comme trait d'union, et ça je crois que c'est vraiment très positif* » (1MG1).

Cependant, pour d'autres, l'innovation ne répond pas aux besoins des patients. L'argument principal est que les patients ne sont **pas prêts** pour ce genre d'innovation, car elle s'éloigne trop de la raison principale pour laquelle les patients viennent voir leur médecin. « *les gens ont des attentes parfois par rapport au monde médical au sens large, et là j'inclus tout le monde ici, euh, qui ne correspond pas à s'entendre dire "nature" euh, ... (...) On a des gens qui viennent d'un peu tous les pays, on attend pas d'un médecin qu'il prescrive de la nature. C'est un médicament, c'est des actions, c'est des examens, et donc des fois ça peut être un contre-pied un peu violent pour certaines personnes de se dire, euh, ...* » (6MG4). De plus, ils expriment que certains patients ne sont **pas assez autonomes** et qu'ils ont besoin d'un accompagnement pour faire des activités dehors. Enfin, ces professionnels de santé ne voient pas l'intérêt de prescrire de la nature aux patients **déjà sensibilisés** et trouvent que c'est difficile à mettre en place pour ceux qui le sont moins. « *Les classes sociales les plus défavorisées c'est en général celles qu'il faut aller tirer le plus, mais il faut le faire, parce que si on ne le fait pas ça n'a pas de sens. Parce que des gens comme nous, on sait aller se promener dans la nature, euh, on sait, euh, voir des gens ...* » (4MG1). Il s'agirait surtout d'après eux d'un problème **culturel**, lié aux habitudes de chacun.

- Quels sont les leviers influençant la participation des patients ?

D'après certaines maisons médicales, le caractère **facile, accessible et gratuit** de l'outil et de l'accès à la nature encourage les patients à envisager son utilisation. De plus, ils remarquent un changement de mœurs depuis la crise de la **COVID-19** et ont l'impression que ce facteur pousse déjà la population à se tourner vers la nature « *On le voit dans les ADEPS ça, j'trouve qu'il y a beaucoup plus de monde qu'avant le COVID. Honnêtement on a vu, euh, le*

nombre, euh, augmenter de façon assez considérable. » (4AS). Enfin, le facteur influençant principalement les patients d'après les professionnels de santé est simplement la **confiance** qu'ils ont envers leur maison médicale et plus particulièrement envers leur médecin, donnant du poids aux traitements qui leur sont proposés « *Mais je pense aussi que la prescription, le fait que le médecin donne un papier, euh, fin je remarque les patients, quand le docteur l'a dit de le faire, ha si, si c'est vrai, quand le docteur le dit, euh, il faut le faire, souvent.* » (3K).

- Quels sont les freins influençant la participation des patients ?

Pour certains professionnels travaillant en ville, l'**accès à la nature** en est un. Ils remarquent même parfois une forme de **déconnexion** à la nature par leurs patients. « (...) *en plus quand on est au centre-ville, il y a parfois maintenant plusieurs générations qui n'ont pas ce vécu d'avoir grandi, fin d'avoir passé du temps dans la nature, et donc même les grands parents ne transmettent plus aux parents et à leurs petits-enfants et, c'est, c'est super grave (...)* » (6MG1). Pour d'autres, les patients **manquent de connaissances** sur le sujet et sur les bienfaits liés à la santé. « (...) *et il y a aussi toute une accessibilité à l'information, aux termes qui sont utilisés tout ça, on voit des personnes ici qui sont analphabètes ou en tout cas qui ont un niveau, euh, linguistique qui est parfois plus faible ... ou des, voilà des, des milieux socio-économiques plus, ... et donc il faut s'assurer, balancer une info comme ça, j'suis pas sûr que ça fonctionnerait.* » (7K). Enfin, le frein le plus important concerne la demande d'une quelconque **participation financière** des patients.

La prise de conscience des professionnels de santé sur les besoins et ressources des patients influence très fortement leurs perceptions sur la mise en œuvre d'une prescription de nature.

B. Politiques extérieures et incitations

De manière générale, les maisons médicales souhaitent plus de **reconnaissance** du gouvernement et des instances officielles de santé pour mener à bien ce genre de projet. « (...) *mais je pense qu'on aura aussi besoin d'une reconnaissance du concept au niveau des structures qui ont une valeur euh, fin, la fédération des maisons médicales, euh, pourquoi pas les mutuelles et l'INAMI, pour voilà peut-être un peu plus euh, avoir un truc global que juste nous, la petite maison médicale qui lance un truc. J'ai l'impression que ça nous aiderait.* » (2K2). Elles dénoncent une politique de **prévention peu évoluée** et **peu de sensibilisation** des patients et du personnel de santé sur l'intérêt de la nature pour la santé. Les personnes

interrogées semblent convaincues qu'une **aide financière**, des **remboursements** prévus pour les activités payantes en nature et une **campagne de sensibilisation** pourraient avoir beaucoup d'impact sur l'implication des patients. « *Euh, et s'il y avait une grosse action externe j pense que ça aurait quand même du poids malgré tout au niveau des pouvoirs publics ouais.* » (3MG).

Quelques professionnels de santé reconnaissent pourtant l'existence de certains **subsides** dont ils pourraient bénéficier qui, selon eux, ne sont pas assez connus. « *Moi je pense qu'il y a déjà pas mal de choses qui existent, de financements qui existent, et finalement ce qui manque peut-être le plus c'est une sensibilisation des professionnels.* » (6K3).

C. Accès à la nature

Les maisons médicales interrogées étant de milieux différents, il est intéressant de créer une catégorie relative à la perception de l'accès à la nature par les différents professionnels de santé.

Les deux maisons médicales établies dans un milieu rural ont le même avis : **l'accès à la nature est facile** et permet à leur patientèle d'y avoir recours. De plus, elles imaginent qu'il doit être plus compliqué en ville. « *(...) le levier qu'on a ici c'est d'avoir un accès quand même très direct aussi, je pense que si on était à Liège effectivement ce serait déjà beaucoup plus contraignant si on commence à prescrire la nature à quelqu'un qui a pas de voiture et qui marche pas énormément, euh, ben ...* » (1MG2).

Les maisons médicales établies à Liège ont un avis plus mitigé entre elles. La moitié voit un **accès direct à la nature**, expliquant que la nature est partout autour. « *Et il y a quand même plein de choses à voir. Euh, fin, quand on marche un petit peu dans Liège on est de toute façon dans une, dans un espace vert, on croise un espace vert, on passe à côté, et on peut en profiter, et même quand, pas un grand espace vert, un petit ... Fin il y a des, y a partout, il y a plein de choses, il y a plein de choses à voir.* » (5MG1). L'autre moitié trouve **contraignant** le fait d'être en centre-ville. « *Moi, ce qui me questionne c'est l'accessibilité là, de la nature parce que c'est pas accessible pour tout le monde la nature, on est d'accord que se balader dans les coteaux ici ou se balader dans les fagnes il y a pas le même bien fait au niveau du bol d'air, au niveau de, ...* » (6K1). Ces différences sont notamment liées à l'interprétation du mot « nature » de chacun (cf. point 4.5.A.).

4.4. Paramètres internes

A. Réseaux et communication

A l'unanimité, les professionnels de santé s'accordent pour mettre l'accent sur l'importance d'une **bonne communication** entre eux et envers les patients. D'après eux, un projet de ce type ne fonctionne que si tout le monde explique la même chose aux patients. De plus, un **projet communicationnel** devra être mis sur pied pour les patients pour plus de légitimité des professionnels. « (...) *je pense que si on part d'une explication qui est compréhensible, qui marque tout un chacun, ben on légitimise un peu aussi la prescription et on ne se fait pas passer pour des farfelus quoi.* » (1MG3).

B. Culture

Les maisons médicales interrogées ont des cultures similaires, qu'elles soient en ville ou à la campagne. Pour commencer, l'existence de **groupes de santé communautaire** dans chaque maison médicale leur permet de mettre l'accent sur la **prévention**. « *Ben c'est dans nos missions déjà, nos missions de santé communautaire donc de mettre en place des actions, des projets justement euh, pour travailler sur les déterminants de la santé, euh, les problèmes de santé et voilà, donc tout ça, ...* » (31). Dans ce cadre, la plupart d'entre elles organisent des marches, des potagers communautaires, des balades à vélo, ou d'autres formes d'activités. Généralement, les maisons médicales voient, dans ces activités axées sur le **collectif**, un grand intérêt pour les patients. De plus, certaines maisons médicales expérimentent ou ont expérimenté des formes de **prescription de sport** avec leurs patients. « (...) *nous on avait par exemple des prescriptions, euh, activité physique avec tout ce qui était possible de faire à Liège etc. euh, donc ça on avait déjà fait ici (...)* » (7MG). Enfin, la plupart des professionnels de santé interrogés disent déjà **conseiller** souvent à leurs patients de passer du temps en nature, d'aller marcher ou de prendre l'air. Plusieurs d'entre eux ont déclaré avoir déjà commencé à mettre en pratique des actions similaires à la prescription de nature pour leurs patients « (...) *en y réfléchissant je me rends compte que je, j'en parle souvent et que, même à certains moments je prescris fin je, je fais des, des devoirs en disant "vous devez aller 3 fois 15 minutes sur la semaine dehors" et je leur demande de remplir (...) l'activité physique, ce qu'ils ont fait dedans ce qu'ils ont fait dehors, donc en fait je prescris déjà un peu de la nature, je crois, ou de l'activité physique (...).* » (5MG2).

C. Climat de mise en œuvre

De manière générale, les groupes de professionnels interrogés ont un **intérêt** pour l'installation d'un outil de prescription de nature. Le sujet les intéresse, a du sens, et suscite leur curiosité. Cependant, son adoption doit également faire face aux besoins et craintes des professionnels. Ces derniers accordent de l'importance à une bonne **structure** de l'outil, mais également à l'**officialisation** du projet par une plus haute instance. Ils expriment une peur de l'**essoufflement** du projet s'il ne rentre pas dans un cadre plus organisé. On retrouve également quelques questionnements sur le temps nécessaire au **changement de paradigme** dans la société pour accueillir durablement ce projet. Pour finir, quelques professionnels de santé s'interrogent sur leur **rôle** dans l'installation d'une prescription de nature et sur le reflet de la société. « *Et euh, ben je trouve que c'est chouette et à la fois dommage que ce soit pas un peu plus inscrit enfin dans nos modes de fonctionnement et qu'on soit obligés de passer par ça pour nous raccrocher en fait à la nature et à l'environnement.* » (6I3).

- Compatibilité

Malgré certaines craintes questionnant la mise en œuvre, les professionnels de santé interrogés s'accordent tous sur le caractère **compatible** des maisons médicales avec le projet de prescription de nature. Quel que soit leur environnement, ils voient une force dans leurs **équipes pluridisciplinaires** pour faciliter l'accompagnement des patients. Ils prennent souvent l'exemple opposé de la médecine à l'acte qui, pour eux, aurait plus de difficultés à mettre en place ce genre de projet. « *Et l'encadrement est différent, on a un encadrement multidisciplinaire, un médecin solo je l'imagine mal, euh, encadrer, euh, fin je l'imagine mal, ... Quand il n'est pas là, qui est ce qui s'occupe des autres patients ? Donc ici, ça permet de détacher du temps pour ça, c'est encadré par les infirmières, parfois une secrétaire, un médecin, ...* » (1MG4). Les maisons médicales se sentent compatibles au niveau **structurel** mais aussi grâce aux **subsides** qu'elles perçoivent et à leur **réseau**. « *Moi je pense que les avantages que l'on a c'est, euh, on a une mission de santé communautaire, on a une capacité d'encadrement des activités, on a même de par là, ... les financements forfaitaires le moyen de, investir éventuellement dans, euh, le fait de demander les services de quelqu'un de nous aider à faire cela, donc ça fait quand même beaucoup, beaucoup d'éléments qui font qu'on, on a plus de facilités de ce point de vue-là outre le fait de ce que j'ai déjà dit à savoir le fait qu'on peut contacter nos patients, on peut les inviter, on peut les, voilà ...* » (1MG1). Enfin, elles

estiment avoir une **culture** compatible avec un projet de prescription de nature puisqu'elles mettent déjà des choses en place qui sont similaires (cf. point 4.4.B.).

- Priorité relative

La priorité d'un projet de prescription de nature diverge chez les personnels de santé interrogés, bien qu'ils y trouvent communément de l'intérêt et que certains souhaiteraient le mettre en pratique. Les professionnels perçoivent généralement l'importance d'une connexion à la nature, mais la plupart imagine plus la mise en place de ce projet dans des objectifs collectifs ou sportifs que pour du lien avec la nature. De plus, certains perçoivent d'autres priorités comme l'éducation des enfants, les conditions de travail ou la végétalisation des villes.

D. Ressources disponibles

De manière générale, lorsque la question des ressources disponibles est posée, les maisons médicales ont une même réponse : les ressources sont là, qu'elles soient humaines ou financières, mais le frein principal est **le temps**. En effet, que ce soit pour des explications lors des consultations avec les patients ou pour mettre en place une activité collective, le temps est perçu comme le frein majeur. *« Oui, après c'est la question du temps, moi je ne demande que ça hein, moi j'ai une balade qui est prête dans le quartier X, moi je la fais quand on veut à 10, 15, 20 patients, une fois, 5 fois si on me libère du temps pour ça, aucun problème (...). » (5MG1).* Une infirmière a cependant déclaré : *« Moi je me sens un peu surchargée pour le moment mais je me dis « c'est pas quelque chose qui va me demander plus de temps, c'est quelque chose que je peux déjà intégrer dans, dans les choses que je, qui sont déjà en place que je fais ». » (5I).*

E. Accès à la connaissance et à l'information

Les professionnels de santé déclarent un **manque d'accès** à la connaissance et à l'information. Ils reviennent alors surtout sur leur **formation** de soignant qui, d'après eux, n'accorde pas de temps à la prescription de la nature. Certains pensent cependant que l'information est facilement atteignable moyennant un peu de recherche. *« (...) c'est des choses pour lesquelles personne n'a été formé ici. Nous on a été formés à la santé, pas à la gestion de, d'activités même si c'est super chouette hein, je ne dis pas, mais ... Je crois que ça pourrait être un frein, mais c'est pas, euh, insurmontable non plus quoi. » (1AMG1).*

4.5. Caractéristiques des individus

A. **Connaissances et croyances sur l'innovation :**

Au début de chaque interview, un tour de table a été réalisé afin que chacun se présente et exprime en deux mots son état de connaissance sur le sujet. On constate que globalement, la plupart des personnes ne connaissent pas le sujet et peu en ont entendu parler ou le maîtrisent. Dans les 7 maisons médicales, les professionnels de santé ont des **questions** relatives à la connaissance du sujet et des **attentes** d'en savoir plus. « *Nous ce qu'on aimerait savoir c'est, c'est quoi la prescription de nature qui est faite ailleurs et euh, le cadre de remboursement, qu'est-ce qu'on cherche, qu'est-ce qu'on cible comme public, est ce que c'est tout public, est ce que c'est lié à des pathologies particulières, euh, ...* » (1MG4). Certains expliquent avoir entendu parler du projet dans **d'autres pays**, sous différentes formes. Ils sont cependant tous persuadés des **bienfaits** de la nature sur la santé, que ça soit pour leur utilisation personnelle ou pour conseiller aux patients. « *(...) c'est vrai que, euh, même quand on va se balader, même seul ou accompagné, euh, aller, euh, dans les bois, c'est vrai que c'est, un bon bol d'air frais comme ça, ça fait que du bien (...)* » (6K5).

La difficulté majeure rencontrée est liée à la **définition** même du mot « nature ». Ce manque de définition a suscité beaucoup de questions et de débats. Qu'appelle-t-on « nature » ? La nature se trouve-t-elle en ville ? De quelle nature avons-nous besoin pour un impact sur notre santé ? Et de ce fait, les définitions que les professionnels de santé donnent à la prescription de nature, et les connaissances qu'ils ont, sont généralement différentes en fonction de leur **croyance** de ce qu'est la nature.

V. **Discussion et perspectives**

5.1. Discussion

Actuellement, de plus en plus d'études permettent de mettre en lumière les bénéfices d'un contact à la nature sur la santé des humains (79–81), mais également les résultats positifs des prescriptions de nature qui se développent de plus en plus à travers le monde (82,83). Bien que les preuves scientifiques ne manquent pas, et que les professionnels de santé accordent progressivement de l'importance à la nature dans leur prise en charge (55), le système de santé belge n'a pas encore adopté de programme de prescription de nature. Le rapport du CSS de Novembre 2021 reconnaît l'impact positif de la nature sur la santé, appelle

à continuer les recherches dans le domaine mais n'établit aucune recommandation sur la mise en place d'un tel programme (55).

À ce jour, en Belgique, aucune étude n'a encore été réalisée auprès du personnel soignant. Dès lors, cette étude se veut exploratoire et son objectif principal vise à déterminer les perceptions des professionnels de santé travaillant en maison médicale, en région liégeoise, sur le concept innovant de prescription de nature et sur sa mise en œuvre. Elle donne également l'occasion de relever les principaux freins et leviers de ce même sujet et de fournir des recommandations. L'utilisation du modèle CFIR permet de souligner de manière structurée les principaux avis des professionnels de santé interrogés et de mettre en exergue l'influence des perceptions de ces derniers sur la tension de la mise en œuvre de l'outil. Cette étude permet donc de répondre à la question de recherche : ***Quelles sont les perceptions des professionnels de santé en maisons médicales sur la prescription de la nature, ainsi que sur les freins et les leviers à sa mise en œuvre, en région liégeoise ?***

De cette analyse qualitative des perceptions des professionnels de santé ressortent 7 points essentiels à la compréhension du phénomène. Ces points sont exprimés sous la forme de 3 leviers et de 4 freins. Ensuite une définition des concepts de « nature » et de « prescription de nature » est proposée, puisque le manque de définition du sujet s'est avéré être une difficulté majeure pour la compréhension du travail lors de la relecture.

Pour commencer, il ressort de cette étude que **1** ; les **paramètres internes des maisons médicales sont positifs** à la mise en place d'une prescription de nature. Qu'il s'agisse de leur culture, de leur perception de la compatibilité avec le projet ou des ressources disponibles, les résultats indiquent que les maisons médicales semblent être des endroits adéquats pour l'installation d'une prescription de nature. Grâce à leurs équipes pluridisciplinaires et leur objectif de santé communautaire, elles possèdent les ressources nécessaires pour proposer la nature aux patients. D'ailleurs, dans toutes les maisons médicales rencontrées, certains professionnels plus sensibilisés développent déjà des projets liés à la nature ou souhaitent en mettre en place. La plupart d'entre eux conseillent vivement aux patients d'aller dehors et plusieurs activités communautaires mettent en lien, parfois sans que ça soit le but premier, les patients à la nature. **2** ; Ensuite, **les croyances des professionnels de santé concernant la nature sont généralement positives**. Ils perçoivent les bienfaits de la nature sur la santé et certains en font l'expérience eux-mêmes. Ils accordent de l'intérêt aux projets de santé liés à la nature et pensent qu'ils sont bénéfiques pour les patients notamment grâce au caractère

gratuit et accessible de la nature. La plupart du temps, lorsqu'ils imaginent une prescription de nature, les professionnels de santé l'intègrent à un projet social ou d'activité physique. Cela suit les recommandations du CSS de novembre 2021 (55), ou encore le projet de « *green social prescribing* » en Angleterre (84). Le groupe social est en effet reconnu comme ayant un impact positif sur une adhérence à un projet de santé lié à la nature (85). Peu nombreux sont ceux qui imaginent, pour la santé des patients, une connexion ésotérique à la nature. Cependant, bien que les priorités soient parfois ailleurs, le personnel soignant montre un certain intérêt puisqu'ils sont plusieurs à proposer des adaptations qui pourraient convenir à leur maison médicale ou à leurs patients, en fonction des croyances de chacun. Cette possibilité d'adaptation est importante car elle répond au besoin de solitude de certains patients (86) et au besoin de contact social des autres (87). Elle permet donc de toucher une plus large population. **3** ; Enfin, **l'influence du personnel soignant sur les patients est un levier**. Comme présenté dans la littérature (36), ils sont beaucoup à constater qu'une prescription écrite a plus de poids qu'un conseil oral, qu'il s'agit d'un symbole fort et connu de tous, surtout s'il est donné par un médecin, bien qu'ils souhaitent à l'unanimité que chaque professionnel de santé puisse prescrire de la nature. Cependant, pour que la prescription soit un levier pour eux, ils souhaitent que cette prescription soit officielle et structurée et qu'elle puisse donner suite à un remboursement ou à l'accès gratuit à une activité. Ils sont alors généralement d'accord pour dire qu'une telle prescription serait facile d'utilisation, rapide et sans contrainte. Les professionnels de santé remettent en question le mot « prescription » si cette dernière ne donne pas accès à un remboursement et qu'elle n'a pas les valeurs d'une vraie prescription. Elle s'apparente alors plutôt à un conseil.

Cette étude rencontre également des difficultés. **1** ; **Les plus importantes concernent les patients**. En effet, bien que les professionnels de santé voient un intérêt de proposer du temps à passer en nature pour la santé de leurs patients, ils rencontrent des limites. Pour eux, les patients n'ont pas assez de connaissances de la pratique et risquent de présenter un scepticisme à la réception d'une prescription de nature, comme constaté dans les résultats d'une étude de Tambyah et al's. (50). Certains sont dans un système médico-centré où ils attendent une réponse médicale à leur problème. Ils donnent comme explication la différence de culture et d'habitudes. De plus, ils n'ont pas confiance en la motivation des patients à utiliser une prescription de nature de manière pérenne, et pensent que s'il n'y a pas de suivi organisé le projet risque de s'essouffler rapidement. Certains professionnels de santé mettent

en question l'autonomie des patients à utiliser seuls une prescription de nature. Pour eux, cela doit s'inscrire dans un projet social, accompagné par des experts qui vont guider les patients jusqu'à observation de résultats positifs. Bien que certaines études prouvent les résultats positifs des prescriptions sur la santé dans d'autres pays (83), il existe encore peu d'études concernant le changement de comportement des patients et l'adhésion à ce genre de pratique (35). Le personnel soignant dénonce également une difficulté à l'accès de la nature pour les patients habitant en ville. Certains déclarent pouvoir y trouver de la nature comme dans des parcs ou au bord d'une rivière, mais d'autres n'imaginent les bienfaits de la nature qu'en forêt, à la mer ou en montagne. Les bienfaits de la nature sont propres à chacun en fonction de leur vécu (85). Mais il y a un intérêt à développer les espaces naturels en ville pour réduire les inégalités d'accès à la nature (88). **2** ; Ensuite, **les politiques extérieures sont vécues comme des freins** par les professionnels de santé, mais pourraient être des leviers. Ils dénoncent le manque d'initiatives liées à la nature, de sensibilisation du grand public, et de reconnaissance générale envers la prévention de la santé. Bien que la prescription de nature ne soit pas à l'œuvre en Belgique, il existe des initiatives et des recommandations pour améliorer le lien des Belges à la nature (55,57,89). Les maisons médicales sont généralement d'accord de mettre en place un projet de prescription de nature mais souhaitent une officialisation par les pouvoirs publics afin de la rendre plus crédible, légitime mais aussi pérenne. Elles s'accordent également pour dire qu'une aide financière favoriserait le développement d'un projet avantageux pour tous, permettant des accords avec des centres sociaux ou sportifs. **3** ; Ensuite, **le temps a été perçu comme un frein important** par tous les professionnels de santé (à l'exception de quelques-uns). En effet, comme l'annonce le CSS dans son rapport de Novembre 2021 (55), le temps des professionnels de santé à consacrer à la mise en place d'un projet de prescription de nature est relativement restreint. Certains peuvent dégager du temps pour des missions de santé communautaire, mais les autres le vivent comme un frein. Le développement d'un outil rapide et facile d'utilisation, par exemple via la technologie, aurait donc un vrai intérêt (90). **4** ; Pour finir, les professionnels de santé semblent **manquer de connaissances**. Bien que des informations sur la prescription de nature aient été envoyées au préalable dans chaque maison médicale et que des informations orales ont débuté chaque séance, les professionnels de santé ont exprimé un grand nombre de questions lors des entretiens. La connaissance en soi n'est pas un frein à la mise en place de l'innovation. Cependant, elle a des répercussions sur plusieurs paramètres, notamment sur le besoin de

preuves. En effet, malgré le nombre de preuves scientifiques prouvant une corrélation entre une bonne santé et un contact proche de la nature (7,10,15,17,18,80,81), les professionnels de santé estiment ne pas avoir assez de preuves leur permettant de se sentir plus légitimes et plus crédibles lors d'une prescription pour un patient. De plus, ils déclarent avoir un manque d'accès à cette connaissance, leurs formations ne donnant pas de telles informations sur le sujet.

Enfin, d'après les différentes lectures et recherches réalisées lors de ce travail, il a été jugé pertinent de proposer une **définition** du concept « nature » et de « prescription de nature ». La nature peut se définir comme : « L'ensemble des êtres vivants et non vivants, indépendamment de l'activité humaine, et l'environnement dans lequel ces organismes se manifestent. Ce concept couvre les zones urbaines autant que les périphéries ». Dans ce contexte, la prescription de nature peut se définir comme : « L'instruction écrite et officielle d'un professionnel de santé, à l'intention des patients, à l'utilisation de la "nature" pour améliorer la santé et/ou la qualité de vie de ces derniers. Cette instruction peut avoir un cadre curatif ou préventif et se réalise au moyen de temps passé en contact avec la "nature" sous de multiples formes, permettant une connexion à cette dernière. ». Ces définitions sont issues d'une interprétation personnelle, enrichie des lectures, réflexions et des discussions avec les professionnels de santé.

- Recommandations

Un des objectifs de cette étude était d'établir des recommandations pour la mise en place d'une prescription de nature. Sur base de l'analyse, il semble important de fournir aux professionnels de santé des informations claires et scientifiques sur l'utilisation de nature en santé, mais également de fournir aux patients des informations, peut-être plus simplifiées. Dans les deux cas, une campagne de sensibilisation et de communication devrait être mise sur pied. Une formation sur la « prescription de nature » devrait également être proposée par l'INAMI. Pour permettre une meilleure compréhension et connaissance du sujet par la population des professionnels de santé, un groupe de travail sur la description précise de « nature » et de « prescription de nature » devrait être envisagé. Ensuite, l'outil de prescription doit pouvoir être modulable en fonction des besoins différents des patients. L'outil de prescription de nature doit être facile à utiliser et rapide, afin d'éviter de faire perdre du temps au professionnel de santé. L'utilisation de la technologie peut donc être un levier. Une revue de la nature aux alentours du quartier de la maison médicale doit être envisagée

afin de mieux connaître ce qui existe autour de soi. Cette revue peut être réalisée avec un guide nature pour être encore plus utile. Pour une utilisation régionale de la prescription et non limitée dans le temps, cette dernière gagnerait à être officielle, structurée et reconnue par une instance gouvernementale. Elle gagnerait également à être en lien avec des centres sociaux ou sportifs. Et enfin, une prescription de nature doit être accessible à tous les professionnels de santé afin de toucher un plus large public et de ne pas ajouter du travail aux médecins.

5.2. Forces

Une force de ce travail est liée au nombre de personnes interrogées et à l'hétérogénéité du groupe final (91). La grande mixité des professions a permis de confronter différents points de vue. Grâce à cela, de nombreuses et riches données ont pu être récoltées. L'utilisation d'entretiens en groupes focalisés constitue également une force (70) puisque, comme dit précédemment, ils permettent une confrontation entre professionnels. Une autre force est le caractère innovant de la recherche. En effet, les recherches menées n'ont pas abouti à la découverte d'une étude sur la prescription de la nature en Belgique, bien que la littérature en propose ailleurs dans le monde. Grâce à ce travail, d'autres études pourront se développer. Le caractère innovant de la recherche s'est également avéré être attrayant pour les professionnels de santé, qui ont régulièrement demandé de pouvoir en savoir plus à propos du sujet et étaient intéressés de recevoir une présentation du projet. Enfin, l'utilisation du modèle CFIR a permis une rapidité d'identification des thèmes ainsi que des perceptions, freins et leviers, de manière détaillée (92).

5.3. Limites

Cette étude a un but exploratoire en Belgique. Dans ce cadre, une grande littérature concernant les autres pays existe mais très peu de données plus locales ont été trouvées, ne permettant pas d'appuyer ce travail. De plus, il existe une limite spatio-temporelle, puisque dans un souci de temps et de limite d'échantillonnage, la région de Liège uniquement a été étudiée. Cette étude ne peut donc pas se généraliser à la Belgique. Ensuite, au vu du grand nombre de données récoltées, tout n'a pas pu être présenté dans les résultats. Une certaine sélection a dû être opérée afin de respecter une limite imposée dans ce travail. Bien que de

nombreuses lectures aient été réalisées, ces dernières n'ont à chaque fois été proposées que par une même personne. Cette étude avait pour but d'arriver à une saturation de données (68). Cependant, la saturation n'a pas pu être vérifiée pour tous les codes, même si elle est atteinte dans la plupart. Le modèle CFIR présente lui aussi certaines limites. Bien que très bien monté pour l'analyse d'une nouvelle implémentation, le nombre de critères qu'il propose est très élevé. Aussi, pour une interview de maximum une heure, il est difficile de respecter le grand nombre de questions qu'il propose afin de survoler l'entièreté du modèle (93).

Lors de cette recherche, deux biais sont rencontrés. Un biais d'intérêt, puisqu'il apparaît que les maisons médicales ayant répondu à la demande ont semblé être des maisons médicales déjà sensibilisées par le sujet et y trouvant un intérêt. Il est cependant difficile d'affirmer cette donnée puisqu'aucune preuve ne le permet. Le deuxième biais est lié aux groupes focalisés. En fonction des maisons médicales, le nombre de participants a varié de 3 à 19. Cette donnée peut être un biais puisqu'elle induit un temps de parole différent dans les groupes. En début de chaque interview, un rappel du respect de l'écoute de chacun et la demande du point de vue de chacun étaient réalisés, permettant des entretiens calmes et bien organisés.

5.4. Perspectives

Les caractères innovants et exploratoires de cette étude lui donnent de multiples possibilités de perspectives. Par exemple, il serait intéressant de réaliser la même étude auprès des médecins généralistes indépendant(e)s, et des autres professionnels de santé indépendants, afin d'avoir leurs perceptions. Cette information permettrait d'adapter d'une meilleure manière, ou non, la prescription de la nature. De plus, des études quantitatives et/ou qualitatives sur l'avis des patients quant à l'utilisation d'une prescription apporteraient un éclairage supplémentaire. Il est intéressant, lors de la construction d'un nouveau projet, de le concevoir de manière horizontale et donc d'intégrer l'avis des patients en plus de celui des professionnels de santé (94). Un projet pilote en Belgique sur l'utilisation d'une prescription de nature permettrait d'avoir plus de données sur l'adhérence des patients. Ensuite, une étude évaluant la différence entre une prescription de nature en groupe ou individuelle serait intéressante. Enfin, une même étude que celle-ci, quantitative et à plus grande échelle permettrait, ou non, d'apporter plus de poids aux résultats de cette étude.

VI. Conclusion

En conclusion, cette étude souligne l'importance de la prescription de nature dans le domaine de la santé, avec des bénéfices documentés sur la santé des individus. Malgré la reconnaissance croissante de cette approche par les professionnels de santé et les résultats positifs observés à l'échelle mondiale, le système de santé belge n'a pas encore adopté de programme officiel de prescription de nature, bien que le rapport de novembre 2021 du CSS reconnaisse l'impact positif de la nature sur la santé et appelle à poursuivre les recherches dans ce domaine. Cette reconnaissance souligne l'actualité et la pertinence de ce sujet dans le contexte actuel. De plus, la prise de conscience croissante des problèmes climatiques et de l'urbanisation renforce l'importance de développer des approches innovantes pour préserver la santé des individus. Les acteurs de promotion de santé ont intérêt à se pencher sur les points de la charte d'OTTAWA (95) qui invitent à créer des milieux favorables et à élaborer une politique publique saine, dans le but de favoriser la santé des populations tout en protégeant la nature.

Ce travail de recherche met en évidence des perceptions favorables à la prescription de nature. Les maisons médicales présentent des paramètres internes propices à cette approche, et les professionnels reconnaissent les bienfaits de la nature sur la santé. Cependant, des freins subsistent, tels que le scepticisme des patients, le manque de connaissances et les contraintes temporelles. Pour favoriser la mise en place d'un tel programme, il serait nécessaire de fournir, autant que faire se peut, des preuves scientifiques convaincantes, de développer des espaces naturels en milieu urbain et de sensibiliser les politiques. Ces résultats peuvent guider l'élaboration future d'un programme de prescription de nature en Belgique, en prenant en compte l'urbanisation et les problèmes climatiques.

Dans un contexte mondial où de plus en plus de pays adoptent des initiatives liées à la nature et à la santé, il est important que la Belgique se positionne également en tant que précurseur dans ce domaine. L'adoption d'un tel programme de prescription de nature pourrait avoir des effets positifs, non seulement sur la santé mentale et physique des individus, mais aussi sur la promotion d'un mode de vie durable et la préservation de l'environnement face aux nombreux défis actuels. Les résultats de cette recherche ont comme espoir de guider des décisions politiques et des actions futures dans ce domaine, mais également de guider les humains vers une reconnexion à la nature.

VII. Bibliographie

1. Groupe Intersyndical de l'industrie Nucléaire. Les enjeux majeurs du 21ème siècle. Débat public Projet Penly 3. 2010;Cahier d'acteurs n° 24.
2. Rockström J, Steffen W, Noone K, Persson Å, Chapin FSI, Lambin E, Lenton T, Scheffer M, Folke C, Schellnhuber HJ, et al. Planetary Boundaries: Exploring the Safe Operating Space for Humanity. *Ecology and Society* [Internet]. 2009 [cited 2023 Aug 8];14. doi: 10.5751/ES-03180-140232.
3. Tanner A, Gretz M, Spahr C, Fragnière A, Senn N. 9 – Les limites planétaires et la santé in SANTE ET ENVIRONNEMENT [Internet]. *Revue Medicale Suisse*. 2022 [cited 2023 Aug 8]. Available from: <https://www.revmed.ch/livres/sante-et-environnement/partie-2-environnement-sante-et-societe-perspectives-multidisciplinaires/perspective-des-sciences-de-l-environnement/9-les-limites-planetaires-et-la-sante>.
4. Ratima M, Martin D, Castleden H, Delormier T. Les voix et les systèmes de connaissances des populations autochtones : promouvoir la santé planétaire, l'équité en santé et le développement durable, maintenant et pour les générations futures. *Glob Health Promot*. 2019;26:93–96. doi: 10.1177/1757975919838729.
5. Ivers R, Astell-Burt T. Nature prescribing in general practice [Internet]. *Australian Journal of General Practice*. 2023 [cited 2023 Jul 6]. Available from: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2023/april/nature-prescribing-in-general-practice>.
6. Jedwab R, Christiaensen L, Gindelsky M. Demography, urbanization and development: Rural push, urban pull and ... urban push? *Journal of Urban Economics*. 2017;98:6–16. doi: 10.1016/j.jue.2015.09.002.
7. Bolon I, Cantoreggi N, Simos J, Ruiz de Castañeda R. Espaces verts et forêts en ville : bénéfiques et risques pour la santé humaine selon l'approche « Une seule santé » (One Health): *Santé Publique*. 2019;S1:173–186. doi: 10.3917/spub.190.0173.
8. Bosker M. City origins. *Regional Science and Urban Economics*. 2022;94:103677. doi: 10.1016/j.regsciurbeco.2021.103677.
9. United Nations D of E and SA. World Urbanization Prospects : The 2014 Revision [Internet]. Population division; 2015 [cited 2022 Aug 10]. Available from: <https://population.un.org/wup/publications/files/wup2014-report.pdf>.
10. Cox DTC, Shanahan DF, Hudson HL, Fuller RA, Gaston KJ. The impact of urbanisation on nature dose and the implications for human health. *Landscape and Urban Planning*. 2018;179:72–80. doi: 10.1016/j.landurbplan.2018.07.013.
11. European Investment Bank. Une histoire de nos villes: l'Europe et son développement urbain de 1970 à 2020. [Internet]. LU: Publications Office; 2018 [cited 2022 Aug 3]. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2867/61641>.

12. Talandier M. L'exode urbain a commencé [Internet]. *Transitions & Energies*. 2020 [cited 2023 Jul 3]. Available from: <https://www.transitionsenergies.com/exode-urbain/>.
13. Lederbogen F, Kirsch P, Haddad L, Streit F, Tost H, Schuch P, Wüst S, Pruessner JC, Rietschel M, Deuschle M, et al. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature*. 2011;474:498–501. doi: 10.1038/nature10190.
14. Ye C, Schröder P, Yang D, Chen M, Cui C, Zhuang L. Toward healthy and liveable cities: a new framework linking public health to urbanization. *Environ Res Lett*. 2022;17:064035. doi: 10.1088/1748-9326/ac70eb.
15. Bratman GN, Hamilton JP, Daily GC. The impacts of nature experience on human cognitive function and mental health: Nature experience, cognitive function, and mental health. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2012;1249:118–136. doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.06400.x.
16. Watson RT, Baste IA, Larigauderie A, Leadley P, Pascual U, Baptiste B, Demissew S, Dziba L, Erpul G, Fazel A, et al. IPBES : Summary for policymakers of the global assessment report on biodiversity and ecosystem services of the intergovernmental Science Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services. 2019;56.
17. Cooper Reed A, Haldane V, Mincer J, McDermott E, Rawlyk B. Nature prescribing in Canada: a trainee led discussion on implementation and educational opportunities. *The Journal of Climate Change and Health*. 2021;4:100040. doi: 10.1016/j.jocl.2021.100040.
18. Chaudhury P, Banerjee D. "Recovering With Nature": A Review of Ecotherapy and Implications for the COVID-19 Pandemic. *Front Public Health*. 2020;8:604440. doi: 10.3389/fpubh.2020.604440.
19. Mayer FS, Frantz CM. The connectedness to nature scale: A measure of individuals' feeling in community with nature. *Journal of Environmental Psychology*. 2004;24:503–515. doi: 10.1016/j.jenvp.2004.10.001.
20. Selin K. A growing disconnection from nature is evident in cultural products. London Business School [Internet]. 2016 [cited 2023 Apr 5];
21. Koselka EPD, Weidner LC, Minasov A, Berman MG, Leonard WR, Santoso MV, de Brito JN, Pope ZC, Pereira MA, Horton TH. Walking Green: Developing an Evidence Base for Nature Prescriptions. *IJERPH*. 2019;16:4338. doi: 10.3390/ijerph16224338.
22. Brunin F. La "nature", outil thérapeutique de réduction du stress : enquête d'opinion auprès d'assistants en médecine générale. [Mémoire de fin d'études]. [Bruxelles]: Université libre de Bruxelles; 2019.
23. Castell C. Naturaleza y salud: una alianza necesaria. *Gaceta Sanitaria*. 2020;34:194–196. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.05.016.

24. Muraille E. L'approche One Health : un changement de paradigme indispensable en santé publique. *Infor Santé*. 2021;381:4–10.
25. James JJ, Christiana RW, Battista RA. A historical and critical analysis of park prescriptions. *Journal of Leisure Research*. 2019;50:311–329. doi: 10.1080/00222216.2019.1617647.
26. Tipton CM. The history of “Exercise Is Medicine” in ancient civilizations. *Advances in Physiology Education*. 2014;38:109–117. doi: 10.1152/advan.00136.2013.
27. Arsenijevic J, Groot W. Physical activity on prescription schemes (PARS): do programme characteristics influence effectiveness? Results of a systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*. 2017;7:e012156. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012156.
28. Chenuel B. Mise au point : la prescription médicale d'activité physique adaptée en pratique. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2020;34:116–121. doi: 10.1016/j.nupar.2019.12.006.
29. Changement climatique et santé des populations : vers un agenda de recherche interdisciplinaire: Environnement, Risques & Santé. 2022;21:266–274. doi: 10.1684/ers.2022.1658.
30. Wood CJ, Polley M, Barton JL, Wicks CL. Therapeutic Community Gardening as a Green Social Prescription for Mental Ill-Health: Impact, Barriers, and Facilitators from the Perspective of Multiple Stakeholders. *IJERPH*. 2022;19:13612. doi: 10.3390/ijerph192013612.
31. Robinson J, Breed M. Green Prescriptions and Their Co-Benefits: Integrative Strategies for Public and Environmental Health. *Challenges*. 2019;10:9. doi: 10.3390/challe10010009.
32. Elaine B, Nature Prescriptions RSPB Scotland. Nature Prescriptions : Supporting the health of people and nature. A report on the outcomes of an urban pilot of Nature Prescriptions in Edinburgh. [Internet]. Scotland: RSPB; 2020 [cited 2022 Apr 13]. p. 30. Report No.: 100021787 030-0313-21–22. Available from: <https://www.rspb.org.uk/globalassets/downloads/documents/nature-prescriptions/Edinburgh-pilot-final-report.pdf>.
33. prescription, n.1 [Internet]. OED Online. Oxford University Press; [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://www.oed.com/view/Entry/150650>.
34. Ivers R, Astell-Burt T. Nature Rx: Nature prescribing in general practice. *Aust J Gen Pract*. 2023;52:183–196. doi: 10.31128/AJGP-01-23-6671.
35. Kondo MC, Oyekanmi KO, Gibson A, South EC, Bocarro J, Hipp JA. Nature Prescriptions for Health: A Review of Evidence and Research Opportunities. *IJERPH*. 2020;17:15. doi: 10.3390/ijerph17124213.
36. Swinburn BA, Walter LG, Arroll B, Tilyard MW, Russell DG. The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *Am J Public Health*. 1998;88:288–291. doi: 10.2105/AJPH.88.2.288.

37. Hansen MM, Jones R, Tocchini K. Shinrin-Yoku (Forest Bathing) and Nature Therapy: A State-of-the-Art Review. *IJERPH*. 2017;14:851. doi: 10.3390/ijerph14080851.
38. Park BJ, Tsunetsugu Y, Kasetani T, Kagawa T, Miyazaki Y. The physiological effects of Shinrin-yoku (taking in the forest atmosphere or forest bathing): evidence from field experiments in 24 forests across Japan. *Environ Health Prev Med*. 2010;15:18–26. doi: 10.1007/s12199-009-0086-9.
39. Green Prescriptions – Te Whatu Ora - Health New Zealand [Internet]. [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://www.tewhatauora.govt.nz/our-health-system/preventative-healthwellness/green-prescriptions-2/>.
40. Jepson R, Cameron H, Robertson R. Green prescription schemes: mapping and current practice.
41. Hickey L. Green Prescription Active families Survey - Final Report. 2010;
42. Anderson Y, Taylor G, Grant C, Fulton R, Hofman P. The Green Prescription Active Families programme in Taranaki, New Zealand 2007–2009: Did it reach children in need? *J Prim Health Care*. 2015;7:192. doi: 10.1071/HC15192.
43. ParkRx [Internet]. Parkrx. 2014 [cited 2023 Apr 24]. Available from: <https://www.parkrx.org/about>.
44. Prescri-Nature: Une Prescription de Temps Passé en Nature - Prescripteurs [Internet]. [cited 2023 May 23]. Available from: <https://www.prescri-nature.ca/prescripteurs#Fiches-pour-les-patients>.
45. Murdoch D. US Doctors are Prescribing Nature in 35 States [Internet]. Nature Connection Guide. 2019 [cited 2023 Jul 6]. Available from: <https://natureconnectionguide.com/us-doctors-are-prescribing-nature-in-34-states/>.
46. Case for Nature Prescriptions | PRA - Nature Prescribed [Internet]. Park Rx America. [cited 2023 Apr 24]. Available from: <https://parkrxamerica.org/providers/case-for-nature-prescriptions.php>.
47. Lovasi GS, O’Neil-Dunne JPM, Lu JWT, Sheehan D, Perzanowski MS, MacFaden SW, King KL, Matte T, Miller RL, Hoepner LA, et al. Urban Tree Canopy and Asthma, Wheeze, Rhinitis, and Allergic Sensitization to Tree Pollen in a New York City Birth Cohort. *Environmental Health Perspectives*. 2013;121:494–500. doi: 10.1289/ehp.1205513.
48. Sanchez-Badini O, Innes JL. La forêt et les arbres : une perspective de santé publique: *Santé Publique*. 2019;S1:241–248. doi: 10.3917/spub.190.0241.
49. Manuel DG, Kwong JC. Healthy trees make a healthy wood. *Journal of Public Health*. 2010;32:14–15. doi: 10.1093/pubmed/fdq004.
50. Tambyah R, Olcoñ K, Allan J, Destry P, Astell-Burt T. Mental health clinicians’ perceptions of nature-based interventions within community mental health services: evidence from Australia. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:841. doi: 10.1186/s12913-022-08223-8.

51. Patel A, Kolt G, Keogh J, Schofield G. The Green Prescription and older adults: what do general practitioners see as barriers? *J Prim Health Care*. 2012;4:320. doi: 10.1071/HC12320.
52. Population urbaine (% du total) | Data [Internet]. [cited 2022 Aug 10]. Available from: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.URB.TOTL.IN.ZS>.
53. Appels à projets de végétalisation | Actualités | La biodiversité en Wallonie [Internet]. [cited 2023 Apr 25]. Available from: <http://biodiversite.wallonie.be/fr/10-05-2022-appels-a-projets-de-vegetalisation.html?IDD=6773&IDC=3772>.
54. Projets urbains [Internet]. perspective.brussels. 2017 [cited 2023 Apr 25]. Available from: <https://perspective.brussels/fr/projets>.
55. Conseil Supérieur de la Santé. Villes vertes et bleues : Nature et santé humaine en milieu urbain. Bruxelles: CSS; 2021. Report No.: 9436. .
56. NAMED | Nature impact on mental health distribution (French) | University of Antwerp [Internet]. [cited 2023 May 23]. Available from: <https://www.uantwerpen.be/en/projects/named-french/>.
57. Lauwers L, Trabelsi S, Pelgrims I, Bastiaens H, De Clercq E, Guilbert A, Guyot M, Leone M, Nawrot T, Van Nieuwenhuysse A, et al. Urban environment and mental health: the NAMED project, protocol for a mixed-method study. *BMJ Open*. 2020;10:e031963. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031963.
58. Potager de Sclessin [Internet]. Maison Médicale de Tilleur et Sclessin. 2020 [cited 2023 May 22]. Available from: <http://mmtilleursclessin.be/2020/09/11/potager-de-sclessin/>.
59. Balades en groupe tous les lundis et jeudis ! [Internet]. Maison médicale Saint-Léonard Liège. 2020 [cited 2023 May 22]. Available from: <http://nordleonard.be/2020/11/balades-groupe-lundis-jeudis/>.
60. Flandre F be-L'Actu de. De nombreuses communes belges confrontées à une pénurie de médecins généralistes [Internet]. vrtnews.be. 09:43+01:00 [cited 2023 May 23]. Available from: <https://www.vrt.be/vrtnews/fr/2023/03/17/de-nombreuses-communes-belges-confrontees-a-une-penurie-de-medec/>.
61. Adli L. Chapitre 4 : Être en relation avec le patient. In : *Pratiquer l'éducation thérapeutique*. [Internet]. Elsevier Connect. 2016 [cited 2023 Jul 3]. Available from: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/Etre-en-relation-avec-le-patient>.
62. Bouhon J-P. Travailler en promotion de la santé, ça ne s'improvise pas [Internet]. Fédération des maisons médicales. 2011 [cited 2023 May 23]. Available from: <https://www.maisonmedicale.org/travailler-en-promotion-de-la/>.
63. Maison médicale : Une prise en charge forfaitaire des soins de santé - INAMI [Internet]. [cited 2023 May 23]. Available from:

<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-medicales/Pages/default.aspx>.

64. Massart P. Position sur la nature en ville. Natagora. 2021;
65. Baratier J, Pankratieva L, Hermand S, Allaouzi Y. Densité urbaine : cahier de recommandations. La densité au service de la qualité de vie, vers une nouvelle équation urbaine. Perspective Brussels. 2022;67.
66. Noisieux S. Chapitre 13 : Le devis de recherche qualitative. Méthodes quantitatives et qualitatives. In : Fondements et étapes du processus de recherche. 3e édition. Montréal: Chenelière Education;
67. Creswell J. Chapter 4 : Five qualitative approaches to inquiry. In : Qualitative inquiry and Research Design. fourth edition. SAGE publications;
68. Morse JM. "Data Were Saturated" Qual Health Res. 2015;25:587–588. doi: 10.1177/1049732315576699.
69. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Sci. 2009;4:50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50.
70. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 5th edition. Thousand Oaks, California: SAGE; 2015.
71. Madrigal L, Manders OC, Kegler M, Haardörfer R, Piper S, Blais LM, Weber MB, Escoffery C. Inner and outer setting factors that influence the implementation of the National Diabetes Prevention Program (National DPP) using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): a qualitative study. Implement Sci Commun. 2022;3:104. doi: 10.1186/s43058-022-00350-x.
72. Binagwaho A, Frisch MF, Udoh K, Drown L, Ntawukuriryayo JT, Nkurunziza D, Donahoe KB, Hirschhorn LR. Implementation Research: An Efficient and Effective Tool to Accelerate Universal Health Coverage. Int J Health Policy Manag. 2019;9:182–184. doi: 10.15171/ijhpm.2019.125. Cited in : PMID: 32563218.
73. Varsi C, Ekstedt M, Gammon D, Ruland CM. Using the Consolidated Framework for Implementation Research to Identify Barriers and Facilitators for the Implementation of an Internet-Based Patient-Provider Communication Service in Five Settings: A Qualitative Study. J Med Internet Res. 2015;17:e262. doi: 10.2196/jmir.5091.
74. Damschroder LJ, Reardon CM, Opra Widerquist MA, Lowery J. Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): the CFIR Outcomes Addendum. Implementation Sci. 2022;17:7. doi: 10.1186/s13012-021-01181-5.

75. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Volery I. Chapitre 9 : L'analyse qualitative en santé. Les recherches qualitatives en santé. Malakoff: Armand Colin; 2016.
76. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19:349–357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042.
77. Proulx J. Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*. 2019;38:53. doi: 10.7202/1059647ar.
78. RÈGLEMENT (UE) 2016/ 679 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL - du 27 avril 2016 - relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/ 46/ CE (règlement général sur la protection des données).
79. Joschko L, Pálsdóttir AM, Grahn P, Hinse M. Nature-Based Therapy in Individuals with Mental Health Disorders, with a Focus on Mental Well-Being and Connectedness to Nature—A Pilot Study. *IJERPH*. 2023;20:2167. doi: 10.3390/ijerph20032167.
80. Kim K, Joyce BT, Nannini DR, Zheng Y, Gordon-Larsen P, Shikany JM, Lloyd-Jones DM, Hu M, Nieuwenhuijsen MJ, Vaughan DE, et al. Inequalities in urban greenness and epigenetic aging: Different associations by race and neighborhood socioeconomic status. *Sci Adv*. 2023;9:eadf8140. doi: 10.1126/sciadv.adf8140.
81. Wicks CL, Barton JL, Andrews L, Orbell S, Sandercock G, Wood CJ. The Impact of the Coronavirus Pandemic on the Contribution of Local Green Space and Nature Connection to Mental Health. *IJERPH*. 2023;20:5083. doi: 10.3390/ijerph20065083.
82. Massy-westropp M. "Nature prescriptions" can improve physical and mental health: study [Internet]. UNSW Newsroom. 2023 [cited 2023 Jul 4]. Available from: <https://newsroom.unsw.edu.au/news/health/nature-prescriptions-can-improve-physical-and-mental-health-study>.
83. Nguyen P-Y, Astell-Burt T, Rahimi-Ardabili H, Feng X. Effect of nature prescriptions on cardiometabolic and mental health, and physical activity: a systematic review. *The Lancet Planetary Health*. 2023;7:e313–e328. doi: 10.1016/S2542-5196(23)00025-6.
84. National Health Service England. Green social prescribing [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 4]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/green-social-prescribing/>.
85. Leavell MA, Leiferman JA, Gascon M, Braddick F, Gonzalez JC, Litt JS. Nature-Based Social Prescribing in Urban Settings to Improve Social Connectedness and Mental Well-being: a Review. *Curr Envir Health Rpt*. 2019;6:297–308. doi: 10.1007/s40572-019-00251-7.
86. Razani N, Morshed S, Kohn MA, Wells NM, Thompson D, Alqassari M, Agodi A, Rutherford GW. Effect of park prescriptions with and without group visits to parks on stress reduction in low-income parents: SHINE randomized trial. Beiki O, editor. *PLoS ONE*. 2018;13:e0192921. doi: 10.1371/journal.pone.0192921.

87. Shanahan D, Astell–Burt T, Barber E, Brymer E, Cox D, Dean J, Depledge M, Fuller R, Hartig T, Irvine K, et al. Nature–Based Interventions for Improving Health and Wellbeing: The Purpose, the People and the Outcomes. *Sports*. 2019;7:141. doi: 10.3390/sports7060141.
88. Sefcik JS, Kondo MC, Klusaritz H, Sarantschin E, Solomon S, Roepke A, South EC, Jacoby SF. Perceptions of Nature and Access to Green Space in Four Urban Neighborhoods. *IJERPH*. 2019;16:2313. doi: 10.3390/ijerph16132313.
89. Environnement Brussels. Plan National Environnement et Santé (NEHAP) : les actions mises en place à Bruxelles [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 4]. Available from: <https://environnement.brussels/citoyen/nos-actions/plans-et-politiques-regionales/plan-national-environnement-et-sante-nehap-les-actions-mises-en-place-bruxelles>.
90. Schultz CL, Bocarro JN, Hipp JA, Bennett GJ, Floyd MF. Prescribing Time in Nature for Human Health and Well-Being: Study Protocol for Tailored Park Prescriptions. *Front Digit Health*. 2022;4:932533. doi: 10.3389/fdgth.2022.932533.
91. Sifer-Rivière L. Chapitre 4. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes: Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Armand Colin; 2016 [cited 2023 Jul 4]. p. 86–101. Available from: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante-2016--9782200611897-page-86.htm?ref=doi>.
92. Silver S, Jones KC, Redmond S, George E, Zornes S, Barwise A, Leppin A, Dong Y, Harmon LA, Kumar VK, et al. Facilitators and barriers to the implementation of new critical care practices during COVID-19: a multicenter qualitative study using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). *BMC Health Serv Res*. 2023;23:272. doi: 10.1186/s12913-023-09209-w.
93. Meshkovska B, Scheller DA, Wendt J, Jilani H, Scheidmeir M, Stratil JM, Lien N, on behalf of the PEN Consortium. Barriers and facilitators to implementation of direct fruit and vegetables provision interventions in kindergartens and schools: a qualitative systematic review applying the consolidated framework for implementation research (CFIR). *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2022;19:11. doi: 10.1186/s12966-022-01246-8.
94. Robert Half Talent Solutions. Définition, atouts et limites d'une organisation horizontale [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 4]. Available from: <https://www.roberthalf.fr/blog/management/organisation-horizontale-transversale>.
95. Canada A de la santé publique du. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé [Internet]. 2001 [cited 2023 Aug 15]. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>.

VIII. Annexes

| | |
|--|----|
| Annexe 1 : Lettre d'information et d'inscription | 45 |
| Annexe 2 : Lettre de consentement | 49 |
| Annexe 3 : Guide d'entretien | 53 |
| Annexe 4 : Diagramme de Gantt | 54 |
| Annexe 5 : Flow Chart | 55 |
| Annexe 6 : Formulaire de demande d'avis au collège des enseignants | 56 |
| Annexe 7 : Réponse du collège restreint des enseignants | 61 |
| Annexe 8 : Réponse du comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire de Liège | 62 |
| Annexe 9 : Caractéristiques de l'échantillon | 64 |
| Annexe 10 : Tableau récapitulatif des influences à la mise en œuvre de l'innovation | 65 |

Annexe 1 : Lettre d'information et d'inscription à l'intention des participants de l'étude.

Participation et inscription à l'entretien de groupe

La « Prescription de la nature » par les professionnels de santé en maison médicale : exploration à Liège des perceptions, freins et leviers de cette pratique innovante »

Étudiante en Santé Publique, infirmière et passionnée de montagne, je consacre aujourd'hui mon mémoire à l'exploration de l'utilisation de la nature en santé. En effet, ce sujet peu exploité commence à résonner dans le monde médical et paramédical, suite à un grand nombre de bienfaits sur le corps et la santé mentale, et aux enjeux d'une crise climatique grandissante.

De nombreuses études scientifiques démontrent les bienfaits que peuvent apporter quelques heures régulières passées dans la nature sur notre santé.

Ayant lu une étude pilote écossaise sur l'implémentation d'une « prescription de nature » chez les médecins généralistes à Édimbourg, j'ai eu l'idée d'explorer ce qui se faisait également en Belgique. « Prescrire la nature » comme l'entendent les écossais, c'est proposer aux patients une reconnexion au vivant par le biais de temps passé dehors. Ils proposent alors un carnet et un calendrier (voir annexe 1 et 2) avec des activités à faire sur un temps donné.

Je souhaite, par cette étude, parler, échanger, débattre avec vous de ce sujet. Comprendre mieux vos perceptions sur la « prescription de la nature », vos connaissances, vos expériences. Quels seraient d'après vous les freins et leviers de cet outil mais aussi de l'implémentation d'un tel outil en maison médicale, en Belgique.

Pour ce faire, je souhaite vous convier à un groupe de parole leà ...h, à dont la durée sera de 1 heure. Le groupe sera de préférence pluridisciplinaire, il sera formé de professionnels de votre maison médicale et chacun aura la possibilité d'émettre son avis.

L'entretien sera enregistré avec un dictaphone et les données seront anonymisées à la retranscription puis détruites une fois analysées.

Pour toutes questions, vous pouvez me contacter par mail à l'adresse suivante : nolwenn.lechien@student.uliege.be

Vous trouverez ci-joint le document sur le consentement libre et éclairé à votre participation à l'étude. Il vous permettra de répondre à la dernière demande du formulaire ci-dessous.

Au plaisir de vous rencontrer,
Nolwenn Lechien

Participation à l'entretien de groupe :

- Sexe : F - M - Autre (biffer la mention inutile)
- Date de naissance : _____
- Profession : _____
- Maison médicale : _____
- Nombre d'années d'exercice de la profession de santé : _____

Conditions et consentement à l'étude :

En signant, vous déclarez avoir lu et compris les 4 pages du document suivant s'intitulant « *Formulaire de consentement pour l'utilisation de données à caractère personnel dans le cadre d'un travail de fin d'étude* » et avez reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Vous comprenez la nature et le motif de votre participation au projet et avez eu l'occasion de poser des questions auxquelles vous avez reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, vous acceptez librement de participer au projet.

Signature du participant et date :

Ce document est à renvoyer à l'adresse suivante : nolwenn.lechien@student.uliege.be
En cas d'impossibilité de le renvoyer, il est toujours possible de le rendre en main propre le jour de l'interview.

Annexe 1 : 2 premiers mois du calendrier d'activités « nature » mis au point par le programme « Nature prescription in Edinburgh »
 RSPB Scotland, NHS Shetland. Nature Prescriptions Leaflet [Internet]. [cited 2022 Aug 3]. Available from: <https://www.rspb.org.uk/globalassets/downloads/documents/nature-prescriptions/Edinburgh-pilot-final-report.pdf>.

Figure 3. Shetland Calendar

| | |
|---|---|
|  |  |
| <h1>January</h1> | <h1>February</h1> |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Step outside - be still for three minutes and listen. <input type="checkbox"/> Really look at a lichen (a pair of upside-down binoculars make an excellent microscope!) <input type="checkbox"/> Make a list of brook sites you'd like to visit and tick one off the list <input type="checkbox"/> Count the birds in your garden. Maybe you could keep a "window list" of what you've seen? <input type="checkbox"/> Take part in the Big Garden Birdwatch - visit rspb.org.uk/birdwatch for more information <input type="checkbox"/> Get out "whatever the weather" and feel the exhilaration of wind and rain on your face <input type="checkbox"/> Visit the Braer site <input type="checkbox"/> Walk the core path at Lunga water - look out for mountain hares <input type="checkbox"/> Go looking for seabears after westerly gales. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Draw a snowdrop <input type="checkbox"/> Buy a notebook and "write to yourself", sketch or jot down your thoughts and feelings, adding insights about nature as you go <input type="checkbox"/> Follow the course of a burn <input type="checkbox"/> Look for tracks and signs of animals <input type="checkbox"/> Beachcomb for shells, do a mini-Redd-Up or both. Record your beach clean on the 2minutesbeachclean app, or see marinehunt.org.uk <input type="checkbox"/> Make a bird bath (an upside-down tin lid will do) <input type="checkbox"/> Watch a corbie (raven) - at this time of year you can see courtship displays, which often include dramatic tumbling and flapping in the air <input type="checkbox"/> Make your own windsock from a hoop and material - appreciate the speed of the wind <input type="checkbox"/> Start bagging Shetland's 19 Marilyns (they are slightly smaller than Munros). See shetland.org for details <input type="checkbox"/> Plant some bulbs. |

Annexe 2 : Exemple de brochure "nature » mise au point par le programme « Nature prescription in Edinburgh »

RSPB Scotland, NHS Shetland. Nature Prescriptions Leaflet [Internet]. [cited 2022 Aug 3]. Available from: <https://www.rspb.org.uk/globalassets/downloads/documents/nature-prescriptions/Edinburgh-pilot-final-report.pdf>.

Tune into nature...



Some ideas to get connected:

- Find your "sit spot" – a favourite place in nature to rest and just be. Visit often and get to know the local wildlife.
- Open your window and listen to the sound of rain.
- Smell the fragrance of yellow gorse blossoms.
- Visit Edinburgh's Seaside and touch the sea.
- Look for the first star appearing in the night sky.
- Get to know a city tree and notice how it changes through the seasons.
- Notice three good things in nature. How do you feel as you bring these to mind?
- Watch crows play.
- Follow the journey of a leaf floating downstream.
- Discover a green space in the city that you've never been to before.
- Appreciate a cloud.
- Walk barefoot in the grass. What do you feel underfoot?
- Volunteer at a community garden or clean up.
- Listen out for five curious sounds in nature. How does your body respond as you listen?
- Have lunch in a local park. Watch birds foraging for their lunch.
- Head to your favourite hilltop and take in the sunrise or sunset over the city.
- Give nature a home in your garden. Maybe plant wildflowers for bees and butterflies. Visit [rspb.org.uk](https://www.rspb.org.uk) for more ideas.

The full calendar of nature prescription activities is available at participating Health Centres.

"Nature can be seen as a great outpatient department whose therapeutic value is yet to be fully realised."

Dr Willem Bird

Find a park or natural heritage site near you:
myspark.scot
edinburgh.gov.uk/parks-green-spaces/natural-heritage-sites

Explore Edinburgh's walking paths:
edinburgh.gov.uk/quietroutes

Discover local walking groups:
pathsforall.org.uk
reveliers.org.uk
edinburghleisure.co.uk/ageing-well-walks

Fun nature ideas for families:
rspb.org.uk/fun-and-learning-for-families/family-wild-challenge/

Volunteer to help nature thrive:
edinburgh.gov.uk/friends-edinburgh-green-space/
lv.org.uk

Directions to nature:
Head to your nearest heart door.

Nature Prescriptions is a pilot project designed by RSPB Scotland in collaboration with NHS Lothian and GPs. We welcome and value feedback about your experience.

Contact us
RSPB Scotland, 2 Locheide View, Edinburgh Park, Edinburgh EH12 8DH Tel: 0131 317 4100
Email: natureprescriptions@rspb.org.uk

Cover image by Sarah-Jane Stockphoto.com. Robin and Woodcock by RSPB. The RSPB is a registered charity in England and Wales 207076, in Scotland SC237654. 089-4709-09-00



Here is your nature prescription

Working together:



RSPB
Scotland

giving nature a home



NHS
Lothian

Annexe 2 : Lettre de consentement à l'intention des participants de l'étude



Université de Liège

Formulaire de consentement pour l'utilisation de données à caractère personnel dans le cadre d'un travail de fin d'étude

« Prescription de la nature » par les professionnels de santé en maison médicale : exploration à Liège des perceptions, freins et leviers de cette pratique innovante »

L'étude porte sur l'exploration des perceptions des professionnels de santé travaillant en maison médicale à Liège sur la « prescription de la nature ». La « prescription de la nature » est un nouveau concept de prescription, n'incluant pas les modalités des prescriptions habituelles, mais permettant au professionnel prescripteur de proposer au patient un moment/une action passé/e en nature. Il s'agit notamment de comprendre les freins et leviers perçus quant à la prescription de la nature et à sa mise en œuvre.

Ce document a pour but de vous fournir toutes les informations nécessaires afin que vous puissiez donner votre accord de participation à cette étude en toute connaissance de cause.

Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée. Vous serez totalement libre, après avoir donné votre consentement, de vous retirer de l'étude.

Responsable(s) du projet de recherche

La promotrice de ce travail de fin d'étude est : La Prof. Laetitia BURET, laetitia.buret@uliege.be. Département de Médecine Générale de l'Université de Liège.
L'étudiante réalisant ce travail de fin d'étude est : LECHIEN Nolwenn, nolwenn.lechien@student.uliege.be. Master 2 en Santé Publique en faculté de médecine.

Description de l'étude

Cette étude a pour but de réaliser une analyse exploratoire des perceptions des professionnels de santé en maison médicale sur la « prescription de la nature », et sur les freins et leviers quant à son implémentation en maison médicale. Elle se déroulera de septembre 2022 à août 2023.

Protection des données à caractère personnel

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

1. *Qui est le responsable du traitement ?*

Le responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20 Août, 7, B-4000 Liège, Belgique.

2. *Quelles seront les données collectées ?*

Les données récoltées seront :

- L'âge
- Le sexe
- La profession
- La maison médicale
- Le nombre d'années d'exercice de la profession

Il s'agira également d'identifier les facteurs du modèle CFIR (~~Consolidated framework for implementation Research~~) ayant une influence dans les perceptions d'implémentation de la « prescription de la nature » en maison médicale.

3. *A quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?*

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifiques de cette recherche. Votre anonymat sera strictement garanti dans les résultats et lors de toute activité de diffusion de ceux-ci.

4. *Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?*

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiante réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction et la supervision de sa promotrice.

5. *Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?*

- Étape 1 : Inscription des participants au focus groupe en indiquant leurs données demandées ainsi que leur consentement libre et éclairé.
- Étape 2 : Déroulement de la récolte des données via le focus groupe. Les discussions à propos des perceptions, des freins et leviers de la « prescription de la nature » et des perceptions de l'implémentation de l'outil seront enregistrées avec un appareil audio.

- Étape 3 : En ce qui concerne le traitement des réponses, les données enregistrées seront gardées tout au long de la période de l'étude dans un espace accessible uniquement à l'étudiante chercheuse. Les entretiens enregistrés seront ensuite retranscrits manuellement. L'anonymisation sera rendue en même temps que la retranscription.
- Étape 4 : Rédaction du mémoire au moyen des données enregistrées. Les données seront anonymisées.
- Étape 5 : Les perceptions, freins et leviers auront été identifiés et ils seront listés.
- Étape 6 : Une fois l'étude terminée, les données d'identification des participants et les retranscriptions des entretiens seront détruits.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

Retrait du consentement

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

Je déclare avoir lu et compris les 4 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom de la promotrice : Prof. BURET Laetitia

Date :

Signature :

Nom et prénom de l'étudiante : réalisant le travail de fin d'étude : LECHIEN Nolwenn

Date :

Signature :

Nom et prénom du participant à l'étude :

Date :

Signature :

Guide d'entretien
Entretien semi-directif

Démarrage de l'entretien par un rappel du consentement et de l'inscription à l'étude.
Explication brève de la prescription de la nature + faire passer les brochures de prescription de nature de l'étude pilote d'Édimbourg (un exemple de prescription parmi des centaines).
Enregistrement audio uniquement.

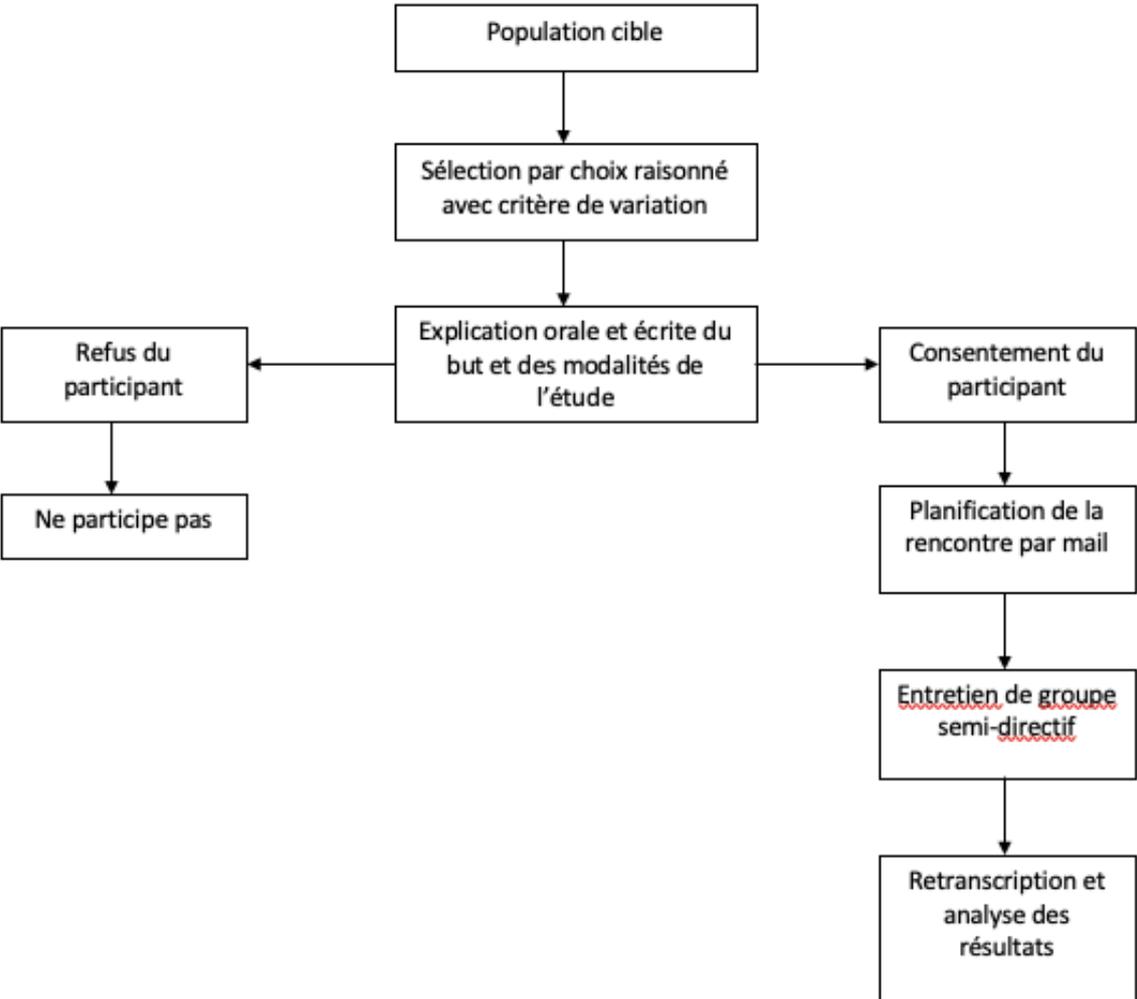
Commencement : Tour des professionnels : présentation des participants et réponse à la première question en bref.

1. Avez-vous déjà entendu parler de la prescription de la nature ?
 2. C'est quoi pour vous une prescription de nature ?
 3. Pourquoi implémenter une prescription de nature dans une maison médicale (MM) ?
 4. Quels sont les besoins et demandes d'être plus proche de la nature pour votre clientèle ?
 5. En quoi ça pourrait être compliqué d'utiliser cet outil ? En quoi ça pourrait au contraire être facile ? et pourquoi en Belgique ?
 6. Pensez-vous avoir les ressources nécessaires pour implémenter cet outil dans votre MM ?
 7. Qu'est-ce que l'adoption de cet outil impliquerait dans votre pratique professionnelle ?
 8. Une fois l'outil mis en place, qui prescrirait la nature aux patients au sein de votre MM ? Quelle profession et pourquoi ?
-

Annexe 4 : Diagramme de Gantt

| Diagramme de Gantt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|-------|------|------|-------|-----|------|--------|------|-------|------|------|------|-------|------|-------|-------|-----|------|--------|------|-------|
| Tâches | 2021 | 2022 | | | | | | | | | | | | 2023 | | | | | | | | |
| | Toute l'année | Janv. | Fév. | Mars | Avril | Mai | Juin | Juill. | Août | Sept. | Oct. | Nov. | Déc. | Janv. | Fév. | Mars. | Avril | Mai | Juin | Juill. | Août | Sept. |
| Exploration Sujet de recherche et Question de départ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recherche et contact promoteur | ■ | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Élaboration protocole de recherche | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| Validation protocole de recherche | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | |
| Demande d'avis éthique | | | | | | | | | | | | | | ■ | | ■ | | | | | | |
| Recherche de lecteurs | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Validation du projet par le comité éthique | | | | | | | | | | | | | ■ | | | ■ | | | | | | |
| Recherche de maisons médicales sujettes | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | | |
| Entretiens Focus groupes avec les maisons médicales | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | | | |
| Retranscription, anonymisation et analyse des entretiens | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | |
| Recherche théorique et écriture du mémoire | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| Finalisation et envoi du mémoire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | |
| Défense orale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ |

Annexe 5 : Flow Chart



Annexe 6 : Formulaire de demande d'avis au collège des enseignants



Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be.
Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant-e (prénom, nom, adresse courriel) : **Nolwenn Lechien**
nolwenn.lechien@student.uliege.be
2. Finalité spécialisée : **Promotion de la santé**
3. Année académique : **2022-2023**
4. Titre du mémoire : « **« 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** »
5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :
Département des sciences de la Santé Publique
6. Nom du/de la Professeur.e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Président.e de Département :
Anne-Françoise Donneau
7. Promoteur-trice-s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :
Docteur Laetitia Buret, docteur en Médecine, médecin généraliste et chargée de cours.
Laetitia.buret@uliege.be. Département de médecine.

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

L'objectif principal est d'explorer les représentations et les perceptions des professionnels de santé sur la prescription de la nature en région liégeoise et à sa mise en place.

Le second objectif est d'identifier les freins et les leviers à la mise en œuvre de la prescription de la nature en Maison médicale à Liège.

Un dernier objectif est de réfléchir à la confection transdisciplinaire d'un outil de prescription de la nature à proposer aux maisons médicales, en fonction de la nature se trouvant à Liège.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)

Il s'agit d'une étude qui s'inscrit dans une démarche d'exploration via une approche qualitative phénoménologique. En effet, l'étude consiste en l'analyse des perceptions des professionnels de santé quant à la « prescription de la nature ».

La « prescription de la nature » consiste en la prescription par un professionnel de santé d'un moment passé en contact avec la nature. Il existe beaucoup de sortes de prescriptions de nature, comme la « Parc Prescription » au Canada, qui consiste à prescrire du temps passé dans un parc national et à rendre son entrée remboursée par les utilisateurs, ou la « Green prescription » en Nouvelle-zélande, qui consiste en la prescription de sport organisé en extérieur, également remboursé.

La population ciblée pour l'étude sont les professionnels de santé travaillant en maison médicale, le but étant de travailler en interdisciplinarité. Nous interviewerons, en groupes, des professionnels de santé venant de maisons médicales en région liégeoise. Les maisons médicales seront choisies par choix raisonné, avec un critère de variation maximale. Les professionnels devront s'inscrire préalablement via un papier d'inscription reprenant les informations suivantes : Le sexe, la profession, la date de naissance, la maison médicale et le nombre d'année pratiquant leur profession. Un document sera envoyé préalablement à chaque participant expliquant le déroulement de l'étude, les méthodes d'analyse et le cadre légal, et

demandant la signature de chaque participant. Ces documents seront récupérés en début de séance.

La collecte des données se fera via des entretiens de groupes semi-directifs, préparés à l'avance grâce à un guide d'entretien. Ils seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

La collecte des données de l'étude aura lieu dans les bureaux des professionnels de maisons médicales acceptant de participer à l'étude. Elle sera organisée d'avril 2023 à mai 2023.

Les participants seront également avertis oralement et par écrit des modalités, du déroulement et du but de l'étude. Leur consentement ainsi qu'un accord écrit sera demandé.

Nous proposerons aux participants des entretiens de 1h afin d'avoir le temps de revoir le consentement du participant, le déroulement et le but de l'étude, puis l'entretien de groupe semi-directif.

Nous nous baserons sur la méthode d'analyse « Consolidated Framework for implementation Research (CFIR) ». Cette méthode est utilisée dans le but de collecter des données auprès d'individus ayant la possibilité de mettre en œuvre un nouvel outil, ici étant la prescription de la nature.

Cet outil se base sur 5 domaines d'action qui se répartissent en 39 items :

- Le domaine d'innovation : Le projet de prescription de la nature à Liège.
- Le cadre extérieur : Les maisons médicales Liégeoises.
- Le cadre intérieur : Les professionnels de santé.
- Les rôles et caractéristiques des individus : Les différences entre les professionnels de santé.
- Les caractéristiques du projet : Les besoins, capacités, opportunités et motivations à mettre en œuvre.

Il permettra de définir les perceptions des professionnels de santé des maisons médicales interrogées quant à la mise en œuvre de la prescription de la nature à Liège, et de définir leurs perceptions sur les freins et leviers de cet outil et de sa mise en œuvre.

Durant toutes les phases d'analyse, le point de vue du chercheur sera également exploité et pris en considération.

Le traitement des données et la méthode d'analyse se feront de manière sémantique. Pour commencer, nous procéderons à la retranscription intégrale du contenu des entretiens semi-

directifs et par la création des verbatims, y compris les blancs, les émotions et le non verbal pour ne rien perdre ou ne pas mal interpréter les propos. Durant cette retranscription, nous procéderons à l'anonymisation des entretiens. L'anonymisation des entretiens visera à rendre impossible l'identification de tout participant ainsi que toute maison médicale.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Éthique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? **Oui**
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? **Non**
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? **Non**
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? **Non**
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? **Non**
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? **Non**
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? **Oui**
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? **Non**
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? **Non**
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? **Non**

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d’Ethique.

En fonction de l’analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l’étude à un Comité d’Ethique, soit le Comité d’Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d’Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur-trice sollicite l’avis du Comité d’Ethique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l’avis du CE sur l’applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d’une publication
- Cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine et ne prévoit pas de faire l’objet d’une publication

Date : 20/04/23 Nom et signature du promoteur :  _____

Annexe 7 : Réponse du Comité restreint des Enseignants



MSSP <mssp@uliege.be>

À : Lechien Nolwenn; "ethique" <ethique@chuliege.be>



Lun 13/03/2023 10:41

 Annexe_2_Demande_au_Com...
192 Ko

Bonjour Madame,

Pourriez-vous confirmer à Mme LECHIEN que son étude ne tombe pas sous le coup de la loi de 2004 et lui préciser les démarches complémentaires éventuelles nécessaires à sa demande de publication des résultats.

Cordialement



ethique@chuliege.be

À : Lechien Nolwenn

Cc : MSSP



Lun 13/03/2023 12:12

Bonjour,

Puisqu'à présent vous souhaitez publier votre étude, elle sera soumise à la réunion du 04/04/2023.

Bien à vous,

Sophie MARECHAL

Secrétariat Administratif

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège

Annexe 8 : Réponse du Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire de Liège

Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 26/04/2023

Madame la Prof. A-F. DONNEAU
Madame Nolwenn LECHIEN
CIRM - SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE
CHU B23

Concerne: Votre demande d’avis au Comité d’Ethique
Notre réf: 2023/85

"Prescription de la nature" par les professionnels de santé en maison médicale : exploration à Liège des perceptions, freins et leviers de cette pratique innovante. "

Cher Collègue,

Le Comité d’Ethique constate que votre étude n’entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n’émet pas d’objection éthique à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d’Ethique.

Je vous prie d’agréer, Cher Collègue, l’expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. V. SEUTIN
Président du Comité d’Ethique

Note: l’original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l’Expérimentateur principal.

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l’Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur V. SEUTIN
Secrétaire exécutif : Docteur G. DAENEN
Secrétariat administratif : 04/323.21.58 – Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

| | |
|--|---------------------|
| Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieur au CHU | Président |
| Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU | Secrétaire exécutif |
| Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains | |
| Monsieur le Docteur Etienne BAUDOIX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU | |
| Madame Viviane DESSOUROUX / Monsieur Pascal GRILLI (suppléant) Représentant (e) des patients | |
| Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU | |
| Madame Régine HARDY / Madame la Professeure Adélaïde BLAVIER (suppléante) Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU | |
| Madame Isabelle HERMANS Assistante sociale, CHU | |
| Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU | |
| Madame la Docteure Marie-Paule LECART Rhumato-gériatre, CHU | |
| Monsieur le Docteur Didier LEDOUX Intensiviste, CHU | |
| Madame Marie LIEBEN Philosophe, membre extérieure au CHU | |
| Madame Patricia MODANESE Infirmière cheffe d'unité, CHU | |
| Madame la Professeure Anne-Simone PARENT Pédiatre, CHU | |
| Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER Chirurgien, CHU | |
| Monsieur Stéphane ROBIDA Juriste, membre extérieur au CHU | |
| Madame Isabelle ROLAND Pharmacien, CHU | |
| Madame la Docteure Liliya ROSTOMYAN Endocrinologue, CHU | |
| Madame la Docteure Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieure CHU | |
| Madame Cécile THIRION Infirmière cheffe d'unité, CHU | |

26/04/2023

Annexe 9 : Caractéristiques des participants

Pour pouvoir différencier les participants mais de manière anonyme, ils ont été nommés par, premièrement, un chiffre donnant pour information le numéro de la maison médicale à laquelle ils appartiennent. Ensuite un acronyme pour leur profession (MG : Médecin généraliste, K : kinésithérapeute, AMG : Assistant(e) médecin, I : infirmier(e), AA : Administration Accueil, AS : Assistant(e) social(e), C : Coordination, PS : Promotion de la santé. Ensuite, le dernier chiffre était utilisé s'il y avait plusieurs personnes de la même profession dans le groupe.

Par exemple : 4MG2 = Maison médicale n°4, 2^{ème} Médecin généraliste interrogé dans le groupe.

| Nombre de: | |
|---------------------------------|----|
| Femmes | 47 |
| Hommes | 21 |
| Autre | 1 |
| | |
| Médecins généralistes | 21 |
| Assistants médecine générale | 9 |
| Infirmier(e) | 9 |
| Kinésithérapeute | 15 |
| Assistant(e) social(e) | 4 |
| Responsable accueil | 7 |
| Coordination | 1 |
| Promotion santé | 3 |
| | |
| Âgé entre 20 et 30 ans | 15 |
| Âgé entre 30 et 40 ans | 18 |
| Âgé entre 40 et 50 ans | 24 |
| Âgé entre 50 et 60 ans | 8 |
| Âgé de plus de 60 ans | 2 |
| | |
| Travaille depuis moins d'un an | 2 |
| Entre 1 et 5 ans d'expérience | 13 |
| Entre 5 et 10 ans d'expérience | 11 |
| Entre 10 et 15 ans d'expérience | 10 |
| Entre 15 et 20 ans d'expérience | 12 |
| Entre 20 et 25 ans d'expérience | 7 |
| Entre 25 et 30 ans d'expérience | 8 |
| Entre 30 et 35 ans d'expérience | 3 |
| Entre 35 et 40 ans d'expérience | 2 |

Annexe 10 : Tableau récapitulatif des influences à la mise en œuvre de l'innovation

| Maison Médicale | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Catégories | | | | | | | |
| 1. Caractéristiques de l'innovation | | | | | | | |
| 1.1. Source d'innovation | Externe | Externe | Interne | Interne | Interne | Externe | Externe |
| 1.2. Force et qualité des preuves | +1 | Absent | Absent | -1 | +1 | +2 | -1 |
| 1.3. Avantage relatif | +2 | +1 | +2 | -1 | +2 | Absent | +2 |
| 1.4. Capacité d'adaptation | +2 | +2 | 0 | 0 | +2 | +2 | +2 |
| 1.5. Possibilité d'essai | Absent | Absent | Absent | Absent | -2 | -1 | +2 |
| 1.6. Complexité | -1 | -2 | -2 | -1 | +1 | -1 | -2 |
| 1.7. Qualité de la conception et de l'emballage | Absent |
| 1.8. Coût | -1 | -1 | -2 | 0 | +2 | -2 | -2 |
| 2. Paramètres externes | | | | | | | |
| 2.1. Besoins et ressources des patients | +1 | +1 | +1 | -1 | +1 | -1 | +1 |
| 2.2. Cosmopolitisme | X | +2 | +1 | +1 | Absent | X | X |
| 2.3. Pression du groupe | Absent |
| 2.4. Politiques extérieures et incitations | -1 | -1 | +1 | -1 | +1 | -2 | +1 |
| 2.5. Accès à la nature | -2 | 0 | -2 | +1 | +1 | -1 | -1 |
| 3. Paramètres internes | | | | | | | |
| 3.1. Caractéristiques structurelles | +2 | +2 | +2 | +2 | +2 | +2 | +1 |
| 3.2. Réseaux et communication | +2 | Absent | X | +2 | X | +1 | +2 |
| 3.3. Culture | +2 | +2 | +2 | +2 | +2 | +2 | +2 |
| 3.4. Climat de mise en œuvre | +2 | +1 | +1 | X | +2 | -1 | +1 |
| 3.4.1. La tension pour le changement | +2 | Absent | Absent | Absent | +2 | Absent | Absent |
| 3.4.2. Compatibilité | +2 | +2 | +2 | +2 | +2 | +2 | +2 |
| 3.4.3. Priorité relative | X | +1 | X | -1 | Absent | -1 | Absent |
| 3.4.4. Incitations et récompenses organisationnelles | Absent |
| 3.4.5. Objectifs et feedbacks | Absent |
| 3.4.6. Climat d'apprentissage | Absent |
| 3.5. État de préparation à la mise en œuvre | Absent |
| 3.5.1. Engagement des dirigeants | Absent |
| 3.5.2. Ressources disponibles | +1 | 0 | -1 | -1 | -1 | Absent | -1 |
| 3.5.3. Accès à la connaissance et à l'information | -1 | -1 | Absent | -2 | Absent | +1 | -1 |

| | | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 4. Caractéristiques des individus | | | | | | | |
| 4.1. Connaissances et croyances sur l'innovation | +1 | +1 | +2 | +1 | +1 | +1 | +1 |
| 4.2. Auto-efficacité | +1 | Absent | -1 | -1 | Absent | +1 | +1 |
| 4.3. Stade individuel de changement | +1 | +1 | Absent | +1 | +1 | +1 | +1 |
| 4.4. Légitimité | +2 | Absent | -1 | Absent | +1 | X | +2 |
| 4.5. Crédibilité | Absent | Absent | Absent | -1 | +1 | -1 | +1 |
| 4.6. Identification de l'individu à l'organisation | Absent |
| 4.7. Autres caractéristiques personnelles | Absent |
| 5. Processus | | | | | | | |
| 5.1. Planification | | | | | | | |
| 5.2. L'engagement | | | | | | | |
| 5.2.1. Leaders d'opinion | | | | | | | |
| 5.2.2. Responsables internes de la mise en œuvre officiellement désignés | | | | | | | |
| 5.2.3. Soutenants | | | | | | | |
| 5.2.4. Agents de changements externes | | | | | | | |
| 5.2.5. Principales parties prenantes | | | | | | | |
| 5.2.6. Participants à l'innovation | | | | | | | |
| 5.3. Exécution | | | | | | | |
| 5.4. Réflexion et évaluation | | | | | | | |

Légende :

- +2 : La catégorie est décrite de manière détaillée par les participants comme ayant une influence positive à l'implémentation de la prescription de nature.
- +1 : La catégorie est énoncée comme ayant une influence relativement positive à l'implémentation de la prescription de nature.
- 0 : Neutre : Les participants décrivent des points positifs et négatifs sur l'influence de cette catégorie à pouvoir influencer l'implémentation de la prescription de nature.
- -1 : La catégorie est énoncée comme ayant une influence relativement négative à l'implémentation de la prescription de nature.
- -2 : La catégorie est décrite de manière détaillée par les participants comme ayant une influence négative à l'implémentation de la prescription de nature.
- Absent : Pas de verbatims à propos de cette catégorie.
- X : Les participants n'ont fait que décrire cette catégorie sans relever une influence sur la mise en œuvre de la prescription de nature.