



**Master 2 Prévention et Promotion de la
Santé**

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **Juillet 2024**

**Freins et leviers à la participation des
femmes enceintes en situation de
vulnérabilité à un programme de promotion
de l'activité physique - une étude
qualitative**

Sabine STOLLER
Sous la direction de Clélia
Gasquet

Remerciements

Merci tout d'abord à l'équipe de la Maison Sport Santé de Strasbourg, en particulier à Corinne et Marlon, qui ont été un soutien tout au long du processus, ont partagé leurs réflexions avec moi, ont corrigé mon français et m'ont donné le temps de travailler sur mon étude. Merci aussi aux sages-femmes de la PMI qui ont immensément facilité l'accès au terrain et la prise de contact. C'est surtout grâce à Narguès, à sa motivation et à sa disponibilité que j'ai pu arriver à mon nombre d'entretiens, merci beaucoup.

Un grand merci à Clélia, qui a accepté d'accompagner ce travail et de l'enrichir de son immense savoir et de son expérience sur le sujet - et qui m'a montré que mon français, justement parce qu'il n'est pas ma langue maternelle, pouvait être une grande force. Merci aussi à Chloé, qui m'a donné beaucoup d'idées et d'outils pour mon mémoire et mon stage lors des séances du lundi. Merci aussi aux autres membres du groupe, Marguerite, Marie, Léonore, Marie et Emma : vos sources et vos idées ont enrichi mes lectures sur le sujet.

Merci à mon experte Karina, qui a répondu à toutes mes questions sur la recherche qualitative et qui, par son attitude positive, m'a motivée et confortée dans mon projet. Merci aussi à Fenja pour ses brèves présentations sur la recherche qualitative sur le terrain de football ou dans le bus en route pour un match à l'extérieur - elles m'ont énormément aidé !

Merci à la promo de Rennes - pour le soutien et l'aide linguistique, les mots de motivation, les innombrables crêpes et les leçons de tennis. Sans votre aide, je n'aurais pas pu passer l'année avec le mémoire, le stage et les cours avec leurs nombreuses évaluations.

Merci aussi à ma famille qui, après avoir digéré le choc de me voir quitter mon travail pour commencer une deuxième formation, m'a soutenue dans ce projet.

Merci à mon demi-orange Juan, qui a écouté mes impressions après les entretiens et a discuté et philosophé avec moi sur des aspects intéressants. Merci aussi de t'être occupé de ma santé mentale et de m'avoir toujours fait rire, quel que soit le stress de la journée.

Et bien sûr, un immense merci à chacune des femmes qui m'ont raconté leur histoire et qui ont ainsi rendu ce travail possible !

Sommaire

1	Introduction	5
1.1	Activité physique dans la grossesse	5
1.2	Les déterminants sociaux de la santé	7
1.3	Concepts de Pauvreté, Précarité et Vulnérabilité	10
1.4	Le modèle socio-écologique.....	12
1.5	La Maison Sport-Santé.....	13
1.5.1	La Maison Sport-Santé Strasbourg	15
1.5.2	Le dispositif « Cycle Pré et Postnatal» de la MSSS.....	15
1.6	La Protection Maternelle et Infantile	17
2	Questions de recherche	18
3	Méthodologie.....	19
3.1	Choix de la méthodologie	19
3.2	Collecte de données.....	20
3.2.1	Accès au terrain et prise de contact	20
3.2.2	Participants	20
3.2.3	Observations.....	24
3.2.4	Entretiens.....	24
3.3	Analyse de données.....	24
3.4	Réflexion et éthique.....	28
4	Résultats et discussion.....	30
4.1	Littératie en santé - le facteur déterminant ?	30
4.2	Manque de motivation ou plutôt une pauvreté en temps ?.....	37
4.3	Femme, mère, partenaire - différents rôles de la féminité dans leur contexte socioculturel.....	48
4.4	Capital social - et pourquoi les femmes en manquent	53
4.5	Promotion de la santé sous l'angle de l'égalité des chances	55
4.6	Limitations.....	57
5	Recommandations	58

6	Conclusion	61
7	Bibliographie	63
	Liste des annexes	I

Liste des abréviations

AI	Artificial Intelligence
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
AP	Activité physique
APA	Activité physique adapté
CMCO	Centre Médico-Chirurgical et Obstétrique
ELFE	Etude longitudinale française depuis l'enfance
INSEE	Institut nationale de la statistique et des études économiques
MSS	Maison Sport Santé
MSSS	Maison Sport Santé Strasbourg
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SF	Sage-Femme
WHO	World Health Organisation

Liste des figures et des tableaux

Liste des figures :

Figure 1 : Cadre conceptuel pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé.....	6
Figure 2 : Déterminants sociaux de la santé.....	7
Figure 3 : Modèle socio-écologique ; Propre présentation basée sur McLeroy (1988).....	11
Figure 4 : Structures de la MSS ; Propre présentation basée sur Cha et al. (2023).....	13
Figure 5 : Cycle Pré et Postnatal de la MSSS ; Propre présentation.....	14
Figure 6 : Processus d'analyse de données ; Propre présentation basée sur Kuckartz & Raediker (2022).....	24
Figure 7 : Catégories principales.....	25
Figure 8 : Division de la catégorie « Freins et leviers perçus » en cinq dimensions selon McLeroy et al. (1988).....	26
Figure 9 : Modèle socio-écologique adapté ; propre présentation.....	27
Figure 10 : Schéma de la théorie d'Alderfer sur les besoins (Alderfer, (1969)).....	37

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Description des sages-femmes participantes.....	19
Tableau 2 : Description des femmes participantes.....	21

1 Introduction

1.1 Activité physique dans la grossesse

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'activité physique (AP) comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques et nécessitant une dépense d'énergie » (WHO, 2020). L'activité physique fait référence à tout type de mouvement : Les déplacements actifs tels que la marche ou le vélo, le sport et d'autres activités physiques de loisir, mais aussi une profession physiquement exigeante et les travaux domestiques entrent dans cette catégorie. Toutes les dimensions mentionnées dans cette définition jouent un rôle important dans la réduction de la mortalité et de la morbidité des maladies chroniques non transmissibles (Nocon et al., 2008; Warburton et al., 2006). Cependant, malgré cet impact positif, seuls 5% des adultes en France sont suffisamment actifs pour bénéficier de cet effet protecteur sur la santé, selon l'ANSES (ANSES, 2022). La sédentarité est également en hausse : 80% des adultes en France passent au moins trois heures par jour devant un écran en dehors de leur activité professionnelle (Verdot et al., 2022). Les femmes et les enfants sont particulièrement affectés par la sédentarité (ANSES, 2022). Dans une analyse des tendances mondiales en matière d'activité physique chez les jeunes, la France est classée 119^e sur 146, la première place étant occupée par le pays où les adolescents sont les plus actifs (Guthold et al., 2020).

L'activité physique présente également de nombreux avantages pour la mère et l'enfant pendant la grossesse et la période post-partum, comme l'ont démontré de nombreuses études systématiques réalisées ces dernières années (Cilar Budler & Budler, 2022; Kuźniar et al., 2023; Shlomo, 2023). Une activité physique régulière pendant la grossesse peut contribuer à contrôler la glycémie et la tension artérielle, ce qui permet de réduire la prévalence du diabète gestationnel et de la prééclampsie, une complication de la grossesse liée à une tension artérielle élevée (Kuźniar et al., 2023). En outre, elle entraîne une prise de poids plus faible pendant la grossesse, ce qui réduit la probabilité d'avoir un nouveau-né macrosome (poids de naissance supérieur au 95^{ème} percentile) et permet ainsi d'obtenir de meilleurs résultats à la naissance avec moins de complications (Shlomo, 2023). D'autres avantages physiques sont une capacité cardiorespiratoire plus élevée, la prévention de l'incontinence et des douleurs dorsales et une meilleure circulation veineuse - ce qui entraîne une moindre rétention de liquide dans les jambes (Cha et al., 2023). Sur le plan psychique, une activité physique régulière montre une amélioration du bien-être mental, de la perception de la santé, une image corporelle plus positive et une réduction de la prévalence de la dépression périnatale (Barakat et al., 2011; Marquez-Sterling et al., 2000; Shlomo, 2023). Cette dernière complication de la grossesse, en particulier, représente un défi majeur pour la santé publique. Une évaluation globale indique une prévalence de

11,9%, avec une charge plus élevée dans les pays à revenu faible et intermédiaire (Woody et al., 2017). L'activité physique peut réduire non seulement l'apparition de la maladie, mais aussi les symptômes de la dépression post-partum (Marconcin et al., 2021). Le fœtus bénéficie d'un meilleur échange de nutriments et d'oxygène grâce à l'amélioration de la fonction placentaire, ce qui améliore ses mouvements respiratoires pendant la naissance et conduit à une maturation plus rapide du système nerveux (Cha et al., 2023). Dans le cadre de la théorie des mille premiers jours - période critique et vulnérable du développement humain, de la fécondation jusqu'aux deux ans révolus de l'enfant - l'activité physique est recommandée pendant la grossesse (Cha et al., 2023). De plus, une activité physique adaptée à la grossesse n'augmente pas le risque de rupture prématurée des membranes ou d'accouchement prématuré (Cha et al., 2023).

Il est recommandé que chaque femme enceinte fasse au moins 150 minutes d'entraînement d'endurance d'intensité moyenne par semaine, réparties sur au moins trois jours différents. En outre, elle devrait aussi pratiquer la musculation. Ces recommandations s'appliquent également aux femmes qui étaient inactives avant leur grossesse, aux femmes dont le diabète gestationnel a été diagnostiqué et aux femmes en surpoids ou obèses (WHO, 2020). Malgré les nombreux avantages mentionnés, peu de femmes parviennent à suivre ces recommandations. Une revue systématique des niveaux d'activité physique chez les femmes enceintes dans différentes régions géographiques a révélé que dans près de 60% des 110 études incluses, les participantes étaient peu actives physiquement. Aux États-Unis, en 2015, le pourcentage de femmes respectant les directives susmentionnées pour tout type d'AP n'était que de 23,4% (Hesketh & Evenson, 2016). En France, le niveau d'activité physique des femmes enceintes est aussi insuffisant. Les résultats de l'étude de cohorte française ELFE - la première étude longitudinale sur les déterminants périnataux du développement de l'enfant - donne un aperçu du comportement des femmes enceintes en France. Un quart des femmes ont déclaré avoir un comportement sédentaire au troisième trimestre de la grossesse (van der Waerden et al., 2019).

De nombreuses études et quelques revues ont déjà abordé le thème des freins et des leviers de l'activité physique pendant la grossesse et le post-partum dans la population générale. Une revue systématique de 47 études conclut que ce sont surtout les facteurs intrapersonnels qui jouent un rôle important en tant que barrières mais aussi en tant que facilitateurs de l'activité physique pendant la grossesse (Harrison et al., 2018): Les freins étaient principalement la fatigue, la peur de conséquences négatives pour l'enfant en raison de l'activité sportive, les symptômes de grossesse tels que les nausées et le manque de temps. En tant que leviers, ce sont surtout la perspective d'un accouchement plus facile et l'amélioration de la santé et du bien-être maternels qui sont des motivateurs exprimés. En ce qui concerne les facteurs sociaux, c'est en particulier le soutien du partenaire, des amis

et de la famille qui joue un rôle important. Les responsabilités, notamment l'engagement professionnel, sont identifiées comme une barrière essentielle dans le cadre de la revue. En ce qui concerne les freins environnementaux, le manque d'accès aux installations et aux ressources, le mauvais temps et l'accessibilité financière sont des facteurs pertinents. Les programmes spécifiques à la grossesse, dont le contenu s'adapte aux besoins des femmes, jouent un rôle de facilitateur. Des points similaires sont également mentionnés dans la revue du groupe de travail de Coll et al., qui citent en priorité les symptômes de la grossesse, les problèmes de sécurité et le manque de soutien social comme freins (Coll et al., 2017). En outre, un manque d'information de la part des femmes est décrit. Dans son travail de synthèse, le groupe de travail de Sun et al. (2023) identifie le manque de connaissances comme un obstacle et cite par ailleurs des facteurs socio-économiques, tels que le faible revenu et le faible niveau d'éducation, comme raisons d'une moindre pratique de l'AP.

Certaines études ont examiné les freins et les leviers parmi les groupes vulnérables tels que les personnes à faible statut socio-économique (Chang et al., 2015; Krans & Chang, 2011; Leiferman et al., 2011). Une communication insuffisante avec le partenaire et autres personnes, un manque de soutien social, la fatigue et le manque de motivation ont été mis en évidence dans des groupes de discussion composés de 96 femmes enceintes en surpoids ou obèses et à faible revenu (Chang et al., 2015). Dans une étude qualitative de 25 entretiens avec des femmes de faible statut socio-économique, le manque de temps dû aux obligations telles que le travail, la garde des enfants, les tâches ménagères et le manque de motivation ont été mentionnés (Leiferman et al., 2011). Le manque de connaissances et d'endroits abordables et sûrs pour la pratique l'AP est également un obstacle important dans ce groupe (Krans & Chang, 2011). Les freins des ethnies non caucasiennes ont été examinés de plus près, révélant que les questions de sécurité et les normes culturelles y jouent un rôle particulièrement important (Guelfi et al., 2015; Krans & Chang, 2011).

Quelques études disponibles montrent que les déterminants sociaux ont une influence déterminante sur la pratique d'une activité physique. Ces conclusions sont examinées en détail dans la section suivante.

1.2 Les déterminants sociaux de la santé

L'Organisation mondiale de la santé regroupe sous les déterminants sociaux tous les facteurs non médicaux. Ils sont « les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que l'ensemble des forces et des systèmes qui déterminent les conditions de la vie quotidienne » (WHO, 2010). La commission des inégalités sociales de santé, créée par l'OMS en 2005, a établi un cadre

conceptuel qui décrit comment les structures de la société, ses interactions et ses normes influencent la santé de la population et conduisent à des déterminants sociaux de l'inégalité :

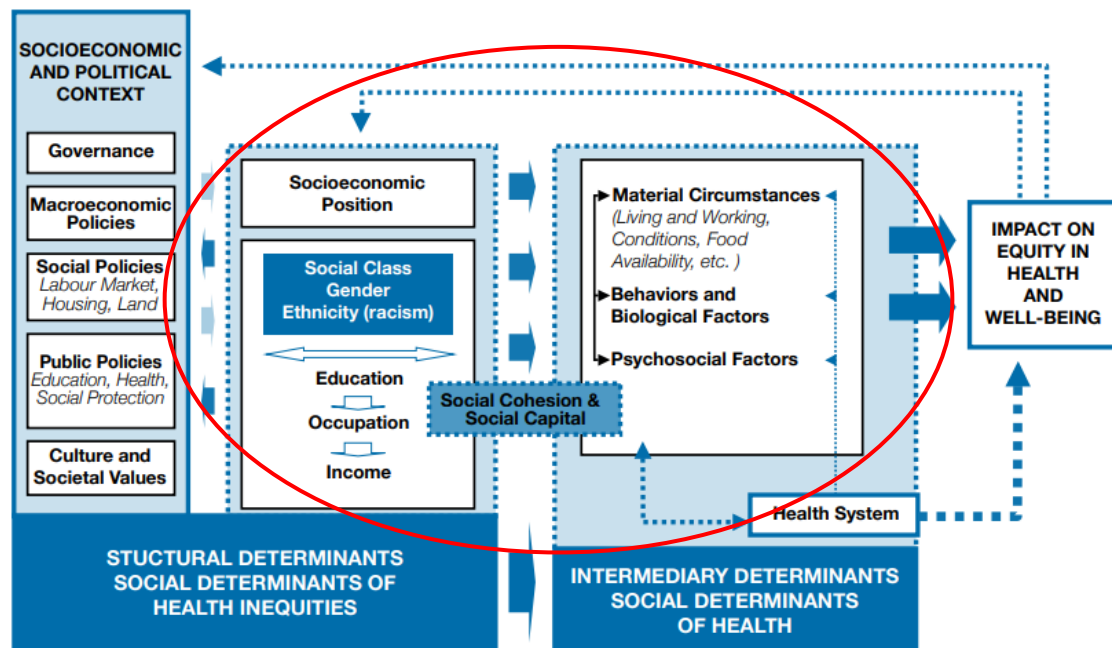


Figure 1 : Cadre conceptuel pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé

Le côté gauche de l'illustration montre les facteurs structurels. Outre le contexte macro, qui comprend le gouvernement, les politiques sociales et publiques et les normes socioculturelles, la position socio-économique d'une personne est également représentée ici en tant que facteur structurel d'injustice. Cette position est déterminée par la stratification de la personne en fonction de la classe sociale, du sexe, de l'ethnie, de l'éducation, de la profession et du revenu. Les positions socio-économiques constituent à leur tour les déterminants intermédiaires, car elles font que les personnes - en fonction de leur position sociale - sont exposées à différents facteurs de risque à des degrés divers. Ainsi, elles sont exposées à différentes situations de vie et de logement, ont un accès différent à une alimentation saine ou à d'autres modes de vie sains. En conséquence, les positions sociales entraînent des comportements à risque différents et des circonstances psychosociales telles que les facteurs de stress ou le soutien social. Tous ces aspects influencent finalement - en interaction avec l'accès aux soins de santé - l'impact sur l'équité en matière de santé et de bien-être. Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons surtout à l'interaction entre les facteurs structurels et les facteurs intermédiaires, qui est entourée d'un cercle rouge.

Au cours des dernières décennies, un grand nombre de recherches ont montré que ces déterminants sociaux ont une plus grande influence sur notre santé que les soins médicaux

que nous recevons. Les experts estiment que ces facteurs modifiables peuvent influencer l'état de santé d'une personne jusqu'à 80%, comme le montre l'image ci-dessous :

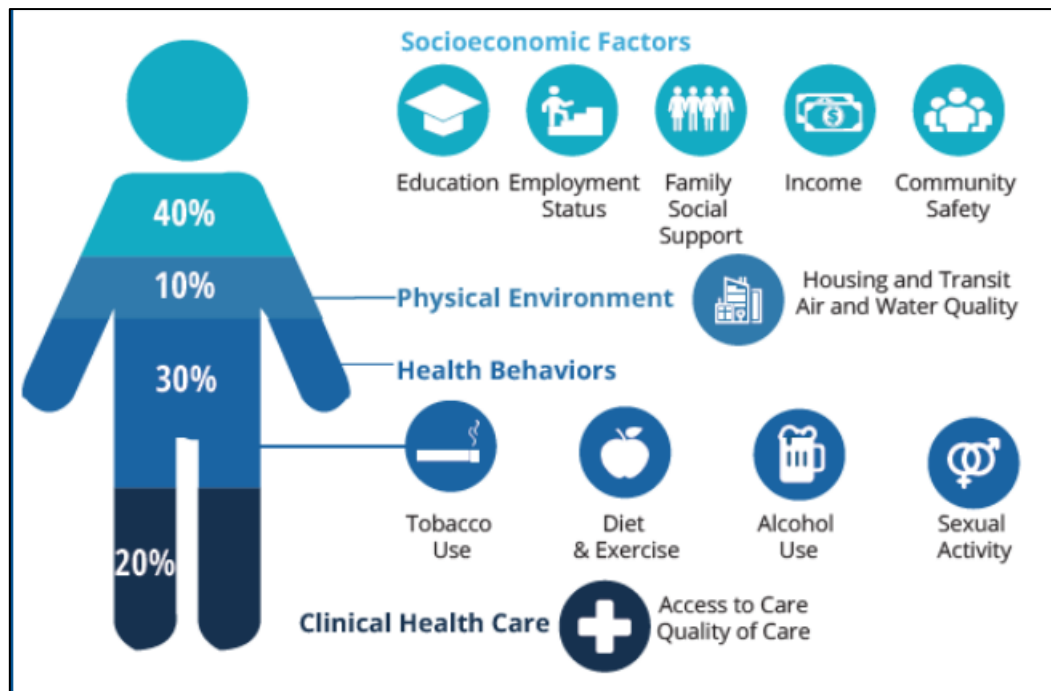


Figure 2 : Déterminants sociaux de la santé (Hood et al., 2016)

Les facteurs socio-économiques constituent le principal indicateur de la santé des personnes, avec une part de 40% (Hood et al., 2016). Ceux-ci se rapportent principalement à des éléments tels que le revenu, l'éducation et la profession, qui influencent la position sociale et économique d'une personne. Un niveau d'éducation élevé, un revenu important et l'éducation des parents sont associés à une meilleure santé auto-référentielle (Siddiq & Najand, 2022). Une méta-analyse basée sur 48 études portant sur un total de 1,7 million de personnes, y compris des personnes vivant en France, sur le lien entre le statut socio-économique et la mortalité prématurée montre que les personnes ayant un statut socio-économique faible étaient presque 1,5 fois plus susceptibles de mourir avant d'atteindre l'âge de 85 ans. En plus, l'analyse des données a montré qu'un statut socio-économique faible était associé à une espérance de vie inférieure de 2,1 ans entre 40 et 85 ans (Stringhini et al., 2017). Cette étude montre que le statut socio-économique est considéré comme un facteur de risque pour la santé et devrait donc être intégré dans la politique de santé. En outre, le faible statut socio-économique est associé à des comportements négatifs en matière de santé, qui ont un impact de 30% sur la santé. À cet égard, les études montrent que les personnes à faible statut socio-économique sont plus enclines à adopter des facteurs de mode de vie malsains tels que le manque d'activité physique, le tabagisme et la consommation insuffisante de fruits et légumes (Allen et al., 2017). Les soins de santé, qui sont une priorité en matière d'investissement, en particulier dans les pays à revenu

élevé, ne contribuent qu'à hauteur d'environ 20 % à la santé. Outre la prévalence généralement plus élevée de l'inactivité physique parmi les groupes socialement défavorisés, les femmes enceintes de ce statut social ont également un niveau d'activité physique plus faible que les femmes issues de milieux aisés (Garnweidner-Holme et al., 2022; Harrison et al., 2018). Les femmes enceintes d'origine non caucasienne ont aussi moins d'affinités avec l'activité physique (Harrison et al., 2018). En raison du rôle crucial des déterminants sociaux de la santé et de la participation réduite des groupes socialement défavorisés aux programmes de prévention et de promotion de la santé, l'OMS appelle à surmonter de manière proactive les difficultés de recrutement des groupes socio-économiques défavorisés dans les études et à développer des stratégies efficaces pour ces populations « difficiles à atteindre » (Cleland et al., 2014).

La précarité et la pauvreté sont deux concepts qui traduisent un faible statut social. Souvent utilisés comme synonymes, ils ont pourtant une signification différente.

1.3 Concepts de Pauvreté, Précarité et Vulnérabilité

L'institut INSEE définit la **pauvreté** comme la situation « d'un individu ou d'un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté » (INSEE, 2021). Ce seuil est généralement calculé par rapport au revenu moyen. En France et dans l'Union Européenne, le seuil est fixé à 60% du revenu moyen (European Parliamentary Research Service, 2016). Ainsi, le seuil de pauvreté subjectif en France était de 1377 euros en 2023, soit une augmentation de 114 euros par rapport à l'année précédente. Avec cette définition, le taux de pauvreté actuel est de 14,5% (Statista, 2023). Dans "la régulation des pauvres", les auteurs s'interrogent sur le sens sociologique d'une description purement quantitative (Paugam & Duvoux, 2013). Ce qui est certainement contestable, c'est que cette mesure permet de catégoriser les pauvres. Une approche purement descriptive et substantialiste de la pauvreté, basée uniquement sur la dimension monétaire, ne rend pas justice à ce phénomène sociologique. Des sociologues comme Sen ou Wresinski décrivent également la pauvreté dans une approche multidimensionnelle, mais Nicolas Duvoux se demandant si la notion de pauvreté n'est pas ainsi abusée, car tous les aspects possibles de la pauvreté sont pris en compte (Paugam & Duvoux, 2013). Georg Simmel a été le premier sociologue à analyser sociologiquement la pauvreté (Simmel, 2002). La définition simmélienne de la pauvreté est la suivante : « *Les pauvres, et tant que catégorie sociale, ne sont pas ceux qui souffrent de manques et de privations spécifiques, mais ceux qui reçoivent assistance ou devraient la recevoir selon les normes sociales. Par conséquent, la pauvreté ne peut, dans ce sens, être définie comme un état quantitatif en elle-même, mais seulement par rapport à la réaction sociale qui résulte d'une situation spécifique.* »

Simmel souligne clairement que ce n'est qu'à partir de la réception des prestations sociales que la pauvreté commence : *« C'est à partir du moment où ils sont assistés, peut-être même lorsque leur situation pourrait normalement donner droit à l'assistance, même si elle n'a pas encore été octroyée, qu'ils deviennent partie d'un groupe caractérisé par la pauvreté. Ce groupe ne reste pas unifié par l'interaction entre ses membres, mais par l'attitude collective que la société comme totalité adopte à son égard. »*

L'appartenance du groupe ne résulte donc pas des interactions entre ses membres, mais du regard stigmatisant de la société auquel ils sont exposés et qui les unit de cette manière. Selon Simmel, la « catégorie des pauvres » se forme donc principalement par le jugement des autres groupes « non pauvres ». Cela peut conduire, selon Serge Paugam, à une disqualification sociale. Selon le sociologue, la disqualification sociale est l'expérience des populations vulnérables d'être conscientes de l'infériorité de leur statut et d'être perçues dans la société comme des « cas sociaux » et des « inadaptés ». La disqualification sociale est en outre une dégradation morale qui se manifeste par la dépendance à l'égard des autres et des services sociaux (Paugam, 2009).

La notion de **précarité** a été conceptualisée à l'origine dans le contexte sociologique français (Jamal & Abdallah, 2016). Wresinski définit comme précaire une personne qui présente *« l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux [...] Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible »* (Wresinski, 1987). D'abord définie principalement par la sécurité de l'emploi, elle s'est progressivement étendue à la composante sociale. Une situation de précarité décrit aujourd'hui une situation intermédiaire de fragilité, par exemple de la relation de travail, de la situation de logement ou de la situation familiale, avec l'incertitude de savoir quand une situation acceptable pourra être retrouvée - ce qui est un sentiment subjectif (Duvoux, 2022). Si l'état de précarité se prolonge ou si différents aspects de la précarité s'accumulent, cela peut finalement conduire à la pauvreté et peut donc être considéré comme une sorte de l'ébauche.

Le terme de **vulnérabilité**, qui peut être considéré comme un concept "sœur" de la précarité, est souvent associé à ces deux concepts (Jamal & Abdallah, 2016). L'une des différences entre les deux réside d'abord dans leur origine, puisque le mot de vulnérabilité vient des pays anglo-saxons. La vulnérabilité évalue alors l'exposition d'une personne à une situation critique (par exemple la précarité) et sa capacité à réagir à ce choc, on parle

donc souvent de personnes en situation de vulnérabilité. En ce sens, la vulnérabilité peut aussi être considérée comme le pendant de la résilience (Jamal & Abdallah, 2016). Les vulnérabilités peuvent être d'origine physique, physique et sociale. Les vulnérabilités sociales sont ici assimilées aux déterminants sociaux de l'injustice mentionnés au début, parmi lesquels figurent le genre, l'ethnie et la migration. Ces facteurs ont un impact négatif sur la santé et limitent les capacités d'action de la personne. La population de femmes enceintes examinée dans cette étude se trouve dans une situation de vulnérabilité structurelle, qui n'est pas une vulnérabilité individuelle, mais systémique. Le chevauchement de diverses vulnérabilités sociales – ce qu'on appelle l'intersectionnalité – telles que le sexe, le statut migratoire, l'origine et le revenu, se traduit par une expérience unique de discrimination vis-à-vis du système de santé et de la société, entraînant des effets variés sur la santé (Nellums et al., 2021).

1.4 Le modèle socio-écologique

Les modèles socio-écologiques ont été développés afin de comprendre les interactions dynamiques entre différents facteurs personnels et environnementaux et de les utiliser pour élaborer des programmes de promotion de la santé. Le modèle socio-écologique de McLeroy, qui constitue le cadre de ce travail, comprend ainsi cinq dimensions (McLeroy et al., 1988):

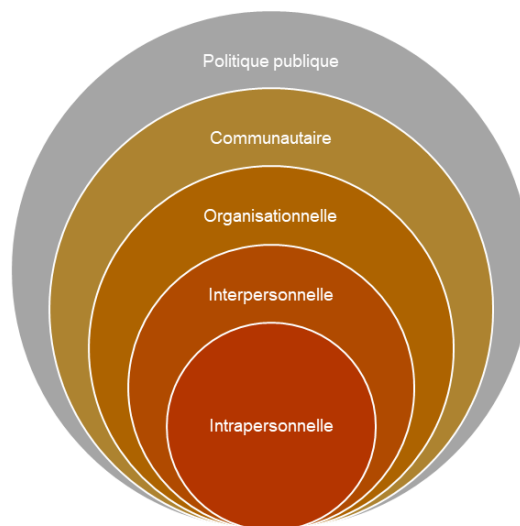


Figure 3 : Modèle socio-écologique; Propre présentation basée sur McLeroy et al. (1988)

Au niveau intrapersonnel ou individuel, des éléments tels que les connaissances, les attitudes et les croyances sont importants. Les facteurs interpersonnels comprennent les relations avec la famille, les amis et les réseaux sociaux. Les aspects organisationnels font

référence aux institutions telles que les écoles, les lieux de travail et les prestataires de soins de santé. Les dimensions communautaires englobent l'environnement social plus large, y compris les normes et les pratiques culturelles. Enfin, les aspects politiques concernent les lois, les règlements et les politiques qui influencent le comportement.

Le modèle socio-écologique proposé par McLeroy et ses collègues présente plusieurs aspects positifs. Premièrement, il fournit une approche globale pour comprendre les comportements et les résultats en matière de santé en considérant plusieurs niveaux d'influence, de l'individu à la politique. Deuxièmement, il offre une perspective holistique qui va au-delà des comportements individuels, en examinant l'interaction entre les facteurs individuels, interpersonnels, organisationnels, communautaires et politiques. Troisièmement, il encourage la collaboration interdisciplinaire, favorisant ainsi une approche multidisciplinaire des questions de santé. En outre, le modèle identifie plusieurs points d'intervention, ce qui permet de développer des interventions qui ciblent simultanément différents niveaux d'influence. En outre, en reconnaissant le rôle des politiques et des facteurs environnementaux, le modèle rend les décideurs et les institutions responsables de la création d'environnements favorables à la santé. Enfin, il responsabilise les individus et les communautés en soulignant l'importance de l'action collective et en préconisant des changements à plusieurs niveaux pour améliorer les résultats en matière de santé. Dans l'ensemble, le modèle socio-écologique constitue un cadre précieux pour comprendre les complexités de la santé et concevoir des interventions et des politiques efficaces.

1.5 La Maison Sport-Santé

Lutter contre l'inactivité et l'augmentation de la sédentarité, mentionnées en début, fait partie des missions des Maisons Sport-Santé (MSS). Lancées en 2019 dans le cadre de la « Stratégie nationale sport-santé 2019-2024 », elles résultent de la collaboration entre le ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques et le ministère de la Santé et des Solidarités (Cha et al., 2023). Les lauréats de l'appel à projets lancé en 2019 par le ministère des Sports et le ministère de la Santé ont été labellisés Maison Sport-Santé. En 2019, seules 138 structures ont été labellisées MSS. L'année suivante, l'institution a connu une croissance rapide, favorisée notamment par le soutien financier de l'État à hauteur de 4,2 millions d'euros en 2022. En 2023, 573 structures ont été enregistrées, dépassant ainsi largement l'objectif initial de 500 structures à la fin de l'année 2022 (INJEP, 2023). Les Maisons Sport-Santé ont pour objectif d'accompagner et de conseiller les personnes de tout âge qui souhaitent pratiquer une activité physique et sportive pour des raisons de santé et de bien-être. Il s'adresse en particulier aux publics éloignés de l'activité physique et vulnérables, tels que les personnes atteintes de maladies chroniques ou les personnes

âgées fragiles. Celles-ci ont souvent besoin d'un accompagnement personnalisé, où l'activité est adaptée à leurs besoins physiques, psychiques et sociaux. Depuis le décret du 30 décembre 2016, le médecin peut déjà prescrire une activité physique adaptée (APA) à un patient atteint d'une affection de longue durée (ALD) avec un professionnel qualifié en APA (Cha et al., 2023). La fonction particulière d'un MSS est de rassembler les professionnels de la santé, les structures sportives et les bénéficiaires et de faciliter, par cette coordination, l'orientation et l'accès à l'activité physique. Dans le cadre de la lutte contre les inégalités territoriales, 57 MSS se trouvaient en 2021 dans des quartiers prioritaires de la politique. Ceux-ci se définissent comme des quartiers "prioritaires" de la politique de la ville, car ils sont considérés comme les territoires où les revenus sont les plus faibles et où doit s'appliquer une politique de la ville visant à compenser les inégalités (INJEP, 2023). Afin de ne pas mettre de barrières à la mise en œuvre de projets territoriaux et de pouvoir utiliser les réseaux existants, aucune exigence particulière n'est posée quant au statut d'une MSS. Plus de la moitié des MSS sont de nature associative (58%), mais ils peuvent aussi avoir un autre statut, comme une collectivité territoriale (18%), une société commerciale (12%) ou un établissement de santé (10%) :

STRUCTURES DES MSS

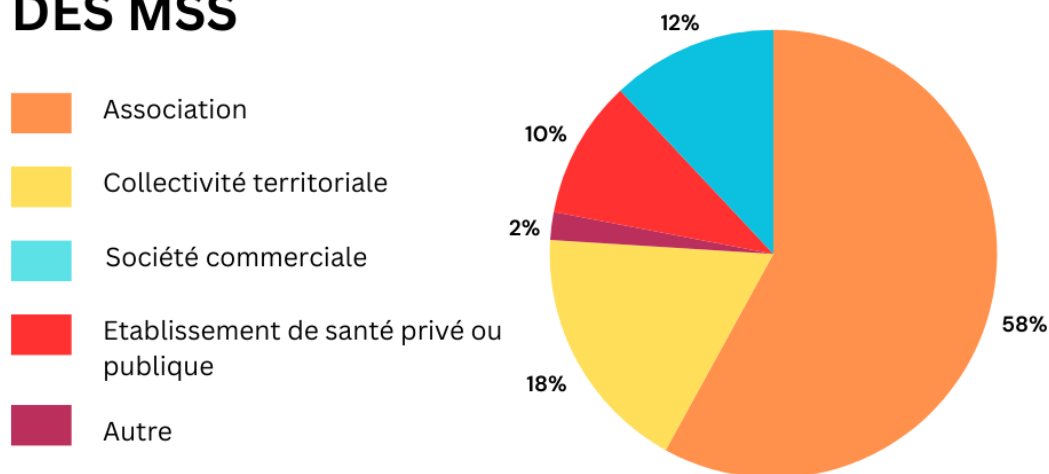


Figure 4: Structures de la Maison Sport Santé ; Propre présentation basée sur Cha et al. (2023)

Chaque région dispose d'un plan régional « Sport-santé-bien-être » qui traduit la volonté institutionnelle de la région de s'engager, avec l'aide de partenaires associatifs, dans le développement politique du « sport et de l'activité physique » et de l'APA comme thérapie non médicamenteuse (Cha et al., 2023).

1.5.1 La Maison Sport-Santé Strasbourg

La Maison Sport-Santé Strasbourg (MSSS) a lancé dès 2012 le programme alors inédit « Sport-Santé sur Ordonnance », avant même de répondre avec succès à l'appel à projet du ministère en 2019 et de devenir une MSS. D'abord une structure du service des sports de la ville, la Maison Sport Santé est depuis 2021 un Groupement Intérêt Public (GIP) qui permet d'organiser cette réponse positive et innovante à la promotion de la santé par l'activité physique. La structure est soutenue par 17 membres et 6 partenaires associés qui mettent à disposition des ressources humaines, financières ou matérielles. Elle est présidée par le Dr Alexandre Feltz, adjoint au maire de Strasbourg. Le MSSS lui-même compte actuellement 24 collaborateurs, dont la majorité sont des éducateurs sportifs. Le MSSS compte également des nutritionnistes, des gestionnaires de projets, une psychologue et des professionnels de la santé (médecin généraliste et infirmière).

L'offre du MSSS s'adresse à tous les strasbourgeois disposant d'une prescription médicale et qui se trouvent dans l'une des situations suivantes (Maison Sport Santé Strasbourg, 2023):

- Atteint d'une pathologie éligible à une ALD
- Atteint d'obésité
- Atteint d'un trouble de la santé mentale
- Atteint de troubles musculo-squelettiques
- Atteint de troubles persistants suite à une infection au COVID-19
- Atteint d'hypertension artérielle
- Personne de plus de 60 ans en perte d'autonomie et/ou sédentaire (GIR 5 et 6)
- Femme enceinte (à partir du 2^{ème} trimestre) et en postpartum (jusqu'au 9 mois de l'enfant)

L'objectif principal d'augmenter l'activité des habitants de Strasbourg par une activité physique adaptée est complété d'une mission de réduction des inégalités sociales et territoriales. La première année, aucune participation financière n'est demandée aux bénéficiaires, ce qui permet de lever la barrière financière. Des études montrent que les ressources financières constituent un obstacle important, en particulier pour les personnes à faible revenu (Steenhuis, 2009).

1.5.2 Le dispositif « Cycle Pré et Postnatal » de la MSSS

Depuis mai 2022, les femmes enceintes à partir du deuxième trimestre et les femmes ayant accouché jusqu'au neuvième mois post-partum font également partie des critères d'inclusion de la Maison Sport Santé de Strasbourg. Depuis mai 2022, 198 femmes enceintes ont déjà été suivies de cette manière. Première MSS de France à intégrer ce

critère, Strasbourg fait ainsi figure de précurseur et d'exemple. Le parcours complet se présente comme suit :

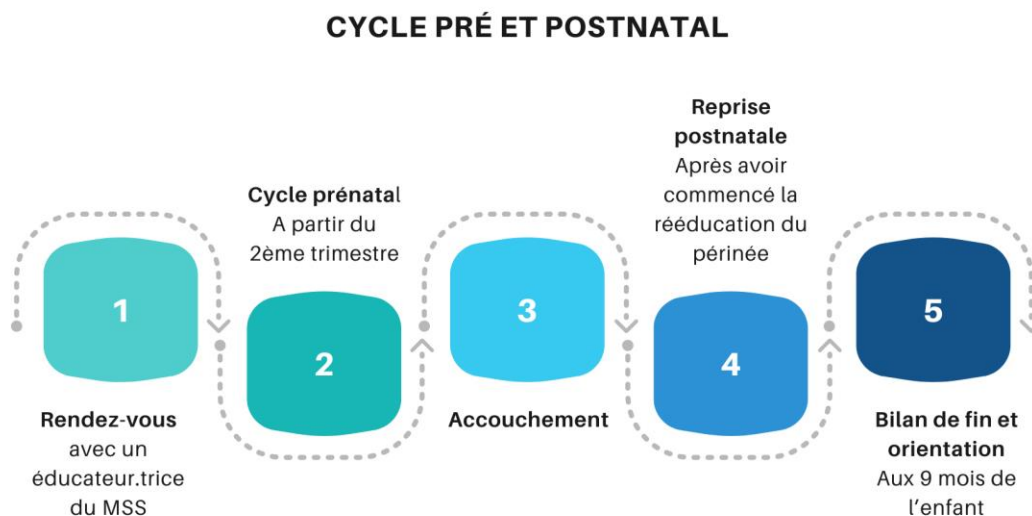


Figure 5: Cycle Pré et Postnatal de la MSSS ; Propre présentation

Après la prescription d'activité physique par un médecin traitant - par exemple le gynécologue mais aussi le médecin de famille - la future bénéficiaire contacte la Maison Sport-Santé pour prendre rendez-vous avec un éducateur sportif. Lors de ce premier rendez-vous, le contexte et les besoins de la femme sont explorés lors d'un entretien motivationnel et son état de forme est évalué. Après avoir demandé à la femme ses préférences et ses disponibilités horaires, des cours possibles lui sont proposés, parmi lesquels une activité sera choisie pour être pratiquée chaque semaine. Actuellement, quatre activités sont proposées aux femmes pendant le cycle prénatal : le yoga, la natation, l'aquagym et la salle de sport. Dans le cycle postnatal, après le commencement de la rééducation du périnée, une activité peut être choisie parmi l'ensemble des activités proposées par la MSSS. A la fin, un entretien et un examen final sont au programme avec une orientation vers un club de sport. Là encore, comme dans le parcours classique du MSSS « Sport Sur Ordonnance », l'objectif est de parvenir à une autonomie de pratique sportive à l'issue du programme, en l'occurrence après neuf mois de post-partum. Dans l'idéal, la femme est accompagnée pendant 15 mois au total, du début à la fin, mais il est possible de commencer à tout moment, même dans la phase postnatale.

Les objectifs du programme sont les suivants :

- Agir sur la santé des femmes enceintes et jeunes mamans strasbourgeoises au sens de l'OMS : état de bien-être physique, mental et social

- Elargir l'action de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) développée par la ville de Strasbourg
- Créer une offre de service public afin de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé

Pour répondre à la fois à ce dernier point et à la mission générale du MSS de lutter contre l'injustice sociale, un partenariat a été mis en place avec la Protection Maternelle et infantile (PMI). Par le biais des sages-femmes de la PMI, qui accompagnent en péri-partum des groupes socialement défavorisés de femmes enceintes et de jeunes mères, il s'agit d'atteindre cette population vulnérable. Cependant, une enquête menée auprès des bénéficiaires du programme en novembre 2023 a montré que seules 6% d'entre elles avaient eu connaissance du programme via la PMI. De même, une enquête auprès des éducateurs sportifs, a révélé que leur population de femmes accompagnées appartenait plutôt aux classes sociales aisées.

1.6 La Protection Maternelle et Infantile

La Protection Maternelle et Infantile (PMI) en France est un service public qui propose des soins médicaux aux femmes enceintes et aux jeunes enfants ainsi que des conseils en matière de santé, d'éducation et de parentalité (Colombo, 2013). Elle surveille la grossesse, effectue des vaccinations, prévient les maladies et détecte les situations de maltraitance. La PMI intervient à plusieurs niveaux pour promouvoir la santé de la mère et de l'enfant en apportant un soutien aux familles et en menant des actions de prévention et d'éducation à la santé. Pour ce faire, la PMI adopte une approche globale incluant les déterminants sociaux de la santé et des programmes de prévention et de promotion de la santé. Dans cette approche, des visites à domicile sont également effectuées, ce qui permet d'évaluer la santé de la patiente en tenant compte de l'environnement et de la composante sociale. De cette manière, les professionnels de la PMI peuvent établir un lien particulier avec leurs patientes et détecter plus tôt les vulnérabilités psychosociales. Elle collabore dans ce contexte avec de nombreuses institutions sociales et prestataires de santé.

La PMI s'adresse en soi à l'ensemble de la population, mais la loi souligne que les femmes et les enfants de moins de 6 ans, qui nécessitent une attention particulière, sont considérés comme la population cible, faisant ainsi référence aux populations vulnérables et aux quartiers défavorisés. Les critères d'inclusion comprennent notamment les jeunes mères, les mères de famille nombreuse, les femmes migrantes et les femmes à faible statut socio-économique. La valeur ajoutée de la PMI résulte de son accessibilité géographique, financière et culturelle, et de son approche globale qui combine les aspects médicaux et sociaux, l'accent étant mis sur l'accompagnement social.

2 Questions de recherche

Les questions qui orientent la recherche de cette thèse sont les suivantes :

- Quelles sont les freins auxquelles les femmes enceintes et les jeunes mères en situation de vulnérabilité pourraient être confrontées lors de leur participation à des programmes d'activité physique, notamment le programme "Cycle Pré et Postnatal" du MSS de Strasbourg ?
- Quels sont les facteurs qui favorisent la participation aux programmes d'activité physique, notamment au programme "Cycle Pré et Postnatal" du MSS de Strasbourg pour les femmes enceintes et les jeunes mères en situation de vulnérabilité ?
- Dans quelle mesure les femmes enceintes et les jeunes mères et les sages-femmes de la PMI ont-elles une vision différente de ces freins et de ces leviers ?
- Comment le programme 'Cycle Pré et Postnatal' du MSS de Strasbourg pourrait-il être optimisé afin d'augmenter la proportion de femmes enceintes et de jeunes mères en situation de vulnérabilité ?

3 Méthodologie

Pour répondre aux questions de recherche du présent mémoire, des entretiens semi-directifs et des observations directes ont été menés sur la base des fondements théoriques. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits et évalués au moyen de l'analyse de contenu structurante selon Kuckartz. Cette partie du travail présente l'approche méthodologique afin de rendre compréhensible le processus de recherche conformément au critère de qualité de la documentation des procédures et de l'appliquer de manière transparente à l'objet de la présente recherche (Mayring, 2023).

3.1 Choix de la méthodologie

Le sujet de cette thèse explore un terrain inconnu dans la mesure où l'activité physique pendant la grossesse n'a guère été étudiée dans les milieux socialement défavorisés. Cette lacune dans la littérature nécessite une exploration des problèmes et des réalités des femmes. En outre, des solutions et des adaptations doivent être élaborées sur la base de ces connaissances. Ces deux aspects nécessitent l'utilisation de méthodes qualitatives, pour lesquelles le "principe d'ouverture" à la nouveauté est d'une importance capitale et qui, contrairement aux méthodes quantitatives, ne reposent pas sur la standardisation. Les auteurs Gläser et Laudel soulignent que de vastes connaissances préalables sont nécessaires pour une enquête standardisée et qu'elles doivent d'abord être créées par des études exploratoires comme celle-ci (Gläser & Laudel, 2010). Ainsi, ce travail doit contribuer à créer les connaissances préalables nécessaires et des hypothèses qui pourront ensuite être examinées de manière plus approfondie par d'autres études, y compris quantitatives. Dans ses « 13 piliers de la pensée qualitative », Mayring décrit qu'une représentation du cas individuel n'est possible que si le sujet - dans ce travail, les femmes et les sages-femmes - est rencontré avec la plus grande ouverture possible (Mayring, 2023). De plus, le design qualitatif de la recherche permet de découvrir et d'évaluer des facteurs et des aspects jusqu'ici inconnus de cette population vulnérable. Les opinions, les perspectives et les expériences des femmes à faible statut socio-économique doivent être rendues visibles de cette manière. Les entretiens, en particulier, donnent aux femmes la possibilité d'exprimer leurs expériences avec leurs propres mots. Les observations supplémentaires des consultations permettent d'évaluer la relation entre la sage-femme et la patiente, avec toutes ses émotions, ses interactions et sa dynamique. Les informations sur l'approche de certains sujets et la manière d'en parler - comme ici l'activité physique - ne s'obtiennent que par l'observation. L'observation peut alors inclure des éléments physiques, comme la description de l'environnement, mais aussi des éléments sociaux et humains.

L'utilisation de deux méthodes qualitatives (entretiens et observation) et de deux sources de données (sages-femmes et femmes) permet d'obtenir des connaissances aussi approfondies que possible. Cette triangulation permet en outre, grâce à l'utilisation de plusieurs sources, de valider et de vérifier les résultats de la recherche.

3.2 Collecte de données

3.2.1 Accès au terrain et prise de contact

L'accès au terrain s'est fait par le biais du lieu de mon stage à la Maison Sport-Santé de Strasbourg. Grâce au partenariat de la MSS avec la PMI, décrit dans l'introduction, le contact avec les sages-femmes de la PMI a pu être facilement établi. Lors d'une des réunions régulières des sages-femmes de la PMI en janvier 2024, j'ai pu présenter ma question de recherche et demander aux sages-femmes des entretiens et de l'aide pour les mettre en contact avec les femmes enceintes et les jeunes mères qu'elles avaient accompagnées. Les quatre sages-femmes ont donné leur accord pour participer aux entretiens et ont laissé leur email pour la prise de contact, de plus l'autorisation de réaliser l'étude a été donnée par le service « Santé et Autonomie » du département « Santé de la personne » de la ville et Eurométropole de Strasbourg. Chaque sage-femme a été priée d'identifier des participantes appropriées parmi les femmes dont elle s'occupait et de leur demander, si possible directement à l'avance, si elles souhaitaient participer à l'étude. Les contacts ainsi obtenus ont été informés de l'étude par un appel téléphonique. En cas d'impossibilité de les joindre, un SMS leur a été envoyé contenant des informations détaillées sur l'étude et une invitation à y participer. Les lieux proposés pour l'entretien étaient leur propre domicile, les bureaux de la MSS et au téléphone.

La prise de contact avec les femmes enceintes et les jeunes mères n'a pas été facile, car certaines femmes n'ont pas pu être jointes par téléphone dans un premier temps et n'ont répondu ni à l'appel ni au SMS. Parfois, les rendez-vous déjà fixés ont été annulés ou les femmes n'ont pas pu être rencontrées à l'heure et au lieu convenus. Sur les 15 contacts reçus, un entretien a finalement pu être mené avec dix femmes. Les cinq femmes qui n'ont pas participé ont soit indiqué qu'elles n'avaient pas le temps pour un entretien (2), soit n'ont pas pu être contactées (3).

3.2.2 Participants

Quatre des cinq sages-femmes de la PMI de Strasbourg ont été interviewées dans le cadre de l'étude. La seule sage-femme non participante était en arrêt maladie de longue durée au moment du recrutement. Les sages-femmes étaient âgées en moyenne de 42 ans et avaient une expérience professionnelle de 17 ans en moyenne, avec un écart important entre la valeur maximale de 34 ans et la valeur minimale de 2 ans. En 2023, elles avaient

accompagné en moyenne 250 femmes enceintes et jeunes mères, certains accompagnements ne comportant qu'un seul rendez-vous.

Les critères d'inclusion des femmes enceintes et des jeunes mères étaient les suivants :

- Domicile dans l'Eurométropole de Strasbourg
- Grossesse en cours (au moins 3 mois) ou naissance du dernier enfant depuis moins de 9 mois (critères du programme « Cycle Pré et Postnatal »)
- Suivi par la PMI (comme marqueur de vulnérabilité)
- Ne pas participer au programme "Cycle Pré et Postnatal" de la Maison Sport Santé Strasbourg

Le critère d'exclusion était une connaissance insuffisante de la langue française pour pouvoir mener un entretien.

Les femmes répondant aux critères avaient en moyenne 32 ans et huit des dix femmes étaient issues de l'immigration. Quatre femmes étaient enceintes au moment de l'entretien et sur le point d'accoucher. Pour les autres femmes, le dernier enfant né avait entre 19 jours et 9 mois. La majorité des femmes avaient un enfant, deux femmes avaient une famille nombreuse avec quatre ou cinq enfants. 60% des femmes étaient mariées ou vivaient en couple. La plupart des femmes avaient une profession, mais étaient actuellement inactives. Parmi les personnes interrogées, on comptait également deux étudiantes, une femme active en congé maternité et une femme sans emploi et sans diplôme. Quatre d'entre elles n'avaient pas d'activité professionnelle, les activités les plus souvent citées étant la marche, le travail domestique et les soins à l'enfant. Les sages-femmes, les femmes enceintes et les jeunes mères participantes sont décrites plus en détail dans les tableaux 1 et 2. Les prénoms ont été modifiés pour des raisons d'anonymat et ne correspondent pas aux prénoms des participantes.

Prénom	Âge	Expérience professionnelle	Années d'expérience [Ans]	Quartiers responsables	Nombre de femmes enceintes accompagnées par an	Durée de l'entretien [Minutes]
Joséphine	37	Hôpital Clinique à l'étranger PMI	19	Neuhof Meinau	350	23
Emma	57	Hôpital PMI	34	Gare Centre	300	29
Morgane	36	Hôpital PMI	14	Montagne Verte Koenigshoeffen	250	31
Alex	39	PMI	2	Museau Bourse Krutenau	100	35

Tableau 1 : Description des sages-femmes participantes ; * Les prénoms ont été modifiés pour des raisons d'anonymat et ne correspondent pas aux prénoms des femmes participantes

Prénom*	Âge	Période pré/postnatale	Origines	Lieu d'habitat	Nombre d'enfants	Statut matrimonial	Profession	APS actuelles	Durée de l'entretien [Minutes]	Lieu de l'entretien
Elif	42	Pas enceinte ; Dernier accouchement il y a 9 mois	Turquie	Neudorf	4	Mariée	Assistance de direction (Inactive)	Marche	32	Chez elle
Parisa	41	Pas enceinte ; Dernier accouchement il y a 5 mois	Iran	Gare-Tribunal	1	Mariée	Comptable (Inactive)	Marche	39	Chez elle
Chloé	27	Enceinte de 9 mois	France	Neudorf	0	Séparée	Accompagnante éducative petite enfance (Active en congé maternité)	Sortir le chien	19	Téléphone
Amina	30	Pas enceinte, Nouveau-né de 19 jours	Congo	Bourse	2	Séparée	Modéliste (Inactive)	Marche	21	Chez elle
Laila	24	Pas enceinte, Dernier accouchement il y a 8 mois	Côte d'Ivoire	Lingolsheim	1	Séparée	Etudiante	Marche	28	Bureau MSS (Rue de Berne)
Aylin	41	Enceinte de 9 mois	Turquie	Orangerie	1	Mariée	Accompagnante personnes âgées (Inactive)	Rien	29	Chez elle
Salma	39	Enceinte de 9 mois	Maroc	Orangerie	5	Mariée	Commerçante (Inactive)	Rien	31	Chez elle
Camille	19	Pas enceinte ; Nouveau-né de 3 mois	France	Cité de l'III	1	Séparée	Abandon scolaire ; Au chômage	Rien	14	Chez elle
Zahara	25	Enceinte de 8 mois	Cameroun	Centre-Ville	1	Mariée	Etudiante	Danse à la maison	28	Téléphone
Yara	32	Pas enceinte ; Dernier accouchement il y a 9 mois	Côte d'Ivoire	Centre-Ville	1	Mariée	Hôtesse de l'air (Inactive)	Rien	33	Téléphone

* Les prénoms ont été modifiés pour des raisons d'anonymat et ne correspondent pas aux prénoms des femmes participantes

Tableau 2 : Description des femmes participantes

3.2.3 Observations

Les observations des consultations et des installations, y compris les salles d'attente, ont été réalisées en janvier 2024 et ont eu lieu dans les centres médico-sociaux Neuhof Indre, Montage Vert et Centreville. Au total, deux consultations et trois salles d'attente ont été observées. Les observations des consultations débutaient à l'entrée de la patiente dans la salle de consultation et se terminaient à sa sortie. Pendant cette période, la chercheuse a toujours pris des notes, en s'appuyant sur une grille d'observation établie avant le début des observations, qui se trouve dans l'annexe. Les notes comprenaient la description de la pièce, la communication verbale et non verbale entre la sage-femme et la patiente, ainsi qu'une liste des thèmes abordés pendant la consultation et la manière dont celle-ci se déroulait. Une observation de la salle d'attente a également été effectuée. Les notes ont été transcrites dans les trois jours suivant l'observation et complétées par d'autres souvenirs et réflexions en cours. Un exemple d'observation transcrite est présenté dans l'annexe.

3.2.4 Entretiens

Des entretiens basés sur un guide ont été menés avec quatre sages-femmes et dix femmes enceintes et jeunes mères. Les entretiens ont été réalisés entre janvier 2024 et mars 2024. Sur la base de la littérature sur les freins et leviers à la pratique d'une activité physique par les femmes enceintes et à l'aide du modèle socio-écologique décrit dans l'introduction, un guide d'entretien a d'abord été élaboré et réalisé auprès des sages-femmes de la PMI. Ceux-ci visaient, dans un sens "exploratoire", à obtenir une description de la population de femmes enceintes et de jeunes mères qu'elles accompagnaient et des barrières perçues par les sages-femmes pour une participation réussie au programme. Les entretiens avec les sages-femmes ont duré en moyenne 30 minutes et se sont déroulés dans trois centres médico-sociaux et un bureau de la ville de Strasbourg. Ils ont servi - outre les connaissances tirées de la littérature - à l'élaboration du guide d'entretien pour les entretiens avec les femmes enceintes et les jeunes mères qui ont eu lieu par la suite. Les entretiens avec les femmes ont duré en moyenne 32 minutes, le plus court n'ayant duré que 14 minutes et le plus long 39 minutes. Six des dix entretiens avec les femmes ont eu lieu à leur domicile, un dans les bureaux de la MSS et trois - à la demande explicite des femmes - par téléphone.

Les entretiens ont commencé par une présentation de la chercheuse et une explication de l'étude. Après un échange informel pour faire connaissance, des informations ont été données sur l'anonymisation des données et l'interruption possible de l'entretien à tout moment. L'autorisation d'enregistrer l'entretien a été demandée aux participantes. Un accord a été demandé aussi bien aux sages-femmes qu'aux femmes participantes. Dans

la majorité des cas, celui-ci a été donné par écrit ; pour les trois entretiens réalisés par téléphone, seul un accord oral a été donné. Le formulaire de consentement se trouve en annexe.

J'ai principalement utilisé des questions formulées de manière ouverte et ai encouragé les personnes interrogées à raconter librement leurs expériences. Cela offre aux personnes interrogées suffisamment d'espace libre pour s'exprimer et pour exprimer leurs expériences avec leurs propres mots. D'autre part, les questions du guide d'entretien, définies d'emblée, assurent la comparabilité des déclarations, car elles garantissent que tous les thèmes sont abordés dans tous les entretiens. Le concept de guide d'entretien utilisé offrait ainsi suffisamment d'ouverture pour l'exploration et une standardisation suffisante pour l'évaluation.

Il est arrivé plusieurs fois que les personnes interrogées ne puissent pas répondre à une question ouverte, malgré des paraphrases et des tentatives d'explication. Dans ce cas, j'ai proposé des réponses basées sur les connaissances de la littérature et sur les observations effectuées. Après chaque entretien, j'ai pris des notes sur la communication non verbale, les sensations, les thèmes souvent mentionnés et les émotions qui ont émergé pendant l'entretien. En outre, une réflexion a été menée par moi afin de réfléchir à mon propre rôle et à ma relation avec l'enquêtée et, par conséquent, de remettre en question et d'améliorer ma technique d'entretien. Le questionnaire a également été revu et amélioré au cours du processus. La dernière version révisée du questionnaire, tant pour les sages-femmes que pour les femmes enceintes et les jeunes mères, se trouve dans l'annexe.

3.3 Analyse de données

Les fichiers audios des entretiens ont été convertis en texte avant l'analyse à l'aide du système de reconnaissance vocale Whisper d'Open AI, basé sur le langage de programmation Python. Les transcriptions générées automatiquement dans le modèle de taille "moyenne" ont été contrôlées et améliorées manuellement. Pour faire ça, j'ai écouté plusieurs fois les fichiers audios à un rythme ralenti. Il existe différentes approches de la transcription littérale, comme la transcription phonétique ou la transcription verbale. Comme le présent travail met l'accent sur le niveau thématique du contenu, dans lequel les personnes interrogées apparaissent comme des experts et des informateurs, une transcription verbale en français standard a été effectuée. Les erreurs grammaticales ont été corrigées, les dialectes et les bégaiements ont été lissés, seuls les doublons stylistiques ont été enregistrés, les demi-phrases inaccomplies ont été marquées par "/", les signaux de réception comme « mmh » ont été supprimés, les intonations ont été représentées par des majuscules et les pauses ont été marquées par "(...)" et les mots incompréhensibles par "(inc.)". Cela améliore la lisibilité des transcriptions. Les règles précises de transcription

et les exemples de transcription se trouvent en annexe. L'ouvrage de Dresing et Pehl en langue allemande a servi de modèle pour la définition des règles de transcription, que la chercheuse a adapté et élargi au contexte français (Mey & Mruck, 2010). En outre, les données ont été rendues anonymes, de sorte que les noms prononcés ont été identifiés par [NOMBRE] et les lieux par [LIEU].

Suite à la transcription, les données ont été soumises à une analyse de contenu qualitative structurant le contenu selon Kuckartz (Kuckartz & Rädiker, 2022). Dans son ouvrage, Kuckartz décrit l'analyse comme un processus herméneutique. Cela signifie que les étapes ne se déroulent pas de manière séquentielle du début à la fin, mais que le processus est dynamique. Pour une meilleure compréhension, les différentes phases sont disposées dans un cercle herméneutique :

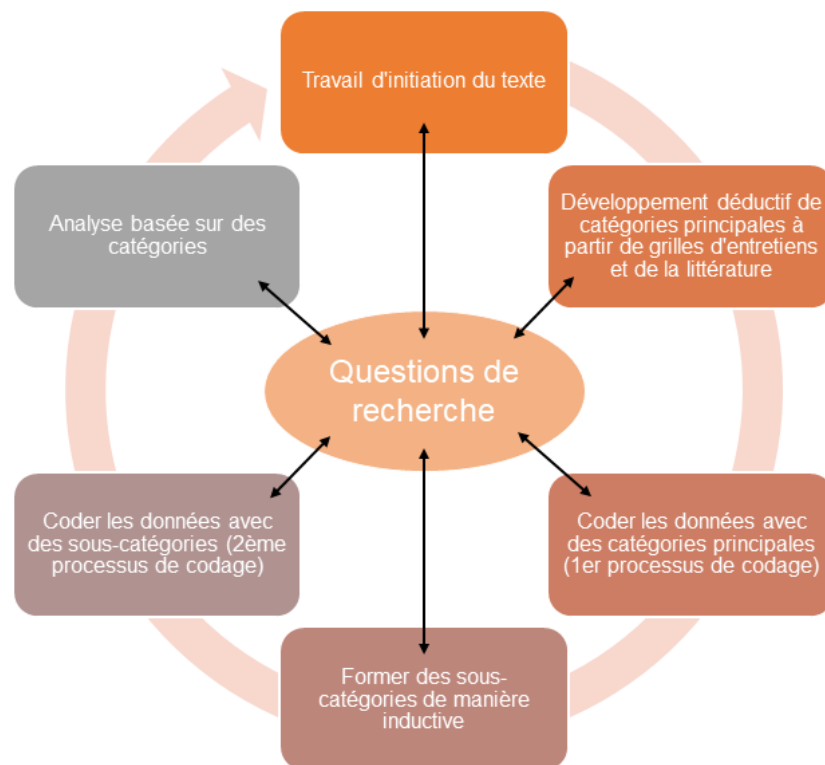


Figure 6 : Processus d'analyse de données; Propre présentation selon Kuckartz & Rädiker (2022)

Les flèches indiquent clairement qu'il est possible de passer d'une étape à l'autre et de revenir à la question de recherche. Ainsi, il y a une interaction constante entre les connaissances préalables et le matériel textuel pour arriver finalement à la compréhension du texte.

La mise en œuvre concrète de l'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel MAXQDA de la société VERBI pour l'analyse qualitative de données et de textes assistée par ordinateur. Le processus d'analyse herméneutique commence par le travail initial sur le texte, afin de se familiariser avec le matériel de données. Comme j'avais réalisé et transcrit moi-même les entretiens, cette étape a été relativement courte. Dans un deuxième temps, à l'aide du guide d'entretien et de la littérature existante sur les freins à la pratique d'une activité physique pendant la grossesse, la création déductive des thèmes principaux ou des catégories principales a été élaborée. Dans le cadre d'un premier processus de codage, l'ensemble du matériel de données a été codé selon ces catégories principales. Le codage ou la catégorisation décrit ici l'étiquetage conceptuel des textes et sert à résumer et à structurer la grande quantité de données. La plus petite unité à coder était une phrase. Ainsi, les phrases exprimées par les personnes interviewées sont attribuées à des thèmes. Après ce premier processus d'attribution de catégories principales, des sous-catégories (ou sous-codes) ont été formées de manière inductive, complétées par d'autres sous-catégories et catégories principales après avoir étudié l'ensemble du matériel dans un jeu d'alternance inductif-déductif. Les catégories principales suivantes ont été définies :



Figure 7 : Catégories principales

La catégorie "Freins et leviers perçus", thème principal de la thèse, a été divisée en ses cinq dimensions et sous-catégories, conformément au modèle socio-écologique en tant que cadre théorique :



Figure 8 : Division de la catégorie "Freins et leviers perçus" en cinq dimensions selon McLeroy et al. (1988)

Un deuxième processus de codage a suivi avec l'application des catégories nouvellement créées. Les données ont été analysées sur la base des catégories. Les formes d'analyse sélectionnées - également selon Kuckartz - étaient l'analyse basée sur les catégories le long des catégories principales, les comparaisons de cas et de groupes, l'analyse approfondie de cas individuels et les configurations multidimensionnelles de catégories.

3.4 Réflexion et éthique

Une critique souvent adressée à la méthodologie qualitative est le manque de transparence dans l'obtention des résultats. En raison de la nature ouverte des études qualitatives, il ne sera sans doute jamais possible, ni même souhaitable, d'atteindre une standardisation complète, mais il était important pour moi d'utiliser des formes d'analyse connues de la recherche qualitative et de documenter le plus précisément possible les étapes qu'ils ont

suivies afin d'offrir la plus grande transparence possible. Cela constitue une grande force de la méthodologie.

Dans les entretiens qualitatifs, c'est surtout l'interaction et la relation entre l'enquêteur et la personne interviewée qui est importante. Dans cette étude en particulier, il convient de réfléchir à la question de savoir dans quelle mesure l'entretien de femmes issues de milieux sociaux défavorisés par une personne issue d'un milieu plus favorisé constitue un déséquilibre et dans quelle mesure celui-ci peut éventuellement influencer la collecte de données. Dans "La régulation des pauvres", Serge Paugam et Nicolas Duvoux se demandent également si l'entretien avec des personnes issues d'un milieu pauvre est un échange ou un rapport de force (Paugam & Duvoux, 2013). Consciente de ce fait, j'ai constamment réfléchi à mon approche. Celle-ci se caractérise par l'ouverture, l'empathie, le respect des enquêtées et la valorisation des expériences révélées.

Le fait de réaliser les entretiens dans une langue qui n'est pas ma langue maternelle a permis une sensibilisation et une sympathie directe avec les femmes issues de l'immigration de pays non francophones. L'homogénéité de la langue a permis d'établir un lien direct avec les femmes, ce qui a facilité la création d'un environnement ouvert et familial.

4 Résultats et discussion

Les freins et leviers à la participation au programme Cycle Pré et Postnatal du MSS, mentionnés par les sages-femmes et les femmes enceintes et jeunes mères, sont d'abord représentés imagés à l'aide du modèle socio-écologique :

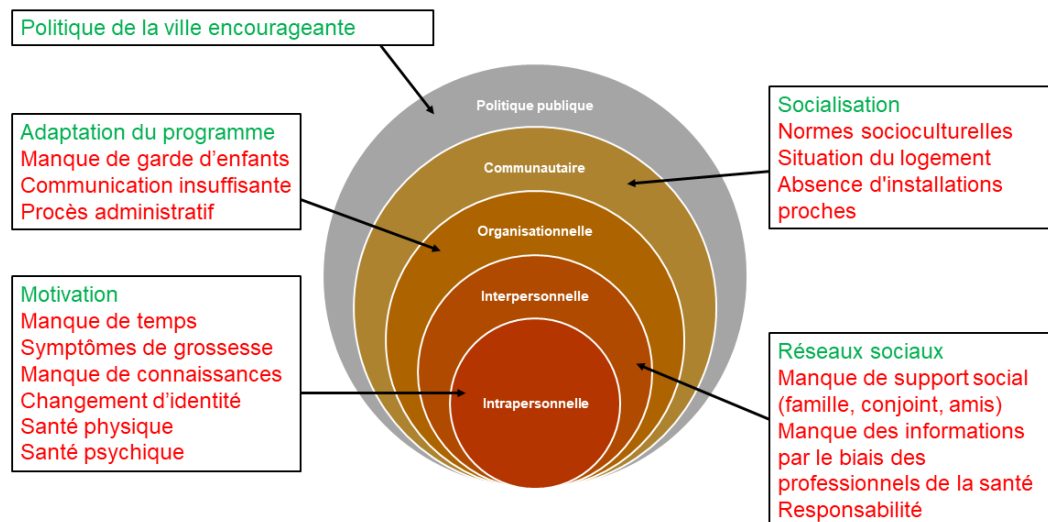


Figure 9 : Modèle socio-écologique adapté ; Propre présentation des freins (en rouge) et leviers (en vert)

Les points de vue des sages-femmes et des femmes sont présentés ci-dessous et leurs points communs et différences sont discutés simultanément. Le choix des thèmes rencontrés dans le cadre de l'étude se focalise sur les freins et leviers spécifiques à la pratique d'une activité physique pendant la grossesse pour les femmes en situation de vulnérabilité.

4.1 Littératie en santé - le facteur déterminant ?

La littératie en santé est définie comme des connaissances et des compétences d'une personne en matière d'information sur la santé et de sa motivation à prendre des décisions au quotidien pour maintenir ou améliorer sa qualité de vie (Kickbusch et al., 2013). Dans le débat sur les modes de vie, on évoque souvent le manque de connaissances sur les comportements sains comme élément d'explication. Les femmes interrogées dans le cadre de ce travail sont conscientes des effets positifs de l'activité physique sur leur propre santé. Elles citent à cet égard, outre les bénéfices physiques tels que le soulagement de certains symptômes de la grossesse comme le mal de dos ou la fatigue, le fait d'avoir une meilleure condition physique et plus d'énergie, de mieux contrôler leur diabète gestationnel, leur hypertension et leur respiration, mais aussi un meilleur bien-être mental, moins de stress

et une meilleure relaxation. En ce qui concerne les bénéfices pour le fœtus et le processus d'accouchement, la majorité des femmes affirment ne pas être suffisamment informées et auraient souhaité un échange d'informations plus complet de la part de leur sage-femme ou de leur gynécologue. Bien qu'il n'y ait pas de connaissances exactes sur les mécanismes sous-jacents, les femmes interrogées s'accordent à dire que l'activité physique est également bénéfique pour l'enfant. Cela s'explique, selon elles, par le fait que le bien-être de la mère se transmet au fœtus. Cette thèse est décrite comme suit par Parisa, l'une des femmes participantes :

« Oui, bien sûr, pour les bébés. En fait, moi, je me sentais très bien pour le bébé. Parce que je savais, quand j'étais active, quand j'étais énergétique, quand j'étais contente, ça se voit sur le bébé. »

Parisa, 41 ans, 1 enfant

Contrairement, trois des quatre sages-femmes interviewées citent le manque de connaissances comme une barrière pour les femmes.

« Non, elles n'ont pas trop d'idées sur ce qu'elles peuvent faire ou pas faire. Certaines pensent qu'on ne peut rien faire du tout. On ne bouge plus. On est malade. »

Joséphine (SF), 37 ans

« Non, pas trop. Voilà, ça dépend desquels, encore une fois, mais les femmes qui sont les plus vulnérables, celles qui sont préoccupées par d'autres choses, elles ne connaissent pas. Au contraire, elles pensent qu'il ne faut mieux pas trop sortir pour pas attraper froid, qu'il ne vaut mieux pas trop bouger pour pas avoir de contraction. Du coup, à chaque fois, c'est quelque chose, c'est un sujet dont on parle tout le temps, en fait. »

Morgane (SF), 36 ans

L'estimation de la sage-femme, selon laquelle ce sont surtout les groupes vulnérables qui présentent un niveau de connaissances plus faible, est également confirmée par la littérature. Une revue systématique datant de 2021 montre que ce sont surtout les femmes issues de milieux socio-économiques défavorisés qui ont une compétence sanitaire moindre en ce qui concerne les habitudes favorables à la santé pendant la grossesse (Nawabi et al., 2021). L'importance de cette capacité est toutefois illustrée par les résultats de l'étude de Buja et al. (2020), qui montrent une association positive entre le niveau de compétence en matière de santé et le degré de pratique d'une activité physique. Dans le présent travail, les femmes semblaient toutefois disposer d'une base de connaissances suffisante. Même si les femmes de cette étude ne peuvent pas nommer le contexte et les faits exacts, elles sont conscientes de l'importance de l'activité physique pendant la

grossesse et de ses effets positifs sur la santé. Aucune femme n'a indiqué qu'elle considérerait l'activité physique pendant la grossesse comme trop incertaine ou trop dangereuse, un frein souvent perçu par les femmes enceintes dans la littérature (Harrison et al., 2018).

L'idée qu'il n'y a qu'un manque d'information et d'éducation détaillée est très répandue dans le contexte de la santé publique. Dans son troisième postulat, Raymond Massé critique l'hypothèse de la santé publique moderne selon laquelle « *seule la rationalité utilitariste explique le comportement humain* » (Massé, 2003). Ce concept part du principe que l'homme est avant tout un être rationnel. Il suffirait donc de l'informer d'un comportement à risque – dans ce cas sur les conséquences négatives de l'inactivité - pour initier un changement de comportement. Les études anthropologiques montrent cependant qu'il n'existe pas de culture dans laquelle les gens agissent uniquement sur la base de la rationalité (Massé, 2003).

Ainsi, de nombreuses autres logiques doivent être prises en compte dans l'explication d'un comportement à risque, comme les contraintes culturelles ou les déterminants sociaux, qui sont entre autres discutés dans ce travail. La sociologue Michel O'Neill va même jusqu'à remettre en cause l'importance des données probantes, car « *s'il est une évidence scientifique incontournable que des dizaines d'années de recherche fondamentale et appliquée en sciences du comportement ont confirmée ad nauseam, c'est l'absence de lien automatique entre les connaissances et le comportement. Et ce, malgré l'ignorance, quand ce n'est le mépris, qu'ont très souvent à l'égard de cette évidence les professionnel/les de la santé, notamment parce qu'elle ne provient pas de leur univers scientifique.* » (O'Neill, 2003).

Les connaissances ne représentent qu'un des niveaux du modèle socio-économique et ne permettent pas de tirer des conclusions sur les conditions de vie de la personne concernée. La seule sage-femme de l'échantillon qui n'identifie pas le manque de connaissances comme un obstacle souligne qu'il est essentiel de convaincre les patients de la nécessité de l'intervention :

« Donc ça veut dire que vraiment il faut arriver à les convaincre mais elles savent. Pour moi elles savent que c'est bien. Sauf qu'il y a d'autres freins peut-être culturelles. [...] Donc voilà, moi je suis persuadée que les gens, même dans les milieux les moins aisés savent, sauf que ne font pas la démarche. [...] Il faut créer quelque chose dans le cerveau de ces personnes. Il faut vraiment travailler marketing. »

Emma (SF), 57 ans

Le travail de persuasion mentionné consiste d'abord à renforcer la relation entre le professionnel de la santé et la patiente, ce qui est considéré comme décisif par la sage-

femme citée. Sur cette base, le contexte et les besoins spécifiques devraient être étudiés avec la patiente afin de choisir une activité physique adaptée. Elle suggère en outre de recourir à des mesures de marketing social pour convaincre le groupe cible. Selon des recherches récentes, les programmes de prévention qui mobilisent des stratégies de marketing social sont plus efficaces (Gallopel-Morvan, 2019). Il repose sur l'hypothèse qu'un comportement souhaité de la population cible ne peut être atteint que si ses besoins et son comportement sont d'abord compris de manière globale. Sur cette base, il est alors possible de développer des mesures appropriées, adaptées aux besoins et au comportement du groupe cible. Cette adaptation au contexte est extrêmement importante dans les programmes de prévention et de promotion de la santé. D'autre part, on peut se demander s'il est vraiment nécessaire d'entreprendre un travail de persuasion - ou s'il ne faut pas simplement accepter que, pour ces femmes, la participation à un programme de promotion de la santé n'est pas une priorité dans leur situation de vie ou que les alternatives représentent pour elles une plus grande utilité ou une plus grande nécessité.

Un frein cité par toutes les sages-femmes est celle de la langue. Beaucoup de femmes accompagnées seraient des migrantes issues de pays non francophones et maîtriseraient peu la langue française. Cette barrière entraîne une restriction de la communication entre la sage-femme et la patiente et un surcroît de temps qui peut conduire la sage-femme à ne pas parler du programme de la MSS à la femme :

« De compréhension.... Oui alors déjà il y a la langue effectivement. Des fois on ne se comprend pas. Des fois on galère pour avoir un entretien minime donc on ne va pas parler de ça parce que ça va être beaucoup trop compliqué. »*

Morgane (SF), 36 ans

** Programme "Cycle Pré et Postnatal" de la MSS, remarque de la chercheuse*

L'accès à l'information sur la santé est également un niveau de compétence en matière de santé. C'est pourquoi l'interaction sociale entre le personnel de santé et les femmes est un facteur déterminant. L'importance de la relation entre les professionnels de la santé et les patients a été démontrée dans de nombreuses études (Mitsi et al., 2018; Prip et al., 2018; Shipman, 2010). Ils jouent également un rôle crucial dans la transmission des informations et la communication des programmes de prévention et de promotion existants. Comme nous l'avons décrit au début, certaines femmes ne se sentaient pas suffisamment informées par leur gynécologue ou leur sage-femme sur les avantages de l'activité physique pendant la grossesse. Certaines femmes n'ont pas non plus été informées du programme lui-même :

« Et c'est vrai que j'aurais, si on m'avait proposé, ne serait-ce ne qu'en fait pas de la kiné, mais un truc genre la gym douce ou un truc du genre pendant la grossesse adaptée. Oui,

à ma grossesse, j'aurais accepté de suite pour décontracter au moins tous les muscles et toute la compagnie, on ne me l'a pas proposé. »

Elif, 42 ans, 4 enfants

Outre la barrière de la langue, la situation sociale de certaines femmes est citée par les sages-femmes comme une raison de ne pas recommander le programme.

« Je pense que c'est bien. On ne peut pas le proposer à tout le monde, parce que je disais avant, il y en a qui n'ont pas le temps avec leurs obligations familiales, quand on est assez isolé, qu'on a 2-3 enfants à s'occuper. Ça paraît difficile à caser dans les emplois du temps des certaines femmes. Il y en a qu'on a trop de problèmes pour pouvoir se dire qu'elles vont aller faire ça en plus. Qu'on n'a pas le temps psychique, on va dire, je pense. [...] Du coup, je ne propose pas à tout le monde, parce qu'il y en a, je sais que ça, on a parlé des choses d'avant, que je ne peux pas lui proposer ça, ce ne sera pas du tout adapté. »

Morgane (SF), 36 ans

Cette « différenciation des soins » a également pu être observée lors de mes observations des consultations d'une sage-femme dans un centre socioculturel, comme on peut le lire dans le journal de terrain :

« En raison de l'annulation de dernière minute de l'interprète et du fait que la patiente ne parle que l'arabe, il existe une grande barrière linguistique. La communication se fait donc principalement par gestes, mimiques et par téléphone portable (à l'aide de « Google Translate »). De nombreuses questions fermées sont posées, ce qui est également dû à la barrière de la langue. De plus, il n'y a pratiquement pas de contact visuel, car les deux sont beaucoup sur leur téléphone portable. La sage-femme est en outre beaucoup occupée à lire des documents. La communication se fait également par le biais de fiches sur lesquelles sont écrits des chiffres. La sage-femme s'assure que la patiente a tout compris en lui posant des questions. La patiente s'excuse plusieurs fois lorsqu'elle ne comprend pas quelque chose. La sage-femme réagit alors avec attention et amabilité en disant « Pas de problème ! » [...] Les sujets de conversation sont surtout de nature médicale, sur les symptômes et les douleurs abdominales de la patiente. Une question indirecte sur le niveau d'AP de la femme est posée en lui demandant si elle emmène ses enfants à l'école à pied, sinon l'AP n'est pas abordé, ni ses avantages pendant la grossesse [...] La sage-femme indique qu'elle n'a encore jamais parlé d'AP avec la patiente, car elle part du principe qu'elle ne participera pas ou ne pourra pas participer aux cours à cause de la barrière de la langue. Elle considère également les structures patriarcales de la famille de la patiente comme une barrière. »

Extrait du journal de terrain, consultation 2

Ce traitement différentiel est également décrit par Priscille Sauvegrain dans son travail sur les parcours de soins des femmes "africaines" dans les maternités publiques à Paris (Sauvegrain, 2012). Elle décrit qu'une catégorisation ethno-raciale est effectuée sur la base de la biologie et de la culture des femmes. Dans son travail, elle s'intéresse à la construction de la "femme africaine" et montre que celle-ci conduit à une qualité de soins différente dans les cliniques gynécologiques. Elle cite l'exemple du dépistage de l'hypertension artérielle (précurseur possible de la complication de la grossesse qu'est la prééclampsie), qui a été retardé en moyenne chez les femmes africaines (Sauvegrain et al., 2017). Comme explication possible de ce phénomène, elle évoque un accès plus difficile aux soins pour ce groupe ainsi que l'existence de stéréotypes dans la société, qui peuvent conduire à une prise en charge insuffisante mais aussi excessive. Dans leur travail commun avec le sociologue Didier Fassin sur les différences de prise en charge des femmes migrantes dans les cliniques gynécologiques, Carde utilise les concepts de "délégitimation" et de "différenciation" (Carde, 2007). Le premier concept abordé concerne la perception négative des femmes migrantes en tant que bénéficiaires de l'aide sociale, les considérant ainsi comme un fardeau pour les cotisants français. Le second concept repose sur la perception de la différence des femmes migrantes, due notamment à l'aspect culturel, qui peut conduire à une stigmatisation de la part des professionnels de santé.

Les sages-femmes traitent également les femmes différemment en fonction de leur classe sociale, de leur ethnie ou de leur origine migratoire. L'intention des sages-femmes de ne pas proposer le programme aux femmes, afin de montrer qu'elles comprennent leur situation difficile, conduit finalement, dans le sens d'une discrimination positive, à une restriction de la liberté de choix des femmes. La marginalisation des femmes est aggravée par le fait qu'elles sont privées d'une participation sociale par le biais du programme.

La communication par affiches et dépliants dans les salles d'attente ou par les gynécologues traitants a également été mentionnée comme insuffisante par les femmes et les sages-femmes.

« Oui, j'ai compris, globale, général, c'est bien pensé, mais alors pour avoir le levier, alors c'est peut-être avoir plus de présentation. Vous savez, quand on va faire la prise de sang à titre d'exemple, pendant la grossesse, dans les laboratoires, ils distribuent des boîtes roses. Faire par exemple des flyers ou expliquer peut-être / Ou quand elles se rendent par exemple dans les / Faire les contrôles de grossesse, peut-être déjà à ce moment-là, déjà donner le programme et dire attention, moi j'ai constaté ça, mais attendez on va peut-être aider, on a un dispositif. Il y a un programme qui aiderait pendant la grossesse et tout et mettre ça en avant. Peut-être que déjà le présenter dès le début et dire voilà, vous avez une grossesse mais à côté, attention, si vous ne le faites rien vous allez subir à côté, enfin

subir, voilà votre état santé va peut-être se dégrader ou peut-être vous n'allez pas avoir un bon rythme cardiaque ou quoi que ce soit. »

Elif, 42 ans, 4 enfants

« Je pense qu'il faudrait en parler à l'hôpital, je ne sais pas si à l'hôpital, ils en parlent parce qu'à l'hôpital les femmes, quasiment toutes les femmes enceintes elles vont à Haute-pierre, au CMCO. Elles transitent toujours par là-bas il faudrait que je pense qu'il y ait une grosse communication que soit fait à l'hôpital en fait. Lors des consultations classiques parce que nous finalement on ne touche quand même pas / On touche une tranche de la population mais à l'hôpital c'est vrai qu'il y a vraiment tout le monde. »

Morgane (SF), 36 ans

Dans les cadres de mes observations de trois salles d'attente de centres médico-sociaux, je pouvais confirmer une communication insuffisante. Dans aucune des trois salles d'attente, on ne trouvait de dépliants ou d'affiches sur le programme "Cycle Pré et Postnatal" de la MSS, mais une multitude d'informations sur d'autres offres, ce qui représentait un excès d'informations. De plus, les salles semblaient peu accueillantes en raison de la *"lumière blanche et crue"* (Extrait de l'observation 1) et dans trois cas il n'y avait personne dans la salle d'attente aux heures d'observation. Lors d'une observation, un couple avec deux poussettes a pu être repéré *"qui, au lieu d'attendre dans la salle d'attente, se tenait debout dans l'entrée devant la réception"* (Extrait de l'observation 2). Alors qu'auparavant, un lieu n'était discuté que dans sa répartition spatiale et architecturale, la géographie humaniste contemporaine s'intéresse à la question de la sensation subjective des lieux, ainsi qu'aux sentiments qu'ils suscitent (Gasquet-Blanchard et al., 2021). En ce sens, les lieux n'existent qu'à partir du moment où une rencontre entre des personnes, une relation sociale, se produit, ce qui les distingue des "non-lieux" où l'on ne fait que croiser des gens (Augé, 2010). Le concept de paysage thérapeutique examine si un lieu médical est aussi un lieu de santé (Gasquet-Blanchard et al., 2021). Avec des interactions sociales peu développées et peu accueillantes, la salle d'attente ne peut pas être considérée comme un lieu de santé ou d'information.

Cette section a pu montrer qu'un manque de connaissances dans cette population n'est pas la raison du manque de participation et que les prestataires de soins de santé surestiment souvent ce facteur dans son importance en tant que levier. L'accès à l'offre de soins peut toutefois être limité par le fait que les professionnels de la santé traitent les femmes différemment en raison de leurs vulnérabilités, telles que le statut migratoire ou la barrière de la langue.

4.2 Manque de motivation ou plutôt une pauvreté en temps ?

L'une des différences les plus impressionnantes entre le groupe des sages-femmes et le groupe des femmes a été la question de l'attitude. Les sages-femmes ont mentionné à plusieurs reprises comme barrières individuelles un manque d'intérêt et de motivation :

« Et c'est vrai qu'on a beaucoup de mal en fait à faire bouger un peu ce qui se passe dans le quartier, à faire changer leur façon de faire, elles n'ont pas envie, pas envie de se bouger, pour faire ça. Elles ne voient pas l'intérêt de prendre soin d'elles à ce moment-là. »

Joséphine (SF), 37 ans

« Donc ça, chaque fois qu'on aborde l'activité physique, déjà elles ont du mal à se motiver, la plupart du temps. »

Alex (SF), 39 ans

L'étude n'a pas confirmé le manque de motivation des femmes. La plupart des femmes ont déclaré qu'elles aimait participer à un programme d'activité physique :

« Après, si on parle dans mon cas / J'aurais dit / Pour moi, ça ce n'est pas vraiment grand-chose, mais si, par exemple / Parce que ça m'aurait fait un tas de travail de faire une activité physique avec tout ce que je faisais, je me répète encore, mais si je ne faisais rien lui ça m'aurait intéressé vraiment. Si par exemple je ne travaillais pas, je ne partais pas, je ne partais pas à la fac, je ne faisais pas forcément mes courses avec, ça m'aurait aidé franchement parce que moi je suis quelqu'un qui aime être impliqué dans les trucs donc oui, oui, ça m'aurait aidé plus. [...] Quand j'étais malade, je suis restée à la maison, je me reposais, mais quand je n'étais pas malade, soit je suis partie à la fac, soit je travaillais, en semaine. Donc, ce n'était pas possible d'aller forcément faire une activité physique. »

Laila, 24 ans, 1 enfant

Cette femme décrit combien elle aurait aimé participer à un programme, mais que la double charge de travail et d'études pendant sa grossesse ne lui en a pas laissé la possibilité. L'obstacle du manque de temps est apparu à plusieurs reprises dans le cadre de cette étude.

« Oui, bien sûr, bien sûr. Déjà que mon mari et moi, on se dit qu'on doit faire du sport. On a bien envie de faire du sport ensemble pour pas mal de choses. Je pensais quand même que le sport c'est important, mais après il faut trouver du temps. [...] J'avais trop de choses à gérer, pour gérer ça aussi. Quand j'ai dit choses à gérer, je vais dire déjà, la maison, la grossesse et même pas que je n'ai pas une grossesse assez forcément toute facile. »

Yara, 32 ans, 1 enfant

Le thème du manque de temps dû à d'autres responsabilités, qui revient souvent dans les entretiens, est universel pour la situation de nombreuses femmes dans le monde, en particulier pour les femmes issues de milieux sociaux défavorisés. L'une des expressions les plus utilisées dans les entretiens, « des choses à gérer », est revenue 17 fois dans les dix entretiens avec les femmes et montre le rôle de la dirigeante de la famille et du ménage que les femmes assument. Les tâches de soin, telles que l'éducation des enfants, la gestion du ménage ou les courses, sont principalement effectuées par les femmes (Hyde et al., 2020). Ce « Care-Work » est une contribution substantielle à l'économie d'un pays et surtout à la société. Pourtant, ce travail reste invisible et non rémunéré. Ce travail de soin a été dépolitisé et déplacé vers la sphère privée (Bücker, 2022). Dans le monde entier, les femmes fournissent les deux tiers de ce travail non rémunéré, alors qu'il n'y a pas un seul pays où les deux sexes assurent une part égale de ce travail (Pasqualini et al., 2022). L'indice d'équité entre les sexes de 2023 montre qu'en France, la proportion de femmes qui consacrent quotidiennement du temps à la cuisine et aux tâches ménagères est supérieure de 25 % à celle des hommes. De plus, l'éducation et les soins quotidiens des enfants sont davantage assurés par les femmes (31 % des femmes contre 23 % des hommes) (European Institute for Gender Equality, 2023). Cette répartition inégale du travail de soin concerne surtout les familles issues de couches socio-économiques défavorisées, car d'une part, la répartition traditionnelle des rôles y est encore plus fréquente et, d'autre part, l'homme - en raison d'un salaire souvent plus élevé - poursuit sa carrière professionnelle (Marks et al., 2009).

Dans la présente étude, cette répartition « traditionnelle » du travail se retrouvait dans les six couples mariés. Alors que les hommes allaient travailler, les femmes décrivaient leur quotidien classique comme un mélange de soins aux enfants, de tenue du ménage, de cuisine et de courses, ce qui correspond aux attentes normatives concernant la figure de l'homme et de la femme respectivement. Cette répartition inégale du temps a des conséquences négatives sur la santé des femmes, telles qu'une consultation médicale plus tardive en cas de problèmes de santé ou, comme dans cette étude, une pratique réduite de l'activité physique (Hyde et al., 2020). Le manque de temps décrit ci-dessus a pour conséquence que tous les besoins ne peuvent pas être pleinement satisfaits. Il est donc nécessaire de les classer par ordre de priorité. Alderfer répartit les besoins humains en trois

groupes : Existence – Connexion (Relatedness) – Croissance (Growth) (Alderfer, 1969). Le groupe de l'existence décrit les besoins humains les plus fondamentaux tels que la nourriture, le logement, la sécurité et la santé. Vient ensuite le groupe des besoins sociaux, comme l'appartenance. Le dernier groupe décrit la croissance de la personnalité. Contrairement à la pyramide des besoins bien connue de Maslow, Alderfer décrit toutefois que la satisfaction des trois groupes a lieu simultanément - et non pas de manière strictement séparée et hiérarchisée comme chez Maslow :

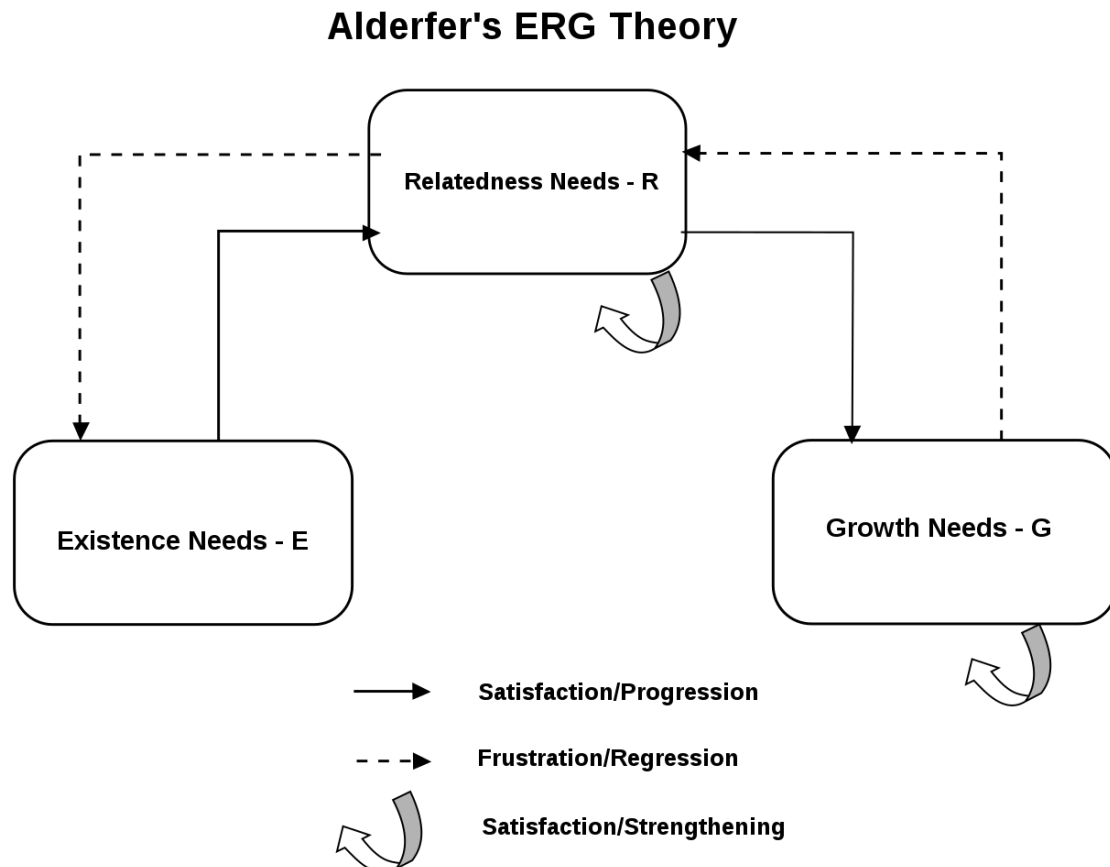


Figure 10 : Schéma de la théorie d'Alderfer sur les besoins (Alderfer, 1969)

Lorsqu'une catégorie de besoins est comblée, un individu consacrera davantage de temps et d'efforts à la catégorie supérieure. Chez les femmes interviewées, des déficits apparaissent parfois dans la satisfaction des besoins les plus existentiels, de sorte que ceux-ci sont d'abord priorités. Certaines femmes ont dû faire face à des problèmes de santé - physiques et psychiques. Une partie des femmes ont indiqué avoir été à la recherche d'un logement pendant ou après la grossesse, car le logement précédent était inadéquat. Dans le groupe "Relatedness" également, les exigences ne sont souvent pas satisfaites et les femmes connaissent une précarité sociale, qui sera abordée au point 4.4 « Capital social et pourquoi les femmes en manquent ». Pour les femmes, les loisirs tels que l'activité

physique font partie du dernier groupe pour lequel il n'y a pas de temps à consacrer. L'activité physique devient ainsi une question de luxe. Le fait de négliger les besoins du troisième groupe est lié à la "norme obligatoire" sociale, au rôle de femme d'être disponible en permanence pour les autres et de ne pas s'accorder de temps pour ses propres besoins. Cet aspect socioculturel de l'identité de la femme sera examiné plus en détail dans le chapitre suivant. Alderfer affirme également que si les besoins d'une catégorie ne sont pas satisfaits, la personne investira plus d'efforts dans la catégorie inférieure. Par exemple, si les femmes vivent isolées et n'ont pas de lien social, elles investiront encore plus d'efforts dans leurs besoins de base - et non dans l'activité physique et les loisirs. Une autre stratégie pour gérer le manque de temps tout en respectant la pratique de l'activité physique recommandée par la sage-femme consiste à interpréter unilatéralement la définition de l'AP.

« Non, non. Bon, si je peux dire que l'activité physique, c'était juste pour faire, c'est qui concerne la maison, c'est tout qui ça met. C'est qu'il concerne vraiment faire les sports, non. Le ménage, tout ça. »

Amina, 30 ans, 2 enfants

« En fait, je pense maintenant que c'est une activité physique avec le bébé. [...] Parce que c'est vraiment l'activité physique avec mon bébé. Et de travailler chez moi, de faire le ménage. Et faire des courses, tout ça. À l'instant, c'est ça parce que je ne trouve pas un temps vite pour le moment. »

Parisa, 41 ans, 1 enfant

Comme décrit au début, l'activité physique comprend, selon l'OMS, les activités de loisirs et de transport actif en plus des activités ménagères. Les femmes décrivent les tâches ménagères, la garde des enfants et d'autres activités quotidiennes comme leur seule activité physique. L'activité physique n'est pas pratiquée ici pour l'activité elle-même, par plaisir, pour se détendre ou oublier le quotidien. Au contraire, les activités sont exercées parce qu'elles sont nécessaires, l'activité doit remplir un but qui dépasse le simple plaisir de l'exercice. Les sages-femmes confirment également cette interprétation des femmes sur l'activité physique :

« Certaines me disent oui, je fais le ménage, je garde une activité physique, je marche. »

Alex (SF), 39 ans

Le travail est également considéré comme une activité physique :

C'est ça et le travail, le travail, il demande beaucoup en crèche avec les enfants.

Chloé, 27 ans, enceinte du premier enfant

« Parce qu'après pour moi, si vous dites activité physique, moi j'allais déjà au travail, donc c'était physique. [...] Donc, déjà pour moi là, c'était physique. Ah oui aussi, normalement quand je rentrais du travail le soir, j'avais les pieds tout fatigués. Vraiment ça, il y avait les pieds qui tiraient, j'avais trop de fatigue au niveau des pieds. »

Laila, 24 ans, 1 enfant

Cependant, si l'on réduit l'activité physique à cette seule dimension et que l'on exclut la dimension de l'activité en tant que loisir, on perd une partie des aspects positifs pour la santé. Des études montrent que l'activité physique dans le ménage n'apporte pas les mêmes bénéfices que les loisirs (Murphy et al., 2013). L'une d'entre elles, Camille, cite sa santé physique intacte comme raison de son inactivité :

« Parce que je n'avais pas envie, mais si j'avais eu un problème de santé et que faire du sport ça aurait fait du bien, je l'aurais fait. Mais moi, je ne voyais pas le problème. »

Camille, 19 ans, 1 enfant

Cette affirmation permet de douter que la définition de la santé de l'OMS, qui stipule que « la santé est un état de complet bien-être mental, physique et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (WHO, 1946) », soit également applicable aux couches sociales défavorisées. Les personnes ayant des préoccupations existentielles, comme le décrit Camille, agissent davantage par nécessité plutôt que de considérer l'activité physique comme un moyen de prévention et de promotion de la santé. La définition de l'OMS semble non seulement utopique, mais donne l'impression qu'il existe une définition de la santé pour tous. Une meilleure approche serait une approche pluraliste avec des définitions individuelles (Leonardi, 2018).

Le manque de temps constitue un problème majeur pour les couches sociales défavorisées. En renforçant les liens sociaux ou en bénéficiant d'un soutien organisationnel, par exemple sous la forme d'une garde d'enfants ou d'une aide-ménagère, les femmes pourraient gagner du temps pour répondre à leurs besoins personnels et acquérir un plus grand contrôle sur leur vie. Toutefois, les ressources et les capacités nécessaires à cet effet font souvent défaut dans cette population. Comme le MSS ne propose pas non plus de garde d'enfants pendant les heures de cours, cette barrière est insurmontable pour les femmes. Les femmes d'autres classes sociales ou ethniques peuvent se permettre cette prise en charge et gagnent ainsi du temps - qu'elles peuvent par exemple investir dans un programme sportif. Ainsi, le manque de temps laisse la participation à ceux qui peuvent se

le permettre - ce qui n'est pas le cas pour toutes les femmes. Le "féminisme blanc" décrit un phénomène dans lequel les actions féministes n'incluent qu'un certain groupe de femmes privilégiées - généralement des femmes blanches - et excluent les groupes de femmes marginalisées. Le féminisme peut ainsi aggraver la discrimination dans le cadre du racisme et du classisme. Même de grandes féministes comme Simone de Beauvoir accordaient plus d'égalité aux "femmes blanches" parce que la race blanche était plus développée (Zakaria, 2021).

Koa Beck décrit le féminisme blanc comme une stratégie qui se concentre davantage sur l'accumulation individuelle, le capital et l'individualité. Le pouvoir s'accumule au lieu de réfléchir à une redistribution (Beck, 2021).

Les femmes de la couche sociale privilégiée qui disposent déjà de ressources considérables, sont en mesure d'engager une baby-sitter. Ce faisant, il n'est pas rare qu'elles emploient des femmes issues de classes sociales populaires ou d'une autre ethnie, ce qui leur permet de participer au programme tout en étant en mesure de promouvoir leur principal capital, la santé. Teresa Bücker parle ici également de « Choice-Feminism », une approche qui ignore les inégalités structurelles et les différences de classe et qui suppose que chaque femme peut -elle seule- surmonter les normes sociales (Bücker, 2022). Ces formes de féminisme visent à atteindre l'égalité par l'initiative personnelle. Dans ce contexte, un exemple de féminisme du choix serait de prendre une baby-sitter si l'on n'a pas de temps pour soi et pour le programme du MSS. Mais ce faisant, on ignore tout simplement la réalité des femmes et leur manque de ressources. Pour les sages-femmes, la racine de ce féminisme se trouve dans l'éducation culturelle

« Sauf qu'il y a d'autres freins peut être culturels. Une fille ne fera pas d'activité physique ce n'est pas bon pour elle ou alors je n'aurais jamais le temps de le faire, je m'occupe de mes enfants, à quelle heure / Vraiment ça dépend. »

Emma (SF), 57 ans

« Je pense qu'il y a une réticence culturelle, parfois. Soit les femmes n'ont pas l'habitude ou ne viennent pas d'un pays ou d'une culture où le sport est présent, l'activité physique est présente. [...] Oui, ou des femmes qui n'y vont pas parce que culturellement, leur place est dans la maison, ce n'est pas à l'extérieur. Donc on a ça. On a cet aspect culturel. »

Alex (SF), 39 ans

Il n'y a aucun doute qu'il existe une influence culturelle qui ne peut être ignorée, mais attribuer la responsabilité et l'abondance du travail de soin effectué, et donc le manque de temps pour les activités de loisirs, à la seule dimension culturelle et penser qu'il suffit de la rendre plus égalitaire, c'est trop réducteur et oublie les différences de richesse entre les

classes. Les femmes issues de classes sociales défavorisées disposent d'un autre budget de temps, car chez elles, la journée est déjà remplie par la seule satisfaction des besoins de base. Ignorer ce fait et partir du principe qu'elles ont autant de temps que le reste de la société est une approche normative qui ne fait qu'accentuer les inégalités au lieu de les compenser comme prévu.

Les processus administratifs occupent aussi une grande partie du temps des femmes :

« Donc j'aurais pu faire des démarches là, c'est seulement parce que je suis fatiguée, que les papiers ça faisait mal à la tête, j'en ai trop à faire de tous les côtés, donc je ne voulais pas en rajouter quelque chose. »

Chloé, 30 ans, enceinte du premier enfant

Dans certains cas, comme le décrit Chloé, les femmes sont déjà prises par une multitude de processus administratifs et n'ont donc plus les capacités nécessaires pour se consacrer à une autre tâche, comme l'inscription au programme du MSS. De plus, le processus d'inscription au programme MSS est décrit comme très compliqué, tant par les sages-femmes que par les femmes. Actuellement, les femmes ont besoin d'une prescription de leur médecin pour participer au programme "Cycle Pré et Postnatal". Par conséquent, il est nécessaire pour les femmes de prendre rendez-vous avec leur gynécologue ou leur médecin généraliste pour entamer le processus de participation au programme, même si la sage-femme a déjà recommandé la participation au programme. Une fois la prescription du médecin obtenue, un rendez-vous est fixé avec l'éducateur sportif du MSS afin d'explorer les besoins, les préférences et le contexte du bénéficiaire. Cela implique que les femmes doivent intégrer deux rendez-vous supplémentaires dans leur quotidien, ce qui peut le compliquer pour celles qui sont déjà mentalement surchargées.

En particulier pour les femmes qui n'ont pas ou peu de connaissances de la langue française, la gestion des processus administratifs s'avère extrêmement exigeante.

Les points discutés de la satisfaction des besoins existentiels et fondamentaux et la répartition inégale du temps avec une pauvreté en temps parmi les groupes socio-économiques les plus faibles sont le résultat de l'interaction de plusieurs mécanismes de discrimination. Cette soi-disant intersectionnalité décrit le chevauchement et la simultanéité de différentes formes de discrimination. La population étudiée réunit de nombreux déterminants sociaux de l'injustice : ce sont d'abord des femmes, la plupart avec un statut migratoire, des problèmes de santé et un statut socio-économique bas. A ces conditions de vie s'ajoute le défi de la grossesse, qui apporte d'abord une foule de nouvelles informations pour la future mère : « Qu'est-ce que je peux manger ? Qu'est-ce que j'ai le droit de faire ? Où dois-je faire attention exactement ? »

« On peut tout ça ce qu'on a dit. En plus, quand on est enceintes, on se projette. On se voit dans l'avenir proche. Qu'est-ce qui va se passer pour nous ? Est-ce qu'on va installer son bébé ? Dans lequel lit on va le mettre ? Comment on va acheter ses couches ? Tout ça, il y a des gens pour qu'ils sont des vraies questions. Après, on ne fait pas grand-chose. C'est des gens qu'on voit, mais on n'est pas... Voilà, la grossesse, c'est un moment où on est beaucoup plus vulnérable que dans la vie normale. Du coup, quand on est enceinte, toutes ces questions-là, elles sont hyper importantes, encore plus que si on est seul et qu'on fait notre vie comme on peut. »

Morgane (SF), 36 ans

Cette responsabilité vis-à-vis de l'enfant à naître est une charge mentale énorme qui ne concerne que la mère et non le père. Certaines femmes étaient en outre des migrantes et ont dû, en plus de la grossesse, s'adapter à un nouvel environnement, une nouvelle culture et de nouvelles habitudes.

« Donc voilà, arrivée, installation, plus bébé ce n'est pas forcément très évident [...] Le seul truc c'est que quand tu viens d'installer dans un pays que tu ne connais pas, qui n'est pas ton pays d'origine, forcément, avec les habitudes qui changent et tout ça, donc il y a un temps d'adaptation bien évidemment et moi le temps d'adaptation, c'est fait pendant ma grossesse, c'est ce qui a fait que ça n'a pas été forcément trop aisé. [...] On doit faire attention parce qu'il y a un être, un petit être innocent qui dépend de nous, donc les habitudes alimentaires qui changent, on n'est pas forcément trop à l'aise avec ça, surtout quand on n'est pas dans son pays d'origine et qu'on n'a pas l'habitude de manger ce qui est là [...] Pourquoi, c'est assez simple que déjà, comme je vous ai dit d'abord, c'est je n'étais pas trop à l'aise avec mon environnement. Donc, mon environnement, il y avait pour moi beaucoup changé. Voilà mes habitudes, n'étaient pas les mêmes, les transports ce n'est pas les mêmes que chez moi et tout et je venais d'arriver donc je ne connais pas forcément, je ne m'excusais pas. Donc me lever et me dire que je ne dois pas prendre le tram ou le bus ou je ne sais pas comment faire pour arriver peut-être au centre de sport parce qu'on avait demandé d'aller dans un centre, je sais plus trop où là, l'adresse, voilà. »

Yara, 32 ans, 1 enfant

Cette femme décrit clairement comment l'adaptation à une nouvelle culture et à un nouveau pays est un défi qui prend du temps. De plus, comme il n'y a pas encore beaucoup d'offres de cours pour les femmes enceintes, il se peut que le lieu de l'activité se trouve à l'autre bout de la ville - un investissement en temps que les femmes ne peuvent pas gérer.

« Donc effectivement, j'ai vu médecin traitant, il a rempli et tout. Et voilà, comme je vous disais après, je n'ai pas eu de courage quand j'ai regardé l'adresse sur mon téléphone et que j'ai vu que c'était après une heure de chez moi et que je devrais prendre le train mais comme (inc.) Alors ça ne se pourrait pas. »

Yara, 32 ans, 1 enfant

Les sages-femmes abordent également la quantité d'informations qu'une femme reçoit et doit assimiler, en particulier lorsqu'il s'agit de sa première grossesse :

« Quand on vient et qu'on parle de beaucoup de choses, peut-être que ça se dilue dans toutes les informations qu'on donne. Il faut savoir aussi qu'une femme enceinte, elle a un million d'informations. Tout le temps, on le balance plein, plein, plein d'informations et des fois, il y a beaucoup de choses qui se perdent. Je vois des femmes qui ont fait un suivi de grossesse, parfait avec (...) régulier, avec beaucoup d'informations, avec des constations, avec des professionnels qui ont pris le temps. Donc elles ont une information. Je repasse et il y a plein de choses qui sont déjà perdues. On ne peut pas tout absorber, absorber c'est beaucoup de choses. Je pense que l'information, elle s'est dilue. »

Alex (SF), 39 ans

Les défis de la grossesse, avec tous ses changements physiologiques, associés aux inégalités structurelles et à la vulnérabilité des femmes, entraînent une énorme charge mentale. Des phrases et des mots exprimant une surcharge de travail sont apparus plus souvent dans les entretiens :

« Ça on va aussi faire mais on devait déjà le faire, mais on n'a pas eu le temps comme dit, octobre, le temps de déménager, les trucs, plus la grossesse, plus les rendez-vous parce qu'on a rendez-vous pour la pédiatre, pour [NOMBRE PREMIER ENFANT], on a rendez-vous pour la gynéco, on a rendez-vous pour ma maladie, on était vraiment débordé. »

Aylin, 41 ans, 1 enfant et enceinte du deuxième

Aylin décrit le sentiment de surcharge qu'elle ressent lorsqu'elle doit faire face à la fois à un déménagement, à plusieurs rendez-vous, à un enfant et à une grossesse, et à sa propre maladie. L'un des mécanismes d'adaptation de la psyché humaine à un tel stress peut être un retrait avec un comportement passif (Vonasch et al., 2017). De plus, les conditions de vie stressantes et l'urgence quotidienne des besoins existentiels entraînent une moindre disponibilité psychique des femmes pour elles-mêmes. Les deux facteurs mentionnés pourraient expliquer la moindre participation de la population étudiée au programme du MSS.

On peut aisément comprendre que la grossesse représente une charge supplémentaire pour les personnes déjà confrontées aux défis que représentent un nouveau pays, de nouvelles cultures et l'exclusion de la société. La grossesse peut donc compliquer une situation de vie déjà difficile et être la porte ouverte à la pauvreté, comme le décrit Alex, la sage-femme :

« Donc je pense que la grossesse, elle est un terrain, une porte ouverte, à haute précarité aussi. Les femmes, elles sont très vulnérables et elles peuvent facilement se rencontrer dans une situation de précarité, quelle qu'elles soient. »

Alex (SF), 39 ans

Analyse d'un cas particulier : Cas de Salma

Sur le thème de l'intersectionnalité, un cas exemplaire doit être soumis à une analyse plus approfondie : Salma est une femme de 39 ans, originaire du Maroc, ne parlant pas parfaitement le français. Elle a cinq enfants et est enceinte du sixième. Sa famille a un statut socio-économique bas. Au Maroc, elle a travaillé comme commerçante (sans formation), en France, elle n'a pas d'activité professionnelle.

Le sexe, le statut d'immigré, l'appartenance ethnique, le faible statut socio-économique sont quelques-uns des déterminants sociaux de l'inégalité qui apparaissent simultanément chez cette femme. Les déterminants mentionnés ci-dessus impliquent une variabilité systématique des expériences de santé. Celle-ci n'est pas aléatoire, mais socialement déterminée et structurée. Il s'agit donc de conditions systématiques qui placent cette femme dans une situation de vulnérabilité. S'y ajoutent chez elle les enfants et les grossesses, qui peuvent constituer une vulnérabilité temporaire supplémentaire. Elle a vécu sa cinquième grossesse pendant la pandémie de Corona. Cette grossesse, tout comme la sixième, n'était pas désirée. Etant dans une situation de vulnérabilité, elle en a été particulièrement affectée :

« Parce que j'ai tombé enceinte aussi, ce n'était pas prévu. Et après, il y avait le Covid. Donc, de plus que j'ai tombé enceinte de la cinquième, il y avait le Covid. Il m'avait changé, comment le dire, je ne sais pas comment expliquer. C'était plus compliqué par rapport aux autres grossesses. Ouais. Je ne suis pas encore sortie de la dépression de la dernière grossesse, le Covid et tout ça. Et j'ai tombé maintenant enceinte, t'imagines comment je suis. [...] Quand il a changé le moral et tout ça, c'est à partir du Covid. On n'a pas le droit de sortir, on n'a pas le droit. Il faut des tests des stations. Il y avait, comment dire ? Il y avait une chose qu'on n'a pas compris, c'est quoi ça ? [...] C'est une chose, une maladie, tu attrapes, tu meurs, contagieux. C'était compliquée pour la tête et l'accepter, déjà, les

hormones, elles changent quand tu es enceinte. Et plus... [...] C'était un choc pour tout le monde, mais pour une femme enceinte plus. Je peux peut-être attraper cette maladie et je vais mourir. Et après, je laisse les autres. Les autres, ils ont encore besoin de moi et beaucoup de choses, tu penses à beaucoup de choses. »

Cette femme décrit de manière très claire comment la combinaison de sa grossesse et du confinement a conduit à son surmenage physique et psychique. La responsabilité de sa famille et de l'enfant à naître, ainsi que l'incertitude d'une maladie qui était nouvelle et inconnue et que personne ne pouvait évaluer ou contrôler, ont conduit à sa dépression. Des études confirment que la crise de Corona et le confinement ont accru les inégalités sociales en frappant plus durement les couches sociales défavorisées (The Lancet Public Health, 2021). La situation vulnérable de la femme est encore aggravée par le fait qu'en plus de sa grossesse actuelle, elle a un enfant handicapé :

« Et je souffre beaucoup, déjà j'ai cinq enfants. Et le dernier enfant, il a trois ans. Il y a de complications. Il est en retard de développement. Il ne parle pas, il n'a pas un corps propre. Il a besoin de plus d'aide et tout ça. C'est pour ça que je la trouve. Et moi maintenant, je ne suis pas bien psychologiquement. C'est compliqué. Pour moi et pour le bébé qui arrive et pour la petite qui est besoin de moi. Je dois partager. »

Les femmes ayant des enfants handicapés sont absentes des représentations de la maternité et leur réalité est largement inconnue. Ces mères appartiennent à un groupe marginalisé dont l'expérience est loin de la "normalité", car les besoins particuliers de leur enfant nécessitent un travail intensif et spécifique (Lapierre & Damant, 2012). La prise en charge quotidienne des enfants handicapés est si lourde qu'elle nécessite une prise en charge collective qui ne peut être assurée uniquement par la mère ou la famille.

Ce cas montre clairement la multitude de situations de vulnérabilité dans lesquelles une femme peut se trouver et comment cette situation de précarité, par le biais d'autres événements échappant à son contrôle, finit par déstabiliser son psychisme, car elle n'a que peu de ressources (tant sociale, médicale que financière) pour y faire face en raison de sa vulnérabilité.

Cette surcharge mentale due à l'intersectionnalité des vulnérabilités et à la responsabilité d'une grossesse est exacerbée par les changements dans le rôle de la femme enceinte en tant que mère et femme.

4.3 Femme, mère, partenaire - différents rôles de la féminité dans leur contexte socioculturel

La grossesse est une phase de changements profonds et une expérience marquante pour la future mère. En conséquence, la moitié des femmes interrogées mentionnent l'acceptation de la nouvelle identité comme l'une des barrières individuelles. Le nouveau rôle de mère et les responsabilités qui en résultent pour l'enfant, mais aussi pour la famille, deviennent parfois un énorme fardeau. Le rôle de la femme et la féminité sont également soumis à des changements. Dans le cadre de ces changements, l'acceptation de la transformation physique du corps constitue l'un des plus grands défis.

« Avant la grossesse, j'étais très bien, svelte, j'étais voilà / Je ne vais pas dire sportive, mais j'étais vive, active. Je travaillais, voilà. J'ai, malgré mes enfants parce qu'ils étaient grands, donc voilà, j'étais moi-même quoi. [...] Mais vers la fin c'était très très dur parce que j'arrivais plus de tout à porter mon corps parce qu'avant la grossesse, on a 65 kilos, 68 kilos. On se retrouve à 95 kilos, à déjà 8 mois, 7 mois. On vous dit stop, il y a un frein partout. »

Elif, 42 ans, 4 enfants

Cette femme définit une grande partie de sa représentation qu'elle a d'elle-même par son poids et affirme « ne plus avoir été elle-même ». Les femmes se trouvent dans une situation de double identité : vouloir tout pour leur enfant d'une part et exister en dehors du rôle de mère d'autre part.

« Si tu me demandes, je ne sais pas quelle force j'ai eu parce que c'était horrible. Je ne me sentais pas bien dans mon corps, donc je dois faire encore une activité physique, je ne sais pas. Après, ça dépend peut-être qu'au second trimestre, oui, pourquoi pas, parce que j'étais en pleine forme. Mais en premier, troisième, non, du tout. Je ne me sentais pas vraiment bien dans mon corps. »

Laila, 24 ans, 1 enfant

Pour Laila, le malaise et le manque partiel d'acceptation de son nouveau corps se répercutent sur sa santé mentale et rendent ainsi difficile la pratique d'une activité physique. Yara décrit également les modifications du corps comme un bouleversement à la fois physique et psychique :

« Les changements aussi au niveau de son corps parce qu'on voit son corps évoluer, changer on ne sait pas si forcément on retrouve son corps d'après ou pas, on ne sait pas forcément, voilà on voit des choses apparaître les matins et tout et on se demande, voilà,

mais bon. Après je pense que c'est plus à ce niveau un peu au niveau physique, au niveau émotionnel aussi. »

Yara, 32 ans, 1 enfant

Les nouvelles « choses que l'on voit apparaître le matin » sont presque perçues comme des éléments étrangers au corps, illustrant une sensation d'étrangeté vis-à-vis de soi-même et une insatisfaction par rapport à l'image de soi. La réflexion intense sur la prise de poids et l'inquiétude concernant les kilos supplémentaires après la grossesse ne sont pas sans fondement. La grossesse est un facteur de risque de prise de poids excessive et d'obésité (Melzer & Schutz, 2010). Dans une étude suédoise, 40 à 50 % des femmes interrogées attribuaient leur obésité au fait d'avoir des enfants et 73 % déclaraient avoir gardé dix kilos après la grossesse (Gunderson & Abrams, 2000). Des études suggèrent que les femmes issues des classes sociales défavorisées sont particulièrement confrontées à des défis dans la gestion de leur poids post-partum, car elles ont moins accès à des comportements sains (Graham et al., 2016) et présentent déjà avant la grossesse un surpoids ou une obésité plus fréquents que dans les autres couches sociales (Sutherland et al., 2013). Le fait d'être une femme ou une mère, combiné à la classe sociale, devient ici un facteur de risque d'obésité et a donc des conséquences physiques et psychiques. Par conséquent, l'aspect positif d'une activité physique régulière pour contrôler son poids est cité par presque toutes les femmes, parfois à plusieurs reprises (21 segments codés au total dans les 10 entretiens), et constitue donc l'un des facilitateurs et motivateurs les plus efficaces.

« Après l'accouchement, moi je / J'ai décidé déjà de me mettre au sport, au vrai sport pour pouvoir perdre juste les kilos que j'ai pris en plus. »

Chloé, 27 ans, enceinte du premier enfant

Les femmes enceintes et les jeunes mères se trouvent dans une relation dissonante entre les idéals types du corps féminin dans la société occidentale et leur nouvelle situation. Cette dissonance peut même être accentuée dans les classes sociales populaires, comme le décrit Martín-Criado dans son travail sur la perception du poids des mères de la classe populaire en Espagne (Martín-Criado, 2015). L'image de la femme et de son poids idéal - véhiculée par les classes bourgeoises - devient la norme sociale et tout dépassement de ce poids est considéré comme un échec individuel (Gelly et al., 2021). Il en résulte un sentiment de culpabilité de la part des personnes concernées et une stigmatisation par la société. Goffmann décrit la stigmatisation comme « *un processus qui discrédite un individu en le qualifiant anormal* » (Plumauzille & Rossigneux-Méheust, 2014). Les personnes stigmatisées se voient ainsi attribuer une « étiquette d'anomalie » dans le cadre des interactions sociales, ce qui peut conduire à la discrimination, voire à l'exclusion. Si la

femme ne se définit plus que par son poids excessif et son anormalité, cela peut conduire à un cercle vicieux de dévalorisation et de modification de l'image de soi et pousser des femmes déjà marginalisées encore plus loin en marge de la société. Les stéréotypes diffusés par les médias dans le contexte de la grossophobie ne font qu'aggraver le processus. La représentation des personnes en surpoids comme des personnes incapables de contrôler leur alimentation et leur mode de vie contribue à cette perception. Or, le surpoids et l'obésité ne sont pas seulement un problème individuel, mais un facteur structurel d'injustice sociale.

Aux changements du corps, qu'il faut accepter, s'ajoute le nouveau rôle de mère. Dans notre société, la féminité est encore fortement associée à la maternité. La maternité est décrite comme un sentiment naturel, inhérent à la femme. Knibiehler décrivait déjà en 2001 que la maternité est « *une construction sociale, définie et organisée par des normes, selon les besoins d'une population à une époque donnée de son histoire* » (Knibiehler, 2001). Cette construction sociale définit la femme par son rôle d'accouchement. En tant que "porteuse du fœtus", la femme est la seule responsable de la mise au monde d'un enfant en bonne santé. On attend de la femme qu'elle organise sa vie en fonction des besoins des enfants et de la famille. Elsa Boulet, sociologue spécialisée dans le genre, la santé et le travail, a étudié en profondeur le rôle des femmes dans la famille, notamment sous l'angle de la maternité et des soins. Dans son travail, elle met l'accent sur les multiples tâches auxquelles les femmes doivent faire face en combinant les obligations professionnelles avec les tâches domestiques et de soins. Les recherches de Boulet montrent clairement que la grossesse et la maternité sont souvent considérées à travers le prisme des attentes sociales et des normes de santé, ce qui peut représenter une pression considérable pour les femmes. Boulet soutient que la maternité est à la fois une ressource et une contrainte, en particulier pour les femmes issues des couches socio-économiques populaires. Elle examine comment les structures sociales et institutionnelles dictent souvent les conditions de la maternité, en la considérant comme une obligation qui recoupe les dynamiques de genre, de classe et de race (Boulet, 2022). Ainsi, Chantal Lavergne constate également que « *la société définit les femmes essentiellement par rapport à la maternité et à leur rôle de mère, leurs besoins et leurs désirs s'en trouvent subordonnés. La maternité-institution attend également des femmes qu'elles mettent de côté leur propre identité au profit de l'accomplissement de leur rôle de mère* » (Lapierre & Damant, 2012). Par conséquent, la grossesse est une période pendant laquelle de nombreuses femmes changent leurs habitudes et bouleversent leur vie pour le fœtus. La grossesse peut donc aussi être considérée comme un "moment instructif", une période de la vie où les personnes sont plus réceptives aux messages de santé et plus motivées pour changer leur mode de vie (Rockliffe et al., 2021).

« Le changement déjà, il se fait au niveau, au niveau émotionnel je veux dire parce que déjà on se rend compte qu'on est en train de créer une vie. Donc là, on ne vit plus pour nous-mêmes. On doit faire attention parce qu'il y a un être, un petit être innocent qui dépend de nous. »

Yara, 32 ans, 1 enfant

Par conséquent, les femmes sont plus enclines à abandonner leurs habitudes négatives en matière d'alimentation et d'activité physique pour adopter un mode de vie plus sain, afin de donner à l'enfant à naître les meilleures chances de départ dans la vie (Phelan, 2010).

« Parce que moi, j'ai fait beaucoup d'attention pour manger, pour équilibrer les choses. [...] Mais depuis que j'étais enceinte, j'ai fait beaucoup d'attention. »

Parisa, 41 ans, 1 enfant

« Parce que j'étais obligée pour l'enfant de marcher plus. »

Amina, 30 ans, 2 enfants

Ces exemples de citations ne sont que quelques-unes des nombreuses citations qui sont apparues dans le cadre de l'étude et qui expriment le grand sentiment de responsabilité des femmes. Dans ce contexte, il convient également de mentionner qu'une analyse de contingence réalisée - une analyse qui montre quels sont les deux codes ou catégories qui se recoupent le plus souvent et apparaissent ensemble - a révélé que les thèmes de la responsabilité et de l'identité présentent une forte corrélation. On peut en déduire que les femmes interrogées associent fortement leur responsabilité à leur identité - le rôle de mère devient ainsi un indicateur de réussite personnelle et de confiance en soi. L'une des femmes qui n'a pas réussi à faire de l'exercice pendant sa grossesse en raison de problèmes psychologiques évoque sa culpabilité dans le cadre de l'entretien :

« Tu es contente, tu lui parles, ça va. Et quand tu es triste, même quand je suis triste, je suis désolée. Je n'ai pas donné le temps pour / Mais le moral de maman, il est trop en bas. Mais pas comme / C'est différent quand tu es content. Tu te sens mieux, tu donnes l'énergie aussi au bébé. Mais quand tu es triste, je crois aussi, il est triste. [...] Mais je ne suis pas forte, je manque de force. J'ai peur, j'ai des / J'espère que je ne fais pas une césarienne. Maintenant, ça m'inquiète beaucoup. »

Salma, 39 ans, 5 enfants et enceinte du sixième

Le sentiment de responsabilité envers la famille est très fortement ancré chez les femmes. Cette femme décrit précisément le fait que les besoins personnels sont souvent négligés

dans ce contexte :

« En fait, le problème de la femme, c'est qu'on ne pense pas à soi. C'est le gros problème. On pense toujours aux enfants, on pense toujours au mari, on pense toujours à manger, on pense toujours /. Mais on ne se prend pas le temps pour soi. Je me dis que j'aurais peut-être dû dire stop, parce que c'est nous, pour moi. Et si moi je vais bien, tout le monde ira bien. Mais je n'ai pas pensé comme ça à ce moment-là. Ça, j'ai pensé après l'accouchement. Quand j'ai vu que j'avais vraiment des difficultés, je me suis dit, mais merde, Elif, tu ne t'es pas occupée de toi ? Aujourd'hui, tu n'arrives pas à t'occuper. [...] Mais pour dire, voilà j'aimerais bien, j'ai envie. Mais c'est vrai que je me suis toujours freinée en me disant, c'est les autres. C'est pour ça j'ai dit il ne faut pas penser aux autres. Faut d'abord penser à soi mais quand on le fait, on le fait mal en plus. Donc c'est bien pendant dix minutes mais après on a mal parce qu'on a bloqué quelque part. »

Elif, 42 ans, 4 enfants

Ici cette femme décrit qu'elle n'a finalement pas pris le temps de pratiquer une activité physique ou de prendre soin d'elle en général, car le soin à la famille passait toujours en premier et donc avant ses propres soins. Se mettre ainsi en retrait est un trait de caractère qu'elle attribue généralement au sexe féminin. Comme nous l'avons déjà mentionné au point 4.2 « Manque de motivation ou plutôt une pauvreté en temps », les femmes sont éduquées à l'auto-exploitation et considèrent comme une "norme obligatoire" le fait de ne pas s'accorder de temps pour ses propres besoins. Ainsi, elle a essayé de se faire passer en premier, mais elle a vite renoncé, car elle a senti une résistance intérieure. Cela montre que le sentiment de responsabilité en tant que mère est profondément ancré chez les femmes.

Un aspect très intéressant qui est apparu dans le cadre de ce travail est la question des grossesses non désirées. Trois des dix femmes interrogées ont déclaré que la grossesse n'était pas prévue et que l'accepter leur avait causé des difficultés, notamment en ce qui concerne l'exercice d'une activité physique. Deux de ces femmes avaient déjà trois ou cinq enfants et assumaient donc déjà une lourde responsabilité. L'accès difficile aux moyens de contraception parmi les femmes issues de milieux socio-économiques défavorisés a déjà été décrit dans la littérature, et les influences culturelles peuvent également jouer un rôle (Le Guen et al., 2020). Les femmes mentionnées venaient, avec la Turquie et le Maroc, de pays où le thème de l'avortement est encore très controversé et pourrait donc jouer un rôle dans leur décision. Les trois femmes ont exprimé un stress psychologique lié à leur grossesse non désirée, en particulier dans le contexte où elles souffraient également d'autres maladies physiques.

4.4 Capital social - et pourquoi les femmes en manquent

Le capital social comprend les ressources dont disposent les individus et les groupes à travers leurs relations et interactions sociales et qui peuvent être utilisées pour atteindre des objectifs personnels ou collectifs. Il joue un rôle crucial dans le renforcement de la cohésion sociale, du développement économique et du bien-être général en favorisant la coopération, la confiance et la réciprocité au sein des communautés (Cattell, 2001).

Le niveau social s'avère être un facteur décisif, à la fois comme frein et comme levier. Comme décrit au point 4.2 « Manque de motivation ou plutôt une pauvreté en temps », l'un des besoins fondamentaux de l'être humain est le lien social - qui fait défaut chez de nombreuses femmes interviewées. La pertinence des liens sociaux est soulignée par Serge Paugam à l'aide d'une description en deux dimensions. Dans "La régulations des pauvres", il décrit les fonctions de protection et de reconnaissance comme "nécessaires à l'existence sociale" (Paugam & Duvoux, 2013). La protection fait ici référence à l'ensemble du soutien apporté par les ressources familiales, communautaires, professionnelles ou autres ressources sociales auxquelles une personne peut faire appel. Certaines des femmes interviewées ne pouvaient justement pas bénéficier de ce réseau social. Par exemple, les femmes immigrées ont relaté leur arrivée en France dans une situation d'isolement total, sans pouvoir compter sur le soutien social de leur famille, de leur partenaire ou de leurs amis.

« Mais je n'ai pas de famille ici. Là, je suis seule. Peut-être qu'il y a des amis, aussi, qui passent, parce que moi, je suis demandeur d'asile. Peut-être qu'il y a des amis qui passent, faisant des pays, connaître là, ici. Vous venez voir l'enfant, et puis au moment où ils sont là, je peux le reposer un tout petit peu. Oui. C'est un peu ça. Mais je n'ai pas de famille, ici. Oui. [...] Je suis obligée de m'occuper seule, de lui. »

Amina, 30 ans, 2 enfants

La dimension de la reconnaissance décrite par Paugam se réfère à la valorisation et à la considération de sa propre existence par l'interaction sociale. Les femmes issues de milieux défavorisés ne bénéficient pas de cette valorisation et doivent plutôt faire face à la stigmatisation de la société. Les femmes récemment immigrées sont confrontées à une rupture ou à une dégradation des liens sociaux, en plus des problèmes de logement : les liens de filiation, de participation élective, de participation organique et liens de citoyenneté sont altérés, ce qui conduit à une image négative de soi et à un état de santé fragile (Gasquet-Blanchard & Sahnoun, 2021).

Georg Simmel décrit dans son ouvrage « Les pauvres » que la classe sociale des pauvres est définie uniquement par le fait qu'elle reçoit une aide de l'Etat ou qu'elle devrait la recevoir selon les normes sociales (Simmel, 2002). A partir du moment où une personne reçoit un

soutien de la société, elle ne peut plus, selon l'auteur, prétendre à un autre statut social que celui d'assisté, ce qui conduit à une fonction sociale non seulement déterminante, mais aussi disqualifiante selon Paugam (Paugam & Duvoux, 2013). Ce phénomène de dégradation décrit dans l'introduction peut conduire, selon Jean Furtos, à l'auto-exclusion et à l'auto-stigmatisation (Furtos, 2009). L'individu se distancie de la société et rompt avec elle. Cette exclusion sociale due au fait de ne pas être dans la norme renforce la charge mentale et l'épuisement mentionnés dans le chapitre précédent, puisque le désir d'acceptation sociale est l'une des pulsions humaines les plus fondamentales. Une étude de psychologie de la personnalité a montré qu'un individu socialement exclu peut entrer dans un état de déconstruction sociale (Twenge et al., 2003). Celle-ci consiste en un évitement de la pensée significative, une absence d'émotion et une léthargie. J'ai également pu observer un comportement léthargique dans le cadre de l'étude pendant les entretiens. Certains participants parlaient avec des phrases courtes, utilisaient peu de mots émotionnels et n'exprimaient pas d'opinions claires. Il est évident que les individus qui se sont aliénés de la société ne participent pas à ses programmes. Ce comportement est certainement lié à la passivité décrite précédemment en raison de l'épuisement mental et rend la participation à la société plus difficile.

A l'inverse, une socialisation pourrait faciliter la participation au programme, comme le décrit Yara dans l'entretien :

« Peut-être si j'avais, si on avait peut-être, s'il y avait un petit groupe, peut-être que je connaissais des femmes enceintes, avec qui peut-être un évolué ou je ne sais pas. Je ne sais pas trop. Qui aime aussi le sport, pareillement tu es dans le même endroit, ça m'aurait peut-être motivé de retrouver des personnes avec qui je peux parler, discuter, de la grossesse, de ce qu'on ressent à l'instant là. Ensemble, peut-être que ça m'aurait plus s'encourager [...] Si je connaissais par exemple / Fin, si j'appartenais peut-être à mon collectif parce qu'irrégulièrement je voyais d'autres femmes enceintes, voilà qu'on évoluait ensemble dans la grossesse et qu'on parlait conseils et tout, peut-être autour dans l'atelier ou je ne sais pas quoi et qu'on se faisait contact et qui me disait "Tiens, nous on va peut-être à deux ou à trois le faire", je me suis dit, bon voilà je m'y mets, après ça m'aide aussi, voilà. Vu que je venais d'arriver mais serrée et découvrir un peu, connaître des gens, mais là toute seule, ça m'a pas du tout motivé. »

Yara, 32 ans, 1 enfant

Les revues présentées dans l'introduction mentionnent également le réseau social comme un facilitateur important pour la pratique de l'AP (Harrison et al., 2018; Sun et al., 2023). En outre, on observe que les femmes se sentent très responsables de leur enfant et ne veulent pas le laisser seul. La plupart des femmes refusent également que la garde soit

assurée par une personne étrangère. En outre, les femmes souhaitent pouvoir faire appel à des personnes de confiance qui ont à peu près le même statut que les membres de la famille pour s'occuper des enfants. Le soutien du partenaire semble également difficile. Quatre des cinq femmes interviewées élèvent seules leurs enfants, le partenaire n'étant que partiellement ou pas du tout présent, soit parce qu'il se trouve en prison, soit parce qu'il vit dans un autre pays. Pour les six femmes qui vivent avec leur partenaire, celui-ci est souvent absent de la maison, car il est souvent en déplacement pour son travail. La situation de famille monoparentale a augmenté ces dernières années et peut signifier pour les femmes une augmentation des situations de précarité (Neyrand & Rossi, 2007). Outre l'aspect matériel, cela peut également prendre des proportions psychologiques. Ainsi, les femmes élevant seules leurs enfants sont souvent stigmatisées, ce qui leur rend l'accès au logement et au marché du travail plus difficile.

La prescription sociale est une méthode permettant de s'attaquer à ces barrières sociales. Dans sa boîte à outils, l'OMS décrit la prescription sociale comme un moyen de relier les patients aux services et ressources non cliniques de la communauté afin d'aborder et d'améliorer les déterminants sociaux (WHO, 2022). Par l'intermédiaire d'un « travailleur de liaison », qui peut être un travailleur social, mais aussi un bénévole, les patients sont mis en contact avec des activités ou des services qui les aident dans leur situation individuelle, que ce soit pour trouver un logement, participer à des événements sociaux ou obtenir un soutien financier. Une revue systématique montre que la prescription sociale est un moyen utile de lutter contre la solitude et l'isolement social, tels qu'ils sont vécus par certaines femmes ayant émigré seules en France (Vidovic et al., 2021).

Ce chapitre a pu montrer que l'un des principaux obstacles à la participation est l'isolement social fréquent des femmes - une plus grande implication dans la communauté par le biais d'activités communautaires pourrait donc être un levier important.

4.5 Promotion de la santé sous l'angle de l'égalité des chances

Dans la Charte d'Ottawa, l'OMS définit la promotion de la santé comme le « processus consistant à donner aux individus les moyens d'accroître et d'améliorer le contrôle qu'ils exercent sur leur santé » (WHO, 1998). En gros, on peut distinguer deux approches différentes dans les programmes de promotion de la santé : l'approche actionnelle et l'approche structurelle. Les programmes d'action sont davantage axés sur l'individu et exigent un engagement volontaire, tandis que les programmes structurels sont axés sur le contexte social (Rice, 2011).

L'objectif « Santé pour tous » proclamé par l'OMS avait pour ambition de réduire l'injustice sociale existante en donnant du pouvoir aux individus et aux communautés. Cependant, il

Il y a des nombreux programmes de promotion de la santé qu'ils veulent changer les comportements individuels, mais ne prennent pas en compte le contexte et l'environnement de la personne. Les modes de vie malsains sont considérés comme des échecs individuels et le contexte qui conduit à ces comportements à risque est souvent ignoré. Ainsi, des programmes universels sont créés pour atteindre l'ensemble de la population. Le problème est qu'avec leur approche normative, ils n'atteignent pas les groupes vulnérables qui sont confrontés à des défis structurels. Ainsi, même si la santé globale de la population s'améliore, la non-participation des groupes vulnérables accroît les inégalités. Les raisons de la non-participation de ces groupes sont multiples, certaines ont pu être décrites dans le cadre de cette étude pour l'exemple du programme « Cycle Pré et Postnatal » de la MSS. Par conséquent, d'autres concepts doivent être pris en compte. De plus en plus d'études montrent que les approches structurelles sont plus appropriées si les programmes de santé visent à combler le clivage entre les groupes de population plus riches et plus faibles (Rice, 2011). Le programme « Cycle Pré et Postnatal » du MSS doit également faire face à cette critique. Le partenariat avec la PMI visait à atteindre un groupe vulnérable, mais le concept n'a pas été modifié et l'égalité des chances n'a pas été prise en compte dans sa conception. Le programme a été créé pour l'ensemble de la population des femmes enceintes de Strasbourg, sans tenir compte de la situation des femmes issues de milieux défavorisés, qui ont besoin d'une adaptation à leur réalité. La présente étude montre que nombre d'obstacles perçus à première vue comme individuels trouvent en fin de compte leur origine au niveau systémique - organisationnel ou communal. Il ne s'agit pas seulement du niveau des ressources monétaires : supposer qu'il suffit d'éliminer un obstacle financier par un programme gratuit est une pensée trop unilatérale.

Une étude qualitative menée au Royaume-Uni montre que les personnes issues de milieux plus aisés attribuent les inégalités de santé à leur mode de vie et à leur comportement individuel plutôt qu'aux différences sociales (Davidson et al., 2006). Cette "victim blaming" se focalise sur l'individualisme - plutôt que sur le collectivisme - et accentue le clivage social (Baum, 2007). Les conditions de vie difficiles mentionnées ci-dessus, associées au sentiment d'impuissance, peuvent provoquer un stress psychologique et avoir un impact négatif sur la santé. Pour parvenir à l'égalité sociale, les individus et les communautés vulnérables doivent être impliqués dans les décisions et la conception des programmes : Ce concept « d'empowerment », lié à la participation, leur donne la possibilité d'assumer la responsabilité de leur propre santé. Ce processus d'autonomisation contribue à réduire les inégalités sociales. Des études montrent également qu'un fort sentiment de contrôle sur sa propre vie améliore la santé. Cela se traduit par de meilleures performances physiques et mentales et par une réduction de certaines maladies non transmissibles (Ward, 2013).

4.6 Limitations

La réalisation d'études qualitatives est un processus complexe qui est influencé par une multitude de facteurs. La qualité et la diversité des données obtenues dépendent en grande partie de l'expérience de l'enquêteur. Il s'agit notamment de la capacité à observer attentivement et à mener un entretien, ainsi que de la capacité à encourager l'interviewé à un échange ouvert. Comme je n'avais que peu d'expérience dans le domaine de la recherche qualitative, cela constitue une limite importante de l'étude. Pour y remédier, je me suis préparée en lisant intensivement sur la réalisation d'observations et d'entretiens et en échangeant avec des experts de la recherche qualitative.

Trois des entretiens avec les femmes ont été réalisés par téléphone à leur demande. Cela a rendu la compréhension auditive difficile. De plus, des informations non verbales ont été perdues en raison de l'absence de mimiques et de gestes, et il a été plus difficile de créer un lien personnel avec la femme interviewée et de faire preuve d'empathie.

Pour certaines femmes, l'accompagnement par la PMI datait déjà de plusieurs mois au moment de l'entretien, il existe donc un biais de mémoire. Cela s'est traduit par des difficultés à se souvenir en détail des sujets abordés avec les sages-femmes.

La diversité du groupe de femmes constitue une limitation importante. Seul le suivi par la PMI a servi de critère d'inclusion et d'évaluation de la situation socio-économique. Il en résulte que les femmes présentent des différences en termes de facteurs socio-économiques : certaines femmes sont dans une situation très précaire, d'autres sont issues du milieu ouvrier et ont un statut socio-économique plus faible mais plus stable.

5 Recommandations

La proposition d'amélioration la plus souvent mentionnée, tant par les sages-femmes que par les femmes, est l'introduction d'une garde d'enfants pendant les heures de cours d'activité physique. Les sages-femmes considèrent également que l'élargissement de l'offre de cours d'activité physique avec le partenaire est une solution pour surmonter les barrières culturelles :

« Je pense que ça peut être bien. Ça peut être bien, ça peut rompre un peu. L'isolement de certaines femmes parce qu'elles ne parlent pas la langue, mais elles seront accompagnées. Penser des activités qu'on puisse faire en couple. Ça, ça on peut adapter. Certaines activités, exercices physiques en couple, on va voir le monsieur et madame. Le monsieur ne va pas, parfois, ils ne sont pas très pour que leurs femmes sortent de la maison, mais s'ils sont avec, la présence du monsieur parfois, elle débloquent certaines choses. »

Alex (SF), 39 ans

L'étude sur les obstacles et les facilitateurs pour les femmes enceintes réalisée par le groupe Sun et al. (2023), présentée dans l'introduction, conclut également que les programmes de promotion de la santé ne devraient pas se limiter aux femmes enceintes, mais inclure un membre de la famille, en particulier le partenaire.

Une nouvelle stratégie devrait être mise en place pour remédier à la communication insuffisante. Outre les sages-femmes de la PMI, le personnel de santé des centres de santé et des hôpitaux, ainsi que les sages-femmes libérales des quartiers défavorisés, devraient être initiés à l'information de leurs patientes sur le programme de la MSS. Des dépliants et des affiches devraient également être distribués et affichés dans les salles d'attente des centres socioculturels où ont lieu les consultations de PMI. De nombreuses campagnes n'atteignent pas les groupes vulnérables avec leurs messages normatifs. C'est pourquoi il faudrait veiller, lors de l'élaboration des stratégies de communication, à utiliser un langage adapté aux femmes issues d'un milieu défavorisé. Alex, la sage-femme, évoque également le manque de visibilité et propose des séances d'information pour les professionnels de la santé et les patients :

« Après peut-être on peut faire des réunions d'information, d'ouvrir un peu la maison de santé assez aux femmes enceintes. On peut les inviter. Je pense que dans ce sens-là ça pourrait être intéressant. Une communication pas que par le site ou par les flyers, mais une communication directe où les femmes peuvent y aller, elles regardent ce que c'est. À ce moment-là, si elles n'ont pas de médecin traitant qu'on essaie de voir avec le médecin de sport santé, si on peut le recevoir. Ça permettrait aussi à ces femmes de continuer, de

mieux intégrer le dispositif. Ça devient concret. [...] Oui, de faire des journées, des séances de sensibilisation, de renforcer le partenariat avec la PMI. Je pense que ça peut être intéressant avec les sage-femmes libérales. Je ne sais pas si toutes les sage-femmes / Certaines ne connaissaient pas le dispositif, je n'en ai parlé certaines pour des patients qui elles suivaient, qui étaient en surpoids ou qui avaient des douleurs lombaires ou qui avaient besoin effectivement de se mobiliser. Donc de renforcer le partenariat et je pense de faire un / De donner plus de visibilité mais de façon concrète pour que les gens voient ce que c'est. »

Alex (SF), 39 ans

Si ce n'est pas une mauvaise idée en soi, ces événements devraient aussi inclure des stratégies visant à attirer et à motiver les femmes issues de milieux défavorisés. Dans le cadre de ces réunions, on pourrait également demander directement aux femmes quels sont leurs besoins et leur contexte et les intégrer dans la conception du programme. Une telle participation à l'élaboration de leur propre santé et à sa mise en œuvre est une approche qui a été évaluée avec succès dans de nombreuses études. L'approche « aller vers », qui consiste à quitter l'environnement de travail pour aller à la rencontre de la population cible dans son milieu de vie, s'est également révélée être une stratégie efficace (Parisse & Porte, 2022). Le MSSS, dans son « Projet de santé intégrale », suit également le concept de « l'aller-vers », dans lequel un éducateur sportif offre des cours de l'AP dans trois quartiers défavorisés. Cette approche devrait également être envisagée pour le programme « Cycle Pré et Postnatal ».

Le processus administratif devrait être simplifié. Les femmes issues de milieux défavorisés, qui sont déjà impliquées dans de nombreux processus liés aux prestations sociales ou aux demandes d'asile et qui ont déjà rempli quelques formulaires, peuvent être démotivées par chaque feuille de papier supplémentaire, qui leur rappelle leur dépendance vis-à-vis des prestations de l'Etat. En supprimant l'obligation de prescription médicale, les femmes pourraient éviter de se rendre chez leur médecin généraliste ou leur gynécologue et les sages-femmes pourraient prendre directement rendez-vous avec le MSS.

Dans le cadre des entretiens avec les sages-femmes, il est également apparu que celles-ci manquaient d'informations précises sur les cours et les critères médicaux d'inclusion. Elles ne connaissent pas les horaires et les lieux exacts des cours et ne savent pas si, par exemple, les femmes souffrant de diabète gestationnel peuvent y participer. Il faudrait envisager de mieux sensibiliser les sages-femmes et de leur donner des instructions.

Pour être efficaces, les programmes de prévention et de promotion de la santé doivent agir à plusieurs niveaux plutôt que sur la seule dimension individuelle. Une étude néerlandaise a élaboré un guide de 111 éléments répartis en 11 groupes pour la mise en œuvre efficace d'initiatives d'AP dans les milieux défavorisés (Mulderij et al., 2020). Cela montre également

l'importance des stratégies qui agissent au niveau de l'organisation et de l'environnement. Les auteurs considèrent que la prise en compte des barrières spécifiques aux personnes ayant un statut socio-économique inférieur (langue, stress, finances, environnement) et l'adaptation de l'initiative aux perceptions, motivations, souhaits et besoins qui ne correspondent pas à ceux de la population normale sont les composantes les plus importantes. L'intégration du programme dans les structures locales existantes est également un facteur de réussite.

6 Conclusion

Les femmes enceintes et les jeunes mères issues de milieux défavorisés interrogées étaient largement conscientes des avantages de l'activité physique et ont surtout cité le contrôle du poids comme principale motivation, ce qui souligne l'importance de l'idéal corporel féminin dans ce groupe de population. Le manque de temps a été cité par presque toutes les femmes comme le principal obstacle à la pratique d'une activité physique pendant et après la grossesse. Une analyse approfondie montre que ce manque de temps est dû à des besoins existentiels ou fondamentaux non satisfaits, tels que la sécurité financière, le logement ou des relations sociales stables. Cette situation est aggravée par l'image socioculturelle de la femme comme étant la principale responsable des tâches ménagères et de la garde des enfants, ce qui entraîne d'innombrables heures de travail de soin non rémunérées et une immense charge mentale. La pauvreté de temps qui en résulte est typique des groupes socialement défavorisés, en particulier des femmes.

La deuxième barrière la plus souvent citée est l'absence de réseau social et de relations stables entre les femmes. A cette précarité sociale s'ajoute la stigmatisation par la société, qui peut conduire à l'exclusion sociale et bloquer ainsi toute participation à des programmes publics. Par conséquent, la promotion de la socialisation par des groupes homogènes peut être un facteur important de réussite. En outre, les approches « aller vers » s'avèrent être une stratégie efficace pour atteindre les groupes de population marginalisés.

La majorité des freins, a priori individuelles, se sont finalement révélées être des barrières organisationnelles ou structurelles. Or, le programme « Cycle Pré et Postnatal » du MSS de Strasbourg, comme la plupart des programmes de prévention et de promotion de la santé, est conçu pour modifier les comportements individuels, sans prendre en compte les conditions de vie. Le programme, conçu de manière universelle, est censé s'adresser à l'ensemble de la population des femmes enceintes et des jeunes mères de Strasbourg, mais cette approche normative ne permet pas d'atteindre tous les groupes. Par conséquent, ces programmes ne sont pas accessibles aux groupes marginalisés et peuvent même aggraver le clivage de l'injustice si le programme est utilisé de manière disproportionnée par des groupes plus favorisés, comme c'est le cas à Strasbourg. La suppression des barrières financières par la mise en place de cours gratuits ne prend en compte que la dimension monétaire de la précarité, en négligeant sa multidimensionnalité. Expliquer le comportement humain uniquement au niveau individuel ne tient pas compte des interactions humaines au niveau social, environnemental et politique et est donc trop réducteur. Les modèles et les théories du comportement humain, tels que le modèle socio-écologique utilisé dans cette étude, devraient être utilisés comme cadre théorique pour tous les programmes de santé et de prévention.

Sans améliorations structurelles profondes, le programme ne peut pas atteindre les femmes issues de milieux défavorisés et ne peut donc pas réaliser la vision du MSS qui consiste à lutter contre les inégalités sociales par le biais de l'activité physique. Une amélioration possible serait la mise en place d'un service de garde d'enfants pour aider les femmes dans leurs obligations quotidiennes, ce qui constituerait un pas vers une meilleure répartition du temps et une plus grande équité du temps.

De nombreux programmes sont adaptés aux classes ethniques et non aux classes sociales. Pour tenir compte des conditions de vie, les programmes devraient inclure des stratégies générales et socio-économiques et ainsi agir à plusieurs niveaux.

Des recherches supplémentaires sur l'adaptation des programmes universels normatifs aux différentes classes sociales pour les femmes enceintes et les jeunes mères sont nécessaires, car il existe une grande lacune dans la littérature.

7 Bibliographie

- Alderfer, C. P. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(2), 142-175. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90004-X](https://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90004-X)
- Allen, L., Williams, J., Townsend, N., Mikkelsen, B., Roberts, N., Foster, C., & Wickramasinghe, K. (2017). Socioeconomic status and non-communicable disease behavioural risk factors in low-income and lower-middle-income countries: A systematic review. *The Lancet Global Health*, 5(3), e277-e289. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30058-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30058-X)
- ANSES. (2022, février 15). *Manque d'activité physique et excès de sédentarité : Une priorité de santé publique*. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. <https://www.anses.fr/fr/content/manque-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-exc%C3%A8s-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-une-priorit%C3%A9-de-sant%C3%A9-publique>
- Augé, M. (2010). Retour sur les « non-lieux ». Les transformations du paysage urbain. *Communications*, 87(2), 171-178. <https://doi.org/10.3917/commu.087.0171>
- Barakat, R., Pelaez, M., Montejo, R., Luaces, M., & Zakyntinaki, M. (2011). Exercise during pregnancy improves maternal health perception: A randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204(5), 402.e1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.01.043>
- Baum, F. (2007). Cracking the nut of health equity: Top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promotion & Education*, 14(2), 90-95. <https://doi.org/10.1177/10253823070140022002>
- Beck, K. (2021). *White Feminism : From the Suffragettes to Influencers and who they leave behind*. Simon & Schuster.

- Boulet, E. (2022). « C'est pour le bébé ». Moralisation des femmes, individualisation de la responsabilité et disparités de classe dans le travail de soins pendant la grossesse. *Terrains/Théories*, 16, Article 16. <https://doi.org/10.4000/teth.5014>
- Bücker, T. (2022). *Alle_Zeit : Eine Frage von Macht und Freiheit*. Ullstein.
- Buja, A., Rabensteiner, A., Sperotto, M., Grotto, G., Bertoncello, C., Cocchio, S., Baldovin, T., Contu, P., Lorini, C., & Baldo, V. (2020). Health Literacy and Physical Activity : A Systematic Review. *Journal of Physical Activity and Health*, 17(12), 1259-1274. <https://doi.org/10.1123/jpah.2020-0161>
- Carde, E. (2007). Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*, 19(2), 99-109. <https://doi.org/10.3917/spub.072.0099>
- Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health : The mediating role of social networks and social capital. *Social Science & Medicine*, 52(10), 1501-1516. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00259-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00259-8)
- Cha, S., Petit-Sénéchal, P., Carré, F., & Diagana, S. (2023). *Sport-santé, une ambition collective*. Hyg e  ditions.
- Chang, M.-W., Nitzke, S., Buist, D., Cain, D., Horning, S., & Eghtedary, K. (2015). I Am Pregnant and Want to Do Better But I Can't: Focus Groups with Low-Income Overweight and Obese Pregnant Women. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), 1060-1070. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1605-x>
- Cilar Budler, L., & Budler, M. (2022). Physical activity during pregnancy : A systematic review for the assessment of current evidence with future recommendations. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 14(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s13102-022-00524-z>
- Cleland, C. L., Hunter, R. F., Tully, M. A., Scott, D., Kee, F., Donnelly, M., Prior, L., & Cupples, M. E. (2014). Identifying solutions to increase participation in physical activity interventions within a socio-economically disadvantaged community : A qualitative study. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 68. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-11-68>

- Coll, C. V. N., Domingues, M. R., Gonçalves, H., & Bertoldi, A. D. (2017). Perceived barriers to leisure-time physical activity during pregnancy : A literature review of quantitative and qualitative evidence. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 20(1), 17-25.
<https://doi.org/10.1016/j.jsams.2016.06.007>
- Colombo, M.-C. (2013). Le rôle des services de protection maternelle et infantile dans la protection des enfants. *Enfances & Psy*, 60(3), 91-101.
<https://doi.org/10.3917/ep.060.0091>
- Davidson, R., Kitzinger, J., & Hunt, K. (2006). The wealthy get healthy, the poor get poorly? Lay perceptions of health inequalities. *Social Science & Medicine*, 62(9), 2171-2182.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.010>
- Duvoux, N. (2022). Précarité et insécurité sociale. *Constructif*, 62(2), 32-35.
<https://doi.org/10.3917/const.062.0032>
- European Institute for Gender Equality. (2023, octobre 23). *Gender Equality Index 2023 : Towards a green transition in transport and energy* | European Institute for Gender Equality. https://eige.europa.eu/publications-resources/publications/gender-equality-index-2023-towards-green-transition-transport-and-energy?language_content_entity=en
- European Parliamentary Research Service. (2016). *Poverty in the European Union : The crisis and its aftermaths : in depth analysis*. Publications Office.
<https://data.europa.eu/doi/10.2861/128014>
- Furtos, J. (2009). *De la précarité à l'auto-exclusion*. Éditions Rue d'Ulm.
<https://doi.org/10.3917/ulm.furto.2009.01>
- Gallopel-Morvan, K. (2019). *Marketing social : De la compréhension des publics au changement de comportement*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Garnweidner-Holme, L., Henriksen, L., Bjerkan, K., Lium, J., & Lukasse, M. (2022). Factors associated with the level of physical activity in a multi-ethnic pregnant population— A cross-sectional study at the time of diagnosis with gestational diabetes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04335-x>

- Gasquet-Blanchard, C., & Sahnoun, L. (2021). *La précarisation des femmes enceintes primo-arrivantes comme indicateur du creusement des inégalités sociales de santé en Île-de-France* [PDF,HTML]. <https://doi.org/10.48390/VQTT-E156>
- Gasquet-Blanchard, C., Vaguet, A., Lucas-Gabrielli, V., Renevier, B., & Azria, É. (2021, avril). *Les paysages thérapeutiques de deux maternités à Paris et en petite couronne* (ISSN: 2492-7775) [Document]. Géoconfluences; École normale supérieure de Lyon. <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-thematiques/geographie-de-la-sante-espaces-et-societes/articles-scientifiques/paysages-therapeutiques-maternites>
- Gelly, M., Cristofalo, P., & Gasquet-Blanchard, C. (2021). Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : Ériger des biens ordinaires en biens rares. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 236-237(1-2), 72-91. <https://doi.org/10.3917/arss.236.0072>
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Auflage). VS Verlag.
- Graham, M., Uesugi, K., & Olson, C. (2016). Barriers to weight-related health behaviours : A qualitative comparison of the socioecological conditions between pregnant and post-partum low-income women. *Maternal & Child Nutrition*, 12(2), 349-361. <https://doi.org/10.1111/mcn.12135>
- Guelfi, K. J., Wang, C., Dimmock, J. A., Jackson, B., Newnham, J. P., & Yang, H. (2015). A comparison of beliefs about exercise during pregnancy between Chinese and Australian pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 345. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0734-6>
- Gunderson, E. P., & Abrams, B. (2000). Epidemiology of Gestational Weight Changes After Pregnancy. *Epidemiologic Reviews*, 22(2), 261-274. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a018038>
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents : A pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(1), 23-35. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30323-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30323-2)

- Harrison, A. L., Taylor, N. F., Shields, N., & Frawley, H. C. (2018). Attitudes, barriers and enablers to physical activity in pregnant women : A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 64(1), 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.11.012>
- Hesketh, K. R., & Evenson, K. R. (2016). Prevalence of U.S. Pregnant Women Meeting 2015 ACOG Physical Activity Guidelines. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(3), e87-e89. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.05.023>
- Hood, C. M., Gennuso, K. P., Swain, G. R., & Catlin, B. B. (2016). County Health Rankings : Relationships Between Determinant Factors and Health Outcomes. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(2), 129-135. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.08.024>
- Hyde, E., Greene, M. E., & Darmstadt, G. L. (2020). Time poverty : Obstacle to women's human rights, health and sustainable development. *Journal of Global Health*, 10(2). <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020313>
- INJEP. (2023). *Les Maisons sport-santé : Des enjeux de coordination, de légitimation et de financement - INJEP - Akim Oualhaci, chargé d'études et de recherche (INJEP)*. INJEP. <https://injep.fr/publication/les-maisons-sport-sante-des-enjeux-de-coordination-de-legitimation-et-de-financement/>
- INSEE. (2021). *Définition—Pauvreté monétaire / Seuil de pauvreté / Seuil de pauvreté | Insee*. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653>
- Jamal, K., & Abdallah, Z. (2016). À propos de la notion de précarité. *Sciences & Actions Sociales*, 3(1), 8-18. <https://doi.org/10.3917/sas.003.0008>
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. D., & World Health Organization (Éds.). (2013). *Health literacy : The solid facts*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Knibiehler, Y. (Éd.). (2001). *Maternité : Affaire privée, affaire publique*. Bayard.
- Krans, E. E., & Chang, J. C. (2011). A will without a way : Barriers and facilitators to exercise during pregnancy of low-income, African American women. *Women & Health*, 51(8), 777-794. <https://doi.org/10.1080/03630242.2011.633598>

- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden* (5. Auflage). Beltz Juventa.
- Kuźniar, A., Wąsiewicz, E., Szawica, D., Fularska, K., & Oleszko, M. (2023). Exercise and pregnancy—Review of literature and current recommendations. *Journal of Education, Health and Sport*, 15(1), Article 1. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2023.15.01.004>
- Lapierre, S., & Damant, D. (Éds.). (2012). *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux*. Presses de l'Université du Québec.
- Le Guen, M., Rouzaud-Cornabas, M., Panjo, H., Rigal, L., Ringa, V., Moreau, C., Gautier, A., Lydié, N., Rahib, D., Limousi, F., Richard, J.-B., & Brouard, C. (2020). The French pill scare and the reshaping of social inequalities in access to medical contraceptives. *SSM - Population Health*, 11, 100606. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100606>
- Leiferman, J., Swibas, T., Koiness, K., Marshall, J. A., & Dunn, A. L. (2011). My Baby, My Move: Examination of Perceived Barriers and Motivating Factors Related to Antenatal Physical Activity. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(1), 33-40. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2010.00004.x>
- Leonardi, F. (2018). The Definition of Health: Towards New Perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4), 735-748. <https://doi.org/10.1177/0020731418782653>
- Maison Sport Santé Strasbourg. (2023). *Maison Sport Santé Strasbourg—Rapport d'activité 2023*. <https://www.maisonsportsantestrasbourg.fr/>
- Marconcin, P., Peralta, M., Gouveia, É. R., Ferrari, G., Carraça, E., Ihle, A., & Marques, A. (2021). Effects of Exercise during Pregnancy on Postpartum Depression: A Systematic Review of Meta-Analyses. *Biology*, 10(12), 1331. <https://doi.org/10.3390/biology10121331>
- Marks, J. L., Lam, C. B., & McHale, S. M. (2009). Family Patterns of Gender Role Attitudes. *Sex Roles*, 61(3), 221-234. <https://doi.org/10.1007/s11199-009-9619-3>

- Marquez-Sterling, S., Perry, A. C., Kaplan, T. A., Halberstein, R. A., & Signorile, J. F. (2000). Physical and psychological changes with vigorous exercise in sedentary primigravidae. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(1), 58-62. <https://doi.org/10.1097/00005768-200001000-00010>
- Martín-Criado, E. (2015). L'ambivalence du contrôle du poids chez les mères de famille des classes populaires (S. Rosset, Trad.). *Actes de la recherche en sciences sociales*, 208(3), 74-87. <https://doi.org/10.3917/arss.208.0074>
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique : Enjeux, valeurs et normativité*. Presses de l'Université Laval.
- Mayring, P. (2023). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (7., überarbeitete Auflage). Beltz.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Melzer, K., & Schutz, Y. (2010). Pre-pregnancy and pregnancy predictors of obesity. *International Journal of Obesity*, 34(S2), S44-S52. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.239>
- Mey, G., & Mruck, K. (Éds.). (2010). *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (1. Auflage). VS Verl. für Sozialwiss.
- Mitsi, A., Kourakos, M., Poulimenakou, G., Latsou, D., & Sarris, M. (2018). Therapeutic Relationship and Quality of Life in Chronic Diseases. *American Journal of Nursing Science*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Therapeutic-Relationship-and-Quality-of-Life-in-Mitsi-Kourakos/3bbe2545c44fda583507f086f0515b0905e867d7>
- Mulderij, L. S., Wolters, F., Verkooijen, K. T., Koelen, M. A., Groenewoud, S., & Wagemakers, A. (2020). Effective elements of care-physical activity initiatives for adults with a low socioeconomic status : A concept mapping study with health promotion experts. *Evaluation and Program Planning*, 80, 101813. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2020.101813>

- Murphy, M. H., Donnelly, P., Breslin, G., Shibli, S., & Nevill, A. M. (2013). Does doing housework keep you healthy? The contribution of domestic physical activity to meeting current recommendations for health. *BMC Public Health*, 13(1), 966. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-966>
- Nawabi, F., Krebs, F., Vennedey, V., Shukri, A., Lorenz, L., & Stock, S. (2021). Health Literacy in Pregnant Women: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph18073847>
- Nellums, L. B., Powis, J., Jones, L., Miller, A., Rustage, K., Russell, N., Friedland, J. S., & Hargreaves, S. (2021). "It's a life you're playing with": A qualitative study on experiences of NHS maternity services among undocumented migrant women in England. *Social Science & Medicine* (1982), 270, 113610. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113610>
- Neyrand, G., & Rossi, P. (2007). *Monoparentalité précaire et femme sujet* (Nouv. éd. actualisée). Erès.
- Nocon, M., Hiemann, T., Müller-Riemenschneider, F., Thalau, F., Roll, S., & Willich, S. N. (2008). Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality : A systematic review and meta-analysis. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*, 15(3), 239-246. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e3282f55e09>
- O'Neill, M. (2003). Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé? *Sozial- und Präventivmedizin / Social and Preventive Medicine / Médecine sociale et préventive*, 48(5), 317-326. <https://doi.org/10.1007/s00038-003-2036-4>
- Parisse, J., & Porte, E. (2022). Les démarches d'« aller vers » dans le travail social : Une mise en perspective. *Cahiers de l'action*, 59(2), 9-16. <https://doi.org/10.3917/cact.059.0009>

- Pasqualini, M., Folgueras, M. D., Ferragina, E., Godechot, O., Recchi, E., & Safi, M. (2022). Who took care of what? The gender division of unpaid work during the first year of the COVID-19 pandemic in France. *Demographic Research*, 46, 1007-1036.
- Paugam, S. (2009). *La disqualification sociale : Essai sur la nouvelle pauvreté* (4e éd.). PUF.
- Paugam, S., & Duvoux, N. (2013). *La régulation des pauvres* (2e éd). PUF.
- Phelan, S. (2010). Pregnancy: A “teachable moment” for weight control and obesity prevention. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(2), 135.e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.06.008>
- Plumauzille, C., & Rossigneux-Méheust, M. (2014). Le stigmat ou « La différence comme catégorie utile d’analyse historique ». *Hypothèses*, 17(1), 215-228. <https://doi.org/10.3917/hyp.131.0215>
- Prip, A., Møller, K. A., Nielsen, D. L., Jarden, M., Olsen, M.-H., & Danielsen, A. K. (2018). The Patient–Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review. *Cancer Nursing*, 41(5), E11. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000533>
- Rice, W. (2011). *Health Promotion Through an Equity Lens*. <https://doi.org/10.13016/SB9F-2T7X>
- Rockliffe, L., Peters, S., Heazell, A. E. P., & Smith, D. M. (2021). Understanding pregnancy as a teachable moment for behaviour change: A comparison of the COM-B and teachable moments models. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 10(1), 41-59. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.2014851>
- Sauvegrain, P. (2012). La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : Racisation des patientes et trajectoires de soins. *Revue européenne des migrations internationales*, 28(2), Article 2. <https://doi.org/10.4000/remi.5902>
- Sauvegrain, P., Azria, E., Chiesa-Dubruille, C., & Deneux-Tharaux, C. (2017). Exploring the hypothesis of differential care for African immigrant and native women in France with hypertensive disorders during pregnancy: A qualitative study. *BJOG: An*

- International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(12), 1858-1865.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.14658>
- Shipman, B. (2010). The Role of Communication in the Patient–Physician Relationship. *Journal of Legal Medicine*, 31(4), 433-442.
<https://doi.org/10.1080/01947648.2010.535427>
- Shlomo, I. B. (2023). Physical Activity During Pregnancy – Effects on Fetal and Newborn Health and Future Maternal Well Being. *Medical Research Archives*, 11(1).
<https://esmed.org/MRA/mra/article/view/3574>
- Siddiq, H., & Najand, B. (2022). Immigration Status, Socioeconomic Status, and Self-Rated Health in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15657. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315657>
- Simmel, G. (2002). *Les pauvres* (2e éd). PUF.
- Statista. (2023). *France subjective poverty line 2023*. Statista.
<https://www.statista.com/statistics/1421767/france-subjective-poverty-line-2023/>
- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F., Ricceri, F., d'Errico, A., Barros, H., Bochud, M., Chadeau-Hyam, M., Clavel-Chapelon, F., Costa, G., Delpierre, C., Fraga, S., Goldberg, M., Giles, G. G., Krogh, V., Kelly-Irving, M., ... Zins, M. (2017). Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality : A multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*, 389(10075), 1229-1237.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7)
- Sun, J., Piernicka, M., Worska, A., & Szumilewicz, A. (2023). A socio-ecological model of factors influencing physical activity in pregnant women : A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1232625.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1232625>
- Sutherland, G., Brown, S., & Yelland, J. (2013). Applying a social disparities lens to obesity in pregnancy to inform efforts to intervene. *Midwifery*, 29(4), 338-343.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.016>

- The Lancet Public Health. (2021). COVID-19—Break the cycle of inequality. *The Lancet Public Health*, 6(2), e82. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00011-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00011-6)
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F. (2003). Social exclusion and the deconstructed state : Time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion, and self-awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3), 409-423. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.3.409>
- van der Waerden, J., Nakamura, A., Pryor, L., Charles, M.-A., El-Khoury, F., & Dargent-Molina, P. (2019). Domain-specific physical activity and sedentary behavior during pregnancy and postpartum depression risk in the French EDEN and ELFE cohorts. *Preventive Medicine*, 121, 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.02.012>
- Verdot, C., Salanave, B., Aubert, S., Ramirez Varela, A., & Deschamps, V. (2022). Prevalence of Physical Activity and Sedentary Behaviors in the French Population : Results and Evolution between Two Cross-Sectional Population-Based Studies, 2006 and 2016. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2164. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042164>
- Vidovic, D., Reinhardt, G. Y., & Hammerton, C. (2021). Can Social Prescribing Foster Individual and Community Well-Being? A Systematic Review of the Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5276. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105276>
- Vonasch, A. J., Vohs, K. D., Pocheptsova Ghosh, A., & Baumeister, R. F. (2017). Ego depletion induces mental passivity : Behavioral effects beyond impulse control. *Motivation Science*, 3(4), 321-336. <https://doi.org/10.1037/mot0000058>
- Warburton, D. E. R., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity : The evidence. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801-809. <https://doi.org/10.1503/cmaj.051351>
- Ward, M. M. (2013). SENSE OF CONTROL AND SELF-REPORTED HEALTH IN A POPULATION-BASED SAMPLE OF OLDER AMERICANS : ASSESSMENT OF POTENTIAL CONFOUNDING BY AFFECT, PERSONALITY, AND SOCIAL

- SUPPORT. *International journal of behavioral medicine*, 20(1), 140-147.
<https://doi.org/10.1007/s12529-011-9218-x>
- WHO. (1946). *Constitution of the World Health Organization*.
<https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>
- WHO. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*.
<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241500852>
- WHO. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*.
<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240015128>
- WHO. (2022). *A toolkit on how to implement social prescribing*.
<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789290619765>
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86-92.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>
- Wresinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*.
<https://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite/>
- Zakaria, R. (2021). *Against white feminism : Notes on disruption* (First edition). W.W. Norton & Company.

Liste des annexes

Annexe 1	Grille d'observation
Annexe 2	Observation menée au CMS Neuhof
Annexe 3	Grille d'entretien des sages-femmes
Annexe 4	Grille d'entretien des femmes enceintes et jeunes mères
Annexe 5	Entretien mené avec Joséphine (sage-femme)
Annexe 6	Entretien mené avec Amina
Annexe 7	Formulaire de consentement de participation
Annexe 8	Règles de transcriptions

Annexe 1 : Grille d'observation

Contexte Date de l'observation : Lieu de l'observation : Heure de l'observation : Durée de la consultation :	
RUBRIQUES	OBSERVATIONS
Consultations	
Description de la salle - Taille de l'espace - Différenciation entre lieu de l'examen et de l'interrogatoire ? - Conditions de luminosité - Equipment - Ambiance	
Description de la sage-femme - L'humeur - Les vêtements - Posture (Toujours en mouvement, posée et disponible ou occupée, etc.)	

Description de la patiente • L'humeur • Les vêtements • Posture (à l'aise et bien installée, timide, etc.)	
Thèmes abordés en consultation • L'activité physique est-elle abordée ? Comment en parle-t-on ? A quel moment ? Est-il associé à d'autre thématique (poids, bien-être, pathologie ?	
Interaction professionnelle et patiente • Conduite de la conversation (Questions fermées vs ouvertes) • Communication verbale (simplicité du langage, langue comme barrière, etc.) • Communication non verbale (contact visuel, toucher, position de la sage-femme par rapport à la patiente, etc.) • Lien avec l'ordinateur comme barrière entre les deux dans la relation ou comme appui à celle-ci	
Activités • Individuelles • Entre les deux	
Salle d'attente	
Description de la salle • Taille de l'espace • Places assises • Conditions de luminosité • Niveau de bruit • Jeux pour enfants • Information (affiches, flyers) et la manière dont sont présenter les informations • Ambiance	
Patients qui attendent	
Remarques additionnelles	

Annexe 2 : Observation menée au CMS Neuhof

Contexte Date de l'observation : 18 de janvier 2024 Lieu de l'observation : Centre Médico-Social Neuhof (Strasbourg) Heure de l'observation : 15 :07 – 15 :39 h Durée de la consultation : 32 minutes	
RUBRIQUES	OBSERVATIONS
Consultations	
Description de la salle • Taille de l'espace • Différenciation entre lieu de l'examen et de l'interrogatoire ? • Conditions de luminosité • Equipment • Ambiance	Pièce de taille moyenne (environ 14 m²), l'entretien et l'examen ont lieu dans la même pièce ; pièce fortement éclairée ; murs blancs et plutôt nus, à l'exception d'un tableau avec des fleurs, d'une horloge murale et d'un poster avec les étapes de la grossesse, les murs sont vides ; lavabo avec miroir ; chaise de gynécologue avec une cloison à côté pour la séparer du reste de la pièce ; petit chariot avec des pansements, des prélèvements, etc. ; pèse-personne ; caisse avec des jeux pour enfants ; matériel d'information pour les femmes dans un coin
Description de la sage-femme • L'humeur • Les vêtements • Posture (Toujours en mouvement, posée et disponible ou occupée, etc.)	37 ans, ouverte, aimable, parvient à créer une atmosphère de confiance ; on sent que la patiente lui fait confiance ; dégage une impression de calme
Description de la patiente • L'humeur • Les vêtements • Posture (à l'aise et bien installée, timide, etc.)	Femme, 33 ans, originaire du Soudan, ne parle pas français, enceinte de 26 mois, déjà deux enfants à la maison (3 et 4 ans) ; porte un foulard d'un rose très vif, avec un t-shirt bleu à manches longues et un jean ; la femme est très calme et repliée sur elle-même, regarde beaucoup vers le bas en direction du sol ; sourit en parlant ; la sage-femme me dit plus tard que

	la femme est excisée, qu'elle a très mal pendant les rapports sexuels, réaction indifférente du mari à ce sujet lors de la dernière consultation : « Et alors ? » Structures probablement très patriarcales dans la famille, la femme assume les tâches ménagères et les enfants
Thèmes abordés en consultation • L'activité physique est-elle abordée ? • Comment en parle-t-on ? • A quel moment ? • Est-il associé à d'autre thématique (poids, bien-être, pathologie ?	Entretien surtout médical > la sage-femme pose beaucoup de questions sur les symptômes, les douleurs du ventre, si la femme sent déjà les mouvements de l'enfant, les pertes, la dysurie, les maux de tête ; la prise d'antibiotiques (la femme était aux urgences pour une infection de la bouche/des dents) ; les cours de français (le lundi) ; comment vont les deux autres enfants et s'ils sont à la maternelle ; la sage-femme pose indirectement des questions sur l'AP > « Est-ce que vous emmenez les enfants à l'école ? A pied ? »
Interaction professionnelle et patiente • Conduite de la conversation (Questions fermées vs ouvertes) • Communication verbale (simplicité du langage, langue comme barrière, etc.) • Communication non verbale (contact visuel, toucher, position de la sage-femme par rapport à la patiente, etc.) • Lien avec l'ordinateur comme barrière entre les deux dans la relation ou comme appui à celle-ci	Grande barrière linguistique, car l'interprète a annulé à court terme et la femme ne parle qu'arabe ; la communication se fait beaucoup par gestes, mimiques et par téléphone portable (Google Translate) ; beaucoup de questions fermées (certainement aussi dues à la barrière linguistique), peu de contact visuel, car les deux sont souvent sur leur téléphone portable, la sage-femme lit en outre beaucoup de documents ; Communication également par notes (écrire des chiffres) ; la sage-femme s'assure à chaque fois que la patiente a compris en lui demandant des explications ; la patiente s'excuse plusieurs fois si elle ne comprend pas quelque chose, la sage-femme réagit de manière attentive et aimable en disant « Pas de problème ! » L'ordinateur comme barrière entre la sage-femme et la patiente
Activités • Individuelles	

• Entre les deux	Pesée ; mesure de la tension artérielle ; palpation de l'abdomen ; mesure du périmètre abdominal ; Doppler avec battements cardiaques ; la sage-femme se désinfecte les mains avant l'examen et met en garde la patiente contre le froid de ses doigts
Salle d'attente	
Description de la salle • Taille de l'espace • Places assises • Conditions de luminosité • Niveau de bruit • Jeux pour enfants • Information (affiches, flyers) et la manière dont sont présentées les informations • Ambiance	Non observé
Patients qui attendent	Non observé
Remarques additionnelles	
Durée de grossesse différente en France et en Allemagne (41 semaines contre 40) ; les femmes ont des contrôles beaucoup plus fréquents ; les femmes en France peuvent être accompagnées uniquement par des sages-femmes sans avoir vu une seule fois un médecin (anesthésiste seulement lors de l'accouchement). La sage-femme indique qu'elle n'a jamais parlé d'AP avec cette patiente, car elle estime qu'il n'est pas réaliste/réalisable qu'elle puisse participer aux cours de sport en raison de la barrière de la langue. Indique ne pas proposer l'AP aux femmes qui ne parlent pas français > barrière linguistique comme raison importante de la faible participation au programme ?	

Annexe 3 : Grille d'entretien des sages-femmes

Date de l'entretien :

Heure de l'entretien :

Lieu de l'entretien :

Introduction

Bonjour,

Je m'appelle Sabine Stoller, je suis médecin et actuellement en deuxième année de master "Prévention et Promotion de la santé" de l'EHESP à Rennes. Dans le cadre de mon master, je fais un stage à la Maison Sport-Santé (MSS) de Strasbourg et pour mon mémoire de master, j'aimerais étudier ce qui facilite et ce qui empêche une participation des femmes enceintes et des jeunes mamans d'un milieu socio-économique défavorisé à un programme d'activité physique (dispositif « Femmes enceintes ») et, pour ce faire, écouter votre point de vue, pour avoir une idée des sujets que j'aborde avec les femmes après, afin d'améliorer le programme en conséquence. Merci de me soutenir dans ce projet en participant à cet entretien.

Toutes les données seront traitées de manière confidentielle et les noms ou informations qui pourraient permettre d'identifier la personne ne seront pas mentionnés dans le mémoire ou la publication. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions, si une question vous met mal à l'aise, faites-le moi savoir et nous la passerons. En outre, vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment.

Est-ce que je peux enregistrer l'entretien ? Cela me facilitera la transcription après.

Prêt(e) ? Alors commençons.

Questions d'entretien

Pouvez-vous vous présenter et me parler de vous ?

Les Femmes de la PMI

Comment se présente l'accompagnement des femmes enceintes par la PMI ?

Décrivez-moi les femmes enceintes qu'elles accompagnent. Qui sont les femmes que vous recevez dans votre structure (données démographiques) ? En général, savez-vous comment les femmes vivent (logement fixe, partenaire, tissu social, degré de précarité ?) Leurs posez-vous des questions à ce propos?

Qu'entendez-vous par précarité ? Comment identifiez-vous les femmes en situation de précarité ?

Si je vous dis "grossesse et précarité", qu'est-ce que ça vous évoque ?

Pourriez-vous me parler d'un cas qui vous vient à l'esprit si je vous dis « grossesse et précarité » ?

Comment les femmes réagissent-elles lorsqu'on leur parle d'activité physique pendant la grossesse ? Quel type d'activité physique évoquent-elles ? Quel type d'activité physique évoquez-vous ?

Pensez-vous que les femmes connaissent les effets positifs de l'activité physique pour elles-mêmes et pour leur enfant ?

Dispositif « Femmes Enceintes » de la MSS

Parlons maintenant du programme "Femmes Enceintes" de la MSS. Que pensez-vous du programme ? Que pense l'équipe du programme ? En parlez-vous en équipe ?

Comment évaluez-vous l'impact du programme sur les femmes enceintes et les jeunes mères ?

Recommandez-vous le programme ?

Quels sont, selon vous, les points forts du programme ?

Quels sont, selon vous, les points faibles du programme ?

Pour le dispositif « Femmes enceintes » de la Maison Sport Santé, seules deux pour cent des femmes participant au programme disent qu'elles ont été informées par le biais de la PMI. Quelles en sont les raisons, selon vous ?

Quels sont, selon vous les freins à la participation des groupes issus de milieux socio-économiques défavorisés aux programmes de promotion de l'AP en particulier en ce qui concerne le dispositif « Femmes Enceintes » ?

Quels sont, selon vous les leviers à la participation des groupes issus de milieux socio-économiques défavorisés aux programmes de promotion de l'AP n particulier en ce qui concerne le dispositif « Femmes Enceintes » ?

Comment pensez-vous que le programme pourrait être amélioré ?

Pour terminer, quelques questions sur votre personne :

Âge :

Expérience professionnelle :

Années d'expérience :

Lieu de travail :

Nombre approximatif de femmes enceintes accompagnées par an :

J'ai posé toutes mes questions, l'entretien est donc terminé de mon côté. Avez-vous encore des questions ?

Comme je souhaite améliorer le questionnaire au fur et à mesure du processus, vous vient-il à l'esprit une question que je n'ai pas posée, mais qui serait intéressante pour le sujet ?

Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez consacré et pour les informations intéressantes.

Au revoir.

Annexe 4 : Grille d'entretien des femmes enceintes et jeunes mères

Date de l'entretien :

Heure de l'entretien :

Lieu de l'entretien :

Introduction

Bonjour,

Je m'appelle Sabine Stoller, je suis médecin et actuellement en deuxième année de master "Prévention et Promotion de la santé". Dans ce cadre, je fais un stage à la Maison sport santé et pour mon mémoire. J'aimerais étudier ce qui facilite et/ou empêche la participation des femmes enceintes et des jeunes mères au dispositif « Femmes enceintes ». Pour ce faire, je voudrais écouter votre point de vue, participante potentielle, afin d'améliorer le dispositif. Merci de me soutenir dans ce projet en participant à cet entretien.

Toutes les données seront traitées de manière confidentielle et les noms ou informations qui pourraient permettre de vous identifier ne seront pas mentionnés dans le mémoire ou la publication. Vous n'êtes pas obligée de répondre à toutes les questions, si une question vous met mal à l'aise, faites-le moi savoir et nous la passerons. En outre, vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment et me poser aussi des questions si vous en avez.

Est-ce que je peux enregistrer l'entretien ? Cela me facilitera la retranscription et me permettra d'être plus disponible et à votre écoute durant l'entretien.

Si vous êtes prête, nous pouvons commencer.

Questions d'entretien

Pouvez-vous vous présenter et me parler de vous ?

La Grossesse

Pouvez-vous me parler de votre grossesse ? De vos habitudes avant/pendant/après la grossesse ? Est-ce que certaines choses ont changé ?

Est-ce que vous avez fait de l'activité physique dans la grossesse ? Auriez-vous aimé faire plus d'activité physique ?

Qu'est-ce qui vous a aidé/motivé/donner envie de faire de l'exercice pendant votre grossesse ?

Qu'est-ce qui vous a empêchée de faire de l'exercice pendant votre grossesse ?

Motivation

Quelle est l'importance d'activité physique dans votre vie ?

Priorités

Décrivez-moi une journée normale. Y a-t-il des obstacles à la pratique d'une activité physique dans la vie quotidienne ? Y a-t-il du temps pour faire du AP ?

Quels sont les domaines les plus importants dans votre vie ?

Connaissance

Quels sont, selon vous, les avantages à devenir actif physiquement ou à pratiquer davantage d'activité physique pendant la grossesse (AP) par rapport à d'habitude ?

Est-ce que vous pensez que l'activité sportive peut être importante sur la santé

- La votre
- Celle du fœtus
- Pour l'accouchement ?

Symptômes

Comment vous sentiez-vous pendant votre grossesse (1^{er} trimestre, 2^{ème}, 3^{ème}) ? Dans quelle mesure les changements de votre corps ont-ils changé ou non dans votre vie quotidienne ?

Facteurs interpersonnels

Vous êtes-vous sentie soutenue par votre entourage (amis, famille) dans la pratique d'une activité physique ?

Facteurs environnementaux

Y a-t-il des possibilités de faire de l'exercice physique dans votre quartier ?

Le financement joue-t-il un rôle dans la pratique de l'activité physique ?

L'accompagnement par le PMI

Pouvez-vous me décrire le suivi de votre grossesse et/ou l'accompagnement en période postnatale par la PMI.

Votre sage-femme de PMI vous a-t-elle parlé d'activité physique ? Comment l'a-t-elle abordé ? Quelles informations avez-vous reçues, retenues, jugées nécessaire/pertinente/intéressante ? [Si non : Auriez-vous souhaité en parler ?]

Programme d'AP dans la grossesse

Connaissez-vous le dispositif « Femmes Enceintes » de la MSS ?

Comment avez-vous eu connaissance de ces programmes ?

Est-ce que vous avez participé à ce programme ?

Qu'est-ce qui vous a empêché/permis de participer à ce programme ? Qu'est-ce qui vous aurait aidé à participer plus facilement ?

Pour terminer, quelques questions sur votre personne :

Âge :

Nationalité :

Situation professionnelle :

Mois de grossesse ou date de l'accouchement :

Logement (Quartier) :

Situation familiale :

Nombre d'enfants :

J'ai posé toutes mes questions, l'entretien est donc terminé de mon côté. Avez-vous encore des questions ?

Merci beaucoup pour le temps que vous m'avez consacré et pour les informations intéressantes.

Au revoir.

Annexe 5 : Entretien mené avec Joséphine (sage-femme)

Date de l'entretien : 18 de janvier 2024

Heure de l'entretien : 13h30 – 14h15

Durée de l'entretien : 23 minutes

Lieu de l'entretien : Centre Médico-Social Neuhof (Strasbourg)

E : Enquêteuse ; J : Joséphine (sage-femme)

E : Bon, la première question, ça serait un peu pour savoir pour moi : Comment se présente l'accompagnement des femmes enceintes ici par la PMI ? Combien de fois elles viennent ? Qu'est-ce que vous faites dans la consultation ?

J : Alors, moi, je les vois en consultation, j'ai une consultation le mardi matin et jeudi après-midi, qui sont des consultations suivies de grossesse, donc comme on ferait à l'hôpital avec la consultation obligatoire tous les mois, la prescription, des bilans, l'orientation vers les échographies et puis après il y a une autre partie, à partir des déclarations de grossesse qu'on reçoit où on fait des visites à domicile, en fait on ne les voit pas ici au centre, mais on les voit à la maison. Elles sont déjà suivies, soit par un médecin, soit par une sage-femme et on propose des visites à domicile. Et ça, les visites à domicile, alors après ça, peut être des dames qu'on voit qu'une seule fois parce qu'en fait tout est calé par ailleurs, elles ont déjà leur suivi, elles n'ont pas particulièrement de questions donc on va les voir qu'une fois ponctuellement. Et puis il y a des femmes où c'est un peu plus fragile, où il y a besoin d'un peu plus d'accompagnement, où elles ne comprennent pas très bien le suivi, dans ce cas-là on va les voir plusieurs fois et on les voit une fois par mois généralement. Mais ça, c'est les sage-femmes qui fixent leur propre rendez-vous et qui évaluent tous ou combien, il faut l'avoir.

E : Je crois que je n'ai pas encore compris la différence entre voir la femme ici et la voir à domicile. Ça dépend de la femme ou c'est...

J : Ici, c'est une consultation médicale de suivi de grossesse et on aborde peut-être un peu moins le côté psychosocial alors qu'à la maison on est plus sur un versant psychosocial et une petite partie médicale.

E : Alors, vous voyez les femmes ici et à domicile, ou il y a aussi des femmes /

J : Non, souvent celles que je vois ici, je ne les vois pas à la maison et celles que je vois à la maison, de temps en temps, je les vois ici mais ce n'est pas obligatoire. Non, ça fait vraiment deux populations un peu différentes.

E : Ah okay. Et c'est vous qui décidez ?

J : En fait, celles qui viennent ici, ce sont elles qui ont pris rendez-vous, donc c'est pas moi qui vais les chercher, par contre celle que je vais voir à la maison, c'est parce que j'ai eu du lien soit par la déclaration de grossesse, soit par une sage-femme de l'hôpital qui est inquiète sur la situation, soit un médecin, soit le service social qui m'a dit il y a telle femme qui est enceinte, c'est un peu compliqué, est-ce que tu peux aller la voir. Enfin voilà (...) Celles où je vais à la maison, c'est moi qui décide, enfin c'est moi qui vais vers elles, par contre celles qui viennent ici, c'est elles qui sont venues vers moi.

E : Okay, d'accord. Et pouvez-vous me décrire les femmes enceintes qui vous accompagnent, qui vous recevront ici, comment ils vivent, comment sont les logements, est-ce qu'ils viennent d'un milieu socio-économique plus bas, etc. ?

J : Alors, le quartier du Neuuhof, c'est un quartier qui est assez précaire, pas tout le monde, mais voilà, ce sont des gens souvent issus de l'immigration qui ne parlent pas forcément français, qui n'ont pas tous une couverture maladie, qui ont du mal à venir dans un parcours de soins classiques. Après, ce n'est pas tout le monde parce que j'ai aussi le quartier de la Meinau. Le quartier de la Meinau, alors lui il est clairement sondé en deux : Il y a un côté qui est très pavillonnaire et plutôt... aisé et puis il y a le quartier de la cité de la Meinau où là, effectivement, on retrouve les mêmes problématiques comme ici dans les quartiers. Souvent (...) J'arrive à voir quelques patientes avec les déclarations de grossesses qui sont cadres qui / Mais ce n'est pas la majorité de mes patientes. Souvent elles sont plutôt, oui demandeurs d'asile, elles ont été déboutées où elles sont là depuis plusieurs années, mais elles ne parlent pas très bien français, il y a des choses qui ne sont pas tout à fait à jour, elles ne sont pas forcément / Elles ne sont pas dans un circuit on va dire classique, c'est plutôt des patientes défavorisées.

E : Okay. Est-ce que vous posez aussi des questions quant à la vie sociale ou la condition sociale ou les problèmes sociaux ?

SF : Oui, alors, mes questions, ça va être, quand je suis à domicile, je vois comment est le logement, souvent je leur demande comment est organisé un peu le logement. Est-ce qu'elles ont un conjoint qui est présent parce que beaucoup en fait, il n'y a pas de conjoint.

Soit il est absent, soit il n'est pas du tout investi. Est-ce qu'elles ont un soutien familial ou amical, est-ce qu'elles ont un petit réseau tour d'aides où est-ce que vraiment elles sont complètement isolées. Est-ce que les prestations sociales sont bien à jour, c'est si elles ont fait débloquent les droits à la CAF, le RSA, toutes ces choses-là. Après je demande leur profession, déjà ça me permet d'avoir un peu une idée. Est-ce qu'il y a des modes de garde qui peut garder les enfants quand elles vont aller accoucher, ce qui permet de savoir un peu s'il y a du monde autour d'elle. Mais je n'ai pas leur caution familiale, je n'ai pas des choses concrètes, c'est ce qu'elles elles vont me dire et puis on voit la façon dont est entretenu le logement, voilà on aborde beaucoup de choses en visite, l'alimentation. Enfin, ça nous permet de savoir un peu comment ils vivent.

E : Oui. Et qu'entendez-vous par précarité ? Est-ce que vous avez une définition ?

J : Alors, il y a une précarité qui est vraiment financière, ça veut dire pas avoir assez d'argent pour pouvoir manger. Il y a la précarité des papiers, c'est à dire les gens qui n'ont pas de papiers, qui sont demandeurs d'asile, qui ont été déboutés et donc ils vivent souvent en foyer où ils sont hébergés. Et puis ici on a quand même une petite population qui ne sait pas lire, pas écrire, donc il y a aussi une précarité, comment on va dire ?

E : De littératie ?

J : Ouais, c'est le côté éducatif. Ça aussi, c'est important. Et il y a des gens qui vont avoir de quoi manger, mais qui en fait ne savent pas gérer un logement, qui ne savent pas gérer des rendez-vous, donc la précarité administrative aussi, enfin c'est des gens qui des fois c'est un peu tout cumulé.

E : Oui, il y a beaucoup de choses. Et si je vous dis "grossesse et précarité", qu'est-ce que ça vous évoque ? Qu'est-ce que vous pensez, est-ce que vous pensez à des exemples ?

SF : Bah, ça va être les grossesses que je suis dans le quartier, c'est avec des problématiques de logement, des logements insalubres, d'une grossesse qui n'est pas forcément très bien suivie, qui peut très investir, mais ou le suivi classique médical / Bon, bah, il n'est pas là, où on peut se questionner sur le suivi de l'enfant après et surtout que voilà leurs problématiques, c'est pas du tout de forcément prendre soin d'elle ou elles sont pas du tout là-dedans. Elles sont dans la gestion du quotidien, il y a un peu de la gestion pas d'urgence, mais oui c'est de jour en jour, quoi, elles n'anticipent pas grand-chose.

E : Okay. Et comme vous avez dit qu'elles ont d'autres problèmes que de prendre soin de soi-même, comment les femmes réagissent-elles lorsque vous les parlez d'activité physique pendant la grossesse ?

J : Qu'elles n'ont pas le temps, qu'elles n'en voient pas l'intérêt, que ce n'est pas pour elles.

E : Okay. Et elles n'ont pas d'idées de que type d'activité physique elles pourraient faire, elles ne disent rien ?

J : Non, après, moi, je leur dis qu'enceinte, il y a certaines choses qu'on peut faire quand même, alors qui ne sont pas tous les sports qu'on ne va pas faire de la boxe ou de l'équitation mais / Elles ne voient pas l'intérêt, alors certaines me disent de toute façon, « je vais chercher les enfants à l'école, je les amène le matin, je les récupère le midi, l'après-midi rebelote, je me dis avec quatre étages à monter, en fait j'ai fait mon sport ». Donc voilà, elles le voient comme ça et sinon / Non, elles n'ont pas trop d'idées sur ce qu'elles peuvent faire ou pas faire. Certaines pensent qu'on ne peut rien faire du tout. On ne bouge plus. On est malade. Non, mais surtout qu'elles n'ont pas le temps, elles ne voient pas du tout l'intérêt de faire du sport.

E : Okay, c'est surtout le temps. Et pensez-vous que les femmes connaissent les effets positifs de l'activité physique pour elles-mêmes et pour l'enfant ?

J : Non, non. Si sur les enfants, mais je pense qu'elles ne voient pas comme quelque chose de bénéfique sur leur santé, mais plutôt le fait qu'ils puissent être en lien avec d'autres enfants, que pendant ce temps elles ne s'en occupent pas, donc ça leur fait une coupure aussi, mais les bienfaites du sport sur la santé d'elles ou de leurs enfants je pense que non, elles ne les voient pas.

E : Alors il y a aussi un problème d'éducation, des connaissances ?

J : Oui.

E : Et maintenant on parle du programme "Cycle Pré et Postnatal" de la Maison Sport Santé. Qu'en pensez-vous du programme ?

J : Alors moi, je trouve que c'est bien parce que ça permet de déjà montrer que pendant la grossesse on peut faire de l'activité physique que ce soit la ville qui fasse ça, je trouve que c'est bien parce qu'il y a des femmes qui n'ont pas la possibilité de payer des cours

d'aquagymes. Voilà, qui n'ont pas la possibilité d'avoir ce genre de choses pour elles. Après, les personnes ici, les personnes que ça a motivé, en fait, elles étaient déjà dans un parcours où elles font déjà du sport, elles ont trouvé ça bien parce qu'en fait, elles savaient déjà que sport, c'était bien, que ça allait gêner presque d'arrêter le sport pendant la grossesse et d'avoir qu'il y avait quelque chose d'adapter, c'était quelque chose de positif. Après celles qui ne font pas de sport, qu'on ne voit pas l'intérêt, moi j'ai beaucoup du mal à les motiver.

E : Et alors les femmes qui font déjà du sport, c'est moins difficile, mais c'est vraiment les femmes qui sont déjà en sédentarité qui /

J : Ouais, alors je pense qu'il n'y a pas que la sédentarité, il y a des femmes qui par exemple d'une communauté turque importante et elles vivent beaucoup entre elles. Enfin je trouve qu'elles, le fait de devoir aller faire une activité hors du quartier, ça pourrait, je pense que c'est quelque chose de compliqué. Il y a aussi la problématique des femmes qui sont voilées, qui en fait veulent pas faire d'activité physique, même si on leur dit que c'est un groupe avec des femmes enceintes etc. La piscine, ce n'est pas possible, il y a des genres de freins là. Certaines c'est aussi à mon avis leur corps, en fait qu'a changé avec la grossesse et qui ne sont pas forcément à l'aise avec ce corps qui n'est plus celui qu'elle avait quelques mois avant et donc ça, je pense que ça peut être aussi un frein. C'est d'avoir pas envie de s'occuper de ce corps qu'on n'accepte pas forcément et qu'a un peu changé trop vite.

E : Okay, ça, c'est intéressant. Et en équipe, vous parlez aussi de ce programme ? Qu'est-ce que l'équipe pense de ce programme ?

J : Alors, on n'en parle pas beaucoup, parce qu'en fait moi, mes collègues sage-femmes, je ne les vois quasiment pas parce qu'on est chacune sur un territoire très différent que l'on se voit que lors des réunions en fait, sage-femmes ou réunion de service où en fait on aborde tellement d'autres choses que ça, non. On en parle vite fait en disant qu'on a un peu du mal à motiver les dames, que c'est un peu compliqué.

E : Vous avez des autres priorités, j'imagine.

J : Oui et les plus (inc.)

[On frappe à la porte et la secrétaire entre directement dans la pièce. Interruption de l'entretien pour une minute et trente secondes en raison d'une demande de la secrétaire concernant un rendez-vous.]

E : Que sont, selon vous, les points forts et points faibles du programme « Cycle Pré et Postnatal ? »

J : Je ne sais pas, les points forts (...) Comme j'ai dit tout à l'heure, je pense que c'est bien voilà qu'on se soucie de la santé des femmes enceintes et dans l'idée que peut-être après, elles se mettront aussi à avoir une activité physique. Peut-être qu'après les enfants des inscrits vont plus facilement vers des activités sportives qu'elles auront compris un peu ça, parce qu'on sait qu'il y a beaucoup de choses qui peuvent changer pendant une grossesse. Elles sont un peu plus réceptives à pleines de choses. Après, les activités dans les clubs, elles vont nous faire toujours les mêmes réponses, elles n'ont pas les moyens, elles n'ont pas la possibilité d'amener les enfants parce qu'elles n'ont pas de voiture, ce sont des choses très matérielles. Les points négatifs pour moi, c'est que ça touche / Ceux qui se saisissent de ça en fait, ils ont déjà / Ce n'est pas eux qu'on en a besoin en fait. C'est comme l'Ordonnance Verte sur les perturbateurs endocriniens ce qui adhère le plus, c'est celles qui sont déjà dans cette démarche-là. Et c'est vrai qu'on a beaucoup de mal en fait à faire bouger un peu ce qui se passe dans le quartier, à faire changer leur façon de faire, elles n'ont pas envie, pas envie de se bouger, pour faire ça. Elles ne voient pas l'intérêt de prendre soin d'elles à ce moment-là.

E : Est-ce que vous avez peut-être des idées comment améliorer ça ? Comment toucher plus cette population ?

J : Je ne sais pas parce que moi, je leur en parle systématiquement dès que je fais mes visites, je leur en parle, je leur dis voilà, ce que la mairie propose, il y a plein de choses et tout. Ce n'est pas faute de faire de la pub ou de. / Mais non, c'est compliqué. Je ne sais pas ce qui fait que ça, qu'elles arriveraient à adhérer un programme comme ça.

E : Alors vous ne pensez pas que c'est la communication ? Parce que comme je dis dans ma présentation, il y avait seulement 2% qui ont entendu parler de ça de la PMI. Selon vous, c'est quoi la raison qu'il y a seulement 2% de femmes ?

J : Des femmes de Neuhof qui vont à ces ateliers ?

E : Non, qui ont entendu par le biais de PMI de ce programme.

J : Oui, mais c'est les femmes qui sont venues aux ateliers.

E : Ouais, exactement.

J : Parce qu'en fait, celles qui on en parle et qui ne veulent pas, moi je ne leur donne pas d'ordonnance. Alors peut-être qu'il faudrait au contraire que à chacune je distribue. Parce que moi, une fois qu'elle m'a dit qu'elle ne voulait pas, je ne veux pas qu'elles partent avec un papier en plus. A vouloir insister donc peut-être que ça, c'est quelque chose à faire, c'est-à-dire que ce soit de la systématique, en disant, le sport, ça fait partie dans le suivi de grossesse. Il y a aussi cette partie-là d'avoir une activité physique pour éviter les risques de diabète gestationnel ou équilibrer un diabète. Mais c'est vrai qu'une fois qu'elle m'a dit, « non ça ne m'intéresse pas », (...) Surtout qu'elles le disent d'une façon où en fait la discussion, elle est fermée. « Non, pas intéressée. » Bon, okay. Alors, je leur dis toujours, si vous changez d'avis, vous pouvez toujours revenir vers moi, je vous envoie tout ça. Moi, ça m'est arrivé de patientes qui ont annulé mes visites parce qu'on ne voyait pas l'intérêt de me voir et je leur dis « est-ce que votre sage-femme vous a parlé de l'ordonnance verte et de sport santé sur ordonnance » et j'ai eu plusieurs femmes qui n'avaient pas entendu parler. Je leur expliquais, j'ai tout envoyé par mail donc, c'est quand elles ne nous disent pas intéressé, c'est compliqué.

E : Et selon vous, que sont les freins à la participation ? On a déjà parlé du changement de corps qui est un frein, avoir pas du temps...

J : A part de ça (...) Pas le temps, ce n'est pas vrai, elles auraient le temps, c'est gérer les enfants, il y a les problèmes de garde d'enfants. Le conjoint il n'est pas forcément disposé à les / Je pense qu'il y a ça aussi ça. Pour le coup, je n'ai pas questionné les femmes là-dessus, mais de ce que je vois, j'ai vraiment l'impression que pour beaucoup de famille ici, la femme gère la maison, les enfants etc. et qu'elle se débrouille un peu toute seule, un peu avec ses amis, un peu avec sa famille, mais que le conjoint n'est pas un soutien et pas là-dedans en fait. Le fait de se dire que le conjoint, il va garder les enfants pendant que madame elle va aller faire du sport, ici dans le quartier, non.

E : Alors, un soutien social, elle n'en a pas ?

J : Oui, elle n'en a pas. Pas tous, mais il y a plein de couples où monsieur il ne voit pas l'intérêt de s'investir que madame puisse aller faire du sport.

E : Alors, la situation familiale qui est un peu /

J : Oui, mais comme il ne voit pas l'intérêt d'être présent à l'accouchement, comme il ne voit pas l'intérêt de pouvoir garder de temps en temps les enfants pour qu'elle n'aille pas

faire les courses tout le temps avec les enfants, c'est une image très / Après, c'est pas toutes les familles ici, mais pour beaucoup voilà, c'est (...)

E : Un peu les clichés traditionnels ?

J : Oui, c'est ça, on va dire ça comme ça. On n'est pas sur le partage des tâches ou des fois même ne serait-ce que le fait de se soucier de l'autre. Non, chacun fait son truc et voilà.

E : Okay. Et vous avez aussi parlé du logement : Est-ce que vous avez beaucoup des femmes qui ont un problème du logement, qui doit changer beaucoup de fois des logements ?

J : Alors, elles ne changent pas beaucoup parce qu'il n'y a pas beaucoup de / C'est beaucoup du parcours social ici, que les mouvements au sein du parcours social sont très compliqués, mais elles sont quasiment toutes en demande de relogement. Parce que les logements, une partie qui est insalubre parce qu'il n'y a pas des ascenseurs partout et que quand elles habitent au quatrième étage, c'est compliqué, qu'il n'y a pas d'endroits où poser la poussette en bas. Fin, qu'elles sont quasiment toutes en demande de relogement.

E : Est-ce que vous voyez aussi des leviers à la participation de ce programme ? Dans cette population à Strasbourg, à Neuhof ?

J : C'est un peu compliqué. Après, ça peut être diversifier les exercices, je ne sais pas, par exemple, de la marche ou des choses comme ça, qui sont très simples et qu'on n'a pas l'impression de faire une activité physique où on n'a pas besoin de se mettre dans une tenue particulière, où elles peuvent venir en fait juste marcher et pouvoir le faire dans différents quartiers avec un coach, comme on voit ceux qui sont dans les associations-là, de randonnée, de petit bâton. C'est surtout des retraités qui font ça, mais je me dis voilà, peut-être des choses qui font, qui ont l'air d'être moins du sport mais qui sont toujours une activité physique et de pouvoir le faire dans les quartiers et qu'elles ne doivent pas se mettent en survêt, en maillot de bain. Mais sinon je ne sais pas trop.

E : Okay. Je crois que je terminais, je vais regarder. Il me reste seulement quelques informations personnelles. Depuis quand vous travaillez comme sage-femmes, combien des années d'expérience avez-vous ?

J : J'étais diplômée en 2005, donc ça fait 19 ans.

E : Et quelles expériences professionnelles avez-vous, vous avez travaillé dans autres lieux ?

J : Ouais, alors j'ai fait de l'hospitalier. J'ai fait de la PMI dans une autre région. J'ai fait de la clinique à l'étranger en suisse. J'ai fait de l'hospitalier ici au HUS (Hôpital Universitaire de Strasbourg) et après je suis venue ici en PMI.

E : Et vous travaillez à Neuhof et à Meinau.

J : Oui.

E : Et combien de femmes vous accompagnez par an, à peu près ? Est-ce que vous avez une idée ? Ou par mois ?

J : Des visites à domicile j'en fais à peu près, je crois 350 par an, mais ce n'est pas 350 patientes parce qu'il y a des patients que je vais voir plusieurs fois et que je vais voir des fois trois ou quatre fois pendant leur grossesse, donc ça, c'est mon nombre de visites. Je ne sais pas du tout combien en nombre de patientes, je ne sais pas. Ça faudrait demander à [NOMBRE] parce que ce sont des stats et elle doit pouvoir les extraire du logiciel. Ou à [NOMBRE] qui gère le logiciel, mais moi je ne tiens pas de compte.

E : Je vais le demander. Bon, merci beaucoup.

J : Et ben, avec plaisir.

Annexe 6 : Entretien mené avec Amina

Date de l'entretien : 14 de mars 2024

Heure de l'entretien : 10h30

Durée de l'entretien : 21 minutes

Lieu de l'entretien : Dans le logement de la femme

E : Enquêteuse ; A : Amina

E : D'abord, j'aimerais bien, si vous pouvez vous présenter un peu au début, parler de votre vie. Un peu seulement pour savoir un peu plus de vous. [La femme semble confuse et pas à l'aise.] S'il y a une question que vous n'aimez pas répondre, si ça vous met mal à l'aise, alors vous n'avez pas besoin de répondre. C'est seulement pour savoir un peu plus de vous.

A : Oui, je suis Amina, j'aime bien ma fille, c'est ma (inc.). Je suis ici depuis l'année passée au mois d'avril. Ça ne fait pas longtemps que je suis ici.

E : Vous êtes ici depuis quand ?

A : Je suis ici depuis le 24 avril 2023.

E : Ah, ça ne fait même pas un an ?

A : Non.

E : Okay. Si vous permettez, je peux fermer la fenêtre ? Parce qu'il fait beaucoup de bruit.

A : Oui. Il qui faisait très chaud.

E : Ah oui ? Sinon, on le change en quelques minutes ? Après, on voit. Je crois que pour moi, après, c'est difficile à vous comprendre. Je suis étrangère, je suis allemande, et comme ça, pour moi, la langue française, ce n'est pas ma première langue. Alors, c'est plus facile pour moi si la fenêtre est fermée.

A : D'accord.

E : Est-ce que vous me pouvez parler de votre habitude que vous avez pendant, ou avant, et après la grossesse ? Qu'est-ce qui a changé pour vous ? C'était quoi le plus qui a changé pendant la grossesse de votre habitude de la vie ?

A : Pendant la grossesse, c'est qui me faisait trop, c'était la fatigue, je me rendais plus. Je me réveillais un peu tard, parce que pendant la grossesse / Au moment où je n'avais pas la grossesse, en tout cas, j'avais l'habitude de me lever très tôt.

E : Okay.

A : Oui. Mais pendant la grossesse, c'est qui m'a affecté beaucoup, c'était la fatigue. Je me réveillais difficilement, et je n'avais pas faim aussi.

E : Pas faim ?

A : Oui, je n'ai mangé pas.

E : Ah, okay.

A : Tout ça, depuis que j'étais enceinte, je n'avais plus d'appétit, jusqu'à ce que j'aie accouché, jusque-là.

E : C'était pendant toute la grossesse ?

A : Toute la grossesse, ce n'était pas simple.

E : Okay.

A : C'était difficile pour moi de manger. J'avais toujours aussi un problème avec les coudes, souvent avec les dents, toutes les deux parties là. Ça me faisait trop mal, durant la grossesse. J'ai mangé difficilement, un petit peu pour chier parfois.

E : Okay. Et la fatigue, c'était aussi pendant toute la grossesse ?

A : C'était vraiment pendant toute la grossesse.

E : Okay. C'est difficile.

A : Oui.

E : Et est-ce que vous avez l'habitude de faire l'activité physique avant la grossesse ?

A : Non, non. Bon, si je peux dire que l'activité physique, c'était juste pour faire, c'est qui concerne la maison, c'est tout qui ça met. C'est qu'ils concernent vraiment faire les sports, non.

E : Le ménage, tout ça, non ?

A : Oui.

E : C'est aussi l'activité physique, c'est vrai. Et ça, ça a changé pendant la grossesse ? Est-ce que vous avez fait plus ou moins pendant la grossesse ?

A : Non, pas vraiment. C'est parce que j'avais toujours mal au dos. Et puis, on m'a conseillé de plus de bien marcher, de travailler plus. Oui, c'est ce que je faisais. Même si je suis fatiguée, si je me lève le matin, très tôt le matin, je fais ce qui est important à faire et puis après là, la fatigue vient. Là, je suis obligée de dormir.

E : Oui, bien sûr.

A : Et puis le soir, je peux marcher même pendant 30 minutes, 1 heure de temps aussi.

E : Okay.

A : Oui.

E : D'accord.

A : Parce que j'étais obligée pour l'enfant de marcher plus.

E : Oui, oui, bien sûr. Est-ce qu'il y a des choses que vous avez un peu donné envie de faire l'exercice pendant la grossesse ? Vous avez dit que vous avez fait les tâches du ménage, mais je veux dire qu'il y aurait des choses que vous pensez, « maintenant, j'ai envie de faire l'activité physique ». Ou c'était la fatigue que vous avez vraiment empêchée ?

A : Non, je ne l'ai pas vraiment fait. Juste la marche, je la faisais, c'est tout.

E : Okay. Alors, c'étaient les symptômes de la grossesse qui l'a fait vraiment difficile ?

A : Oui, oui. C'était vraiment difficile.

E : Okay.

A : Mais comme on a pu me conseiller de trop marcher, c'est ce que je faisais pour éviter un peu de la fatigue et puis souvent quand tu dors trop aussi sur le lit, quand tu te lèves, tu as tellement mal de dos.

E : Okay. Ça semble dure.

A : Oui. Maintenant, je suis obligée de me lever pour un peu de marcher, toute la journée et puis de revenir pour éviter toute la fatigue.

E : Oui. Et selon vous, quelles sont les avantages à devenir active physiquement ou à pratiquer davantage d'activité physique, est-ce que vous voyez des avantages de faire l'activité physique dans la grossesse pour vous, pour le bébé ?

A : Ah oui, parce que ça m'aide. Oui. Oui, c'est bien vraiment. Parce qu'au moment où j'avais toujours mal au dos, peut-être que j'avais mal quelque part, si je fais de la marche, ça me soulage aussi. Et puis ça m'aide aussi à bien respirer. Tout le temps, si je suis enfermée, je respire difficilement aussi. Une fois que je prends le temps de marcher, presque une heure, dès que je reviens directement, ça c'est calme et puis je dors tranquillement. Oui, ça m'aide vraiment pour faire ça.

E : Est-ce que vous voyez aussi des avantages pour le bébé, de faire l'activité physique ? Est-ce que vous connaissez les avantages pour les bébés ?

A : Oui, ça le permet aussi de bien bouger.

E: De bien bouger dans le ventre?

A : Oui, oui. Oui, oui. Si tu fais ça et puis au moment où quand tu vas revenir, tu vas entendre tout le temps bouger à tout moment, là tu es sûre que mon enfant est là. Oui, oui.

E : Ouai.

A : Parce que vous allez chaque jour, et puis quand je fais des marches, c'est ça qui bouge chaque jour. Oui, oui. Je ne peux plus constater que ce chose ça.

E : Et quelle est l'importance d'activité physique dans votre vie, maintenant, qu'est-ce que vous diriez ? C'est quoi la priorité et l'importance d'activité physique ?

A : Je peux dire que sur l'importance maintenant, et puis d'abord, ça m'a permis de bien poser l'enfant.

E : Oui.

A : Oui. C'est surtout ça.

E : Et qu'est-ce que vous diriez maintenant, qu'est-ce qui est important pour vous dans la vie, quel domaine ? Parce que j'imagine que vous avez dit que l'activité physique, ce n'est peut-être pas la première priorité, si j'ai bien compris. C'est quoi pour vous, la priorité maintenant dans la vie, les domaines centrales de votre vie ?

A : Je peux dire que (...) Pendant la grossesse ou après la grossesse ?

E : Maintenant ou pendant la grossesse.

A : Maintenant aussi, ça m'a aidé, parce qu'avec toutes les douleurs que j'avais, c'est parti. J'ai bien accouchée, ça m'a vraiment permis de bien résister, avec toutes les douleurs. Je me sens bien, je me sens vraiment bien.

E : Et est-ce que vous pouvez me décrire une journée normale, maintenant ? De vous ? Une journée, ce que vous faites maintenant, pendant la journée.

A : Maintenant, si je me réveille le matin et je m'occupe de lui, si je vois qu'il dort, moi, si je dois dormir, pour un peu me déposer. Le risque, parce que si tu ne dors pas, tu as toujours mal, toujours mal à la tête, et puis la tension augmente aussi. Maintenant, s'il dort comme ça, je suis censée un peu de dormir. Si je finis, je vais prendre mon petit déjeuner. Je me réveille, et puis, s'il se réveille encore, je m'occupe pour le moment. C'est lui, je m'occupe de lui, et puis après de moi. Et puis après moi, on est là toujours. S'il y a moyen de sortir, je le mets dans la poussette. On sort, on fait un tour et puis on revient.

E : Alors, est-ce que vous voyez / Est-ce que vous pouvez intégrer maintenant l'activité physique dans votre vie ? Est-ce que vous le voyez faisable ?

A : Avec la marche seulement.

E : D'accord. Vous faites les marches chaque jour ?

A : Oui, chaque jour, on sort les deux parce que chaque jour, c'est juste un petit peu même, juste un petit peu, et puis, on rentre.

E : Déjà, ça aide, ouais. Okay. Est-ce que vous êtes aussi soutenue par votre entourage ? Je ne sais pas si vous avez votre famille ou des amis qui vous pouvez aider, avec lui, que vous avez du temps de faire, par exemple, l'activité physique ?

A : Non, pas vraiment.

E : Non ? Vous êtes...

A : Là, je suis seule.

E : Vous êtes venue seule aussi ?

A : Mais je n'ai pas de famille ici. Là, je suis seule. Peut-être qu'il y a des amis, aussi, qui passent, parce que moi, je suis demandeur d'asile. Peut-être qu'il y a des amis qui passent, faisant des pays, connaître là, ici. Vous venez voir l'enfant, et puis au moment où ils sont là, je peux le reposer un tout petit peu. Oui. C'est un peu ça. Mais je n'ai pas de famille, ici. Oui.

E : C'est /

A : Je suis obligée de m'occuper seule, de lui.

E : Ce n'est pas facile. Et est-ce que vous aimeriez bien, ou est-ce que vous pourriez imaginer faire l'activité physique dans un groupe ? Est-ce que vous aimeriez faire ça ?

A : Non, au moins, s'il est grandi, c'est bon. Oui. C'est bien aussi, ça équilibre aussi la santé. C'est bien.

E : Et est-ce que vous connaissez des associations de sport, ici ?

A : À Strasbourg ?

E : Oui, ici.

A : Non, pas encore.

E : Et, bon, comme j'ai reçu, votre numéro d'Alexis, la sage-femme, vous étiez accompagnée par Alexis, dans votre grossesse ?

A : Oui.

E : Est-ce que vous pouvez décrire, c'était comment l'accompagnement ? Comment, combien de fois vous étiez chez Alexis, qu'est-ce qu'a fait la sage-femme, qu'est-ce que vous en avez parlé ? Est-ce que vous pouvez me décrire cet accompagnement par la PMI ?

A : Par la PMI (...) Je ne me rappelle plus. On avait, je crois trois, quatre rendez-vous. Justement parler de, pour l'enfant, pour le moment de la grossesse. Des signes de grossesse. Le moment d'accoucher, quand on est à la maternité. La sage-femme m'a expliqué tout ça. Et puis, c'était plus vraiment concernant la grossesse.

E : Concernant aussi la santé ?

A : Oui, oui. Des signes, comment faire, comment avoir des signes que ça montre que tu vas accoucher, quand on peut aller à la maternité. C'était plus ça. Il faut bien dormir et bien prendre le temps de dormir aussi et de se reposer, c'était plus ça.

E : Okay. Est-ce qu'elle a aussi parlé de l'activité physique pendant la grossesse ?

A : Ah oui, elle m'a posé la question mais je lui ai dit que pour le moment, je peux faire la marche, c'est mieux pour moi. Je n'ai pas vraiment envie de faire un sport là, quand-même la marche, c'est bon pour moi. J'avais préféré plus de faire la marche.

E : Okay. Est-ce qu'elle a aussi parlé de sujets comme de l'alimentation, de sujets comme le côté social, par exemple ? Est-ce qu'elle vous a posé des questions sur alimentation, sur logement, comme la partie sociale ? Ou c'était plutôt le côté santé, médicale ?

A : Oui, on a essayé de parler de ça, c'était par rapport aussi à mon sujet, à l'état où je suis, comme je suis un demandeur d'asile, elle m'a posé des questions sur ça et puis elle m'a posé, « tu es dans quelle étape, l'évolution de ton dossier », j'ai dit okay. Et puis elle a dit

« tu accouches d'abord et puis on va essayer de voir la suite de ton dossier et puis à la fin on verra ».

E : Et les informations que vous avez reçues, vous trouvez qui étaient intéressantes, pertinentes, surtout sur l'activité physique ? C'était pour vous des informations intéressantes ? Comme vous avez dit que pour vous la marche, c'est suffisant, je ne sais pas si vous avez en parlé plus.

A : Non, non, on n'avait pas en parlé plus parce que je lui avais dit que j'ai toujours mal au dos. Il m'a dit, non, il faut faire un peu de sport. J'ai dit oui. Il m'a dit, quel sport que tu préfères plus faire ? J'ai dit, non, la marche, c'est bon. C'est ce qu'il m'a dit, il faut faire la marche tout le temps, il ne faut pas avoir l'obligation de trop dormir. Quand tu dors trop sur les lits, tu prends toujours la position accrochée. Et puis le jour, ça va mal au dos. Donc, comme tu préfères plus faire du sport, il faut au moins sortir une heure ou bien 30 minutes par jour. Tu fais des marches et puis tu rentres.

E : Et est-ce qu'il a parlé du dispositif « Cycle Pré et Postnatal » de la Maison Sport Santé ? Est-ce que vous avez parlé de ça ?

A : Non, non.

E : Bon, j'imagine que comme vous avez dit que vous préférez faire de la marche, j'imagine qu'il n'a pas dit parce que c'est un dispositif. Moi je suis stagiaire à la Maison Sport Santé, et c'est pour des femmes, on peut faire une fois, deux fois la semaine de l'activité physique. On peut faire yoga, pilates, nager, c'est adapté pour les femmes enceintes. Et est-ce que vous seriez intéressée de faire quelque chose comme ça maintenant, ou vous vous dites que la marche, ça marche pour moi, ça suffit ?

A : Pour le moment, je peux dire non.

E : Pour le moment, avec la situation aussi ?

A : Oui. Avec tout ce que j'ai avec le petit, je vais dire non. Et après là, on pourra voir ça.

E : Et j'imagine que pour vous, ça serait important d'avoir quelqu'un, comme un garde d'enfant, non ? Avoir quelqu'un si vous voulez faire le sport ?

A : Oui, oui. Il faut que j'aie une personne de confiance pour le garde d'enfant, et puis je prends tout mon temps pour faire le sport au moins.

E : Ouai. Et est-ce que vous pourriez penser à d'autres choses qui peuvent vous faciliter à faire le sport, chose comme ça, en semaine ? Comme des facilitateurs, comme le garde d'enfant, ça serait quelque chose pour vous aider. Est-ce que vous pourriez penser à d'autres choses ? C'est pour avoir votre avis, si vous pensez à quelque chose qui vous aide à faire le sport.

A : Il faut que j'aie une personne de confiance aussi pour le garde d'enfant avant de faire ça. Normalement, ce n'est pas aussi ma priorité.

E : Oui, bien sûr, vous avez autres choses à gérer.

A : Oui, ce n'est pas aussi vraiment ma priorité, ça va être la marche, c'est bon déjà pour moi.

E : Oui, je comprends. Est-ce qu'elle serait aussi importante pour vous d'avoir un financement ? J'imagine que ça joue aussi un rôle, si vous pouvez faire le sport que ça serait financer ? Est-ce que le financement est un obstacle pour vous ? Parce que quelques associations, ils veulent qu'on paie mensuels, je ne sais pas comment /

A : Ah, c'est ça pour le moment ? Ça sera aussi difficile pour moi, parce que je suis hébergée par des gens. Je n'ai pas aussi des moyens financiers pour faire tout ça pour le moment. C'est compliqué, ce n'est pas /

E : Oui, ce n'est pas facile. Pour terminer quelques informations sur vous. Vous avez quel âge ? C'est seulement pour terminer, pour avoir des données sur la personne.

A : 30.

E : Et vous avez travaillé avant, vous avez une profession ?

A : Oui, j'ai travaillé, j'étais modéliste.

E : Modéliste ?

A : Haut-Couture.

E : C'est intéressant. Et vous aimeriez fait ça, continuer ça ?

A : Ah oui. C'est la passion. Oui, c'est la passion.

E : Et vous avez d'autres enfants ? C'est le premier ?

A : Non, c'est le deuxième.

E : Ah, le deuxième ?

A : Il y a une fille qui est restée au pays.

E : Ah, okay. Avec le père ?

A : Non, non. Son père est là, ici.

E : Okay.

A : L'autre là, son père est là-bas.

E : Okay. Le père de lui, vous êtes séparés ?

A : Non, on n'est pas ensemble.

E : C'est vraiment, j'ai tout mon respect pour vous, de gérer, ce n'est pas facile.

A : Ce n'est pas facile.

E : Bon, est-ce que vous avez des questions pour moi ? Est-ce que vous avez d'autres questions ? Parce que pour moi, c'est bon.

A : Ah, non, c'est bon.

E : Okay. Bon, merci beaucoup.

A : Moi aussi, j'étais très contente.

E : C'était vraiment intéressant. Ouai, je trouve ça intéressant parce qu'on offre de l'activité physique. Et chez nous, c'est gratuit. Parce qu'on sait que, peut-être, si on a une situation, on n'aurait pas d'argent pour l'activité physique. On l'offre gratuitement. Mais je trouve que c'est intéressant de voir qu'il y a des autres priorités. Et ce n'est pas vraiment facile de seulement dire, ah, c'est gratuit, alors je viens. Parce que c'est gratuit, non. Il y a autres choses à gérer.

A : Ah oui, parce qu'il y a lui qui est là et je suis seule ! Non, c'est difficile de gérer les sports et plus les enfants. S'il y avait son père qui était là. Ça serait autre chose.

E : Oui. Et comme vous avez dit, c'est aussi, ça doit être une personne de confiance. Vous ne donnez pas l'enfant /

A : À n'importe qui, c'est un enfant. Oui oui oui.

E : Bon, merci beaucoup.

A : Merci beaucoup.

Annexe 7 : Formulaire de consentement de participation

Consentement de participation

Mme

Nom de naissance :

Prénom :

Date et lieu de naissance

Adresse

Tél. :

Il m'a été proposé de participer à une étude sur l'analyse de participation des femmes enceintes ou postnatal au dispositif « Cycle Pré et Postnatal » de la Maison Sport Santé.

L'investigateur *Sabine Stoller* m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

- 1) Je pourrai à tout moment interrompre l'entretien si je le désire, sans avoir à me justifier.
- 2) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.
- 3) Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :

J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche

Cocher les cases appropriées en fonction de votre volonté :

OUI ☐

Non ☐

Date :

Date :

Signature du participant :

Signature de l'investigatrice :

.....

Signature en double exemplaire.

Transcription sémantique du contenu selon Dresing et Pehl

1. La transcription est littérale, c'est-à-dire qu'elle n'est pas phonétique ou résumée.
2. Les mots sont rectifiés pour se rapprocher du français écrit. Par exemple, « Tu ne fais pas » devient « tu ne fais pas ».
3. La forme de la phrase est conservée, même si elle comporte des erreurs syntaxiques.
4. Les dialectes sont traduits le plus fidèlement possible en français standard.
5. Les mots de remplissage comme « machin » ou « quoi » ont été repris dans la transcription.
6. Les bégaiements sont lissés ou omis, les mots interrompus sont ignorés. Les doubles mots ne sont saisis que lorsqu'ils sont utilisés comme figures de style pour mettre l'accent : « C'est très, très important pour moi ».
7. Les demi-phrases auxquelles il manque l'achèvement sont marquées par le signe de rupture « / ».
8. La ponctuation est lissée au profit de la lisibilité, c'est-à-dire que si la voix est brièvement baissée ou si l'accentuation n'est pas claire, on met un point plutôt qu'une virgule. Les unités de sens doivent être conservées.
9. Les signaux de réception tels que « hm, ah, oui », qui n'interrompent pas le flux de parole de l'autre personne, ne sont pas transcrits. Ils sont transcrits lorsqu'ils sont mentionnés comme réponse directe à une question.
10. Les pauses à partir d'environ 3 secondes sont marquées par (...).
11. Les mots ou expressions particulièrement accentués sont marqués par des LETTRES CAPITALES.
12. Chaque intervention a son propre paragraphe. Entre les locuteurs, il y a une ligne vide et libre. Les brèves interjections sont également transcrites dans un paragraphe séparé.
13. Les mots incompréhensibles sont marqués par « (inc.) ». Les passages incompréhensibles plus longs sont si possible accompagnés de la cause : « (inc., mauvaise connexion) ». Si l'on suppose qu'il y a un mot, le passage est mis entre parenthèses avec un point d'interrogation, par exemple « (sport ?) ».
14. La personne qui mène l'interview est indiquée par un « E » pour enquêteuse, la personne interrogée avec l'initiale de son nom, par exemple « A » pour « Amina ».

STOLLER	Sabine	Juillet 2024
Master 2 Prévention et Promotion de la Santé Promotion 2023 - 2024		
Freins et leviers à la participation des femmes enceintes en situation de vulnérabilité à un programme de promotion de l'activité physique - une étude qualitative		
Résumé : Le manque d'activité physique et l'inactivité sont des facteurs de risque importants pour les maladies chroniques non transmissibles. Une diminution de l'activité physique peut être observée pendant la grossesse, en particulier dans la classe sociale populaire et chez les femmes en situation de vulnérabilité. Grâce à une approche qualitative basée sur des entretiens et des observations, les expériences et les raisons des femmes ont été explorées et examinées de plus près. Il a été possible de montrer que les raisons se situent au niveau structurel et que la vulnérabilité des femmes est due à des faiblesses du système. Ce sont surtout le manque de temps et l'isolement social qui jouent un rôle dans ce groupe, et moins les compétences en matière de santé, qui sont souvent critiquées par les professionnelles de la santé. La différenciation de soins et de la communication par le personnel de santé a également été identifiée comme une barrière importante. Pour faciliter les choses, il faudrait envisager une garde d'enfants ou une autre forme de soutien social, ainsi qu'une simplification du processus administratif. Les interventions de prévention et de promotion de la santé visant à accroître la participation de ces groupes doivent avoir une approche plus structurelle et intégrer des dimensions politiques au lieu de se concentrer sur le niveau individuel, comme c'est le cas actuellement, afin de compenser les inégalités sociales. Des études supplémentaires sont nécessaires pour établir des programmes de santé pour les femmes enceintes en situation de vulnérabilité.		
Mots clés : Femmes enceinte – Activité physique – Inégalité sociale – Précarité – Grossesse – Participation – Promotion de Santé – Étude qualitative – Déterminants sociaux		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		