

Thèse d'exercice

Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 8 octobre 2021

Par Marjolaine Grimoin

Née le 17/08/1992 à Bordeaux (33)

Les conséquences de l'accouchement sur la pratique d'activité physique et sportive : étude quantitative réalisée en Haute-Vienne

Thèse dirigée par le Docteur Léa Sève

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG.....Présidente du jury

Mr le Professeur Emérite Patrice VIROT, PU.....Juge

Mme le Docteur Nadège LAUCHET, MCA-MG.....Juge

Mme le Docteur Léa SEVE, CC-MG.....Juge

Mme le Docteur Fabienne DESCHAMPSMembre invité



Thèse d'exercice

Faculté de Médecine

Année 2021

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 8 octobre 2021

Par Marjolaine Grimoin

Né(e) le 17 août 1992 à Bordeaux (33)

Les conséquences de l'accouchement sur la pratique d'activité physique et sportive : étude quantitative réalisée en Haute-Vienne

Thèse dirigée par le Docteur Léa Sève

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie DUMOITIER, PU-MG.....Présidente du jury
Mr le Professeur Emérite Patrice VIROT, PU.....Juge
Mme le Docteur Nadège LAUCHET, MCA-MG.....Juge
Mme le Docteur Léa SEVE, CC-MG.....Juge
Mme le Docteur Fabienne DESCHAMPSMembre invité



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 7 septembre 2020

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE

OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES A MI-TEMPS

SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE (du 01-09-2020 au 31-08-2021)
-----------------------	---

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)
---------------------------	--

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 01-09-2019 au 31-08-2022)
LAUCHET Nadège	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 01-09-2018 au 31-12-2020)
SEVE Léa	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul	du 01-09-2017 au 31-08-2021
ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020
BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2020

BUCHON Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2021
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2020
MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2021
TREVES Richard	du 01-09-2020 au 31-08-2021
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2021
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2022
VIROT Patrice	du 01.09.2018 au 31.08.2021

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 12 juin 2020

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE

BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHASSANG-BRUZEAU Anne-Hélène	RADIOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DEVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhour	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE

MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE
VERLEY Jean-Baptiste	PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT
VIDAL Thomas	OPHTALMOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Néant

A mon Papi, tonton Bruno et Grand-Mamie,

« Il y a plus de courage que de talent dans la plupart des réussites. »

Remerciements

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER,

Professeur des Universités de Médecine Générale - Responsable du DUMG

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury, pour votre dévouement au sein du DUMG, soyez assurée de mon estime, mon respect et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Émérite Patrice VIROT,

Professeur des Universités de Cardiologie

Vous étiez mon tuteur pour débiter mes années de médecine, vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury pour les conclure. Pour vos enseignements, votre humanité et votre investissement dans le sport-santé, soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le Docteur Nadège LAUCHET,

Maitre de conférences associé de Médecine Générale

Docteur en Médecine Générale à Limoges

Je te remercie pour l'encadrement du SASPAS qui m'a permis d'acquérir beaucoup de confiance et d'expérience. Ton rire communicatif et ta bonne humeur m'ont beaucoup marqué. Reçois mes plus sincères remerciements.

A Madame le Docteur Fabienne Deschamps,

Docteur en Médecine Générale, à Limoges

Votre présence me fait chaud au cœur. Travailler avec vous n'a été que plaisir et bonheur. Je vous remercie pour la confiance accordée. Recevez mes très sincères remerciements.

A Madame le Docteur Léa Sève, directrice de thèse

Chef de Clinique de Médecine Générale

Docteur en Médecine Générale, à Seilhac

Je te remercie de m'avoir aidé et accompagné dans ce long travail. Tes conseils, ta bienveillance et ton soutien ont été précieux pour en arriver là.

Aux enseignants du DUMG,

Je vous remercie pour l'ensemble des enseignements dispensés, votre implication et disponibilité.

Je remercie toutes les femmes qui ont répondu au questionnaire et aux crèches et professionnels de santé qui ont bien voulu le diffuser.

A ceux qui m'ont accompagné tout au long de l'internat,

Au Docteur Claire de Staute, je te remercie d'avoir été ma tutrice de DES et de m'avoir accompagnée pendant ces années. Merci pour le stage réalisé à tes côtés, ton soutien et ta motivation.

Au Docteur Philippe Jardel, je vous remercie pour les connaissances acquises à vos côtés. L'empathie et la rigueur dont vous faites preuve m'ont permis de devenir meilleure médecin. Le semestre à vos côtés a été un réel plaisir et une expérience inoubliable.

A Christelle, mon IDE préférée, à toute l'EMSP de l'HIHL, à toute l'équipe du service de Médecine et SSR du Dorat, je vous remercie pour ce semestre inoubliable !

Au Docteur Cécile Garoux et au Docteur Katell Rabier je vous remercie de m'avoir tant appris durant ce semestre de pédiatrie. Votre expérience m'a beaucoup aidé sur le plan personnel et professionnel.

Au Docteur Bruno Coquillaud, au Docteur Bertrand Grébaux, au Docteur Mathieu Pailler, je vous remercie d'avoir pu apprendre à vos côtés.

A toute l'équipe du service des Urgences du CH Brive du semestre d'hiver 2017, mes premiers pas d'interne n'ont pas été faciles mais vous m'avez été à surmonter ça !

A toutes les secrétaires des cabinets médicaux, et spécialement à Yvette et Stéphanie, heureusement que vous êtes là !

A ma famille,

A ma Maman, toujours présente à n'importe quel moment. Je t'aime.

A mon Papa, soutien éternel, toujours prêt à ouvrir le champagne au moindre partiel réussi, à nos sorties VTT qui assurément m'ont permis de décompresser.

Sachez que cette réussite c'est aussi la vôtre, je vous en suis reconnaissante.

A mes frères d'amour, difficile de retranscrire tout ce que vous m'avez apporté. De nos années d'enfance à maintenant, rien à changer et je vous aimerais toujours !

Mickaël, le grand frère, le modèle, je te remercie de ton soutien sans faille et de m'avoir aidé à surmonter les moments difficiles. A nos vacances, nos rigolades et toutes ces autres choses qui font que la distance ne nous séparera jamais. A Louise, c'est un plaisir de t'avoir pour belle-sœur et à petit Timoté d'amour, rayon de soleil.

Méhdi, le grand petit frère, je te remercie pour toutes ses pensées efficaces pour la réussite de mes partiels. J'espère que tu réaliseras tous tes rêves et plus encore !

Matthias, le petit petit frère, je te remercie d'être là, tout simplement. Plus discret, tu as réussi à me faire rire quand je n'en avais pas le cœur. Tu es adorable et je te souhaite de réussir autant que nous !

A Papi et Mamie, les grands-parents rêvés, vous avez toujours été là, présents, par n'importe quel moyen à n'importe quel moment. Je vous remercie énormément pour tout ce que vous m'avez apporté.

A ma Mamie, la fierté peut se lire dans tes yeux. Je te remercie pour toute l'affection et l'amour dont tu fais preuve chaque jour.

A ma Tata d'amour, à Lise et Diane, mes petites cousines adorées, merci d'être là à chaque moment important.

A ma marraine, je te remercie d'être présente malgré la distance, pour tous ces messages d'attention et de motivation.

Au cousin Guillaume et à sa petite Romane, nous ne pouvons pas nous voir souvent mais le cœur y est.

A ma belle-famille,

Didier, oui vous êtes la meilleure cantine de Limoges !

Nana, merci d'être présente et de m'avoir aussi bien accueillie. Je ne trouve pas les mots pour vous remercier de ce que vous nous apportez au quotidien.

Delphine, notre rencontre impromptue n'est pas à l'image de notre relation, merci pour toute l'attention dont vous faites preuve.

Anna, j'espère que tu réussiras dans tout ce que tu entreprendras. Je serai là au moindre problème, compte sur moi !

A toute la famille Pradeau, vous avez été présents pour la fin de ces études et je vous remercie.

A mes amis,

A toi ma Claire, je n'aurais jamais réussi ces études sans ton aide, ton soutien et ta motivation indéfectibles. Présente à chaque moment, tu es la sœur dont j'ai toujours rêvé. Je ne te remercierai jamais assez. Je t'aime.

A Anthony, le poto en or, à toutes nos sorties vélo, nos soirées et bien plus encore (il n'y aurait pas assez de place pour tout décrire), tu resteras in my heart !

A tous les copains périgourdins (de naissance ou adoptés), Thibaut, Audrey, Pauline, Adrien, Kévin, Clara, Mélo, Anto, à tous nos moments privilégiés, merci !

A Anne-Claire, je te remercie de partager tant de bons moments, à nos discussions, nos sorties aquatiques et les sorties poussette. J'ai adoré nos petits repas avec Faustine, dans notre restaurant préféré (mais chut !, il ne faut pas leur dire).

A Alicia et son Papa pour la traduction du résumé en si peu de temps..

A Charlène, tous ces fous rires et ces instants de folie en stage mais pas que, tu as rendu cet internat plus facile et je t'en remercie. Il me tarde de pouvoir boire quelques coups ensemble !

Aux copains de médecine, Estelle, Pauline L., Pauline B., Marjorie, Loïc, Clément et tous les autres, les cours ont été plus faciles à supporter en votre présence ! A nos repas de fin de stage qui nous manquent !

Les plus importants pour la fin !

A **Pierre**, mon amoureux, merci pour ce que tu es et ce que tu m'apportes. Quel bonheur de partager ma vie avec toi, je t'aime bien plus que tu ne le penses.

A **Augustin**, notre bébé d'amour, notre petit bonheur, ce que nous avons fait de mieux dans notre vie.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	26
I. Introduction	27
I.1. L'activité physique : définitions	27
I.2. Etat des lieux en France sur la pratique d'une activité physique	28
I.2.1. Données de l'INSEE	28
I.2.2. Enquête réalisée par l'INSEP en 2010.....	28
I.2.3. Rapport publié par l'ONAPS en 2017	29
I.3. Promotion de la santé	29
I.4. L'activité physique pendant la grossesse	30
I.4.1. Les recommandations	30
I.4.2. Les précautions	31
I.4.3. Les contre-indications.....	32
I.5. L'activité physique en post-partum.....	32
I.6. Les bénéfices de l'activité physique	33
I.6.1. Les bénéfices maternels.....	33
I.6.1.1. Sur la condition physique	33
I.6.1.2. Sur la prise de poids	33
I.6.1.3. Sur l'hypertension artérielle.....	33
I.6.1.4. Sur le diabète gestationnel.....	34
I.6.1.5. Sur l'état général.....	34
I.6.1.6. Sur l'état psychique.....	35
I.6.1.7. Sur l'incontinence urinaire.....	35
I.6.1.8. Sur l'accouchement.....	35
I.6.2. Les bénéfices pour le fœtus et le nouveau-né	36
II. Matériel et méthode.....	37
II.1. Type d'étude	37
II.2. Objectifs de l'étude	37
II.2.1. Objectif principal.....	37
II.2.2. Objectifs secondaires	37
II.3. Population étudiée	37
II.3.1. Critères d'inclusion	37
II.3.2. Critères d'exclusion	38
II.4. Le questionnaire	38
II.5. Diffusion du questionnaire.....	39
II.6. Exploitation des données	40
II.7. Analyse statistique	40
III. Résultats	41
III.1. Participation à l'étude.....	41
III.2. Profil de la population d'étude	42
III.2.1. Age.....	42
III.2.2. Nombre d'enfants par femmes.....	42
III.2.3. Statut marital	43
III.2.4. Catégorie socioprofessionnelle.....	43
III.2.5. Lieu d'habitation	44
III.3. Pratique d'une activité physique et sportive avant la grossesse	44

III.4. Pendant la grossesse.....	45
III.4.1. Pratique d'une APS	45
III.4.2. Le mode d'accouchement.....	46
III.4.3. La rééducation en post-partum.....	46
III.5. En post-partum	47
III.5.1. Congé parental d'éducation.....	47
III.5.2. Pratique d'une APS en post-partum.....	47
III.5.3. Pratique similaire à avant la grossesse ?.....	48
III.5.4. Taux horaire de la pratique d'une APS	48
III.5.5. Délai après l'accouchement.....	49
III.5.6. Facteurs médicaux ayant empêché la pratique d'une APS	50
III.5.7. Facteurs organisationnels ayant empêché la pratique d'une APS	51
III.5.8. Facteurs motivationnels ayant permis la pratique d'une APS en post-partum.....	51
III.5.9. Activité physique adaptée.....	52
III.6. Analyse statistique	52
III.6.1. L'impact des caractéristiques sociales, personnelles et professionnelles sur la pratique d'une APS en post-partum.....	52
III.6.2. L'impact des caractéristiques sociales, personnelles et professionnelles sur le délai de pratique d'une APS dans le post-partum.....	55
III.6.3. La pratique d'une APS avant la grossesse influe t'elle sur la pratique d'une APS en post-partum et sur son délai ?	57
III.6.4. L'impact de la pratique d'une APS pendant la grossesse sur la pratique d'une APS en post-partum	59
III.6.5. L'influence du mode d'accouchement sur la pratique d'une APS en post-partum	60
III.6.6. L'impact de la rééducation périnéale et/ou abdominale sur la pratique d'une APS en post-partum	60
III.6.7. L'impact du congé parental d'éducation sur la pratique d'une APS en post-partum	62
IV. Discussion	63
IV.1. Forces et limites de l'étude	63
IV.1.1. Forces de l'étude.....	63
IV.1.2. Limites de l'étude	63
IV.2. Discussion autour de notre population d'étude	64
IV.3. Objectif principal	65
IV.4. Objectifs secondaires	66
IV.4.1. Les facteurs organisationnels empêchant la pratique d'une APS	66
IV.4.2. Les facteurs médicaux empêchant la pratique d'une APS en post-partum	66
IV.4.3. Les facteurs motivationnels permettant la pratique d'une APS en post-partum ..	68
IV.4.4. La pratique d'une APS en post-partum en fonction des caractéristiques sociales, personnelles et professionnelles	69
IV.4.5. L'impact de la pratique d'une APS pendant la grossesse	71
IV.4.6. L'impact du niveau d'activité physique avant la grossesse sur la reprise d'une APS en post-partum	71
IV.4.7. L'impact du mode d'accouchement et de la rééducation en post-partum	72
IV.5. L'activité physique adaptée.....	73
Conclusion	75

Références bibliographiques	76
Annexes	81
Serment d'Hippocrate.....	85

Table des illustrations

Figure 1 : Les composantes de l'activité physique	27
Figure 2 : Les contre-indications à la pratique d'une activité physique pendant la grossesse.	32
Figure 3 : Diagramme de flux des participantes à notre étude	41
Figure 4 : Répartition en groupe d'âge de notre population	42
Figure 5 : Nombre d'enfants par femmes.....	42
Figure 6 : Statut marital de notre population	43
Figure 7 : Catégorie socio-professionnelle de notre population	43
Figure 8 : Lieu d'habitation de notre population	44
Figure 9 : Profil de la pratique de l'APS	44
Figure 10 : Pratique d'une APS pendant la grossesse	45
Figure 11 : Mode d'accouchement de notre population	46
Figure 12 : Proportion de femmes ayant fait une rééducation en post-partum	46
Figure 13 : Congé parental d'éducation	47
Figure 14 : Pratique d'une APS en post-partum.....	47
Figure 15 : Similitude de la pratique de l'APS avant la grossesse vs en post-partum	48
Figure 16 : Délai de pratique d'une APS en post-partum	49
Figure 17 : Souhait de participer à des cours d'activité physique adaptée	52
Figure 18 : Taux de pratique sportive selon la CSP en 2015	69
Figure 19 : les différentes étapes envisageables	74

Table des tableaux

Tableau 1 : nature de la pratique d'APS chez les femmes pratiquantes avant leur grossesse	45
Tableau 2 : taux horaire des pratiquantes avant la grossesse	45
Tableau 3 : durée totale de pratique d'une APS en post-partum.....	48
Tableau 4 : facteurs médicaux expliquant la non-pratique d'une APS en post-partum.....	50
Tableau 5 : facteurs organisationnels expliquant la non-pratique d'une APS en post-partum	51
Tableau 6 : facteurs motivationnels permettant la pratique d'une APS en post-partum.....	51
Tableau 7 : l'impact de l'âge sur la pratique d'une APS en post-partum	52
Tableau 8 : l'impact du nombre d'enfants sur la pratique d'une APS en post-partum.....	53
Tableau 9 : l'impact de la catégorie socio-professionnelle sur la pratique d'une APS en post-partum.....	53
Tableau 10 : l'impact du lieu d'habitation sur la pratique d'une APS en post-partum.....	54
Tableau 11 : l'impact du statut marital sur le pratique d'une APS en post-partum.....	54
Tableau 12 : l'impact de l'âge sur le délai de pratique d'une APS en post-partum	55
Tableau 13 : l'impact du nombre d'enfants sur le délai de pratique d'une APS en post-partum	55
Tableau 14 : l'impact de la catégorie socio-professionnelle sur le délai de pratique d'une APS en post-partum	56
Tableau 15 : l'impact du lieu d'habitation sur le délai de pratique d'une APS en post-partum	56
Tableau 16 : l'impact du statut marital sur le délai de pratique d'une APS en post-partum ...	57
Tableau 17 : l'impact de la pratique d'une APS avant la grossesse sur la pratique d'une APS en post-partum	57
Tableau 18 : l'impact du profil de l'APS avant la grossesse sur le délai de reprise d'une APS en post-partum	58
Tableau 19 : l'impact du niveau d'AP avant la grossesse sur la pratique d'une APS en post-partum.....	58
Tableau 20 : l'impact du niveau d'AP sur le délai de reprise d'une APS en post-partum.....	59
Tableau 21 : l'impact de la pratique d'une APS pendant la grossesse sur la pratique d'une APS en post-partum	59
Tableau 22 : l'impact de la pratique d'une APS pendant la grossesse sur le délai de pratique d'une APS en post-partum.....	60
Tableau 23 : l'impact du mode d'accouchement sur la pratique d'une APS en post-partum..	60
Tableau 24 : l'impact de la rééducation après l'accouchement sur la pratique d'une APS en post-partum	61

Tableau 25 : l'impact de la rééducation après l'accouchement sur le délai de pratique d'une APS en post-partum	61
Tableau 26 : l'impact du congé parental d'éducation sur la pratique d'une APS en post-partum.....	62

Liste des abréviations :

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

AP : activité physique

APA : activité physique adaptée

APS : activité physique et sportive

CSP : catégorie socio-professionnelle

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HTA : hypertension artérielle

INSEE : institut national des statistiques et des études économiques

INJEP : institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire

INSEP : institut national du sport, de l'expertise et de la performance

InVS : institut de veille sanitaire

IU : incontinence urinaire

NAP : niveau d'activité physique

OMS : organisation mondiale de la santé

ONAPS : observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité

PNNS : programme national nutrition santé

Introduction

« Favoriser l'activité physique et sportive pour tous est donc bien une grande cause d'intérêt général, un facteur de bien-être et de santé. » Roxana Maracineanu, ministre des Sports

De nombreux rapports nationaux et internationaux (1,2) démontrent les bénéfices pour la santé de la pratique régulière d'une activité physique (AP). La sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité à l'échelle mondiale, environ 6 % des décès lui serait imputable. (3) L'OMS estime que, dans le monde, un adulte sur quatre, et trois adolescents sur quatre n'atteignent pas les recommandations d'AP pour la santé.

Depuis une vingtaine d'années, la France développe de nombreuses politiques de santé publiques. C'est un axe majeur de plusieurs plans d'actions comme les Plans Nationaux Nutrition Santé ou encore le plan Obésité.

L'AP est une thérapeutique à part entière et intervient dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire de nombreuses maladies chroniques et états de santé. Les professionnels de santé ont donc un rôle majeur dans sa promotion.

Les bénéfices de l'AP sur la santé physique et mentale ont conduit à la mise en place de recommandations internationales spécifiques pour les femmes enceintes et celles venant d'accoucher.

Le post-partum correspond à la découverte de la maternité. C'est une période de bouleversements, à la fois psychiques et familiaux : développement de la relation mère-enfant, découverte du nouveau-né et transformation du modèle familial.

Le post-partum correspond aussi à une période de changements physiques pour la femme qui perd les repères anatomiques liés à sa grossesse. Il s'agit par conséquent d'une période à risque de difficultés, parfois de complications médicales mais aussi de complications liées aux bouleversements de tous les repères, en particulier lorsqu'il s'agit d'un premier enfant.

Plusieurs études ont montré que le taux de pratique d'une activité physique et sportive (APS) des jeunes femmes (entre 16 et 40 ans) est en forte baisse (4,5) . L'âge moyen de l'arrivée d'un premier enfant est de 28 ans. (6)

Nous nous sommes alors demandé si l'accouchement pouvait avoir un impact sur la pratique d'une APS en post-partum.

Pour se faire, nous avons réalisé une étude quantitative descriptive basée sur des questionnaires diffusés en Haute-Vienne.

I. Introduction

I.1. L'activité physique : définitions

La signification des termes « activité physique et sportive » (APS) est confuse aussi bien pour la communauté médicale que pour la population générale. C'est pour cela qu'il me paraît important de les définir.

Selon le rapport de l'ANSES (2), **l'activité physique** se définit « *comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du métabolisme de repos* ».

L'activité physique se décompose en trois sous-types (7) :

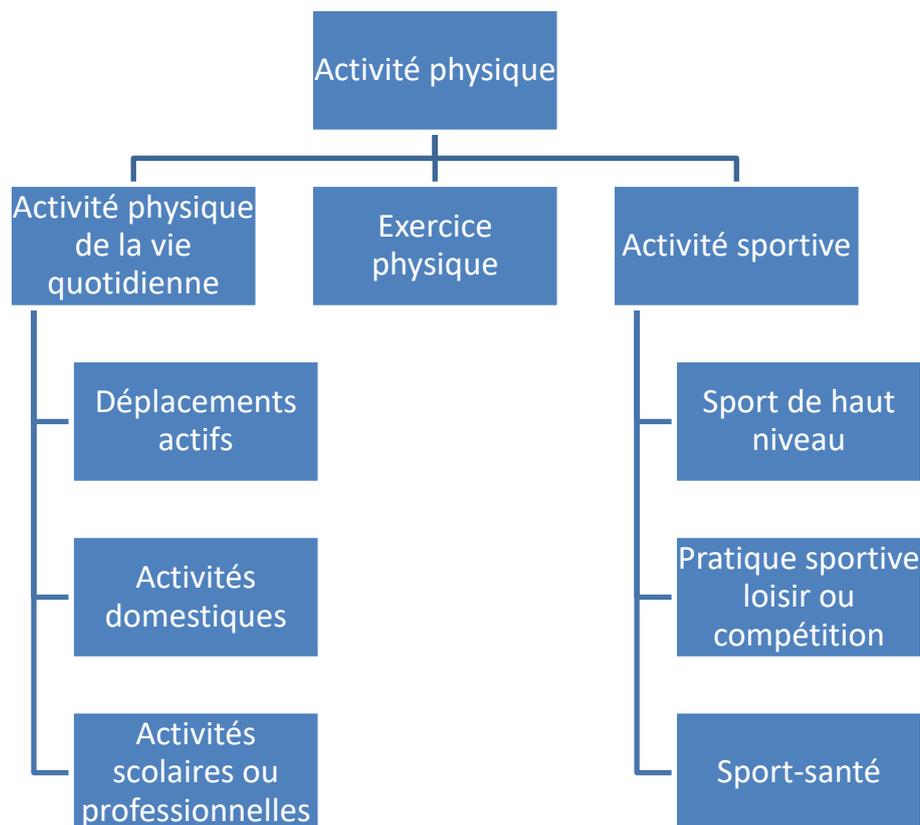


Figure 1 : Les composantes de l'activité physique

Les **activités physiques de la vie quotidienne** comprennent les déplacements actifs comme aller au travail en marchant ou à vélo, les activités domestiques comme jardiner, faire les courses ou bricoler et les activités scolaires ou professionnelles.

L'exercice physique est une activité physique visant à maintenir ou améliorer les composantes de la condition physique c'est-à-dire l'endurance cardiopulmonaire, la force musculaire, l'endurance musculaire, la flexibilité ou souplesse et la composition corporelle.

L'activité sportive comprend aussi bien le sport de haut-niveau, la pratique d'une activité physique de loisir ou en compétition et le sport-santé.

Le **sport-santé** recouvre la pratique d'activité physique permettant le maintien ou l'amélioration de l'état de santé (physique, psychique et social) et du bien-être du pratiquant, qu'il soit porteur d'une pathologie ou non. (8)

L'activité physique adaptée (APA) est basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. Elle est adaptée à l'état du patient, qu'il réalise cette activité physique en autonomie ou sous une supervision. Les programmes d'APA sont élaborés par des professionnels de l'APA (enseignants de l'APA, professionnels de santé). Ils sont destinés notamment aux personnes en situation de handicap, aux personnes atteintes de maladies chroniques, aux personnes en difficulté d'insertion sociale et aux personnes âgées. (9)

I.2. Etat des lieux en France sur la pratique d'une activité physique

I.2.1. Données de l'INSEE

En 2015, l'enquête *Statistiques sur les ressources et les conditions de vie* (4) a été réalisée sur plus de 12 000 logements. Une partie de l'enquête portait sur les pratiques d'activité physique. En dehors des obligations scolaires et professionnelles, 45% des femmes et 50 % des hommes, âgés de 16 ans ou plus et résidant en France métropolitaine, déclaraient avoir pratiqué au moins une activité physique et sportive au cours des douze derniers mois. Un tiers des femmes et des hommes déclaraient pratiquer une APS au moins une fois par semaine.

Seulement une femme sur deux, âgée de 16 à 39 ans, s'adonne à une APS contre 63% des hommes. Les écarts entre les 2 sexes s'expliquent selon cette étude par :

- une moindre médiatisation du sport féminin
- les femmes consacrent plus de temps aux tâches ménagères et parentales que les hommes
- le manque d'offre ou les créneaux horaires rendent peu attrayant la pratique d'une activité sportive
- les femmes préfèrent une activité culturelle ou artistique

I.2.2. Enquête réalisée par l'INSEP en 2010

Cette enquête portait sur la pratique physique et sportive en France (5). La collecte a été menée par téléphone auprès d'un échantillon de 8500 personnes, âgées de 15 ans et plus, en France métropolitaine.

Les résultats de cette enquête montraient que 65% des Français ont pratiqué une activité physique ou sportive (hors éducation physique et scolaire) au moins une fois par semaine lors des douze derniers mois précédant l'enquête. 43% de la population de référence pratiquaient une APS, plus d'une fois par semaine. 72% des femmes et 83% des hommes déclaraient avoir pratiqué une APS au cours des 12 derniers mois, même de manière occasionnelle.

Ce qui m'a surtout intéressée dans cette enquête est l'écart entre les hommes et les femmes, selon les tranches d'âge. En effet, entre 19 et 25 ans, les taux de pratique des hommes et des femmes semblent similaires (92% versus 91% respectivement).

De 26 à 29 ans, le taux de pratique des hommes repart à la hausse (93 %), tandis que celui des femmes est en forte baisse (78 %). L'enquête explique cette différence par les contraintes engendrées par une maternité et l'arrivée d'un enfant. Entre 30 et 44 ans, les femmes semblent se remettre au sport (83 %), tandis que les hommes en font un peu moins (90 %).

I.2.3. Rapport publié par l'ONAPS en 2017

Ce rapport (10) se basait sur 2 études (INCA 3 réalisée par l'ANSES et Esteban réalisée par l'INVS). Il faisait l'état des lieux de l'activité et de la sédentarité en France.

Les données étaient recueillies grâce au questionnaire RPAQ (Recent Physical Activity Questionnaire). Il permettait d'évaluer la fréquence et la durée des différentes activités physiques durant les quatre dernières semaines (pratiquées pendant le travail, lors des déplacements, des activités domestiques et de loisirs).

L'étude INCA 3 (11) montrait que près de deux tiers des adultes de 18 à 79 ans (63%) ont un niveau d'activité physique modéré ou élevé, atteignant donc les recommandations de l'OMS.

La population masculine présente globalement un niveau d'activité physique plus élevé que la population féminine, pour toutes les catégories d'âge mais de manière plus marquée chez les moins de 65 ans. Chez les adultes de 18 à 44 ans, 72% des hommes atteignent les recommandations de l'OMS contre 49% des femmes. Après 45 ans, presque 58% des femmes ont un niveau d'AP selon les recommandations de l'OMS.

Les résultats de l'étude Esteban (12) indiquent qu'en 2015, 53% des femmes et 71% des hommes atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique. Il n'y avait pas de différence selon le niveau de diplôme.

Entre 2006 et 2015, le niveau d'activité physique a diminué chez les femmes quel que soit leur âge. Il a augmenté chez les hommes de 40 à 54 ans et est resté stable dans les autres classes d'âge.

Près de 90% des adultes (sans distinction entre hommes et femmes, ni en fonction du niveau de diplôme) déclaraient 3 heures ou plus d'activités sédentaires par jour et 42% plus de 7 heures. Un adulte sur cinq cumulait les deux facteurs de risque, à savoir un niveau de sédentarité élevé et un niveau d'activité physique bas, inférieur aux recommandations.

I.3. Promotion de la santé

Vu l'importance de l'activité physique pour la santé publique, l'organisation mondiale pour la santé (OMS) a publié des recommandations pour la prévention par l'AP des maladies non transmissibles (3). L'OMS a établi les recommandations en population générale selon trois tranches d'âge.

En France, l'amélioration de l'état nutritionnel de la population constitue un enjeu majeur pour les politiques de santé publique. Lancé en janvier 2001, le Programme national nutrition santé (PNNS) a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition qui sous-tend l'alimentation et l'activité physique.

Les recommandations sur la pratique d'une activité physique sont regroupées dans les repères actualisés du PNNS (2). Elles sont basées sur celles de l'OMS. Au sein de ce document, des conseils permettant de lutter contre la sédentarité sont aussi présents. Ces recommandations concernent les enfants, les adolescents, les adultes mais aussi les femmes enceintes, en post-partum, en péri-ménopause, les personnes âgées et les personnes présentant une limitation fonctionnelle.

Chez les adultes entre 18 et 64 ans (3), les recommandations visent à améliorer l'endurance cardio respiratoire, la forme musculaire et l'état osseux, et à réduire le risque de maladies non transmissibles et de dépression.

Pour cela, il conviendrait d'exercer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée¹ ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue², ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.

Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires et de souplesse devraient être pratiqués au moins deux fois par semaine.

Pour lutter contre la sédentarité (13), il est recommandé de :

- Réduire le temps total quotidien passé en position assise ou allongée (en dehors du temps de sommeil et de repas), autant que possible
- Marcher quelques minutes et s'étirer après 2h d'affilée en position assise ou allongée et faire quelques mouvements qui mobilisent les muscles et les articulations.

I.4. L'activité physique pendant la grossesse

La pratique sportive doit être encouragée au cours de la grossesse, car les bénéfices sur la santé maternelle et foétale sont importants.

I.4.1. Les recommandations

Il est recommandé de maintenir une activité physique d'endurance ou cardio-respiratoire d'intensité modérée au moins 30 min/jour :

- au moins 5 jours par semaine pour les femmes déjà actives avant la grossesse
- au moins 3 jours par semaine pour les femmes sédentaires ou peu actives (2)

Il faudrait également que la femme enceinte réalise des exercices de renforcement musculaire une à deux fois par semaine. Ces exercices concerneront principalement les muscles du plancher pelvien, des cuisses, des ischio-jambiers et les muscles abdominaux.

Il est conseillé aux femmes sédentaires ou peu actives avant la grossesse de commencer par 15 minutes par jour d'activité physique d'endurance pour atteindre, avant la fin du 1er trimestre de grossesse, 30 minutes par jour. (2)

¹ Intensité modérée selon l'OMS : sur une échelle absolue, il s'agit d'une activité physique dont l'intensité est 3 à 5,9 fois supérieure à l'intensité du repos.

² Intensité soutenue : sur une échelle absolue, il s'agit d'une activité physique dont l'intensité est au moins 6 fois supérieure à l'intensité du repos chez les adultes

Les sports recommandés et adaptés à la grossesse (14) sont :

- la marche, qui est très largement répandue
- la natation, qui pourra être poursuivie au 3^e trimestre, il limite les risques ostéoligamentaires dus à la laxité articulaire.
- le yoga, la gymnastique douce, le vélo d'appartement
- la course à pieds devra être arrêtés au 5^e mois de grossesse du fait du développement du poids, de la modification du centre de gravité et de la laxité ligamentaire

Les sports réalisés avant la grossesse ne pourront pas tous être repris. Les activités à haut risque de chutes (équitation, ski, vélo, skate, roller, *etc.*) ou de chocs sur le ventre (sports de combat, port de charges lourdes, *etc.*) et la plongée sont contre-indiquées pendant la grossesse.

I.4.2. Les précautions

Lors de la réalisation d'une activité physique de renforcement musculaire, les professionnels de santé doivent informer les femmes enceintes et distribuer des conseils importants. Il convient d'éviter (15) :

- de réaliser la manœuvre de Valsalva, c'est-à-dire de retenir son souffle durant les exercices
- de pratiquer allongée sur le dos durant le deuxième et le troisième trimestre de grossesse, en raison du risque de survenue d'une hypotension symptomatique due à une compression de la veine cave par l'utérus
- la position de fente avant, qui augmente le risque de lésion pelvienne
- les exercices de renforcement abdominal à partir de la 16^e semaine d'aménorrhée, due à la possibilité d'apparition d'un diastasis du grand droit.

Au 3^e trimestre de la grossesse, l'activité physique est adaptée en fonction de l'importance de la prise de poids et de l'augmentation du volume abdominal, mais celle-ci ne doit en aucun cas être arrêtée.

Dans tous les cas, et à n'importe quel moment de la grossesse, l'intensité de l'activité physique doit rester modérée et adaptée aux conditions physiques de chaque femme. Il faut éviter les activités physiques intenses. Il n'y a pas de limite supérieure de durée, de fréquence ou de volume à ne pas dépasser scientifiquement établie mais la modération et le bon sens sont à respecter. De manière générale, il convient de réaliser une activité régulière et dans la continuité. (16)

Les environnements chauds et humides doivent être si possible évités, une hydratation très régulière et le port de vêtements appropriés lors de la pratique d'activité physique sont recommandés, de même que l'adaptation de leur durée et de leur intensité pour éviter une hyperthermie et le stress liés à la chaleur. (15)

I.4.3. Les contre-indications

Il convient de rechercher les contre-indications médicales à la réalisation d'une activité physique pendant la grossesse. (17)

Contre-indications absolues	Contre-indications relatives ²⁶
<ul style="list-style-type: none">- Rupture des membranes- Travail pré-terme- Hypertension gestationnelle- Béance cervico-isthmique- Retard de croissance fœtale- Grossesse multiple- Placenta prævia après 28 SA- Saignements persistants durant les 2^{ème} et 3^{ème} trimestres- Diabète de type 1 non maîtrisé- Maladie de la thyroïde ou autre trouble grave de nature cardiovasculaire, respiratoire ou générale	<ul style="list-style-type: none">- Fausse couche antérieure- Naissance prématurée antérieure- Trouble cardiovasculaire léger ou modéré- Trouble respiratoire- Anémie (Hb < 100 g/L)- Malnutrition ou trouble alimentaire- Grossesse gémellaire après 28 SA- Autre problème médical

Figure 2 : Les contre-indications à la pratique d'une activité physique pendant la grossesse.

I.5. L'activité physique en post-partum

Le post-partum est la période débutant une heure après la délivrance jusqu'au retour de couches (survenant entre 6 à 8 semaines après l'accouchement chez la femme non allaitante). Il est synonyme de bouleversements et changements physiques, psychiques et familiaux.

De manière générale, la plupart des types d'exercice physique peuvent être continués ou repris pendant le post-partum. Cependant, selon le mode d'accouchement, césarienne ou accouchement par voie basse, l'APS sera pratiquée plus ou moins rapidement en post-partum. (2)

Certaines femmes peuvent devoir réduire l'intensité de leurs exercices ou la durée de chaque séance, en raison de la fatigue qui accompagne l'accouchement et les soins du nouveau-né.

Si l'accouchement a eu lieu par voie basse, sans épisiotomie ou sans autre complication, la femme peut reprendre des activités d'endurance comme la marche ou la natation juste après l'accouchement. Les activités de renforcement musculaire ou des activités en charge peuvent être réalisées après la visite post-natale (6 à 8 semaines après l'accouchement) et à la fin de la rééducation périnéale.

Si la femme a subi une épisiotomie, les activités physiques peuvent être reprises après avis obstétrical et après la fin de la rééducation périnéale.

Si l'accouchement a été une césarienne, il faut attendre que la paroi abdominale se reconstitue (environ 2 mois) avant de reprendre une activité physique. Aussi, la rééducation des abdominaux paraît donc importante avant d'envisager une pratique d'activité physique. Elle devrait se réaliser après la rééducation périnéale précoce. (18)

I.6. Les bénéfices de l'activité physique

I.6.1. Les bénéfices maternels

I.6.1.1. Sur la condition physique

L'activité physique pendant la grossesse permet de maintenir ou d'améliorer la condition physique et la capacité cardio-respiratoire de la femme enceinte. (14) Les modifications cardiovasculaires engendrés par la grossesse permettent, en effet, une pratique d'activité physique adaptée. La fréquence cardiaque et le volume d'éjection systolique vont augmenter ainsi qu'une vasodilatation artérielle s'installe. Ces mécanismes ont pour conséquence d'accroître le débit cardiaque (de l'ordre de 40%).

D'après Pivarnik (19), les modifications physiologiques cardiovasculaires s'opérant en début de grossesse peuvent persister jusqu'à 12 semaines après l'accouchement. En comparant des femmes nullipares et des femmes en post-partum, il a remarqué que la pression artérielle au repos et le pic de fréquence cardiaque étaient plus bas chez les femmes venant d'accoucher. Cependant, afin de maintenir ses capacités, il faudrait que les femmes poursuivent une APS en péri-partum.

I.6.1.2. Sur la prise de poids

L'activité physique avant et pendant la grossesse peut être considérée comme la meilleure prévention d'une prise de poids excessive.

Plusieurs études ont démontré l'importance de celle-ci. Clapp compare l'évolution du poids total et de la masse grasse dans deux groupes de femmes sportives. (20) Le premier groupe poursuit les activités sportives tout au long de la grossesse, alors que le second groupe arrête toute activité physique en début de grossesse. Pendant le premier et le second trimestre, il n'existe aucune différence significative entre les deux groupes. En revanche, la différence apparaît au cours du troisième trimestre car le groupe qui poursuit les activités physiques présente, à la fin de la grossesse, une prise moyenne de poids de 13 kg, alors que le groupe ayant cessé toute activité physique présente une prise de poids moyenne de 16,3 kg.

De plus, une étude sur des femmes enceintes chinoises montrent que le surpoids au cours de grossesse est significativement moindre chez les femmes pratiquant une activité physique régulière les deux derniers trimestres par rapport aux sédentaires, le risque de poids excessif diminue avec le niveau d'activité physique. (21)

I.6.1.3. Sur l'hypertension artérielle

Le rôle de l'activité physique sur l'hypertension artérielle n'est plus à démontrer. Une activité physique régulière, selon les recommandations de l'OMS, permet de diminuer la pression artérielle systolique de 10mmHg minimum. (22)

L'hypertension gravidique concerne 8% des grossesses environ et la pré-éclampsie (HTA et protéinurie associée) concerne entre 2 et 7% des grossesses. (23)

Cependant, le rôle de l'activité physique dans la prévention et le traitement de la pré-éclampsie est discuté. Une étude de cohorte danoise a montré une augmentation légère du risque de pré-éclampsie chez des femmes ayant une pratique d'activité physique supérieure à 4h30/semaine. (24)

A contrario, l'étude menée par Sorensen (25) a montré des bénéfices de l'activité physique sur la pré-éclampsie. En effet, par rapport aux femmes sédentaires, les femmes pratiquant une activité physique entre 2 et 4h/semaine ont une diminution de risque de 44%, et celles qui pratiquent 1h de marche rapide par jour ont une diminution du risque de 34%. Aussi, cette étude montre que faire de l'activité physique l'année avant la grossesse semble plus bénéfique que de commencer au moment de la grossesse.

En post-partum, la persistance d'une hypertension artérielle devra être dépistée et traitée. L'activité physique et un régime hyposodé permettront sa prise en charge.

I.6.1.4. Sur le diabète gestationnel

Plusieurs études ont montré le rôle préventif et curatif de l'activité physique sur le diabète gestationnel. (26,27)

Une étude de cohorte sur plus de 1800 femmes enceintes (26) a montré que la diminution de risque est d'autant plus grande que l'activité physique est pratiquée de façon vigoureuse l'année précédant la grossesse et poursuivie de façon vigoureuse ou légère pendant la grossesse. Le bénéfice apparaît si la pratique d'activité physique est régulière et de 30 min par jour, chez les femmes de poids normal et chez les femmes en surpoids. Les exercices recommandés sont des exercices d'endurance, d'intensité faible, associé à des exercices de renforcement musculaire. (28)

En cas de diabète gestationnel, l'activité physique est un traitement adjuvant indispensable, la prescription d'activité physique adaptée s'associe à des recommandations nutritionnelles.

L'activité physique, si elle est régulière, augmente l'insulinosensibilité, et la masse musculaire permettant un catabolisme glucidique accru (activité importante des transporteurs de type GLUT 4) et diminue la masse grasse. Elle permet aussi une diminution de la production de glucose hépatique. (29)

I.6.1.5. Sur l'état général

Pendant la grossesse, sous l'effet hormonal (progestérone, œstrogène), une hyperlaxité ligamentaire et une augmentation des amplitudes articulaires surviennent régulièrement dès le premier trimestre de la grossesse. Du fait de la protrusion de l'utérus gravide, une hyperlordose lombaire, une cyphose dorsale, et une antéversion du bassin apparaissent. (14) Ces différentes modifications impliquent un déplacement du centre de gravité pouvant expliquer les troubles de l'équilibre et être responsables de la grande fréquence des lombalgies chez les femmes enceintes.

L'activité physique permet une diminution d'intensité de ces douleurs lombaires et pelviennes et améliore leur tolérance lors de la grossesse. Les exercices posturaux et un renforcement musculaire du haut et du bas du dos paraissent particulièrement efficaces. (28)

L'AP permet aussi à la femme enceinte de garder son autonomie et par là, de maintenir son bien-être psychologique en sauvegardant l'image et l'estime de soi. (14,28)

I.6.1.6. Sur l'état psychique

L'activité physique réduit les signes d'anxiété et de dépression chez les personnes en bonne santé. Le mode d'action est lié à l'augmentation du débit sanguin cérébral et de la concentration en sérotonine qui ont pour conséquence d'accroître l'éveil comportemental, le tonus antidépresseur et de renforcer l'estime de soi. Les bénéfices sont retrouvés à partir de faibles niveaux de pratique.

Cependant, ce rôle est contesté dans la prévention des troubles anxio-dépressifs dans le per et post-partum.

L'arrivée d'un enfant peut être source d'anxiété et de stress. Au troisième trimestre de la grossesse, la qualité du sommeil est très souvent altérée. Ces symptômes peuvent être atténués par la pratique d'une activité physique. (30)

La dépression du post-partum touche 20% des femmes. Certaines études ont montré que, la pratique d'une activité physique pendant la grossesse pourrait avoir un effet préventif sur l'apparition de symptômes dépressifs dans le post-partum. (31)

Une étude prospective danoise a mis en évidence un effet protecteur de l'activité physique intense dans la dépression du post-partum nécessitant un traitement médicamenteux. (32)

Les femmes qui ont eu une activité physique régulière pendant la grossesse, et l'ont poursuivie lors du troisième trimestre, sont moins fatiguées et manifestement plus énergiques dès le quatrième ou cinquième jour après l'accouchement. (14)

I.6.1.7. Sur l'incontinence urinaire

L'activité physique diminue de 50% le risque d'incontinence urinaire lors de la grossesse et de 35% en post-partum grâce aux exercices de renforcement musculaire du plancher pelvien. (15). Généralement, les femmes ayant accouché bénéficient d'abord de séances de rééducation périnéale avant la reprise d'une activité physique.

I.6.1.8. Sur l'accouchement

Beaucoup d'études se sont portées sur l'impact de l'activité physique gravidique sur l'accouchement. Les travaux sont nombreux et consensuels : le risque de césarienne chez les femmes sédentaires est toujours beaucoup plus important que chez les femmes actives et sportives. (33)

Quelques auteurs se sont intéressés à l'impact de la condition physique sur la durée de l'accouchement en comparant la durée du travail chez les femmes actives ou sportives et les femmes sédentaires.

La condition physique était évaluée à partir de la VO_{2max} réalisée sur bicyclette ergospirométrique entre la 35e et la 37e semaine de grossesse. Une étude norvégienne a mis en évidence que les femmes nullipares avec un VO_{2max} plus élevé ont une durée de travail plus courte que les femmes nullipares avec une capacité aérobie inférieure. (34)

I.6.2. Les bénéfices pour le fœtus et le nouveau-né

L'activité physique permet une optimisation de la croissance fœtale par augmentation du volume placentaire et donc favorise les échanges fœto-maternels.

Des chercheurs de l'Université de Montréal (35) ont mis en évidence une maturation du système d'activation cérébrale plus importante chez les bébés dont la mère a été physiquement active pendant la grossesse. Cela laisse entendre que leur cerveau s'est développé plus rapidement que celui des autres. Pour se faire, ils ont réalisé une étude comparative sur la mémoire auditive, menée sur des nouveau-nés dont les mères avaient été suivies durant leur grossesse en tant qu'actives ou sédentaires.

Un lien étroit entre prise de poids excessive de la mère pendant la grossesse et poids de naissance du nouveau-né existerait. En effet, une étude a démontré qu'une mère ayant pris plus de 24 kg pendant sa grossesse fera un enfant plus lourd de 150 g à la naissance. L'odds-ratio pour donner naissance à un nourrisson de plus de 4000 g (macrosomie) était de 2,26 (2,09 à 2,44) pour une femme ayant pris plus de 24 kg pendant sa grossesse, comparativement à une femme ayant pris de 8 à 10 kg. (36)

Par conséquent, en diminuant le poids du nouveau-né et en évitant la macrosomie à la naissance, le risque de complications liées à l'accouchement est réduit. La pratique de l'AP aurait aussi un impact sur le développement de l'enfant et le risque de surpoids et d'obésité dans l'enfance.

II. Matériel et méthode

II.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique quantitative descriptive basée sur les données recueillies par questionnaire.

II.2. Objectifs de l'étude

II.2.1. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude consiste à évaluer les conséquences de l'accouchement sur la pratique ou la reprise d'une activité physique et sportive, en Haute-Vienne.

II.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires consistent à :

- Connaître les freins organisationnels et médicaux à la pratique d'une activité physique et sportive en post-partum
- Connaître les facteurs motivationnels des femmes ayant repris une APS au cours du post-partum.
- Comparer la pratique de l'APS en post-partum en fonction des caractéristiques sociales et professionnelles
- Connaître l'impact de la pratique d'une APS pendant la grossesse sur la pratique d'une APS en post-partum
- Comparer le délai de pratique d'une APS en post-partum en fonction du profil de la pratiquante et la durée totale de pratique de l'APS avant la grossesse
- Connaître l'impact du mode d'accouchement et de la réalisation d'une rééducation sur la pratique d'une APS en post-partum

II.3. Population étudiée

II.3.1. Critères d'inclusion

La population ciblée par les questionnaires correspondait aux femmes majeures habitant en Haute-Vienne, ayant accouché il y a plus de 3 mois et moins de 12 mois, qu'elles pratiquaient une activité physique ou non avant la grossesse.

Nous avons choisi ce délai de réponse afin d'éviter les biais de mémorisation et de permettre à la femme ayant accouché d'avoir le temps de reprendre le sport. La consultation post-accouchement a généralement lieu entre 6 à 8 semaines après l'accouchement.

II.3.2. Critères d'exclusion

Certains questionnaires n'ont pas pu être analysés car :

- Les questionnaires étaient incomplets
- Les femmes ayant accouché il y a moins de 3 mois
- Les femmes ayant accouché il y a plus de 12 mois

II.4. Le questionnaire

Nous avons décidé de réaliser un questionnaire. (Annexe 1)

Le premier item à remplir était la date d'accouchement et la date du jour. Cela nous permettait d'évaluer le délai après l'accouchement et ainsi d'inclure ou exclure le questionnaire dans l'analyse.

La première partie, comprenant 5 questions, concernait les données socio-professionnelles et personnelles des mères :

- l'âge qu'elles ont au moment du questionnaire
- le nombre d'enfants
- le statut marital (en couple ou séparée)
- les professions et catégories socio-professionnelles : selon la nomenclature définie par l'INSEE (37)
- la définition de la zone d'habitation (rural, urbain ou semi-rural) basée sur la densité (38)

La deuxième partie, comprenant 2 questions, concernait la pratique d'activité physique avant la grossesse. D'abord, nous leur demandions plus de précisions sur leur non-pratique ou pratique : en club ou association ou non, en compétition ou en loisir.

Ensuite, elles devaient essayer de quantifier le nombre d'heures par semaine à pratiquer leurs activités physiques ou sportives. Nous avons réalisé plusieurs groupes horaires qui nous permettent de comprendre le niveau d'activité physique de ces femmes (28) :

- Au moins une fois par mois → peu pratiquante
- 1h par semaine → sportive débutante
- Entre 1h et 2h30 par semaine → sportive de loisir ou confirmée
- Entre 2h30 et 8h par semaine → sportive experte
- Plus de 8h par semaine → pratique intensive voire de haut-niveau

La troisième partie, comprenant 3 questions, permettait de connaître la poursuite ou la pratique d'une APS pendant la grossesse, le mode d'accouchement (césarienne ou accouchement par voie basse) et la réalisation de séances de rééducation abdominale et/ou périnéale.

La quatrième partie, comprenant 8 questions, s'intéressait à la pratique d'activité physique dans le post-partum. Nous avons repris les mêmes groupes horaires afin de permettre une comparaison. Nous avons choisi de rédiger une question ouverte afin d'avoir le délai entre l'accouchement et la pratique d'une activité physique dans le post-partum.

Aussi, nous avons cherché à décrire les freins socio-environnementaux et médicaux à la pratique d'une activité physique ou sportive ou au contraire, les motivations. Ces questions étaient à choix multiples avec un item permettant aussi une réponse personnelle.

Nous nous sommes inspirés des études précédemment faites sur les freins et les facilitateurs à la pratique d'une activité physique. L'Eurobaromètre (39) qui est un grand sondage d'opinion publique, a réalisé une enquête dans les 28 états membres de l'Union Européenne sur le sport et l'activité physique. Concernant la pratique d'une APS en post-partum, nous avons pris exemple sur deux études qualitatives réalisées en Nouvelle-Zélande (40) et en Australie (41).

Nous demandons également à la mère si elle a pris un congé parental d'éducation.

Enfin, la dernière question permettait une ouverture sur l'activité physique adaptée après un accouchement.

II.5. Diffusion du questionnaire

Nous avons ciblé les lieux présentant le plus d'enfants âgés de moins d'un an pour pouvoir distribuer les questionnaires aux mères. Nous avons donc démarché les crèches et des cabinets de médecine générale et de pédiatrie libéraux.

Nous avons recensé via le moteur de recherche Google® les différentes crèches de la Haute-Vienne. Nous avons trouvé leur adresse électronique et nous avons ainsi contacté les directeurs ou directrices de chaque crèche. Si nous n'avions pas de réponse au premier mail, nous faisons une relance avec un deuxième mail au bout de deux semaines, puis sans réponse de leur part un mois plus tard, nous faisons une dernière relance par téléphone.

Les crèches se situaient aussi bien en milieu rural qu'urbain. Cependant, il existe plus de crèches dans les communes urbaines que rurales.

La diffusion du questionnaire se faisait soit par manuscrits soit par mail aux différentes mères concernées en fonction des conditions sanitaires de chaque crèche et de leur organisation dans le contexte sanitaire de fin d'année 2020.

Nous avons aussi demandé l'accord à deux cabinets de pédiatrie. Un seul cabinet a bien voulu participer, situé à Limoges. Au sein de ce cabinet, deux pédiatres ont diffusé le questionnaire aux mères. Nous avons aussi demandé à deux cabinets de médecine générale ayant une activité de pédiatrie de diffuser notre questionnaire.

Nous avons aussi démarché les établissements de protection maternelle et infantile (PMI) de la Haute-Vienne. Celles-ci ont refusé de participer à l'étude.

La diffusion du questionnaire a été réalisée du 15/09/2020 au 15/12/2020.

II.6. Exploitation des données

Les données ont été retranscrites directement dans un questionnaire Google Forms puis exportées sous un fichier Excel.

II.7. Analyse statistique

L'analyse des données s'est effectuée sous tableur Microsoft Excel avec lequel j'ai réalisé une analyse descriptive.

Les comparaisons des variables qualitatives ont été réalisées par le test du chi 2 lorsque les effectifs étaient supérieurs à 5. Si l'un des effectifs était inférieur à 5, nous utilisons le test exact de Fisher.

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0.05.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel BiostatTGV.

III. Résultats

III.1. Participation à l'étude

J'ai ainsi eu l'accord de 28 crèches, 2 pédiatres et 3 médecins généralistes.

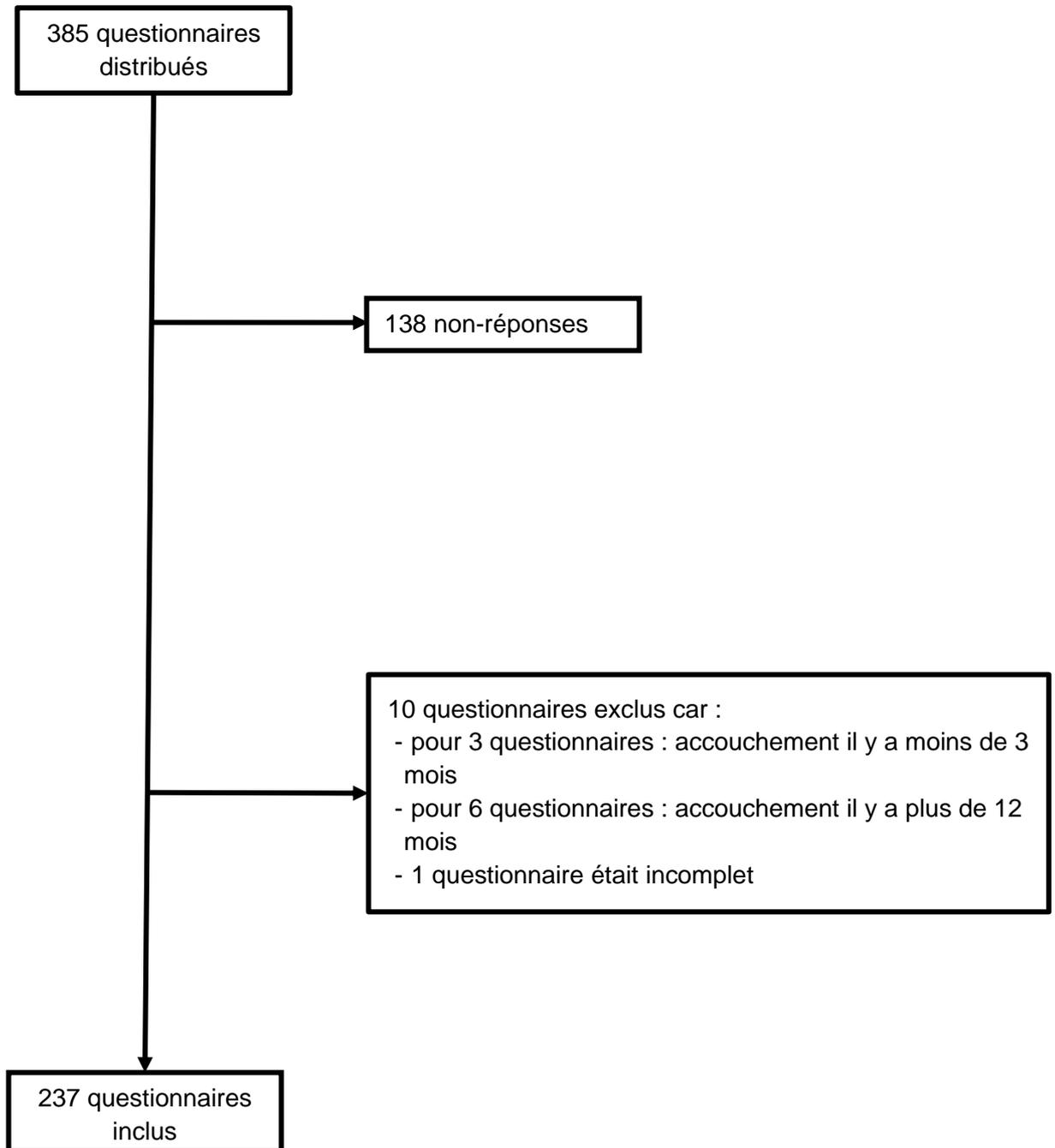


Figure 3 : Diagramme de flux des participantes à notre étude

Les femmes ayant répondu au questionnaire se situaient en moyenne à 7 mois et demi du post-partum. La médiane est à 7.

III.2. Profil de la population d'étude

III.2.1. Age

L'âge moyen de notre population est de 32,3 ans pour une médiane à 32.

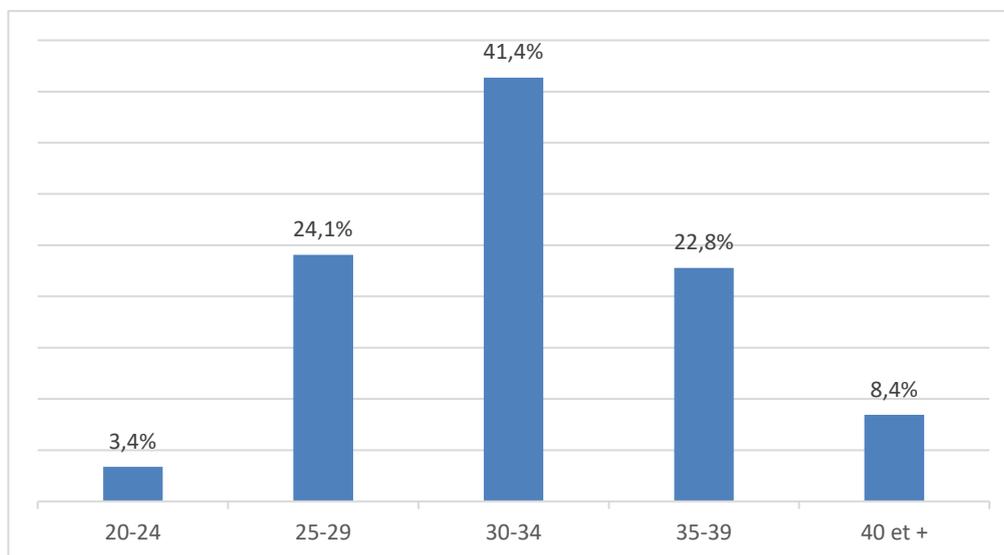


Figure 4 : Répartition en groupe d'âge de notre population

III.2.2. Nombre d'enfants par femmes

Le nombre moyen d'enfant par femme est de 1,60. La médiane est à 1.

Plus de la moitié des femmes interrogées ont accouché de leur premier enfant. Moins d'un tiers ont deux enfants.

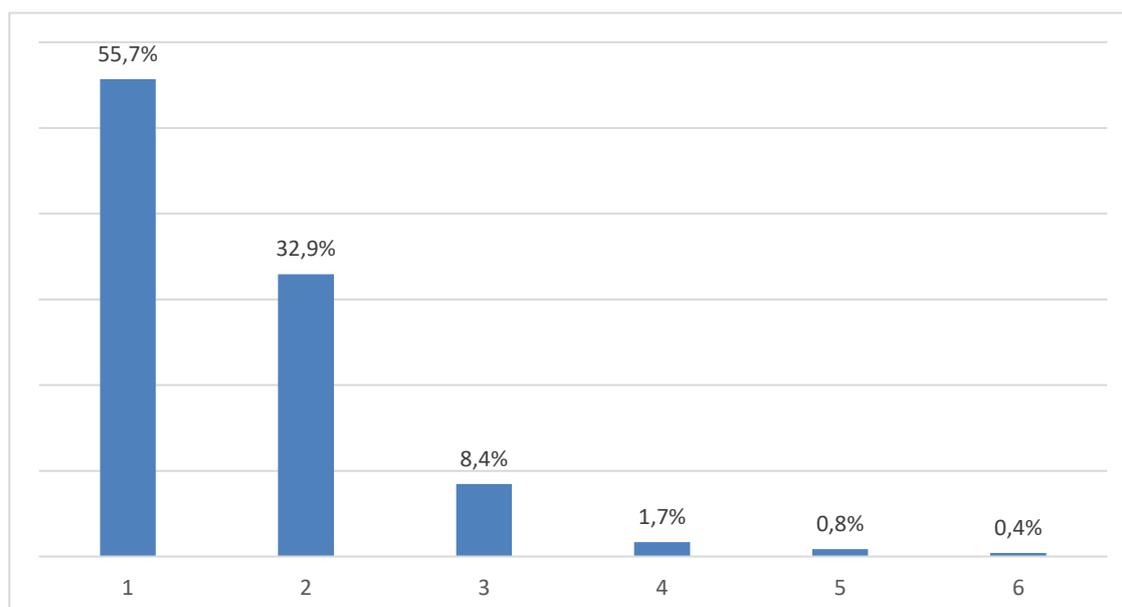


Figure 5 : Nombre d'enfants par femmes

III.2.3. Statut marital

Seulement 3 femmes étaient séparées ou divorcées.

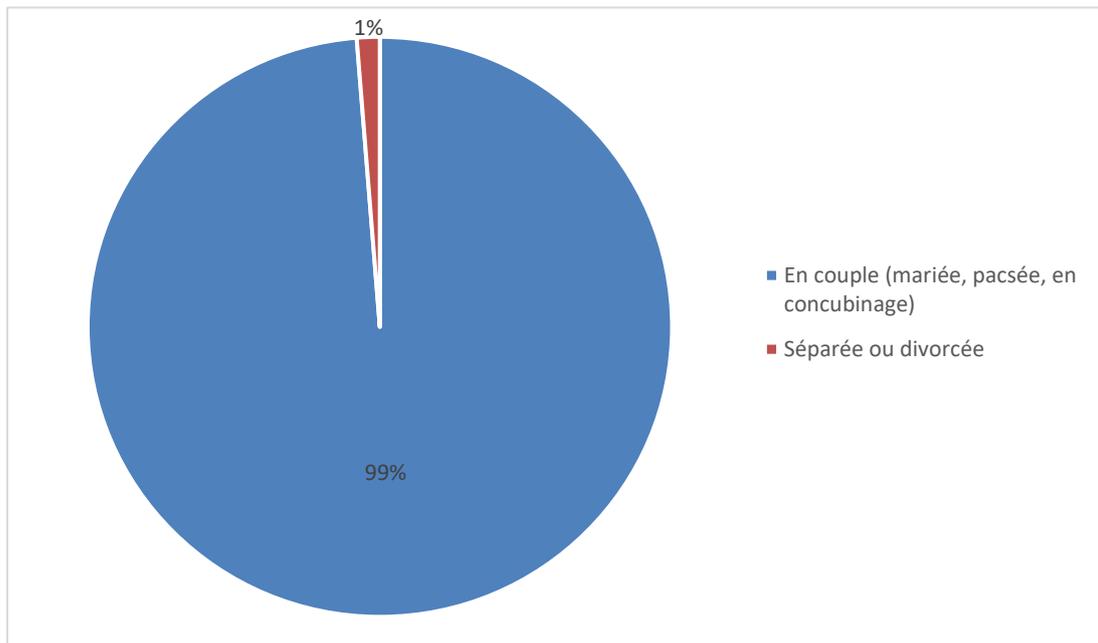


Figure 6 : Statut marital de notre population

III.2.4. Catégorie socioprofessionnelle

La catégorie « employé » représente plus de la moitié des femmes interrogées. 28% des femmes interrogées font partie de la catégorie socioprofessionnelle « cadre et profession intellectuelle supérieure ».

Aucune femme de la population de notre étude ne s'est déclarée dans la CSP « agriculteur, exploitant » ou « retraité ».

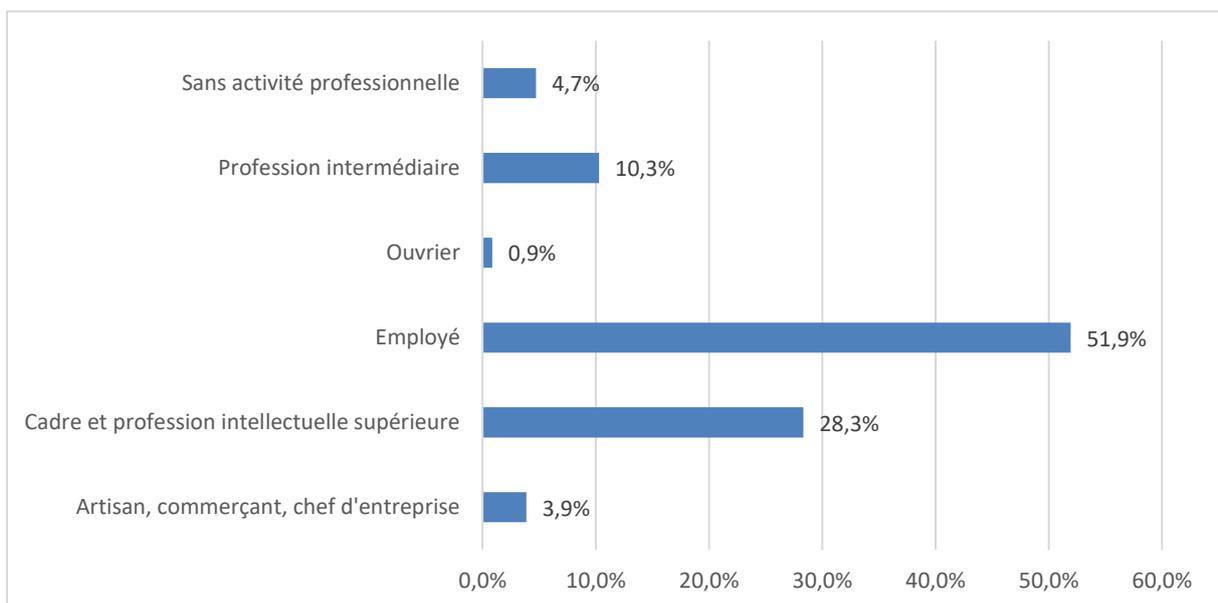


Figure 7 : Catégorie socio-professionnelle de notre population

III.2.5. Lieu d'habitation

Plus de la moitié des femmes interrogées déclarent habiter en milieu urbain.

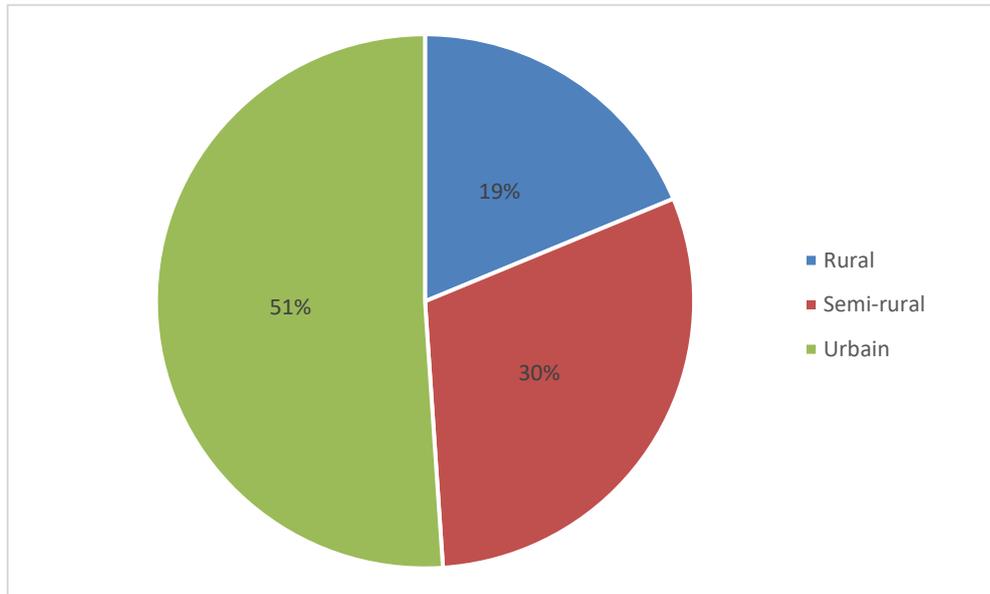


Figure 8 : Lieu d'habitation de notre population

III.3. Pratique d'une activité physique et sportive avant la grossesse

65% des femmes interrogées déclarent pratiquer une activité physique ou sportive avant leur grossesse.

Les répondantes déclarent pratiquer l'APS en loisir pour la majorité d'entre elles.

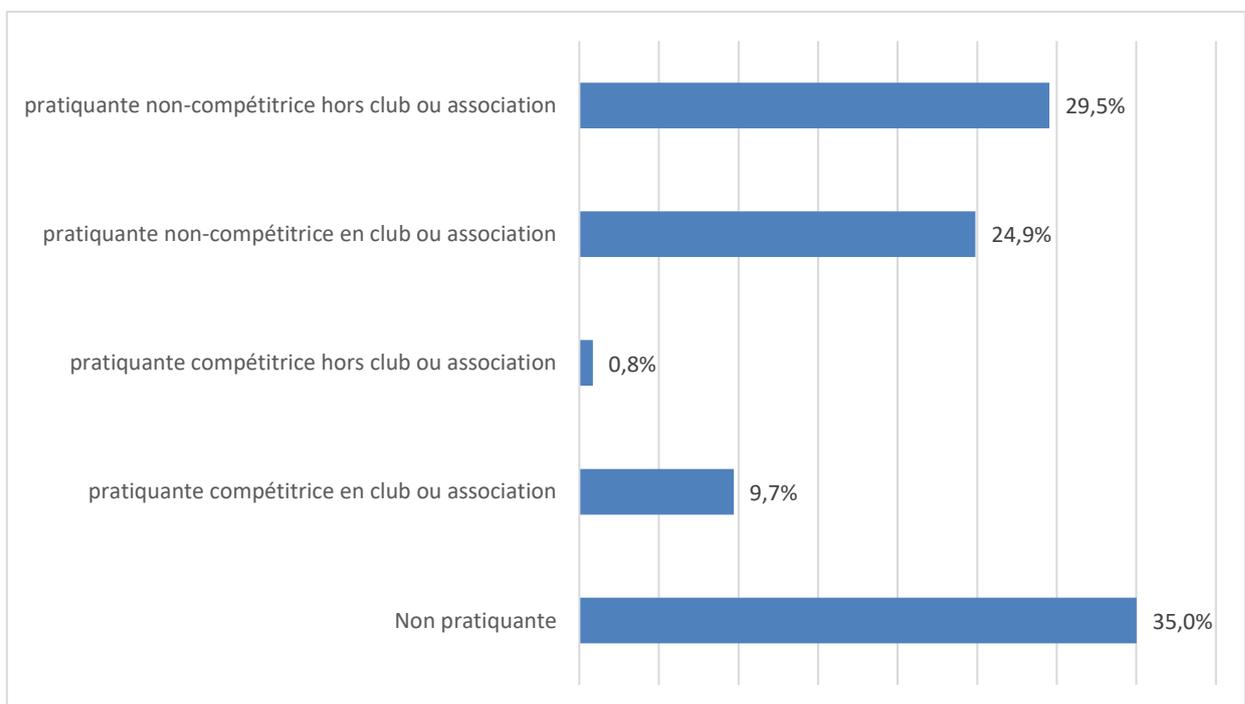


Figure 9 : Profil de la pratique de l'APS

Tableau 1 : nature de la pratique d'APS chez les femmes pratiquantes avant leur grossesse

	En club ou association	Hors club ou association	Total
En loisir	38.3%	45.5%	83.8%
En compétition	14.9%	1.3%	16.2%
Total	53.2%	46.8%	100%

Plus de 40% des femmes déclarent pratiquer entre 1h et 2h30 d'APS par semaine.

Tableau 2 : taux horaire des pratiquantes avant la grossesse

Durée totale	Caractéristiques	Pourcentage des répondantes
Au moins une fois par mois	Peu pratiquante	7.8%
1h par semaine	Sportive débutante	27.5%
Entre 1h et 2h30 par semaine	Sportive de loisir ou confirmée	43.1%
Entre 2h30 et 8h par semaine	Sportive experte	20.3%
Plus de 8h par semaine	Pratique intensive voire de haut-niveau	1.3%

III.4. Pendant la grossesse

III.4.1. Pratique d'une APS

Pendant la grossesse, 2/3 des femmes interrogées déclarent ne pas avoir pratiquer d'APS pendant la grossesse.

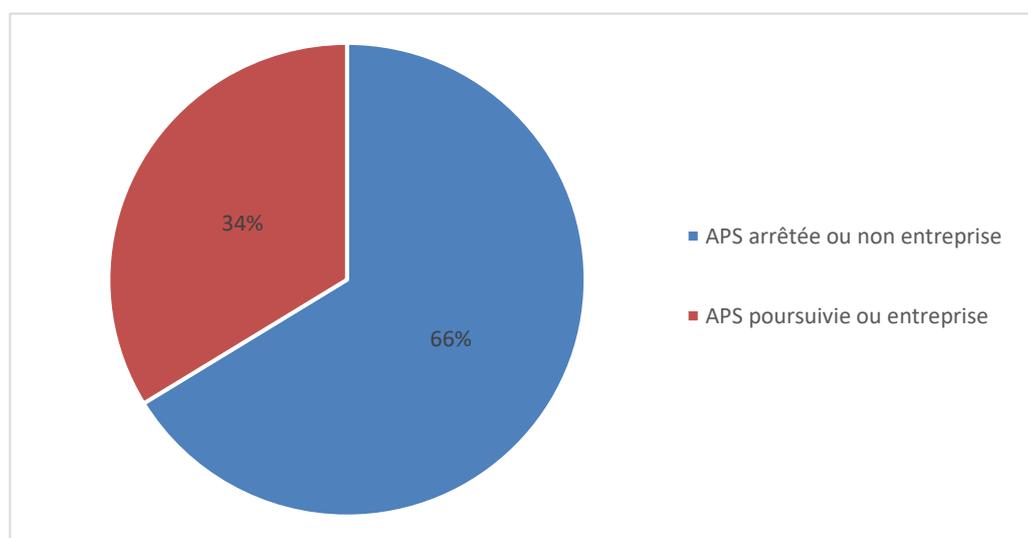


Figure 10 : Pratique d'une APS pendant la grossesse

III.4.2. Le mode d'accouchement

Plus de 81% des femmes ont eu un accouchement par voie basse. 2 personnes n'ont pas répondu à la question.

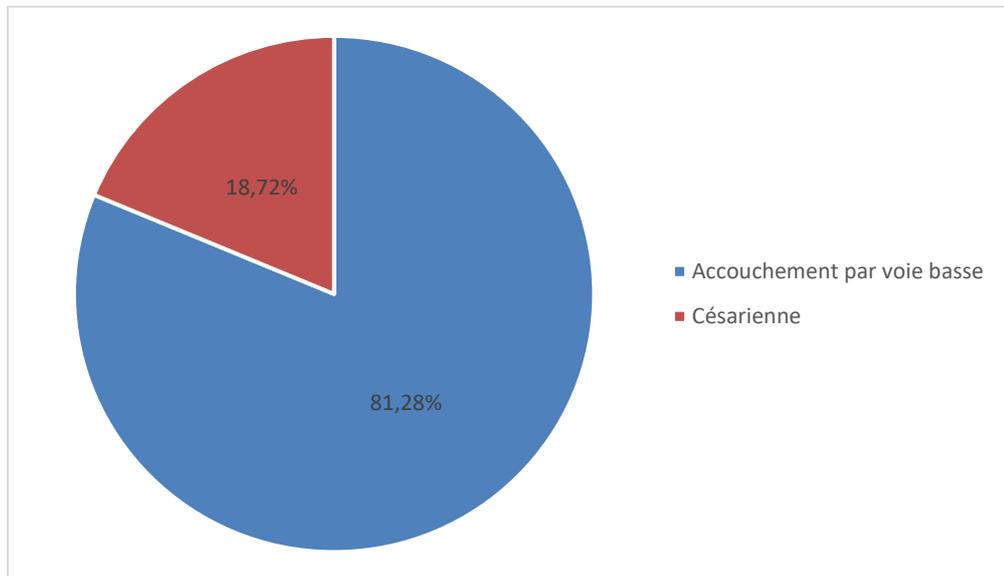


Figure 11 : Mode d'accouchement de notre population

III.4.3. La rééducation en post-partum

48% des femmes interrogées déclarent avoir réalisé uniquement la rééducation périnéale. 16% des femmes n'ont pas bénéficié de rééducation en post-partum.

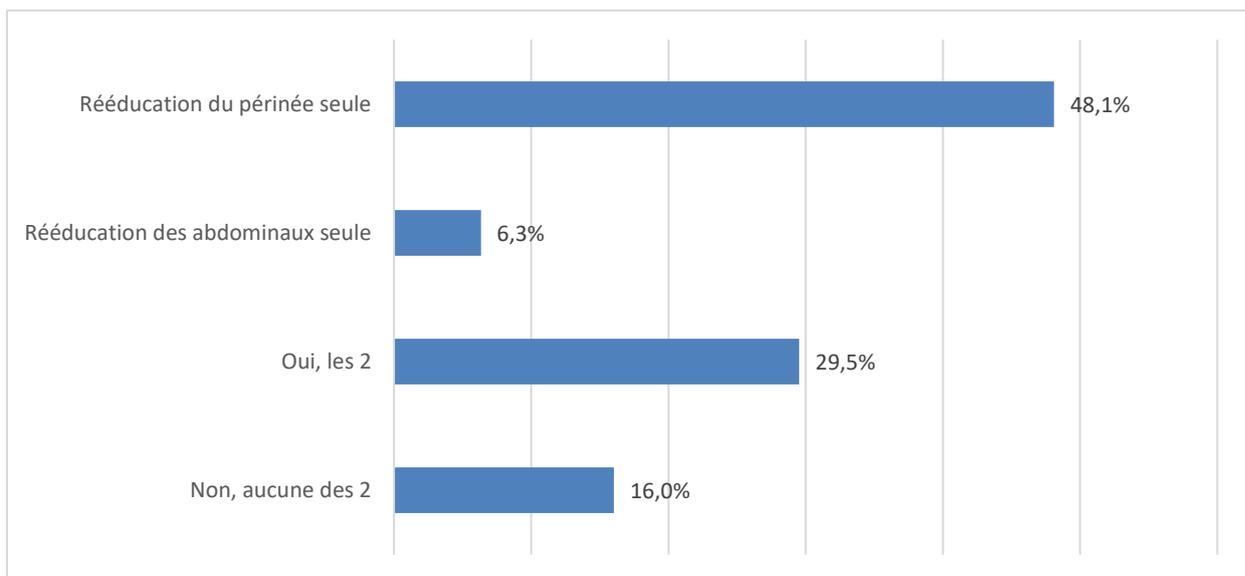


Figure 12 : Proportion de femmes ayant fait une rééducation en post-partum

III.5. En post-partum

III.5.1. Congé parental d'éducation

Plus de 26% des femmes interrogées déclarent avoir pris un congé parental d'éducation après leur congé maternité.

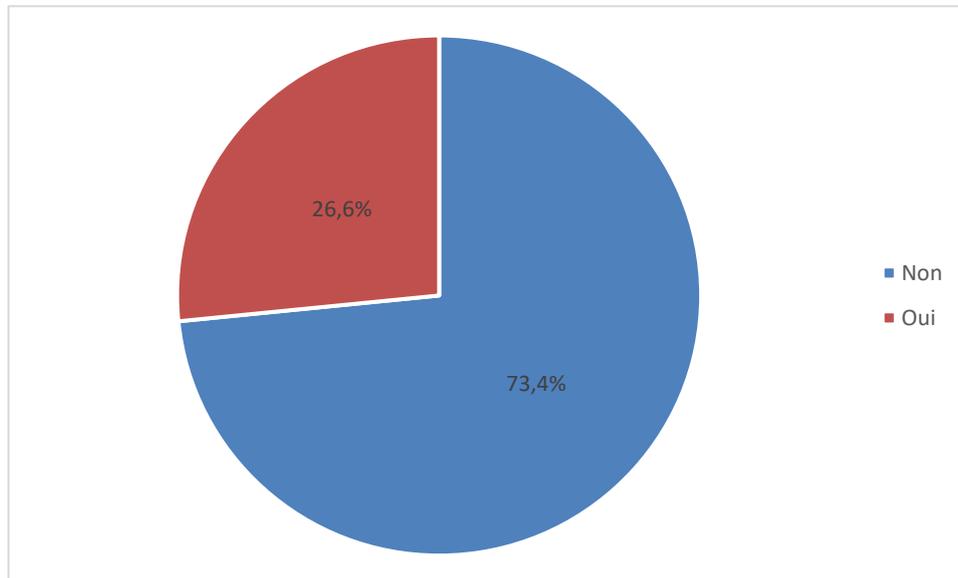


Figure 13 : Congé parental d'éducation

III.5.2. Pratique d'une APS en post-partum

54% des femmes interrogées déclarent ne pas avoir entrepris ou repris une APS en post-partum.

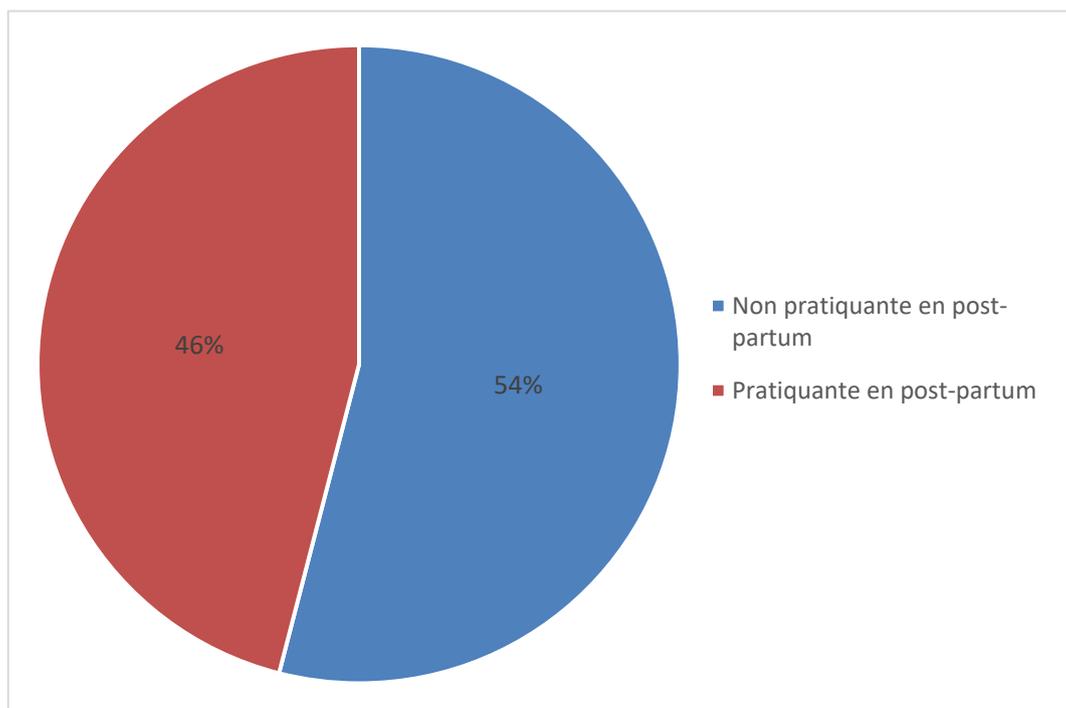


Figure 14 : Pratique d'une APS en post-partum

III.5.3. Pratique similaire à avant la grossesse ?

Parmi les femmes ayant déclaré avoir entrepris ou poursuivi une APS, 54% pratiquent une APS similaire à celle pratiquée avant la grossesse. 46% ont modifié leur APS.

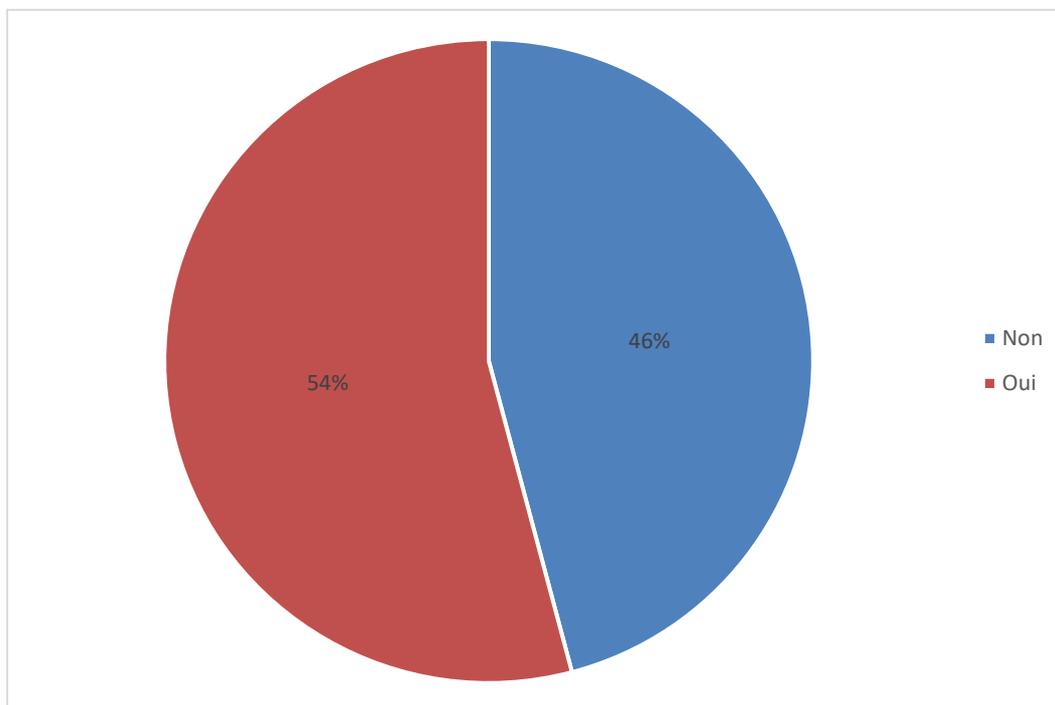


Figure 15 : Similitude de la pratique de l'APS avant la grossesse vs en post-partum

III.5.4. Taux horaire de la pratique d'une APS

Plus de 40% des femmes pratiquent une APS en post-partum entre 1h et 2h30. 34% des femmes la pratiquent pendant 1h par semaine.

Tableau 3 : durée totale de pratique d'une APS en post-partum

Durée totale	Caractéristiques	Pourcentage des répondantes
Au moins une fois par mois	Peu pratiquante	11.9%
1h par semaine	Sportive débutante	33.9%
Entre 1h et 2h30 par semaine	Sportive de loisir ou confirmée	41.3%
Entre 2h30 et 8h par semaine	Sportive experte	12.8%
Plus de 8h par semaine	Pratique intensive voire de haut-niveau	0%

III.5.5. Délai après l'accouchement

En moyenne, les femmes ayant repris ou entrepris une APS l'ont pratiqué après 4,2 mois. La médiane est à 4.

J'ai choisi de faire 3 groupes :

- La pratique de l'APS est entreprise ou reprise moins de 3 mois après l'accouchement : reprise avant la consultation du post-partum, la pratique est précoce
- La pratique de l'APS est entreprise ou reprise 3 mois après l'accouchement et jusqu'à la fin du 5^e mois du post-partum : délai raisonnable
- La pratique de l'APS est entreprise ou reprise au début du 6^e mois du post-partum et plus : délai tardif

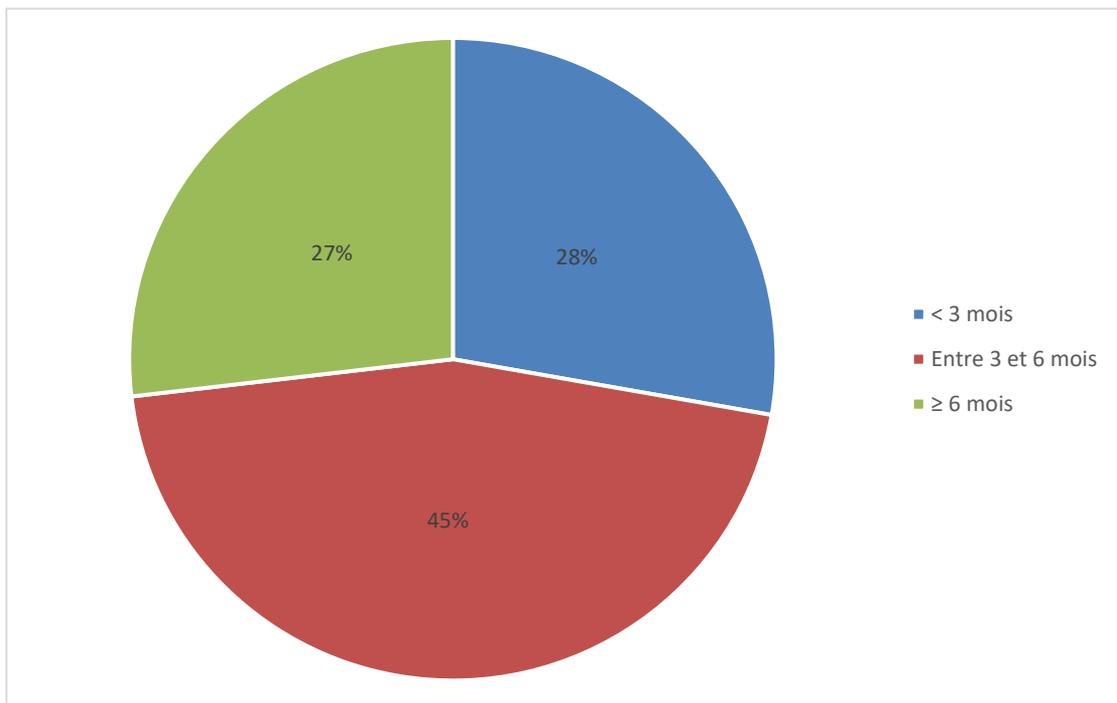


Figure 16 : Délai de pratique d'une APS en post-partum

III.5.6. Facteurs médicaux ayant empêché la pratique d'une APS

Tableau 4 : facteurs médicaux expliquant la non-pratique d'une APS en post-partum

Facteurs médicaux		Nombre	%
Fatigue		103	43.5%
Allaitement maternel		46	19.4%
Fuites urinaires		18	7.6%
Douleurs dorsales		31	13.1%
Douleurs au niveau de la cicatrice de césarienne		14	5.9%
Douleurs du périnée		19	8%
Entorse		0	0%
Ecartement des muscles abdominaux (= diastasis des grands droits)		8	3.4%
Prise de poids importante limitant l'activité physique		10	4.2%
Essoufflement important		14	5.9%
Pathologies liées à l'accouchement	« Il fallait que j'attende la fin de la rééducation du périnée pour envisager la pratique d'une APS »	10	4.2%
	Complications de la césarienne avec pose d'une iléostomie	1	0.4%
	Incontinence anale sur déchirure anale	2	0.8%
Pathologies non liées à l'accouchement	Pancréatite aigue	1	0.4%
	SEP diagnostiquée en post-partum	1	0.4%
	Pathologie rénale	1	0.4%
Vertiges		1	0.4%

III.5.7. Facteurs organisationnels ayant empêché la pratique d'une APS

Tableau 5 : facteurs organisationnels expliquant la non-pratique d'une APS en post-partum

Facteurs organisationnels		Nombre	%
Manque de temps		145	61.2%
Pas de mode de garde d'enfant		47	19.8%
Manque de motivation		76	32%
Pas de plaisir à faire une activité physique et sportive ("je n'aime pas faire du sport")		27	11.4%
Pas envie de faire une activité physique et sportive seule		29	12.2%
Sentiment de culpabilité à laisser son enfant pour réaliser une activité physique		37	15.6%
Horaires non adéquats		43	18.1%
Les équipements sont trop éloignés		8	3.4%
Manque de moyen financier pour exercer votre activité physique et sportive		11	4.6%
Autres	Fermeture des structures sportives (salles de sport, piscines, gymnases, clubs) due à la crise sanitaire COVID 19	17	7.2%
	Activité professionnelle importante	2	0.8%
	"j'ai envie de profiter pleinement de mon enfant au début de sa vie"	1	0.4%
	Difficultés organisationnelles liées à mes 2 enfants	1	0.4%

III.5.8. Facteurs motivationnels ayant permis la pratique d'une APS en post-partum

Les nombres correspondent au nombre des femmes ayant coché la case par rapport aux répondantes pratiquant une APS en post-partum (%).

Tableau 6 : facteurs motivationnels permettant la pratique d'une APS en post-partum

Facteurs motivationnels		Nombre	%
Bien-être social (être avec ses amis ou sa famille etc)		38	34.9%
Pour améliorer ses performances physiques		18	16.5%
Pour améliorer son apparence physique		51	46.8%
Pour perdre du poids		65	59.6%
Bien-être mental		84	77.1%
Bien-être physique (améliorer son état de santé)		74	67.9%
Autres	Prendre l'air durant le confinement	1	0.9%
	« je souhaite marcher avec ma fille »	1	0.9%

III.5.9. Activité physique adaptée

75% des femmes ayant répondu au questionnaire serait prête à participer à des cours d'activité physique adaptée après l'accouchement avec un enseignant spécialisé dans ce domaine. 3 femmes n'ont pas répondu à cette question.

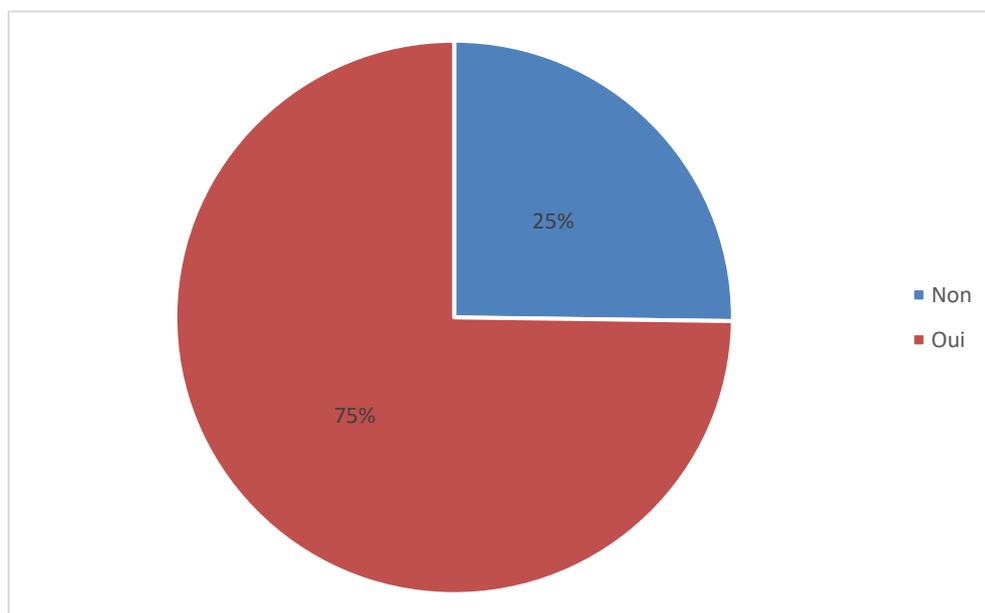


Figure 17 : Souhait de participer à des cours d'activité physique adaptée

III.6. Analyse statistique

III.6.1. L'impact des caractéristiques sociales, personnelles et professionnelles sur la pratique d'une APS en post-partum

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre l'âge de la femme et la pratique d'une APS dans le post-partum.

Tableau 7 : l'impact de l'âge sur la pratique d'une APS en post-partum

Groupes d'âge	Pratique d'une APS dans le post-partum			p
	Oui (%)	Non (%)	Total (%)	
20-24	4 (1.7)	4 (1.7)	8 (3.4)	0.74
25-29	27 (11.4)	30 (12.7)	57 (24.1)	
30-34	43 (18.1)	55 (23.2)	98 (41.4)	
35-39	28 (11.8)	26 (11)	54 (22.8)	
40 et +	7 (3)	13 (5.5)	20 (8.4)	

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les femmes pratiquantes et non pratiquantes en post-partum sur le critère du nombre d'enfants.

Tableau 8 : l'impact du nombre d'enfants sur la pratique d'une APS en post-partum

Nombre d'enfants	Pratique d'une APS dans le post-partum			p
	Oui (%)	Non (%)	Total (%)	
1	65 (27.4)	67 (28.3)	132 (55.7)	0.23
2	34 (14.35)	44 (18.6)	78 (32.9)	
3	9 (3.8)	11 (4.6)	20 (8.4)	
4	0 (0)	4 (1.7)	4 (1.7)	
5	0 (0)	2 (0.8)	2 (0.8)	
6	1 (0.4)	0 (0)	1 (0.4)	

Il existe une différence statistiquement significative concernant la catégorie socio-professionnelle : les femmes « cadre et profession intellectuelle supérieure » pratiquent une APS dans le post-partum alors que les femmes « employé » ont tendance à ne pas pratiquer d'APS dans le post-partum ($p < 0.05$).

Tableau 9 : l'impact de la catégorie socio-professionnelle sur la pratique d'une APS en post-partum

Catégories socio-professionnelles	Pratique d'une APS dans le post-partum			p
	Oui (%)	Non (%)	Total (%)	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	6 (2.5)	3 (1.3)	9 (3.8)	0.005
Cadre et profession intellectuelle supérieure	41 (17.3)	25 (10.5)	66 (27.8)	
Employé	50 (21.1)	71 (30)	121 (51.1)	
Ouvrier	1 (0.4)	1 (0.4)	2 (0.8)	
Profession intermédiaire	7 (3)	17 (7.2)	24 (10.1)	
Sans activité professionnelle	2 (0.8)	9 (3.8)	11 (4.6)	

Il n'existe pas de différence significative entre le lieu d'habitation et la pratique d'une APS en post-partum.

Tableau 10 : l'impact du lieu d'habitation sur la pratique d'une APS en post-partum

	Pratique d'une APS dans le post-partum			
Lieu d'habitation	Oui (%)	Non (%)	Total (%)	p
Rural	14 (5.9)	30 (12.7)	44 (18.6)	0.10
Semi-rural	36 (15.2)	35 (14.8)	71 (30)	
Urbain	59 (24.9)	61 (25.7)	120 (50.6)	

Je ne retrouve pas de différence significative entre les femmes pratiquantes et non pratiquantes dans le post-partum sur le critère du statut marital.

Tableau 11 : l'impact du statut marital sur le pratique d'une APS en post-partum

	Pratique d'une APS dans le post-partum			
Statut marital	Oui (%)	Non (%)	Total (%)	p
En couple (mariée, pacsée, en concubinage)	78 (32.9)	156 (65.8)	234 (98.7)	0.26
Séparée ou divorcée	2 (0.8)	1 (0.4)	3 (1.3)	

III.6.2. L'impact des caractéristiques sociales, personnelles et professionnelles sur le délai de pratique d'une APS dans le post-partum

Je ne retrouve pas de différence significative entre les âges et le délai de pratique d'une APS en post-partum.

Tableau 12 : l'impact de l'âge sur le délai de pratique d'une APS en post-partum

Groupes d'âge	Délai de pratique d'une APS en post-partum (%)				p
	< 3 mois	Entre 3 et 6 mois	≥ 6 mois	Total	
20-24	1 (0.9)	2 (1.9)	1 (0.9)	4 (3.7)	0.99
25-29	6 (5.6)	13 (12)	8 (7.4)	27 (25)	
30-34	14 (13)	19 (17.6)	10 (9.3)	43 (39.8)	
35-39	7 (6.5)	12 (11.1)	8 (7.4)	27 (25)	
40 et +	2 (1.9)	3 (2.8)	2 (1.9)	7 (6.5)	

Je ne retrouve pas de lien statistiquement significatif entre le nombre d'enfants et le délai de pratique d'une APS en post-partum.

Tableau 13 : l'impact du nombre d'enfants sur le délai de pratique d'une APS en post-partum

Nombre d'enfants	Délai de pratique d'une APS en post-partum (%)				p
	< 3 mois	Entre 3 et 6 mois	≥ 6 mois	Total	
1	18 (16.7)	31 (28.7)	16 (14.8)	65 (60.2)	0.95
2	9 (8.3)	13 (12)	11 (10.2)	33 (30.6)	
3	3 (2.8)	4 (3.7)	2 (1.9)	9 (8.3)	
6	0 (0)	1 (0.9)	0 (0)	1 (0.9)	

Je ne retrouve pas de lien statistiquement significatif entre les différentes catégories socio-professionnelles et le délai de pratique d'une APS en post-partum.

Tableau 14 : l'impact de la catégorie socio-professionnelle sur le délai de pratique d'une APS en post-partum

Catégories socio-professionnelles	Délai de pratique d'une APS en post-partum (%)				p
	< 3 mois	Entre 3 et 6 mois	≥ 6 mois	Total	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	3 (2.8)	2 (1.9)	1 (0.9)	6 (5.6)	0.15
Cadre et profession intellectuelle supérieure	11 (10.2)	18 (16.7)	12 (11.1)	41 (38)	
Employé	9 (8.3)	27 (25)	13 (12)	49 (45.4)	
Ouvrier	0 (0)	0 (0)	1 (0.9)	1 (0.9)	
Profession intermédiaire	4 (3.7)	2 (1.9)	1 (0.9)	7 (6.5)	
Sans activité professionnelle	2 (1.9)	0 (0)	0 (0)	2 (1.9)	

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le lieu d'habitation et le délai de pratique d'une APS en post-partum.

Tableau 15 : l'impact du lieu d'habitation sur le délai de pratique d'une APS en post-partum

Lieu d'habitation	Délai de pratique d'une APS en post-partum (%)				p
	< 3 mois	Entre 3 et 6 mois	≥ 6 mois	Total	
Rural	3 (2.8)	7 (6.5)	4 (3.7)	14 (13)	0.97
Semi-rural	9 (8.3)	16 (14.8)	10 (9.3)	35 (32.4)	
Urbain	18 (16.7)	26 (24.1)	15 (13.9)	59 (54.6)	

Aucune différence statistiquement significative était retrouvée dans les groupes analysés.

Tableau 16 : l'impact du statut marital sur le délai de pratique d'une APS en post-partum

Statut marital	Délai de pratique d'une APS en post-partum (%)				p
	< 3 mois	Entre 3 et 6 mois	≥ 6 mois	Total	
En couple (mariée, pacsée, en concubinage)	29 (26.9)	49 (45.4)	28 (25.9)	106 (98.1)	0.30
Séparée ou divorcée	1 (0.9)	0 (0)	1 (0.9)	2 (1.9)	

III.6.3. La pratique d'une APS avant la grossesse influe t'elle sur la pratique d'une APS en post-partum et sur son délai ?

Il existe une différence statistiquement significative entre la pratique d'une APS avant la grossesse et la pratique d'une APS en post-partum ($p < 0.001$). Par conséquent, les femmes qui ne pratiquaient pas d'APS avant la grossesse ne font pas d'APS en post-partum. A contrario, les pratiquantes avant la grossesse ne reprennent pas une APS en post-partum.

Tableau 17 : l'impact de la pratique d'une APS avant la grossesse sur la pratique d'une APS en post-partum

Pratique d'une APS avant la grossesse	Pratique d'une APS en post-partum			p
	Oui (%)	Non (%)	Total (%)	
Non pratiquante	13 (5.5)	70 (29.5)	83 (35)	< 0.001
Toutes pratiquantes confondues	96 (40.5)	58 (24.5)	154 (65)	

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la pratique d'une APS avant la grossesse et le délai de reprise d'une APS en post-partum.

Tableau 18 : l'impact du profil de l'APS avant la grossesse sur le délai de reprise d'une APS en post-partum

Pratique d'une APS avant la grossesse	Délai de reprise d'une APS en post-partum				p
	< 3 mois (%)	Entre 3 et 6 mois (%)	≥ 6 mois (%)	Total (%)	
Non pratiquante	3 (2.8)	6 (5.6)	4 (3.7)	13 (12)	0.93
Toutes pratiquantes confondues	27 (25)	43 (39.8)	25 (23.1)	95 (88)	

Ensuite, j'ai cherché un lien entre le niveau d'activité physique exercé avant la grossesse et la pratique d'une APS en post-partum. Il y a une différence statistiquement significative :

- Les femmes qui pratiquaient entre 1h et 2h30 d'APS par semaine reprennent une APS dans le post-partum.
- Les femmes qui pratiquaient entre 2h30 et 8h par semaine d'APS avant la grossesse reprennent une APS en post-partum. En effet, 18,3% des femmes ont repris une APS en post-partum.
- Les femmes pratiquant plus de 8h d'APS dans le post-partum ne semblent pas reprendre une APS en post-partum.

Tableau 19 : l'impact du niveau d'AP avant la grossesse sur la pratique d'une APS en post-partum

Niveau d'APS avant la grossesse	Pratique d'une APS en post-partum			p
	Oui (%)	Non (%)	Total (%)	
1h par semaine	23 (15)	19 (12.4)	42 (27.5)	< 0.001
Au moins une fois par mois	3 (2)	9 (5.9)	12 (7.8)	
Entre 1h et 2h30 par semaine	41 (26.8)	25 (16.3)	66 (43.1)	
Entre 2h30 et 8h par semaine	28 (18.3)	3 (2)	31 (20.3)	
Plus de 8h par semaine	0 (0)	2 (1.3)	2 (1.3)	

Tableau 20 : l'impact du niveau d'AP sur le délai de reprise d'une APS en post-partum

Niveau d'APS avant la grossesse	Délai de pratique d'une APS en post-partum (%)				p
	< 3 mois	Entre 3 et 6 mois	≥ 6 mois	Total	
1h par semaine	1 (1.1)	0 (0)	2 (2.1)	3 (3.2)	0.76
Au moins une fois par mois	5 (5.3)	7 (7.4)	10 (10.6)	22 (23.4)	
Entre 1h et 2h30 par semaine	10 (10.6)	11 (11.7)	20 (21.3)	41 (43.6)	
Entre 2h30 et 8h par semaine	11 (11.7)	7 (7.4)	10 (10.6)	28 (29.8)	
Plus de 8h par semaine	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

III.6.4. L'impact de la pratique d'une APS pendant la grossesse sur la pratique d'une APS en post-partum

Il existe une différence significative entre la pratique d'une APS pendant la grossesse et la pratique d'une APS en post-partum. En effet, les femmes qui pratiquaient une APS pendant la grossesse pratiquent une APS en post-partum.

Tableau 21 : l'impact de la pratique d'une APS pendant la grossesse sur la pratique d'une APS en post-partum

Pratique d'une APS pendant la grossesse	Pratique d'une APS en post-partum			p
	Oui (%)	Non (%)	Total (%)	
Oui	63 (26.6)	17 (7.2)	80 (33.8)	< 0.001
Non	46 (19.4)	111 (46.8)	157 (66.2)	

Parmi les femmes qui pratiquent une APS en post-partum, j'ai regardé si la pratique d'une APS en péri-partum influait sur le délai de pratique d'une APS en post-partum. Je n'ai pas trouvé de différence statistiquement significative.

Tableau 22 : l'impact de la pratique d'une APS pendant la grossesse sur le délai de pratique d'une APS en post-partum

Pratique d'une APS pendant la grossesse	Délai de pratique d'une APS dans le post-partum				p
	< 3 mois (%)	Entre 3 et 6 mois (%)	≥ 6 mois (%)	Total (%)	
Oui	22 (20.4)	27 (25)	14 (13)	63 (58.3)	0.12
Non	8 (7.4)	22 (20.4)	15 (13.9)	45 (41.7)	

III.6.5. L'influence du mode d'accouchement sur la pratique d'une APS en post-partum

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les pratiquantes et les non pratiquantes en post-partum sur le critère du mode d'accouchement.

Tableau 23 : l'impact du mode d'accouchement sur la pratique d'une APS en post-partum

Mode d'accouchement	Pratique d'une APS en post-partum			p
	Oui (%)	Non (%)	Total (%)	
Accouchement par voie basse	85 (36.2)	106 (45.1)	191 (81.3)	0.44
Césarienne	23 (9.8)	21 (8.9)	44 (18.7)	

III.6.6. L'impact de la rééducation périnéale et/ou abdominale sur la pratique d'une APS en post-partum

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le choix de la rééducation après l'accouchement et la pratique d'une APS en post-partum. Cependant, le résultat tend fortement vers ($p=0.051$) :

- Les femmes qui ont bénéficié des deux types de rééducation semblent ensuite pratiquer une APS en post-partum.
- Les femmes qui n'ont pas réalisé leur rééducation abdominale et périnéale ne semblent pas pratiquer une APS par la suite.

Tableau 24 : l'impact de la rééducation après l'accouchement sur la pratique d'une APS en post-partum

Rééducation périnéale/abdominale	Pratique d'une APS en post-partum			p
	Oui (%)	Non (%)	Total (%)	
Aucune des deux	15 (6.3)	23 (9.7)	38 (16)	0.051
Les deux	39 (16.5)	31 (13)	70 (29.5)	
Rééducation des abdominaux seule	10 (4.2)	5 (2.1)	15 (6.3)	
Rééducation du périnée seule	45 (19)	69 (29.1)	114 (48.1)	

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le fait de réaliser ou pas les séances de rééducation périnéale et/ou abdominale et le délai de pratique d'une APS en post-partum.

Tableau 25 : l'impact de la rééducation après l'accouchement sur le délai de pratique d'une APS en post-partum

Rééducation périnéale/abdominale	Délai de pratique d'une APS en post-partum			Total (%)	p
	< 3 mois (%)	Entre 3 et 6 mois (%)	> 6 mois (%)		
Aucune des deux	1 (0.9)	10 (9.3)	3 (2.8)	14 (13)	0.11
Les deux	10 (9.3)	19 (17.6)	10 (9.3)	39 (36.1)	
Seulement la rééducation abdominale	6 (5.6)	3 (2.8)	1 (0.9)	10 (9.3)	
Seulement la rééducation périnéale	13 (12)	17 (15.7)	15 (13.9)	45 (41.7)	

III.6.7. L'impact du congé parental d'éducation sur la pratique d'une APS en post-partum

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les pratiquantes et les non pratiquantes en post-partum selon la prise d'un congé parental d'éducation.

Tableau 26 : l'impact du congé parental d'éducation sur la pratique d'une APS en post-partum

Congé parental d'éducation	Pratique d'une APS en post-partum			<i>p</i>
	Oui (%)	Non (%)	Total (%)	
Oui	30 (12.7)	33 (13.9)	63 (26.6)	0.76
Non	79 (33.3)	95 (40.1)	174 (73.4)	

IV. Discussion

IV.1. Forces et limites de l'étude

IV.1.1. Forces de l'étude

De manière générale, l'activité physique est un sujet d'actualité et un enjeu de santé publique.

En France, plusieurs études ont été menées sur l'importance et les bienfaits de la pratique d'une activité physique pendant la grossesse. Cependant, peu de travaux ont été réalisés sur l'AP pendant le post-partum. Cette période est pourvue de multiples changements et bouleversements aussi bien physiques que psychiques pour la femme. L'arrivée d'un enfant n'est pas anodine, surtout lorsqu'il s'agit du premier. Il nous paraissait alors important de nous y intéresser.

A notre connaissance, à ce jour, nous n'avons pas trouvé de travaux sur ce sujet. Cela en fait son originalité.

L'autre force de notre étude est la participation des femmes. En effet, nous avons pu analyser 237 questionnaires sur 385 distribués ce qui donne un taux de participation de 61.6%. Ce ratio assez élevé peut, surtout, se justifier par l'engagement et la relance des personnels de direction dans les crèches.

Le temps de réalisation du questionnaire rapide (entre 5 et 10 minutes) et l'utilisation de questions fermées permettent une meilleure adhésion à l'étude. L'anonymisation des questionnaires pouvait lever des freins à la participation et évitait une éventuelle stigmatisation des femmes.

A la fin du questionnaire, la répondante pouvait laisser son adresse mail afin d'avoir les résultats de notre étude : 121 femmes sur les 237 questionnaires remplis ont laissé leur mail (soit 51% des femmes). Cela met en évidence aussi l'intérêt des participantes d'avoir un retour sur l'étude à laquelle elles ont participé.

IV.1.2. Limites de l'étude

Malgré les nombreuses forces de cette étude, celle-ci comporte plusieurs biais.

Tout d'abord, il existe un biais de sélection. Les répondantes sont des femmes dont l'enfant est en crèche. Ce mode de garde est moins coûteux qu'une assistante maternelle ou qu'une garde à domicile. Les crèches ayant accepté notre étude ont permis une randomisation de notre population d'étude. La présentation de l'étude et du questionnaire se faisait grâce à un petit texte explicatif en début de questionnaire. Cependant, une tierce-personne (personnel de crèche, praticiens) expliquait notre étude sans que la répondante puisse demander de plus amples informations.

Les données étant déclaratives, il existe un biais d'information. Le choix du questionnaire peut induire quelques inexactitudes dans les réponses du fait de difficultés de compréhension ou de savoir. Tester notre questionnaire en amont nous a permis de limiter ce biais au maximum.

Présenter un questionnaire avec des questions fermées entraîne un biais de suggestion. La présence d'un item « Autres » avec la possibilité de donner une réponse personnelle a permis de minorer ce biais.

Le biais de mémorisation concerne surtout les questions sur le niveau d'activité physique avant la grossesse (taux horaire) et le délai de reprise. Certaines femmes répondaient parfois jusqu'à un an après leur accouchement.

Nous pouvons citer un biais de désirabilité sociale. Certaines répondantes ont pu surestimer leurs réponses surtout lors des questions sur le niveau d'activité physique avant la grossesse ou le délai de reprise.

Nous avons un biais de confusion liée à l'épidémie de COVID-19. La pratique d'activité physique a pu, en effet, être entravée du fait de la fermeture des structures sportives, des clubs et associations sportives.

Enfin, il existe un biais de transcription dans un questionnaire Google Form[®]. Les femmes répondaient aux questionnaires de manière manuscrite. Il fallait ensuite les retranscrire afin de constituer la base de données.

La puissance de cette étude aurait pu être améliorée. En effet, certains résultats non significatifs auraient pu le devenir.

IV.2. Discussion autour de notre population d'étude

La population étudiée était composée de femmes majeures, ayant accouché entre 3 et 12 mois avant et habitant en Haute-Vienne.

L'âge moyen des répondantes est de 32,3 ans. En France, selon l'INSEE (42), en 2015, les femmes donnent naissance à leur premier enfant à 28,5 ans en moyenne. Les femmes ont en moyenne 31 ans et 32,6 ans à la naissance de leur deuxième ou troisième enfant, respectivement. Au total, tous rangs de naissance confondus, les femmes accouchent en moyenne à 30,4 ans. En 2020, selon les données provisoires de l'INSEE, l'âge moyen de l'accouchement en France serait de 30,8 ans. (6) En Haute-Vienne, les données sont semblables avec les données nationales avec un âge moyen à l'accouchement, en 2020, à 30,5 ans. Nous pouvons constater que notre population d'étude est alors un peu plus âgée que la moyenne en France et en Haute-Vienne.

Dans notre population, les femmes avaient en moyenne 1,60 enfant. Pour comparaison, en 2019, en France, le nombre moyen d'enfant par couple s'établit à 1,87 enfant. (43) Notre population d'étude n'est donc pas assez représentative, en effet, 55,7% des répondantes venaient d'avoir leur premier enfant.

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée dans notre étude est « employé » avec près de 52% des répondantes. Plus de 28% des répondantes déclarent appartenir à la CSP « cadre et profession intellectuelle supérieure ». Enfin, 10% appartiennent au « profession intermédiaire ». Comparativement, selon l'INSEE, en 2019, 41,7% des femmes en emploi exercent une profession d'employé. Cette catégorie socio-professionnelle est très féminisée et par conséquent, ce taux est élevé dans notre étude. (44) Ensuite, les femmes sont plus représentées dans la CSP « profession intermédiaire » puis « cadre et profession intellectuelle supérieure ». (45)

Notre population d'étude n'est pas très représentative. Cela peut s'expliquer par le fait que le mode de garde privilégié par la CSP « employé » est la crèche. Le mode de garde par crèche est moins coûteux.

Les « cadres et profession intellectuelle supérieure », ayant plus de moyens financiers peuvent employer une assistante maternelle. Il comporte des horaires plus stricts et moins larges que le mode de garde par assistante maternelle.

Concernant le lieu d'habitation, 51% des répondantes déclarent habiter en milieu urbain. Ce fort taux peut s'expliquer par le fait que beaucoup de crèches qui nous ont donné leur accord se situaient plutôt en milieu urbain (comme celles de Limoges, Panazol et Couzeix). Peu de crèches installées en milieu rural ont accepté notre étude ou nous ont répondu. Seulement 19% des répondantes de notre étude habitent en milieu rural.

99% des femmes interrogées sont en couple. Seules trois femmes (1%) ont déclaré être seules.

Concernant la pratique de l'APS avant la grossesse, 65% des femmes déclaraient pratiquer une APS. 84% des pratiquantes de notre population réalisaient leur APS pour la majorité d'entre elles en loisir. La part des femmes pratiquant en club ou association ou non est assez égale puisqu'elle est de 53% *versus* 47% respectivement. La majeure partie des femmes déclaraient pratiquer une APS hors club ou association et ne réalisait pas de compétition ou manifestation sportive.

Selon l'enquête *pratique physique et sportive* de 2010 menée par le centre national pour le développement du sport sur plus de 8500 personnes (5), 68% des femmes de 15 à 74 ans déclaraient spontanément pratiquer au moins une APS. Au sein de cette population d'étude, plus des deux tiers des pratiquants ne sont pas adhérents d'une association ou d'un club.

Cette enquête intéressait aussi bien les hommes que les femmes. Nous pourrions alors nous poser la question d'une pratique plus importante des femmes au sein d'un club ou d'une association. En revanche, 20% des participants de cette étude réalisent des compétitions ou rassemblements sportifs ce qui concorde avec les résultats de notre étude puisqu'elles sont plus de 16%. La majeure partie des pratiquants étaient sans club ou association et ne pratiquaient pas de compétition.

IV.3. Objectif principal

Le critère de jugement principal était d'évaluer les conséquences de l'accouchement sur la pratique d'une APS en post-partum.

La réponse au questionnaire a permis de savoir que 46% des répondantes pratiquent une APS en post-partum. Avant la grossesse, 65% d'entre elles pratiquaient une APS, au moins une fois par mois.

D'après notre analyse statistique, les femmes qui pratiquaient une APS avant la grossesse la pratiquent en post-partum et inversement ($p < 0.001$). L'accouchement n'a donc pas d'impact sur la pratique de l'APS.

Les chiffres de notre étude sont cohérents par rapport aux différentes études récentes concernant l'APS de la femme. Selon l'Eurobaromètre 2018 (39), en France, parmi les 1015 entretiens passés, 58% des françaises âgées de 15 à 54 ans ne pratiquent jamais ou rarement une APS. Selon le baromètre national des pratiques sportives de 2020 (46), 63% des femmes de plus de 15 ans déclarent avoir pratiqué une APS au cours des douze derniers mois. Si nous nous intéressons aux femmes entre 15 et 59 ans, le taux de pratique augmente à 74%.

Le délai de pratique d'une APS en post-partum est de 4,2 mois. Les professionnels de santé recommandent la pratique d'une APS, après avis médical, généralement 4 à 6 semaines après un accouchement par voie basse après cicatrisation complète en cas d'épisiotomie ou de déchirure et 8 à 10 semaines après un accouchement par césarienne. (15) Ce délai est donc respecté dans notre étude.

IV.4. Objectifs secondaires

IV.4.1. Les facteurs organisationnels empêchant la pratique d'une APS

Nous avons pu établir que certains facteurs organisationnels étaient un frein à la pratique d'une APS en post-partum. 61.2% des répondantes manquent de temps pour pratiquer une APS. 32% des répondantes manquent de motivation.

L'absence de mode de garde de l'enfant pour la pratique d'une APS et les horaires non adéquats font partie des facteurs organisationnels principaux.

Lors de la création de notre questionnaire, nous n'avons pas anticipé les conséquences de l'épidémie de COVID-19 : la fermeture des structures sportives, des associations et des clubs sportifs, des piscines. Pourtant, 7.2% des répondantes (soit 17 répondantes) ont considéré que cela était un facteur important qui avait entravé leur pratique.

De 2001 à 2005, une étude (47) portant sur les croyances, les obstacles et les facilitateurs à la pratique de l'activité physique en post-partum a été menée par l'université de Caroline du Nord. A 3 et 12 mois après l'accouchement, les mères devaient répondre à un questionnaire. 667 femmes ont répondu. Pour rechercher les obstacles à la pratique de l'APS en post-partum, elles devaient répondre à une question ouverte : « quel est le principal obstacle à la pratique de l'APS que ce soit lorsque vous travaillez ou non ? ». A 3 mois de l'accouchement, le manque de temps est la principale raison de la non pratique de l'APS en post-partum. Ensuite, l'absence de mode de garde était la 2^e raison principale. A 12 mois de l'accouchement, les raisons restent sensiblement les mêmes.

D'autres études ont été menées afin de rechercher les obstacles à la pratique d'une APS en post-partum.

Jenkins et al ont réalisé une étude qualitative en Nouvelle Zélande. (40) Saligheh et al ont réalisé une étude similaire par la méthode en Australie. (41) Les non-pratiquantes indiquaient que leurs priorités avaient changé. Elles devaient s'occuper de leur enfant, en prendre soin, être attentives à lui et à ses besoins et ne pensaient pas à faire de l'APS. Le manque de motivation, le sentiment de culpabilité à laisser leur famille pour réaliser une APS mais aussi, le manque de soutien de leur conjoint et l'absence de mode de garde de leur enfant étaient des freins à la pratique. Ces résultats semblent cohérents avec ce que nous trouvons.

IV.4.2. Les facteurs médicaux empêchant la pratique d'une APS en post-partum

En analysant les résultats de notre étude, nous pouvons dégager un facteur médical principal empêchant la pratique d'une APS en post-partum : la fatigue. En effet, 43.5% des répondantes l'ont mentionnée. La fatigue peut être la conséquence de certaines pathologies médicales mais aussi la conséquence du manque de sommeil ou du fait de devoir s'occuper d'un nouveau-né. (48)

Une étude menée par Affonso et al (49) montre que 70% des femmes ressentent une fatigue intense et un manque d'énergie six semaines après leur accouchement. Ce taux persiste 14 mois après l'accouchement.

Dans l'étude de Lee et DeJoseph, il a été montré que les femmes ayant accouché rencontrent une difficulté à maintenir un sommeil prolongé, du fait surtout des soins à prodiguer au nouveau-né et d'une forme d'hypervigilance. (50)

Un autre frein médical mentionné est l'allaitement maternel pour 19.4% des répondantes. Les propos n'ont pas pu être précisés. Est-ce la fréquence des tétées ou les conséquences de l'APS sur le lait maternel qui limite la pratique ?

Plusieurs études ont été menées sur l'allaitement maternel et l'activité physique dont une qui évaluait l'acceptation du lait maternel par le nourrisson une heure après une activité physique (quelle que soit son intensité). (51) Les résultats montraient qu'il n'y avait pas de diminution de l'acceptation du lait maternel. Il a été noté une légère augmentation de l'acide lactique dans le lait maternel, une heure après l'APS.

Nous pensons que le professionnel de santé doit contrer ces idées reçues et les démentir pour permettre à la femme de pratiquer une APS, malgré le fait qu'elle allaite son enfant. Il doit la conseiller. Par exemple, pour éviter l'engorgement mammaire lors de l'APS, il faudrait qu'elle réalise une tétée ou qu'elle tire son lait avant de pratiquer son APS. (52)

Les douleurs dorsales sont un facteur médical empêchant la pratique d'une APS pour 13.1% des répondantes. Généralement, elles regroupent des douleurs lombaires et pelviennes. (53)

Les facteurs de risque d'apparition de lombalgies ou de douleurs pelviennes dans le post-partum sont (54) :

- Des lombalgies présentes avant la grossesse
- Un IMC > 25 avant la grossesse
- La présence de douleurs pelviennes pendant la grossesse
- Un épisode dépressif caractérisé pendant la grossesse
- Une charge de travail importante pendant la grossesse

Les douleurs persistantes dues à l'accouchement peuvent être un frein à la pratique d'une APS : en effet, 8% des répondantes présentent des douleurs du périnée et près de 6% des répondantes présentent des douleurs au niveau de la cicatrice de césarienne.

Les douleurs du périnée peuvent être provoquées par l'épisiotomie pendant l'accouchement. En effet, c'est un facteur de risque d'apparition de douleurs périnéales ou de dyspareunie à 6 mois du post-partum. (55)

Nous pensons qu'il est important d'aborder l'incontinence urinaire (IU) comme frein médical. Nous n'avons pas précisé dans notre questionnaire le type d'incontinence. Seules 7.6% ont déclaré que les fuites urinaires les empêchaient de réaliser une APS. Or, selon les études, la prévalence de l'incontinence urinaire après une grossesse varie entre 20 et 60%. (56) Ces différences s'expliquent par la méthodologie utilisée de ces études et par la définition de l'IU utilisée. Nous pensons que ce serait un frein à la reprise d'une APS.

L'étude menée par Viktrup et Lose (57) recherchait l'impact de la grossesse et de l'accouchement sur la prévalence de l'incontinence urinaire d'effort à 5 ans de la première grossesse. Ils montrent qu'elle est de 30%.

Les facteurs de risque de développer une incontinence urinaire d'effort sont une épisiotomie et l'extraction par ventouse lors de l'accouchement.

Une enquête épidémiologique transversale menée en Norvège par Rortveit et al. (58) sur un peu plus de 47 000 femmes montrait une prévalence de l'incontinence urinaire de 25%. La première grossesse avait le plus d'impact sur l'apparition des symptômes de l'incontinence urinaire.

Dans notre étude, il est possible qu'un nombre plus important de femmes présentait une IU mais seulement 7.6% étaient gênées pour pratiquer une APS. Cette différence entre la prévalence et la gêne occasionnée peut être liée à l'importance de l'incontinence. Nous pouvons aussi nous demander si les femmes ont été gênées de répondre, cette pathologie restant un tabou. L'enquête IFOP montre que, en effet, 43% des Français considèrent les fuites urinaires comme un sujet tabou. (59)

Pour près de 6% des répondantes, l'essoufflement important limite la pratique d'une APS en post-partum. Cela peut être dû à une pathologie médicale comme l'anémie mais peut être aussi, la conséquence d'un déconditionnement à l'effort.

3.4% des répondantes rapportent un diastasis des grands droits de l'abdomen. Ce pourcentage est probablement sous-estimé. Benjamin et al, dans une revue de la littérature (60), ont signalé une incidence du diastasis entre 66 et 100% au dernier trimestre de la grossesse, régressant à 53% en post-partum immédiat pour descendre à 36% à distance de l'accouchement. Cette étude met aussi en évidence la gravité de cette pathologie avec une altération de la qualité de vie importante, des lombalgies persistantes et une force musculaire abdominale diminuée. Il est possible qu'il y ait eu un biais d'information avec la non-compréhension des termes proposés ou que cette pathologie passe inaperçue aux yeux des femmes. Les symptômes engendrés peuvent faire penser à d'autres diagnostics différentiels.

IV.4.3. Les facteurs motivationnels permettant la pratique d'une APS en post-partum

Les principaux facteurs motivationnels permettant la pratique d'une APS en post-partum sont :

- Le bien-être mental pour 77% des répondantes pratiquant une APS en post-partum
- Le bien-être physique afin d'améliorer son état de santé pour 68% des pratiquantes en post-partum
- La perte de poids pour 60% des répondantes pratiquant une APS en post-partum

Pour comparaison, nous avons cherché les facteurs motivationnels à la pratique d'une APS dans d'autres études. Parmi elles, l'Eurobaromètre (39) s'intéresse à la pratique d'AP en population générale. Parmi les répondants pratiquant une APS, les facteurs motivationnels étaient :

- L'amélioration de la condition physique pour 57%
- Le bien-être mental pour 54%
- Le bien-être physique pour 50%

Selon l'étude menée par l'INSEE sur les pratiques physiques et sportives (4), pour 79% des femmes, la motivation principale à réaliser une APS est de se distraire. 74% des femmes souhaitent rester en forme grâce à l'APS et 57% des femmes ont répondu que l'APS permettait d'évacuer le stress. Pour la moitié de la population étudiée, pratiquer une APS permet d'avoir un lien social et de passer du temps avec ses amis. Dans notre étude, ce facteur motivationnel a été évoqué par 35% des répondantes.

Selon ces deux études, les facteurs motivationnels ne correspondaient pas à la période du post-partum. Il est possible que les femmes venant d'accoucher n'aient pas les mêmes motivations que la population générale.

IV.4.4. La pratique d'une APS en post-partum en fonction des caractéristiques sociales, personnelles et professionnelles

D'après notre étude, l'âge, le nombre d'enfants, le lieu d'habitation (rural/urbain/semi-rural) ou le statut marital ne semblent pas impacter sur la pratique d'une APS en post-partum. Nous pensons que le nombre d'enfant à charge impacterait sur la pratique après l'accouchement. De plus, nous pensons qu'en milieu rural les femmes pratiquaient moins d'APS en post-partum. Dans ces habitats, l'offre des clubs ou associations ou des infrastructures sportives est moins importante qu'en milieu urbain. Le choix est alors plus restreint.

Nous pensons aussi que les femmes seules avaient moins l'occasion de pratiquer une APS, la charge de l'enfant à s'occuper était un frein. Le manque de puissance de l'étude n'a pas permis de mettre en évidence cette hypothèse.

La catégorie socio-professionnelle a un impact sur la pratique d'une APS en post-partum. En effet, les « cadres et professions intellectuelles supérieures » semblent pratiquer une APS dans le post-partum alors que les « employés » ne la pratiquent pas. (p=0.005)

L'enquête sur les ressources et conditions de vie expliquée dans la partie introduction montre que la pratique d'une APS des Français diffère selon leur CSP. En effet, le graphique ci-dessous (61) nous montre que plus de 60% des cadres ont pratiqué une activité physique et sportive au cours des douze derniers mois. Ce taux chute dans la CSP « employé » avec seulement 44% des employés qui déclarent avoir pratiqué une APS dans les douze derniers mois.

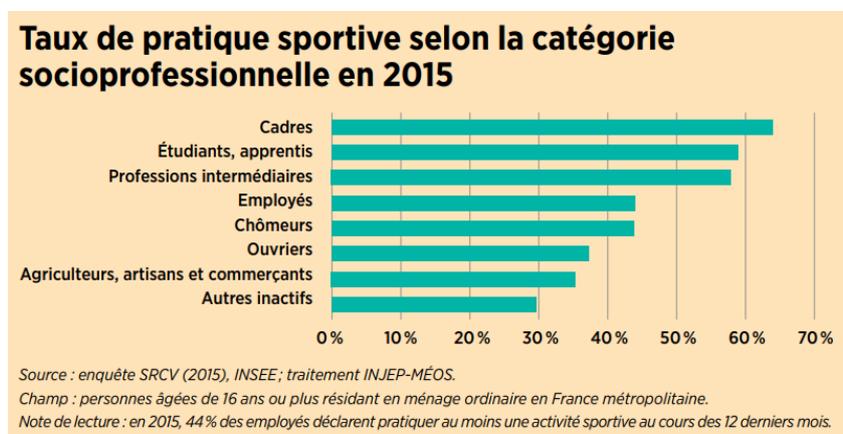


Figure 18 : Taux de pratique sportive selon la CSP en 2015

Selon le baromètre national des pratiques sportives réalisé en 2020 (46), 87% des « cadres et professions intellectuelles supérieures » ont réalisé au moins une APS au cours de l'année contre 68% des « employés ».

Ces données confirment nos résultats. Nous pouvons nous demander quels sont les facteurs impactant cette différence entre les CSP.

L'hypothèse d'un manque de moyen financier pourrait l'expliquer. La pratique d'une APS a toujours un coût que ce soit pour l'achat du matériel nécessaire ou pour l'adhésion à une infrastructure sportive (salle de sport) ou à une licence de fédération mais aussi pour l'entrée à la piscine, par exemple. Le coût varie selon les APS pratiquées.

Le budget d'une famille est impacté par l'arrivée d'un enfant. Selon les données de la DREES (62), en 2011, les couples avec enfant dépensent en moyenne 8 400 euros de plus que les couples sans enfant. La garde d'enfant, les frais d'habillement et d'alimentation sont les postes les plus coûteux.

D'après le baromètre national des pratiques sportives, 37% des cadres ont bénéficié d'une aide à la pratique sportive par le biais de son entreprise (participation financière, mise à disposition de vestiaires et douches et local dédié à la pratique). Ils sont aidés deux fois plus souvent que les employés (16 %) ou les ouvriers (17 %). La perception d'une aide agit favorablement sur le niveau de pratique sportive des actifs en emploi. Il faudrait alors que la majorité des entreprises ou des comités d'entreprise proposent une solution financière ou autre pour inciter les actifs à pratiquer une APS. Les bienfaits de l'APS ne sont plus à démontrer. Si les actifs font d'avantage d'APS, leur santé se trouverait améliorer. Il y aurait alors probablement moins d'arrêt de travail et de maladie professionnelle.

Selon les données de l'INSEP (5), les personnes peu ou pas diplômés (niveau inférieur au bac) pratiquent moins qu'une personne ayant fait des études supérieures. Les individus dont le revenu du foyer est inférieur à 1500€ pratiquent beaucoup moins (environ 65%) qu'un individu dont le revenu du foyer dépasse les 3000€ (93%). Pour les revenus intermédiaires, 82% des individus pratiquent une APS. L'appartenance à une catégorie sociale dite « défavorisée » (moins de 1500 euros de revenu mensuel pour le foyer d'appartenance et un diplôme de niveau inférieur au bac) ne permet pas une pratique d'APS.

Selon l'enquête Santé menée par l'INSEE sur plus de 40 000 personnes en 2003 (63), le faible revenu du ménage, le faible niveau d'instruction des personnes, ainsi les individus au chômage et les inactifs déclarent avoir des restrictions d'activité, une perception négative de leur santé et déclarent plus de pathologies telles que les maladies de l'appareil digestif, les troubles mentaux et du comportement, les pathologies dentaires et les maladies infectieuses. L'accès aux soins chez le médecin généraliste ou chez le médecin spécialiste diminue selon ces caractéristiques socio-économiques.

Nous pouvons donc mettre en lien les inégalités de santé et la pratique moins importante des CSP dites « défavorisées ou moins favorisées » que les « cadres ou professions intellectuelles supérieures ».

IV.4.5. L'impact de la pratique d'une APS pendant la grossesse

D'après notre étude, les femmes qui pratiquaient une APS pendant la grossesse la pratiquaient en post-partum ($p < 0.001$).

34% des répondantes ont pratiqué une APS pendant leur grossesse.

Selon le Ministère des Sports, moins de 25% des femmes en cours de grossesse suivent les recommandations d'activité physique. (14) La grossesse reste trop souvent la période de la vie où la femme diminue grandement, voire arrête toute APS. Les femmes enceintes ont, en effet, très souvent des idées reçues sur la pratique d'une APS en péri-partum. Elles craignent de subir une fausse couche spontanée ou d'accoucher prématurément. Une étude danoise (64) a, *a contrario*, montré un risque réduit d'accouchement prématuré chez près de 40% des femmes pratiquantes pendant la grossesse par rapport aux non-pratiquantes. Nous pensons aussi qu'elles peuvent craindre selon les APS pratiquées, un traumatisme abdominal ou de la poitrine. Il convient alors de les rassurer et d'éviter les sports à risque.

Poudevigne et O'Connor ont estimé à 60% la part des Américaines inactives pendant la grossesse. (65) Une autre étude danoise (30) concernant 4718 femmes nullipares en cours de grossesse, montre une diminution significative en intensité et en durée de la pratique sportive, au cours des trois trimestres de la grossesse. Il y a surtout une augmentation de la sédentarité passant de 6 à 29 % dans cette population.

Ce manque d'APS en péri-partum favorise des complications prénatales comme une fatigue accrue, une prise de poids excessive ainsi qu'un risque augmenté de diabète gestationnel et d'hypertension. (66) Tous ces facteurs peuvent ensuite être des freins à la pratique d'une APS en post-partum. Rappelons que dans notre étude, environ 5% des répondantes n'ont pas pratiqué une APS en post-partum du fait d'une prise de poids excessive.

Les professionnels de santé qui suivent la grossesse de leur patiente devraient donc conseiller les femmes sur leur pratique et les encourager à réaliser une APS. Nous pensons que cela est peu fait. Les contre-indications sont peu nombreuses et les bénéfiques pour la santé de la femme et du fœtus ne sont plus à démontrer. Le médecin ou la sage-femme devra quand même informer des règles hygiéniques (maintenir une bonne hydratation par exemple) et des symptômes devant faire interrompre l'APS (comme des métrorragies, des vertiges, ou des contractions utérines).

IV.4.6. L'impact du niveau d'activité physique avant la grossesse sur la reprise d'une APS en post-partum

Le niveau d'activité physique correspond à la durée totale de pratique. D'après notre étude, nous pouvons conclure que :

- Les femmes qui pratiquaient entre 1h et 2h30 d'APS par semaine reprennent une APS dans le post-partum.
- Les femmes qui pratiquaient entre 2h30 et 8h par semaine d'APS avant la grossesse reprennent une APS en post-partum.
- Les femmes pratiquant plus de 8h d'APS dans le post-partum ne semblent pas reprendre une APS en post-partum mais notre étude manque de puissance pour confirmer cette hypothèse.

Le niveau d'AP n'a pas d'impact sur le délai de reprise d'une APS en post-partum.

D'après notre analyse descriptive, avant la grossesse, la majorité des répondantes déclarait pratiquer une APS entre 1h et 2h30 par semaine. Environ 22% des répondantes pratiquaient plus de 2h30 d'APS par semaine. En post-partum nous pouvons remarquer que plus de 87% des répondantes pratiquent moins de 2h30 d'APS. Aucune répondante ne pratique une APS de manière intensive après l'accouchement. L'APS réalisée avant la grossesse et après l'accouchement n'est pas similaire pour la moitié des répondantes environ.

Nous pensons qu'il est difficile pour une femme venant d'accoucher de pouvoir avoir autant de temps pour réaliser une APS aussi longuement qu'avant leur grossesse. Peut-être aussi, n'a-t-elle pas retrouvé son niveau d'activité physique antérieur ou sa condition physique pour pratiquer une APS à un niveau aussi élevé. Le temps de récupération entre chaque session de pratique peut-être plus long qu'avant la grossesse. Allier vie professionnelle, vie familiale et les activités autres peut être difficile surtout avec un enfant en bas âge.

IV.4.7. L'impact du mode d'accouchement et de la rééducation en post-partum

D'après notre analyse descriptive, le taux d'accouchement par césarienne dans la population étudiée est de 18,7%. Il concorde avec les chiffres nationaux : en France, il est d'environ 20% en 2018. (67)

Nous n'avons pas mis en évidence, dans notre étude, d'impact du mode d'accouchement sur la pratique d'une APS en post-partum. Nous pensons que l'accouchement par césarienne pouvait avoir un impact négatif sur la pratique d'une APS.

La césarienne étant une intervention chirurgicale, le post-partum immédiat peut être difficile. En effet, il existe des problématiques liées à l'acte opératoire mais aussi aux premiers jours de naissance du nouveau-né. Il peut ensuite apparaître des complications plus tardives comme l'infection ou l'hémorragie. Il est possible qu'il n'y ait pas d'impact sur la pratique d'une APS car une fois la période post-opératoire passée, le rétablissement se fait comme pour un accouchement par voie basse. En incluant des femmes dont l'accouchement se serait déroulé moins de 3 mois avant la réponse au questionnaire, nous aurions pu peut-être avoir une différence.

Le professionnel de santé qui assure la consultation post-natale doit de plus, identifier les séquelles et conséquences de la grossesse et de l'accouchement. (68) Il doit alors évaluer la possibilité de pratique d'une APS en fonction du rétablissement de la patiente.

En ce qui concerne la rééducation du post-partum, nous n'avons pas mis en évidence de lien statistiquement significatif ($p=0.51$). Cependant, nous pensons qu'il y a un manque de puissance de notre étude pour cette analyse. Le résultat tendrait vers :

- Les femmes qui ont bénéficié des deux types de rééducation semblent ensuite pratiquer une APS en post-partum.
- Les femmes qui n'ont pas réalisé leur rééducation post-natale ne semblent pas pratiquer une APS par la suite.

Selon les recommandations pour la pratique clinique, aucun essai n'a évalué spécifiquement la rééducation du périnée chez des femmes asymptomatiques dans le but de prévenir une incontinence urinaire ou anale à moyen ou long terme. Il n'existe pas de preuve d'un éventuel rôle préventif et selon un accord professionnel, elle ne devrait pas être proposée à cette catégorie de patiente. En revanche, les femmes présentant une incontinence urinaire persistante trois mois après l'accouchement doivent bénéficier d'une rééducation périnéale. Elle ne doit donc pas intervenir avant ces trois mois de post-partum. (68,69)

D'après l'analyse descriptive, près de 80% des répondantes ont réalisé la rééducation du périnée. Nous pouvons nous demander si elle a été réalisée sur les conseils du professionnel de santé ou si la femme présentait réellement des symptômes d'incontinence urinaire.

Pour rappel, 7.6% des répondantes considéraient que les fuites urinaires étaient un frein médical à la pratique d'une APS en post-partum.

La rééducation abdominale est plutôt indiquée chez les patientes présentant une persistance de douleurs cicatricielles abdominales après césarienne et/ou une persistance de faiblesse de la musculature abdominale. (70) Elle a aussi un rôle préventif sur les rachialgies.

Il est possible que, face à un désir de pratique d'une APS dans le post-partum, les patientes réalisent leur rééducation périnéale et abdominale afin de prévenir l'incontinence urinaire et de permettre un renforcement musculaire abdominal.

Les freins à la rééducation périnéale (71) peuvent être l'inconfort et la pudeur des femmes face aux techniques de rééducation proposées. La relation thérapeute-patient est alors primordiale dans ce contexte. Le manque de temps et la reprise du travail au moment de la réalisation de ces séances peuvent aussi être un frein.

IV.5. L'activité physique adaptée

La dernière question de notre questionnaire portait sur la possibilité de participer à des cours d'activité physique adaptée après l'accouchement. 75% des répondantes seraient ainsi motivées.

L'étude de Saligheh et al. (41) menée en Australie s'est intéressée à la participation à des séances de natation pour les femmes venant d'accoucher. Elles pouvaient y participer jusqu'au 5^e mois du post-partum. Elles pouvaient pratiquer d'abord avec leur bébé puis seules grâce à un service de garde. Cette idée a bien été accueillie. Cependant, après le 5^e mois, elles ne pouvaient plus y participer et devaient trouver par elles-mêmes une activité, ce qui pouvait donc être un frein à la poursuite de l'APS.

Il existe dans le cadre du parcours de soins de patients atteints de maladies chroniques et d'affections de longue durée, en situation de handicap ou vulnérables, la possibilité pour le médecin traitant de prescrire une activité physique adaptée à leur pathologie en tenant compte de leurs limitations fonctionnelles et leur motivation. Les séances sont alors dispensées par des intervenants spécifiquement formés comme des éducateurs en APA. Il pourrait être intéressant d'intégrer les femmes venant d'accoucher, avec leurs modifications physiques et psychiques, dans un programme de sport-santé.

D'ici 2022, 500 maisons sport-santé seront construites. Elles ont pour but de renseigner sur les offres de pratique d'APS disponibles localement mais aussi d'informer et de conseiller sur les bienfaits de l'APS. Elles peuvent proposer un accompagnement individualisé à la reprise d'activité physique et à la lutte contre la sédentarité. Elles s'adressent également aux professionnels de santé en mettant à disposition ses compétences et en réalisant une évaluation complète du patient.

Peut-être pourrait-il être envisageable de prescrire de l'APA à toute femme venant d'accoucher et de les orienter vers une structure sport-santé ?

L'idée serait d'orienter la patiente vers une maison sport-santé lors de la consultation post-natale si elle ne présente pas de contre-indication particulière.

Il faudrait alors créer un programme d'activité physique adaptée en collaboration avec les éducateurs, spécialement adaptées à elles, en prenant en compte leurs modifications physiques et psychiques.

Nous pourrions proposer un parcours similaire à ce qui existe déjà pour les patients atteints de maladies chroniques. Une fois que le médecin a prescrit une APA, la patiente pourra se rendre dans une maison sport-santé proche de son domicile.

Une évaluation initiale sera réalisée. Puis, elle participera à des séances d'AP collectives pendant environ 3 mois à raison d'au moins une séance par semaine, avec d'autres femmes venant d'accoucher. Elles pourront en plus discuter entre elles des débuts de la maternité et ainsi prévenir d'éventuelles dépressions du post-partum, par exemple.

A la fin de ses séances, la patiente devra choisir une association ou club sportif afin de poursuivre son AP. Une évaluation pourra être réalisée à 6 mois et 12 mois afin d'évaluer leur pratique et leur état de santé.

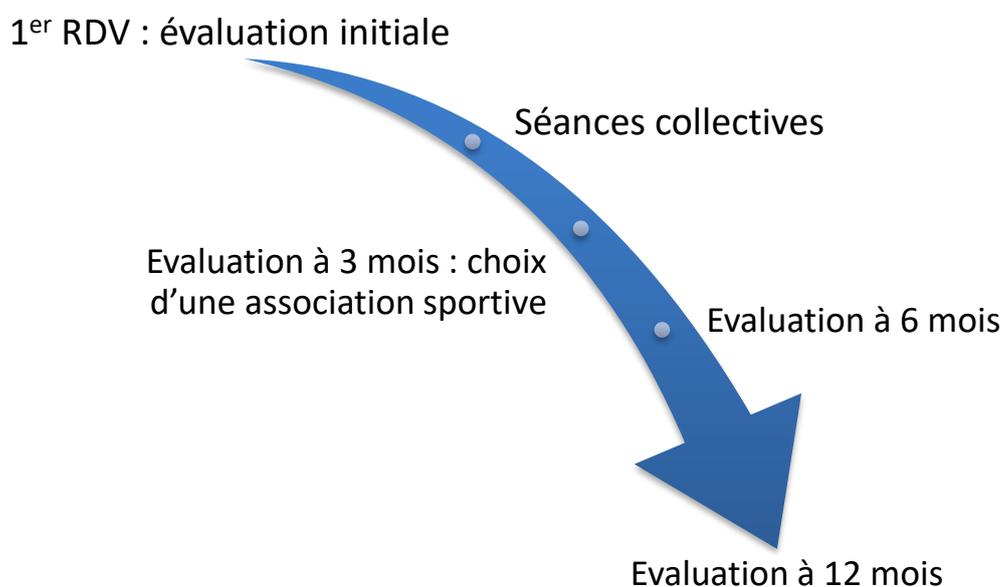


Figure 19 : les différentes étapes envisageables

Conclusion

Nous avons voulu mettre en lumière la période du post-partum, qui est une période de bouleversements importants pour la femme tant sur le plan psychique, familial que physique.

Les bienfaits de l'activité physique ne sont plus à démontrer. A travers notre étude, nous avons essayé de comprendre l'impact de l'accouchement sur la pratique d'une APS et avons essayé de chercher les facteurs pouvant l'influencer.

Nos résultats montrent que l'accouchement n'a donc pas d'impact sur la pratique d'une APS en post-partum. Les pratiquantes avant la grossesse reprennent une APS par la suite. Les non-pratiquantes n'exercent pas d'APS après leur accouchement. Le délai de pratique d'une APS après l'accouchement est de 4,2 mois en moyenne.

L'analyse des objectifs secondaires a permis de dégager plusieurs freins médicaux à la pratique comme la fatigue, l'allaitement maternel ou les douleurs dorsales. Les médecins devraient donc rechercher ces freins pour promouvoir l'activité physique après l'accouchement. Les freins organisationnels sont difficilement modifiables par le professionnel de santé mais il est important de les connaître pour mieux aborder le sujet.

La recherche des facteurs motivationnels peut aider les professionnels de santé à convaincre les patientes réticentes à exercer une APS en post-partum. Le bien être mental, le bien-être physique et la perte de poids sont les facteurs motivationnels les plus retrouvés dans notre étude.

En ce qui concerne les caractéristiques personnelles et socio-professionnelles des répondantes, nous avons seulement pu montrer que les femmes appartenant à la catégorie « cadre et profession intellectuelle supérieure » pratiquent plus une APS dans le post-partum que les femmes appartenant à la catégorie « employé ».

Notre étude a aussi permis de comprendre que les femmes qui pratiquent une APS pendant la grossesse reprennent une APS en post-partum.

Le niveau d'activité exercé avant la grossesse influe ensuite sur la pratique d'une APS en post-partum. Les femmes qui pratiquaient entre 1h30 et 2h30 d'APS/semaine et 2h30 et 8h d'APS/par semaine reprennent une APS en post-partum.

Le manque de puissance de notre étude n'a pas permis de mettre en évidence un lien statistiquement significatif entre la rééducation réalisée en post-partum et la pratique d'une APS durant cette période. Cependant, les femmes ayant réalisé la rééducation du périnée et des abdominaux semblent pratiquer une APS dans le post-partum.

Devant l'impact majeur de l'APS sur la santé mentale et physique des femmes venant d'accoucher, le médecin généraliste a un rôle majeur pour la promotion de l'AP. Il semble primordial d'aborder ce sujet pendant la consultation post-natale et lors des consultations qui suivent.

Peut-être, à l'avenir, un programme d'APA spécifique à la femme venant d'accoucher pourra être mis en place dans le cadre du sport-santé.

Références bibliographiques

1. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. déc 2015;25:1-72.
2. ANSES. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. févr 2016;584.
3. OMS. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. 2010;60.
4. INSEE. Pratiques physiques ou sportives des femmes et des hommes: des rapprochements mais aussi des différences qui persistent. Novembre 2017. (1675):4.
5. Ministère de la Ville de la Jeunesse et des Sports, INSEP, éditeurs. La pratique des activités physiques et sportives en France: Enquête 2010. INSEP-Éditions; 2005.
6. INSEE. Age moyen de la mère à l'accouchement - estimations de population et statistiques de l'Etat Civil. 2021.
7. Haute Autorité de Santé. Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. juill 2019;
8. Bazex J, Pène P, Rivière D. Les activités physiques et sportives — la santé — la société. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. oct 2012;196(7):1429-42.
9. CRIS, SFP-APA. Référentiel Métier Enseignant en APA. mai 2016;134.
10. Larras B. État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France, mise à jour de l'édition 2017. mai 2018;32.
11. ANSES, Santé Publique France, Ministère des Solidarités et de la Santé. Etude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3) - Avis de l'ANSES, rapport d'expertise collective. juin 2017;566.
12. SPF. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. 13 février 2020. :58.
13. Adultes - Manger Bouger Professionnel [Internet]. 2020 [cité 28 août 2020]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/pro/sante/activite-physique-20/recommandations/adultes-525.html>
14. Ministère des Sports. Sport & Maternité - Les cahiers du pole. janv 2010;68.
15. Haute Autorité de Santé. Prescription d'activité physique et sportive pendant la grossesse et le post-partum. juill 2019;14.
16. L'exercice physique pendant la grossesse et le postpartum. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. juin 2003;25(6):523-9.
17. Mottola MF, Davenport MH, Ruchat S-M, Davies GA, Poitras VJ, Gray CE, et al. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *Br J Sports Med*. 1 nov 2018;52(21):1339-46.

18. Programme National Nutrition Santé. Le guide nutrition pendant et après la grossesse - Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé.
19. Pivarnik JM. Cardiovascular responses to aerobic exercise during pregnancy and postpartum. *Seminars in Perinatology*. août 1996;20(4):242-9.
20. Clapp JFI, Little KD. Effect of recreational exercise on pregnancy weight gain and subcutaneous fat deposition. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. févr 1995;27(2):170-7.
21. Jiang H, Qian X, Li M, Lynn H, Fan Y, Jiang H, et al. Can physical activity reduce excessive gestational weight gain? Findings from a Chinese urban pregnant women cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 9 févr 2012;9(1):12.
22. Carré F. Bénéfices et risques de la pratique d'une activité physique. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 1 déc 2002;51(6):351-6.
23. François Feihl Bernard Waeber Pierre-Antoine Pradervand Yvan Vial. Hypertension et grossesse. *Revue Médicale Suisse*. 9 sept 2009;(216).
24. Østerdal ML, Strøm M, Klemmensen AK, Knudsen VK, Juhl M, Halldorsson TI, et al. Does leisure time physical activity in early pregnancy protect against pre-eclampsia? Prospective cohort in Danish women. *BJOG*. janv 2009;116(1):98-107.
25. Sorensen Tanya K., Williams Michelle A., Lee I-Min, Dashow Edward E., Thompson Mary Lou, Luthy David A. Recreational Physical Activity During Pregnancy and Risk of Preeclampsia. *Hypertension*. 1 juin 2003;41(6):1273-80.
26. Oken E, Ning Y, Rifas-Shiman SL, Radesky JS, Rich-Edwards JW, Gillman MW. Associations of Physical Activity and Inactivity Before and During Pregnancy With Glucose Tolerance. *Obstet Gynecol*. nov 2006;108(5):1200-7.
27. Dempsey JC. Prospective Study of Gestational Diabetes Mellitus Risk in Relation to Maternal Recreational Physical Activity before and during Pregnancy. *American Journal of Epidemiology*. 1 avr 2004;159(7):663-70.
28. Pruvost J. Grossesse et activité physique. Elsevier Masson. juin 2011;22.
29. Diabète LAB. Diabète et activité physique : les bénéfices. 2019;
30. Maître C. Sport et grossesse : une nécessaire prescription. *Science & Sports*. 1 avr 2013;28(2):103-8.
31. Nakamura Aurélie. La pratique d'une activité physique régulière pendant la grossesse peut-elle prévenir une dépression postpartum ? *SoEpidemio* [Internet]. 19 sept 2016 [cité 19 août 2021]; Disponible sur: <https://soepidemio.com/2016/09/19/la-pratique-dune-activite-physique-reguliere-pendant-la-grossesse-peut-elle-prevenir-une-depression-postpartum/>
32. Strøm M, Mortensen EL, Halldorson TI, Osterdal ML, Olsen SF. Leisure-time physical activity in pregnancy and risk of postpartum depression: a prospective study in a large national birth cohort. *J Clin Psychiatry*. déc 2009;70(12):1707-14.

33. Melzer K, Schutz Y, Soehnchen N, Othenin-Girard V, Tejada BM de, Irion O, et al. Effects of recommended levels of physical activity on pregnancy outcomes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1 mars 2010;202(3):266.e1-266.e6.
34. Kardel KR, Johansen B, Voldner N, Iversen PO, Henriksen T. Association between aerobic fitness in late pregnancy and duration of labor in nulliparous women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2009;88(8):948-52.
35. L'exercice pendant la grossesse améliore le développement du cerveau du bébé - Faculté de médecine - Université de Montréal [Internet]. Faculté de médecine. 2013 [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: <https://medecine.umontreal.ca/2013/11/11/11/lexercice-pendant-la-grossesse-ameliore-le-developpement-du-cerveau-du-bebe/>
36. Ludwig DS, Currie J. The Relationship Between Pregnancy Weight Gain and Birth Weight: A Within Family Comparison. *Lancet*. 18 sept 2010;376(9745):984-90.
37. INSEE. Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles. 2003.
38. Simard M. Urbain, rural et milieux transitionnels : les catégories géographiques de la ville diffuse. *cgq*. 12 sept 2012;56(157):109-24.
39. TNS Opinion & Social, European Commission. Special Eurobarometer 472 - Sport and physical activity. mars 2018;
40. Jenkins C, Handcock DP, Lisette D. Exercise barriers faced by first-time mothers. *New Zealand College of Midwives*. oct 2006;(35):36.
41. Saligheh M, McNamara B, Rooney R. Perceived barriers and enablers of physical activity in postpartum women: a qualitative approach. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2 juin 2016;16(1):131.
42. Volant S, INSEE. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. 27 mars 2017;(1642).
43. Papon S, Beaumel C. Bilan démographique 2019. janv 2020;(1789).
44. Forment V, Vidalenc Joelle. Les employés : des professions largement féminisées. 5 mai 2020;(190).
45. INSEE. Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en 2020 -Enquête Emploi. 18 mars 2021;
46. INJEP. INJEP NOTES & RAPPORTS - Rapport d'étude - Baromètre national des pratiques sportives 2020. févr 2021;
47. Evenson KR, Aytur SA, Borodulin K. Physical Activity Beliefs, Barriers, and Enablers among Postpartum Women. *J Womens Health (Larchmt)*. déc 2009;18(12):1925-34.
48. Corwin EJ, Arbour M. Postpartum Fatigue and Evidence-Based Interventions. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. juill 2007;32(4):215-20.
49. Troy NW. A Comparison of Fatigue and Energy Levels at 6 Weeks and 14 to 19 Months Postpartum. *Clin Nurs Res*. mai 1999;8(2):135-52.
50. Lee KA, DeJoseph JF. Sleep disturbances, vitality, and fatigue among a select group of employed childbearing women. *Birth*. déc 1992;19(4):208-13.

51. Wright KS, Quinn TJ, Carey GB. Infant Acceptance of Breast Milk After Maternal Exercise. *Pediatrics*. 1 avr 2002;109(4):585-9.
52. Mottola MF. Exercise in the Postpartum Period: Practical Applications. *Current Sports Medicine Reports*. déc 2002;1(6):362.
53. Rejano-Campo M., Desvergée A, Pizzoferrato AC. Caractéristiques et symptômes pelvi-périnéaux dans les douleurs de la ceinture pelvienne : une revue de la littérature | Elsevier Enhanced Reader.
54. Wiezer M, Hage-Fransen MAH, Otto A, Wieffer-Platvoet MS, Slotman MH, Nijhuis-van der Sanden MWG, et al. Risk factors for pelvic girdle pain postpartum and pregnancy related low back pain postpartum; a systematic review and meta-analysis. *Musculoskeletal Science and Practice*. 1 août 2020;48:102154.
55. Manresa M, Pereda A, Goberna-Tricas J, Webb SS, Terre-Rull C, Bataller E. Postpartum perineal pain and dyspareunia related to each superficial perineal muscle injury: a cohort study. *Int Urogynecol J*. nov 2020;31(11):2367-75.
56. ANAES. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale - Argumentaire. mai 2003;
57. Viktrup L, Lose G. The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. *Am J Obstet Gynecol*. juill 2001;185(1):82-7.
58. Rortveit G, Hunskar S. Urinary Incontinence after Vaginal Delivery or Cesarean Section. *The New England Journal of Medicine*. 2003;8.
59. Pratviel E. Les Français et l'incontinence urinaire. 2018;13.
60. Benjamin DR, Frawley HC, Shields N, van de Water ATM, Taylor NF. Relationship between diastasis of the rectus abdominis muscle (DRAM) and musculoskeletal dysfunctions, pain and quality of life: a systematic review. *Physiotherapy*. mars 2019;105(1):24-34.
61. Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire. Pratiques sportives : une hausse portée par les femmes et les seniors. *INJEP analyses et synthèses*. juill 2018;(15).
62. DRESS, Ministère des Finances et des Comptes publics, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Mesurer le coût de l'enfant : deux approches à partir des enquêtes Budget de famille. juin 2015;(62).
63. Lanoë M-R. L'état de santé en France en 2003. 2003;12.
64. Juhl M, Andersen PK, Olsen J, Madsen M, Jørgensen T, Nøhr EA, et al. Physical Exercise during Pregnancy and the Risk of Preterm Birth: A Study within the Danish National Birth Cohort. *American Journal of Epidemiology*. 1 avr 2008;167(7):859-66.
65. Poudevigne MS, O'Connor PJ. A Review of Physical Activity Patterns in Pregnant Women and Their Relationship to Psychological Health: *Sports Medicine*. 2006;36(1):19-38.
66. Filhol G, Bernard P, Quantin X, Espian-Marcas C, Ninot G. Activité physique durant la grossesse : point sur les recommandations internationales. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. déc 2014;42(12):856-60.

67. DRESS. La naissance : caractéristiques des accouchements. 2020;
68. Sénat M-V. Post-partum : recommandations pour la pratique clinique - Texte court. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. déc 2015;44(10).
69. CNGOF. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum. In: Post-partum : recommandations CNGOF pour la pratique clinique. 2018.
70. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique - Rééducation dans le cadre du post-partum. 2002 déc p. 16.
71. Hugot S. Le vécu de la rééducation périnéale des femmes en post-partum - Une étude qualitative par 14 entretiens individuels. Paris 7 - Denis Diderot; 2011.

Annexes

Annexe 1. Questionnaire de thèse	82
--	----

Annexe 1. Questionnaire de thèse

Je suis interne en 9^e année de médecine. Dans le cadre de mes études, je dois réaliser une thèse d'exercice me permettant d'acquérir le titre de Docteur en Médecine, spécialisé en Médecine Générale.

Le sujet de ma thèse concerne l'activité physique et sportive avant, pendant et après la grossesse.

Je cherche à connaître les conséquences de l'accouchement sur la pratique d'une activité physique et sportive dans le post-partum (période après l'accouchement).

Je me permets de vous distribuer ce questionnaire car vous pouvez faire l'objet de mon étude. Ce questionnaire se remplit facilement en cochant des cases principalement, et prend environ 5 minutes de votre temps.

Je vous remercie d'y répondre le plus honnêtement possible, ce questionnaire étant **anonyme**.

Votre date d'accouchement : **La date du jour :**

I. Mieux vous connaître

Question 1 : Quel âge avez-vous ?

.....

Question 2 : Combien d'enfants avez-vous ?

.....

Question 3 : Etes-vous :

En couple (mariée, pacsée, en concubinage)

Séparée ou divorcée

Question 4 : Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ? Cocher la case correspondante.

Agriculteur, exploitant		Employé	
Artisan, commerçant et chef d'entreprise		Ouvrier	
Cadre et profession intellectuelle supérieure		Retraité	
Profession intermédiaire		Sans activité professionnelle	

Question 5 : Vivez-vous en milieu :

Urbain

Rural

Semi-rural

II. Pratique d'une activité physique et sportive avant la grossesse

Question 6 : Avant votre grossesse, étiez-vous :

pratiquante compétitrice en club ou association

pratiquante compétitrice hors club ou association

pratiquante non-compétitrice en club ou association

pratiquante non-compétitrice hors club ou association

non pratiquante

Question 7 : Si vous étiez pratiquante, quelle était la durée totale de pratique de votre activité physique et sportive ?

- Au moins une fois par mois
- 1h par semaine
- Entre 1h et 2h30 par semaine
- Entre 2h30 et 8h par semaine
- Plus de 8h par semaine

III. Votre grossesse

Question 8 : Avez-vous entrepris ou poursuivi une activité physique et sportive pendant votre grossesse ? Oui Non

Question 9 : Quel était le mode d'accouchement ?

Accouchement par voie basse Césarienne

Question 10 : Avez-vous réalisé les séances de rééducation du périnée et/ou de rééducation des abdominaux après votre accouchement ?

- Oui, les 2
- Seulement la rééducation du périnée
- Seulement la rééducation des abdominaux
- Non, aucune des 2

IV. Après votre accouchement :

Question 11 : Avez-vous pris un congé parental d'éducation (après votre congé maternité) ?
Oui Non

Question 12 : Avez-vous entrepris ou poursuivi une activité physique ou sportive après votre accouchement ?

Oui Non

Question 13 : Si vous avez entrepris ou poursuivi une activité physique ou sportive, est-elle similaire à celle que vous pratiquiez avant la grossesse ?

Oui Non

Question 14 : Si vous avez entrepris ou poursuivi une activité physique ou sportive, quelle est la durée totale de pratique de votre activité physique et sportive ?

- Au moins une fois par mois
- 1h par semaine
- Entre 1h et 2h30 par semaine
- Entre 2h30 et 8h par semaine
- Plus de 8h par semaine

Question 15 : Si vous avez entrepris ou poursuivi une activité physique ou sportive, combien de temps après votre accouchement avez-vous entrepris ou poursuivi une activité physique et sportive ? (réponse libre)

.....

Question 16 : Quels sont les facteurs **médicaux** vous ayant **empêché d'entreprendre ou de reprendre** une activité physique ou sportive ? (vous pouvez cocher plusieurs réponses ou a contrario, s'il n'y a pas de raison médicale, merci de ne rien cocher)

- Fatigue
- Allaitement maternel
- Fuites urinaires
- Douleurs dorsales
- Douleurs au niveau de la cicatrice de césarienne
- Douleurs du périnée
- Entorse
- Ecartement des muscles abdominaux (= diastasis des grands droits)
- Prise de poids importante limitant l'activité physique
- Essoufflement important
- Autres :

Question 17 : Quels sont les facteurs **organisationnels** vous ayant **empêché de reprendre ou d'entreprendre** une activité physique et sportive ? (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- Manque de temps
- Pas de mode de garde d'enfant
- Manque de motivation
- Pas de plaisir à faire une activité physique et sportive (« je n'aime pas faire du sport »)
- Pas envie de faire une activité physique et sportive seule
- Sentiment de culpabilité à laisser son enfant pour réaliser une activité physique
- Horaires non adéquats
- Les équipements sont trop éloignés
- Manque de moyen financier pour exercer votre activité physique et sportive
- Autres :

Question 18 : Si vous avez **entrepris ou poursuivi une activité physique ou sportive**, quels sont les facteurs vous ayant **motivé à débiter ou reprendre** une activité physique et sportive ? (vous pouvez cocher plusieurs cases)

- Bien-être physique (améliorer son état de santé)
- Bien-être mental
- Pour perdre du poids
- Pour améliorer son apparence physique
- Pour améliorer ses performances physiques
- Bien-être social (être avec ses amis ou sa famille etc)
- Autres :

Question 19 : Seriez-vous prête à participer à des **cours d'activité physique adaptée** après l'accouchement avec un enseignant spécialisé dans ce domaine ?

Oui Non

Je vous remercie d'avoir pris quelques minutes pour répondre à ce questionnaire qui me permettra de réaliser ma thèse de médecine générale.

Si vous souhaitez connaître les résultats de cette étude, merci de me laisser votre adresse mail :

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

L'impact de l'accouchement sur la pratique d'une activité physique et sportive en post-partum

Introduction - La pratique d'une activité physique et sportive (APS) est en enjeu de santé publique. Les bénéfices ne sont plus à démontrer. Le post-partum est une période de bouleversement physique, psychique et familial. La pratique d'une APS chez la femme jeune est en baisse par rapport aux autres tranches d'âge.

Méthode - Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive monocentrique basée sur la diffusion d'un questionnaire incluant des femmes ayant accouché entre 3 et 12 mois auparavant, en Haute-Vienne. Le recrutement s'est fait dans les crèches et les cabinets médicaux. L'objectif principal était de connaître l'impact de l'accouchement sur la pratique de l'APS en post-partum.

Résultats - 65% des répondantes pratiquaient une APS avant la grossesse. 33% la pratiquent pendant la grossesse et 46% en post-partum. L'accouchement n'a pas d'impact sur la pratique d'une APS en post-partum ($p < 0.001$). La femme qui pratique une APS pendant la grossesse la poursuivra en post-partum ($p < 0.001$). Cependant, la durée passée à l'exercer diminue : avant la grossesse, environ 22% en faisait plus de 2h30 par semaine, en post-partum elles sont moins de 13%. Les « cadres et professions intellectuelles supérieures » pratiquent d'avantage d'APS que les « employés » ($p = 0.005$). Les principaux freins médicaux sont la fatigue et l'allaitement maternel. Les freins organisationnels sont le manque de temps et de motivation.

Conclusion – Les femmes faisant une APS avant la grossesse la poursuivent après l'accouchement. Comme pour les maladies chroniques, un programme d'activité physique adaptée (APA) pourrait améliorer la pratique de l'APS en post-partum.

Mots-clés : [activité physique], [post-partum], [grossesse], [femmes], [accouchement]

The impact of childbirth on the practice of postpartum physical and sports activity

Introduction - The practice of physical and sporting activity (PSA) is a public health issue. The benefits of APS are well known. The postpartum period is a period of physical, psychological and family upheaval. The practice of PSA in young women is declining compared to other age groups.

Method - We carried out a descriptive single-center quantitative study based on the dissemination of a questionnaire to women who had given birth in the last 3 to 12 months, in Haute-Vienne. Recruitment took place in nurseries and doctor's offices. The main objective was to learn about the impact of childbirth on the practice of postpartum PSA.

Results - 65% of respondents performed PSA before pregnancy. 33% practice it during pregnancy and 46% postpartum. Childbirth has no impact on the practice of postpartum PSA ($p < 0.001$). The woman who performs PSA during pregnancy will continue it postpartum ($p < 0.001$). However, the time spent exercising is decreasing: before pregnancy, about 22% did more than 2:30 a week, postpartum they are less than 13%. "Managers and higher intellectual professions" practice APS more than "employees" ($p = 0.005$). The main medical barriers are fatigue and breastfeeding. Organising the time and lack of motivation are non-medical issues.

Conclusion - Women who do pre-pregnancy PSA continue after childbirth. As with chronic illnesses, an adapted physical activity program (ABA) could improve the practice of postpartum APS.

Keywords : [physical activity], [postpartum period], [pregnancy], [women], [childbirth]

