HAL
open science

Représentations de l'activité physique chez les jeunes mamans sur le pays Lorientais

Hélène Szczepanski

To cite this version:

Hélène Szczepanski. Représentations de l'activité physique chez les jeunes mamans sur le pays Lorientais. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03544382

HAL Id: dumas-03544382

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03544382v1

Submitted on 26 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

N° d'ordre : **ANNÉE 2021**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Hélène Szczepanski

Née le 12/05/1989

Représentations de l'activité physique chez les jeunes mamans sur le pays Lorientais.

Thèse soutenue à Rennes
Le 21 mai 2021

Devant le jury composé de :

Jean LEVEQUE
Professeur – CHU de Rennes - *Président*

Frédéric SCHNELL
Professeur – CHU de Rennes - *Juge*

Éric MENER
Professeur associé – DMG - *Juge*

Fanny VOISIN
Docteur – CH de Lorient – *Directrice de thèse*

Françoise TATTEVIN
Professeur émérite de médecine générale, en retraite – *Membre invité*

N° d'ordre : **ANNÉE 2021**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Hélène Szczepanski

Née le 12/05/1989

Représentations de l'activité physique chez les jeunes mamans sur le pays Lorientais.

Thèse soutenue à RENNES le 21 mai 2021.

Devant le jury composé de :

Jean LEVEQUE
Professeur – CHU de Rennes - *Président*

Frédéric SCHNELL
Professeur – CHU de Rennes - *Juge*

Éric MENER
Professeur associé – DMG Rennes - *Juge*

Fanny VOISIN
Docteur – CH de Lorient – *Directrice de thèse*

Françoise TATTEVIN
Professeur émérite de médecine générale, en retraite – *Membre invité*

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET Jacques Professeur émérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François Professeur émérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur émérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE François Professeur émérite	Physiologie
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur émérite	Rhumatologie
COGNÉ Michel	Immunologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT Claude Professeur émérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur associé	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur émérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénérologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
FEST Thierry	Hématologie ; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie médicale
GODEY Benoît	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal Rhumatologie	

GUILLE François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie ; transfusion
JEGO Patrick	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie ; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE TULZO Yves	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER Alain Professeur émérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LE JEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick Professeur émérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENER Eric Professeur associé	Médecine générale
MICHELET Christian Professeur émérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales

MOIRAND Romain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier Professeur associé	Médecine générale
NAUDET Florian	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PESCHANSKY Nicolas Professeur associé	Médecine d'urgence
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT Pierric Professeur associé	Médecine générale
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri opératoire

SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT Louis Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE Laurent	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE Jean Marc	Médecine intensive-réanimation
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAULT Ronan	Nutrition
THIBAULT Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ALLORY Emmanuel	Médecine générale
AME Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie ; transfusion
ANSELMI Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD Alexis	Chirurgie infantile
BANATRE Agnès MC – associé MG	Médecine générale
BASTIAN Benjamin MC – associé MG	Médecine générale
BEGUE Jean Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
BROCHARD Charlène	Physiologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CASTELLI Joël	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHAPRON Anthony	Médecine générale
CHHOR-QUENIART Sidonie MC - associé MG	Médecine générale
CORVOL Aline	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; assictologie
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELINE Julien Cancérologie ; radiothérapie	

FIQUET Laure MC – associé MG	Médecine générale
GOUIN épouse THIBAULT Isabelle	Hématologie ; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie ; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET Solène-Florence	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MENARD Cédric	Immunologie
MICHEL Laure	Neurologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NYANGOH TIMOH Krystel	Anatomie
PANGAULT Céline	Hématologie ; transfusion
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale ; appliquée à la santé
ZIELINSKI Agata	Philosophie

Remerciements

A Monsieur le Professeur LEVEQUE,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur SCHNELL,

Un grand merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, d'avoir pu vous rendre disponible, et ce malgré tous les rebondissements de dernière minute.

A Monsieur le Professeur MENER,

Merci infiniment d'avoir pu vous libérer pour faire partie du jury de ma thèse, et merci de m'avoir aidée à faire en sorte que la soutenance puisse avoir lieu.

A Madame le Professeur TATTEVIN,

Merci d'être là depuis 1 an et demi à mes côtés, de m'avoir permis de m'adapter au terrain insulaire, et de m'accompagner au bout de ce long parcours en acceptant d'être membre du jury de ma thèse. Merci pour ta fraîcheur inconditionnelle ! Ce sera avec joie et émotion que je te succèderai à Groix. Tu vas nous manquer, sois-en assurée !

A Madame le Docteur VOISIN,

Un grand merci pour avoir accepté de diriger ma thèse, et pour m'avoir proposé un sujet qui m'a passionnée ces deux dernières années ! C'était une belle aventure, très riche, et je m'engage à tes côtés à défendre le « sport-santé » sur notre territoire ! Je te souhaite une belle nouvelle aventure de future maman, toi la femme-médecin aux mille projets ! Merci du fond du cœur d'avoir rajouté ce projet aux tiens.

A mes collègues de Groix, Le Docteur Faustine VUAILLAT, et notre troupe de remplaçants en or, Aourell, Etienne, Hervé, Noémie, Simon, Benjamin, Bruno, Lucile,

Merci d'avoir assuré toutes les fois où j'avais besoin de souffler pour peaufiner ma thèse, d'exercer une médecine dans la bonne humeur et la bienveillance ! Ne changez rien !

A mon tuteur, retraité depuis peu, le Docteur LE BOUCHER,

Merci de m'avoir donné goût à la médecine générale et plus particulièrement la médecine du sport. Bonne retraite bien méritée Philippe, je te souhaite de belles plongées à venir !

A toute l'équipe des médecins de Belle-Ile,

Merci de m'avoir fait découvrir la médecine insulaire, je ne serai pas sur mon caillou sinon !

A mes collègues de « papouilles », les amis du DIU médecine manuelle de Nantes,

Merci pour ces trois dernières années à vos côtés, merci de m'avoir conseillée et aidée quand les temps se faisaient durs ! Vous m'êtes précieux.

A mes amis,

Merci pour la richesse de nos débats et toutes nos discussions en désaccord, vous me faites avancer. Merci de partager toutes ces belles vagues ensemble, vivement que le surf et les barbecues reprennent, je vais être enfin disponible pour partager tout ça avec vous.

A ma maman,

Merci mamounette d'être ce roc, ce cerisier qui ne plie jamais face aux épreuves de la vie ! Merci pour ton soutien à chaque étape de mon parcours, j'en ai eu mille fois besoin, et tu n'as jamais failli à l'appel. Merci pour tout.

A mon papa,

Merci de m’avoir donné très tôt le goût de l’effort et de l’aventure, je n’oublie pas les Gorges du Verdon à vélo, les sorties canoé au petit matin pour aller observer les grues sur le lac du Der (et prendre un croissant à la fraise au passage), et merci tes encouragements quand j’ai voulu rentrer en sport-études à l’école des jedi ! Soigne-toi bien, je t’attends pour de nouvelles aventures.

A mes sœurs,

Merci d’être là, numéro 2-3-4, Lucile, Léa et Zoé ! Sans vous ce serait vachement moins drôle la vie ! Vivement les grosses retrouvailles.

A Popo et Mout, ces deux petits trésors de nièces.

A mon Juju,

Merci d’avoir trouvé les mots justes dans ces derniers mois difficiles, merci pour tous tes encouragements au quotidien, et tes bons petits plats, toi mon chef préféré ! Je vais prendre le temps de te rendre la pareille, tu l’as bien mérité. Merci de la confiance que tu m’accordes, et merci pour tous ces projets fous que tu as envie de partager avec moi.

A ma grand-mère, qui n’est plus là, et pour qui j’ai voulu devenir docteur.

Table des matières

I. INTRODUCTION 15

II. MATÉRIEL & MÉTHODES 17

1) Recherche bibliographique 17

2) Type d'étude, population étudiée et recrutement 17

3) Recueil de données 18

4) Méthode d'analyse 19

III. RÉSULTATS 20

1) Caractéristiques de l'échantillon 20

2) Activités physiques pratiquées avant la grossesse : 21

a) Activités physiques de loisir : 21

b) Niveau d'activité physique dans la profession exercée au moment de la grossesse 23

c) Représentations générales : 25

d) Bienfaits évoqués : 25

e) Objectifs personnels recherchés à travers l'activité physique : 26

f) Freins à la pratique dans la vie de tous les jours : 26

3) Activités physiques pratiquées pendant la grossesse : 27

a) Spécificité en fonction du trimestre : 29

b) Raisons évoquées pour l'arrêt au premier trimestre : 30

c) Freins à la pratique pendant la grossesse dans son ensemble 32

d) Quelles motivations à bouger enceinte ? 34

4) Activités physiques possibles : qui donne l'information ? Et Quel contenu ? 36

a) Des conseils très hétéroclites de sources variées 36

b) Faire appel à son propre « bon sens » 38

5) Place du médecin traitant dans la grossesse ; son rôle dans la promotion d'AP ? 40

a) Très peu de place dans la grossesse 40

b) Un rôle flou, mal défini, une place difficile à trouver 40

c) Ce que les patientes attendent de leur MT dans une grossesse 41

d) Perspectives pour le MG 41

IV. DISCUSSION 43
1) Étude 43
a) Intérêts et avantages de l'étude 43
b) Faiblesses et limites de l'étude 44
2) Interprétation des résultats 45
a) Une activité physique souvent sous-estimée par les parturientes 45
b) L'arrêt brutal de la pratique chez la femme enceinte 47
c) Conseils d'AP donnés par les professionnels de santé ? 48
e) La dualité bien-être recherché / risques encourus 51
f) Un enjeu : comment adapter sa pratique tout en gardant motivation et plaisir ? 53
g) Les professionnels prescripteurs d'activités physiques 54
3) Perspectives et actions à envisager sur notre territoire de santé 56
V. CONCLUSION 58
BIBLIOGRAPHIE 59
ANNEXES 62

Abréviations :

ACOG : *American College of Obstetricians and Gynecologists*

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

ARCF : Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal

ARS : Agence Régionale de Santé

CHBS : Centre Hospitalier Bretagne Sud

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DG : Diabète Gestationnel

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale

DNBC : *Danish National Birth Cohort*

EM : Entretien motivationnel

FCS : Fausse Couche Spontanée

FIV ICSI : Fécondation In Vitro de type *Intra Cytoplasmic Sperm Injection*

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

HTA : Hypertension Artérielle

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

NASH : *Non-Alcoholic Steato-Hepatitis*

OMI : Œdèmes des membres inférieurs

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

PMA : Procréation Médicalement Assistée

PMI : Protection Maternelle Infantile

RR : Risque Relatif

SA : Semaines d'Aménorrhée

T1 : Premier Trimestre de grossesse

T2 : Deuxième Trimestre de grossesse

T3 : Troisième Trimestre de grossesse

I. INTRODUCTION

La promotion de l'activité physique (AP) est au centre de la stratégie nationale « sport-santé-bien-être » 2017-2022 (1). Sujet transversal par essence, pendant la grossesse la prescription de l'AP se situe à la frontière entre la médecine générale, l'obstétrique, la médecine préventive et la médecine du sport. Le médecin généraliste fait partie des professionnels de santé en charge du suivi de grossesse et d'accompagnement des futures mamans. Il doit notamment savoir les rassurer et les conseiller sur leur mode de vie pendant la grossesse. Il est en théorie le premier prescripteur d'AP depuis la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (2).

Les bénéfices en prévention primaire et secondaire de l'AP pendant la grossesse ont été prouvés depuis de nombreuses années : contrôle de la prise de poids, diminution des douleurs lombaires, amélioration de la circulation veineuse, protection du périnée, prévention des fuites urinaires, et des troubles du transit intestinal, amélioration de la mobilité, diminution de l'anxiété, des risques de diabète gestationnel et d'hypertension artérielle gravidique (3–7). Sur l'accouchement : durée de travail un peu raccourcie, diminution du taux de césarienne, durée d'expulsion réduite, risque de recours à une extraction instrumentale diminué et meilleure récupération post-accouchement (5,7,8). Pour l'enfant à naitre, l'AP régulière de la femme enceinte diminuerait le risque de macrosomie, améliorerait le neuro-développement, augmenterait ses capacités à s'orienter, à réguler son état émotionnel et à discriminer les sons dès la naissance, et dès l'âge de 12 mois, les scores psychomoteurs, d'apprentissage et d'acquisition de vocabulaire seraient supérieurs (8). Tout cela sans risque d'hypotrophie fœtale ni d'augmentation du risque de prématurité (6,7,9).

La grossesse est une période particulière lors de laquelle la femme enceinte se retrouve engagée dans une sorte de « responsabilité morale » envers son enfant à naître. Pour cette raison la grossesse peut être initiatrice de changements de comportements en lien avec la santé (arrêt du tabac, de l'alcool…) (10–12). Cependant, aujourd'hui, en France près de 70% des femmes enceintes n'ont pas une pratique d'AP suffisante pendant leur grossesse pour en tirer des bénéfices (13).

Le territoire de santé numéro 3 est réparti entre le Morbihan et le Finistère, il couvre le pays Lorientais, la partie sud-ouest du pays du centre Bretagne, le sud-est du pays de Cornouaille, et l'île de Groix. On y trouve une bonne diversité des pratiques de santé (urbaines / péri-urbaine / rurales / insulaires / libérales et hospitalières) avec une offre d'activités physiques variée. C'est

un territoire engagé dans la thématique du sport-santé, avec la création récente d'une « Maison sport-santé » labellisée sur le plan national. Celle-ci s'appuie sur le centre de médecine du sport qui propose des consultations « enceinte et sportive » pour les femmes désirant débuter, poursuivre ou adapter une AP per et post-partum. Ces consultations sont assurées par des médecins du sport formés sur le sujet. Ce territoire a la particularité de ne comporter qu'une seule maternité ressource, la maternité du centre hospitalier de Bretagne sud, enregistrant environ 3000 naissances par an. Les sages-femmes de l'hôpital y proposent 5 cours de préparation à l'accouchement, et l'association « Bien naître au levant » propose des séances de yoga dès de 4ème mois de grossesse et des séances de piscine dès le 5ème mois.

Quelles sont les connaissances et représentations des parturientes sur les effets du sport pendant la grossesse pour elles et leur futur enfant ? Quelles sont les modifications des habitudes sportives chez la femme enceinte au premier trimestre (T1), au deuxième trimestre (T2) et au troisième trimestre (T3) et pourquoi ? Quels sont les conseils qui sont donnés aux femmes enceintes et par qui ? Quelle place a réellement le médecin généraliste dans la grossesse ? Quels sont les leviers pour qu'une majorité puisse pratiquer à un niveau d'AP recommandé pendant la grossesse ?

A travers cette thèse nous avons voulu explorer, sur ce territoire breton, les représentations des jeunes mamans sur l'AP au cours de la grossesse, repérer les freins et les leviers à la pratique de l'AP chez la femme enceinte et ainsi cibler les attentes afin de mieux définir les actions de santé locales à mener pour augmenter le niveau d'exercice physique des futures mamans.

II. MATÉRIEL & MÉTHODES

Nous avons mené une étude qualitative descriptive, réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés.

1) Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée à partir de la base de données pubmed pour ce qui concerne la littérature anglophone et nous avons également consulté le catalogue de thèses sudoc pour la littérature francophone, à partir des mots clés « sport, activité physique et grossesse ».

La gestion des références bibliographiques retenues a été réalisée à partir du logiciel Zotero.

2) Type d'étude, population étudiée et recrutement

Notre étude est une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Le choix d'une méthode qualitative nous a paru plus approprié afin d'étudier les représentations personnelles pouvant conditionner les habitudes de pratique de la population à l'étude. En effet, nous sommes partis de l'hypothèse qu'un comportement est parfois davantage modulé par des représentations que par des recommandations médicales établies par la communauté scientifique.

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés entre septembre 2020 et novembre 2020. Cette méthode de choix pour répondre à des questions ouvertes était en outre un moyen pour le chercheur d'avoir un lien direct et privilégié avec les participantes, et donc de favoriser l'émergence de données personnelles.

La population étudiée était constituée de femmes recrutées sur le territoire de santé numéro 3, ayant accouché de grossesses « non compliquées » (grossesses n'ayant pas nécessité d'hospitalisation, de surveillance particulière, sans complication materno-fœtale pendant et au décours de la grossesse) depuis 6 mois minimum et jusqu'à 2 ans maximum, afin d'éviter le biais de mémorisation. Il n'y avait pas d'autres critères d'exclusion.

Le recrutement des patientes à l'étude a été effectué auprès de professionnels médicaux et paramédicaux (IDE libéraux, SF libérales) du territoire de santé numéro 3, la PMI de Lorient

avait également été contactée, et par effet « boule de neige » grâce aux premières participantes rencontrées. Les femmes étaient informées que la jeune chercheuse était médecin généraliste remplaçant sur l'île de Groix. Les modalités de l'entretien étaient brièvement décrites, il était proposé aux femmes de les rencontrer dans le lieu de leur choix hors période de confinement et en visio-conférence en période de confinement, au moment qui leur convenait, pour une durée de 40 minutes environ. Dans un second temps, elles étaient recontactées par téléphone pour convenir d'une date d'entrevue.

3) Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé par entretiens individuels semi-dirigés.

Du fait du Covid, la moitié des entretiens a été faite en visio-conférence. Les entretiens étaient réalisés par la même enquêtrice, à partir d'un même guide d'entretien, ce qui réduit l'effort d'instrumentation.

Le guide d'entretien qui avait été réalisé au préalable (*annexe 1*), contenait une liste de thèmes à explorer, il était composé de questions ouvertes afin de permettre aux patientes une expression libre de leurs expériences et ressentis. Il a été testé au départ sur 2 entretiens, et n'a pas été modifié ensuite. Il a permis d'explorer les thèmes suivants : pratique de l'activité physique, son vécu en général et pendant la grossesse, ses a priori, ses adaptations et/ou modifications aux différents trimestres de la grossesse, la place du conseil médical et paramédical, et la façon dont celui-ci était perçu par les patientes. Les questions étaient parfois suivies de relance, afin de couvrir au mieux le thème abordé par la question.

L'entretien débutait par une phrase de présentation du sujet à l'étude, ainsi que par quelques questions « brise-glace ». Les participantes étaient assurées de l'anonymat et de la confidentialité des données recueillies. Les entretiens étaient poursuivis jusqu'à saturation des données.

Les entretiens ont tous été réalisés sur une période de 12 semaines, et l'analyse de ceux-ci n'avait pas débuté avant la fin du dernier entretien, réduisant le biais de maturation. Les entretiens ont été menés jusqu'à la satisfaction théorique des données, à savoir lorsque l'analyse des données recueillies n'a plus fourni de nouveau thème. Ce phénomène a été observé à partir du 10ème entretien, nous en avons donc réalisé un 11ème pour confirmer la tendance.

A noter que nous n'avons pas eu besoin de l'accord du comité d'éthique pour cette thèse, nous précisons donc qu'en ce qui concerne la protection des données, nous n'avons pas fait de demande auprès du comité de protection des personnes.

4) Méthode d'analyse

Les entretiens ont été enregistré sur enregistreur numérique vocal, après accord préalable des patientes, et retranscrits manuellement sur ordinateur mot à mot, grâce au logiciel de traitement de texte Word. L'analyse a été réalisée en 3 phases. Tout d'abord la phase de codage, qui a consisté à relever tous les mots ou expressions porteurs de sens. La 2ème phase a consisté en une analyse thématique, à savoir un groupement des codages en thèmes et sous-thèmes. Enfin, la dernière phase consistait en une analyse transversale des propos, afin de faire du lien entre les différents thèmes et sous-thèmes retrouvés précédemment.

III. RÉSULTATS

1) Caractéristiques de l'échantillon

Entre septembre 2020 et janvier 2021, 11 femmes ont été interrogées. Les entretiens ont été réalisés pour 5 d'entre elles en visio-conférence, sinon 1 fois sur le lieu de travail de la patiente, 1 fois au domicile de la patiente, 2 fois dans un café, et 2 fois au domicile de l'enquêtrice. La durée moyenne des entretiens était conforme à ce qui avait été indiqué auparavant aux participantes, à savoir de 40 minutes, le plus court étant de 28 minutes et le plus long de 1 heure.

Les caractéristiques des participantes interrogées sont présentées en *annexe 2* dans le *tableau 2.*

L'âge moyen était de 33 ans, pour des âges extrêmes de 28 à 41 ans. Il y avait 3 « première grossesse », 7 « deuxième grossesse » et 1 « troisième grossesse ». Nous avons recensé 1 Fécondation in vitro (FIV) de type ICSI *(Intra Cytopslamic Sperm Injection),* 1 grossesse gémellaire, 1 diabète gestationnel non compliqué n'ayant pas nécessité d'insulinothérapie. Aucune grossesse n'a été considérée comme « compliquée » (grossesse n'ayant pas nécessité d'hospitalisation, de surveillance particulière, et sans complication materno-fœtale pendant et au décours de la grossesse).

Pour 4 femmes, le suivi de grossesse a été réalisé par un gynécologue-obstétricien de ville, pour 3 patientes le suivi a été mixte, gynécologue de ville et sage-femme à l'hôpital pour les échographies obligatoires. La patiente dont la grossesse a été initiée en PMA par FIV ICSI a bénéficié d'un suivi de grossesse par un gynécologue-obstétricien de l'hôpital de Lorient. Pour la patiente ayant eu une grossesse gémellaire, le suivi par un gynécologue-obstétricien hospitalier a été imposé. Deux patientes ont eu un suivi mixte médecin traitant 1 fois par mois et sage-femme.

Trois d'entre elles avaient un médecin traitant titulaire un DIU de gynécologie, aucun n'avait de qualification en médecine du sport.

Les femmes ayant décidé de répondre à cette étude sont des femmes qui ont bien vécu leurs grossesses. En effet, elles sont huit à nous rapporter que *« tout s'est bien passé »* (A, B, E, F, H, I, J, K). Deux parturientes ont travaillé jusqu'à 8 mois de grossesse (B, E) relatant de

grossesses faciles et bien vécues *« quand tu travailles jusqu'à ce stade c'est que ça va »* (B), *« j'étais en forme, j'ai travaillé jusqu'à 36 semaines »* (E).

Une seule femme semble avoir passé un premier trimestre très difficile, *« ben les 3 premiers mois horribles »* (D), ce qui ne l'a pas empêchée de bien vivre la suite de sa grossesse *« après à partir du 3ème mois super et ensuite génial »*.

Concernant le mode d'accouchement : il n'y a eu qu'un seul accouchement déclenché, celui de la grossesse gémellaire (H), qui a abouti à une césarienne pour anomalies du rythme cardiaque fœtal. Tous les autres accouchements ont été spontanés, et une seule césarienne (A) a été rapportée pour ARCF également.

Toutes les femmes vues en entretien exerçaient une profession au moment de la découverte de grossesse. Nous les avons détaillées dans le paragraphe 2.b.

2) Activités physiques pratiquées avant la grossesse :

a) Activités physiques de loisir :

Deux patientes (A, H) pratiquaient moins de 2 heures d'AP par semaine. Trois patientes (C, E, K) pratiquaient en moyenne entre 2 et 4 heures d'AP par semaine, 5 patientes (B, D, F, G, J) entre 4 et 6 heures par semaine et 1 patiente au moins 8 heures dans la semaine (patiente (I) inscrite en club de basket-ball avec 3 entraînements par semaine + 1 match le week-end, évoluant en niveau régional). Le nombre d'heures d'AP pratiquées par chacune sur une semaine a été représenté en fin de paragraphe dans la *figure 1*.

L'AP la plus pratiquée était la course à pied, activité partagée par 6 patientes (B, C, D, E, F, K). Puis la danse arrivait en 2ème position (D, J), avec une pratique assez fréquente pour la patiente (J) qui pratiquait 4 heures par semaine. En ce qui concerne la patiente (D), cela faisait partie intégrante de son métier au quotidien puisqu'elle était metteur en scène dans une compagnie de danse. La Zumba® était également appréciée de 2 patientes (B, F), et réalisée 1 heure par semaine chez ces 2 parturientes. Le sport en salle n'a été cité qu'une seule fois par la patiente (G), qui s'y rendait 3 fois 1 heure et demie par semaine pour faire du cardio et des exercices de renforcement musculaire. Le Yoga était pratiqué occasionnellement par la patiente (E).

Pour les deux « sportives occasionnelles » (A, H), celles-ci préféraient les activités de plein air comme la randonnée, le golf, la plongée, la natation en mer ou la marche dans l'eau, et ce à raison d'une sortie de 1 heure par semaine. Les AP habituelles ont été reportées en fin de paragraphe sur la *figure 2*.

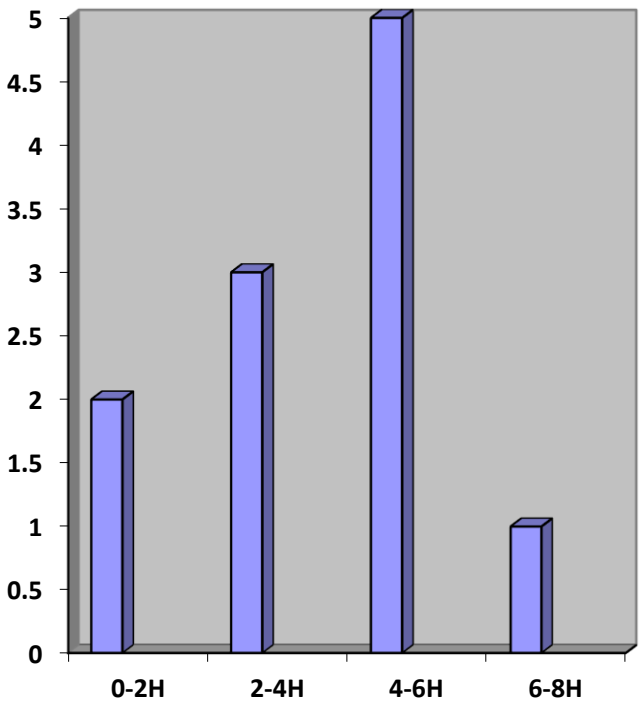

Figure 1

Nombre d'heures d'AP pratiquées par semaine par les parturientes

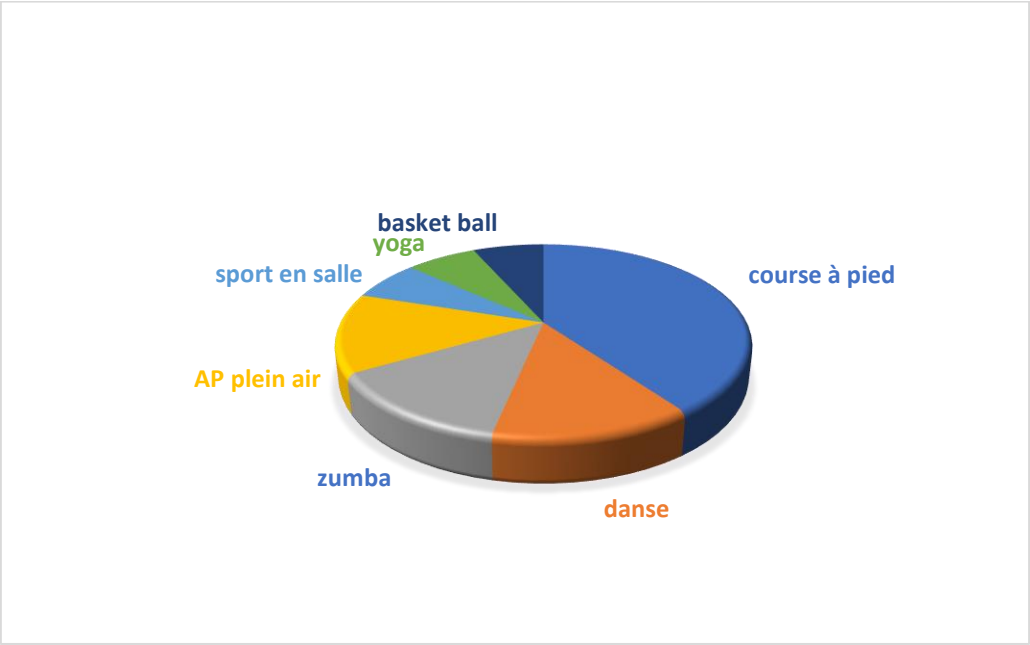

Figure 2

Type d'AP pratiquées hors grossesse

b) Niveau d'activité physique dans la profession exercée au moment de la grossesse

Nous avons pu distinguer 2 groupes d'intensité physique différente dans les professions exercées au moment de la grossesse, selon que le métier pouvait requérir ou non une certaine dépense physique : un groupe « faible intensité » avec 3 parturientes (A, I, J) et un groupe « intensité élevée » avec 8 parturientes (B, C, D, E, F, G, H, K).

Les professions relevées dans le groupe « faible intensité » étaient : chargée de clientèle en banque (I), chargée de ressources humaines (J) et directrice du centre de médecine du sport (A). Ces professions étaient exercées assises pour la plupart du temps, sans contraintes physiques, à hauteur de 35 heures par semaines. La patiente (I) pratiquait à côté de son travail 6 à 8 heures de basket-ball en club par semaine. La patiente (J) pratiquait la danse tribale 4 heures par semaine. La patiente (A) quant à elle pratiquait occasionnellement une activité de plein air, plutôt une sortie randonnée ou golf 1h30 par semaine.

L'intensité élevée était définie par plusieurs critères : un niveau de stress intense dans la profession, un travail en extérieur avec port de charges et risques potentiels sur le terrain, un nombre de pas élevé dans une journée, une station debout prolongée, ou un travail de nuit.

Parmi ces professions on a retrouvé : interne en pédiatrie pour la patiente (E) avec environ 50 heures par semaine, gardes de nuit, niveau de stress intense, responsabilités élevées, infirmière (libérale et hospitalière) pour les patientes (C) et (H), stress intense, dépense physique majeure avec porté et toilettes de patients âgés, travail de nuit. Nous avions également comme professions serveuse en restauration pour la patiente (B) avec un nombre de pas très élevé dans une journée, orthostatisme prolongé, port de plateaux lourds, contraintes horaires avec travail parfois tardif jusque 23h-minuit. Nous avions aussi un metteur en scène dans la danse (D) avec un travail en mouvement constamment, une responsable de production sur les chantiers navals (K) avec un travail physique et parfois dangereux en extérieur, une pâtissière (G) qui se levait tous les jours à 3 heures du matin et une professeure des écoles (F) qui exerçait dans une classe multi-niveau sur une île avec toutes les contraintes adaptatives que cela représente.

c) Représentations générales :

Pour les femmes interrogées, le sport était avant tout un *« bien-être »* (B, D, E, I), il pouvait aussi être un *« exutoire »* (A, F, I) *« une soupape »* (I), *« un besoin »* (A, K), voire un essentiel *« indispensable »* (K). Elles décrivaient aussi la pratique d'une AP comme un moment rien qu'à soi, hors contexte familial ou professionnel (B, H, J) *« vider la tête après le boulot, après la journée avec les enfants tout ça, le maintien d'une bonne hygiène de vie quoi»* (B), mais aussi comme quelque chose en lien avec la nature (A, H) *« être près de la nature c'est ça que j'aime dans le sport en fait aussi »* (H), voire quelque chose qui pouvait tisser les lien familiaux (J) *« on essaie toujours de sortir avec les enfants, d'aller se promener, d'aller … faire du vélo et tout ça »*. L'AP était aussi décrite comme une habitude (D, G) *« j'ai toujours fait du sport (…) c'est quelque chose qui fait partie de ma vie »* (G), ou comme le simple fait de bouger (E) *« maintenant dans l'activité physique j'englobe le simple fait de marcher, le fait de pas être sédentaire, le fait de prendre mon vélo plutôt que ma voiture (…) le fait de bouger »*, ou même également une façon de tisser du lien social (G, H, I) *« c'est non seulement de la dépense physique mais c'est aussi un cercle extérieur (…) un cercle d'amis, fin de contacts quoi »* (I).

d) Bienfaits évoqués :

Pour la majorité des femmes de cette étude, pratiquer une AP dans la vie de tous les jours était un moyen de garder un équilibre, dans le sens où la pratique procure un bien-être physique et psychique (A, E, F, H, K), *« c'est le moyen, ben d'être voilà, de trouver un équilibre, physique et psychique, de se sentir bien sur tous les plans »* (E), l'AP peut aussi être une façon de méditer, de s'oxygéner, *« quand tu es quelqu'un qui gamberge beaucoup, ça permet de t'apporter une fatigue physique. Euh ça permet de se sentir en forme »* (F), ça peut aussi être une aide psychologique *« en général ça permet d'aider le mental »* (H), ou être la base même d'un équilibre psychique *« parce que déjà sinon psychologiquement ça va pas »* (K).

La patiente (K) a insisté sur le fait que l'AP en général participe au bien-être global d'une personne, il agirait comme une sorte de cercle vertueux *« plus on fait du sport plus on est bien dans la tête, plus on se sent bien dans son corps, on se sent léger, on a l'impression d'avoir … ben d'être dans une bonne optique franchement »*.

Ce qui ressort de ces entretiens, c'est que la pratique d'une AP permettait à certaines femmes (A, E, F) de mieux connaître leur corps *« le sport en particulier c'est vrai que ça permet de … ben déjà de mieux connaître son corps, et du coup de mieux le traiter »* (E).

Enfin, l'AP permettait à d'autres patientes (E, H) de détourner leur attention face à la grossesse qui reste quelque chose d'anxiogène, *« et justement cette activité de marcher un peu ben ça permet de s'oxygéner encore davantage, et du coup ça doit jouer sur le bien-être pendant la grossesse, ça doit permettre d'avoir une grossesse plus sereine en tout cas, aussi bien pour le mental que physiquement »* (H).

e) Objectifs personnels recherchés à travers l'activité physique :

Les parturientes pratiquaient une AP dans leur vie de tous les jours pour maintenir une bonne hygiène de vie (B, E, F, G) *« le maintien d'une bonne hygiène de vie quoi »* (B), pour se sentir mieux (A, E) *« c'est aussi un moyen de vraiment se sentir mieux »* (A), pour relâcher la pression ou décompresser (A) *« j'ai vraiment besoin de me défouler »*, pour se fatiguer et se dépenser (A, E, J) *« moi je trouve que c'est important de faire du sport pour avoir un peu de temps pour soi, et se dépenser tout simplement »* (J) . Trois patientes ont également évoqué la volonté de limiter la prise de poids à travers la pratique d'une AP régulière (F, G, H) *« parce que j'aurais tendance à prendre du poids aussi autrement donc pour me maintenir en forme on va dire je fais du sport »* (G). Une autre patiente (G), dans une optique de lien social, évoquait le plaisir de se retrouver en équipe *« ouais c'était un côté plaisir de se retrouver en équipe, les entraînements, euh les déplacements tout ça quoi »* (G). Enfin, une patiente a pratiqué avec anticipation, dans le but d'être en forme pour sa grossesse (E) *« en me disant qu'une grossesse ben c'est un peu un marathon et que physiquement ça puise dans les réserves donc j'avais vraiment envie d'être en forme pour une grossesse. Donc au même titre que j'ai pris de la vitamine B9, ben j'suis allée faire du sport »*, et une patiente pour mieux vivre sa grossesse (H) *« et justement cette activité de marcher (…) ça doit permettre d'avoir une grossesse plus sereine en tout cas, aussi bien pour le mental que physiquement »*.

f) Freins à la pratique dans la vie de tous les jours :

Le facteur temps, à savoir l'incompatibilité avec les horaires de travail était mis en avant comme obstacle principal à la pratique d'une AP (A, G, H) *« avec mon métier j'peux pas m'engager dans une équipe »* (G), dans une idée avant tout de garder du temps pour sa famille hors travail (A, B, G) *« aujourd'hui si je veux garder du temps pour ma famille c'est juste pas possible quoi »* (A). La notion d'engagement, d'assiduité, d'investissement a fait écho à celle de temps (E, F) *« quand t'as une vie à côté ça te demande un investissement »* (F) ainsi que celle de prioriser la gestion du temps (A, F) *« soit j'arrive à me motiver à me lever plus tôt et du coup j'me fais une p'tite séance avant d'aller au travail »* (A). L'insularité et le manque d'activités

accessibles ou proposées en club a été cité une fois (C) *« après j'pense si y'avait plus de sports ou plus de groupes euh à Groix euh … j'pense ce serait un peu différent »*.

3) Activités physiques pratiquées pendant la grossesse :

Le tableau page suivante est un tableau récapitulatif des activités physiques pratiquées aux différents trimestres de grossesse, à T1, T2, T3, en comparaison aux AP habituellement pratiquées par les parturientes hors contexte de grossesse.

Globalement elles ne considéraient pas la marche comme une AP à part entière.

	Profession	AP hors grossesse	T1	T2	T3
A	*Directrice administrative centre médecine du sport*	AP occasionnelles<2h/semaine (randonnée, golf, kayak)	Ø	Marche 1h/jour	Marche 1h/jour
B	*Serveuse en restauration : travail jusqu'à 8 mois de grossesse*	Footing 2h/semaine + Zumba® 1h/semaine	Marche 1h/jour	Marche 1h/jour	Marche 1h/jour
C	*Infirmière libérale*	Course à pied 2h/semaine	Ø	Marche occasionnelle	Ø
D	*Metteur en scène*	5 à 6h d'AP par semaine (danse/vélo/footing/natation)	Ø	Marche 30 min/jour	Marche 30 min/jour + natation 30 min/semaine
E	*Interne pédiatrie : travail jusqu'à 8 mois de grossesse*	3 à 4h d'AP / semaine : footing / pilate / yoga / salle de sport	Marche 30 min/jour + salle de gym 2*/semaine	T1 = T2	Natation 1h/semaine + marche 30 min/jour
F	*Professeur des écoles*	4 à 5h d'AP / semaine : footing / zumba / marche	Marche 2h/jour	Marche 2h/jour + Qi-gong 1h/semaine	Marche 30 min/jour
G	*Pâtissière*	3* 1h30 d'AP en salle par semaine	Ø	Travaux physiques dans sa nouvelle maison et marche occasionnelle	Marche occasionnelle
H	*Infirmière à l'hôpital*	1 sortie/semaine (randonnée ou plongée)	Marche 1h/jour	Marche 1h/jour	Marche 30 min à 1h/jour
I	*Chargée de clientèle en banque*	8h de basket-ball/semaine : entraînements + match	Arrêt brutal du basket-ball	Marche occasionnelle	Marche occasionnelle
J	*Chargée de ressources humaines*	Danse tribale 4h/semaine	Danse tribale 4h/semaine	Danse tribale 4h/semaine	Ø
K	*Chef de production sur les chantiers navals*	3h de course à pied par semaine soit environ 25 km par semaine	Arrêt brutal de la course à pied, marche 30 min à 1h/jour	Marche occasionnelle + natation 1h/semaine	Ø

Tableau 1. Activités physiques habituelles, et modification à T1, T2 et T3

a) Spécificité en fonction du trimestre :

- *Changement radical dès le premier trimestre :*

Le diagnostic de grossesse a entraîné un changement radical du mode de vie des patientes : la plupart des patientes ont témoigné avoir arrêté toute pratique d'AP (B, C, D, F, H, I, K) et ce dès le 1er test de grossesse positif *« dès que j'ai su que j'étais enceinte donc au bout peut-être de j'sais pas un mois ben j'ai arrêté tout de suite »* (K).

- *Un deuxième trimestre propice à bouger :*

Le 2ème trimestre a été décrit par les participantes comme celui du regain d'énergie, de la reprise des activités physiques (A, D, G, H) *« 2ème trimestre c'est là où j'ai le plus bougé parce que j'avais l'impression d'être vraiment une pile (…) j'étais pleine d'énergie »* (A). La patiente (E) a continué à pratiquer jusqu'à 5 mois de grossesse *« j'ai continué à faire de l'activité physique jusqu'à 5 mois de grossesse et puis ça a diminué tout au long de la grossesse »* et la patiente (J) a pratiqué la danse tribale jusqu'à 6 mois *« alors j'ai fait, j'suis allée jusqu'à 6 mois de grossesse, toute façon c'était les derniers spectacles en juin »*.

Toutes les patientes de cette étude ont décrit avoir marché au minimum une demi-heure par jour au 2ème trimestre.

Les 2 patientes qui étaient réticentes à poursuivre leur activité favorite de course à pied, ont remplacé le footing par beaucoup de marche (B, K) *« comme j'ai arrêté de courir (…) j'ai remplacé la course par des marches, de longues balades, je faisais tout à pied pour me forcer à garder un minimum d'activités physiques »* (B).

- *Et le troisième trimestre ?*

Les activités physiques privilégiées étaient les activités aquatiques du fait de la prise de poids, comme la marche dans l'eau ou la nage (A, D, E, G, H) *« moi j'suis allée nager surtout. Ouais j'ai pas mal nagé, je marchais dans l'eau »* (G), car il y avait une plus grande facilité à se mouvoir dans l'eau, mais aussi un bienfait sur les douleurs lombaires (D) *« j'allais faire, ça me faisait du bien au dos, environ une fois par semaine je nageais vraiment une demi-heure mais je restais une heure dans le bassin, mais après je faisais des étirements »*.

Un besoin de s'aérer pour garder le moral a été rapporté par 2 patientes (E, H) *« j'suis allée marcher pas mal parce que j'en avais marre d'être à la maison »* (E).

De façon générale c'est l'importance de la prise de poids (B, G) *« et euh au 3ème trimestre j'avais carrément du mal à me déplacer donc c'est-à-dire que le dernier mois je pouvais à peine marcher. Donc forcément ça réduit l'activité par 2 facilement »* (B) avec l'importance du volume abdominal qui a le plus limité les AP au 3ème trimestre (A, D, E, J) *« pi le 3ème trimestre on commence à être … (mime un gros ventre) ben plus ça va plus c'est compliqué »* (A). Puis on a pu retrouver les douleurs ligamentaires invalidantes (B, J) *« ben vu les douleurs ligamentaires que j'avais j'ai dû freiner. J'ai commencé à les avoir au 5ème mois, donc forcément c'est plus délicat d'être à l'aise avec la marche »* (B), ainsi que la description de faux travails (C, J) *« ça me faisait des petites contractions, euh du faux travail hein »* (J), comme facteurs limitatifs à la pratique des AP.

Les symptômes gênants qui reviennent le plus souvent sont les sciatiques à répétitions (C, E, K), les douleurs lombaires (G, K), les douleurs ligamentaires (B), la fatigue (B, E, H, J), les OMI (H, K) et la dyspnée d'effort (H, K).

b) Raisons évoquées pour l'arrêt au premier trimestre :

La plupart des femmes de l'étude décrivent le 1er trimestre comme le moins agréable, celui *« des nausées et des vomissements »* (C, D, E, H).

Il y avait tout d'abord la fatigue (A, D, G, H) *« ben moi clairement au 1er trimestre j'avais envie de rien parce que j'étais patraque et crevée »* (A), les nausées et vomissements (D, H) ayant même occasionné une hospitalisation pour la patiente (D) *« j'étais malade (…) toujours plaquée à mon lit et pas pouvoir manger et vomir vomir vomir vomir. J'ai été un peu hospitalisée parce que je maigrissais »*, la perte d'équilibre a aussi été rapportée (A) *« et puis en termes d'équilibre au bout de 2 mois de grossesse c'est foutu quoi (…) moi je perdais l'équilibre total »*, ainsi que des troubles du sommeil (H) *« parce que je dormais pas la nuit en fait et euh, et que j'étais vraiment très nauséeuse pour cette grossesse »*.

➢ *Une certaine anxiété qui semble réduire la pratique sportive*

Plusieurs raisons ont été évoquées, en premier nous avons retrouvé la peur de courir (C, F, K) ayant motivé l'arrêt de la course à pied *« courir plus du tout. Fin je me voyais pas courir enceinte (…) y'avait trop d'impacts. Fin oui je trouve au niveau de la course à pied y'a trop d'impacts ouais. Fin du coup j'me voyais pas courir quoi »* (C).

Mais aussi la peur des chutes à vélo (C, D, E, K) *« parce que même le vélo c'est vrai qu'on ne sait jamais en cas de chutes »* (K).

La grossesse restant quelque chose d'anxiogène de façon générale *« parce que la grossesse ça peut quand même être hyper anxiogène »* (H), les femmes avaient dans l'idée de rester vigilantes et de ne pas trop en faire *« j'avais quand même un peu en arrière-pensée cette idée que voilà c'est une première grossesse, de pas trop en faire non plus »* (E). Enfin, l'anxiété du conjoint a été citée une fois comme responsable de l'arrêt de sport en début de grossesse (K), d'après ses propres représentations du sport chez la femme enceinte *« j'avais même une obligation avec mon mari d'arrêter (…) j'avais une course je me rappelle de prévue, il m'a dit tu fais un test avant et si c'est positif tu fais pas ta course (…) pour lui ça paraissait dangereux »*.

- ***De l'hypervigilance qui peut également diminuer la pratique***

Derrière la notion d'anxiété reviennent souvent celles de risques et de précautions. En l'occurrence les femmes prennent beaucoup de précautions pendant leurs grossesses, *« j'étais un peu, je prenais toutes les précautions, voilà j'ai arrêté la zumba ®, j'ai arrêté de courir »* (F), et veulent limiter les risques le plus possible, *« parce que moi j'me disais j'vais pas prendre de risques »* (I).

La notion de prise de risques est récurrente dans nos entretiens, et bien souvent elle entraîne une nette régression des activités physiques pour les femmes enceintes, comme cette patiente décrivant l'arrêt de ses activités, *« par défaut je me disais je prends pas de risques, je mets en standby »* (K). Et ce, même chez les femmes sportives, par exemple la patiente (K) pratiquait la course à pied 3 fois par semaine, et faisait environ 25 km par semaine hors grossesse. Elle a confié avoir arrêté complètement de courir dès qu'elle a su qu'elle était enceinte *« dès que j'ai su que j'étais enceinte donc au bout peut-être de j'sais pas un mois ben j'ai arrêté toute suite »*.

La peur de perdre le bébé a pu créer parfois une hypervigilance, notamment en cas de transfert avec quelqu'un dans l'entourage qui a fait des fausses couches (D) *« on nous dit qu'il faut pas faire, et après t'as peur, moi aussi les 3 premiers mois aussi j'avais peur que le bébé parte. Donc je pense qu'aussi je faisais hyper attention (…) peut-être aussi parce que ma mère a fait pleins de fausses couches, donc aussi au début pour que ça s'accroche »*.

c) Freins à la pratique pendant la grossesse dans son ensemble

➢ *Des représentations erronées*

Le sport a tout d'abord été décrit comme dangereux de façon globale pendant la grossesse (D, K) *« fin en tout cas une femme enceinte qui fait du sport c'est pas, fin pour moi en tout cas fin c'est dangereux pour l'enfant ou alors tu peux le perdre »* (D). Et pourtant la patiente (D) est une femme extrêmement sportive, metteur en scène, qui travaille avec des compagnies de danse et qui bouge toute la journée hors grossesse. Les représentations de nos participantes (C, D) *« je ne me voyais pas courir enceinte »* (C), voire celles du conjoint (K) *« j'avais même une obligation avec mon mari d'arrêter », « pour lui ça lui paraissait dangereux en fait »* ont clairement mis un terme à la pratique physique, et ce même chez des femmes très sportives dans leur vie de tous les jours. La patiente (D) dit même avoir été choquée de voir une femme enceinte faire du sport *« quand elle est allée courir là ma copine à sept mois de grossesse j'étais choquée »*.

➢ *Les sports avec impacts influenceraient l'ouverture du col de l'utérus*

Selon une patiente de l'étude (C), elle-même infirmière libérale, les sports avec impacts pouvaient jouer sur l'ouverture du col de l'utérus *« les sports un peu où y'a de l'impact, je pense que ça peut jouer sur l'ouverture du col »*, voire un choc avec le ventre pouvait même décoller le placenta *« je pense par exemple au basket et volley (…) où le risque là c'est peut-être d'attraper un coup de ballon dans le ventre. Peut-être un décollement du placenta aussi »*. Courir a été signalé comme trop violent et comme quelque chose de dangereux pour le futur bébé (B, C, K) *« en fait tous les sports un peu fin pas violents mais là où y'aura des impacts ou des contacts fin c'est vrai que moi j'me suis dit que ça pouvait être potentiellement dangereux pour l'enfant »* (K).

➢ *Les avis divergents des professionnels de santé*

Le fait de trouver des avis divergents sur la question du sport chez la femme enceinte a été cité plusieurs fois comme frein à la pratique (B, F, I) *« on ne sait jamais à quel saint se vouer »* (F), *« peu importe à qui tu demandes, c'est jamais le même avis »* (I), en insistant sur la difficulté de trouver une information claire et lisse sur le sujet (B, I) *« t'essayes de te renseigner là-dessus, je trouve que y'a de tout et de rien »* (I), avec un manque d'informations globalement sur le sujet sport et grossesse (H) *« j'aurais tendance à dire que justement c'est quelque chose qui*

n'est pas trop avancé, aussi bien par les sages-femmes et les médecins, j'ai pas l'impression qu'on m'en avait plus parlé que ça pendant ma grossesse ».

- *Une culpabilité omniprésente ?*

Le sentiment de culpabilité a été très présent chez certaines femmes enceintes (A, B, I, J, K) qui n'ont pas oser continuer leurs activités physiques habituelles *« y'a un vrai sujet de dédramatiser le sport chez les femmes enceintes »* (A), comme la patiente (I) qui a culpabilisé a posteriori d'avoir continué le basket jusqu'à trois mois de grossesse pour son premier enfant *« c'est vrai qu'après j'me suis dit j'aurais peut-être pas dû c'est un sport de contact »* (I), ou la patiente (K) qui a même exprimé des regrets de n'avoir pas bougé *« c'est sûrement un peu dommage qu'on se restreigne de trop en fait »* et essayant de se justifier *« c'est vrai que y'a sûrement beaucoup trop de … d'idées préconçues sur le fait que le sport peut être dangereux, dangereux entre guillemets pendant la grossesse »*.

- *Une offre d'AP insuffisante ou incohérente sur le territoire ?*

Le manque d'activités proposées sur le secteur a également été mis en avant quelquefois, que ce soit le manque d'offres globalement comme pour la patiente (D) qui n'aurait pas trouvé de cours de yoga *« euh à Lorient tout était complet (…) moi j'aurais voulu faire du yoga ou un truc comme ça un peu alternatif mais y'avait pas »* ou la patiente (E) pour qui le fait d'être en ville a restreint ses activités *«j'ai eu envie de reprendre, mais j'habitais en ville et courir en ville ça me plaisait pas »*. Cette patiente a également mis le doigt sur un fait important, à savoir que les cours proposés aux femmes enceintes étaient à des horaires improbables pour pratiquer *« tous les cours de sport spécial femmes enceintes (…) sont toujours à des horaires absolument improbables ! C'est-à-dire à 10h le mardi matin »* et étaient donc faits uniquement pour des femmes qui ne travaillaient pas et qui avaient par conséquent potentiellement une grossesse à risque et donc une restriction à faire du sport *« ils sont visiblement prévus à des heures pour des femmes enceintes qui ne travaillent pas en fait. Sauf qu'une femme enceinte qui ne travaille pas, c'est une femme enceinte qui est en arrêt et donc qui a une contre-indication à faire du sport potentiellement »*.

- *L'influence du contexte Covid sur la réduction des AP*

Le contexte Covid a pu accroître ce sentiment de manque d'activités possibles, que ce soit en extérieur *« j'allais marcher autour de chez moi du coup, plus ou moins dans le rayon autorisé, au moins une demie heure (…) on a été confiné relativement vite donc du coup ben j'ai pas*

vraiment fait énormément de sport pendant ma grossesse » (G) , ou en salle de sport, ainsi qu'avec la suppression des cours de préparation à l'accouchement sur l'hôpital *« pour la 2ème grossesse ben complètement différente, Covid, donc euh aucune activité à l'hôpital, tout avait été arrêté »* (H). De ce fait, cette même patiente a dû rechercher des cours de fitness adaptées à la grossesse sur internet *« après j'ai regardé sur internet parce que j'avais la volonté à cause du confinement, c'était quand même assez frustrant de rester à la maison et de pas pouvoir faire grand-chose »*.

- *Un manque de motivation*

Une seule patiente (I) a décrit une absence de motivation à bouger pendant sa grossesse, elle l'a expliqué par le fait qu'elle savait ne pas pouvoir reprendre sa saison sportive de compétition de basket, et donc elle a tout arrêté, elle n'avait plus de motivation à s'entretenir *« du coup j'avais pas de motivation particulière parce que je savais que j'allais pas la reprendre »* car sa saison sportive allait être blanche.

d) Quelles motivations à bouger enceinte ?

- *Bouger pour vivre une grossesse plus sereinement*

La première motivation à bouger pendant la grossesse était avant tout dans une optique de bien-être physique et psychique (E, F, H), que ce soit pour *« se détendre »* (H), pour obtenir *« un apaisement »* (E), ou pour un *« besoin de s'aérer »* (F). Comme l'a rappelé la patiente (H), la grossesse avait quelque chose d'anxiogène en général, et le sport permettait de détourner son attention *« ça doit permettre d'avoir une grossesse plus sereine »*, *« parce que la grossesse ça peut être quand même hyper anxiogène, et l'activité physique permet d'être un peu moins anxiogène et penser un peu à autre chose »*. Enfin, pour la patiente (G), pratiquer une AP même légère apportait forcément du positif à la maman *« j'pense qu'une activité physique apporte forcément du, fin au moins légère, apporte forcément du positif, que ce soit à la maman ou au bébé. C'est toujours bon de faire de l'exercice. J'me suis pas renseignée plus que ça honnêtement »*.

➢ *Limiter la prise de poids*

La prise de poids moyenne sur les 11 patientes à l'étude était de 16.54 kg. Les écarts vont de + 8 kg pour la patiente (F) à + 30 kg pour la patiente (H), celle qui a eu une grossesse gémellaire. La prise de poids peut être quelque chose de très mal vécu, et selon la patiente (I) *« la chose la plus difficile à gérer sur la grossesse c'est la prise de poids du coup »*.

Bouger a permis de lutter contre la trop grande prise de poids (C) ou à la prévention du diabète gestationnel *« si je pense au maintien physique, fin par rapport à la prise de poids euh … peut-être je pense au niveau de la glycémie aussi euh … »*.

➢ *Le diabète gestationnel : un encouragement supplémentaire à bouger ?*

Parmi les participantes de notre étude, une femme (G) a décrit avoir eu un diabète gestationnel non compliqué, diagnostiqué à 6 mois de grossesse. La patiente a été vue à 2 reprises par les endocrinologues de l'hôpital de Lorient. L'insulinothérapie n'a pas été nécessaire. Elle souligne, *« voilà c'était un petit diabète qui s'est régulé avec un régime, fin j'ai juste mangé moins de sucres quoi c'est tout. Y'a pas eu de traitement quoi »*.

Nous lui avons demandé de préciser son parcours, son suivi au sein de l'hôpital, *« j'ai vu l'endocrino 2 fois. La 1ère fois juste après la première prise où ils ont vu que j'avais du diabète, et la 2ème fois pour contrôler. Et donc tout allait bien, je l'ai pas revue. Y'a pas eu plus de suivi que ça, c'était uniquement juste je mangeais trop de sucres. Donc euh j'ai diminué »*.

Plus précisément, dans le cadre de notre thèse, nous l'avons interrogée sur les éventuels conseils reçus de la part les professionnels de santé sur la pratique d'une AP lors de la découverte du diabète gestationnel. Il semblerait qu'il n'y ait pas eu d'encouragements à bouger ni de conseils dans ce sens, en effet la patiente a répondu brièvement à notre question par *« nan, j'ai juste mangé moins de sucres »*. Elle n'a pas vu de médecin du sport.

➢ *Le sport comme facilitateur de l'accouchement ?*

Selon la patiente (A), il était important d'apprendre à mobiliser son bassin avant l'accouchement *« c'est ce qu'ils nous apprennent sur les cours de piscine avec les sages-femmes (…) c'était important de mobiliser le bassin dans l'eau avant l'accouchement parce que ça pouvait simplifier l'accouchement »*, et l'AP permettait de rendre l'accouchement plus

facile *« fin si on m'avait dit que ça simplifiait, fin le fait de rester actif ça simplifiait aussi l'accouchement »*.

- *Les leviers présents sur le secteur*

Les cours de préparation à l'accouchement sur l'hôpital du Scorff ont servi à plusieurs femmes (A, E, K), moment privilégié de rencontres, avec un besoin certain d'échanger *« parce que aussi ça permet, moi j'avais pas de femmes enceintes dans mon entourage, dans mes amies et cetera, donc ça permet aussi de rencontrer et échanger avec d'autres femmes enceintes »* (E), une façon de garder un lien social, avec des bienfaits physiques évoqués (K) *« ça soulage au niveau du dos je trouvais, et puis au niveau de la respiration ça permet de garder un peu de souffle »*.

Une association *« Bien naître au levant »* existe sur l'hôpital du Scorff, elle a été créée par les sages-femmes de l'hôpital pour proposer et organiser au sein de l'hôpital des cours d'AP chez la femme enceinte, comme du yoga, des cours en piscine, mais seule une patiente (A) a parlé de cette association *« ça s'appelle Naître Au Levant (...) y'a de la piscine, quasiment tous les jours, y'a plusieurs séances, ce qui est vachement bien »*.

Des consultations dédiées à l'AP chez la femme enceinte (A) ont été créées sur l'hôpital du Scorff récemment, il y a environ en an et demi, au sein du centre de médecine du sport, aucune femme ne semblait avoir été mise au courant. Il n'y a que la patiente (A), directrice du centre de médecine du sport, avec qui nous avons pu échanger sur le sujet *« on a mis en place des consultations dédiées »*.

4) Activités physiques possibles : qui donne l'information ? Et Quel contenu ?

a) Des conseils très hétéroclites de sources variées

Notre étude a permis de recenser plusieurs personnes ressources quant aux conseils donnés aux femmes enceintes se questionnant sur l'activité physique possible à pratiquer pendant une grossesse : sages-femmes, gynécologues, médecin traitant, ostéopathe, amies, internet. Et les conseils retrouvés sont très hétéroclites.

Tout d'abord on retrouve une majorité de femmes ayant eu des conseils de leur gynécologue (E, F, H, J, K) puis celles ayant eu des conseils de leur sage-femme (A, B, F). Une patiente s'est renseignée auprès de son ostéopathe (K), une auprès de son médecin traitant (I) et 2 patientes

se sont renseignées sur internet (F, H). Une patiente a préféré suivre les conseils de ses amies (J).

Sur internet les patientes ont pu trouver des cours de fitness adaptés au trimestre de la grossesse en cours, notamment avec le site *« la maison des maternelles »*. Il y avait également la liste des sports « possibles » : natation et vélo principalement.

La patiente (J) avait décidé de poursuivre la danse tribale jusqu'à 6 mois de grossesse, car son amie avait poursuivi cette activité jusqu'au terme de sa grossesse *« ma prof de danse je lui avais demandé jusqu'où elle était allée et comment ça s'était passé et tout ça. Donc elle m'avait dit que jusqu'à la veille d'accoucher elle était sur scène donc je savais que je pouvais faire encore »*. Mais elle s'est arrêtée à 6 mois du fait des douleurs ligamentaires trop importantes sur les conseils de sa gynécologue qui lui a demandé de ne pas prendre de risques et d'arrêter le sport *« le gynéco m'avait dit d'arrêter à 6 mois. Elle m'avait dit c'est bon faut pas trop pousser là-dessus, surtout les mouvements, parce que c'est pas mal de danse du ventre la danse tribale (...) du coup elle a dit nan nan on va pas risquer plus. (...) C'était des douleurs type ligamentaires je pense. En bas du ventre comme si on étirait fort quoi »*.

La patiente (I) a posé des questions à son médecin traitant, celui-ci lui aurait autorisé la course à pied sans avoir une réponse bien évidente pour la patiente, mais interdit les sports à risque de choc *« j'avais demandé à mon médecin aussi pour la course à pied, alors je crois qu'il n'avait pas trop d'avis clair là-dessus parce que, il disait qu'il valait mieux éviter les chocs un peu importants en même temps »*.

L'ostéopathe de la patiente (K) lui a conseillé la natation *« les seuls conseils que j'ai eus à propos de ça c'est plutôt mon ostéopathe en fait qui me disait justement si je ne voulais pas être trop bloquée, ou vraiment soulager tout ce poids et ben de faire de la natation »*.

En ce qui concerne les conseils donnés aux parturientes par les gynécologues, cela pouvait aller du bon sens comme pour la patiente (E) *« j'avais juste demandé à ma gynéco si elle était ok que j'aille au boulot à vélo. Elle a dit oui. Voilà c'est tout. Elle m'a dit que je pouvais faire du sport, que j'étais en forme, que y'avait pas de contre-indication »*, à la réassurance avec la patiente (H) *« elle m'avait dit vous pouvez tout faire. Justement elle m'avait rassurée sur le fait que ce n'est pas une grossesse à risque comme on l'entend, c'est une grossesse qui est plus surveillée, donc voilà j'ai fait pendant ma grossesse un peu comme je le sentais, je me suis*

écoutée surtout », voire à des conseils difficilement interprétables comme pour la patiente (F) où son gynécologue lui a dit qu'il valait mieux courir un peu que marcher beaucoup *« le Dr… il déconseille ça, il dit qu'il valait mieux courir un peu. Il disait que ça pouvait faire trop mal au dos de marcher »*. La patiente (K) qui avait arrêté son activité de course à pied immédiatement, avait pourtant reçu l'autorisation par sa gynécologue de continuer *« j'pense même que ma gynéco m'avait dit que j'étais pas obligée d'arrêter la course à pied »*.

Quant aux conseils reçus de la part des sages-femmes, une patiente (A) a mentionné le fait qu'elle avait surtout reçu des informations sur ce qu'il ne fallait pas faire mais avec un manque d'informations sur ce qu'il était réellement possible de faire *« sinon de base j'trouve que les sages-femmes ont quand même quelques conseils sur ce qu'il faut pas faire surtout. Pas trop forcément sur, elles ont pas forcément trop la connaissance de ce qu'on peut faire. Y'a plus de limitations que d'encouragements »*, et d'après 2 autres patientes (B, G), il leur était déconseillé de courir, car courir serait un sport trop violent *« c'était au tout début d'une grossesse, c'était pas conseillé, que la course à pied c'était un sport assez violent au niveau, au niveau physique »* (B), avec un risque d'abîmer les muscles, voire même un risque de non-récupération en post accouchement *« ben elle m'a dit que (…) j'avais pas assez de muscles quoi tout simplement pour supporter mon … gros poids. Après elle a pas dit que ça risquait de faire du mal au bébé ou quoi. Mais que pour la récupération après accouchement je risquais de m'abîmer les muscles quoi »* (G). La patiente (B) a tout de même reçu des conseils sur la base du bon sens, comme de continuer le vélo ou la natation *« elle m'a plutôt conseillée si je voulais faire du sport, de faire du vélo ou de la nage quoi »*.

b) Faire appel à son propre « bon sens »

Malgré tous les conseils reçus, les femmes de notre étude ont avant tout fait appel à leur bon sens pour gérer leurs activités physiques pendant leur grossesse. L'important pour certaines était d'écouter son corps, ses ressentis, car chaque grossesse est singulière (A, H, J) *« et puis tout ce qui est course à pied et autre, ben arrivée sur la fin euh, en fonction de son ressenti, à limiter, après ça dépend d'une grossesse à l'autre aussi quoi, y'a pas trop de généralités »* (A).

S'adapter, moduler ses activités, semblaient être les 2 maîtres mots des patientes pour pouvoir continuer à bouger sereinement pendant la grossesse. Ce sont les mots de la patiente (A) qui ont résumé la pensée des parturientes sportives ayant dû s'adapter pendant leur grossesse *« en fait quand quelqu'un c'est sa vie de faire du sport, alors oui faut qu'elle adapte, oui elle va*

peut-être pas courir, mais elle peut faire autre chose » à savoir que l'AP était possible dans la mesure où la pratique était adaptée.

- *Ecouter son corps*

Pour 2 patientes, il était primordial de ne pas se forcer, et de garder une AP même modérée (B, H) *« j'me suis pas renseignée là-dessus, moi j'pense juste que c'est bon pour tout le monde peu importe si on est enceinte ou pas il faut pratiquer une activité sportive modérée évidemment, pas de forcer, mais euh ça fait toujours du bien »* (B).

Pour la patiente (J), à partir du moment où la femme se sent bien et où elle est habituée à faire du sport, il n'y avait pas de contre-indication à pratiquer *« je pense que du moment où on est habitué à faire du sport et qu'on se sent bien dans la grossesse, et que tout se passe bien, y'a pas de contre-indication quoi en fait »*.

La patiente (H) a insisté sur le fait que se sédentariser augmentait les douleurs lombaires *« ben justement ça permet de maintenir une forme physique et justement mieux vivre la grossesse, le fait de maintenir une activité physique ben on se sédentarise pas (…) et en fait c'est peut-être le fait de se sédentariser un peu qui va faire qu'on aura plus mal au dos »*.

Pour la patiente (F) c'était plutôt les changements du corps *« alors au bout d'un moment t'imagines que les étirements (en mimant un gros ventre) c'est un peu compliqué »* qui avaient nécessité un changement des habitudes de pratique *« alors du coup j'suis allée au qi-gong, voilà histoire de continuer à travailler un peu, fin faire travailler les muscles, faire autre chose, bouger »* même si elle n'appréciait pas vraiment cela, étant habitué à des sports plus intenses *« mais j'avoue que je trouvais ça un peu chiant quoi. Ça fait du bien, mais tu vois moi qui ai fait beaucoup de karaté, ça fait vraiment karaté pour troisième âge »*.

- *Adapter ses activités*

Cinq femmes de notre étude (A, B, F, I, K) ont témoigné avoir changé leurs habitudes de pratique, comme par exemple la patiente (B) qui pratiquait la course à pied habituellement mais avait trop peur de courir enceinte *« j'ai remplacé la course à pied par des marches, de longues balades »*, ou la patiente (K), mordue de course à pied, mais qui avait tout arrêté dès le 1er test de grossesse positif de peur de courir enceinte et freinée par les représentations de son conjoint *« après du coup ce qu'il s'est passé c'est ouais je faisais de la natation tranquillement »* tout en précisant qu'elle n'aimait pas vraiment cela *« c'est pas trop mon truc, là c'était vraiment*

parce que je voulais faire du sport et je me disais que c'était plus adapté quoi » mais que ça lui avait permis de garder une AP tout au long de sa grossesse.

- *L'adaptation au travail*

En ce qui concerne le travail, avoir un emploi du temps flexible (A) *« j'ai la chance de pouvoir travailler sur l'hôpital donc les séances de piscine j'ai pu les faire même en continuant de travailler. Je prenais 2 heures sur ma matinée et puis j'y allais »* a permis à cette patiente de pouvoir souffler et garder du temps pour bouger pendant la grossesse.

5) Place du médecin traitant dans la grossesse ; son rôle dans la promotion d'AP ?

a) Très peu de place dans la grossesse

Cinq femmes sur les 11 interrogées n'ont pas vu du tout leur médecin traitant pendant la grossesse (D, E, G, H, K) *« elle a pas suivi ma grossesse, fin j'suis pas allée la voir »* (G), et une patiente ne l'a vu qu'une fois en début de grossesse (C) pour un bilan biologique *« si peut-être juste pour avoir une prise de sang. Et après plus du tout »*. Elles s'accordaient à dire que, dans leurs représentations, le médecin généraliste n'était pas le professionnel de santé au cœur du suivi grossesse, comme la patiente (K) en parlant de la sage-femme et du gynécologue *« parce qu'instinctivement je me disais que ces professionnels-là étaient plus à-mêmes de me conseiller, peut-être à tort hein »*. Même la patiente (H), dont le médecin traitant a pourtant un DIU de gynécologie, n'avait pas d'attentes particulières vis-à-vis de lui dans son suivi de grossesse *« j'ai vraiment pas été le voir dans le cadre de ma grossesse (…) mes attentes elles sont plus auprès de ma sage-femme ou de mon gynéco »*. Idem pour la patiente (A) qui n'a vu qu'une fois son médecin traitant pendant sa grossesse, alors qu'elle décrit pourtant avoir un lien fort avec son médecin *« on a un lien assez fort avec lui »*.

b) Un rôle flou, mal défini, une place difficile à trouver

Une patiente a spontanément raconté que ce n'était pas un réflexe pour elle d'aller voir son médecin traitant *« je trouve qu'on a peut-être pas le réflexe, on nous incite tout de suite à aller chez le gynéco »* (J), les femmes n'y sont pas sensibilisées pour les questions de la grossesse *« on nous dit pas d'aller chez notre médecin traitant, c'est vrai qu'il n'y a pas ce recul-là »* (J), qui poursuit *« peut-être que le médecin pourrait plus sensibiliser au fait qu'il puisse suivre la grossesse »*.

Mais finalement elles ont été nombreuses (A, C, E, F, G, J) à lui attribuer une place au conditionnel, c'est-à-dire qu'il pourrait tout à fait avoir sa place selon elles dans les questions de la grossesse, *« moi je trouve ça hyper important qu'il ait un rôle, fin qu'il n'a pas forcément aujourd'hui hein clairement sur la grossesse »* (A), appuyé par les propos de (G) *« oui ça peut être bien de l'impliquer aussi dans la grossesse »*, et (F) *« si si je pense qu'il peut carrément avoir sa place »*.

c) Ce que les patientes attendent de leur MT dans une grossesse

Les quelques femmes qui ont exprimé des attentes vis à vis de leur médecin traitant dans le suivi de grossesse ont manifesté un besoin de réassurance (B, I) *« on a besoin d'être rassurée régulièrement sur un peu beaucoup de choses »* (B) et *« d'avoir un contrôle basique, on va dire standard quand tout va bien (…) être rassurée je pense »* (I). Mais elles ont aussi souligné l'importance de son rôle d'écoute et de soutien psychologique *« et puis un rôle d'écoute et de soutien psychologique aussi parfois »* (E), ainsi qu'un rôle dans la gestion des petites urgences *« qu'il puisse prendre le relai sur les petites urgences et les tracas de la maman enceinte »* (B). Enfin elles ont mentionné avoir des attentes envers lui de connaissances et d'informations sur les étapes de la grossesse, *« d'être rassurée sur du coup les étapes de la grossesse, d'être bien informée aussi sur les choses »* (I).

d) Perspectives pour le MG

- *Promotion de l'activité physique*

Une patiente (A), qui s'était décrite comme étant en surpoids avant sa grossesse, a mentionné le fait que son médecin généraliste ne l'avait pas incitée à bouger pendant sa grossesse *« sur le sport, même sur les bonnes habitudes à avoir, il m'a jamais à aucun moment sensibilisée sur le fait de … sur ma prise de poids pendant ma grossesse. Déjà que j'étais en surpoids avant ma grossesse et qu'il faudrait que je fasse plus d'activités »*, mais de façon plus générale qu'il n'y avait pas de prévention dans sa pratique et donc pas de promotion de l'AP, *« en termes de prévention et de choses comme ça, en tout cas le mien c'est le néant »*.

- *Guidance parentale*

Pour la patiente pédiatre (E), le médecin traitant pourrait avoir un rôle important, celui de la guidance parentale, une aide précieuse dans leurs rôles de futurs parents, *« personne ne leur explique à quoi s'attendre avec un nouveau-né. Les rythmes d'un nouveau-né, d'alimentation,*

de sommeil, des pleurs du nouveau-né, ce qui est normal et ce qui ne l'est pas. Et donc en définitive, le médecin traitant aurait pour moi un rôle d'accompagnement des parents, de préparation à devenir parents ».

IV. DISCUSSION

Dans cette étude qualitative, toutes les femmes interrogées (sauf une) ont déclaré avoir, dès l'annonce de leur grossesse, brutalement modifié leur AP habituelle. Cette modification s'est traduite pour la plupart par un arrêt pur et simple de toute AP dès le premier trimestre. Il n'y a pas eu de différences de comportement en fonction du type et du niveau de pratique antérieure.

Cela ne va pas dans le sens des connaissances actuelles qui plaident pour une pratique adaptée régulière (4,7,14–18).

1) Étude

a) Intérêts et avantages de l'étude

À notre connaissance, il s'agit d'une des premières études qualitatives réalisées sur ce sujet, et sur un territoire de santé large, ici le territoire de santé numéro 3. Concernant le sujet « sport et grossesse », on peut notamment trouver une thèse récente de 2020, une revue complète de la littérature scientifique sur les bénéfices et les risques de l'activité physique pendant la grossesse (3). On note bien une autre thèse qualitative de 2015 sur le même thème, réalisée par entretiens individuels semi-dirigés également sur le CHU d'Angers (19).

Notre étude s'inscrit dans le thème très actuel du sport-santé, au centre de la stratégie nationale de santé 2017-2022, dont un des principaux objectifs porte justement sur la promotion de l'AP, rendant notre sujet pertinent dans le contexte.

Le territoire concerné par notre étude est représenté par des secteurs géographiques divers et variés, citadin, semi-rural rural, rural et insulaire, ce qui en fait une richesse pour notre étude d'autant plus qu'il présente un atout majeur, il est composé d'une seule maternité ressource. Il n'y a donc qu'un seul lieu d'accouchement, la maternité de Lorient, ce qui limite le biais lié à la variabilité inter-centre des prises en charge de la grossesse.

Le choix d'une méthode qualitative paraissait plus approprié qu'une méthode quantitative pour dégager des pistes d'explications à l'observation des comportements de la population à l'étude. La réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés a permis à l'enquêtrice de s'intéresser aux comportements et aux représentations des participantes à l'étude. En effet un comportement ne suit pas forcément une logique scientifique, mais est régi par de multiples phénomènes, que

nous avons essayé de mettre en lumière. Les entretiens individuels permettaient de garantir la libre expression et la spontanéité des réponses. Le guide d'entretien, réalisé en amont pour mener à bien cette enquête, a permis d'aborder les thèmes qui nous intéressaient pour répondre aux objectifs de notre étude.

Nous avons décidé d'interroger uniquement des femmes avec des grossesses « non compliquées », qui s'étaient bien déroulées, afin d'éviter le biais de mémorisation.

Enfin, notre échantillon était diversifié. Que ce soit en termes d'âges, de différences de pratiques sportives (parturientes ne faisant que peu ou pas d'activité physique versus sportives assidues), avec un échantillon large de métiers représentés. Les grossesses étaient également variées, avec notamment une grossesse gémellaire, un diabète gestationnel, une FIV.

b) Faiblesses et limites de l'étude

Il existe cependant quelques faiblesses et limites à cette étude qu'il convient de souligner.

Bien que très divers, notre échantillon est de petite taille (11 participantes au total), avec une sur-représentation de la population insulaire (3 groisillonnes). Il y a là probablement un biais de recrutement lié à l'insularité de l'enquêtrice. De plus, la totalité du secteur de santé numéro 3 n'est pas complètement représentée en ce qui concerne sa partie rurale. En effet, la PMI de Lorient avait été contactée avant la réalisation des entretiens, dans le but d'avoir des participantes sur le territoire de campagne du Faouët, l'enquêtrice avait été mise en contact avec la sage-femme du secteur, mais celle-ci n'a pas donné suite.

L'étude manque de reproductibilité dans la mesure où elle a été réalisée par la même personne, chercheur novice, qui n'avait aucune expérience au préalable en recherche qualitative, et la technique de réalisation s'étant améliorée au fil du temps, ce qui a pu donner lieu à un biais de recueil des informations, avec parfois des défauts de relances appropriées. Son manque d'expérience sur les techniques d'entretien, ainsi que ses opinions, ont pu influencer l'orientation des réponses des participantes. Les entretiens et le travail de codage ont été réalisés par cette même personne, ce qui a pu donner lieu à un biais d'interprétation. Nous avons essayé au maximum d'adopter une posture d'écoute lors des entretiens afin de favoriser la libre production du discours et éviter le biais de suggestivité.

Un biais de sélection doit aussi être évoqué, en effet le recrutement des participantes s'étant effectué sur la base du volontariat, il est probable que ce soit des femmes déjà sensibilisées au sujet de l'activité physique en générale qui aient décidé de répondre à cette étude.

L'auteur connaissait également au préalable une interrogée, ce qui a pu empêcher la libre expression ou orienter quelques réponses. D'autres biais peuvent être relevés, comme les interruptions lors des entretiens, que ce soit par d'autres personnes ou par une communication téléphonique, ainsi que la visio-conférence et ses limites. Les informations qui transparaissent à travers la communication non verbale ne peuvent être correctement étudiées par la technique d'enregistrement audio.

Les activités physiques des participantes n'étaient que peu comparables, que ce soit en termes de fréquence, d'intensité, ou de type de pratique, ce manque d'homogénéité ne constitue pas un biais mais peut poser le problème de la comparabilité des données (20).

Enfin le manque de reproductibilité peut encore être évoqué dès lors qu'il s'agit d'une étude focalisée sur un seul territoire de santé. Il est évident que les résultats ne peuvent s'appliquer qu'à ce territoire, qui comporte sa propre maternité ressource.

2) Interprétation des résultats

a) Une activité physique souvent sous-estimée par les parturientes

Quand nous avons interrogé les parturientes de notre étude, très peu se considéraient comme « sportives ». Et pourtant notre échantillon de participantes est actif au quotidien.

D'après une étude réalisée entre 2014 et 2016 par Santé Publique France, en France métropolitaine, seules 53% des femmes de 18 à 74 ans atteignaient les recommandations OMS en matière d'activité physique. Selon cette même étude, 44% des femmes en 2015 étaient en surpoids ou obèses (21). D'après l'INSEE, en 2015, seules 33% des femmes de 16 à 64 ans déclaraient avoir pratiqué au moins une activité physique régulièrement une seule fois par semaine (22).

Selon l'OMS, il est recommandé de pratiquer environ 150 minutes (soit 2h30) d'activité physique d'intensité modérée par semaine, répartie sur 3 à 5 séances (2). En 2018, estimant qu'un adulte sur quatre n'atteignaient pas les recommandations d'AP pour la santé, l'OMS a

publié un nouveau rapport dans son *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030,* intitulé *More active people for a healthier world*, avec la volonté de réduire l'inactivité de 15% chez les adultes et les adolescents d'ici 2030 (23).

Chez la femme enceinte, il est recommandé de pratiquer 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée, répartie sur un minimum de 3 jours par semaine, en dehors de toute grossesse pathologique (7,18). Ce sont donc les mêmes recommandations que celles hors grossesse.

Dans notre étude, neuf femmes sur onze pratiquaient plus de 2H d'activités physiques par semaine, et six plus de quatre heures par semaine. En outre, elles exerçaient toutes un métier au moment de la grossesse. Huit d'entre elles exerçaient une profession requérant une activité physique intense au quotidien. Si on compare nos données aux recommandations OMS, neuf femmes sur onze atteignent le minimum d'AP requis en vue d'une bonne santé physique et psychique.

Bien qu'elles aient toutes (sauf une) modifié leurs habitudes de pratique pendant la grossesse de façon brutale, la moitié des femmes a continué à marcher 30 minutes à 1 heure tous les jours à T1. A T2, sept femmes ont pratiqué la marche quasiment tous les jours. Et à T3 huit femmes marchaient presque quotidiennement 30 minutes au minimum. Ce qui en réalité est le reflet de grossesses actives dans l'ensemble, même si elles sont nombreuses à avoir eu l'impression de n'avoir « rien fait » pendant leurs grossesses. Et ce, probablement en comparaison de leurs niveaux d'AP antérieurs à la grossesse. Notre pool de patientes à l'étude se place donc largement au-dessus des chiffres en termes de recommandations de pratique pendant la grossesse, puisque deux tiers des femmes dans la population générale n'ont quasiment aucune AP durant la grossesse (9). On peut donc se demander si cela est le reflet d'une mauvaise représentativité de l'échantillon à l'échelle du territoire ou finalement si cela est dû à une spécificité du territoire de santé, le Morbihan étant un département assez actif, surtout sur le bandeau côtier.

b) L'arrêt brutal de la pratique chez la femme enceinte

C'est le résultat principal de cette étude, mis en valeur par le tableau en introduction du paragraphe 3.

La brutalité de l'arrêt de la pratique sportive a été très frappante dans cette étude. C'est un peu comme si la femme qui venait de faire un test de grossesse positif se voyait inconsciemment interdire sa pratique sportive.

Pour expliquer cet arrêt de l'activité physique, il y a tout d'abord les symptômes gênants (nausées, vomissements, asthénie marquée) qui accompagnent le premier trimestre qui peuvent en partie expliquer ce phénomène. Les femmes ont été 4 à nous parler de la fatigue, 2 à nous décrire des nausées et vomissements invalidants (il y a même eu une hospitalisation pour vomissements incoercibles). La perte d'équilibre a été citée par une patiente, et des troubles du sommeil ont également été rapportés une fois. C'est pourquoi T1 est vécu comme le trimestre le moins agréable, le moins enclin à bouger.

Mais les désordres liés au 1er trimestre n'expliquent pas à eux seuls ce résultat. Dans les représentations des femmes et de leur entourage, une femme enceinte ne peut pas faire de sport. C'est « impossible », « risqué » voire même cela peut être quelque chose de « choquant ». On a également vu que la pression et l'influence de l'entourage peuvent orienter les conduites de la femme enceinte dans le sens d'une restriction de sa pratique. Tout ceci dans un contexte sous-jacent où plane l'anxiété de perdre le fœtus dans un premier trimestre qui reste incertain.

Le 2ème trimestre a été décrit comme le plus favorable, celui du regain d'énergie, de la reprise des activités physiques. Le tableau dans le paragraphe 3.a. le confirme, il n'y a eu aucune femme inactive dans cette étude à T2.

Le 3ème trimestre a été un peu moins actif, trois patientes n'ont pas marché et ont donc stoppé toute AP. Les résultats s'expliquent en partie par les symptômes invalidants à T3 à savoir la trop grosse prise de poids empêchant de se mouvoir correctement, la dyspnée d'effort, les OMI, les sciatiques, les douleurs pelviennes. Mais là encore on a pu voir que les représentations des femmes entraient vraiment en compte dans les habitudes de vie notamment à T2 et T3. Il semblerait que la vue du « gros ventre » freinerait encore plus l'AP. Les habitudes de pratique semblent profondément liées à la croyance populaire qu'une femme enceinte ne peut pas bouger sans danger pour elle et/ou son futur bébé.

Ce qui est ressorti le plus souvent chez les participantes était la pauvreté des propositions sportives offertes aux femmes enceintes sur notre territoire de santé, tout du moins au moment où l'étude a été réalisée. A savoir que quelques-unes des parturientes étaient enceintes au moment du Covid : les cours de préparation à l'accouchement à l'hôpital étaient annulés, de même que le Yoga et la Piscine, deux activités proposées sur l'hôpital par l'association *Bien naître au levant*. Les piscines étaient également fermées, ainsi que les salles de sport.

Les femmes ont souligné le manque de relais par des associations locales (24), avec l'impossibilité parfois de trouver de la place dans un cours de Yoga ou de Pilates. Une femme a eu recours à internet pour avoir des cours de fitness adaptés au trimestre en cours, ce qui peut poser le problème de la correction de la posture des exercices pratiqués. Une parturiente a également mis le doigt sur les horaires parfois aberrants des cours de sport proposés dédiés aux femmes enceintes, à savoir toujours à des horaires où la personne est sensée travailler : présupposé que la femme enceinte ne travaillerait pas dans notre société ? Or toutes les femmes de cette étude ont exercé leur métier au minimum dans les trois premiers mois de la grossesse, et deux d'entre elles ont été jusqu'à huit mois de grossesse.

En outre, aucune des participantes à l'étude n'avait eu à sa connaissance l'existence de consultations dédiées à la grossesse dans le centre de médecine du sport au CHBS. Lieu de prédilection si l'on veut envisager d'encadrer l'AP chez la femme enceinte. En effet, un autre des gros obstacles à la pratique sportive recensé dans cette étude est l'absence de réponse claire à la question « y a -t-il un risque pour MA grossesse si je continue MON activité physique ? » donnée par les différents professionnels de santé interrogés par les participantes. La difficulté de trouver une information claire et lisse sur la question du sport chez la femme enceinte, l'absence d'homogénéité des discours, avec un manque d'informations globales sur ce sujet ont été cités par quatre femmes dans cette étude. Mais les initiatives nationales pour faire avancer les choses commencent à émerger (17).

c) Conseils d'AP donnés par les professionnels de santé ?

Tout d'abord, dans notre étude, la patiente atteinte d'un diabète gestationnel n'a pas été incitée à bouger par les professionnels de santé qui ont entouré sa grossesse. Les recommandations françaises imposent le dépistage du DG entre 24 et 28 SA (en dehors de facteurs de risques préalables de DG). Il est associé à un risque plus élevé de macrosomie fœtale, à un taux de césarienne plus important, et à un risque d'hypoglycémies néonatales. Les risques du DG

associés à la grossesse sont une HTA gravidique voire une pré-éclampsie. L'exercice physique fait normalement partie intégrante de la PEC du DG, et ce avant l'utilisation de l'insulinothérapie (25).

Sur le pays Lorientais, il existe pourtant bien un parcours dédié aux grossesses « compliquées » d'un diabète gestationnel : la patiente est convoquée en HDJ d'endocrinologie dans un délai de 15 jours après réception du courrier rédigé par son MT, sa sage-femme ou son gynécologue (selon le professionnel en charge du suivi de la grossesse), elle est vue par un endocrinologue et un nutritionniste. Selon les résultats des différents examens, la PEC et les modalités du suivi sont déterminées, et les glycémies sont surveillées à distance grâce à l'application « My Diabby » disponible sur smartphone. Dans ce parcours, il n'y a pas encore d'intervention d'un médecin spécialisé en médecine du sport, avec l'absence de cadre pour la prescription, le conseil et le suivi d'une AP adaptée pourtant recommandée.

Pour rappel 4 femmes de notre étude ont cité le manque d'informations claires sur le sujet sport et grossesse, avec l'absence à leur connaissance d'une personne ressource pour répondre à leurs questions, ce qui dans le doute, a considérablement limité leur pratique par peur de mal faire ou de trop en faire. Les conseils étaient vraiment très hétéroclites que ce soit de la part des MG, des gynécologues ou des sages-femmes : faut-il réinsister sur la formation des professionnels de santé concernant l'AP ?

A l'inverse, force est de constater un phénomène intéressant, nous avons eu une patiente autorisée à continuer sa pratique par la gynécologue en charge du suivi de sa grossesse, mais cette patiente a tout de même préféré se freiner d'elle-même. Il y a donc l'importance du conseil mais également du ressenti quand il s'agit de la grossesse.

Un des résultats de notre étude à mentionner est qu'aucune participante n'a finalement décrit d'attente vis-à-vis du médecin traitant dans le rôle de prévention et d'accompagnement à l'AP. Elles lui ont attribué d'autres rôles, mais ont insisté sur le fait qu'elles n'étaient absolument pas sensibilisées à aller le voir pour les questions de la grossesse. Notre enquête soulève alors quelques interrogations, à savoir quelle est finalement la place du MT dans la prescription et le conseil d'AP pendant la grossesse s'il ne voit quasiment aucune femme enceinte ? Faudrait-il par ailleurs conférer ce rôle préventif de façon systématique aux gynécologues et sages-femmes, professionnels davantage en charge du suivi de grossesse ?

Une participante a même insisté sur le manque de promotion de l'AP en général par son MG, se décrivant elle-même en surpoids avant sa grossesse, elle témoigne n'avoir jamais eu aucun conseil d'AP, aucune incitation à bouger. La promotion de l'AP par les MG semble également un point sur lequel il va probablement falloir insister davantage à l'avenir. En effet, l'AP n'est seulement mise en avant comme thérapeutique à part entière que depuis une dizaine d'années par l'HAS, les générations antérieures de professionnels de santé sont peut-être moins mises au goût du jour des recommandations et modalités de pratique.

En ce qui concerne les conseils pouvant être donnés par les professionnels de santé aux femmes enceintes souhaitant pratiquer une activité physique, ceux-ci devraient être différents si la femme est sportive ou non, adaptés aux différents trimestres de la grossesse en cours mais aussi adaptés au type d'activité pratiquée (4,7,18,26). Les femmes sportives peuvent continuer à pratiquer leur activité à T1, mais abandonner l'idée de compétition et de performance. Il faut privilégier le sport « entretien », et arriver à accepter les modifications de son corps. Une intensité de pratique à 70% de la FC théorique maximale apparaît sans risque fœtal (7,18). A savoir qu'il n'y a pas de bénéfices retrouvés à la pratique d'une AP avec fréquence + élevée (avec un minimum de 8h30 d'AP par semaine) comparé à une AP moins fréquente (jusqu'à 6 heures par semaine) (27). Les principaux risques maternels sont tout d'abord liés à l'hyperlaxité ligamentaire (entorses, chutes), les hypoglycémies, la déshydratation. Plusieurs paramètres devraient orienter les conseils de pratiques, comme la prise de poids, l'existence ou non d'un essoufflement, l'hyperlaxité ligamentaire, et probablement questionner aussi le vécu de la grossesse et le vécu sportif préalable. Le problème des sports avec risque de chocs devient réel à partir de 20 SA avec principalement un risque pour le fœtus. Pour les femmes non sportives, il semble difficile de démarrer la pratique sportive à T1 aux vues des symptômes gênants liés à ce trimestre spécifiquement. Le 2ème trimestre semble être un moment un peu plus approprié pour se remettre à bouger, tout en privilégiant une faible intensité de pratique pour démarrer, avec une durée maximale de 30 minutes par jour (5) et dans l'idéal encadrée par un professionnel formé.

Selon une étude de 2008, il a été montré que débuter une activité physique dans la 2ème partie de sa grossesse diminuait le risque de prématurité, tandis que l'effectuer uniquement avant 20 SA n'exerçait aucune influence (9), sans qu'une relation dose/réponse n'ait été mise en évidence. Et sans pour autant avoir clairement identifié les mécanismes exacts de la relation de cause à effet. On sait pourtant que l'ensemble des études sur le sujet tend à démontrer le

mécanisme d'augmentation de la sensibilité à l'insuline à travers la pratique sportive, et de ce fait la diminution de la réponse inflammatoire de l'organisme, facteur de risque de prématurité (28).

d) La dualité bien-être recherché / risques encourus

La notion qui ressort largement à travers la représentation de la pratique d'une activité physique est celle d'équilibre, et ce dans quasiment tous les entretiens. A également été soulevé par quelques participantes le fait d'apprendre à mieux connaître son corps également grâce à l'activité physique : mieux le connaître ce serait mieux le traiter. La pratique d'une activité physique à quelque intensité que ce soit permet de se sentir bien, d'être plus sereine, « bien dans sa peau », et aiderait donc à mieux vivre une grossesse dans son ensemble (6).

C'était d'ailleurs l'effet recherché par 3 des parturientes à travers la pratique de la natation à T2 et T3. Elles ont témoigné avoir eu un effet bénéfique de l'AP sur les douleurs lombaires et pelviennes. De même que la patiente (H) qui a comparé sa 1ère et sa 2ème grossesse, en constatant que la pratique physique régulière à T2 (30 minutes de cours de fitness adapté 2 fois par semaine) lui avait permis d'avoir moins mal au dos et de mieux vivre sa grossesse sur le plan psychologique alors même qu'elle vivait une grossesse gémellaire.

Une étude de 2016 s'est attachée à examiner la relation entre le niveau d'activité physique avant la grossesse et la survenue de douleurs pelviennes pendant la grossesse : comparées aux femmes qui ne pratiquent pas d'exercices physiques, les femmes qui s'exerçaient 3 à 5 fois par semaines avant la grossesse avaient 14% moins de risques de développer des douleurs pelviennes pendant la grossesse (RR 0,86) et ce d'autant plus dans les sports à forts impacts (29). Ce qui justifierait une fois encore la formation des MT au sujet, afin que la promotion de l'AP chez la femme se fasse en amont, au moment de l'évocation du désir de grossesse.

Mais la femme enceinte a peur de « mal faire », de prendre trop de risques pour son bébé, et freine sa pratique. Ce qui expliquerait l'arrêt brutal des activités physiques habituelles au 1er trimestre de grossesse. Même la parturiente la plus sportive (8h par semaine) a complètement arrêté le basket-ball dès son premier test de grossesse positif. Idem pour les grandes « joggeuses » du groupe. Sur les 11 participantes, il n'y a qu'une seule femme qui a continué de pratiquer à l'identique, à savoir la danse tribale 4 heures par semaine à T1 et T2. Or la balance bénéfices/risques est largement en faveur de l'AP pendant la grossesse (3,30).

La question de la fausse couche et de l'accouchement prématuré est présente dans la tête d'une femme enceinte, et elle se demande donc légitimement si son activité physique est compatible avec sa grossesse. Comme dit Thierry Adam, gynécologue spécialisé dans la prise en charge des sportives, dans son livre *Gynécologie du sport, Risques et bénéfices de l'activité physique chez la femme* « Nécessitant des connaissances en physiologie du sport et en physiologie de la grossesse, la réponse doit être adaptée à chaque cas » (5). Car chaque grossesse reste unique. C'est justement ce qui en fait toute la difficulté du conseil, et c'est pourquoi une consultation dédiée à l'AP chez la femme enceinte serait judicieuse, avec un médecin du sport formé à la physiologie de la grossesse et du périnée. Les gynécologues et sages-femmes n'étant pas spécialisés en physiologie du sport, il semble d'autant plus difficile pour eux de proposer des adaptations d'AP adaptée aux modifications physiologiques qu'entraîne une grossesse.

La littérature scientifique récente est rassurante sur les questions de la fausse couche et de l'accouchement prématuré (7,9). Même si la compréhension des mécanismes de l'accouchement prématuré reste pourtant incomplète aujourd'hui et pourrait probablement s'expliquer aussi en partie en fonction de l'état de santé de la femme avant sa grossesse (31). Toutes les études montrent au minimum l'absence de risque d'accouchement prématuré (6,9). En ce qui concerne le risque de fausse couche spontanée, il reste difficile d'avoir des études prospectives sur la relation entre l'exercice physique et le risque de survenue d'une FCS. Mais dans l'état actuel des connaissances scientifiques, on peut conseiller sereinement aux femmes sportives de continuer leur activité physique à T1, sans augmenter la fréquence ni l'intensité : selon les recommandations HAS de juillet 2019, une AP régulière de 150 à 180 min/semaine, d'intensité modérée, répartie sur un minimum de 3 jours, n'est pas associée à l'augmentation du risque d'évènements défavorables (prématurité, FCS, faible poids de naissance) (18). Ces recommandations sont comparables à celles éditées par l'ACOG. (4) En ce qui concerne la pratique physique intensive, une étude a rapporté un risque de FCS à T1 pour un niveau d'AP supérieur à 7h par semaine (32).

Dans notre étude, le bon vécu de la grossesse était mis en lien avec la pratique d'AP par 3 parturientes. Et pour une d'entre elles, il s'agissait d'une comparaison avec une 1ère grossesse nettement moins bien vécue par manque d'AP pratiquées, avec plus de difficultés à récupérer dans le post-partum. Le stress, l'anxiété et la dépression sont autant de facteurs de risques d'accouchements prématurés (6). Une étude récente a montré un lien chez des femmes enceintes pratiquant un niveau d'AP selon les recommandations OMS et l'amélioration du ressenti de la

qualité de vie pendant la grossesse, ainsi que la diminution des symptômes dépressifs en comparaison à des femmes en dessous du seuil des recommandations (24). Cette étude souligne de plus l'importance de guider la pratique d'AP pendant la grossesse si l'on souhaite que les femmes restent actives tout au long de celle-ci, car si elle n'est pas guidée, elle n'est pas poursuivie.

e) Un enjeu : comment adapter sa pratique tout en gardant motivation et plaisir ?

Beaucoup de femmes ont su s'adapter pendant la grossesse et se sont tournées vers d'autres activités physiques pour continuer à bouger sereinement pendant la grossesse. Les joggeuses ont remplacé la course à pied par de longues marches. Une patiente a testé le qi-gong à T2, trois femmes ont essayé de nager occasionnellement à T2 et T3. Même si cela leur a permis de garder une activité physique, elles ont pu parler d'ennui et de manque de plaisir à pratiquer différemment.

Le phénomène est encore plus flagrant chez la patiente sportive assidue, pratiquant habituellement le basket-ball en niveau régional : elle n'a absolument pas bougé pendant sa grossesse, par manque de motivation totale. En effet, n'ayant plus d'objectif de se maintenir au niveau de forme physique nécessaire pour la saison à venir, elle avait décidé de tout lâcher. La compétitrice était alors face à un vide, sans objectif devant elle pour la guider dans sa pratique, sans professionnel du sport ou de la santé référence pour l'encadrer et l'aider dans cette problématique. Un aspect important semble se dégager dans le domaine du sport-santé, le conseil individualisé pendant la grossesse, on pourrait peut-être imaginer un entretien motivationnel (EM) et personnalisé systématique en début de grossesse ? Une sorte de consultation hyper-spécialisée, qui serait axée sur les habitudes de la patiente, son hygiène de vie, ses représentations de l'AP en général et pendant une grossesse, ses questionnements, tout en permettant un rapprochement de la patiente vers les structures locales en place habilitées à prodiguer un encadrement de qualité. Un EM qui fixerait des objectifs là où les sportives assidues sont « laissées à l'abandon » et où le besoin d'encadrement est manifeste, avec des axes de travail d'une importance capitale pour la récupération lors du post partum : maintien de la masse musculaire globale, entretien de la musculature profonde, préparation du périnée à l'accouchement avec notamment travail important du muscle transverse de l'abdomen et prise de conscience du concept de synergie abdomino-pelvienne (travail de la respiration, renforcer les muscles à action « délordosante » et étirer les muscles à action « lordosante ») (17).

Il y a donc deux enjeux majeurs en termes de santé publique. Premièrement pour les sportives assidues, réussir à leur faire continuer une AP adaptée, en déconstruisant les préjugés liés au fait que leur pratique est forcément dangereuse pour le fœtus, et en leur permettant de garder du plaisir à pratiquer autrement, avec d'autres objectifs que ceux de la performance, mais plutôt dirigés dans une pratique plaisir et bien-être, mais aussi centrés sur la préparation du corps à l'accouchement et à son retour vers la pratique sportive. Deuxièmement, pour les femmes enceintes en bonne santé, auparavant sédentaires, soit près de deux tiers des femmes enceintes (9), il est tout à fait raisonnable d'envisager un programme d'APA à l'effort modéré à partir de T2, jusqu'à la fin de la grossesse (33).

Comme le souligne C.Fernandez dans sa thèse *« Risques et bénéfices de l'AP pendant la grossesse »*, il y a déjà certains pays comme la Finlande qui fonctionnent en partenariat maternité-PMI, en vue d'activités physiques encadrées pendant la grossesse, avec notamment une séance primaire et quatre séances de rappel, intégrées dans les visites de routine (34).

f) Les professionnels prescripteurs d'activités physiques

Le lien entre sport et santé a inspiré beaucoup d'auteurs. Mais peu se sont consacrés au lien entre sport santé et grossesse. En effet l'HAS reconnaît depuis 2011 le bénéfice de l'AP comme thérapeutique non médicamenteuse pour les maladies chroniques. Depuis la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, le MT est devenu prescripteur d'AP adaptée pour les patients en ALD uniquement (2). Des plans régionaux sport-santé-bien-être ont permis de développer le réseau sport-santé sur les territoires, dont l'ARS est le garant du dispositif. Aucune loi n'a pour l'instant prévue la prescription d'APA chez la femme enceinte.

Or la grossesse semble être un moment propice au passage de messages de santé publique, car les femmes se décrivent comme plus réceptives pendant cette période. Ce serait donc en théorie un moment idéal pour remettre la pratique d'AP à l'ordre du jour lors des consultations du suivi de grossesse.

Les parturientes de cette étude ont été nombreuses à constater l'absence du médecin traitant dans leur suivi de grossesse. Par manque de réflexe d'aller le voir, mais aussi parce que dans leurs représentations il n'est pas le personnage soignant au cœur du suivi de grossesse. Mais beaucoup d'entre elles ont laissé entendre qu'il pourrait avoir un rôle puisqu'il existe une relation de confiance avec lui d'une part mais aussi parce que d'autre part il connaît la personne

dans sa globalité, il peut la situer dans son parcours de vie, personnelle, familiale et professionnelle.

Le médecin traitant est au cœur du système de santé, c'est donc en théorie le premier prescripteur d'activités physiques dans le cadre du dispositif de la loi « sport sur ordonnance ». Mais il n'est plus le seul prescripteur d'AP, tous les spécialistes au sein du parcours de soin sont devenus nouvellement prescripteurs d'AP d'après le dernier décret en vigueur (35).

Mais autant de problématiques se posent à l'heure actuelle du sport sur ordonnance : comment prescrire du sport et faire la promotion de la santé sans consultations dédiées ? Comment intégrer des actes de prévention dans la pratique d'un MT dont la consultation n'est pas extensible ? Qu'en est-il des autres prescripteurs d'AP pendant la grossesse ? Les gynécologues ont-ils vraiment le temps de prescrire à leurs patientes enceintes une AP adaptée lors de consultations déjà limitées dans le temps ? Les orientent-ils vers des structures locales ?

Aucune patiente ne s'est vue prescrire de l'AP pendant sa grossesse dans cette étude, certes de petit échantillon, mais tout de même représentatif d'un territoire de santé. Au-delà de ça, aucune patiente ne s'est même vue encouragée à bouger que ce soit par l'entourage ou les professionnels de santé, même quand cela était recommandé comme pour la patiente avec un diabète gestationnel.

Dans notre étude, 3 participantes ont décrit avoir besoin de créer du lien social, leur motivation principale à la pratique d'une AP régulière, et ce d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une AP pratiquée pendant la grossesse. Les femmes ont manifestement besoin d'échanger entre elles à ce moment particulier de leur vie, de se faire conseiller, d'être écoutées, rassurées.

Concernant le réseau sport-santé Lorientais, la 1ère maison sport-santé a été ouverte en septembre 2019 (1). C'est une association dédiée aux personnes de tout âge souhaitant commencer une APA ou en redémarrer une. Cet organisme a avant tout vocation à faire du lien : entre les patients eux-mêmes, entre les patients et les associations sportives, entre les patients et le milieu médical. On peut tout à fait imaginer dans un avenir proche que cela pourrait être un lieu de rencontre et d'échanges des femmes enceintes, un lieu où l'AP pourrait être encouragée, encadrée et suivie par des professionnels, qui feraient eux-mêmes du lien avec les professionnels de santé en charge des grossesses (MT, gynécologues, sages-femmes). Il s'avère également que l'éducatrice sportive en APA de la maison sport-santé de Lorient s'est

récemment formée dans le domaine du « sport et grossesse », en vue de proposer la prise en charge des femmes enceintes nécessitant une pratique sportive adaptée. A savoir que les séances pratiquées à la maison sport-santé ont un coût modique de 4 euros par séances, les rendant accessible au plus grand nombre.

3) Perspectives et actions à envisager sur notre territoire de santé

Si les différentes autorités sanitaires s'accordent à recommander la pratique d'une AP pendant la grossesse, il n'existe pas encore de réel cadre pour mettre en œuvre toutes ces recommandations sur notre territoire de santé, bien que celui-ci soit actif depuis quelques années dans le sens de la loi du sport sur ordonnance, et promeut déjà l'AP chez la femme enceinte depuis peu à la maison sport-santé de Lorient qui s'appuie elle-même sur le centre de médecine du sport.

A travers cette thèse, on recense un besoin manifeste d'encadrement de l'AP pendant la grossesse sur ce territoire. Il existe des structures d'encadrement de l'AP mais les patientes aussi bien que les professionnels de santé semblent en méconnaître l'existence. De plus les professionnels formés à l'AP ne sont pas ceux qui encadrent les grossesses.

L'incitation des MG à la promotion de l'AP de façon générale dans leurs consultations semble un point important, mais envisager un système de remboursement de l'AP pour TOUS par l'assurance maladie reste d'abord capital (l'AP peut pour l'instant être prescrite pour les ALD et les maladies chroniques, mais il faudrait élargir le dispositif à la grossesse). Les différents médecins spécialistes hospitaliers sont maintenant devenus prescripteurs d'AP depuis mars 2021. Sont-ils eux aussi formés ? Une mise à jour des connaissances pour les MG et médecins spécialistes semble indispensable.

Il existe bien un parcours de soin pour les diabètes gestationnels au sein du CHBS, mais celui-ci est incomplet : nous pensons qu'il faudrait le rapprocher du centre de médecine du sport avec l'intégration d'un médecin du sport (ou d'un éducateur sportif spécialisé) à l'HDJ programmée. Après prise de contact téléphonique avec les endocrinologues du CHBS, un travail de réflexion d'amélioration du parcours de soins va être entamé à l'issue de cette thèse.

On pourrait également envisager une réflexion avec l'ARS sur des consultations systématiques (éducation thérapeutique/entretien motivationnel) lors du désir de grossesse, ainsi qu'en début

et pendant la grossesse, consultations qui pourraient être mises en place par la PMI et/ou la maternité de Lorient en lien avec le réseau sport-santé Lorientais.

Enfin, élargir l'offre d'AP dédiée à la femme enceinte sur notre territoire, avec notamment des horaires compatibles avec des femmes enceintes actives professionnellement, et avec des éducateurs sportifs formés dans les associations, serait judicieux pour permettre à toutes de pratiquer.

V. CONCLUSION

Notre étude montre que les femmes enceintes sur notre territoire de santé ne pratiquent pas assez d'activité physique pendant leur grossesse au regard des recommandations HAS, qu'elles soient sportives assidues ou sportives occasionnelles. Ces résultats sont à mettre en lien avec une méconnaissance des effets bénéfiques à la pratique sportive pour la mère et le fœtus, des représentations archaïques concernant les risques encourus, et l'absence de cadre à la promotion de l'activité physique chez la femme enceinte. Des actions locales sont à envisager pour améliorer le niveau de pratique de l'AP chez la femme enceinte, qui conditionne la santé mentale et physique des futures mères, et le bon développement des enfants à naître.

BIBLIOGRAPHIE

1. Forme Santé – Sport Santé Bien-Être en Bretagne [Internet]. Disponible sur: https://bretagne-sport-sante.fr/categorie/activites-forme-sante/

2. Prescrire l'activité physique : un guide pratique pour les médecins [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2875944/fr/prescrire-l-activite-physique-un-guide-pratique-pour-les-medecins

3. Activité physique pendant la grossesse : revue systématique de la littérature [Internet]. Disponible sur: http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-15427

4. Artal R, O'Toole M. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. Br J Sports Med. 1 févr 2003;37(1):6-12.

5. Thierry Adam. Gynécologie du sport, risques et bénéfices de l'activité physique chez la femme.

6. Maisonneuve E. Mode de vie et règles hygiénodiététiques pour la prévention de la prématurité spontanée chez la femme enceinte asymptomatique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2016;45(10):1231-46.

7. Maître C. Sport et grossesse : une nécessaire prescription. Sci Sports. avr 2013;28(2):103-8.

8. Labonte-Lemoyne E, Curnier D, Ellemberg D. Exercise during pregnancy enhances cerebral maturation in the newborn: A randomized controlled trial. J Clin Exp Neuropsychol. mai 2017;39(4):347-54.

9. Juhl M, Andersen PK, Olsen J, Madsen M, Jørgensen T, Nøhr EA, et al. Physical Exercise during Pregnancy and the Risk of Preterm Birth: A Study within the Danish National Birth Cohort. Am J Epidemiol. 1 avr 2008;167(7):859-66.

10. Baromètre santé 2017 [Internet]. Disponible sur: /etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017

11. Chasan-Taber L, Silveira M, Marcus BH, Braun B, Stanek E, Markenson G. Feasibility and efficacy of a physical activity intervention among pregnant women: the behaviors affecting baby and you (B.A.B.Y.) study. J Phys Act Health. sept 2011;8 Suppl 2:S228-238.

12. Johnston CA, Moreno JP. Pregnancy: A Time of Increased Focus on Health. Am J Lifestyle Med. 1 mars 2014;8(2):93-6.

13. Poudevigne MS, O'Connor PJ. A review of physical activity patterns in pregnant women and their relationship to psychological health. Sports Med Auckl NZ. 2006;36(1):19-38.

14. Gauthier P-Y. Activité physique et grossesse, élaboration d'un outil pédagogique à destination des patientes. Universite de Rennes 1; 2017.

15. Evenson KR, Barakat R, Brown WJ, Dargent-Molina P, Haruna M, Mikkelsen EM, et al. Guidelines for Physical Activity During Pregnancy: Comparisons From Around the World. Am J Lifestyle Med. 1 mars 2014;8(2):102-21.

16. Home [Internet]. Maison Sport Santé. Disponible sur: https://www.maisonsportsante.bzh/

17. Ministère chargé des sports. Je peux pratiquer des activités physiques et sportives pendant ma grossesse et après l'accouchement, https:// www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/guide-apsetmaternite.pdf.

18. HAS-Prescription d'activité physique et sportive pendant la grossesse et le post partum. 2019. Disponible sur: https//www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_329_ref_aps_grossesse_vf.pdf

19. Sandrine Poiroux Clement. Que pensent les femmes enceinte de l'activité physique pendant la grossesse? Angers; 2015.

20. Brault N. Le concept de biais en épidémiologie. 2017;316.

21. Etude ESTEBAN 2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte [Internet]. Disponible sur: /liste-des-actualites/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte

22. Pratiques physiques ou sportives des femmes et des hommes : des rapprochements mais aussi des différences qui persistent - Insee Première - 1675 [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3202943

23. World Health Organization. More active people for a healthier world: global action plan on physical activity 2018-2030. 2018.

24. Campolong K, Jenkins S, Clark MM, Borowski K, Nelson N, Moore KM, et al. The association of exercise during pregnancy with trimester-specific and postpartum quality of life and depressive symptoms in a cohort of healthy pregnant women. Arch Womens Ment Health. 1 avr 2018;21(2):215-24.

25. SFEndocrino [Internet]. Disponible sur: http://www.sfendocrino.org/article/342/nouvelles-recommandations-pour-le-diagnostic-du-diabete-gestationnel

26. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat S-M, Davies GA, Poitras V, Gray C, et al. N° 367-2019 Lignes Directrices Canadiennes Sur L'activité Physique Durant La Grossesse. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. nov 2018;40(11):1538-48.

27. Kardel KR. Effects of intense training during and after pregnancy in top-level athletes. Scand J Med Sci Sports. avr 2005;15(2):79-86.

28. Damm P, Breitowicz B, Hegaard H. Exercise, pregnancy, and insulin sensitivity – what is new? Appl Physiol Nutr Metab. 1 mars 2007;32(3):537-40.

29. Owe KM, Bjelland EK, Stuge B, Orsini N, Eberhard-Gran M, Vangen S. Exercise level before pregnancy and engaging in high-impact sports reduce the risk of pelvic girdle pain:

a population-based cohort study of 39 184 women. Br J Sports Med. 1 juill 2016;50(13):817-22.

30. Fernandez Chloé. Risques et bénéfices de l'activité physique pendant la grossesse.

31. Haas JS, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Jackson RA, Dean ML, Brawarsky P, et al. Prepregnancy Health Status and the Risk of Preterm Delivery. Arch Pediatr Adolesc Med. 1 janv 2005;159(1):58-63.

32. Madsen M, Jørgensen T, Jensen ML, Juhl M, Olsen J, Andersen PK, et al. Leisure time physical exercise during pregnancy and the risk of miscarriage: a study within the Danish National Birth Cohort. BJOG Int J Obstet Gynaecol. nov 2007;114(11):1419-26.

33. Barakat R, Stirling JR, Lucia A. Does exercise training during pregnancy affect gestational age? A randomised controlled trial. Br J Sports Med. août 2008;42(8):674-8.

34. Aittasalo M, Pasanen M, Fogelholm M, Kinnunen TI, Ojala K, Luoto R. Physical activity counseling in maternity and child health care – a controlled trial. BMC Womens Health. 14 août 2008;8(1):14.

35. Nationale A. Démocratiser le sport en France (no 3980) Amendement n°369 [Internet]. Assemblée nationale. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/3980/AN/369

ANNEXES

Annexe 1. Guide d'entretien

Je me présente, je m'appelle Hélène Szczepanski, médecin généraliste remplaçant, j'exerce sur l'île de Groix, avec le projet professionnel de m'y installer une fois la thèse en poche.
Je réalise actuellement ma thèse sur *activités physiques et grossesse,* et plus particulièrement sur les *représentations du sport pendant la grossesse des jeunes mamans sur le pays Lorientais*.

L'objectif étant de repérer à travers ce travail les freins et les leviers à la pratique de l'activité physique chez la femme enceinte, afin de cibler au mieux les besoins en termes d'actions de santé locales à mener dans l'idée d'une promotion étendue de l'activité physique chez la femme enceinte.
L'entretien devrait durer 30 à 45 minutes.
En pratique, j'enregistre notre échange avec votre accord, pour me permettre de le retranscrire par la suite.
L'anonymat est bien évidemment la règle.

Caractéristiques de la patiente à l'étude :

Quel âge avez-vous ? Où habitez-vous ? Quelle est votre profession ?
Etes-vous célibataire ? Mariée ? En couple ?
Quand avez-vous accouché ? Combien d'enfants avez-vous ?
Qui a suivi votre grossesse ? *(Médecin généraliste, sage-femme, gynécologue)*
Votre médecin traitant est-il un médecin de ville ? De campagne ? Avec une spécialité médecine du sport ? Avec une spécialisation en gynécologie ?
Y a -t- il eu une complication pendant votre grossesse ?
Combien de poids avez-vous pris pendant votre grossesse ?
Pratiquiez-vous une activité physique avant la grossesse ?
(Niveau/fréquence/intensité/ancienneté de pratique)
Quel était le niveau d'activités physiques dans la profession exercée au moment de la grossesse ?

Concernant la grossesse :

Comment décririez-vous le déroulement de votre dernière grossesse de façon générale ?

Quelles ont été les circonstances de l'accouchement ?

Quel a été le mode d'alimentation de votre enfant dans les 6 mois qui ont suivi l'accouchement ?

Concernant l'activité physique :

Que représente pour vous l'activité physique en général ?

Qu'appréciez-vous particulièrement faire ?

Dans quelles mesures votre activité physique a-t-elle changé pendant votre grossesse ?

Et entre les différents trimestres de votre grossesse, avez-vous modulé votre pratique et comment ?

Comment vous êtes-vous informée sur l'activité physique à pratiquer ?

Que connaissez-vous des effets à la pratique de l'activité physique pendant la grossesse pour vous et votre futur enfant ?

Et depuis votre accouchement, avez-vous repris votre activité physique ?

Que savez-vous du périnée féminin ?

Relation médecin traitant – patient : les attentes, les représentations :

Qu'attendez-vous de votre médecin traitant en général ? Et plus particulièrement dans le suivi de votre grossesse ?

Comment pourrait-il s'améliorer selon vous pour mieux vous renseigner ?

Perspectives :

Que savez-vous du service de médecine du sport à l'hôpital du Scorff, service qui propose des consultations dédiées à la grossesse ?

Avez-vous d'autres choses à ajouter concernant le sujet ?

Annexe 2. Tableau 2. Caractéristiques des participantes à l'étude

Patiente	*Âge*	*Profession*	*Statut martial / Nbre d'enfants*	*Lieu d'habitation*	*Suivi de grossesse*	*Prise de poids*
A	34 ans	Directrice du centre de médecine du sport du CHBS	Mariée / 1 enfant	Ploemeur	Suivi mixte, gynécologue + sage-femme	+ 15 kg
B	30 ans	Serveuse en restauration	En couple / 2 enfants	Groix	Suivi mixte, MG + sage-femme	+ 22 kg
C	30 ans	Infirmière libérale	Mariée / 2 enfants	Groix	Suivi mixte, gynécologue + sage-femme	+ 17 kg
D	41 ans	Metteur en scène	En couple / 2 enfants	Locmiquélic	Gynécologue-obstétricien de ville	+ 18 kg
E	28 ans	Interne en pédiatrie	Pacsée / 1 enfant	Lorient	Gynécologue-obstétricien de ville	+ 15 kg
F	32 ans	Institutrice	En couple / 1 enfant	Groix	Sage-femme au début puis gynécologue-obstétricien sur l'hôpital	+ 8 kg
G	34 ans	Pâtissière	Mariée / 1 enfant	Lanester	Suivi mixte : gynécologue + sage-femme	+ 14 kg
H	38 ans	Infirmière libérale	Pacsée / 3 enfants	Lorient	Gynécologue-obstétricien à l'hôpital	+ 30 kg
I	30 ans	Chargée de clientèle en banque	Pacsée / 2 enfants	Gestel	Suivi mixte : MG + sage-femme	+ 14 kg
J	32 ans	Chargée de ressources humaines	En couple / 2 enfants	Lorient	Sage-femme au début puis gynécologue-obstétricien sur l'hôpital	+ 18 kg
K	36 ans	Responsable de production chez Naval groupe	Mariée / 3 enfants	Lorient	Gynécologue-obstétricien de ville	+ 11 kg

U.F.R. DE **MEDECINE** DE RENNES

N°

SZCZEPANSKI, Hélène. Représentations de l'activité physique chez les jeunes mamans sur le pays Lorientais.

63 pages,2 figures.,2 tableaux.

Thèse : Médecine générale ; Rennes 1; 2021 ; N° .

Résumé français :

Introduction : L'activité physique chez la femme enceinte est un sujet transversal, à la frontière entre médecine générale, obstétrique, médecine préventive et médecine du sport. Seulement 30% des femmes enceintes ont un niveau d'activité physique (AP) conforme aux recommandations OMS. Or la littérature scientifique a largement prouvé depuis de nombreuses années les bénéfices de l'AP pour la femme enceinte et le fœtus. Le territoire de santé numéro 3 comporte 3000 naissances par an et est engagé dans la thématique du « sport-santé », avec notamment une maison « sport-santé » labellisée sur le plan national, adossée au centre de médecine du sport, qui propose des consultations dédiées au sport et à la grossesse.

Sur ce territoire : quelles sont les pratiques et les représentations de l'AP des femmes enceintes ? Quels conseils leurs sont donnés ? Quelle place occupent les médecins généralistes ? Quelles actions sont à mener pour augmenter le niveau d'AP chez les femmes enceintes ?

Méthodes : étude qualitative réalisée par entretiens individuels semi-dirigés chez 11 femmes de ce territoire de santé ayant accouché de grossesses « non compliquées », depuis au moins 6 mois et maximum depuis 2 ans. Il n'y avait pas d'autre critère d'exclusion. Notre échantillon était diversifié en termes d'âges, de pratiques sportives, de lieu d'habitation, de métiers exercés. Notre enquête s'est appuyée sur un guide d'entretien réalisé au préalable.

Résultats : arrêt brutal de la pratique des AP habituelles dès les premiers jours de grossesse. Plusieurs explications : représentations erronées sur d'éventuels effets négatifs de l'AP sur le bon déroulement de la grossesse en cours, manque de conseils et d'informations homogènes sur le sujet de la part des professionnels intervenant autour de la grossesse, pression venant parfois de l'entourage, effet du Covid réduisant l'accès à la pratique sportive. Nous avons recensé un besoin manifeste d'encadrement de l'AP pendant la grossesse sur notre territoire.

La promotion de l'AP par les médecins généralistes semble limitée de façon générale, bien qu'ils soient potentiels prescripteurs depuis la loi du 26 janvier 2016. De plus il n'existe pas de cadre (cotation, consultation dédiée, formation) dans leur pratique, à la promotion de l'AP chez les femmes enceintes.

Conclusion : Il y a donc des actions locales à mener à la fois chez les professionnels de santé et dans le grand public pour promouvoir l'AP chez la femme enceinte, l'encadrer, la conseiller, la prescrire et augmenter ainsi le niveau d'AP des futures mamans.

Rubrique de classement :	MÉDECINE DU SPORT. GYNÉCOLOGIE
Mots-clés :	Sport, activité physique, grossesse
Mots-clés anglais MeSH :	Sport, physical activity, pregnancy

	Président :	Monsieur le professeur LEVEQUE Jean
JURY :	Assesseurs :	Madame le docteur VOISIN Fanny [directeur de thèse] Monsieur le professeur SCHNELL Frédéric Monsieur le professeur MENER Eric Madame le professeur TATTEVIN Françoise