



Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et Réadaptation
Pays de la Loire

54, rue de la Baugerie - 44230 SAINT-SÉBASTIEN SUR LOIRE

L'INTERPROFESSIONNALITE AUTOUR DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR LA FEMME ENCEINTE

Enquête par entretiens semi-directifs

Alix AGATHE-NERINE

Mémoire UE28

Semestre 10

Année scolaire 2021-2022

REGION DES PAYS DE LA LOIRE



AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants de l'Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation sont réalisés au cours de la dernière année de formation MK.

Ils réclament une lecture critique. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFM3R.

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement mon Directeur de mémoire pour son accompagnement, ses conseils, sa présence et sa patience durant ces mois de travail.

Je remercie mes tuteurs de stage, pour leurs conseils, leur confiance et leur bienveillance tout au long de ma formation.

Je souhaite aussi remercier ma famille, mes parents et mes sœurs, pour leur soutien depuis toujours, leur présence et leur amour.

Merci enfin à tous mes amis pour ces quatre années inoubliables, et nos fous-rires tout au long du parcours.

Je remercie les étudiantes maïeuticiennes qui ont accepté de prendre part à ce travail, rendant ce projet réalisable.

Pour finir, un grand merci à tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à me permettre d'arriver au bout de ce cursus !

Résumé

Introduction : L'activité physique est devenue depuis quelques années un enjeu de santé publique majeur dans le monde. Ses bienfaits pour la population ne cessent d'être mis en avant.

Si nous prenons l'exemple des femmes enceintes, patientes principales des sages-femmes, cette pratique leur apporte des bénéfices physiologiques, physiques et psychologiques.

L'objectif de ce travail sera d'interagir avec les étudiantes maïeuticiennes, pour analyser : Leurs connaissances sur l'activité physique au cours de la grossesse, la façon dont cette pratique est mise en place, le rôle que l'interprofessionnalité pourrait jouer dans cette prise en charge, ainsi que les freins et les leviers qui pourraient être la clé d'une collaboration entre masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes autour de l'activité physique pendant la grossesse.

Méthode : Une enquête qualitative a été effectuée, au travers de cinq entretiens semi-directifs avec des étudiantes maïeuticiennes en dernière année de formation. Chaque entretien a été retranscrit puis analysé thématiquement grâce à une approche inductive phénoménologique.

Résultats : Les données recueillies font apparaître quatre thèmes finaux d'analyse. L'activité physique a été remarquée comme un enjeu de santé publique, la place des sages-femmes dans ce domaine paraît peu abordée au sein de leur formation, l'interprofessionnalité autour de ces patientes et de ce thème apparaît prometteuse, et enfin des freins et des leviers à la collaboration entre masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes ont pu être soulignés.

Discussion : L'analyse de ce travail fait ressortir de nombreux points alliant la formation, la réorientation, l'interprofessionnalité et la communication entre les professionnels. Des implications pour la vie professionnelle sont également présentés, notamment sous la forme de la promotion d'un exercice coordonné, d'un gain de communication entre les différents corps de métier, et de pistes d'évolution à mettre en place au cours de la formation initiale.

Mots-clés

- Activité physique
- Femme enceinte
- Sage-femme
- Masseur-kinésithérapeute
- Interprofessionnalité

Abstract

Background : Physical activity has become nowadays a major public health issue in the world. Its benefits for the population are constantly being highlighted.

If we take the example of pregnant women, the main patients of midwives, this practice brings them physiological, physical and psychological benefits.

The objective of this work will be to interact with midwifery students, to analyze : Their knowledge about physical activity during pregnancy, if this practice is implemented and the way it is, the role that interprofessionalism could play in this care, as well as the brakes and levers that could be the key to a collaboration between physiotherapists and midwives around physical activity during pregnancy.

Method : A qualitative investigation has been made, through five semi-structured interviews with midwifery students in their final year of instruction. Each interview was transcribed and then thematically analyzed using an inductive phenomenological approach.

Results : The data collected reveal four final themes for analysis. Physical activity has been noticed as a public health issue, the place of midwives in this field seems not so well evoked in their instruction, the interprofessionalism around these patients and this theme appears promising, and finally obstacles and levers for collaboration between physiotherapists and midwives were highlighted.

Discussion : The analysis of this work highlights many points combining instruction, referring, interprofessionalism and communication between professionals. Implications for professional life are also presented, like the promotion of a coordinated exercise, an improvement in communication between the different trades, and potential developmental path to set up during the initial instruction.

Keywords

- Physical activity
- Pregnant woman
- Midwife
- Physiotherapist
- Interprofessionalism

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES DANS CE TRAVAIL

1	INTRODUCTION.....	1
2	ELEMENTS THEORIQUES, CARDRE CONCEPTUEL.....	2
2.1	L'activité physique, un enjeu de santé publique	2
2.1.1	Définitions	2
2.1.2	Quelques chiffres	4
2.2	L'AP comme un moyen thérapeutique	5
2.2.1	L'AP pour les populations « saines »	6
2.2.2	L'AP pour des personnes ayant des problématiques de santé	8
2.3	La femme enceinte et l'AP.....	9
2.3.1	Physiologie de la grossesse.....	9
2.3.2	Événements physiopathologiques associés à la grossesse	12
2.3.3	Effets de l'Activité Physique rapportés chez la femme enceinte	15
2.4	Le parcours de soins de la femme enceinte et l'AP	18
2.4.1	La nécessaire « interprofessionnalité » au bénéfice de la santé.....	18
2.4.2	Organisation du parcours de soins de la femme enceinte	19
2.4.3	Compétences du MK	20
2.5	Synthèse des éléments précédents et problématique du travail.....	22
3	METHODE	23
3.1	Plan méthodologique	23
3.2	Population étudiée.....	24
3.3	Collecte des données.....	25
3.4	Traitement et analyse des données.....	25
4	RESULTATS.....	27
4.1	Thème 1 : Activité Physique	28
4.1.1	Santé publique.....	28
4.1.2	Bénéfices évoqués de l'AP.....	28
4.2	Thème 2 : AP et SF.....	29
4.2.1	Formation théorique.....	29
4.2.2	Formation clinique	30
4.2.3	Connaissances des SF	31
4.3	Thème 3 : Interprofessionnalité	33
4.3.1	Autour de la FE.....	33
4.3.2	L'AP comme thématique interprofessionnelle	33
4.3.3	A propos des MK.....	34
4.4	Thème 4 : Freins et leviers à l'interprofessionnalité MK/SF	36
4.4.1	Les freins	36
4.4.2	Les leviers	37
5	DISCUSSION	40
5.1	Synthèse.....	40
5.1.1	Grands thèmes.....	40
5.1.2	Analyse	41

5.2	Implications professionnelles du travail.....	43
5.2.1	Promotion de l'exercice coordonné	43
5.2.2	Communications SF/MK.....	45
5.2.3	A l'échelle de la formation initiale	45
5.3	Limites.....	46
5.3.1	Les profils des participantes	46
5.3.2	L'investigateur	47
5.3.3	Le nombre de participants.....	47
5.3.4	Le champ géographique	47
5.3.5	L'analyse qualitative.....	47
5.4	Perspectives	48
6	CONCLUSION.....	48
	Références Bibliographiques	50
	Annexe I : Les bienfaits de l'AP sur la santé selon différents déterminants (Source : HAS).....	I
	Annexe II : Trame et Guide d'entretien.....	II
	Annexe III : Extrait de l'analyse phénoménologique menée sur un morceau d'entretien de l'ESF1	III

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES DANS CE TRAVAIL

Abréviations	Significations
AP	Activité physique
MK	Masseur-kinésithérapeute
SF	Sage-femme
HAS	Haute Autorité de Santé
MET	Équivalent Métabolique
FC	Fréquence Cardiaque
VO2	Quantité maximale d'oxygène que l'organisme peut utiliser par unité de temps
OMS	Organisation mondiale de la santé
FIP	Formation Interprofessionnelle

Dans un souci de simplification d'écriture, nous prenons le parti d'utiliser le masculin comme genre neutre, mais nous réaffirmons cependant notre volonté d'inclusion de chacun.

1 INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années en France, il y a près de 750 000 naissances menées à terme par an (1). Ce nombre est relativement élevé, et avec lui sont en hausse des indicateurs de santé publique (2) comme l'âge maternel lors des grossesses, le surpoids et l'obésité, la consommation de tabac pendant la grossesse, le taux de prématurité et la proportion d'enfants avec un poids faible à la naissance.

Durant cette période le corps de la femme est soumis à de nombreuses modifications physiologiques, qui peuvent entraîner assez fréquemment de nombreux effets secondaires : Lombalgie, incontinence urinaire, douleurs lombo-pelviennes, prise de poids, diabète... De par leur état, ces femmes ont tendance à rester de plus en plus sédentaires, notamment par croyances pour « protéger » le fœtus et limiter tout risque d'accident.

Cependant, les dernières recommandations (3) et les dernières études tendent à prouver que l'activité physique serait bénéfique et même préventive pour ces femmes et leur enfant à naître.

Tout cela montre bien que ces femmes auraient besoin d'un accompagnement afin d'améliorer ces chiffres. L'Assurance Maladie offre pour cela un suivi pendant la grossesse (4). Ce suivi est majoritairement mené par des sages-femmes.

Cependant, divers professionnels participent à la prise en charge de ces patientes, tels que les médecins traitants, les gynécologues, les ostéopathes, les masseurs-kinésithérapeutes, et bien d'autres encore. Toutes ces professions sont aptes à prendre en charge ces patientes.

Les femmes enceintes représentent donc un public très concerné par l'interprofessionnalité, tout au long de leur prise en charge.

Pour que cela soit mis en place de la manière la plus adaptée, il conviendrait d'aborder cette notion d'interprofessionnalité le plus tôt possible dans le cursus de formation. Cela permettrait de préparer les esprits et d'instaurer des réflexes de réorientation pour soigner au mieux ces patientes, et ainsi créer un véritable maillage entre diverses professions.

Parmi les professionnels pouvant encadrer les femmes enceintes, nous retrouvons les masseurs-kinésithérapeutes (MK). En effet, dans ses prérogatives, l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes inclut que ce professionnel peut accompagner la femme enceinte, notamment « dans sa pratique du sport [...] afin de lui proposer des exercices adaptés et, si elle est déjà sportive, l'aider à harmoniser sa pratique avec son état » (5).

L'objectif de ce travail est de mieux comprendre la notion d'activité physique telle que perçue par l'étudiante sage-femme (SF), d'aborder le sujet de la femme enceinte et les diverses complications physiologiques sur lesquelles cette activité physique aurait un effet, pour enfin terminer par des notions sur le thème de l'interprofessionnalité.

2 ELEMENTS THEORIQUES, CARDRE CONCEPTUEL

2.1 L'activité physique, un enjeu de santé publique

2.1.1 Définitions

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit l'activité physique (AP) : « comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du métabolisme de repos. Ceci comprend les AP de la vie quotidienne, les exercices physiques et les activités sportives » (6).

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'AP se définit par « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie. L'activité physique désigne tous les mouvements que l'on effectue notamment dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail ou pour se déplacer d'un endroit à l'autre. Une activité physique d'intensité modérée ou soutenue a des effets bénéfiques sur la santé » (7).

Ces définitions permettent de mettre ainsi en avant que l'AP ne se limite pas à la pratique d'un sport, mais aussi aux activités physiques de la vie quotidienne avec les déplacements actifs (marche, escaliers, vélo), les activités domestiques (entretien domestique, bricolage, jardinage) et les activités professionnels ou scolaires ; les exercices physiques (AP structurées, répétitives dont l'objectif est le maintien de la condition physique), et les activités sportives de loisirs ou en compétition (forme particulière d'AP où les participants répondent à un ensemble de règles et d'objectifs bien définis) » (8).

Ce qui signifie qu'il n'est pas nécessaire d'être un athlète de haut niveau ou d'avoir un profil athlétique pour pratiquer de l'AP. C'est une pratique qui s'offre à toute personne, de tout âge, de tout genre, de toute classe, et de toute capacité physique.

Si différents domaines font référence à l'AP et que sa définition demeure très large, c'est par son intensité que des nuances sont faites. En effet, l'HAS a pris soin de définir cinq niveaux d'intensité d'Activité Physique dans ses Recommandations de Bonnes Pratiques concernant l' « Activité Physique et Sportive : Faciliter la prescription médicale » (9). Ressortent alors :

- **Les activités sédentaires**, qui comprennent toutes les activités réalisées au repos en position assise ou allongée (se déplacer en véhicule automobile, regarder la télévision, lire...) et la position statique debout.
- **L'AP d'intensité faible**, qui rend la personne active, mais elle ne provoque ni essoufflement, ni transpiration (promener son chien, lire debout, s'habiller...).
- **L'AP d'intensité modérée**, qui provoque un léger essoufflement et un peu de transpiration. La conversation reste tout à fait possible (marche à 4km/h, montée lente des escaliers, vélo de loisirs à 15km/h, jardinage...).
- **L'AP d'intensité élevée**, qui conduit à un essoufflement important, une transpiration abondante et à une conversation difficile (marche rapide supérieure à 6,5km/h, course à pied à 9km/h, montée rapide des escaliers...).
- **L'AP d'intensité très élevée**, qui donne lieu à un essoufflement très important, une transpiration très abondante et une conversation impossible. Cela recouvre la pratique du sport à haut niveau (course à pied de 9 à 28km/h...).

Cette catégorisation a été faite en prenant en compte des facteurs comme la dépense énergétique sous forme de MET, la FCmax, la VO₂, la pénibilité, l'essoufflement, la transpiration, la capacité de communication lors de l'effort, et la durée possible de l'effort (6). Ainsi, même si différents niveaux d'intensité existent, il est possible de trouver des adaptations de temps selon l'intensité choisie, ce qui permet à toute personne de se sentir concernée et d'avoir des recommandations personnalisées.

Si l'activité physique se définit par l'ensemble des activités qui sont pratiquées dans différents contextes de la vie quotidienne, il faut également préciser les concepts de sédentarité et d'inactivité physique.

« **La sédentarité** est définie comme une situation d'éveil caractérisé par une faible dépense énergétique inférieure ou égale à 1,5 METs. Les activités sédentaires comprennent toutes les activités réalisées au repos en position assise ou allongée (regarder la télévision, lire, écrire, travailler sur un ordinateur, se déplacer en véhicule automobile) et la position debout statique.

Elle diffère de **l'inactivité physique** qui se caractérise par un niveau insuffisant d'AP ne permettant pas d'atteindre le seuil d'AP recommandé pour la santé, soit l'équivalent d'au moins 150 minutes par semaine d'AP d'endurance d'intensité modérée » (10).

2.1.2 Quelques chiffres

Au niveau mondial, l'OMS met en avant des chiffres qui évoquent la gravité de la situation et placent l'AP comme un enjeu de santé public majeur (7):

- Plus d'un quart de la population adulte mondiale (1,4 milliard de personnes) ne pratique pas une activité physique aux niveaux recommandés à l'échelle mondiale.
- Environ 1 femme sur 3 et 1 homme sur 4 dans le monde ne pratiquent pas suffisamment d'activité physique pour rester en bonne santé.
- Jusqu'à 5 millions de décès par an pourraient être évités si la population mondiale était plus active.
- Les personnes ayant une activité physique insuffisante ont un risque de décès majoré de 20 % à 30 % par rapport à celles qui sont suffisamment actives.
- Plus de 80% des adolescents dans le monde n'ont pas une activité physique suffisante.
- Les niveaux de sédentarité sont deux fois plus élevés dans les pays à revenu élevé que dans les pays à faible revenu.
- Il n'y a pas eu d'amélioration des niveaux mondiaux d'activité physique depuis 2001.
- Les niveaux d'activité insuffisante ont augmenté de 5 % (de 31,6 % à 36,8 %) dans les pays à revenu élevé entre 2001 et 2016.
- La sédentarité représente l'un des principaux facteurs de risque de mortalité liée aux maladies non transmissibles.

À l'échelle de la France métropolitaine, l'Étude Esteban de 2014-2016 de l'Agence nationale de santé publique – Santé publique France (10), évoque que :

- Chez des adultes de 18 à 74 ans, seuls 53 % des femmes et 70 % des hommes atteignent les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique.
- Près de 90 % des adultes déclaraient 3 heures ou plus par jour de temps passé à des comportements sédentaires et 41 % plus de 7 heures.
- Un adulte sur 5 cumulait un niveau de sédentarité élevé et un niveau d'activité physique bas, inférieur aux recommandations pour la santé.

Dans les pathologies chroniques, l'AP est un axe de traitement non négligeable (développé plus bas).

En effet, l'arrêt de cette pratique entraîne l'entrée dans un « cercle vicieux de déconditionnement physique », ce qui à plus long terme se traduira par une détérioration de la qualité de vie des patients atteints, et par une augmentation du risque de mortalité. Il convient donc de dire que, sans se perdre dans des détails techniques concernant les fibres musculaires ou les capacités respiratoires, l'activité physique dans les pathologies chroniques représente une problématique de santé publique (11).

D'après le « Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 : More active people for a healthier world » (12) de l'OMS, à l'échelle mondiale en 2013 :

- « L'inactivité physique représenterait un coût direct sur les dépenses de Santé de 54 milliards de dollars par an, auxquels on peut ajouter 14 milliards de dollars de perte de productivité.
- Selon les pays, 2 à 3 % des dépenses nationales de santé seraient imputables à l'inactivité physique, sans prendre en compte les coûts liés à la santé mentale et les troubles musculo-squelettiques ».

2.2 L'AP comme un moyen thérapeutique

L'action thérapeutique de l'AP peut être évaluée selon le moment auquel celle-ci est introduite.

La prévention est, selon l'OMS en 1948, « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps.

Quatre types de prévention sont distingués :

- La prévention primaire : Ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et les risques d'apparition ; sont ainsi pris en compte la prévention des conduites individuelles à risque comme les risques en termes environnementaux et sociétaux (vaccinations, éducation, mesures légales)
- La prévention secondaire : Cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population et qui recouvre les actions en tout début d'apparition visant à faire disparaître les facteurs de risque (dépistages et traitements précoces) ;
- La prévention tertiaire : Cherche à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie (éducation du patient, réadaptation)
- La prévention quaternaire : Décrite par Kuehleis comme la prévention de la médecine non nécessaire ou la prévention de la surmédicalisation » (13).

2.2.1 L'AP pour les populations « saines »

2.2.1.1 Recommandations de l'AP chez les populations saines

L'OMS propose en 2020 des recommandations pour la pratique d'AP (7) selon l'âge de la personne et le niveau d'intensité de l'exercice. Ainsi, pour les adultes de 18 à 64 ans par exemple, nous retrouvons « qu'ils :

- Devraient consacrer au moins 150 à 300 minutes par semaine à une activité d'endurance d'intensité modérée ;
- Ou pratiquer au moins 75 à 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ; ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et soutenue tout au long de la semaine ;
- Devraient pratiquer 2 fois par semaine ou davantage des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou supérieure - qui sollicitent les principaux groupes musculaires - celles-ci procurant des bienfaits supplémentaires pour la santé ;
- Peuvent porter à plus de 300 minutes la pratique d'une activité d'endurance d'intensité modérée ; ou pratiquer plus de 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ; ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et soutenue tout au long de la semaine, afin d'en retirer des bienfaits supplémentaires pour la santé ;
- Devraient limiter leur temps de sédentarité. Remplacer la sédentarité par une activité physique quelle qu'en soit l'intensité (y compris légère) est bénéfique pour la santé ;
- Devraient tous s'efforcer de dépasser les niveaux recommandés d'activité physique d'intensité modérée à soutenue afin d'amoindrir les effets néfastes d'un niveau de sédentarité élevé ».

Ces recommandations actualisées en 2010 puis en 2020 font disparaître l'obligation de pratique d'un effort d'une durée d'au moins 10 minutes pour qu'il soit comptabilisé. C'est le changement majeur pour cette tranche d'âge entre les deux versions des recommandations.

2.2.1.2 Campagnes menées

Les bienfaits de l'activité physique (AP) sur la santé et la condition physique sont connus et désormais validés. De nombreuses revues de la littérature, rapports et recommandations ont été publiés en France et à l'étranger sur les bienfaits de l'AP sur la santé, d'abord en population générale (adultes, enfants et personnes âgées), puis pour différentes maladies chroniques et états de santé.

L'OMS est à l'origine d'un grand nombre de campagnes visant à promouvoir cette activité physique de façon plus large :

La **résolution WHA57.17** de 2004, aussi connue sous le nom de « **Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé** » (14), encourage la promotion et le renforcement des programmes d'AP, afin d'accroître le niveau d'activité physique de la population des états membres.

En 2016, la **stratégie 2016-2025 sur l'activité physique pour la région européenne (15)** prend le relais. Elle vise à agir contre la diminution constante des niveaux d'AP et à réduire ses inégalités d'accès.

En 2018 l'OMS présente, dans son « **Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 : More active people for a healthier world** » (16), que de façon mondiale environ un adulte sur quatre et trois adolescents sur quatre (âgés de 11 à 17 ans) n'atteindraient pas les recommandations d'AP pour la santé. L'objectif est donc, pour 2030, d'arriver à une réduction globale de 15 % de l'inactivité chez les adultes et les adolescents. Ce plan souligne aussi les inégalités d'accès à l'AP selon le sexe et le statut socio-économique de la personne concernée.

Il rappelle aussi que, selon la Charte internationale de l'UNESCO (17) : « La pratique de l'activité physique et du sport est un droit fondamental pour tous », et souligne qu'il est important de promouvoir le sport à tous les âges de la vie.

En France, le développement de l'AP constitue un des axes majeurs de plusieurs plans nationaux de santé (6) (figure 1). De même, il a été mis en place également des rapports (18) sur l'activité physique, en développant les objectifs et les moyens mis à disposition (figure 1).

Les déplacements actifs ont fait l'objet d'action de promotion à travers deux plans nationaux : **Le plan national vélo** (2012) et **le 3^{ème} plan national santé environnement** (2015).

Des stratégies de promotion de l'AP et du sport pour la santé se développent aussi localement au niveau des villes et des régions.

Le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant précise que cette dispensation d'AP adaptée vise à favoriser un mode de vie physiquement actif sur une base régulière pour réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée.

Au travers de tous ces plans d'action, recommandations, rapports, campagnes et outils mis en place, il est possible d'affirmer que l'AP est sous les feux des projecteurs depuis quelques années, à propos de l'enjeu de santé publique qu'elle représente, pour ses nombreux bienfaits, et donne les moyens aux professionnels de santé de la proposer auprès des populations.

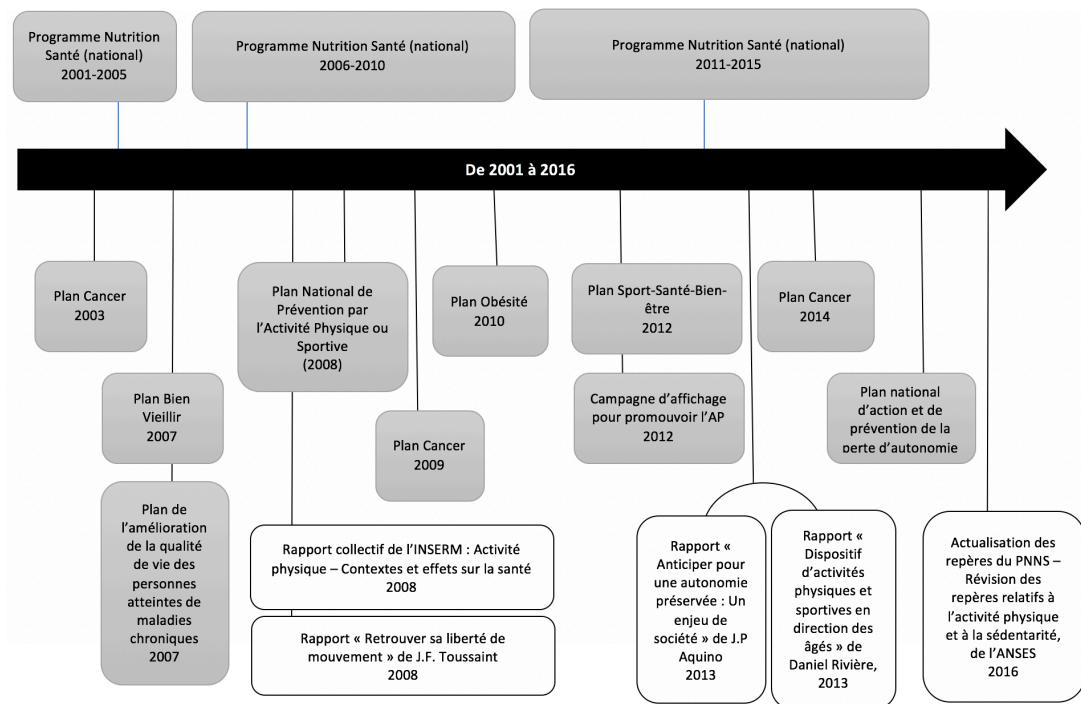


Figure 1 : Frise chronologique reprenant les différents Plans Nationaux et Rapports mis en place en France et concernant l'AP

2.2.2 L'AP pour des personnes ayant des problématiques de santé

Les effets de l'AP « spécifiques » à la femme enceinte sont décrits plus bas dans ce document (2.3.3).

L'OMS atteste des effets bénéfiques de l'AP dans de nombreux domaines et problématiques de santé, où elle agit notamment sur des déterminants vasculaire, cardiaque, physiologique, musculaire, diététique, psychologique, carcinologique et préventif (7).

Elle serait donc intéressante comme approche thérapeutique dans de nombreuses pathologies, où les éléments évoqués précédemment sont associés comme des facteurs de risques d'apparition, ou d'évolution de l'état d'une pathologie.

L'AP serait, selon la HAS, bénéfique dans un nombre incalculable de pathologies (cancers, fracture, arthrose, hypertension, diabète, AVC, sclérose en plaques, hyperactivité, etc), avec des effets propres à chacune (6).

Elle agirait sur la santé de chacun notamment en :

- Diminuant toute cause de mortalité,
- Diminuant l'incidence des pathologies cardio-vasculaires,
- Diminuant l'incidence d'un nombre important de cancers (sein, colorectal, colon, etc),

- Ayant un effet positif sur la santé mentale (fonctions cognitives, qualité de vie, sommeil, réduction de l'anxiété de la démence et de la dépression),
- Améliorant l'état cognitif et émotionnel,
- Réduisant le risque de chutes pour les personnes âgées,
- Stabilisant le statut pondéral.

Toutes les recommandations actuelles en vigueur (OMS et HAS) sont en faveur d'une activité physique quotidienne, adaptée à chacun, afin de favoriser l'état de santé général de la population et de réduire les incidences de diverses pathologies.

Une synthèse des effets bénéfiques rapportés par la HAS sur les problématiques de santé est présentée en ANNEXE I.

2.3 La femme enceinte et l'AP

Ce paragraphe aborde spécifiquement la femme enceinte et les effets de l'AP auprès de cette population.

2.3.1 Physiologie de la grossesse

La grossesse se définit comme « l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel » (19). Même si la grossesse n'est pas une pathologie, cette période laisse place à de nombreux changements physiologiques pour le corps de la future mère, pour répondre aux besoins du fœtus.

L'aménorrhée est l'absence de flux menstruel chez une femme en âge d'être réglée (20).

La semaine d'aménorrhée débute au premier jour des dernières règles. L'aménorrhée correspond à l'absence des règles ou menstruations. C'est l'un des principaux signes d'un début de grossesse.

Une grossesse est supposée durer 266 jours à partir de la date de conception, ou 280 jours à partir du premier jour des dernières règles pour un cycle régulier de 28 jours. La date d'accouchement est estimée par rapport à la dernière période menstruelle (21). Autrement dit, l'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée (22).

La prise de poids physiologique conseillée dépend du poids de la femme avant la grossesse.

Les femmes ayant un poids santé avant de tomber enceintes devraient prendre un total de 11 à 16 kg au cours d'une grossesse. Celles qui portent plus d'un bébé (lors d'une grossesse gémellaire par

exemple) en gagnent cependant davantage (23). La prise de poids peut varier au cours de la grossesse. De façon générale, les femmes prennent moins de poids au cours du premier trimestre (T1), soit de 500 g à 2 kg.

Au cours des deuxième et troisième trimestres (T2 et T3, respectivement), la prise de poids se fait selon le rythme de chaque femme. De manière générale, il est normal de prendre environ 225 g à 0,5 kg (0,5 à 1 livre) par semaine au cours des T2 et T3 (24).

Ce poids correspond évidemment à celui du bébé à naître, mais aussi aux différents éléments indispensables à une grossesse : Le placenta, la graisse, le poids des organes qui augmentent...

Au fur et à mesure que ce poids augmente et que le bébé grandit, c'est une structure particulière qui est mise à mal : **Le périnée**. Le périnée est la région du corps fermant en bas le petit bassin, traversée par la terminaison des voies urinaires, génitales et digestives (25). C'est donc une structure musculo-tendineuse-ligamentaire sur laquelle va reposer tout le poids du corps.

Les choses évoluent davantage dès le 5^{ème} mois de grossesse, car un changement postural s'opère : le dos se cambre, le bassin bascule vers l'avant et la cage thoracique se déplace légèrement vers l'arrière. Le sens des pressions s'inverse : Le périnée n'est alors plus protégé et les pressions vont l'affaiblir. Cela entraîne de nombreuses douleurs dans le dos ainsi que des sensations de lourdeur au niveau du plancher pelvien (26). Depuis 2002, il est recommandé de procéder en post-partum à une rééducation périnéale, chez un professionnel de santé qualifié (27).

Cette rééducation vise à traiter les éventuels troubles urinaires, les fuites, à prévenir d'un prolapsus, et à améliorer les relations sexuelles. Tous ces éléments peuvent en effet apparaître suite au traumatisme périnéal que représente l'accouchement (28).

Il est actuellement à l'étude de recommander la rééducation du périnée directement pendant la grossesse (29). Cette rééducation, souvent attribuées aux SF ou aux MK, se fait notamment grâce à diverses méthodes, mais surtout fréquemment par des exercices actifs pratiqués par la patiente sous le contrôle d'un professionnel de santé qualifié (30).

La face antérieure du corps de la mère, représentée par le ventre et **les structures musculaires** qui l'entourent, se modifie également à mesure que celui-ci s'arrondit.

Les muscles abdominaux vont se distendre et s'écarter pour laisser de la place au fœtus. Cela est une conséquence physiologique normale au cours de la grossesse. Cependant, il convient de faire attention à ce diastasis des droits de l'abdomen pour ne pas l'augmenter davantage, puisqu'il s'agit malgré tout de la ceinture abdominale qui tient en partie le tonus du corps (31). Le diastasis pourrait avoir un effet sur les symptômes pelvi-périnéaux, ce qui le rend encore plus important à surveiller (32).

En ce qui concerne **le volet cardio-vasculaire**, une augmentation du travail cardiaque s'observe : de 30 à 50% au cours de la grossesse. Même s'il se stabilise autour de la 30^{ème} semaine pour diminuer progressivement par la suite, il devient sensible à la position de la mère. Il ne retrouvera sa valeur initiale qu'aux alentours de la 6^{ème} semaine de post-partum (33).

Cette augmentation s'explique en grande partie par les besoins uréto-placentaires.

Pour ce faire, la fréquence cardiaque augmente jusqu'à 90 battements par minutes, tandis que la pression artérielle varie continuellement selon le moment de la grossesse. Il faut également que le volume d'éjection systolique augmente de 30% (34).

L'exercice physique augmente beaucoup plus le débit cardiaque, la fréquence cardiaque, la consommation d'oxygène et le volume respiratoire/min pendant la grossesse qu'en d'autres circonstances (33).

Au niveau hématologique, le volume sanguin total évolue avec l'augmentation du travail cardiaque. Il présente une augmentation considérable du volume plasmatique, une augmentation modérée des globules rouges, et une augmentation légère des globules blancs. L'hémoglobine était abaissée par dilution, la viscosité du sang est abaissée (33).

Le fœtus et le placenta utilisent une partie importante de la quantité de fer disponible, ce qui peut parfois laisser place à des carences qui devront être supplémentées, pour éviter une baisse encore plus importante du taux d'hémoglobine. L'anémie est une complication de la grossesse, c'est pourquoi il est important de suppléer la femme avec des apports nutritionnels en fer et en folates (35).

Les variations de la fonction rénale peuvent en partie être comparées à celles de la fonction cardiaque. Le taux de filtration glomérulaire augmente de 30 à 50%, et le taux plasmatique rénal lui est proportionnel (33). Sous l'influence hormonale et par la pression exercée par l'utérus gravide, les uretères se dilatent.

De plus, il est intéressant de souligner l'effet de la posture maternelle : La position couchée stimule la fonction rénale, de façon inversement proportionnelle à l'orthostatisme qui la diminue. Cette influence de la position est l'une des raisons pour lesquelles la femme enceinte a besoin d'uriner plus fréquemment durant son sommeil.

La fonction pulmonaire présente aussi des variations. « La fonction pulmonaire se modifie en partie du fait de l'augmentation du taux de progestérone et également parce que l'utérus hypertrophié gêne l'expansion pulmonaire » (33).

Certaines modifications surviennent dès 10 à 12 SA, c'est-à-dire bien avant que l'utérus refoule le diaphragme : Les côtes inférieures s'évasent, l'angle xiphoïdien augmente, le diaphragme s'élève de

4cm, le diamètre antéro-postérieur du thorax augmente, etc. Il y a également une congestion de l'arbre respiratoire due à l'augmentation du débit cardiaque (36).

Au niveau fonctionnel, l'augmentation des besoins en oxygène pour le fœtus et le placenta sont de l'ordre de 20 à 30%. Une discrète dyspnée d'effort est habituelle et les inspirations profondes sont plus fréquentes.

La grossesse modifie la fonction de la plupart des **glandes endocrines**, en partie parce que le placenta produit des hormones et en partie parce que la plupart des hormones circulent sous des formes liées aux protéines et que l'augmentation de la liaison aux protéines augmente pendant la grossesse.

La glande hypophysaire se développe de près de 135% pendant la grossesse (33).

Au cours de sa grossesse, la régulation de **la glycémie** de la femme enceinte va se modifier. Pendant la première moitié de grossesse, la femme va souvent présenter des baisses de la glycémie, donc des hypoglycémies, notamment la nuit et au réveil. Puis pendant la deuxième moitié, la tolérance au glucose diminue, et donc avec l'augmentation des hormones féminines, le corps compense en faisant sécréter davantage d'insuline au pancréas (44).

A toutes ces variations s'ajoutent des modifications gastriques, dermatologiques, alimentaires, veineuses, ligamentaires, hydriques, posturales, et tant d'autres.

Les modifications physiologiques précédemment évoquées entraînent également des effets secondaires dus à la grossesse.

2.3.2 Événements physiopathologiques associés à la grossesse

La lombalgie est un élément retrouvé très fréquemment pendant cette période (50 à 80% des grossesses) (37). L'accumulation de causes hormonale, vasculaire, et biomécanique semble responsable. L'évolution est généralement favorable à la suite de l'accouchement, cependant un faible nombre de femmes se plaignent de symptômes persistants. L'IMC élevée et le manque d'activité physique semblent être des facteurs favorisants.

Les modifications hormonales ainsi que les variations de poids et la modification de la statique générale peuvent également entraîner **des douleurs articulaires** (5).

Il est fréquent d'observer une distension clinique du plancher pelvien et une augmentation de sa mobilité pendant la grossesse, puis une récupération progressive en post-partum. La statique pelvienne se retrouve atteinte par **la laxité ligamentaire** (38). Les hormones de grossesse détendent

les muscles et les articulations en anticipation de l'accouchement. Cela peut aussi détendre la symphyse pubienne et provoquer des douleurs, car cette symphyse peut alors bouger de façon inhabituelle. Cette distension a pour but de préparer le corps au passage de l'enfant (39).

L'incontinence urinaire semble également faire partie intégrante des maux classiques d'une grossesse. Ces fuites urinaires peuvent parfois être associées à des douleurs pelviennes dès le premier trimestre de la grossesse (5).

La prévalence des symptômes d'incontinence urinaire augmente au cours de la grossesse (entre le premier et le troisième trimestre) puis diminue spontanément dans les trois premiers mois du post-partum. La rééducation périnéale par des exercices de contraction musculaire est le traitement de première intention de l'incontinence urinaire pré et postnatale (grade A) (40). Certaines études sont effectuées afin d'encourager la rééducation périnéale dès la période prénatale, afin d'obtenir de meilleurs résultats en post-partum et de façon plus rapide. Cependant, cette idée est encore en discussion puisqu'aucune recommandation ne semble en faire mention (41).

Au cours du T1, les **problèmes d'insuffisance veineuse** sont fréquents : jambes lourdes, œdèmes des jambes ou varices (5).

L'utérus est proéminent et comprime la veine cave inférieure (surtout en position allongée). Sa compression gêne le retour veineux, et provoque une augmentation de la pression sanguine dans les veines et les veinules des jambes (42). Ensuite, les hormones diminuent l'élasticité (ou le tonus) des veines, ce qui fait qu'elles sont davantage dilatées lorsque la pression augmente. Enfin, le cœur augmente son débit au cours de la grossesse (comme expliqué en 2.1.5), mais cela ne suffit pas à limiter la stagnation du sang dans les jambes. Lorsque la pression passe un certain seuil, du liquide lymphatique passe à travers la paroi des vaisseaux et va se loger dans les tissus avoisinants, provoquant un œdème des chevilles et des pieds (43).

Le diabète gestationnel est une pathologie qui concernait 8% des grossesses en France métropolitaine en 2012 (44). Il s'agit en réalité d'un diabète de grossesse, qui ne dure pas dans le temps : il apparaît pendant la grossesse, et disparaît après l'accouchement. C'est en réalité un « trouble de la tolérance au sucre avec augmentation de la glycémie plus ou moins importante » (44).

Cela est dû au fait que le pancréas peut être déficient, et il ne parviendra donc pas à sécréter suffisamment d'insuline pour maintenir une glycémie normale, ce qui entraînera des hyperglycémies, et par conséquent un diabète de grossesse. Le glucose est alors en excès dans le sang maternel, et est transmis au fœtus par le placenta, ce qui accroît trop vite sa croissance pondérale par rapport à son âge (44). Les facteurs de risque majeurs sont le surpoids (IMC > 25) et la hausse de l'âge maternel.

Chez la femme enceinte, **la sédentarité** (mode de vie qui n'entraîne pas de déplacement (45)) est associée à des complications prénatales comme une fatigue accrue, un gain de poids excessif, un risque augmenté de diabète gestationnel, d'hypertension et de pré-éclampsie (46).

Ce gain de poids excessif sera par la suite un facteur de complication majeur, pour la femme et le futur enfant.

Le stress au cours d'une grossesse est quelque chose de naturel : il y a l'angoisse de voir son corps se transformer, l'appréhension de devenir mère, l'inquiétude de complications... Les modifications hormonales amplifient ce symptôme. Cela se traduit par une sensibilité plus forte à l'angoisse et à la dépression, ce qui affecte énormément le moral de la femme enceinte.

Cependant ce stress peut être néfaste pour le fœtus, puisqu'une trop grande sécrétion de cortisol (hormone sécrétée lors d'un stress) sera transmise par le placenta, ce qui entraîne pour le futur enfant un risque accru de développer de l'eczéma et de l'asthme (47).

Suite au stress subi pendant cette grossesse, il n'est pas rare d'observer **une dépression post-partum après l'accouchement**. C'est un événement qui survient chez 15 à 20% des nouvelles mères (48). Elle correspond à l'expression d'une combinaison d'éléments, comme les facteurs physiologiques (hormones, sommeil, épuisement) et les facteurs environnementaux (changement du rythme de vie avec l'arrivée du bébé).

La toxémie gravidique (ou prééclampsie) est un syndrome qui atteint 5% de femmes enceintes (49) souvent au dernier trimestre de grossesse. Ce syndrome associe une hypertension artérielle, une protéinurie, des oedèmes, une hyperuricémie, une thrombopénie, une augmentation des ASAT (activité sérique de l'alanine aminotransférase), et un retard de croissance in utero. Sans traitement, l'évolution se fait vers l'éclampsie.

L'éclampsie correspond à la survenue de convulsions et/ou de troubles de la conscience. Elle est responsable en France de 2,2% des morts maternelles (conférence d'experts 2000). Les facteurs de risques sont le jeune âge et le manque de surveillance prénatale. L'interruption de la grossesse avec extraction de l'enfant, associée à un traitement général puissant, visera à éviter la **mort** du fœtus et de la mère (49).

Toutes ces pathologies / complications ne sont pas amenées à se produire systématiquement, mais la probabilité d'être atteinte par au moins l'une d'entre elle demeure relativement élevée.

2.3.3 Effets de l'Activité Physique rapportés chez la femme enceinte

2.3.3.1 Effets rapportés au niveau de la littérature scientifique

D'après l'OMS (7), l'activité physique est bénéfique pour la santé de la mère et celle du fœtus, car elle permet de réduire un certain nombre de risques :

- Toxémie gravidique
- Hypertension gestationnelle
- Diabète gestationnel (réduction de 30 % du risque)
- Prise de poids excessive
- Complications durant l'accouchement
- Dépression post-partum
- Complications chez le nouveau-né.

En ce qui concerne les effets indésirables cités plus haut, l'AP a également montré son efficacité.

En effet, l'HAS stipule, dans sa circulaire de Prescription d'Activité Physique et Sportive pendant la grossesse et en post-partum (50), que les bénéfices de l'AP lors d'une grossesse sont :

- Maintien ou amélioration de la condition physique de la femme enceinte
- Prévention d'une prise de poids excessive pendant la grossesse et aide à la perte de poids en postpartum
- Prévention possible du diabète gestationnel
- Prévention de l'hypertension gestationnelle
- Prévention de la pré-éclampsie
- Réduction des poids excessifs à la naissance
- Diminution (sans prévention) des douleurs lombaires et pelviennes lors de la grossesse
- Diminution du risque d'incontinence urinaire lors de la grossesse et en post-partum
- Diminution possible du temps du travail
- Diminution possible du recours nécessaire à la césarienne
- Prévention et amélioration des symptômes dépressifs du post-partum.

L'HAS indique cependant que l'AP pendant la grossesse ne prévient pas la survenue des douleurs lombaires et pelviennes, mais qu'en revanche elle en diminue l'intensité et améliore la douleur.

Si le soulagement de la douleur de la laxité ligamentaire n'est pas cité dans cette liste, les sages-femmes recommandent vivement de l'activité physique dans le but de la réduire (51).

L'insuffisance veineuse est un trouble de la circulation sanguine, qui entraîne des effets tels que les jambes lourdes, des œdèmes ou des varices. Cela se traite par des mesures d'hygiène (43), avec notamment :

- La pratique de marche fréquente pour stimuler l'écrasement des veines de la voute plantaire
- Faire de la gymnastique douce des jambes et des chevilles (pédalage sur le dos, moulinets des chevilles, flexions/extensions talons-pointes, etc).

Ce genre d'activité correspond à des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du métabolisme de repos. Il s'agit donc d'une activité physique (6).

2.3.3.2 *Recommandations de l'AP chez la femme enceinte*

Les Dernières Directives Canadiennes parues en 2019 énoncent que « l'activité physique prénatale devrait être vue comme un traitement de première ligne pour réduire le risque de complications de la grossesse et améliorer la santé physique et mentale de la mère » (52).

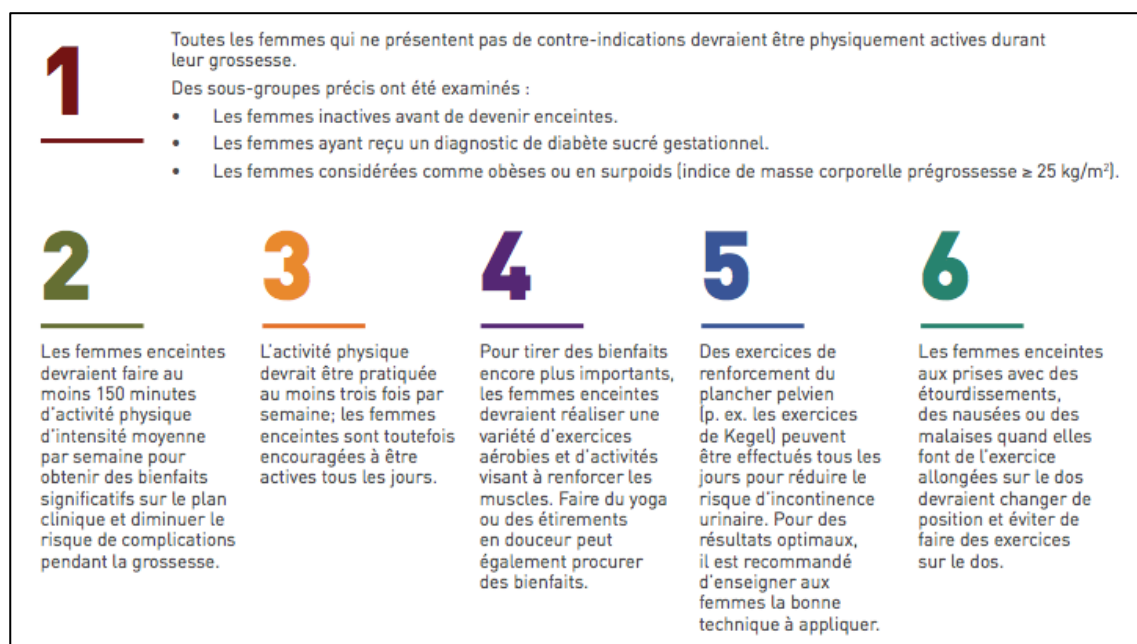


Figure 2 : Les recommandations de l'édition 2019 des Directives canadiennes en matière d'AP pendant la grossesse

La recherche démontre en effet que la pratique d'activité physique tout au long de la grossesse est sécuritaire et procure des bienfaits santé, tant pour la mère que pour le bébé. L'activité physique est maintenant vue comme un élément essentiel d'une grossesse dans le domaine de la santé.

Dans cette optique, cette Guideline Canadienne énonce six axes majeurs (voir figure 2).

L'OMS a publié ses Lignes Directrices sur l'Activité Physique et la Sédentarité en 2020 (3), qui font apparaître une section de deux pages réservées aux femmes enceintes et en post-partum (figure 3).



Figure 3 : Les recommandations de l'édition 2020 des Lignes Directrices sur l'AP et la sédentarité pour les femmes enceintes et en post-partum

Ces dernières stipulent bien que l'activité physique est bénéfique à la fois à la santé de la mère et à celle de son enfant à naître.

Ces deux grandes lignes directrices sont en accord sur leur fond, et recommandent fortement aux femmes enceintes de **pratiquer 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine**.

Que ce soit à des fins de prévention primaire (e.g. lutter contre la sédentarité, prévenir l'apparition de douleurs, risque à l'accouchement, etc), ou de prévention secondaire/tertiaire (e.g. limiter les effets d'un diabète gestationnel, douleurs, etc), pour que l'AP soit correctement mise en place pour la femme enceinte, il convient de s'intéresser à son parcours de soins, notamment en vue que l'AP soit proposée par des professionnels qualifiés dans ce domaine.

2.4 Le parcours de soins de la femme enceinte et l'AP

2.4.1 La nécessaire « interprofessionnalité » au bénéfice de la santé

L'OMS (2010) définit l'interprofessionnalité comme : « Un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé » (53). C'est une notion qui dépasse largement la coexistence des professions : Les professionnels se retrouvent chacun dans leur champ de compétence, se respectent et s'écoutent, et collaborent afin d'offrir au patient une expertise globale qui réunit plusieurs disciplines.

En Suisse, un rapport sur le Programme de promotion de l'interprofessionnalité dans le domaine de la santé (2017-2020) va même plus loin :

« Les membres des équipes interprofessionnelles sont sur un pied d'égalité et s'engagent à prendre ensemble les décisions relatives aux soins de santé. Cette démarche s'explique par le fait qu'aucune profession ne peut fournir à elle seule une gamme complète de soins. En fonction de la tâche, la personne la plus qualifiée de l'équipe en l'espèce prend les commandes. Il n'y a donc pas de hiérarchie traditionnelle et figée » (54).

L'exercice pluriprofessionnel peut s'observer par exemple au sein des Maisons de santé, qui sont un mode de pratique tendant à se généraliser. Dans la stratégie « Ma santé 2022 », confirmée et poussée par les conclusions du Ségur de la santé, il y a notamment comme objectif le doublement des maisons et des centres de santé pluriprofessionnels d'ici à 2022 (55).

Dans le rapport final sur la « Stratégie de transformation du système de santé » (56), il est porté à l'attention générale qu'une meilleure coopération entre les différents professionnels de santé serait amplement bénéfique pour les patients, et constituerait donc un axe de transformation impactant.

Il est noté : « Cette réflexion a pour but de mettre fin aux importants cloisonnements existant à l'heure actuelle et de renforcer ainsi l'efficacité du système dans sa globalité en travaillant sur une meilleure connaissance et une compréhension partagée des différents acteurs du système de santé ».

Cette notion « d'interprofessionnalité » est donc un thème qui tend à se développer de nos jours. Cependant, pour cultiver cet axe, il faut l'intégrer directement dans la formation des étudiants.

En effet, assimiler le plus tôt possible cet automatisme d'interprofessionnalité permettrait par la suite d'encourager le travail ensemble face à certains événements auxquels les futurs professionnels ne seraient pas en capacité d'agir, alors qu'un autre professionnel le pourrait.

Dans le milieu étudiant, la formation interprofessionnelle (FIP ou IPE) est un concept qui permet aux étudiants de différentes professions de la santé d'apprendre conjointement les uns avec les autres, tout en acquérant des connaissances sur les professions qu'ils ont choisies et sur les professions de leurs collègues.

D'après une revue systématique de 2019 : « Les preuves ont montré que les activités d'IPE étaient un outil efficace pour améliorer les attitudes envers le travail d'équipe interdisciplinaire, la communication, la résolution partagée de problèmes et les connaissances et compétences en préparation à la collaboration au sein d'équipes interdisciplinaires » (57).

Les étudiants en médecine par exemple trouvent que les FIP leur permettent d'améliorer leurs compétences de communication et de travail en équipe, renforce leur confiance mutuelle, et permettent à terme d'améliorer les soins (58).

Cet ajout à la formation des étudiants permettrait donc à terme d'améliorer considérablement le système de soin actuel, puisqu'introduire ces notions au plus tôt les rendrait plus facilement utilisables dans l'exercice professionnel.

2.4.2 Organisation du parcours de soins de la femme enceinte

Au cours de ses 9 mois de grossesse, la femme enceinte sera amenée à rencontrer divers professionnels de santé pour l'accompagner à son terme.

De manière générale, la grossesse est suivie par une sage-femme (SF) ou un médecin.

Toutefois, si il s'agit d'une grossesse à risque, le suivi est effectué par un gynécologue-obstétricien (4).

Le médecin généraliste (traitant) est un interlocuteur privilégié, puisqu'il va coordonner les soins. Il a pour mission de s'occuper de la santé de la mère dont il connaît les informations de santé, et pourra au besoin la conseiller et l'orienter vers d'autres professionnels si nécessaire.

La sage-femme, dont les compétences se sont élargies ces dernières années, peut également assurer en autonomie la surveillance d'une grossesse, si celle-ci ne présente pas de risques particuliers. Ces professionnels ont souvent une plus grande disponibilité d'agenda, ce qui les rend plus accessibles. De plus, ils peuvent effectuer la préparation à la naissance et à la parentalité, et peuvent même s'occuper de l'accouchement. A la suite de la naissance, ils peuvent effectuer l'examen post-natal et son suivi. Ce sont donc des intermédiaires de choix pour la population des femmes enceintes (59).

Le gynécologue-obstétricien, est un médecin spécialiste qui assure notamment le suivi des grossesses présentant des risques et nécessitant un suivi médical particulier (prématuré, diabète...).

Dans les prérogatives attribuées aux **masseurs-kinésithérapeutes**, l'accompagnement d'une femme enceinte est possible (60). Ils peuvent effectivement intervenir auprès de tout public dans le but notamment de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles et de concourir à leur maintien (cf. l'article R. 4321-1 du code de la santé publique). Ce qui est le cas pour les femmes enceintes puisqu'un certain nombre de complications peuvent survenir et entraîner le besoin d'une prise en charge kinésithérapique (sciatalgie, lombalgie, jambes lourdes, etc).

Par exemple, l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes précise que « le kinésithérapeute pourra accompagner la femme enceinte dans sa pratique du sport afin de lui proposer des exercices adaptés et, si elle est déjà sportive, l'aider à harmoniser sa pratique avec son état » (5).

2.4.3 Compétences du MK

D'après la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, l'article L. 4321-1 est modifié, et met donc en avant que :
« La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

- Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;
- Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles » (61).

D'après l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes, la pratique de la kinésithérapie comporte également la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique.

Il est dit que « dans le champ thérapeutique, à partir de la prescription médicale, le kinésithérapeute établit un bilan des capacités de ses patients. Il fixe, avec eux, des objectifs et propose un programme adapté de rééducation. Il explique les méthodes et les techniques qu'il va employer durant les séances. Il le fait en toute indépendance et en pleine responsabilité. [...] Le kinésithérapeute peut intervenir à tout âge de la vie de ses patients » (62).

Ainsi, ce professionnel est en réalité un spécialiste du mouvement. Sa principale attribution est d'agir grâce au mouvement sur les problématiques de santé de diverses populations, pour diverses situations, pathologiques ou non. Dans ce cadre, l'activité physique et l'exercice représentent un de ses moyens préférentiel pour agir de façon adaptée au besoin de ses patients.

Le masseur-kinésithérapeute est soumis à un référentiel des 11 compétences (63) (64).

Parmi celles-ci, la compétence n°3 : Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage laisse par exemple la possibilité au MK de proposer l'AP à des fins de prévention. Le Conseil de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes affirme le rôle du M-K dans la promotion de l'activité physique comme facteur de santé et comme outil thérapeutique, notamment lors de l'avis du CNO confirmant ce positionnement, avec par exemple la possibilité d'obtenir une carte d'Éducateur sportif (65).

Dans le champ thérapeutique, à partir de la prescription médicale, le kinésithérapeute établit un bilan des capacités de ses patients. Il fixe, avec eux, des objectifs et propose un programme adapté de rééducation.

Son champ d'intervention est très large : maladies neurologiques, traumatologie, affections rhumatismales, traitement des troubles de l'équilibre, de l'incontinence urinaire et fécale, cancérologie, traitement des affections respiratoires et cardio-vasculaires, des troubles de la déglutition, rééducation pédiatrique... Le kinésithérapeute peut intervenir à tout âge de la vie de ses patients » (62).

L'Article R4321-13 du Code de la Santé Publique, stipule que le Masseur-kinésithérapeute exerce des actions qui comprennent « la pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive » (66).

La Circulaire de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes relative aux compétences respectives des sages-femmes et des masseurs-kinésithérapeutes a été écrite en 2017 afin de clarifier les actes relatifs

à chacune des professions. Elle énonce : « Dans l'intérêt des patients et dans un souci d'amélioration constante de la santé publique, il est primordial que chaque professionnel connaisse et reconnaisse les domaines de compétences qu'il partage avec d'autres professionnels de santé, favorise un exercice pluridisciplinaire et délivre à la personne prise en charge une information complète, juste et loyale sur ses compétences professionnelles » (67).

En ce sens, il est donc judicieux de se demander si ces professionnels savent réellement ce que l'autre profession peut apporter à ces patientes.

2.5 Synthèse des éléments précédents et problématique du travail

Les sages-femmes sont l'interlocuteur de premier plan pour la femme enceinte. Elles sont en contact « facilité » avec les femmes enceintes, que ce soit pour le suivi de leur grossesse, ou le suivi post-partum.

De façon légitime, leur action est déterminante pour considérer la place que peut occuper l'AP pour la femme enceinte (évolution, complications...) au vu des effets bénéfiques rapportés par ailleurs dans la littérature scientifique.

L'Activité Physique est une activité qui relève parfaitement du domaine de compétences des masseurs-kinésithérapeutes, en particulier pour les femmes enceintes à des fins de prévention (primaire, secondaire, etc).

Avec cet objectif d'interprofessionnalité pour optimiser l'efficacité du parcours de soin de la personne enceinte, il serait donc judicieux de s'intéresser au point de vue des sages-femmes, sur le rôle qui peuvent avoir les masseurs-kinésithérapeutes dans le domaine de l'AP au cours d'une grossesse.

L'interprofessionnalité devant émerger très tôt dans le parcours des professionnels en santé, il est d'autant plus intéressant de se demander ce que ces éléments signifient pour des professionnels en formation initiale (i.e. étudiants en maïeutique) : **Quelles connaissances ont-ils de l'AP en santé, de son utilisation chez la femme enceinte ? Comment voient-elles le rôle du MK à cette fin dans le parcours de soin de la femme (freins/leviers) ?**

Cette recherche visera à étudier le vécu, les attentes et les représentations des étudiantes sages-femmes vis-à-vis de l'AP chez la femme enceinte, et le rôle/les missions que peuvent occuper les MK à cette fin.

3 METHODE

3.1 Plan méthodologique

Pour faire ressortir au mieux le vécu et le ressenti des étudiantes sages-femmes une méthode de recherche qualitative a été utilisée. Cette méthodologie est parfaitement adaptée pour appréhender des questions descriptives en sciences de la rééducation et de la réadaptation (68).

Les méthodes qualitatives présentent l'avantage d'observer la réalité sociétale d'un phénomène étudié, d'en apprendre davantage sur le ressenti des personnes interrogées contrairement aux méthodes quantitatives, et ainsi d'avoir une meilleure compréhension des interactions entre les processus impliqués (69).

Elles sont souvent présentées comme des moyens d'études « écologiques » permettant de s'intégrer parfaitement au vécu des personnes, de façon contextualisée à leur quotidien, et permettent de comprendre les attitudes, les expériences ainsi que de permettre d'identifier par exemple des barrières/leviers à la pratique rencontrée (70).

Parmi les nombreuses méthodes qualitatives existantes (entretien directif, semi-directif, ouvert, le focus group, examen de documents, vidéo, etc...) (71) (72), nous allons choisir l'entretien semi-directif.

L'entretien semi-directif présente l'avantage d'avoir de grandes libertés tout en gardant un cadre structuré (71) (73) :

- Le choix des thèmes évoqués est défini au préalable par l'investigateur dans un guide d'entretien, et il est possible de les aborder dans un ordre adapté à la réaction de l'interviewé.
- L'anticipation des thèmes choisis laisse une trame et des repères, afin de ne pas perdre de vue les principales informations à collecter.
- Les questions sont volontairement ouvertes afin de laisser à l'interlocuteur la liberté d'orienter sa réponse de façon objective, pour par la suite affiner si cela est nécessaire.
- De nouvelles questions peuvent apparaître si l'interviewé soulève un aspect encore non envisagé dans le thème abordé, et donc une véritable discussion peut avoir lieu.

Le guide d'entretien a été réalisé selon les bonnes pratiques de recherche qualitative : En tenant compte des éléments de la littérature sur les thématiques évaluées (AP, femme enceinte, interprofessionalité) et de façon consensuelle en équipe (A.A-N. et G.L.S.).

Les questions ont été formulées de sorte à faciliter la réponse et le dialogue, en restant objectif et transparent sur les thématiques, et permettant la relance si nécessaire (72). Le guide d'entretien est une trame générale, ne limitant pas les échanges, ce qui pourrait laisser de côté des sujets non-anticipés intéressants à développer (74).

Le guide d'entretien est proposé en ANNEXE II. Brièvement, celui-ci comporte 12 questions regroupées en 3 thèmes : l'activité physique en santé et en particulier chez la femme enceinte (3 questions), la sage-femme et l'activité physique (3 questions), et l'interprofessionnalité autour de la femme enceinte, entre SF/MK et vis-à-vis de l'AP (6 questions).

3.2 Population étudiée

La population étudiée de ce travail a ciblé les étudiantes maïeuticiennes, qui sont les professionnelles de demain.

Tel qu'évoqué précédemment sur l'intégration des notions d'interprofessionnalité au cours de la formation initiale, et face aux enjeux de l'interprofessionnalité en santé, il semblait judicieux de s'intéresser à une population en cours de formation. De même, cela offre également la possibilité d'apprécier la place que le phénomène étudié (ici l'AP chez la femme enceinte) représente au sein de la formation spécifique en santé (maïeutique).

Le recrutement des participants à cette recherche a été réalisée par l'investigatrice (A.A-N.) par sollicitation sur les réseaux sociaux, en particulier au sein même du groupe social Facebook réservé aux étudiantes sages-femmes de dernière année de l'école de Nantes.

Pour participer à cette recherche, les participants devaient :

- Être en dernière année d'étude de maïeutique, i.e. avoir effectué plus de 80% de leur cursus, de sorte à avoir une vision représentative au niveau de leur formation et une expérience clinique suffisante pour aborder les thématiques proposées
- Être élève à l'école de maïeutique de Nantes, par facilité de réalisation et d'homogénéisation des résultats dans un premier temps, puis afin d'envisager peut-être une suite à ce travail de recherche si il s'avère intéressant.

Sur les 27 étudiants de la promotion nantaise 2018-2022, un total de 5 participants ont accepté de participer à cette recherche, soit un total 18,52% de la population initialement ciblée.

3.3 Collecte des données

Tel qu'évoqué précédemment, un entretien individuel semi-directif a été proposé à chaque participant de cette recherche.

La situation sanitaire (Covid-19) et la conciliation des agendas (i.e. formation clinique des étudiants pouvant se trouver hors du département) ont justifié que celui-ci s'est fait via une visioconférence grâce à l'outil Zoom Meetings (Zoom Video Communications Inc, 2016). L'outil présente notamment les avantages de pouvoir être utilisé en multi-supports, ce qui facilite la réalisation d'un entretien, permettre un enregistrement et une sauvegarde des contenus sans utiliser de plateforme tiers (e.g. clouds) et un transfert des éléments enregistrés vers une plateforme sécurisée (75).

Ce travail a fait l'objet d'une déclaration initiale de conformité à la CNIL en suivant une méthode non interventionnelle MR4. Il a reçu un avis éthique favorable par le comité d'éthique de la recherche non interventionnelle de Nantes Université (CERNI) le 24/08/2021 (numéro 24082021).

Un document d'autorisation d'enregistrement a été signé par les étudiantes interrogées avant le début de l'entretien.

Avant le début de l'enregistrement, des précisions récapitulatives ont été effectuées.

Plusieurs points ont été rappelés :

- La thématique générale de l'entretien autour de l'AP des femmes enceintes, et de l'interprofessionnalité SF/MK ;
- L'objectif de l'entretien : avoir leur point de vue, en répondant de la manière la plus sincère possible, et ne pas hésiter à développer autant que souhaité ce qui apparaît intéressant de l'être ;
- La durée de l'entretien : environ 20 minutes ;
- Que l'entretien sera enregistré (comme convenu au préalable)
- Que le traitement des données sera fait de façon anonyme, les contenus enregistrés sur un serveur sécurisé, ainsi que le droit à tout moment décider d'arrêter, de se retirer du projet, sans avoir besoin de donner de justification ;
- Que la participation n'est pas associée à une gratification ou sans conséquences sur leur formation.

3.4 Traitement et analyse des données

Un total de 5 entretiens complets et enregistrés ont été utilisés (Tableau I).

La durée moyenne de chaque entretien était de 22 minutes et 31 secondes.

Tableau I : Tableau récapitulatif de la date et de la durée de chaque entretien

Étudiante Sage-Femme	Date	Durée
ESF1	4 mars 2022	22 :26
ESF2	8 mars 2022	19 :17
ESF3	9 mars 2022	25 :26
ESF4	10 mars 2022	19 :09
ESF5	10 mars 2022	26 :17

Les données collectées ont été retranscrites par un seul investigateur (A.A.N.).

Pour cela, le logiciel Word Version 16.16.27 a été utilisé pour coder les données de façon anonyme. À l'aide du guide d'analyse proposé par Braun & Clark (76), la retranscription du contenu faisait apparaître le numéro de l'orateur (investigateur ou participant ESFX), le moment de l'entretien, ainsi que les propos exacts tenus et les expressions non verbales (interjections) et attitudes (hésitations, rires, silences...).

Le verbatim a ensuite fait l'objet d'un codage thématique selon une catégorisation inductive.

Le codage était ensuite associé à une thématique représentative du contenu évoqué par le participant durant l'entretien, selon le principe de l'analyse interprétative phénoménologique (IPA).

L'IPA présente l'avantage de relier directement le discours tenu aux éléments conceptuels et linguistiques développés durant l'entretien. Les éléments évoqués sont donc contextualisés à la situation et à ce qui est significatif pour la personne qui tient le propos. Cette méthode d'analyse qualitative du discours, est ainsi propice à la compréhension de l'expérience vécue et du sens que les individus donnent à leurs événements de vie (72). Elle est particulièrement utilisée pour l'étude d'un nombre de cas restreint dans une population homogène et pour des thématiques liées à la santé (76).

Un exemple de retranscription est fourni à titre illustratif en Annexe III.

Chaque codification a été obtenue suite à un processus itératif d'interprétation, de synthétisation et de théorisation permettant ensuite de définir des thématiques et des sous-thématiques (77).

Le plan méthodologique prévoyait de :

- 1) Contrôler l'exactitude des données recueillies et codifiées. L'analyse de contenu a fait l'objet d'un travail des codifications, thématiques et sous-thématiques proposées à plusieurs reprises ;
- 2) Une triangulation des données : des échanges avec des personnes externes aux entretiens permettaient mieux comprendre les différentes dimensions de ce qui pouvait être associé en dehors de ce qui était déclaré et retranscrit par les investigateurs ;
- 3) Des échanges réguliers en équipe, de sorte à obtenir un consensus sur les catégories (thématiques et sous-thématiques) « finales » retenues.

Les différentes étapes de ce processus sont largement acceptées pour permettre d'établir une transparence, une objectivité (i.e. fiabilité et validité) de l'analyse d'approches de recherches qualitatives issues d'entretiens (78).

Par transparence et en respect des bonnes pratiques de recherche, le contenu intégral des retranscriptions ainsi que les autorisations d'enregistrement sont conservés dans un serveur sécurisé, et peuvent être accessibles pour le lecteur sur simple demande au responsable scientifique de l'étude à l'adresse suivante : guillaume.le-sant@univ-nantes.fr.

4 RESULTATS

L'analyse de contenu fait ressortir au total : 4 thèmes clefs et 11 sous-thèmes.

- Le premier thème concerne **l'Activité Physique** (sous thèmes : Santé publique, Intérêts pour la femme enceinte).
- Le deuxième thème concerne **l'Activité physique et la Sage-femme** (sous-thèmes : Formation théorique, Formation clinique, Connaissances des sages-femmes).
- Le troisième thème concerne **l'Interprofessionnalité** (sous-thèmes : Autour de la femme enceinte, l'AP comme thématique interprofessionnelle, Les Masseurs-kinésithérapeutes).
- Le quatrième et dernier thème concerne **les Freins et les Leviers à l'interprofessionnalité entre MK et SF** (sous-thèmes : Freins, Leviers).

Une synthèse traduisant de l'interconnexion entre ces thèmes clés est présentée en partie 6. Discussion.

4.1 Thème 1 : Activité Physique

4.1.1 Santé publique

Le fait que l'activité physique soit en enjeu de santé publique représente un fait d'actualité, notamment à cause de la crise sanitaire mondiale du COVID-19.

ESF5 : « J'ai vu quelque chose passer dernièrement sur la proportion de personnes sédentaires pendant le COVID. C'était assez terrible ».

Le rapport de l'OMS de 2020 concernant les recommandations sur l'activité physique n'est familier pour aucune des participantes. C'est un constat général entre elles. Si des éléments sont cités comme le nombre de pas par exemple, elles ne savent pas d'où viennent ces recommandations.

ESF3 : « [...] je n'étais pas du tout au courant qu'il y avait un rapport ».

4.1.2 Bénéfices évoqués de l'AP

Le premier élément qui revient sur l'utilité de l'activité physique concerne la gestion du poids de la femme enceinte, notamment pour la prévention d'un diabète gestationnel.

ESF1 : « une prise de poids trop conséquente pourrait exposer à un risque de diabète gestationnel ».

L'aspect préventif de l'activité physique est également largement cité. Divers effets préventifs sont ainsi évoqués, allant des pathologies comme la macrosomie fœtale aux douleurs ligamentaires et articulaires, en passant par des marqueurs physiologiques comme la hausse de la fréquence cardiaque ou la hausse de la tension.

ESF1 : « [...] risque de macrosomie fœtale »,

ESF3 : « [...] les douleurs par exemple des ligaments », « la fréquence cardiaque »,

ESF4 : « [...] les « douleurs dorsales, lombaires »,

ESF5 : « [...] l'hypertension » (ESF5).

Si ces données concernent majoritairement la santé de la mère, il ne faut pas oublier que les recommandations font également état de bénéfices pour la santé du fœtus au cours de son développement et même pour plus tard. Cependant, les connaissances se montrent plus limitées pour les apports de l'activité physique pour la santé du futur bébé. Deux étudiantes n'en font absolument pas mention, et pour les autres lorsque c'est le cas cela se fait de façon superficielle et toujours vague, reflétant d'un manque de maîtrise du sujet. L'exception concerne par contre l'ESF5, qui semble avoir des connaissances plus poussées sur le sujet grâce à ses recherches personnelles, une conférence sur le sujet, et de la lecture d'études récentes.

ESF1 : « [...] et aussi pour le bébé également », « [...] l'activité physique est importante [...] pour elle et le bébé ».

ESF3 : « je n'ai pas de notion d'amélioration pour le bébé, je pense que c'est plus par rapport à la santé de la femme ».

ESF5 : « les bébés qui sont un peu trop gros », « bénéfiques à long terme sur la santé de l'enfant plus tard ».

Un autre élément non négligeable revenant assez fréquemment concerne l'aspect bénéfique pour le bien-être de la femme. Les étudiantes n'ayant pas abordé les bénéfices pour l'enfant se concentrent davantage sur cet aspect de l'AP.

ESF2 : « bien-être personnel », « pour le moral »,

ESF4 : « le sport permet d'évacuer le stress », « surtout au niveau du bien-être ».

ESF5 : « se sentir mieux dans sa tête ».

Une différence sur ce besoin d'AP est faite selon le contexte de la patiente qui se présente. En effet, il en ressort que les besoins d'une femme présentant une grossesse classique et sans complications seraient différents d'une patiente ayant un contexte particulier et avec qui il faudrait faire davantage de préventif et d'intervention pour éviter d'aggraver les choses.

ESF1 : « patiente qui est de base sportive [...] enfin une grossesse toute physiologique » et des patientes avec « des contextes particuliers [...] pour éviter des comorbidités ».

4.2 Thème 2 : AP et SF

4.2.1 Formation théorique

Ce qui ressort majoritairement au sujet de la formation, c'est l'absence de cours en école de maïeutique qui serait réservé stricto sensu à l'activité physique et ses effets. Cette notion est abordée dans d'autres matières par moment mais elle ne fait pas l'objet d'un sujet d'enseignement dédié.

ESF1 : « [...] il n'y a pas de cours consacré à l'activité physique et son utilité pour la population non plus », « ils rappellent que l'activité physique est importante pour la femme enceinte », « il n'y a pas du tout de cours consacré à l'activité physique pendant la grossesse », « [c'est évoqué] de façon assez générale à l'école »,

ESF2 : « [dans le cours sur] la nutrition pendant la grossesse »,

ESF3 : « [le cours sur] l'obésité et la prise de poids [qui contenaient] quelques petites diapos sur l'activité physique ».

Malgré tout, les étudiants ont eu quelques informations par d'autres biais, comme les sites gouvernementaux, et aussi les campagnes diffusées à la télévision.

ESF3 : « [par] des sites du gouvernement comme mangerbouger.fr »,

ESF4 : « [par] la télévision ».

Il existe néanmoins de nos jours des formations et des conférences accessibles en libre-service, ce que l'ESF5 a suivi de son propre chef pour se renseigner sur le sujet.

ESF5 : « C'était via un site parce que je suis abonnée à un site qui fait des conférences, je crois que s'appelle ça s'appelle « Sage Femme Pratique », et en fait il y a des conférences qui sont proposées assez régulièrement sur différents sujets, il suffit juste de suivre le lien et d'assister à la conférence avec des professionnels ».

4.2.2 Formation clinique

Les futures maïeuticiennes ont pu nous faire part de leurs expériences en stage sur l'AP. Ainsi, le sujet de l'AP ne serait pas nécessairement abordé, et il y aurait potentiellement comme explication la quantité relativement importante de points à énoncer pour préparer à la grossesse, le facteur temps étant ici limitant.

ESF3 : « je ne l'ai jamais entendu et je ne l'ai jamais dit non plus ».

ESF4 : « je n'ai pas vu spontanément des sages-femmes en parler librement comme ça ».

ESF1 : « on a énormément d'informations à donner en début de grossesse, et ça ne fait pas partie des plus importantes », « [je n'ai] jamais discuté avec une patiente pendant 15 minutes de comment gérer l'activité physique pendant la grossesse ».

Cependant, le sujet serait évoqué si la patiente en fait la demande.

ESF1 : « si la patiente ne nous demande pas, [...], on ne va pas spontanément lui dire dans nos conseils de début de grossesse », « vraiment lorsqu'elles sont enceintes c'est plus à leur demande »,

ESF5 : « si la patiente me demandait »,

ESF4 : « elles en ont parlé d'elles-mêmes ».

Si la patiente présente des troubles de poids, il semblerait que ce soit également une façon d'aborder le sujet, même si dans ce cas le but de cette intervention serait de stopper l'évolution de la situation plutôt que d'en prévenir les effets.

ESF1 : « [lors d'] une prise de poids conséquente, [même si] si on l'avait dit depuis le début peut-être qu'on n'en serait pas là ».

Au cours des stages de formation, il leur a été possible de réaliser que l'éducation était une de leurs attributions les plus importantes. En théorie, il faut être capable d'expliquer et de développer pourquoi il est conseillé de faire ceci ou cela, afin de favoriser la compréhension des patientes. Dans les faits, ce n'est pas toujours évident.

ESF3 : « [le rôle des sages-femmes est] d'essayer d'accompagner les femmes au mieux (...) de leur apporter tout ce qui est possible », « [certaines patientes] ont un peu du mal des fois à comprendre un peu la globalité et les bienfaits que [l'AP] peut apporter ».

ESF1 : « on n'a presque pas de conseils à leur donner à part le fait de dire qu'une femme enceinte n'est pas malade, donc elle peut faire du sport, mais tout en s'écoulant (...) [c'est] le plus gros conseil qu'on puisse leur donner [pour la promotion de cette AP] ».

4.2.3 Connaissances des SF

4.2.3.1 Partie 1 : Manque

Bien que les effets de l'AP cités ne soient pas la liste exhaustive des bénéfices fournis par la HAS, il en ressort un certain nombre de connaissances intéressantes. Cependant, certaines réponses restent quand même superficielles, générales et non développées. Si les étudiantes présentent des connaissances générales sur les bienfaits de l'activité physique, il n'en reste pas moins que c'est peut-être un sujet qui mériterait d'être approfondi, surtout compte tenu du nombre de preuves qui démontrent son efficacité par des articles scientifiques par exemple, dont les étudiantes ne semblent pas avoir connaissance.

ESF2 : « [l'AP permettrait] d'éviter plein de pathologies ».

ESF4 : « je pense que non. Je ne pense pas [que l'AP permettrait de réguler des événements physiologiques] ».

ESF3 : « peut-être la fréquence respiratoire pour la femme, mais non je ne verrais pas trop de rapport. Ça ne me vient pas trop en tête ».

ESF1 : « je pense qu'il y en a d'autres [d'intérêts de pratiquer de l'AP pour une femme enceinte] hein, mais... (Pause) ». « il n'y a pas du tout de cours consacré à l'activité physique pendant la grossesse, justement parce que, enfin j'ai l'impression, qu'il n'y a pas tant d'études que ça, enfin qu'il n'y a pas de trop de développement là-dessus ».

Sans être réellement à jour sur les recommandations officielles d'AP pour les femmes enceintes, les étudiantes évoquent quand même le fait de pratiquer une AP, mais de façon très modérée, ou alors de manière adaptée, mais sans être très précises sur le sujet.

ESF1 : « la femme enceinte peut faire n'importe quel sport toute seule, tant qu'elle s'écoute et qu'elle ne va pas au bout de ses limites ».

ESF4 : « après de là à faire 30 minutes d'activité par jour, ça peut être beaucoup pour une femme enceinte ».

ESF2 : « [les sports pratiqués antérieurement sont] un petit peu à adapter avec la grossesse ».

Tout au long de ces entretiens, les étudiantes présentent des signes d'hésitation soulevant parfois des approximations face à des informations qu'elles ne semblent pas avoir. Il y a une certaine incertitude concernant le sujet de l'AP chez la femme enceinte, notamment lorsqu'il est question des

recommandations officielles. Dans les faits, les propos ne sont pas faux, cependant le champ lexical employé, la tonalité et la gestuelle indiquent qu'il réside encore des inconnus dans ce domaine.

ESF1 : « un petit peu », de grandes pauses, « je pense »,

ESF2 : « par logique »,

ESF3 : « je crois savoir »,

ESF4 : « euh ».

L'ESF5 semble être l'exception. Elle ne présente pas de signe d'incertitudes. Ses réponses sont claires, précises et riches, puisqu'elle est à l'aise avec le sujet grâce à une conférence qu'elle a suivi par ailleurs sur la thématique.

4.2.3.2 Partie 2 : Envie d'en savoir plus

Il ressort de ces entretiens un manque sur les connaissances relatives à l'AP, une envie d'en savoir plus sur ses bienfaits ainsi que sur les modalités qui pourraient permettre de la mettre en place plus facilement.

ESF5 : « ça devient de plus en plus essentiel de former les gens. Mais pour former les gens, il faut déjà former les professionnels ».

ESF1 : « c'est une thématique qui mériterait d'être développée et d'être plus mise en valeur ».

ESF2 : « je pense que c'est pas mal qu'on soit un minimum informées là-dessus ».

En évoquant leur future pratique professionnelle, les étudiantes mettent en avant une façon de pratiquer incluant l'AP. Que ce soit de leur propre chef, ou avec d'autres méthodes comme l'interprofessionnalité ou le fait de déléguer ce rôle d'information, elles envisagent d'aborder le sujet avec leurs patientes.

ESF4 : « [je] pense que [je] parlerai [de l'AP] à mes futures patientes ».

ESF3 : « [Dans le cas de patientes moins réceptives à un discours sensibilisant sur l'activité physique, la proposition] d'au moins voir avec elle une activité qui peut être adaptée pendant la grossesse [...] [même si elle estime qu'elle n'est] pas qualifiée [...] pour vraiment rentrer dans les détails ».

ESF3 : « si la femme a un contact avec un kiné par exemple ou un ostéopathe, ça pourrait être des personnes qui pourraient être plus qualifiées pour par la suite orienter vers des professionnels autour du sport ».

ESF5 : « leur demander pourquoi elles ne s'investissent pas plus dans cette activité physique », « [pour ensuite] proposer un accompagnement plus adapté ».

Face à toutes ces réponses, nous pouvons envisager que ces étudiantes se sensibilisent progressivement aux bienfaits de l'activité physique et commencent à penser à l'inter-professionnalité autour de ce sujet.

4.3 Thème 3 : Interprofessionnalité

4.3.1 Autour de la FE

Pour reprendre un consensus qui ressort de ces entretiens : L'interprofessionnalité autour des femmes enceintes est un sujet « vaste » (ESF1), « fondamental » (ESF2) et « primordial » (ESF3).

ESF2 : « La femme enceinte a besoin de différents pôles de profession (...) toutes les professions doivent être intégrées dans le suivi de grossesse ».

ESF3 : « [ce ne sont pas les SF] qui [ont] tout le monopole et toutes les formations ».

La femme enceinte apparaît ainsi comme une candidate idéale pour l'inter-professionnalité. Il faut donc savoir qui sont ces professionnels qui font partis actuellement du parcours de soin de ces patientes.

Nous avons pu compter : « les médecins et les médecins traitants » (4 fois), « les psychologues » (2 fois), « les gynécologues » (3 fois), « les endocrinologues » (2 fois), « les pédiatres » (1 fois), « la protection médicale maternelle et infantile » (1 fois), « les diététiciens » (2 fois), « les addictologues » (1 fois), « les diabétologues » (1 fois), « les ostéopathes » (2 fois).

4.3.2 L'AP comme thématique interprofessionnelle

Comme vu précédemment, les étudiantes reconnaissent un manque de connaissances sur le sujet de l'AP pour les femmes enceintes.

ESF2 : « avec le peu de formation [qu'on a eu], c'est bien que d'autres soient calés là-dessus », « ça pourrait être intéressant en effet de les orienter vers quelqu'un qui pourrait prendre en charge tout cette sphère-là ».

Un autre point de vue reste celui qui vise à adapter sa prise en charge directement selon la patiente. L'utilisation de l'interprofessionnalité dépendrait ainsi du contexte de vie de la patiente, et surtout de ses antécédents sportifs par exemple. L'interprofessionnalité ne serait donc utile que dans le cas où la patiente ne pratiquerait pas d'AP, ou présenterait une comorbidité.

ESF1 : « [L'utilité de l'inter-professionnalité dans ce domaine] dépend aussi beaucoup de chaque contexte [avec notamment une différence entre une] patiente qui est de base sportive [...] enfin une grossesse toute physiologique et [des patientes avec] des contextes particuliers [...] pour éviter des comorbidités ».

Actuellement lors des consultations, plusieurs étudiantes évoquent comme proposition des cours de yoga, de pilates ou de natation qui seraient donnés par des SF libérales. Cette proposition, bien que progressive dans le champ de la promotion de l'AP, souligne une solution qui reste interne à la même profession et n'ouvre pas les portes à l'interprofessionnalité.

ESF3 : « des séances de yoga, ou d'autres activités comme la natation » sous l'accompagnement d'une sage-femme libérale.

En dehors de cette proposition intra-professionnelle, d'autres professions seraient aptes à prendre en charge des femmes enceintes dans le domaine de l'AP.

Un intervenant apparaissant pour trois étudiantes sur cinq est un coach sportif, malgré que cela implique un certain coût à la charge de la patiente.

ESF2 : « [un coach] qui est adapté aux femmes enceintes, qui sait s'y prendre avec les femmes enceintes »

ESF5 : « [un coach qui a suivi] des spécialisations qui existent dans [son] domaine ».

ESF1 : « [Les interventions du coach] c'est quelque chose qui n'est pas du tout remboursé, ce serait à la charge de la patiente du coup totalement », « [j'aurais du mal à dire à ma patiente allez-y payez 50€ la consultation avec le coach sportif par semaine ».

D'autres professionnels sont cités, comme les éducateurs sportifs.

ESF3 : « c'est eux aussi qui peuvent être formés pour accompagner les femmes enceintes, car ce sont quand même des patientes spécifiques au niveau de la prise en charge ».

ESF5 : « pourquoi pas les éducateurs sportifs » mais ajoute qu'il faudrait quand même une spécialisation.

4.3.3 A propos des MK

Les masseurs-kinésithérapeutes sont cités dans chaque entretien comme un intervenant potentiel pour aborder l'AP. Il est mis en avant que ce serait un intervenant de choix notamment par rapport à ses connaissances anatomiques et physiologiques, et aussi au fait qu'il appartienne au domaine médical, ce qui apporte une sécurité supplémentaire aux patientes.

ESF5 : « [une approche qui serait] « plus respectueuse de la physiologie, et avec des connaissances de cette physiologie ».

ESF4 : « au niveau anatomie [ils savent] mieux même au niveau des douleurs et de ce genre de choses pour les femmes enceintes ».

ESF2 : « [les MK ont] des bases anatomiques qui sont bien plus poussées que les [nôtres] ».

ESF5 : « garder ce cadre médical qui peut en rassurer certaines »,

ESF3 : « ça rassure d'autant plus les patientes d'aller voir une personne qui est formée pour pouvoir les encadrer au mieux ».

En revanche, en ce qui concerne la place des MK dans le parcours de soin de la femme enceinte, ils n'apparaissent pas spontanément dans les professionnels cités, et ils ne sont même pas évoqués pour trois étudiantes sur cinq. De ce qui est relevé, leur rôle dans la grossesse se limite au post-partum, avec la rééducation abdomino-périnéale. Si une fois un objectif de mobilisation est annoncé, l'étudiante précise qu'elle ne sait pas si il s'agissait de la bonne orientation pour cette prise en charge.

ESF1 : « ils n'ont absolument pas [de place] à part en post-partum en fait [avec la] rééducation du périnée ».

ESF4 : « pour la rééducation abdominale », « pour la rééducation du périnée ».

ESF4 : « douleurs de bassin et pour se mobiliser » comme elle a pu le conseiller à une patiente une fois, mais le doute plane lorsqu'elle précise « je ne sais pas si on l'avait bien orienté, ou si ça aurait dû être plutôt vers un ostéo ».

Ces quelques commentaires nous emmènent vers la représentation du MK selon les idées que les étudiantes peuvent en avoir. A l'exception d'une participante, ce qui ressort majoritairement de ces entretiens c'est l'absence générale de connaissances des étudiantes à propos de leur savoir sur les compétences du MK.

ESF2 : « je ne connais pas tout votre champ de compétence précis en fait »

ESF3 : « si je dois être honnête non pas trop [de connaissances sur le champ de compétences des MK]»

ESF4 : « je vais être honnête, non pas tellement [de connaissances sur les compétences des MK],

ESF5 : « pas vraiment [de connaissances sur les compétences des MK] j'avoue ».

ESF1 : « ils soignent par l'activité physique », « leurs compétences c'est de promouvoir l'activité physique et sportive pour tous leurs patients », « j'ai l'impression que leur activité en règle générale elle est liée à 1000% à l'activité physique ».

Ce manque de renseignement à propos des prérogatives attribuées aux MK laisse place à de nombreuses idées reçues erronées, qui peuvent freiner la mise en place de l'interprofessionnalité par soucis d'un manque de capacité à expliciter l'utilité des autres professions. Le MK se retrouve alors bloqué dans une vision plus ancienne de la masso-kinésithérapie, uniquement basée sur la rééducation, sans notion d'éducation de conseils ou d'expertise du mouvement.

ESF3 : « je ne savais pas que ça pouvait être l'un des acteurs [de promotion de l'AP], enfin je ne suis pas assez au courant dessus pour pouvoir orienter les femmes au niveau des compétences du masseur-kinésithérapeute ».

ESF5 : « j'ai cette vision un peu générale complètement cliché du kiné, qui intervient sur une douleur de dos qui est récurrente et qu'il faut traiter, ou pour une rééducation après une blessure chez un sportif ».

ESF2 : « j'ai plus cette image de rééducation que cette image d'accompagnement dans le sport ».

ESF3 : « en tête et en mémoire, je n'ai pas le fait d'accompagner vraiment, enfin ce serait un peu comme nous, ce serait pour donner des conseils, etc, mais pas de là à accompagner les femmes pendant l'activité sportive », « ce sont surtout les manipulations, en lien avec le sport ça pourrait être un acteur mais peut-être pas pour encadrer et prendre la prise en charge des patientes ».

ESF1 : « moi on m'a dit que c'étaient les kinés qui ne veulent pas [s'occuper des femmes enceintes], après on m'a dit qu'en fait ils ne peuvent pas, donc en fait je ne sais pas ».

Face à toutes ces données mettant en avant le manque de place existante pour les MK dans le parcours de soin lors de la grossesse, les entretiens se sont soldés généralement en faveur d'une ouverture à la masso-kinésithérapie dans le parcours de la femme enceinte. Cela permettrait aussi de former un bon contact avant la prise en charge en post-partum.

ESF1 : « je pense qu'ils n'ont pas de place tout simplement [...] dans l'état actuel des choses [mais qu'ils] devraient en avoir une, ça pourrait être très intéressant ».

ESF4 : « ils devraient avoir leur place [même si je] ne connais pas trop leur domaine et comment ils interviennent sur la dépense, enfin comment ils aident à se dépenser et à avoir une activité physique régulière, [ce serait utile pour] ces femmes qui ont du mal à avoir une activité ou qui veulent faire de petits exercices pour se mobiliser ».

ESF2 : « [cela permettrait] d'établir un lien avant, pendant la grossesse, parce qu'après c'est des kinés qui peuvent les voir pour la rééducation abdomino-pelvienne ».

4.4 Thème 4 : Freins et leviers à l'interprofessionnalité MK/SF

Pour finir, nous allons aborder l'interprofessionnalité directement entre les deux professions qui nous intéressent, en parlant des freins qui limiteraient cette collaboration, ainsi qu'aux leviers qui, au contraire, permettraient de la faciliter.

4.4.1 Les freins

❖ **Méconnaissances sur la profession de MK**

La méconnaissance interprofessionnelle est certainement l'un des plus gros freins de cette collaboration. Au final, comment organiser une relation de soin de façon conjointe sans savoir quelles sont les attributions et les compétences propres à chaque profession ? Il est difficile de parler et d'orienter une patiente vers un professionnel dont on ignore les prérogatives, puisque les explications à la patiente seraient plutôt minces.

ESF3 : « la méconnaissance [...] est le facteur principal », « ne pas savoir quels sont les rôles des autres, et les possibilités qu'ils peuvent nous apporter pour la prise en charge des patientes », « je ne suis pas assez au courant pour savoir orienter les femmes au niveau des compétences du masseur-kinésithérapeute ».

ESF2 : « on ne nous dit absolument pas ce que [les MK] peuvent leur apporter ».

ESF1 : « [elles] ne savent pas forcément ce qu'[un kiné] pourrait apporter concrètement », « [elles ne savent pas comment l'aborder [et] comment montrer son utilité », « les patientes ne savent pas non plus forcément l'importance que ça a ».

ESF4 : « je me rend compte que finalement je ne sais pas trop ce qu'ils peuvent faire pendant la grossesse ».

❖ L'absence de lien entre le MK et la SF

Il faut également mettre en avant le fait que ce sont deux professions qui sont rarement associées dans la vie de tous les jours. Il n'y a pas ou peu de relation interprofessionnelle entre ces deux métiers, que ce soit dans la pratique professionnelle ou dans le cadre de notre formation.

ESF5 : « deux professions qu'on n'associerait pas forcément ».

ESF2 : « on ne parle pas énormément de [la profession de MK] dans notre formation [...], à l'école on ne nous apporte absolument pas de connaissances là-dessus ».

ESF1 : « à partir du moment où on dit femme enceinte on ne dit pas kiné derrière, donc déjà là ça bloque », « on n'a jamais trop communiqué ensemble en fait », « on n'a jamais appelé un kiné pour lui dire j'ai vu telle patiente, jamais ».

❖ Le manque de cours sur l'interprofessionnalité

Dans les freins qui apparaissent, il y a également l'absence d'élément de formation au sein du cursus sur l'interprofessionnalité.

ESF1 : « pas énormément de cours sur l'inter-professionnalisme », en dehors du fait d'appeler le médecin en cas de maladie. En dehors de ça, il est dit « qu'on ne [...] parle pas trop d'appeler quelqu'un d'autre ».

❖ L'organisation du parcours de soin —> L'orientation des patientes

Un autre frein très clair mis en avant concerne l'organisation du parcours de soin. En effet, les étudiantes indiquent clairement qu'elles ne savent pas vers qui orienter leurs patientes pour l'AP. Certaines s'orienteraient directement vers leurs collègues de la même profession, d'autres délègueraient le rôle de conseil d'orientation à un autre professionnel, tandis que d'autres pourraient tenter d'orienter vers un autre professionnel, mais sans toutefois être sûre de faire le bon choix.

ESF3 : « je ne sais pas trop forcément dans quelle discipline sportive, ou quel métier autour du sport pourrait être assez qualifié pour prendre en charge des femmes enceintes comme ça », « si la femme a un contact avec un kiné par exemple ou un ostéopathe, ça pourrait être des personnes qui pourraient être plus qualifiées pour par la suite orienter vers des professionnels autour du sport. Mais après, moi spontanément, je ne saurais pas vers qui orienter ».

ESF4 : « je ne sais pas si on l'avait bien orienté [la patiente avec des douleurs au dos], ou si ça aurait dû être plutôt vers un ostéo ».

4.4.2 Les leviers

❖ Le cabinet pluridisciplinaire

Lorsqu'on parle des leviers qui sont envisageables pour améliorer la collaboration entre ces deux professions, tout le monde tombe d'accord sur le cabinet pluridisciplinaire. Effectivement, travailler

au même endroit permet de faciliter la communication entre les professionnels. Dans le cas d'une femme enceinte, il est supposé que cela l'arrange grandement d'effectuer tous ses soins au même endroit.

ESF3 : « la communication [...] pour parler entre professionnels »,

ESF4 : « d'échanger plus facilement avec le ou la kinésithérapeute sur la prise en charge »

ESF2 : « travailler avec un collègue kiné ça permet de discuter sur la profession et de proposer des choses ensemble »

ESF5 : [La SF pourrait] « envoyer à son collègue ses patientes ».

ESF1 : Ce qu'elles « apprécient vachement [...] là elles font tout en même temps ».

Nous observons donc une entente de toutes les étudiantes interrogées, qui axent sur les aspects de la communication, de l'échange, du partage et de la collaboration.

❖ **Le gain de connaissances sur les différents métiers**

Pour favoriser l'interprofessionnalité, les étudiantes s'accordent à dire qu'il faudrait gagner en connaissances entre les différentes professions. Pour promouvoir l'AP par les MK, il faut des connaissances à la fois sur l'AP et sur le métier de MK. Avoir davantage de connaissances permettrait de savoir dans quelle mesure il est possible d'orienter une patiente vers ce professionnel, et surtout cela créerait du lien.

ESF2 : « déjà d'avoir des informations là-dessus, en tout cas sur les compétences des kinés déjà ».

ESF4 : « avoir plus de connaissances [sur les compétences du kinésithérapeute] ça aiderait (...) et aussi dans quel cadre on peut l'orienter ».

ESF1 : « [évoque] un cours pour discuter de quel professionnel appeler dans quelles circonstances, et avec qui c'est intéressant d'interagir ».

L'interprofessionnalité n'étant pas à sens unique, il faudrait songer à aborder également la profession de SF dans la formation MK, afin d'avoir un maillage plus solide.

ESF5 : « il serait bien de commencer par informer à la fois les sages-femmes sur les compétences des masseurs-kinésithérapeutes, et peut-être inversement les kinés sur la profession de sage-femme ».

Dans cette optique, une rencontre entre les professionnels pourrait permettre d'aborder divers sujets.

ESF5 : « un module de quelques heures, où [...] pourraient se rencontrer à la fois les kinés et les sages-femmes, comme dans une sorte de forum un peu, et où on pourrait discuter ensemble de nos professions propres [...] pour trouver des points communs, des points à améliorer [entre les deux professions] ».

❖ La formation sur l'activité physique

Tout d'abord, un point exposé dans notre raisonnement consiste à souligner quelques manques de connaissances sur les effets de l'AP pour la femme enceinte. Il faudrait donc intégrer des notions d'AP directement dans le cursus de formation, pour sensibiliser au moins sur le sujet et créer l'envie d'en savoir plus. Effectivement, cette promotion tendrait à exposer les bénéfices et donc à initier par exemple des collaborations pour la mettre en place.

ESF5 : « intégrer [l'activité physique] pourquoi pas à la formation ou aux cours sur les pathologies de grossesse, pour promouvoir le fait que l'activité physique diminue un petit peu toutes les pathologies ».

ESF1 : « il n'y a pas du tout de cours consacré à l'activité physique pendant la grossesse, justement parce que, enfin j'ai l'impression, qu'il n'y a pas tant d'études que ça, enfin qu'il n'y a pas de trop de développement là-dessus ».

❖ Ouvrir les réseaux

Une autre solution serait d'intégrer le MK dans le parcours de soin de la femme enceinte, qui jusque là est vraiment centré sur l'aspect médical.

ESF3 : « ouvrir des réseaux sur la périnatalité et en élargissant un petit peu les métiers qui rentrent dedans », « [puisque jusque là] il est vraiment centré sur la grossesse », « de bonnes choses peuvent ressortir en [ouvrant] aussi au bien-être ».

ESF5 : « Peut-être que s'il y a des professionnels qui sont intégrés au parcours de soin classique... ».

❖ Intégrer la femme enceinte au parcours de soin

La relation de soin mise en avant à l'heure actuelle est une relation qui prend en compte à la fois les compétences du professionnel de santé, mais aussi le point de vue du patient. Ce dernier fait donc partie intégrante du système de soin. Sensibiliser les femmes enceintes et les rendre actrices de leur prise en charge en leur expliquant les bénéfices et les modalités de pratique de l'AP permettrait d'ajouter un acteur favorable à cette intervention. Si cette notion d'activité physique pendant la grossesse était connue dans tous ses bienfaits, peut-être que les patientes seraient davantage demandeuses, et que cela insisterait à davantage d'interprofessionnalité.

ESF5 : « il faudrait informer les femmes aussi [...] des bénéfices, et sur ce qu'elles pourraient trouver par l'accompagnement d'un kiné, en complémentarité avec l'accompagnement d'une sage-femme ».

❖ Ouverture des séances de préparation à l'accouchement

Les sages-femmes proposent quelques séances de préparation à l'accouchement, à la grossesse et en post-partum. Le nombre est limité, mais l'éventualité d'une collaboration avec l'intervention d'un MK pour l'AP est une proposition intéressante. Malheureusement, ce genre de séance est limité, et l'AP ne figure pas au programme.

ESF2 : « ça aurait pu être intéressant de faire intervenir quelqu'un pour parler de cet aspect-là, du sport, et aussi au passage de la rééducation après », « ça pourrait être ce genre de choses mises en place, mais je ne sais pas comment c'est possible dans la vraie vie ».

5 DISCUSSION

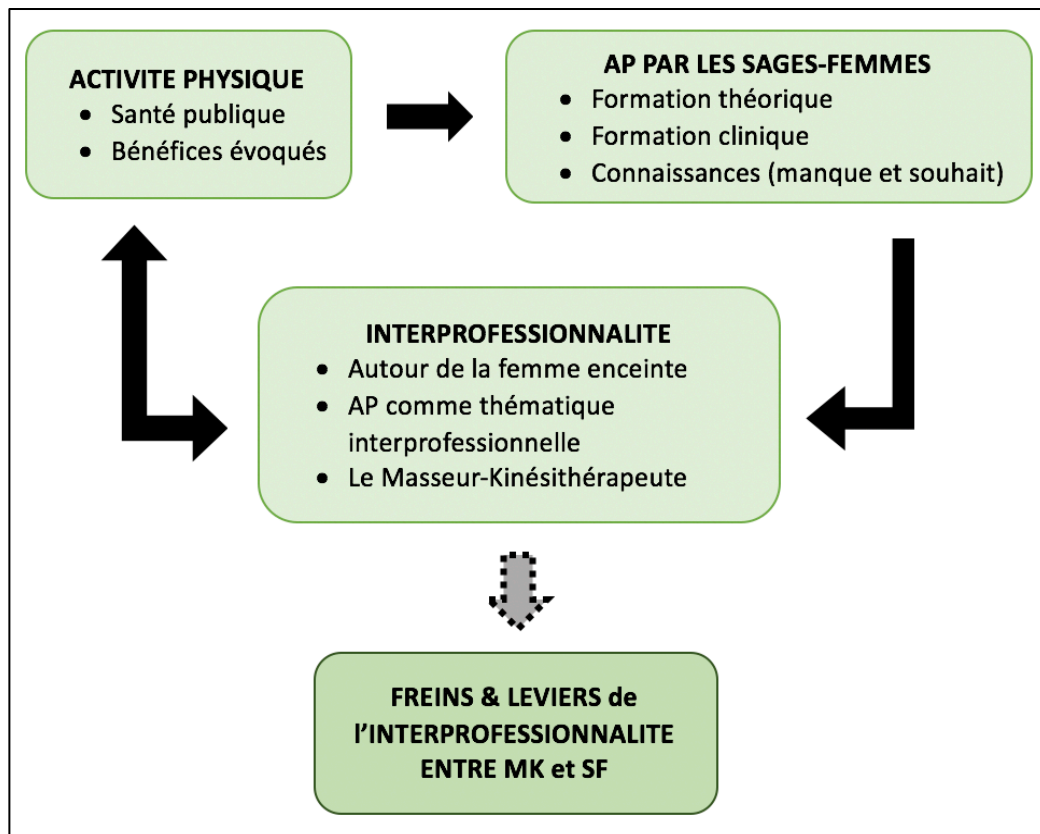


Figure 4 : Présentation des 4 thèmes d'analyse, des sous-thèmes, et des liens qui les unissent

5.1 Synthèse

5.1.1 Grands thèmes

L'analyse de nos entretiens fait apparaître quatre grands thèmes, qui illustrent ensemble les points clés de ce travail de recherche (figure 4).

L'activité physique apparaît comme un enjeu de santé publique clé, à l'heure où le monde a fait face à la crise sanitaire du COVID-19. La pratique de cette AP engendre de nombreux bénéfices sur le plan physiologique, et cela pour toute la population, y compris les femmes enceintes.

En tant qu'enjeu de santé publique, cette AP se doit d'être promue par tous les professionnels de santé. Dans ce travail de recherche, nous nous intéressons aux femmes enceintes, c'est pourquoi les professionnels de santé ciblés ici sont les sages-femmes.

Il est alors justifié de s'intéresser aux sages-femmes et leurs actions sur l'AP, avec leurs formations théorique et clinique, ce qui fait au final ressortir un manque de connaissance sur le sujet.

Face à ce manque de connaissance, il convient de se demander si ce sont les professionnels les mieux placés pour aborder le sujet, avec toutes les informations qu'elles doivent déjà transmettre.

L'interprofessionnalité pourrait être une solution à ce manque d'information. En effet, c'est une thématique qui apparaît de plus en plus prometteuse pour l'évolution du système de santé. Si elle est mise en place au sens médical du terme autour de la femme enceinte, elle ne semble pas s'être imposée encore au niveau de l'AP pour la femme enceinte, malgré tous les bénéfices que cette pratique engendre. Un des acteurs formé dans le domaine de l'AP est le MK, mais son champ d'expertise et de compétence est relativement mal connu des sages-femmes, et sa place dans le parcours de soin de la femme enceinte ne semble pas exister.

Cette interprofessionnalité répond au besoin de santé publique général que représente l'AP, puisque de nombreux professionnels peuvent intervenir dans ce domaine, auprès de différents patients, et que par logique plus l'information est transmise, plus la population sera sensibilisée.

Grâce à ces réflexions, nos entretiens font apparaître des freins et des leviers à l'interprofessionnalité autour de l'activité physique de la femme enceinte, répondant ainsi à notre question de recherche.

5.1.2 Analyse

Plusieurs points majeurs ressortent de ce travail de recherche.

Tout d'abord, ces entretiens avec les étudiantes maïeuticiennes font apparaître un manque de connaissances dans le domaine de l'AP et de ses bienfaits pour la femme enceinte. Sans module de formation sur le sujet, **les étudiantes ne sont pas sensibilisées à la portée que cette pratique d'AP peut avoir pour leurs patientes**. Cela induit par la suite un manque de considération pour cette thématique qui est pourtant attestée scientifiquement comme bénéfiques pour ces patientes, et au final pourrait engendrer une perte de chance pour ces dernières. En effet, si leur professionnel de santé ne les a pas informé sur le sujet, il n'y a pas de raisons pour qu'elles s'y intéressent. Une analogie peut être faite à propos du fait qu'un médecin généraliste kinésiphobe tendrait à transmettre sa

kinésiophobie à ses patients douloureux (79), alors que le mouvement est officiellement démontré comme efficace contre la douleur. Ici, de la même façon, si le praticien n'est pas suffisamment informé des bienfaits du mouvement pour la femme enceinte et opte pour du repos et de la prudence, il transmettra ces idées là à la patiente, ce qui limitera quelque part l'efficacité de sa prise en charge.

Si elles n'y sont pas sensibilisées, cela peut nous interpeller sur la façon dont il serait possible de s'organiser pour que les femmes enceintes puissent bénéficier de cette prise en charge. Or, à ce sujet il y a un vide dans le système de santé à propos de l'AP pour la femme enceinte : Les SF ne savent pas vers qui orienter leurs patientes pour prendre en charge cet axe d'AP. Elles ne sont pas assez en confiance pour s'en occuper, mais il ne leur est **pas indiqué non plus de solution pour orienter les patientes vers un autre professionnel dont les compétences seraient adaptées**. Cela illustre un champ d'évolution potentiel au sein de leur formation de santé, qui laisse peut-être jusque-là de côté l'interprofessionnalité sur ce domaine. Or, le parcours de soin d'un patient doit être complet au maximum de ce qui est possible, c'est pourquoi l'interprofessionnalité est si importante de nos jours : Tous les domaines de compétences sont différents, mais c'est en les inter-croisant que l'on obtient le meilleur résultat.

Le fait de ne pas aborder l'interprofessionnalité dans le cursus de formation fait ressentir un cloisonnement du système de santé, ce qui fait que les professionnels de santé **n'assimilent pas la démarche de réorienter les patientes pour un sujet comme l'AP**, ou même de façon plus générale l'automatisme de raisonnement par l'interprofessionnalité. Si jamais un élément apparaît et ne s'illustre pas dans notre champ de compétence, le premier réflexe n'est pas d'aller voir un autre professionnel qui serait plus qualifié, alors que ce serait prometteur que ce soit le cas. Ici, les étudiantes SF reconnaissent ne rien dire sur l'AP à leurs patientes, et reconnaissent également ne jamais s'être posées la question de savoir vers qui les orienter. En réalité, plus une notion est acquise tôt dans un domaine, plus elle sera développée et utilisée par la suite. C'est pourquoi il est si important d'aborder l'interprofessionnalité dans le cursus de formation le plus tôt possible. Le système de santé gagnerait en efficience, à l'heure où il y a une surcharge de demande de prise en charge. Ces notions d'interprofessionnalité, de communication autour des professions de santé entre professionnels permettraient au final de réduire l'errance thérapeutique.

C'est une voie qui pourrait être intéressante à explorer, notamment en mettant davantage en avant les échanges entre les étudiants de différentes professions, pour les entraîner à collaborer et à communiquer sur différents thèmes.

Cette absence de la notion **d'interprofessionnalité dans le parcours de formation** présente également un frein interprofessionnel puisque les prérogatives de chaque profession ne sont pas abordées. Or, pour pouvoir travailler ensemble, il est essentiel de savoir quelles sont les attributions de chaque

professionnel. Ici, l'absence de sensibilisation des sages-femmes aux prérogatives du métier de masseur-kinésithérapeute fait apparaître des idées reçues ainsi qu'une réduction des compétences à une vision uniquement tactile du métier, qui laisse de côté toutes les évolutions que cette profession a reçu ces dernières années, notamment en termes d'éducation des patients et de raisonnement (80). Cela engendre une vision erronée de la pratique actuelle, et donc automatiquement un manque potentiel de réorientation adaptée possible. Effectivement, si les professionnels ne savent pas ce que peut faire un MK, les modalités de son travail, et ce qu'il peut apporter aux patientes par exemple dans le domaine de l'AP, il sera difficile de conseiller les patientes de se tourner vers ce même professionnel.

Ce sujet de recherche tend à rassembler deux professions qui sont rarement mises en relation : Les SF et les MK. En effet, **ce déficit de lien entre SF et MK** fait apparaître un manque dans les relations interprofessionnelles. Ce sont des corps de métier qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, alors qu'ils sont concernés par des problèmes de santé communs (femme enceinte, post-partum, périnée, etc) et que leur alliance pourrait être une véritable force.

Au cours des années de formation de ces deux métiers, il n'y a pas de relation avec l'autre, pas de module en commun, pas d'intervenant extérieur de l'autre profession qui vienne faire de l'enseignement. Les SF ne savent pas quelles sont les compétences des MK, et l'inverse serait sûrement vrai aussi. Ce manque d'interaction se fait sentir ensuite pour les patientes, puisque leurs professionnels de santé ne communiquent pas comme ils n'y ont pas été habitué.

Avoir des unités d'enseignement communes, ou un travail de collaboration, ou une intervention pluridisciplinaire autour de la femme enceinte par exemple ouvrirait la voie à l'interprofessionnalité dans ce domaine, et favoriserait au final la communication entre ces professionnels, que ce soit pour des travaux communs ou pour de la coopération autour des patientes.

Des projets de collaboration commencent à émerger entre ces professionnels, comme en 2020 pour le projet sur l'étude de la prise en charge d'un diastasis avec des MK et des SF (81). Ce sont effectivement deux professions que l'on n'assemblerait pas forcément au premier abord, mais qui au final ont des points communs de prise en charge sur lesquels l'interprofessionnalité aurait un grand impact.

5.2 Implications professionnelles du travail

5.2.1 Promotion de l'exercice coordonné

Ce projet de recherche fait notamment ressortir le besoin de collaboration entre les différents professionnels, et montre que les cabinets pluridisciplinaires sont un lieu de pratique qui plait de plus en plus et qui présentent de nombreux avantages. Telle que présentée dans la partie 2.Cadre

Conceptuel de ce travail, l'interprofessionnalité tend à devenir de plus en plus importante dans notre système de santé.

Plus généralement, il faut parler de l'exercice coordonné, qui vise à renforcer les liens entre les professionnels de santé. En fait, les professionnels vont s'organiser pour travailler ensemble dans un cadre formalisé autour d'objectifs communs, et au service d'une patientèle par exemple, ici les femmes enceintes. C'est d'ailleurs vers ce mode de pratique que penche le système de santé que l'on connaît actuellement, avec le projet Ma Santé 2022 (56).

Ce que mettent en avant ces recherches, c'est qu'en tant que masseurs-kinésithérapeutes de demain, nous nous devons d'être des moteurs dans cette interprofessionnalité, et nous devons être force de proposition pour aller vers les SF par exemple et développer des liens.

Au-delà des liens que cela permettrait entre ces deux professions, cette solution s'appliquerait aussi à d'autres professions de santé, afin de permettre une offre de soin la plus développée et la plus riche possible, directement au sein de la même institution. De nos jours, nombreux sont les étudiants qui se questionnent sur cet exercice coordonné, et cela promeut naturellement l'interprofessionnalité.

Avoir davantage de proximité entre les professions permettrait l'élaboration de projet pluridisciplinaires communs. Cela pourrait passer par des ateliers, des interventions, etc. Si ces professionnels sont mieux au courant de leurs qualifications respectives, ils pourraient voir des avantages à travailler conjointement sur un projet, afin de réunir le maximum de personnes qualifiées pour le mener à bien.

Il y a de plus en plus d'injonction à créer des ateliers de santé publique dans les maisons de santé (82), alors pourquoi cette optique ne serait pas envisageable avec des masseurs-kinésithérapeutes et des sages-femmes, sur un aspect de leur pratique qui se rejoindrait, comme les femmes enceintes et l'activité physique ?

Par exemple, un atelier d'activité physique dynamique collectif animé quotidiennement par une SF et un MK serait une option à envisager. La présence d'une sage-femme pourrait légitimer ce type de pratique et apporter des connaissances et des compétences, tandis que le MK s'occuperait de la partie éducation et pratique de l'AP. Les femmes enceintes se sentiraient entourées et en sécurité.

5.2.2 Communications SF/MK

Cette collaboration en exercice coordonné ne peut se faire qu'à condition que ces professionnels communiquent davantage entre eux.

Puisqu'il y a des méconnaissances au niveau de chaque profession, il faudrait mettre en place des temps d'échange, de discussion, pour arriver à ce que chacun comprenne les prérogatives et les qualifications de l'autre.

Afin de favoriser la communication entre les différentes professions, il semblerait intéressant au cours de son installation professionnelle de se présenter dans un périmètre proche aux différents professionnels avoisinants : Sages-femmes, médecins traitants, ostéopathes, etc. C'est une démarche qui permettrait de proposer davantage de contacts aux gens, d'échanger plus facilement au sein d'une zone géographique ciblée, et de pouvoir travailler par la suite sur des projets pluridisciplinaires.

Par analogie, il y a de la communication et de l'interprofessionnalité entre les médecins prescripteurs et les MK, étant donné que ces derniers sont soumis à la prescription des premiers. Il faudra appliquer cela aussi aux SF : Décrocher son téléphone pour communiquer à propos d'une patiente ou pour demander des précisions sur sa prise en charge, échanger des mails sur l'évolution de la grossesse...

Le Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK) « permet d'établir un plan de soins complet et individualisé, d'échanger avec son patient et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur » (83). Cet élément d'information et de communication pourrait également être transmis à la SF de la patiente, de façon à la tenir informée du plan d'action mis en place. Ainsi, ce ne serait plus aux patients de transmettre les informations, mais directement aux professionnels.

Cette communication laissée à la responsabilité du patient a également été évoquée comme un frein de la relation entre le MK et le médecin généraliste (84), et si le BDK (ou le Dossier Médical Partagé d'un patient) vise à corriger ce manque entre eux, cela devrait également être adaptable avec la SF.

5.2.3 A l'échelle de la formation initiale

Il est possible d'imaginer, en se projetant, que ce sujet d'étude pourrait être repris et utilisé par la suite pour entraîner une évolution de la formation dans les écoles de masso-kinésithérapie et de maïeutique de Nantes.

Ce travail vise déjà à souligner un besoin de formation sur le sujet de l'interprofessionnalité et de la connaissance des différents métiers de la santé. Ainsi, un intervenant de chaque profession dans l'école de l'autre inviterait peut-être à ouvrir les mentalités sur le sujet.

5.3 Limites

Réaliser et écrire ce travail de recherche a été très instructif, mais avec le recul il est possible de faire ressortir des limites à cette étude.

5.3.1 Les profils des participantes

Les profils des étudiantes sont relativement semblables dans leur ensemble. Cependant, deux particularités ressortent :

- L'ESF1 est en relation personnelle avec un futur masseur-kinésithérapeute, ce qui explique ses nombreuses connaissances sur le métier, là où ses camarades se montraient nettement moins informées.
- L'ESF5, quant-à elle, a suivi la même formation que ses collègues, à l'exception près qu'elle a assisté à une conférence sur l'Activité Physique et la Grossesse, ce qui a considérablement accru ses connaissances sur le sujet, et lui a permis notamment de nous parler du développement de l'enfant, des recommandations, etc.

Ces exemples illustrent très nettement le fait que si davantage de connaissances sont apportées, que ce soit sur le sujet de l'activité physique ou la présentation du métier de masseur-kinésithérapeute, alors les étudiantes sont beaucoup plus à l'aise sur le sujet, et leurs réponses en sont d'autant plus pertinentes.

Il est également à souligner qu'il s'agit d'étudiantes en dernière année. Ce choix a été fait pour des raisons de facilité logistique, mais également pour intégrer l'impact de la formation sur notre sujet d'étude. Choisir d'initier cette démarche au sein d'une population encore en formation était un choix d'avenir, qui vise à faire naître le questionnement de l'interprofessionnalité dans leur pratique future. Cependant, ce ne sont pas des professionnelles diplômées, et à ce sens il leur manque certainement une part d'expérience dans leur pratique professionnelle.

5.3.2 L'investigateur

Si l'entretien a été mené de telle sorte qu'il soit le plus objectif possible, il reste néanmoins à préciser que les questions étaient posées par une étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie dans le cadre de son mémoire d'étude. Ainsi, il faut envisager ce biais, qui a pu « orienter » les réponses des patientes en citant par exemple les MK comme des intervenants potentiels pour l'activité physique chez les femmes enceintes.

Pour éviter cela, une personne neutre de profession devrait s'occuper de réaliser les entretiens.

5.3.3 Le nombre de participants

Dans ce travail, seules 5 étudiantes maïeuticiennes ont été interrogées. Étant donné les 27 élèves d'une promotion habituelle (85), il faudrait interroger également le reste des étudiants pour confirmer ou infirmer nos conclusions, afin de mettre en avant une homogénéité des résultats ou non.

5.3.4 Le champ géographique

Ici, seule l'école de Nantes a été interrogée. Il s'agit d'un choix méthodologique et stratégique. Tout d'abord, la faisabilité était simplifiée pour solliciter un réseau et des personnes ressources. Ensuite, cela a été décidé de telle sorte à ce que ce travail puisse être réutilisé éventuellement pour des projets futurs à l'échelle de la région, avec par exemple une collaboration entre les deux écoles.

C'est donc un choix délibéré, même si, pour que ce projet soit significatif à une plus grande échelle, il aurait fallu interroger des écoles d'autres horizons, pour comparer les résultats obtenus.

5.3.5 L'analyse qualitative

Ce type de méthode, bien que très enrichissante puisqu'elle permet l'expression des personnes interrogées, est sujette à interprétation lors de l'analyse. En effet, les propos oraux sont d'abord retranscrits à l'écrit, avec la perte d'informations orales comme l'intonation ou le débit de paroles (spontané ou non).

L'analyse est ensuite faite mais selon l'avis de deux personnes uniquement (ici l'étudiante et son directeur de mémoire), alors qu'une autre équipe ou un autre intervenant n'aurait sûrement pas interprété les choses de la même manière.

Enfin, après cette étape vient la présentation des résultats. A nouveau, elle est propre à celui qui la rédige, qui la présente et qui l'explique.

Tous ces éléments tendent à montrer que l'analyste est un biais en lui-même, puisque la démarche qualitative sous analyse phénoménologique vise à exprimer les points de vue des personnes interrogées, et donc tout devient sujet à interprétation.

5.4 Perspectives

Pour porter ce projet encore plus loin, il y a des possibilités à envisager.

Ici, nous nous sommes intéressés aux étudiantes maïeuticiennes. Il serait à présent intéressant de s'orienter vers les sages-femmes diplômées qui exercent, et de faire une comparaison entre les résultats obtenus avec les étudiantes non diplômées.

De même, puisque c'est l'interprofessionnalité entre les MK et les SF qui est étudiée, il faudrait également avoir le point de vue des MK sur le sujet, à la fois des étudiants et des professionnels diplômés exerçant.

Pour pousser davantage le sujet, étant donné que la pratique de la masso-kinésithérapie est soumise à la prescription médicale, il serait intéressant d'aborder ce thème avec le corps médical, en la personne des médecins généralistes par exemple.

Enfin, le message clé qui ressort ici reste ce besoin de **trouver des manières de communiquer autour de sujets qui intègreraient plusieurs professions**. L'exemple de la lutte contre la sédentarité est pertinent, puisqu'il s'agit d'un thème aussi vaste qu'il est important. Grâce à des outils comme l'éducation thérapeutique mise en place dans de nombreuses spécialités, il est possible de se dire que plusieurs professionnels (infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, médecins, masseurs-kinésithérapeutes, ostéopathes, etc) peuvent travailler ensemble sur ce thème, pour ensuite transmettre chacun à leur patientèle des clés sur le sujet. Cela aurait pour effet de créer un effet potentialisant : Tous les professionnels ne sont pas amenés à voir la même population, donc multiplier les messagers accroît la portée du message.

6 CONCLUSION

Pour conclure, l'interprofessionnalité pour la femme enceinte est relativement fréquente de nos jours. Cependant, l'interprofessionnalité autour de l'activité physique pour la femme enceinte apparaît nettement moins explorée.

Il existe de nombreux leviers qui permettraient de favoriser cette collaboration autour de l'activité physique, de l'explorer plus en détails et surtout de l'approfondir.

Le masseur-kinésithérapeute présente de nombreuses compétences et qualifications, qui sont encore aujourd'hui trop méconnues par le grand public, et même par certaines branches du système de santé actuel. Il faut donc toujours encourager la promotion de ces compétences, la collaboration avec les autres professionnels de santé, et l'élargissement de notre façon de penser sur le système de soin.

L'interprofessionnalité représente un axe de développement majeur pour le futur du système de santé, c'est pourquoi il apparaissait intéressant de s'y pencher pour un travail de recherche, et c'est pourquoi il serait judicieux de continuer à se familiariser avec cette notion dans les années à venir.

Références Bibliographiques

1. Naissances et taux de natalité | Insee [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380#tableau-figure1>
2. Suivi et accompagnement de la femme enceinte [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/medecin/sante-prevention/suivi-orientation-femme-enceinte-0>
3. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'oeil [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337003>
4. Guide Maternité 2022.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/guide-maternite-2022.pdf>
5. Grossesse et kinésithérapie [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2020 [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.ordremk.fr/actualites/patients/grossesse-et-kinesitherapie/>
6. HAS : Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf
7. Activité physique [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
8. Haute Autorité de Santé - Prescrire l'activité physique : Un guide pratique pour les médecins [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2875944/fr/prescrire-l-activite-physique-un-guide-pratique-pour-les-medecins
9. HAS : Activité physique et sportive : Faciliter la prescription médicale [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/sport_sur_ordonnance_-_lessentiel_en_4_pages.pdf
10. Prescrire l'activité physique : Un guide pratique pour les médecins [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2875944/fr/prescrire-l-activite-physique-un-guide-pratique-pour-les-medecins
11. SPF. Rôle de l'activité physique adaptée dans la prévention et le traitement des maladies chroniques : contexte et enjeux de la mise en oeuvre de l'expertise collective Inserm 2019 [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/import/role-de-l-activite-physique-adaptee-dans-la-prevention-et-le-traitement-des-maladies-chroniques-contexte-et-enjeux-de-la-mise-en-oeuvre-de-l-expe>
12. Guariguata et al. - 2021 - Systems science for developing policy to improve p.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>
13. HAS Présentation générale santé jeunes mineurs et majeurs [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
14. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43036/9242592226_fre.pdf;jsessionid=532FDB452F2258C37AA94CDE6BCFF015?sequence=1

15. OMS : Stratégie sur l'activité physique pour la région européenne de l'OMS 2016-2025 [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/283807/65wd09f_PhysicalActivityStrategy_150474_withCover.pdf
16. Rutter H, Cavill N, Bauman A, Bull F. Systems approaches to support action on physical activity. Bulletin of the World Health Organization. 1 mars 2020;98(3):226-7.
17. Charte internationale de l'éducation physique, de l'activité physique et du sport [Internet]. UNESCO. 2020 [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://fr.unesco.org/themes/sport-antidopage/charte-sport>
18. Activité physique et sportive pour la santé : Promotion, consultation et prescription chez les adultes [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/note_methodo_aps_vf.pdf
19. Larousse É. Définitions : Grossesse - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/grossesse/38395>
20. Aménorrhée - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/amenorrhée>
21. Physiologie de la grossesse - Gynécologie et obstétrique - Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/prise-en-charge-de-la-femme-enceinte-et-suivi-de-la-grossesse/physiologie-de-la-grossesse>
22. Accouchement normal : Accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
23. Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans [Internet]. INSPQ. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre>
24. La prise de poids durant la grossesse [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/sante-bien-etre/prise-de-poids-durant-grossesse/>
25. Larousse É. Définitions : Périnée - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/p%C3%A9rin%C3%A9e/59569>
26. Shop P. Grossesse et périnée : tous les changements physiologiques [Internet]. Périnée Shop. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : http://www.perineeshop.com/blog/index/billet/13951_grossesse-changements-physiologiques-perinee-fuites
27. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.
28. Rééducation périnéale
29. Périnée : Pourquoi il faut le muscler AVANT d'accoucher - Top Santé [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.topsante.com/maman-et-enfant/grossesse/la-grossesse-au-quotidien/perinee-muscle-grossesse-accoucher-641316>
30. Les principales méthodes de rééducation périnéale pratiquées en France – Gynger [Internet]. [cité 10 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.gynger.fr/les-principales-methodes-de-reeducation-perineale-pratiquees-en-france/>

31. Bodart A. Les abdominaux pendant et après la grossesse [Internet]. Kinaissance. 2019 [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <http://kinaissance.be/abdos-apres-bebe/>
32. Impact of the diastasis of the rectus abdominis muscles on the pelvic-perineal symptoms: Review of the literature - [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31153856/>
33. Physiologie de la grossesse - Gynécologie et obstétrique [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/prise-en-charge-de-la-femme-enceinte-et-suivi-de-la-grossesse/physiologie-de-la-grossesse>
34. Cours obstétrique : Modifications physiologiques [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maeutique/UE-obstetrique/modificationsphysiologiques/site/html/4.html>
35. Anémie de la grossesse - Gynécologie et obstétrique [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/grossesse-complic%C3%A9e-par-une-maladie/an%C3%A9mie-de-la-grossesse>
36. Cours [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maeutique/UE-obstetrique/modificationsphysiologiques/site/html/5.html#5>
37. Lomalgie et grossesse - ScienceDirect [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1878622720301314>
38. Modifications de la statique pelvienne et de la laxité ligamentaire pendant la grossesse et le post-partum. Revue de la littérature et perspectives - ScienceDirect [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166708716000269>
39. Comment soulager une symphyse pubienne | Pampers [Internet]. Pampers-FR-FR. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.pampers.fr/grossesse/symptomes-de-grossesse/article/comment-soulager-une-symphyse-pubienne>
40. Deffieux X. Incontinence urinaire et grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 déc 2009;38(8, Supplément 1):S212-31.
41. Intérêt de la rééducation périnéale prénatale chez les patientes présentant une incontinence urinaire d'effort pendant la grossesse : Étude préliminaire - ScienceDirect [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S036823150676478X>
42. Phlébologie : Affections veineuses, grossesse et compression médicale des membres inférieurs [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : http://www.revue-phlebologie.org/donnees/portedocument/mes_telechargements2.php?cparam=7127ogqta4htwbnde9c3t4lxpzpydj8l4s0fx7w9voia8jfk5egxrw7dyIng55r
43. Grossesse et insuffisance veineuse [Internet]. VIDAL. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/coeur-circulation-veines/jambes-lourdes/grossesse.html>
44. Diabète gestationnel (diabète de grossesse) : Définition et conséquences [Internet]. [cité 10 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/assure/sante/themes/diabete-gestationnel/definition-facteurs-risque-sequences>
45. Larousse É. Définitions : Sédentaire - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 10 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s%C3%A9dentaire/71795>
46. Sport Santé Plus - Activité physique et grossesse [Internet]. [cité 10 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.sportsanteplus.com/sport-santé/activité-physique-et-grossesse/>

47. CAF - Grossesse : Attention au stress ! [Internet]. Caf.fr. 2019 [cité 10 avr 2022]. Disponible sur : <http://www.caf.fr/allocataires/vies-de-famille/futur-parent/grossesse/grossesse-attention-au-stress>
48. La dépression post-partum [Internet]. [cité 10 avr 2022]. Disponible sur : https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/viefamille/fiche.aspx?doc=ik-naitre-grandir-maman-depression-postpartum-babyblue
49. Toxémie gravidique [Internet]. SNOF. [cité 10 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.snof.org/encyclopedia/tox%C3%A9mie-gravidique>
50. HAS Prescription d'activité physique et sportive pendant la grossesse et en post-partum [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_329_ref_aps_grossesse_vf.pdf
51. Enceinte, soulager ses douleurs ligamentaires [Internet]. La maison des maternelles. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <http://www.lamaisondesmaternelles.fr/article/enceinte-soulager-ses-douleurs-ligamentaires>
52. Grossesse – Directives en matière de 24 heures [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://csepguidelines.ca/language/fr/directives/grossesse/>
53. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
54. OFSP O fédéral de la santé publique. Programme de promotion «Interprofessionnalité» 2017-2020; Volet 2: Modèles de bonnes pratiques [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/phase-1-2017-2020-Modelle-guter-Praxis.html>
55. Exercice coordonné des soins de premier recours [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne?fbclid=IwAR0hqZurv_un5LEwhnbuPYRk_8mOFsfEIG96hPQFgCmGlfiDmORfB0s8L9Q
56. Ma Sante 2022 Rapport Adaptation des Formations [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_adaptation_des_formationen.pdf?fbclid=IwAR0hqZurv_un5LEwhnbuPYRk_8mOFsfEIG96hPQFgCmGlfiDmORfB0s8L9Q
57. Dyess AL, Brown JS, Brown ND, Flautt KM, Barnes LJ. Impact of interprofessional education on students of the health professions: a systematic review. J Educ Eval Health Prof. 2019;16:33.
58. Alzamil H, Meo SA. Medical students' readiness and perceptions about Interprofessional Education: A cross sectional study. Pak J Med Sci. juin 2020;36(4):693-8.
59. Grossesse - Sage-femme, Gynéco ou Médecin généraliste ? [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.passeportsante.net/famille/grossesse?doc=praticien-grossesse>
60. L'encadrement de l'activité physique [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Dordogne. 2017 [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.ordremk24.fr/exercer-en-dordogne/regles-professionnelles/lencadrement-de-lactivite-physique>
61. Article 123 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Légifrance [Internet]. [cité 10 avr 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913738

62. Découvrir le métier [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.ordremk.fr/je-suis-etudiant/decouvrir-le-metier/>
63. FNEK Référentiel des compétences.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-comp%C3%A9tences.pdf>
64. Elsevier, R M. Les onze compétences du masseur-kinésithérapeute [Internet]. Elsevier Connect. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/kine-osteo/les-onze-competences-du-masseur-kinesitherapeute>
65. AVIS-CNO-n°2016-03-_-CNO-DES-23-ET-24-MARS-2016-RELATIF-A-LA-MISE-EN-OEUVRE-D'ACTIVITE-PHYSIQUE-ET-SPORTIVE-PAR-LE-MK.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : https://eure.ordremk.fr/files/2020/10/AVIS-CNO-n%C2%B02016-03-_-CNO-DES-23-ET-24-MARS-2016-RELATIF-A-LA-MISE-EN-OEUVRE-D'ACTIVITE-PHYSIQUE-ET-SPORTIVE-PAR-LE-MK.pdf
66. Article R4321-13 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913995
67. Compétences-M-K-et-Sages-Femmes.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2022]. Disponible sur : <http://www.cdomk59.fr/wp-content/uploads/2017/10/Comp%C3%A9tences-M-K-et-Sages-Femmes.pdf>
68. Kamper SJ. Types of Research Questions: Descriptive, Predictive, or Causal. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. août 2020;50(8):468-9.
69. Research Note: Thematic analysis in qualitative research - ScienceDirect [Internet]. [cité 10 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955321001223>
70. Jensen GM. Qualitative methods in physical therapy research: a form of disciplined inquiry. *Phys Ther*. juin 1989;69(6):492-500.
71. Sawadogo HP. L'approche qualitative et ses principales stratégies d'enquête. [cité 5 avr 2022]; Disponible sur : <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/methodes-qualitatives-de-recherche/>
72. Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *Br Dent J*. 22 mars 2008;204(6):291-5.
73. Imbert G. The Semi-structured Interview: at the Border of Public Health and Anthropology. *Recherche en soins infirmiers*. 2010;102(3):23-34.
74. Hunt MR. Strengths and challenges in the use of interpretive description : Reflections arising from a study of the moral experience of health professionals in humanitarian work. *Qual Health Res*. sept 2009;19(9):1284-92.
75. Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants - Mandy M. Archibald, Rachel C. Ambagtsheer, Mavourneen G. Casey, Michael Lawless, 2019 [Internet]. [cité 21 avr 2022]. Disponible sur : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1609406919874596>
76. Braun & Clarke. *Successful Qualitative Research : A Practical Guide for Beginners*. In: 1er édition (22 mars 2013).
77. Thorne S, Kirkham SR, MacDonald-Emes J. Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Res Nurs Health*. avr 1997;20(2):169-77.
78. Bowen GA. Supporting a grounded theory with an audit trail: an illustration. *International Journal of Social Research Methodology*. 1 oct 2009;12(4):305-16.

79. Perrot S, Trouvin AP, Rondeau V, Chartier I, Arnaud R, Milon JY, et al. Kinesiophobia and physical therapy-related pain in musculoskeletal pain: A national multicenter cohort study on patients and their general physicians. *Joint Bone Spine*. janv 2018;85(1):101-7.
80. Remondière R, Durafourg MP. Regards sur la kinésithérapie en 2018. *Sante Publique*. 2018;30(6):869-76.
81. Gustavsson C, Eriksson-Crommert M. Physiotherapists' and midwives' views of increased inter recti abdominis distance and its management in women after childbirth. *BMC Womens Health*. 27 févr 2020;20(1):37.
82. Les maisons de santé - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 10 avr 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889?TSPD_101_R0=087dc22938ab20005793f0c101193f6ec4a5682dd4e075c36475e11cd5addc058cb041a7d442c44908e32136dc143000f991a8987bfdacce2d98781beb332257da99fb6d91745438afd8de8069c96667558508855d03cde45076eb859f33bdb0
83. Bilan diagnostic kinésithérapique [Internet]. [cité 10 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs/bilan-diagnostic-kinesitherapique>
84. Bouchoou V. Les freins à la relation médecins généralistes-kinésithérapeutes : étude qualitative auprès de kinésithérapeutes. 7 juin 2018;32.
85. Derrendinger I. La formation [Internet]. CHU de Nantes. [cité 5 avr 2022]. Disponible sur : <https://www.chu-nantes.fr/la-formation>

Annexe I : Les bienfaits de l’AP sur la santé selon différents déterminants

(Source : HAS)

Individus avec une pathologie préexistante	
Cancer du sein	Réduction de la mortalité toutes causes confondues, avec relation dose-réponse Réduction de la mortalité par cancer du sein, avec relation dose-réponse Réduction de la récurrence du cancer du sein (21) Réduction de la fatigue, amélioration de la tolérance aux traitements et de la qualité de vie (21)
Cancer colorectal	Réduction de la mortalité toutes causes confondues, avec relation dose-réponse Réduction de la mortalité par cancer colorectal, avec relation dose-réponse Réduction de la récurrence du cancer du colorectal (21) Réduction de la fatigue, amélioration de la tolérance aux traitements et de la qualité de vie (21)
Cancer de la prostate (non métastatique)	Réduction de la mortalité toutes causes confondues (21) Réduction de la mortalité par cancer de la prostate Réduction de la récurrence du cancer de la prostate (21) Réduction de la fatigue, amélioration de la tolérance aux traitements et de la qualité de vie (21) (Réduction de la sarcopénie, chez les patients avec un cancer métastatique sous biphase endocrinologique)
Arthrose (de la hanche et du genou)	Diminution de la douleur Amélioration fonctionnelle Amélioration de la qualité de vie
Fracture récente de la hanche	Amélioration de la marche, de l'équilibre et des activités de la vie quotidienne
Hypertension artérielle	Réduction du risque de progression de la maladie cardio-vasculaire Réduction du risque d'augmentation de la pression artérielle avec le temps
Diabète de type 2	Réduction du risque de mortalité toutes causes confondues, en population générale, incluant les DT2 (20) Réduction du risque de mortalité cardio-vasculaire Amélioration des marqueurs de progression de la maladie : HbA1c, pression artérielle et du profil lipidique Réduction du périmètre abdominal, limitation de la perte de masse musculaire
Pathologies respiratoires chroniques (22)	Amélioration des capacités d'exercice et de la qualité de vie Amélioration de la dyspnée et de la tolérance à l'effort Diminution de l'anxiété et de la peur d'augmenter son niveau d'AP Meilleur contrôle des symptômes de la BPCO et de l'asthme (Pas de changement de la fonction pulmonaire chez l'adulte)

Sclérose en plaque	Amélioration de la marche, de la force musculaire et de la condition physique
Lésion de la moelle épinière	Amélioration de la marche, des capacités en fauteuil roulant
Maladie de parkinson	Amélioration des fonctions cognitives Amélioration de la marche, de la force musculaire et de l'équilibre
AVC	Amélioration des fonctions cognitives Amélioration de la marche
Dépression et pathologie anxieuse	Réduction des signes d'anxiété et de dépression chez les patients avec une pathologie anxieuse ou une dépression clinique (18), avec relation dose-réponse (20)
Démence	Amélioration des fonctions cognitives
Schizophrénie	Amélioration des fonctions cognitives Amélioration de la qualité de vie
Troubles de l'hyperactivité, déficit de l'attention	Amélioration des fonctions cognitives

Les variables de santé	Les effets de l'AP
Adultes de tous âges	
Toutes causes de mortalité	Diminution du risque, avec relation dose-réponse (20).
Pathologies cardio-métaboliques	Diminution de l'incidence et de la mortalité des pathologies cardio-vasculaires (dont les maladies coronariennes et les AVC), avec relation dose-réponse (20).
Prévention des cancers	Diminution de l'incidence du cancer pour : - le cancer du sein, avec relation dose-réponse ; - le cancer du côlon, avec relation dose-réponse ; - l'adénocarcinome de l'œsophage ; - le cancer du poulmon (discuté).
Santé mentale	Amélioration des fonctions cognitives Amélioration de la qualité de vie Amélioration du sommeil Réduction des signes d'anxiété et de dépression chez les personnes en bonne santé Réduction du risque de démence Réduction du risque de dépression
Statut pondéral	Réduction du risque de prise de poids excessive Prévention de la reprise de poids après un amaigrissement initial Limitation de la perte de masse musculaire lors d'une perte de poids Effet additif sur la perte de poids possible quand elle est combinée à une restriction alimentaire modérée (effet faible) Réduction de l'obésité abdominale (20)
Adultes âgés	
Chutes	Réduction du risque de chutes Réduction du risque de chutes avec une lésion sévère

État cognitif et fonctionnel	Amélioration des capacités fonctionnelles et de l'autonomie Amélioration de la qualité de vie Réduction des symptômes d'anxiété et de dépression Diminution du risque de démence.
Femmes enceintes ou en post-partum	
Durant la grossesse	Réduction du risque de prise de poids excessif Réduction du risque de diabète gestationnel (Pas de risque pour le fœtus avec une AP d'intensité modérée)
Durant le post-partum	Réduction du risque de dépression du post-partum

Annexe II : Trame et Guide d'entretien

TRAME ENTRETIEN

Merci de me donner un peu de votre temps aujourd'hui.

Cet entretien fait partie du projet que nous conduisons autour du questionnement à propos de l'interprofessionnalité autour de l'activité physique chez la femme enceinte. Vous êtes actuellement à la fin de vos études de maïeutique, prête à bientôt accueillir vos patientes en tant que Sage-femme diplômée, c'est pourquoi nous souhaiterions avoir votre avis sur ce sujet.

Il s'agira de vous exprimer librement à travers différentes questions abordant la notion d'AP. Cet entretien devrait durer environ 15 minutes.

Si vous êtes d'accord, j'aimerais enregistrer notre échange. Aucune donnée permettant de vous identifier ne sera retranscrite. Tout restera anonyme dans les rapports (mémoires, publications scientifiques) qui reprendraient les propos énoncés.

Êtes-vous d'accord ? Avez-vous des questions particulières ?

Je déclenche l'enregistrement.

Commençons par quelques informations générales : Âge, genre.

1) Avez-vous eu connaissance des informations/recommandations sur l'activité physique et ses bienfaits sur la santé ?

- Si oui, de quelle façon ?
- Connaissez-vous le rapport de 2020 de l'OMS concernant l'activité physique ?
- Si non, pensez-vous que c'est un manque ?
- Vous apparaîtrait-il nécessaire d'en savoir plus sur cette thématique ?

2) Plus précisément, que savez-vous au sujet des recommandations actuelles concernant l'activité physique spécifiquement pour les femmes enceintes ?

- Présente-t-elle une utilité ? Laquelle ?
- Quand est-elle recommandée ?
- En complément d'autres actions ?
- De façon isolée et autonome, ou accompagnée ?

3) Quels sont les intérêts pour une femme de continuer l'AP durant sa grossesse ?

- Aider si besoin : Demander les complications/événements physiologiques sur lesquels l'AP peut avoir un effet
- Reformuler la réponse et suggérer si besoin des domaines (cardiaque, effort, nutrition, tension, bien-être, enfant, etc).

4) A propos de votre formation de SF :

- Dans votre cursus, abordez-vous l'AP ?
- Si oui, dans quelles dimensions ? Quelles situations ? → Prévention, thérapeutique, etc
- Pensez-vous que ce soit un sujet/une thématique d'intérêt pour la SF ? Oui/Non, pourquoi.

5) Quel est selon vous le rapport de la sage-femme à l'AP ?

- Est-ce qu'il vous est arrivé de l'aborder au cours d'une consultation ?
- Si oui, dans quelle(s) situation(s) ?
- Dans quel objectif ?

6) Que pensez-vous de l'interprofessionnalité, tous corps de santé confondus, dans le parcours de soins de la femme enceinte ?

- Avec quel(s) autre(s) profession(s) de santé avez-vous eu l'occasion de travailler ?
- Dans quelles circonstances ?

7) L'AP peut être vu comme une thématique de collaboration interprofessionnelle.

- Qu'en pensez-vous ?
- Estimez-vous que plusieurs intervenants peuvent informer sur ce sujet ?
- Pourquoi ?
- Qui ?

8) Il arrive avec certains patients que de simples conseils ne suffisent parfois pas pour pousser à l'AP et observer des effets.

- Cela arrive-t-il avec des femmes enceintes ?
- Que conseillerez-vous dans ce cas à vos patientes sur l'AP ?
- Vers qui adresseriez-vous vos futures patientes ?

9) Si l'on s'intéresse à présent à la masso-kinésithérapie :

- Savez-vous quelles sont les compétences attribuées aux MK sur le sujet ?
- Que pensez-vous de la place des MK dans l'AP pour les femmes enceintes ?

10) Pensez-vous que la SF et le MK devraient collaborer sur cette dimension ?

- Si oui : Pour quelles raisons ?
- Si non : Pourquoi ? Ne pas poser les questions 11 et 12.

11) Selon vous, quels sont les freins qui limiteraient l'interprofessionnalité MK/SF ?

- En particulier autour de l'AP pour la femme enceinte ?
- Suggérer si besoin des éléments qui posent problème : Lieu d'exercice, connaissances du métier et des compétences propres, organisation du parcours de soin, etc.

12) Selon vous, quels sont les leviers qui permettraient de faciliter la pluridisciplinarité SF/MK ?

- En particulier autour de l'AP pour la femme enceinte ?
- Suggérer si besoin : Complément de formation initiale ou professionnelle en interprofessionnalité, exercice coordonné type CPTS/MSP, meilleure connaissance des autres métiers de santé, etc.

L'entretien est à présent terminé.

Avez-vous des éléments que vous souhaiteriez préciser ?

J'arrête l'enregistrement.

Merci de votre participation.

Annexe III : Extrait de l'analyse phénoménologique menée sur un morceau d'entretien de l'ESF1

			éviter de porter des charges lourdes et pas de sport tant qu'elles n'ont pas commencé la rééducation du périnée pour éviter de le fragiliser plus, mais c'est plus sur le périnée qu'on se concentre que sur l'activité physique en règle générale du coup.	Attendre quelque chose pour aborder l'AP
(07:42:98)	AAN		Je vois. Maintenant nous allons parler un petit peu plus de l'interprofessionnalité. Que pensez-vous de l'interprofessionnalité, tous corps de santé confondu, dans le parcours de soin de la femme enceinte ?	
(07:53:89)	ESF1		(Pause 1 seconde). C'est vaste...	
(07:55:89)	AAN		Effectivement c'est vaste. Est-ce que vous avez eu l'occasion de travailler avec d'autres professionnels de santé, par exemple au cours d'une prise en charge ?	
(08:03:94)	ESF1		Vraiment quand elles sont enceintes du coup ? Eh bien au cours de la grossesse régulièrement on travaille avec les médecins. Si il y a une pathologie, c'est lui qui va nous prescrire les monitoring et tout ça. Ça va vraiment être surtout pour ça et avec les médecins que l'on va travailler à ce moment-là et pendant la grossesse. Euh. (Pause 2 secondes). Il y a éventuellement également les ostéopathes, parce que pendant la grossesse j'ai l'impression que les kinés ne manipulent pas trop. Enfin moi j'ai le souvenir, du coup en première année, d'une patiente qui demandait à voir un kiné parce qu'elle avait mal au coccyx ou un problème du genre, et j'ai hésité parce que je ne connaissais rien du tout. (Rire). Et la sage-femme m'a dit que les kinés avaient trop peur de manipuler sur les femmes enceintes, qu'il fallait faire très attention, et donc du coup pas de kiné. Donc au final j'ai l'impression que pendant la grossesse on ne travaille pas du tout avec les kinés, en post-partum oui mais pendant la grossesse non. Et un peu plus les ostéopathes, généralement lorsque les patientes sont très douloureuses notamment au niveau de problème ligamentaire ou au niveau du coccyx, tout ça, souvent on leur dit de faire une petite consultation avec un ostéopathe le dernier mois pour préparer à l'accouchement. C'est quelque chose que les patientes apprécient beaucoup j'ai l'impression. Si besoin on peut aussi travailler avec un diabétologue, pour les diabètes tout ça, et dans ce cas-là forcément on axera un peu plus sur l'activité physique. Et c'est tout je pense, médecins, ostéos, et spécialistes.	Descriptif : Médecins / ostéo / diabétologue / spécialistes Kiné uniquement en post-partum Conceptuel : Apriori sur les kinés pendant la grossesse ++ Manque de connaissance sur l'AP Kiné uniquement en post-partum Abord AP si diabète (on attend toujours une pathologie)
(09:37:88)	AAN		C'est déjà pas mal. L'activité physique pourrait être vue comme une thématique de collaboration interprofessionnelle, qu'est-ce que vous en pensez ?	
(09:48:16)	ESF1		Euh. (Pause 3 secondes). Je pense que ce serait utile. (Pause 1 seconde). Après il faut voir, je pense que ça dépend aussi beaucoup de chaque contexte. Par exemple sur une patiente qui est de base sportive, sans plus, et qui a une prise de poids correcte, enfin une grossesse toute physiologique, on n'a peut-être pas besoin d'interférer, de faire des relations avec je sais pas un kiné ou autre pour dire oui il faut faire du sport madame. Je pense que tout simplement on n'a pas le temps. C'est un gros facteur. Les sages-femmes n'ont pas le temps, et sûrement que les kinés non plus. Après je pense que quand il y a des contextes particuliers, notamment si l'on a envie de maintenir un minimum d'activité physique pour éviter des comorbidités, cela peut être intéressant effectivement d'essayer d'insister un petit	Descriptif : Grossesse physiologique sportive → Pas besoin d'intervenir Contexte moins favorable → « pg » intéressant » Linguistique : Beaucoup de pauses → Hésitation « Sb » « dj » = ne semble pas trouver cela plus pertinent que ça

Thème 1 : Recommandations

Thème 2 : Bénéfices AP pour la femme enceinte

Thème 3 : Formation SF

Thème 4 : L'AP par les SF en consultation

Thème 5 : Interprofessionnalité autour de la femme enceinte

Thème 6 : AP comme thématique interprofessionnelle

Thème 7 : Interprofessionnalité entre MK et SF