

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Inflation économique :
conséquences sur les comportements de santé chez les mères de familles monoparentales**

Auteur : Clinquart, Chloé

Promoteur(s) : Charlier, Nathan

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2023-2024

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/19970>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

INFLATION ECONOMIQUE : CONSEQUENCES SUR LES COMPORTEMENTS DE SANTE CHEZ LES MERES DE FAMILLES MONOPARENTALES

Mémoire présenté par **Chloé CLINQUART**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité praticien spécialisé en Santé Publique
Année académique 2023-2024

INFLATION ECONOMIQUE : CONSEQUENCES SUR LES COMPORTEMENTS DE SANTE CHEZ LES MERES DE FAMILLES MONOPARENTALES

Mémoire présenté par **Chloé CLINQUART**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité praticien spécialisé en Santé Publique
Promoteur : **Nathan CHARLIER**
Année académique 2023-2024

REMERCIEMENTS

Ces remerciements s'adressent à toutes les personnes ayant contribué, de quelque manière que ce soit, à la réalisation de ce document.

Tout d'abord, je tiens à exprimer ma gratitude à Monsieur Charlier, qui m'a accompagnée, guidée et conseillée tout au long de ces deux années. Il m'a consacré un temps précieux, faisant croître non seulement ma recherche mais aussi ma personne. Grâce à lui, j'ai découvert la recherche qualitative, et ce fut un plaisir de bénéficier de la supervision d'une personne si disponible, bienveillante et professionnelle.

Je remercie également toutes les personnes rencontrées au cours de ce travail et qui ont enrichi mes idées et mes écrits : Anne Deprez de l'IWEPS et Christine Mainguet, Laurence D'Hond et Jeanne Dupuis de Culture & Santé, Anne Baudaux et son équipe de l'ONE, Chantal Leva du CLPS de Liège.

Je suis également reconnaissante envers l'équipe des professeurs de recherche qualitative et de promotion de la santé de l'ULiège, notamment Messieurs Pétré, Charlier et Voz, pour m'avoir éveillée à l'intérêt des ISS et/ou de la recherche qualitative.

Un merci tout particulier à chacune des mères de familles monoparentales sans qui cette recherche n'aurait pu aboutir. Malgré leurs contraintes de temps, elles m'ont généreusement ouvert les portes de leurs foyers et de leur intimité, partageant leurs vécus avec toutes les émotions que cela implique. Chacune de ces rencontres a été fabuleuse.

Enfin, je tiens à remercier ma famille, en particulier mon papa, mon plus grand supporter. Ses conseils judicieux, ses nombreuses relectures à toute heure de la nuit et son soutien indéfectible ont été inestimables dans le cadre de ce master. Quelle chance d'avoir pu compter sur son professionnalisme.

A toutes ces personnes, merci, merci de m'avoir aidée à grandir et à acquérir de nouvelles compétences pour mon avenir !

Table des matières

1.	Préambule	1
2.	Introduction.....	2
2.1	Crises et inflation économique	2
2.2	Pauvreté et précarité	2
2.3	Conséquences des crises	3
2.4	Comportements et déterminants sociaux de la santé	5
2.5	Mères de familles monoparentales	5
2.6	Approche intersectionnelle des déterminants de la santé et modèle de Pathway	6
2.7	Objectifs et hypothèses	7
3.	Matériel et méthodes	8
3.1	Type d'étude	8
3.2	Caractéristiques de la population étudiée	8
3.3	Méthodes d'échantillonnage et échantillon	9
3.4	Paramètres étudiés	10
3.5	Outils de collecte des données	11
3.6	Organisation et planification de la collecte de données	11
3.7	Traitement des données et méthodes d'analyse	12
3.8	Contrôle de qualité	13
3.9	Aspects réglementaires	13
4.	Résultats.....	14
4.1	La résilience, leur arme la plus puissante	15
4.1.1	Caractère et ressources personnelles/internes.....	15
4.1.2	Mise en place d'une attitude économe au quotidien et d'une vigilance accrue	17
4.1.3	Capacité à s'adapter, à trouver des solutions/alternatives pour réduire les dépenses.....	17
4.1.4	Capacité à s'organiser, planifier et anticiper.....	18
4.2	La limitation de la capacité d'agir et de faire des choix	19
4.2.1	Perte de libertés, ne jamais pouvoir faire quelque chose sans se poser de questions	19
4.2.2	Faire face à des balances décisionnelles complexes.....	19
4.2.3	Ne jamais s'arrêter, tout le temps courir, ne pas avoir le temps de prendre soin de soi	20
4.2.4	Difficulté à faire face à certains imprévus.....	21
4.3	Les conséquences sur les déterminants sociaux de la santé	22
4.3.1	Accès aux soins de santé.....	22
4.3.2	Conscience de l'importance de la santé et de la prévention	24
4.3.3	Santé mentale	24
4.3.4	Sommeil	25
4.3.5	Isolement social et solitude.....	26
4.3.6	Alimentation	27
4.3.7	Emploi	29
5.	Discussion	30
5.1	Biais et limites de l'étude	33
5.2	Forces de l'étude	34
5.3	Perspectives	34
6.	Conclusion	35

ABREVIATIONS

ATD : Agir Tous pour la Dignité

BIM : Bénéficiaires d'Intervention Majorée

COREQ : COnsolidated criteria for a Reporting Qualitative research

CDSS : Commission des Déterminants Sociaux de la Santé

CLPS : Centre Local de Promotion de la Santé

ISS : Inégalités Sociales de Santé

IWEPS : Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

UE : Union Européenne

USA : Etats-Unis d'Amérique

Résumé

Introduction : La Belgique est marquée par une série de crises depuis les années 2000, notamment économiques. Les classes moyennes sont de plus en plus touchées, avec de lourdes conséquences sur la santé publique, accentuant les Inégalités Sociales de Santé. Cette recherche met en lumière l'impact des crises économiques sur les comportements de santé chez les mères de familles monoparentales occupant un emploi faiblement rémunérateur. La recherche vise à explorer les conséquences de l'inflation sur les comportements de santé de ce groupe.

Matériel et méthodes : Cette étude adopte une approche qualitative phénoménologique pour explorer les expériences vécues des mères de famille monoparentale à faible revenu dans la province de Liège. Les critères d'inclusion sont définis en fonction de la vulnérabilité économique et sociale. L'échantillonnage est réalisé de manière raisonnée, en utilisant une méthode effet boule de neige pour recruter les participantes. Les données sont collectées à travers des entretiens semi-directifs et une analyse rigoureuse est effectuée.

Résultats : Trois thèmes ont émergé à la suite de 12 entretiens semi-directifs avec des mères de familles monoparentales. Le premier aborde la résilience de ces mères qui leur permet de faire face aux défis de la vie quotidienne. Le second met en lumière la limitation de leur capacité d'agir et de faire des choix à la suite des crises. Le troisième thème met en avant les conséquences de l'inflation sur certains déterminants sociaux de la santé tels que l'accès à la santé, la prévention, la santé mentale, le sommeil, l'isolement social, l'alimentation et l'emploi.

Conclusion : L'application des principes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, axés sur la création de conditions favorables à la santé, est essentielle pour promouvoir le bien-être des mères de familles monoparentales. Il est primordial de poursuivre la recherche pour répondre aux besoins des mères de familles monoparentales et ainsi atteindre les seuils minimaux qui garantiront la santé pour tous, en particulier dans des contextes de vulnérabilité et d'Inégalités Sociales de Santé (ISS).

Mots-clés : inflation économique, comportements de santé, monoparentalité, travail, population à bas revenus, inégalités sociales de santé.

Abstract

Introduction: Belgium has been marked by a series of crises since the 2000s, particularly economic ones. The middle classes are increasingly impacted, with huge consequences on public health, exacerbating social health inequalities. This research highlights economic crises' impact on health behaviors amongst single mothers with low-paying jobs. This research aims to explore inflation's consequences on the health behaviors of this group.

Materials and methods: This study uses a qualitative phenomenological approach to explore the lived experiences of low-income single mothers in the province of Liège. Inclusion criteria are based on economic and social vulnerability. Sampling is conducted with careful consideration, using a snowball method to recruit participants. Data are collected through semi-structured interviews and are rigorously analyzed.

Results: Three themes emerged from the 12 semi-structured interviews. The first theme addresses the resilience of the interviewed single mothers, which allows them to cope with daily life's challenges. The second theme highlights the limitation of their ability to act and make choices following crises. Finally, the third theme emphasizes the impact of inflation on certain social determinants of health, such as access to healthcare, prevention, mental health, sleep, social isolation, nutrition and employment.

Conclusion: The application of the principles of the Ottawa Charter for Health Promotion, with focus on creating favorable health conditions, is essential for promoting the well-being of single mothers. It is crucial to carry on with the research to meet the needs of single mothers and thus achieve the minimum thresholds that will ensure health for all, particularly in contexts of vulnerability and social health inequalities.

Keywords: economic inflation, health behaviors, single parenthood, work, low-income populations, social health inequalities.

1. Préambule

Après avoir obtenu une spécialisation en santé communautaire en juin 2018 à la suite d'un Bachelier en Soins Infirmiers, j'ai rapidement rejoint la Province de Liège en tant que chargée de projet dans le domaine de la Promotion de la santé. En 2021, désireuse de relever de nouveaux défis malgré mon temps plein, j'ai entrepris un Master en Sciences de la Santé Publique pour approfondir mes connaissances et développer mes compétences.

À la Province de Liège, j'ai travaillé pendant plusieurs années au sein du Département des Affaires sociales avec un cadre très « social ». En novembre 2022, j'ai intégré une toute nouvelle équipe au sein du Pôle Promotion et Animations du nouveau Département de la Santé et du Social, élargissant ainsi mon horizon professionnel à la santé de manière plus générale. Alors que depuis toujours, je suis convaincue de l'importance du social pour être en bonne santé, la Province me rejoint en fusionnant deux de ses départements pour n'en former qu'un, une démarche qui s'avère cohérente et prend tout son sens au quotidien dans ma pratique professionnelle d'infirmière spécialisée en Santé Communautaire. Lorsque je dois choisir une première option lors de ma seconde année d'étude, je m'oriente naturellement vers la Promotion de la santé.

Dans ma nouvelle fonction et dans ma formation de master, je développe un intérêt croissant pour les Inégalités Sociales de Santé (ISS). Lorsqu'est venu le moment de choisir un sujet de mémoire, il m'a semblé évident de m'orienter vers cette thématique qui me tenait à cœur. Mes recherches m'ont rapidement révélé que les ISS font l'objet de peu d'études en Belgique.

En outre, avec la hausse constante du coût de la vie suite aux différentes crises récentes, j'ai personnellement pris conscience de l'impact de l'inflation. J'ai donc réfléchi aux répercussions que cela pouvait avoir sur des individus plus vulnérables. Peu de temps après avoir effectué mes recherches et échangé avec des professionnels, j'ai réalisé qu'un groupe en particulier semblait être plus durement touché : celui des mères de familles monoparentales disposant de bas revenus. C'est alors que je me suis aperçue que la recherche s'intéressait peu à ce public et à ce sujet. Ce fut une évidence, je devais m'atteler à cette tâche dans le cadre du mémoire.

2.1 Crises et inflation économique

Depuis les années 2000, des crises importantes se sont succédées : le krach boursier en 2001-2002, la récession économique en 2008, la crise économique en 2012, la pandémie de Covid-19 en 2020. En 2021, la crise énergétique est venue amplifier les conséquences des crises précédentes, entraînant une augmentation de la précarité en Belgique (1). Une crise économique est la résultante d'une évolution défavorable de la situation économique et financière d'un pays ou d'un ensemble de pays. Elle apparaît régulièrement au fil des années et obéit plus ou moins à des cycles économiques internationaux (2).

En Belgique, les crises¹ touchent de plus en plus la classe moyenne, dont le pouvoir d'achat a été réduit par la stagnation des revenus et l'augmentation des coûts de la vie et dont la précarisation a augmenté, avec pour conséquence une diminution de la proportion de cette classe moyenne dans la société (3). Dans les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données, un ménage de la classe moyenne sur deux déclare aujourd'hui avoir des difficultés à joindre les deux bouts (4). Pourtant, une classe moyenne forte et prospère est capitale pour l'économie et la société dans son ensemble, permettant par exemple de garantir la protection sociale (4). Une étude qualitative menée par l'IWEPS (5) auprès de plusieurs acteurs du social évoque l'écart grandissant entre les riches et les pauvres voire la suppression des « classes moyennes ». De plus, cet institut évoque l'interpellation des professionnels qui s'étonnent, depuis la hausse des prix, en particulier de ceux des énergies, de l'augmentation de la part de travailleurs précaires (5). Il indique que « *l'enchevêtrement des crises et transformations qui se sont démultipliées durant ces dernières années affecte l'ensemble de la population et provoque une détérioration qualitative et quantitative de la situation de nombreuses personnes dont beaucoup se trouvaient déjà en situation de précarité* » (5). En accord avec de nombreuses autres études, il souligne l'ampleur des conséquences des crises successives (5) : pauvreté, précarité, isolement accru, aggravation des ISS, ... À l'instar d'autres États, le gouvernement du Québec reconnaît que la pauvreté a des impacts directs sur la santé des citoyens et donc sur le budget de l'état (6). Si l'état de santé est globalement bon en Wallonie, d'importantes disparités subsistent et les ISS ne font que se creuser (5,7,8).

¹ Dans la suite du document, l'utilisation du mot « crise » se référera systématiquement à une crise de nature économique.

2.2 Pauvreté et précarité

La pauvreté se définit de différentes façons étant donné le caractère multidimensionnel et complexe de ce concept difficilement réductible à un paramètre. Ce terme est sujet à la discussion en l'absence d'un outil fiable pour le mesurer contrairement aux inégalités pour lesquelles le coefficient de Gini permet des comparaisons précises (9). Trois critères permettent de définir, mesurer et expliquer la pauvreté : le bien-être économique, la capacité et l'exclusion sociale (10). ATD Quart-Monde cite neuf caractéristiques de la pauvreté, dont la dépossession du pouvoir d'agir (11). En Wallonie, selon les derniers chiffres, datant de 2022, 17,8 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (*situé à 1.366 € net par mois pour une personne isolée, 2.868 € pour un ménage composé de 2 adultes et 2 enfants*) (12,13). La précarité se définit quant à elle comme « *l'incapacité des individus à jouir de leurs droits fondamentaux, en particulier dans le domaine de la santé* » (14). Fondamentalement, il convient de distinguer les notions de précarité et de pauvreté, même si manifestement, la plupart des personnes dont la vie est précaire sont également pauvres (15). Précarité et pauvreté sont intimement liées (14). Ceux dont la vie est précaire peuvent être rendus « vulnérables », c'est particulièrement le cas s'ils ont un nombre limité de capacités telles que de faibles réserves de capital humain, économique et social.

2.3 Conséquences des crises sur la santé

Les crises ont des conséquences sur le mode de vie des citoyens, en particulier sur des déterminants majeurs de la santé comme le logement, l'éducation, l'énergie et l'eau (3–5). L'IWEPS (4) met en avant l'augmentation, en 2022, du coût de certains postes tels que l'énergie, l'eau ou le logement, ce qui fragilise d'autant plus les ménages à bas revenus. La menace pour la santé de la population générée par la crise de 2008 a été largement reconnue scientifiquement dans le domaine de la santé publique, en particulier dans l'UE (16). Une autre étude a montré que l'état de santé d'une population est fortement influencé par l'économie (17). Les ISS se traduisent par la distribution inéquitable des déterminants sociaux et environnementaux de la santé au sein de la population (18). En Belgique, Sciensano (19) rapporte qu'en mars 2022, 15 % des personnes de 18 ans et plus n'avaient pas eu les moyens de s'offrir une alimentation saine et équilibrée au cours des trois mois précédents et que, malheureusement, ces chiffres ont considérablement augmenté par rapport à 2020.

Selon Marmot et al. (20), l'impact des crises sur la santé via ses déterminants sociaux a le plus d'effet sur les ménages défavorisés à faible revenu, car ceux-ci sont plus vulnérables aux baisses de revenu

et plus susceptibles de subir les effets d'une crise sur l'emploi. Ils sont soumis à des processus d'exclusion qui conduisent à une moins bonne santé à court et à long terme.

De nombreuses études analysent la situation des personnes en situation de chômage (21). Par exemple, dans une étude portant sur treize pays de l'UE, Cooper et al. (22) rapportent que le chômage au niveau individuel est associé à une moins bonne santé physique et mentale, suggérant que les conditions économiques affectent la santé par différentes voies. Une autre étude met en avant les conséquences des crises sur la santé mentale des personnes en situation de chômage (21).

Différentes études quantitatives menées dans différents pays (Royaume-Uni (23), Japon (24), Islande (25), Finlande (26), Espagne (27), Grèce (28), USA (29)) ont abordé les conséquences de crises sur la santé. La revue de la littérature réalisée dans le cadre de cette recherche n'a pas permis d'identifier une telle étude pour la Belgique.

Aux USA (29), entre 1980 et 2015, la hausse des inégalités de revenus a coïncidé avec un creusement des inégalités en matière de santé et de longévité. Non seulement les Américains pauvres ont des revenus plus faibles, mais ils vivent de moins en moins longtemps que les Américains aux revenus plus élevés. De plus, ces dernières années, ces inégalités en matière de santé ont été croissantes, principalement parmi les Américains à revenu faible ou moyen. Il est important de noter que l'accentuation de celles-ci ne se limite pas aux USA : on assiste au même phénomène dans la plupart des pays de l'OCDE (9).

En Islande, une étude (25) a révélé que la crise de 2008 a entraîné des réductions importantes et significatives de comportements préjudiciables à la santé (tabagisme, consommation d'alcool, de boissons gazeuses ou de sucreries) et de certains comportements favorables à la santé (consommation de fruits et légumes) mais aussi des augmentations d'autres comportements favorables à la santé (consommation d'huile de poisson et sommeil). Il convient de noter qu'en Islande, l'églefin (et donc l'huile de poisson) est un produit local dont le prix n'a pas augmenté au cours de cette crise, contrairement à celui des fruits, aliments importés.

En Espagne, certains problèmes de santé (tels que la dépression, l'obésité, ...) semblent s'être aggravés pendant la crise, affectant notamment les groupes de population les plus vulnérables et les classes sociales les plus défavorisées, creusant ainsi le fossé des inégalités (27).

En Grèce, pays fortement touché par la crise en 2008, les impacts sur la vie et la santé furent importants et préoccupants (28). Par exemple, le taux de dépression majeure a augmenté de 4,9 % entre 2008 et 2011.

Ces différentes études montrent que les crises rencontrées ont eu un impact important et des conséquences sur la santé de la population au travers de différents mécanismes. Alors qu'un nombre important d'études quantitatives (21-28) réalisées dans les pays en développement ou dans les pays développés démontre l'impact des crises sur les populations en grande précarité ou encore sur les personnes sans emploi ou au chômage, peu d'études, encore moins en Belgique, ont porté sur l'effet des crises sur les comportements de santé chez des individus qui travaillent mais qui glissent vers la précarité à la suite de ces crises. Pour comprendre ces effets, il faut mener des recherches dans une temporalité de court terme car c'est maintenant (depuis 2022) que les individus ressentent les effets de l'inflation sur leur budget, et par conséquent sur leurs comportements de santé.

2.4 Comportements et déterminants sociaux de la santé

Comme le précise Boujut (30), les comportements de santé permettent de se maintenir en bonne santé, d'améliorer son état ou de ne pas rechuter à la suite d'une maladie. A titre d'exemples, le choix d'une alimentation saine, la pratique d'une activité physique régulière ou encore le recours à du personnel soignant lorsque c'est indiqué sont autant de comportements de santé. En effet, Cambon (31) évoque plutôt les « comportements sociaux liés à la santé » que les « comportements de santé », car les comportements ne sont pas nécessairement initialement motivés par des considérations de santé, mais ils influent sur celle-ci. Les comportements de santé ne dépendent pas uniquement des choix individuels, de la motivation ou de la volonté de chacun, ils sont également influencés par des facteurs sociaux, économiques et culturels, impliquant une responsabilité collective (18). Par conséquent, les comportements de santé sont eux-mêmes liés à des déterminants sociaux de la santé.

2.5 Mères de familles monoparentales

Au niveau des publics cibles, différentes études mettent en avant la vulnérabilité des parents de familles monoparentales : la monoparentalité est devenue courante de nos jours, reflétant ainsi l'une des formes familiales les plus répandues dans nos sociétés, en raison des changements dans les normes sociales et de l'augmentation des séparations (32). L'IWEPS (5) appuie cette idée : les troubles de santé et la difficulté d'accès aux soins ont affecté plus sensiblement certaines sous-populations telles que les familles monoparentales. Il indique dans ses chiffres clés de 2023 que

38,2 % de la population vivant dans un ménage monoparental dispose d'un revenu net équivalent inférieur au seuil de pauvreté, et que celle-ci représente une des populations les plus à risque de pauvreté, 26 % de celle-ci étant en situation de privation matérielle et sociale (13). Ainsi, une étude française (2) confirme qu'il est important de se concentrer sur les parents isolés, en particulier les femmes qui en sont la majorité écrasante, car elles sont plus sensibles aux périodes de crise. Semah (33) dénonce la situation problématique des familles monoparentales qui s'est particulièrement aggravée durant la crise : temps partiels, revenus limités, problèmes de logement, non-paiement des pensions alimentaires sont autant de difficultés auxquelles ces mères faisaient face avant la crise et qui se sont aggravées durant celle-ci, avec une diminution significative des revenus et un enfermement dans les charges familiales. En Belgique, en 2023, 15,6 % des ménages étaient monoparentaux (13). En 2022, 83 % des parents de familles monoparentales étaient des femmes (34). De plus, les recherches indiquent que les mères sont plus susceptibles d'être affectées par la pauvreté que les pères (32). En Wallonie, un peu plus d'un tiers des mères monoparentales étaient sans emploi en 2019 (35). Parmi celles qui travaillaient, environ la moitié occupaient des emplois à temps partiel, avec des revenus très limités (32). On constate une augmentation de la précarité dans les emplois situés en bas de l'échelle du marché du travail, notamment pour les femmes qui cumulent bas salaire et emploi à temps partiel, les rendant encore plus vulnérables (5). Enfin, les comportements de santé des mères de famille monoparentales ont un effet sur leur santé personnelle, mais également sur celle de leurs enfants. On sait que les ISS se cristallisent autour de périodes critiques dans la vie, dont l'enfance : c'est donc un enjeu majeur de santé publique. C'est pourquoi cette étude se focalisera sur les mères de familles monoparentales avec un emploi à bas revenu.

2.6 Approche intersectionnelle des déterminants de la santé et modèle de Pathway

En outre, un des choix posés est d'adopter une approche intersectionnelle des déterminants de la santé, en vue de déterminer les caractéristiques contextuelles. Selon Bowleg (36), l'intersectionnalité incite les spécialistes de la santé publique à conceptualiser et à analyser les disparités et les ISS de manière complexe et multidimensionnelle, reflétant les expériences des populations pour lesquelles les effets néfastes sur la santé sont les plus préoccupants. La qualité de vie, la santé et le bien-être d'une personne ne dépendent pas seulement de son genre ou de sa situation financière, mais sont également interconnectés avec d'autres facteurs sociaux. Chaque position sociale influence l'accès aux soins et aux ressources, ainsi que les conditions sociales qui peuvent favoriser ou entraver la santé (37). L'analyse intersectionnelle apporte donc un cadre

analytique en se ciblant sur le cumul des inégalités et observant comment de multiples identités sociales (genre, race, ethnicité, statut socio-économique, handicap) se croisent au niveau micro de l'expérience individuelle et interagissent avec les niveaux macro, social et structurel pour maintenir plus de disparités en matière de santé (36). Selon Krieger et al. (38), le statut socio-économique est l'un des meilleurs prédicteurs de l'état de santé. Cependant, il faut aborder ces différentes notions de manière combinée et non se focaliser sur une seule (39). Le modèle de Pathway de la CDSS-OMS rejoint cette idée, les déterminants structurels (contextes socioéconomique/politique) et intermédiaires (condition de vie matérielle, facteurs psychosociaux, facteurs biologiques et humains) se conjuguent et font en sorte que certains groupes sociaux sont structurellement plus exposés que d'autres à des conditions moins favorables à leur état de bien-être et sont ainsi plus vulnérables à des problèmes de santé (40). Il montre comment le contexte politique agit sur la position sociale (éducation, emploi, revenu, sexe, appartenance ethnique) qui va quant à elle influencer sur les conditions de vie (conditions matérielles, quartier ...) et finalement aboutir à des conséquences sur le bien-être et la santé (40).

L'ambition de cette étude est donc de comprendre, à travers l'expérience des mères de famille monoparentales, comment on passe d'une série de déterminants (femme, à revenus faibles, isolée, avec enfants, ...) qui se superposent à des conséquences sur les comportements de santé et ensuite sur la santé.

La **question de recherche** se formule comme suit : « ***Quelles sont les conséquences de l'inflation sur les comportements de santé des mères de familles monoparentales à bas revenus ?*** »

2.7 Objectifs et hypothèses

L'objectif principal est d'explorer l'expérience vécue de l'inflation économique et de ses effets sur les comportements de santé chez des mères qui travaillent, dont les revenus sont faibles, et qui sont principalement seules à s'occuper de leur(s) enfant(s).

Les objectifs spécifiques de cette étude, sont les suivants :

- explorer les **expériences vécues** et le **ressenti** des principales concernées, à savoir, les mères de familles monoparentales travaillant et ayant de bas revenus ;
- identifier et mieux comprendre les **conséquences** de l'inflation sur les comportements de santé des **mères** de familles monoparentales ;
- enclencher la **recherche** autour de **nouveaux groupes de population** en risque de précarisation : les foyers monoparentaux où le parent seul travaille.

Dans le cadre de cette recherche, il a été compliqué de mobiliser des hypothèses. La recherche s'est surtout voulue **inductive**, son but étant d'explorer les expériences vécues par les mères de familles monoparentales dans un nouveau contexte, à la suite de l'inflation économique. Une hypothèse qui a guidé la recherche est néanmoins que la crise de l'inflation a des effets sur les comportements de santé, et donc in fine sur la santé des mères de familles monoparentales et de leurs enfants. Certaines hypothèses ont tout de même été formulées, elles sont mentionnées dans le guide d'entretien (*Annexe 1*).

3. Matériel et méthodes

3.1 Type d'étude

Compte tenu que cette étude vise à explorer et à comprendre le vécu, c'est vers une approche **qualitative** que le choix s'est orienté. Cette approche offre une perspective différente en portant un regard sur les réalités sociales car elle cherche à obtenir une compréhension approfondie, basée sur le terrain, en mettant l'accent sur les expériences vécues des participantes (41). La méthode qualitative se révèle être la plus adéquate dans le cadre de cette recherche car elle permet de donner la parole directement aux intéressés (42). Plus précisément, le choix se porte sur une étude **phénoménologique** qui semble être le moyen idéal d'atteindre les objectifs. Celle-ci a pour but de décrire le sens attribué à une expérience, à partir de la conscience qu'en a le sujet qui la vit (43). L'idée est donc, comme l'indiquent Ribau et al. (43), de donner la priorité au vécu de l'individu, à sa perception, à sa biographie et à son histoire. Le type **interprétatif** se distingue du type descriptif par le fait qu'il analyse les expériences des individus dans le but d'examiner les caractéristiques contextuelles d'une expérience par rapport à une autre (influencée par la culture, le sexe, l'emploi, le bien-être, ...) (44). On peut donc dire que ce type de recherche permet d'aboutir à une interprétation détaillée des significations et des structures d'un phénomène particulier tel qu'il est vécu tout en prenant en compte les contextes de vie des individus (44). Cette méthode est envisagée lorsqu'on veut examiner les caractéristiques contextuelles d'une expérience (44).

3.2 Caractéristiques de la population étudiée

La population ciblée dans cette enquête est déterminée en fonction d'une partie des critères de vulnérabilité étudiés par la Région Wallonne (45). Cette étude s'intéressera donc aux mères de famille monoparentale de 18 à 49 ans, ayant un emploi mal rémunéré et ainsi de bas revenus pour leurs foyers.

Critères d'inclusion :

- être une femme ;
- avoir entre 18 et 49 ans ;
- vivre en Province de Liège ;
- être mère de famille monoparentale depuis au moins 4 ans ;
- avoir au moins un enfant à charge à 50 % du temps ou plus ;
- travailler au moins à mi-temps dans une fonction avec une rémunération faible ;
- avoir un revenu mensuel faible, de moins de 2 000 € net pour le foyer.

Critère(s) d'exclusion : ne pas maîtriser le français de base.

Deux critères d'inclusion initiaux ont dû être ajustés car ils ne permettaient pas d'atteindre le nombre minimum de participantes requis pour l'étude. Le premier critère était trop rigide : il exigeait que les participants aient la garde de leurs enfants à plus de 50 % du temps, ce qui ne reflétait pas toujours la réalité des divisions de garde actuelles, sachant que les juges favorisent souvent une répartition égale entre les deux parents. Le temps de garde est donc passé à au moins 50 % du temps. Le deuxième critère concernait le revenu : bien que l'annonce, au départ, n'ait pas spécifié de montant maximum précis, cela suscitait des questions chez les mères qui ne savaient pas si elles pouvaient être considérées comme ayant un revenu faible et qui demandaient une fourchette de revenu précise à respecter. Un montant de 2 000 € a donc été fixé arbitrairement pour répondre à leur besoin.

3.3 Méthodes d'échantillonnage et échantillon

La méthode d'échantillonnage utilisée pour sélectionner les participantes est celle de l'échantillonnage **raisonné/au jugé** mais sur base **volontaire**. Cette approche intentionnelle, non probabiliste, repose sur le discernement de la chercheuse pour choisir les personnes qu'elle estime pertinentes d'interroger en fonction de leurs caractéristiques personnelles et des objectifs de l'étude. En outre, la constitution de l'échantillon a dû demeurer **pragmatique** en raison des contraintes de temps et des ressources limitées. C'est pour cela par exemple, qu'un critère d'inclusion limitait le champ de l'étude au territoire de la Province de Liège.

Étant donné la difficulté de contacter les mères de familles monoparentales avec les critères d'éligibilité très spécifiques fixés, une méthode par **effet boule de neige** a été mise en œuvre et un **visuel de recrutement** (Annexe 2) a été créé pour atteindre ce public. Pour limiter au maximum le

biais de sélection qui en découle, plusieurs stratégies ont été appliquées à des moments différents de la collecte des données :

- a) La première en partant de **plusieurs entreprises de secteurs d'emploi dont la rémunération est faible** : titres-services, puériculture, social,... Un contact a été pris avec des responsables de sociétés pour qu'ils transmettent l'information à leurs employés de différentes façons : mails, affiches de l'annonce dans les locaux de l'entreprise, ...
- b) La seconde en **diffusant des publications sur les réseaux sociaux** à plusieurs reprises. Ces publications ont été lancées sur les comptes Facebook et LinkedIn personnels de la chercheuse et ont ensuite été partagées par des centaines de personnes à la fois sur des comptes personnels et des groupes variés.
- c) La troisième par une publication sur le site Facebook de l'**ONE** en mars 2024 suite à une longue démarche réalisée auprès de leur « Comité Recherches et Développement ».
- d) La quatrième par une prise de contact avec différentes **associations de parents de familles monoparentales sur la Province de Liège** qui ont publié sur leurs réseaux, placé des affiches et informé leur public en direct.
- e) La cinquième par le **bouche à oreille** généré par les mères participantes à l'étude.

À la suite d'une prise de contact des participantes avec la chercheuse, celles-ci ont été sélectionnées sur base de la correspondance de leur situation avec les critères d'inclusion. Il convient de noter que pour certaines participantes, c'est seulement lors de l'entretien que la non-correspondance avec certains critères est apparue : une participante était en situation monoparentale depuis un an seulement et une autre se considérait comme travailleuse alors qu'elle suivait une formation à temps-plein en percevant une allocation de chômage.

La **taille de l'échantillon** n'a pas été fixée dès le départ, la recherche qualitative se caractérise notamment par l'atteinte de la **saturation des données** qui détermine l'arrêt de la collecte des données.

3.4 Paramètres étudiés

L'objectif principal de la recherche était de rendre compte des expériences vécues par les mères de familles monoparentales. Celles-ci ont été évaluées au moyen du modèle bricolé, repris dans le tableau 1, incluant des paramètres fixés sur base de la littérature introductive.

Tableau 1. Paramètres étudiés.

Thèmes	Paramètres
Contexte de vie	Situation actuelle, nombre d'enfants, temps de garde, milieu de vie, profession, temps de travail, revenus ² .
Comportements de santé	Alimentation
	Activité physique
	Loisirs, sorties et relations humaines
	Santé mentale
	Accès à la santé : soins et médication
	Consommation de produits
Représentations et perception de la santé	Comportements favorables et défavorables à la santé Valeur à la santé

3.5 Outils de collecte des données

Les données ont été recueillies auprès des participantes à travers des **entretiens** individuels **semi-dirigés**, dans le but de leur donner la parole tout en orientant un minimum la discussion. L'approche semi-dirigée des entretiens offre aux mères l'opportunité de s'exprimer librement et peut également ouvrir de nouvelles voies de réflexion (41,45). De plus, la chercheuse a adopté une posture émiq, qui implique que ce sont les participantes qui possèdent un savoir découlant de leurs expériences personnelles (42). Le **guide d'entretien** (sous sa dernière version, *Annexe 2*) a été créé de toute pièces à partir des paramètres et des thèmes issus de la question de recherche, afin de recueillir le plus d'informations possible pour y répondre. La première partie du guide vise à recueillir des informations sur les conditions de vie et à mettre en confiance les participantes. La seconde partie permet de lancer un échange et une discussion autour de l'expérience vécue. Le guide d'entretien est composé de questions ouvertes et a évolué au fil de la collecte des données pour permettre de l'enrichir. Chaque entretien a été **enregistré (audio) et retranscrit** afin de restituer fidèlement les propos tenus par les participantes sous forme de verbatims.

3.6 Organisation et planification de la collecte de données

Les participantes répondant aux critères ont été contactées (par le canal utilisé par leurs soins) pour déterminer une date d'entretien dans le but de participer à l'étude. Les entretiens ont été réalisés entre janvier et avril 2024, et l'analyse a été effectuée jusqu'en mai. L'ensemble des entretiens ont été effectués en présentiel. Pour faciliter l'organisation et la mise en place des entretiens dans le contexte particulier de la monoparentalité, ceux-ci ont été effectués au domicile des participantes,

² Par respect éthique et pour prévenir tout malaise lié à des questions trop personnelles, aucune question sur le montant du revenu n'a été sollicitée lors des entretiens.

en soirée, à l'exception d'un seul qui a été réalisé sur le lieu de travail de la participante (en accord avec sa hiérarchie). Malgré la mise à disposition d'un local au sein d'une association pour parents de familles monoparentales, aucun entretien n'y a été effectué. L'organisation de la collecte des données est schématisée (Flow chart en *Annexe 3*).

3.7 Traitement des données et méthodes d'analyse

Pour l'analyse des données, une méthodologie rigoureuse a été adoptée pour cette étude qualitative. Le processus d'analyse des données s'est déroulé de différentes façons :

- a) **Retranscription** : pour commencer, une écoute et une retranscription intégrale des entretiens a été mise en place (175 pages au total). Chacun de ces entretiens a été transcrit de manière fidèle et exhaustive afin de préserver strictement la forme du discours oral. Ainsi, toutes les interventions, tant celles de la chercheuse que celles des participantes, ont été transcrites et enrichies des éventuelles informations non verbales qui les accompagnent. De plus, c'est lors de cette étape de transcription que les données ont été anonymisées.
- b) **Lecture et analyse verticale** : après la transcription des entretiens, une première analyse « verticale » des données recueillies a été entreprise. Cette étape consiste en une lecture pour se réimmerger dans le contenu de l'entretien.
- c) **Lecture et analyse horizontale, codification et réalisation d'un tableau d'extraction** : une troisième lecture, appelée analyse « horizontale », a été effectuée pour chaque entretien. Cette étape, également connue sous le nom de « codage », implique de saisir le sens profond des propos des interviewés en identifiant les mots et les expressions révélateurs des thèmes clés de leur discours. C'est pour ce faire qu'une sélection de verbatims (forme du discours des participantes) pertinents a été mise en place en y intégrant au besoin les formes de discours non verbales observées. Ensuite, une classification et catégorisation des verbatims sélectionnés a été réalisée dans le but de créer un **tableau d'extraction** qui se veut le plus exhaustif possible. Celui-ci a dû évoluer à plusieurs reprises pour atteindre la dernière version proposée en annexe du présent document (accès restreint). L'objectif est de mettre en lumière les éléments centraux qui permettent une compréhension approfondie de leur expérience vécue. Au fur et à mesure des entretiens et de leur analyse, certains codes permettant de répondre à la question de recherche ont été mis en avant. L'analyse a aussi dégagé certains codes dépassant le cadre de cette étude qui ont été conservés dans le tableau en vue d'éventuelles recherches ultérieures ou à destination des acteurs du secteur.

d) **Présentation des résultats** : suite à la mise en évidence des codes les plus pertinents et importants, un plan synthétique de la présentation des résultats a été créé dans le but de rédiger une analyse non exhaustive mais répondant de manière la plus adéquate à la question de recherche. Par la suite, un **arbre thématique** (*Annexe 4*) a été élaboré pour présenter de manière visuelle et concise les thèmes et sous-thèmes pertinents exposés.

3.8 Contrôle de qualité

Pour garantir la qualité et la rigueur scientifique de cette étude, la grille d'analyse COREQ a été utilisée suite à la collecte et à l'analyse des données. Cet outil est un ensemble de critères, traduit en français (47), englobant divers éléments requis pour le contrôle de la qualité des études qualitatives. Pour ce faire, plusieurs éléments de la grille d'analyse ont été cochés dans la checklist. Pour le premier domaine « équipe de recherche et réflexion », la chercheuse a détaillé ses caractéristiques personnelles dans le but d'accroître la crédibilité des résultats, aucun des facteurs n'est susceptible d'avoir influencé les résultats, et ce, malgré certains liens relationnels directs ou indirects avec des participantes de l'étude. Pour le second domaine « conception de l'étude », la chercheuse a été transparente sur la méthodologie de collecte des données ainsi que sur le contexte, fournissant ainsi au lecteur les éléments qui auraient pu influencer les réponses. Enfin, pour le troisième domaine « analyse et résultats », la méthode utilisée pour le codage a été explicitée afin d'assurer une plus grande crédibilité.

3.9 Aspects réglementaires

Un avis a été envoyé au Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé Publique pour le Comité d'Éthique (*Annexe 5*). Bien que cette étude ne comportait pas d'expérimentation sur la personne humaine (Loi de 2004), elle a été analysée et validée par le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire de l'Université de Liège, le 10 octobre 2023 (*Annexe 6*), car elle comportait des questions pouvant être considérées comme très personnelles et pouvant faire l'objet d'une éventuelle publication. Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer. Au début de chacun des entretiens, les modalités de participation ont été clairement exposées et les participantes ont été invitées à signer un formulaire de consentement et d'information (*Annexe 7*). Le traitement des informations respecte les exigences du RGPD. Ainsi, cette étude assure l'anonymat des participantes et la confidentialité des informations recueillies. Aucun nom ou lieu n'est divulgué par la chercheuse. Les participantes sont désignées par un numéro d'identification avant même que les données collectées ne soient transmises au promoteur. De plus, les données sont archivées pendant la durée de l'étude et seront

détruites à son terme. Avant chaque entretien, un résumé de l'étude a été exposé à chaque participante. Leur consentement verbal a été obtenu pour l'enregistrement de chacun des entretiens effectués. Néanmoins, même si des mesures d'anonymat ont été appliquées pendant la retranscription, étant donné la longueur des entretiens (pouvant aller jusqu'à deux heures) et la profondeur des exemples cités, il a été décidé de ne pas les diffuser afin d'éviter toute possibilité de reconnaissance.

4. Résultats

Au vu de la richesse des entretiens réalisés, une quantité importante de matériaux a été rapidement atteinte lors du codage thématique, seuls les plus intéressants sont donc présentés. Au final, 12 mères de familles monoparentales ont participé à cette étude et ont ainsi constitué l'échantillon (tableau 2). La saturation des données a bel et bien été atteinte à l'aide de cet échantillon.

Tableau 2. Échantillon et caractéristiques.

N°	Âge	Travail	Enfants à charge	Âge enfants	Temps garde	Temps travail	Milieu de vie
1	49	Aide-ménagère (service publique)	1	24	100 %	100 %	Ville
2*	45	Puéricultrice	2	12 et 12	100 %	100 %	Campagne
3	34	Agent de musée	1	5	95 %	50 %	Périphérie
4	39	Secrétaire	2	9 et 15	100 %	50 %	Périphérie
5	47	Aide-familiale	2	15 et 20	100 %	50 %	Périphérie
6	49	Bibliothécaire	1	9	100 %	75 %	Ville
7	36	Puéricultrice	2	6 et 9	50 %	100 %	Petite ville
8	29	Aide-ménagère (titres-services)	2	3 et 6	70 et 100 %	70 %	Périphérie
9	42	Social (pauvreté et exclusion)	2	6 et 10	100 %	80 %	Ville
10	30	Secrétaire	1	5	50 %	100 %	Périphérie
11	41	Thérapeute indépendante	2	7 et 9	95 %	90 %	Campagne
12	36	Étudiante éducatrice A1	3	6, 12 et 14	50 %	100 %	Périphérie

* = veuve  = Mère de famille monoparentale depuis la naissance

Lors de cette recherche, trois thèmes principaux ont été mis en évidence (voir *annexe 4* pour une vue d'ensemble). Les dimensions et sous-thèmes de ceux-ci sont explorés à la suite. Le premier thème principal aborde la **résilience** des mères de familles monoparentales rencontrées qui leur permet de faire face aux défis de la vie quotidienne. Le second met en lumière la **limitation de leur capacité d'agir et de faire des choix**. Le troisième met en avant les **conséquences de l'inflation sur les déterminants sociaux de la santé**.

4.1 La résilience, leur arme la plus puissante

Les mères de familles monoparentales interrogées montrent diverses compétences favorisant la résilience, celles-ci étaient déjà présentes auparavant car elles vivaient déjà des difficultés économiques. Leur caractère ainsi que leurs ressources personnelles et internes constituent une force démontrée par une accumulation de facteurs. Le positivisme, la minimisation, l'empathie, ainsi que la force et la motivation générée par leurs enfants sont des éléments essentiels qui leur permettent de surmonter les difficultés et de rebondir face aux événements du quotidien.

4.1.1 Caractère et ressources personnelles/internes

Malgré les obstacles et les épreuves que les participantes rencontrent, elles affirment ne jamais se laisser abattre. Leur caractère et leur capacité à développer une carapace émotionnelle les aident à faire face aux difficultés de la vie quotidienne, tout en reconnaissant que cette force peut parfois être perçue comme de la froideur ou de la dureté. Certaines se décrivent comme étant très terre à terre, ce qui leur permet de rester pragmatiques et de continuer à avancer malgré les défis.

« Le but c'est de ne jamais se laisser abattre. J'ai un caractère, un énorme, une carapace blindée à toute épreuve. Ce n'est pas spécialement bon tout le temps : les gens peuvent dire que je suis quelqu'un de froid, que je n'ai pas de cœur, que rien ne m'atteint, que je ne craque jamais, (...) Je suis quelqu'un de très terre à terre et parfois très dure. Mais ça me permet d'avancer tous les jours. C'est tellement facile de se laisser enterrer. » (M5)

○ Capacité à voir le positif

Les participantes ont la capacité d'adopter une vision positive malgré les défis surmontés. Elles se décrivent comme des personnes optimistes qui ne sont pas enclines à imaginer le pire. Leur tempérament positif les aide à ne pas s'inquiéter facilement et à maintenir une attitude résolue face aux difficultés. Leur approche consistant à prendre la vie comme elle vient, à vivre au jour le jour, met en évidence une capacité à trouver du positif dans chaque situation et à rester ancrées dans le moment présent.

« Je suis très positive comme personne, je ne vais jamais imaginer de scénario catastrophe, je ne vais pas vite m'inquiéter. Je n'ai pas du tout un tempérament dépressif. (...) On prend la vie comme elle vient (...) Parce que je vis la vie au jour le jour en fait c'est comme ça. » (M9)

○ Capacité à minimiser sa situation par empathie pour les autres

Via différents témoignages, les mères rencontrées mettent en avant une capacité à relativiser leur propre situation en ayant de l'empathie envers celles des autres. Elles mettent en lumière leurs propres chances, en reconnaissant les privilèges dont elles bénéficient malgré les difficultés

importantes qu'elles rencontrent. Elles expriment une gratitude envers le soutien qu'elles ont pu recevoir, reconnaissant la chance qu'elles ont en comparaison à d'autres dans des situations qu'elles estiment plus précaires.

« Je sais que moi-même, par rapport à d'autres, je suis plus confortable, je ne peux pas imaginer ce que d'autres vivent.... Moi, je suis dans le haut du panier des gens, j'ai flirté avec la tendance vers la misère, mais la famille était là pour ne pas trop y glisser. » (M11)

○ Leur(s) enfant(s), leur plus grande ressource

Les enfants jouent un rôle significatif dans la vie des mères rencontrées. Bien qu'ils puissent être épuisants et demander beaucoup d'énergie, ils représentent une source de force et de motivation. Les enfants sont perçus comme une ressource précieuse qui fournit aux mères un atout supplémentaire pour avancer malgré les défis. Cette dynamique complexe entre l'épuisement et l'énergie que les enfants apportent illustre leur importance dans leur vie de mère, agissant comme un véritable moteur.

« Une autre ressource, c'est tout co, mais ça reste quand même mes enfants. Autant ils sont énergivores, épuisants et ils me font chi**. Mais vous ne savez pas à quel point (...) ça vous donne une force supplémentaire en fait. (...), c'est vraiment un boost. » (M4)*

Une mère disposant d'une garde alternée souligne : *« même si la semaine où je les ai, je n'ai pas une minute, je suis fatiguée, bah je préfère la semaine où je les ai. » (M12)*. Ce qui montre à quel point leur(s) enfant(s) est (sont) important(s) pour leur équilibre malgré l'épuisement qui en découle.

○ Résilience et caractère donnent l'impression à l'entourage que tout est simple, que l'on n'a pas besoin d'aide

Elles sont confrontées à un paradoxe en matière de perception de leur situation par leur entourage. Leur résilience et leur capacité à gérer les difficultés peuvent donner l'impression à celui-ci que tout est facile pour elles, qu'elles n'ont pas besoin d'aide. En effet, leur réticence à se plaindre ou à parler de leurs problèmes peut contribuer à cette perception. Cette situation peut avoir un impact négatif, car leurs proches peuvent sous-estimer les défis auxquels elles sont confrontées et ne pas offrir le soutien nécessaire. Les commentaires tels que *« tu vas gérer »*, *« c'est une warrior »* reflètent cette fausse impression que tout est simple.

« Ça a un impact négatif sur comment je suis vue de l'extérieur enfin comme je suis le type de personne qui ne se plaint pas beaucoup et qui ne parle pas beaucoup de ses problèmes, je ne parle pas beaucoup de moi, enfin pas souvent. Donc les gens s'imaginent que tout est facile pour moi, on a tendance à me dire "mais de toute façon tu vas gérer toi", "On sait très bien que ça ira", "tu vas réussir", "ça va toi, on sait bien." C'est un peu comme l'iceberg, ils ne voient pas tout ce qui se passe

derrière et tout ce que j'ai mis en place pour gérer tout ça, ils voient que la partie émergée. "C'est bon, elle est forte/courageuse. Elle va assurer" » (M4)

4.1.2 Mise en place d'une attitude économe au quotidien et d'une vigilance accrue

Adopter une attitude économe dans la vie quotidienne est capital pour subvenir aux besoins de leur famille avec un seul revenu. Elles adoptent des comportements prudents et réfléchis en matière de gestion financière, elles font preuve d'une vigilance constante, ce qui leur permet de maximiser leurs ressources et de faire face aux défis économiques. Pour elles, chaque centime compte, et elles sont prêtes à fournir des efforts supplémentaires, comme se déplacer pour profiter des promotions ou planifier minutieusement leurs menus. En fin de compte, l'attitude économe des mères de famille rencontrées est ancrée dans la nécessité et renforcée par leur détermination à offrir le meilleur à leurs enfants malgré les obstacles. Elles surveillent de près leurs comptes et consignent scrupuleusement leurs dépenses.

« Maintenant je pense que c'est important de vous dire que je suis quelqu'un de très économe, qui calcule TOUT, donc si je vois une promotion, je vais me déplacer, quitte à aller plus loin, ou encore à plus réfléchir les menus. » (M1). « Je calcule sans arrêt au quotidien, je vérifie plusieurs fois par semaine l'état des comptes, je note les dépenses du mois, ... » (M2)

Cependant, cette vigilance peut aussi être source de stress et d'anxiété : *« c'est être sur le qui-vive tout le temps et assurer tout toute seule et ça c'est difficile. (...) Ça rend fou, c'est toujours de l'hypervigilance, tout le temps. » (M8)*. La nécessité d'être constamment en vigilance et de tout assurer seule peut être épuisant et générer une tension permanente.

4.1.3 Capacité à s'adapter, à trouver des solutions/alternatives pour réduire les dépenses

Les mères de famille rencontrées mettent en avant leur capacité à s'adapter et à trouver des solutions créatives et des alternatives pour réduire leurs dépenses. Elles adoptent des stratégies pour faire des économies au quotidien. Par exemple, elles anticipent les besoins lors de sorties avec leurs enfants.

« Voilà c'est aussi des petites choses qu'on peut acheter parfois qui ne sont pas... par exemple on va aller faire une promenade elle va avoir soif on ne va pas aller acheter une bouteille d'eau, c'est des choses qu'il faut anticiper. Si je vais avec elle à la bibliothèque ou quoi maintenant on prend d'office les gourdes et un biscuit avec. C'est des petites choses qu'on achetait peut-être parfois avant quand on n'était pas chez nous, on a soif, on a faim on va acheter un petit truc, non ça n'existe plus, et c'est pas pour autant qu'on ressent qu'on est moins bien ou quoi loin de là. » (M3)

De même, elles privilégient les activités gratuites ou peu coûteuses pour les loisirs familiaux, exploitant les ressources disponibles dans leur environnement local. Elles optimisent leurs

déplacements en utilisant des modes de transport alternatifs, comme la marche ou la course à pied, pour économiser sur les frais d'essence.

« Et puis, des fois, on va jusque chez mes parents qui habitent à 3 km, on y va en courant, ça nous fait faire du sport et en même temps, ben je n'utilise pas l'essence » (M7)

Ces initiatives démontrent leur créativité dans la recherche de solutions pour gérer le budget.

○ S'adapter à ses revenus pour réussir à épargner

La capacité de certaines mères à s'adapter à leur situation financière pour réussir à épargner est une démonstration de leur résilience. Malgré les défis économiques et les fluctuations de revenus, elles trouvent des moyens ingénieux pour épargner, assurer la sécurité financière future et ainsi un avenir meilleur pour leur famille. Cette capacité à ajuster les habitudes de consommation et à vivre selon leurs moyens démontre une grande discipline financière et une vision à long terme. De plus, elles indiquent l'importance de l'habitude dans la gestion de leurs finances. Une mère mentionne par exemple qu'elle s'était habituée à vivre avec un revenu inférieur.

« Avant le Covid mon chômage était à 1 200 €. Vous voyez quand j'ai commencé à travailler j'ai eu 1 800 €, c'était à temps plein et je m'étais tellement habituée à vivre avec 1 200 € que du coup j'arrivais à mettre 500 € de côté tous les mois pour les travaux de la maison. Voilà et donc en fait on s'habitue. Je ne sais pas comment expliquer, on devient débrouillards, même si on me donnait de nouveaux 1200 €, j'arriverais à m'adapter. » (M4)

4.1.4 Capacité à s'organiser, planifier et anticiper

Ces femmes font preuve d'ingéniosité dans la gestion de leurs achats. Plutôt que de simplement se rendre au supermarché et d'acheter ce dont elles ont besoin au prix fort, elles planifient leurs menus en fonction des promotions, certaines choisissent même les lieux d'achat en conséquence.

« Je vais choisir ma viande pour mon menu en fonction des promotions et je vais choisir le lieu en fonction de celles-ci : je vais dans des endroits où la viande coûte moins cher. » (M1)

Par exemple, elles se rendent dans des endroits où la viande et/ou le poisson sont moins chers ou elles attendent patiemment les offres spéciales pour constituer des réserves. Cette stratégie leur permet de maximiser leur pouvoir d'achat et de faire des économies.

« Le poisson, il est cher. (...) pour les scampis je sais que j'attends la promo 1+1 gratuit, j'en profite, je fais des réserves. J'ai loué un garage où je peux stocker. Quand je reçois les folders promotionnels, je regarde un peu, je fais mes courses en fonction et je fais des stocks. » (M4)

Cette prévoyance leur offre une certaine tranquillité d'esprit en sachant qu'elles ont toujours de quoi se nourrir, même en cas d'imprévu ou de difficulté financière.

« Parce que je suis très prévoyante, j'ai tout le temps à la maison des conserves, des produits de base pour essayer de ne pas manquer. Des fois, je n'ai pas fait les courses mais je sais que je vais pouvoir me faire une salade parce que j'ai toujours du maïs, du thon, du riz,... » (M10)

Elles font preuve d'une capacité d'adaptation et de flexibilité dans la gestion de leur quotidien. Elles s'organisent pour tirer le meilleur parti de leurs ressources limitées et répondre aux besoins changeants de leur famille. Leur capacité à anticiper les défis et à prendre des mesures proactives pour y faire face illustrent leur détermination à assurer le bien-être et la stabilité de leur foyer. Elles démontrent une capacité à s'organiser, à planifier et à anticiper dans la gestion de leur foyer et de leur budget.

4.2 La limitation de la capacité d'agir et de faire des choix

Pour les mères rencontrées, l'inflation économique a mis en lumière de nouvelles difficultés et conséquences dont celle de limiter leur capacité d'action et de faire des choix. Elles font face à une perte de liberté au quotidien, elles ne peuvent pas réaliser une action ou un choix sans se poser un nombre important de questions, elles affrontent des balances décisionnelles complexes, elles ne s'arrêtent jamais, avec pour conséquence qu'il leur est difficile de trouver du temps pour leur propre bien-être. De plus, elles ont des difficultés à gérer certains imprévus occasionnels qui viennent perturber les plans préétablis. Cela nuance donc le thème mettant en avant leur résilience.

4.2.1 Perte de libertés, ne jamais pouvoir faire quelque chose sans se poser de questions

Elles mettent en lumière une perte de liberté ressentie en raison de contraintes financières ainsi que le désir de retrouver un équilibre dans leur vie où elles ne seraient pas constamment contraintes à faire des concessions.

« Ça me mine le moral de ne pas pouvoir sur un coup de tête décider de faire quelque chose (...) ça me manque de pouvoir me dire "oh on irait bien dans un parc d'attraction", c'est impossible c'est minimum 35-40 € la place » (M7)

L'incapacité à s'offrir des biens ou des expériences sans se poser de questions ou réfléchir en amont représente une source de frustration et de stress. Le simple fait de pouvoir acheter des objets neufs ou de participer à des activités est perçu comme un luxe inaccessible en raison de contraintes financières. L'inflation limite selon elles leur champ d'action et leur liberté.

4.2.2 Faire face à des balances décisionnelles complexes

Les mères de familles monoparentales rencontrées sont souvent confrontées à des dilemmes complexes, devant concilier différentes priorités et prendre des décisions difficiles pour répondre aux besoins de leur famille. Lorsqu'il s'agit de prendre des décisions telles que se rendre au CPAS

pour demander de l'aide ou travailler pour subvenir aux besoins de leur famille, ces mères doivent évaluer les avantages et les inconvénients de chaque option.

« Oui justement par exemple, prendre rendez-vous au CPAS, c'est la question "je vais au CPAS ou je travaille" ? (...), c'est tout le temps quoi, c'est tout le temps. » (M11)

Elles doivent mettre en balance le besoin immédiat d'assistance financière et le désir de maintenir leur autonomie et leur dignité en continuant à travailler. Cette décision semble d'autant plus difficile lorsque le temps et les ressources sont limités, et qu'elles doivent concilier différentes responsabilités. De même, ces mères sont souvent confrontées à des choix difficiles lorsqu'il s'agit de gérer leur temps. La question est de savoir si elles doivent privilégier le repos nécessaire pour être en forme ou consacrer ce temps précieux aux tâches ménagères : *« Mais quand tu travailles et que t'as des enfants, la question c'est "je dors ou je fais ça ?" » (M11)*. Ces décisions peuvent avoir un impact significatif sur leur bien-être.

○ Trouver un équilibre entre argent et « petits plaisirs »

Elles sont constamment à la recherche de l'équilibre délicat entre la gestion de leurs finances et le maintien d'une certaine qualité de vie, qui inclut également des petits plaisirs et des moments de détente. Pour beaucoup, trouver un équilibre financier implique de jongler entre les deux. Elles cherchent à maximiser leur budget en optant pour des repas abordables tout en réservant quelques occasions spéciales où elles peuvent se permettre des petits « luxes ».

« il faut essayer de trouver vraiment un équilibre, sur une semaine pour équilibrer au maximum le budget entre les repas pas chers et les repas on ne va pas dire chers mais où on se fait un peu plus plaisir. » (M3)

Cette approche les aide à maintenir un équilibre entre la nécessité de gérer leurs finances et le besoin de profiter un minimum de la vie. Cependant, il arrive parfois que ces mères se retrouvent trop absorbées par les contraintes financières, au point de se considérer comme *« un peu trop dans le sacrifice » (M6)*. Dans ces moments-là, elles réalisent l'importance de retrouver un équilibre plus juste qui leur permettent de ne pas se priver excessivement. Elles comprennent qu'il est également important de s'accorder des moments de plaisir.

4.2.3 Ne jamais s'arrêter, tout le temps courir, ne pas avoir le temps de prendre soin de soi

Elles sont souvent prises dans une course contre la montre, conciliant leurs responsabilités professionnelles, la gestion du foyer et l'éducation de leurs enfants.

« Oui mais je cours dans tous les sens-là, je suis... même mes voisins, ils se « moquent » de moi comme je suis à pied, on me voit très souvent et alors on me voit partir et puis revenir. Ben voyez

parfois : le lundi, aller chercher le petit, le déposer à une activité, revenir le prendre, le déposer à l'autre activité, revenir, aller le rechercher, ... Je suis à minimum 7 000 pas. Je suis tout le temps entrain de courir, faire-ci, faire tchac » (M4)

Dans cette course au quotidien, il peut être extrêmement difficile pour elles de trouver ne serait-ce que quelques instants pour s'arrêter ou prendre soin d'elles. *« Et moi, ben j'aimerais bien retrouver un équilibre dans le plus prendre soin de moi. (...) Je ne sais pas aller me faire masser par exemple, j'ai vraiment envie de ça. » (M6).* Cela peut avoir des conséquences sur leur bien-être physique, émotionnel et mental. En négligeant leurs propres besoins, ces mères risquent de s'épuiser, ce qui peut affecter leur capacité à être présentes et efficaces pour leurs enfants. Le manque de temps peut également limiter leurs comportements favorables à la santé. Par exemple, elles peuvent retarder un rendez-vous médical faute de disponibilité dans leur emploi du temps déjà chargé ou avoir du mal à trouver le temps pour faire de l'exercice, se reposer suffisamment ou simplement se détendre.

4.2.4 Difficulté à faire face à certains imprévus

Certains événements inattendus ou non planifiés qui apparaissent soudainement dans le quotidien représentent de vrais défis, des obstacles à surmonter, des grains de sable perturbant le bon fonctionnement de l'engrenage. Par exemple, la fermeture soudaine d'un supermarché de proximité peut avoir un impact significatif sur leur quotidien, surtout si ce magasin était leur principale source d'approvisionnement. Cela les oblige à s'appuyer davantage sur les autres pour obtenir de l'aide, ajoutant ainsi une charge supplémentaire à leur quotidien. Une fois de plus, c'est la résilience de ces mères ou le soutien de l'entourage qui semblent leur permettre de s'adapter à ces imprévus.

*« le *magasin du coin* a fermé et c'était vraiment le magasin où je faisais mes courses. Il était à côté de chez moi, depuis 2 mois, c'est un peu difficile, je dépends un peu des autres (...) C'est un petit truc en plus, que je dois gérer alors qu'avant ben je prenais juste mon petit caddie et je faisais mes courses, mais là (...) je dois prendre un bus. J'ai hâte que ça rouvre d'ici quelques mois. C'est tout bête en fait, mais pour les personnes qui n'ont pas de moyen de locomotion ? Bah c'est directement.. ... Un changement qui vient tout bouleverser » (M4)*

De plus, les dépenses imprévues peuvent rapidement déséquilibrer un budget financier déjà serré. Ces frais supplémentaires exigent souvent des ajustements immédiats, créant un stress supplémentaire pour ces mères qui jonglent déjà avec de nombreuses obligations.

« Je peux rapidement vous faire une liste de ce que je vais devoir payer ce mois-ci qui sort de mon quotidien, des habitudes mensuelles : genre des pneus parce qu'ils m'ont lâchée il y a 3 jours, recharger la citerne à mazout, tout ça c'est des trucs, ... » (M10)

4.3 Les conséquences sur les déterminants sociaux de la santé

L'inflation exerce des pressions financières considérables sur de nombreux ménages, mais elle peut avoir des conséquences particulièrement préoccupantes pour les mères de familles monoparentales et leur foyer. Elles peuvent se retrouver dans l'incapacité de faire face à une hausse soudaine des prix des produits de première nécessité, tels que la nourriture, les énergies, le logement, ... Cette pression financière supplémentaire peut les contraindre à faire des choix difficiles, notamment en sacrifiant des dépenses importantes comme les soins de santé. L'inflation semble rendre l'accès aux soins de santé plus complexe pour ces mères, cela peut entraîner des retards dans les visites médicales, le report de traitements ou même l'absence de soins préventifs, ce qui peut avoir, in fine, des conséquences néfastes sur leur santé à long terme. De plus, l'inflation engendre un stress financier accru, qui peut avoir un impact significatif sur leur santé mentale. Le stress financier chronique peut entraîner des niveaux élevés d'anxiété, et de détresse émotionnelle, ce qui peut affecter leur bien-être général et leur sommeil. En somme, l'inflation aggrave les difficultés financières déjà présentes, compromettant ainsi leur santé, physique, mentale et sociale, et celle de leur foyer.

4.3.1 Accès aux soins de santé

○ Contrainte à maintenir une bonne santé

C'est une lourde responsabilité qui pèse sur les épaules de certaines mères rencontrées en ce qui concerne le maintien de leur santé. Ces femmes se retrouvent souvent dans une situation où elles sont la seule ressource pour leur foyer, elles doivent toujours « *être au top* ».

« Bah en fait, vu que je suis un peu le pilier de ma famille, ma santé c'est un peu l'essentiel parce que c'est moi qui dois gérer tout ça (...) donc je suis fort dans la prévention. Vous voyez, je vais prendre des compléments alimentaires, des vitamines, je fais attention à plein de choses. Je fais ma prise de sang chaque année. Je sais que j'ai des risques de cancer, je suis vraiment bien suivie, même si le frottis gynéco n'est remboursé qu'une fois toutes les trois années, moi, chaque année je le fais, je préfère payer plutôt que de me retrouver avec un cancer au stade avancé. (...) même physiquement, je dois être forte. » (M4)

En tant que mère seule à temps plein, il n'y a pas de filet de sécurité sur lequel s'appuyer en cas de besoin. Cette réalité les oblige à prendre leur santé au sérieux et à adopter des habitudes de vie

saines. Une défaillance de leur santé peut avoir des conséquences potentiellement dévastatrices sur le foyer. Si la mère venait à disparaître ou à être incapable de prendre soin de ses enfants en raison d'un accident ou d'une maladie, cela laisserait ses enfants dans une situation extrêmement vulnérable. Cette perspective renforce l'importance vitale pour ces mères de prendre soin d'elles afin de pouvoir prendre soin de leur famille.

« On est notre seule ressource en tant que famille monoparentale. Parce qu'il n'y a pas le choix. Parce qu'à un moment donné ma fille, elle a que moi parce que on ne peut pas être faillible quand on est tout seul, tout seul. Autant la petite ben même si un jour je ne m'entends pas spécialement avec ben quoi qu'il arrive elle a son papa. Que ma grande, si je disparaiss demain ou s'il m'arrive un accident demain, bah elle est toute seule. » (M8)

○ Priorisation des soins des enfants quitte à se priver soi-même

Il existe une tendance répandue parmi les mères de familles monoparentales rencontrées à mettre systématiquement les besoins de leurs enfants avant les leurs, au détriment de leur propre santé. Cette inclination à sacrifier leurs propres soins pour assurer ceux de leurs enfants semble être une réalité quotidienne pour de nombreuses mères dans cette situation. Elles sont confrontées à un dilemme : faire face à leurs propres besoins de santé ou assurer ceux de leurs enfants. Pour toutes, cette décision ne constitue pas un choix, mais une obligation instinctive. Cette attitude de sacrifice est considérée comme normale par ces mères, faisant partie intégrante de leur rôle parental. Cependant, il est important de reconnaître que ce comportement peut avoir des répercussions sur leur propre santé avec pour conséquence un risque accru de maladies et de problèmes de santé à long terme.

« Mais je vais toujours mettre de côté mes soins pour permettre que mon fils ait les siens. C'est ce que je fais tout le temps par exemple, là, il a besoin de semelles orthopédiques. Moi aussi. Ben j'ai fait les siennes mais c'est normal, les mères font ça. » (M6)

○ Report ou annulation des soins de santé

L'inflation peut entraîner une augmentation des coûts médicaux, ce qui rend les consultations et les traitements plus onéreux pour ceux qui n'ont pas les moyens financiers nécessaires. Cela a généré un phénomène préoccupant : le report ou l'annulation de rendez-vous médicaux par les mères rencontrées. Elles mettent en avant leurs démarches pour évaluer les coûts des consultations médicales et les remboursements auxquels elles pourraient prétendre. Malgré le fait qu'elles ont besoin du suivi médical, elles prennent souvent la décision de reporter leurs rendez-vous, dans l'espoir de les reprendre ultérieurement, lorsque leur situation financière leur permettra de le faire.

De plus, certaines mères, suite à l'augmentation de leur revenus du fait de leur situation professionnelle ont perdu leur statut BIM ce qui conduit à l'amplification de prise de décisions difficiles, comme le report ou l'annulation des rendez-vous médicaux.

« Dentiste, gynéco, dermato, j'avais prévu des rendez-vous et j'ai reçu un courrier de la mutuelle qui me disait qu'à partir d'une telle date c'était terminé mon statut BIM. (...) Je me suis un petit peu renseignée auprès des spécialistes chez qui j'avais ces rendez-vous pour savoir un peu le prix de la consultation et combien c'était remboursé. Et alors que c'était des médecins qui me suivaient avant donc en fait j'allais chez quelqu'un pour assurer juste un suivi et bien j'ai annulé les rendez-vous, et je me suis dit que je les reprendrai plus tard, quand je pourrai un peu plus me le permettre. » (M10)

4.3.2 Conscience de l'importance de la santé et de la prévention

Il est important de souligner que les mères rencontrées ont une conscience aiguë de l'importance de la prévention et de la santé, non seulement pour elles-mêmes mais aussi pour leur foyer. Malgré les défis auxquels elles sont confrontées, ces mères comprennent l'importance de prendre des mesures préventives pour maintenir leur santé physique et mentale, ainsi que celui de leurs proches. Elles sont conscientes que la prévention est la clé pour éviter les problèmes de santé plus graves à l'avenir. Par conséquent, elles reconnaissent l'importance des soins de santé réguliers, des bilans de santé et des consultations médicales préventives pour détecter et traiter les problèmes de santé à un stade précoce. De même, ces mères comprennent que leur propre santé a un impact direct sur leur capacité à prendre soin de leur famille et à assumer leurs responsabilités familiales de manière optimale (*voir point 4.3.1, contrainte à maintenir une bonne santé*). En outre, beaucoup de ces mères reconnaissent l'importance de modèles de comportement sains pour leurs enfants. Elles cherchent à donner l'exemple en adoptant des habitudes de vie saines, telles qu'une alimentation équilibrée ou une activité physique régulière, afin d'inculquer à leurs enfants des valeurs et des pratiques favorables à la santé.

« Si on vous a toujours appris que la santé était importante et qu'il faut prendre soin de ses enfants, ben c'est quelque chose de normal en fait, vous n'allez pas dire à votre enfant « non on ne va pas aller voir le médecin parce que je n'ai pas les moyens hein ». (...) Dès qu'il y a des examens obligatoires enfin nécessaires, ils sont faits, ils sont faits à temps. » (M4)

4.3.3 Santé mentale

L'inflation a eu un impact sur la santé mentale des mères rencontrées. L'augmentation du coût de la vie due à l'inflation a eu pour conséquence d'accroître le stress financier chez ces mères. Celui-ci est

aggravé par le fait d'assumer seule la responsabilité du foyer, sans avoir de partenaire pour partager les responsabilités. Le stress financier peut entraîner de la peur, de l'anxiété, une amplification de la charge mentale et d'autres problèmes de santé mentale. Toutes les mères rencontrées expriment les répercussions négatives de l'inflation sur leur santé mentale, notamment en mentionnant qu'elles se sentent plus stressées, nerveuses et angoissées. Le stress (couplé en plus à la fatigue) peut pousser des mères à ne pas réagir de manière adéquate à des événements qui se produisent. De plus, elles sont confrontées à des obstacles supplémentaires lorsqu'elles cherchent à obtenir un soutien psychologique pour faire face à leur stress et à leur anxiété. La difficulté à trouver un psychologue disponible, conventionné et offrant des rendez-vous à des moments qui conviennent à leur emploi du temps déjà chargé ne fait qu'aggraver leur détresse émotionnelle.

« Je suis plus stressé/nerveuse. Je me sens plus angoissée. (...) Donc je voulais aller voir une psy mais c'est très compliqué de trouver quelqu'un libre le mercredi qui soit conventionné donc on me fixe des rendez-vous dans deux mois. C'est difficile. J'aurais besoin d'aller me déposer un peu. (...) C'est un stress permanent. C'est ça qui est très fatigant, c'est de compter tout le temps dans sa tête. Il y a une angoisse quoi... » (M6)

4.3.4 Sommeil

L'inflation a un impact sur le sommeil des mères de familles monoparentales rencontrées : elle engendre des préoccupations financières constantes qui perturbent le sommeil : *« Je ne dors pas bien la nuit »* (M6). Certaines témoignent qu'une fois au lit, au lieu de pouvoir se détendre, leur esprit est envahi par des pensées anxieuses concernant les finances. De telles inquiétudes peuvent rendre difficile l'endormissement et perturber le sommeil tout au long de la nuit.

« Euh, je dors mal parce que une fois que je suis au lit, plutôt que d'éteindre le cerveau ben on pense à plein de trucs. Des fois c'est « putain comment est-ce que je vais finir le mois ? » ou alors j'ai accepté une sortie « mais c'était peut-être pas une bonne idée ». (M7)

Leurs responsabilités multiples peuvent créer un dilemme entre dormir et réaliser d'autres tâches, d'autres obligations, ce qui peut diminuer le temps de sommeil. Toutefois, il est intéressant de noter que l'amélioration des conditions de vie peut avoir un impact positif sur leur sommeil. Par exemple, l'achat d'appareils ménagers peut libérer du temps et réduire le stress lié aux tâches domestiques, ce qui permet à la fois d'améliorer la qualité du sommeil et le bien-être.

*« Mais quand tu travailles et que t'as des enfants, la question c'est je dors ou je fais ça ? J'ai acheté un lave-vaisselle récemment *expression faciale de contentement*, ça a changé ma vie, je gagne*

3 à 4 h de sommeil par semaine et ça change mon quotidien : j'ai les idées plus claires, c'est ouf, c'est un truc de fou quoi. » (M11)

4.3.5 Isolement social et solitude

L'inflation aurait contribué à l'isolement et à la solitude chez certaines mères de familles monoparentales rencontrées. L'augmentation des coûts de la vie (y compris le coût de garde des enfants) limite les activités sociales et de loisirs qui leur sont accessibles, les contraignant à restreindre leurs sorties pour économiser de l'argent. Cette restriction peut entraîner un isolement progressif, comme le mentionnent plusieurs mères qui expriment qu'elles ne sortent plus. Le manque d'interaction sociale peut conduire à des sentiments de solitude et d'isolement, exacerbés par le fait d'être responsable du foyer sans partenaire pour partager les responsabilités. De plus, le déménagement dans un nouvel environnement ou la perte de contacts sociaux préexistants peut aggraver cet isolement. Une mère témoigne de sa propre expérience, décrivant une période où elle s'est retrouvée « ultra seule », ce qui a eu un impact significatif sur sa santé mentale.

« Ben je sors plus, c'est ça le truc, je ne sors plus. (...) ça m'aiderait aussi à rencontrer des personnes parce que moi je me suis retrouvée ici ultra seule. L'année passée j'étais dans une solitude mais extrême quoi. Et ça c'est très mauvais pour la santé. Il y a vraiment un moment où... j'appelais mes amis à Bruxelles en pleurs quoi. » (M6)

○ Importance du soutien de l'entourage pour affronter les défis du quotidien

D'autres participantes soulignent l'importance du soutien offert par leur entourage, à la fois sur les plans émotionnel, matériel, social ou financier. Pour beaucoup, le simple fait de savoir qu'elles peuvent compter sur leurs proches pour une écoute attentive et bienveillante constitue un réconfort inestimable. Pouvoir partager leurs préoccupations, leurs craintes et leurs succès avec des amis ou des membres de la famille leur permet de se sentir moins seules dans leur parcours de parent isolé. Ces conversations offrent souvent une bouffée d'air frais dans les moments de stress et contribuent à maintenir leur bien-être. En plus du soutien émotionnel, de nombreuses mères rencontrées bénéficient également d'une aide pratique de la part de leur entourage. Qu'il s'agisse de donner un coup de main avec les enfants, de faire des courses, ou de prendre en charge certaines tâches ménagères, ce soutien tangible facilite la gestion quotidienne du foyer et soulage la charge de responsabilités qui pèse sur leurs épaules.

« Ils prennent régulièrement de mes nouvelles ou si je sonne, c'est "passe boire un café". Depuis que je suis seule, je n'ai jamais eu un refus quand j'ai demandé de l'aide pour quoi que ce soit, parler, vider mon sac ou garder les filles. (...) Plus le fait qu'ici on m'a offert mon plein d'essence, il ne veut

pas que je rembourse, donc c'est 70€ que je n'ai pas dû dépenser parce que je ne sais même pas d'où je serais allée les prendre » (M7)

Certaines soulignent également l'importance du soutien financier que peut apporter l'entourage. Que ce soit sous forme de dons, d'aides ponctuelles ou de contributions régulières, il leur offre une bouée de sauvetage lorsqu'elles sont confrontées à des difficultés financières. Ces ressources supplémentaires leurs permettent de faire face à des dépenses imprévues, combler des lacunes budgétaires ou les empêcher de sombrer dans la précarité.

« Moi j'ai flirté avec la tendance vers la misère, mais la famille était là pour ne pas trop y glisser. Et les fonds d'avant... qui venaient aussi de la famille, donc voilà. Je sais très bien que si je n'avais pas eu ces ressources familiales là d'avant... Ça aurait été encore vraiment autre chose quoi... » (M11)

4.3.6 Alimentation

L'inflation a un impact significatif sur l'alimentation. Tout d'abord, l'augmentation des prix des denrées alimentaires pousse certaines mères à rechercher des options moins chères, parfois au détriment de la qualité. Elles peuvent se tourner vers des endroits où la viande est moins chère, sans être certaines de sa qualité. Cette quête de solutions économiques peut entraîner une réduction de la variété et de la valeur nutritive des aliments consommés. De plus, l'inflation rend difficile l'achat d'aliments sains et de qualité, ce qui affecte la perception de ces mères sur leur capacité à bien manger. Certaines soulignent que bien manger représente un coût important, et que l'augmentation des prix rend cette tâche encore plus difficile. Elles doivent parfois choisir entre rogner sur la qualité des aliments ou réduire les quantités pour s'adapter à leur budget limité. Malgré ces défis financiers, certaines accordent toujours une grande importance à la qualité de l'alimentation pour elles-mêmes et pour leur famille. Elles font des efforts pour privilégier des aliments de meilleure qualité, même si cela signifie réduire les quantités ou changer leurs habitudes d'achat. Par exemple, certaines préfèrent acheter des aliments bio ou locaux lorsque cela est possible, même si cela implique des coûts plus élevés.

« Au niveau alimentaire, ça a été plus difficile mais je fais quand même attention à l'alimentation, c'est un... un point de mon budget où je tiens à ce qu'on mange bien (...), donc fruits et légumes, j'aime bien acheter bio, donc c'est vrai que là j'ai vu les... les prix flamber. Et on mange toujours ça, mais je remarque que les quantités que j'achète sont plus limitées. Donc ce qu'on a à table, c'est vraiment généralement tout juste tout juste quoi. » (M9)

○ Privilégier le « maison » et/ou les « sous-marques »

Une stratégie adoptée par de nombreuses mères solos pour réduire les dépenses alimentaires : cuisiner maison. En préparant elles-mêmes les repas et les collations, ces mères peuvent économiser considérablement tout en offrant à leur famille des aliments sains et savoureux. Cuisiner maison permet d'améliorer la qualité nutritionnelle des repas en choisissant des ingrédients de meilleure qualité et en adaptant les recettes aux besoins diététiques spécifiques de leur famille. Préparer des repas en grandes quantités à l'avance offre aux mères des économies d'échelle mais aussi des économies de temps.

« Les collations, je les fais moi-même et je congèle en partie. Par exemple, je fais 2 cakes mais que je coupe déjà en portions, je mets dans une grande boîte et je décongèle petit à petit, la veille au soir je vais décongeler 2 parts de cake pour le matin, le goûter ou les collations. Je fais des madeleines, des cookies, des trucs comme ça... Mais je vous avoue que simplement un paquet de cookies sans gluten coûte dans les 6€ maintenant mais je me dis qu'avec 6 € je peux en produire tout un tiroir du congel'. » (M10)

De plus, elles soulignent une préférence pour les produits « sous-marque » / marque « blanche » lorsqu'elles font leurs courses. Ces choix sont souvent motivés par des contraintes budgétaires auxquelles elles doivent faire face. Lorsqu'elles parcourent les rayons des magasins, elles sont attentives aux promotions et aux prix bas, cherchant à maximiser chaque euro dépensé. Elles n'hésitent pas à opter pour des alternatives moins chères, même si cela signifie abandonner les marques auxquelles elles étaient parfois habituées. Pour elles, l'essentiel est de pouvoir répondre aux besoins alimentaires de leur(s) enfant(s).

« J'achète encore de tout mais plus les mêmes marques, je fais en fonction des promotions, des sous-marques, ... » (M2)

Ce changement dans les habitudes alimentaires reflète une adaptation aux réalités financières. Alors qu'elles reconnaissent l'importance de la qualité des produits, ces mères comprennent également qu'elles doivent parfois faire des compromis pour pouvoir joindre les deux bouts. Pour certaines, cela veut parfois dire sacrifier la qualité dans le but d'étirer leur budget et d'assurer la subsistance de leur foyer.

« Je prends les trucs les moins chers, ouais, bon après voilà par exemple les céréales et tout ça maintenant j'achète à X ou quoi, le premier prix parce que je ne peux plus acheter comme avant, des choses de meilleure qualité quoi. » (M6)

4.3.7 Emploi

Les mères de familles monoparentales rencontrées, travaillant à bas revenu, font face à un véritable piège à l'emploi, où les gains ne parviennent souvent pas à compenser les dépenses croissantes liées à la vie quotidienne.

« Et donc j'ai déménagé à Liège pour obtenir mon travail et bah du coup mon loyer a augmenté et mon augmentation de revenus, qui n'est pas énorme par rapport au chômage, ne compense pas l'augmentation du loyer et l'augmentation des prix. » (M6)

Premièrement, certaines constatent que malgré leur travail, leurs revenus ne suffisent pas à couvrir les augmentations de loyer et des prix des produits de première nécessité, tels que la nourriture et l'énergie. Ces augmentations créent un déséquilibre qui met en péril leur capacité à subvenir aux besoins de leur foyer. De plus, la nature précaire de certains emplois, comme le contrat « saisonnier » ou à temps partiel, vient renforcer ce piège. Par exemple, certaines mères témoignent des difficultés rencontrées pendant les périodes de chômage estival, où la perte de revenus impacte significativement leur capacité à joindre les deux bouts.

« le problème c'est que juillet, août, je tombe au chômage... D'ailleurs je ne sais pas du tout comment je vais faire (...) je perds 600 €. Et le problème c'est qu'au chômage, je ne peux pas travailler en flexi ou alors je ne touche pas mon chômage ce jour-là, aucun intérêt parce qu'en plus je dois inscrire mes filles en stage si je travaille. » (M7)

Il s'avère que tous les métiers ne permettent pas de cumuler une vie de mère de famille monoparentale à une vie professionnelle. Trois participantes ont dû changer de métier, se reconvertir, pour trouver un emploi compatible avec leur vie de maman solo. Elles sont également confrontées à des obstacles dans l'accès à certains avantages sociaux. Par exemple, la perte du statut BIM ou du tarif social de l'énergie lorsqu'elles retrouvent un emploi génère des difficultés supplémentaires, car les coûts de la vie quotidienne augmentent alors que les ressources disponibles diminuent.

« Mais maintenant que j'ai perdu le statut BIM (...) Il y a vraiment un souci quand même. Pourquoi est-ce que le jour où on passe du chômage au travail on perd ces avantages-là alors que notre situation n'est pas forcément bien meilleure. C'est parce que je veux travailler, mais parfois je me demande si ça vaut la peine financièrement... » (M10)

En outre, la vie professionnelle limite la capacité des mères de familles monoparentales à rechercher des alternatives économiques, à consacrer du temps à des activités qui pourraient les aider à faire des économies ou pour bénéficier d'avantages sociaux.

« Moi ce que je remarque, c'est que les astuces, pour payer moins, elles prennent du temps. Avant, j'allais faire la récup dans les supermarchés et cetera. J'avais plus de temps pour aller en friperie, tout ça, depuis que je travaille, j'ai plus du tout le temps de faire ça. Ce qu'on gagne d'un côté, on va le perdre de l'autre. » (M9)

5. Discussion

Depuis les années 2000, notre pays est confronté à une série de crises, ayant un impact indéniable sur la santé publique. La littérature scientifique témoigne de l'attention croissante portée aux ISS (5,7,27). Les études se sont principalement concentrées sur des groupes vulnérables tels que les chômeurs (21,22) ou les personnes vivant dans la grande précarité (27,29). Cependant, peu d'attention a été accordée aux mères de familles monoparentales, et encore moins à celles qui travaillent. Ainsi, cette étude s'est fixée comme objectif d'explorer l'expérience de ces femmes afin de comprendre les répercussions de la crise sur leurs comportements de santé. Mais aussi de comprendre comment, par quels mécanismes se matérialisent et/ou se renforcent les ISS.

Il ressort de cette analyse que les mères font preuve d'une grande capacité à **gérer des défis avec résilience**. Cette résilience semble être déjà présente préalablement à la crise chez une grande partie des participantes, car elles avaient déjà dû adopter des comportements différents et mis en place des astuces depuis longtemps. Comme le disent Vandette et al (48), il existe peu de recherches portant sur la compréhension de l'expérience des mères monoparentales, que ce soit en termes de processus, de facteurs de risque ou de résilience : seule une étude porte sur leur résilience (49). La résilience a jusqu'à présent été plus étudiée comme une aide que l'on pouvait apporter aux personnes vulnérables et non pas comme une compétence interne déjà présente chez ces personnes. Force est de constater que les mères de familles monoparentales rencontrées font énormément d'efforts pour trouver des solutions permettant de subvenir aux besoins du foyer. Ceci mériterait une étude plus approfondie de ce point et une reconnaissance. La résilience constatée infirme, d'une certaine manière, l'hypothèse de départ que l'inflation de 2022 avait eu des effets importants sur les comportements de santé des mères de famille monoparentales : leur gestion quotidienne leur permet d'affronter l'augmentation des prix via différentes pratiques et traits de caractère. La notion de « **santé positive** », prend une importance particulière, définie par certaines recherches comme une réserve de capacités ou de ressources internes qui conduisent au bien-être en l'absence de défis et à la résilience en leur présence (50). La **capacité d'agir et de faire des choix**, que les participantes estiment quant à elle impactée par l'inflation, est donc une composante essentielle à la santé. Les participantes mentionnaient, entre autre, une **difficulté à faire face à des**

dépenses imprévues, ce qui est confirmé par l'IWEPS qui indique que la majorité des familles monoparentales n'ont pas suffisamment d'épargne disponible pour faire face à une dépense de l'ordre de 1 300 € (8).

Cette analyse révèle une divergence de perspectives parmi les participantes autour de la **santé** : pour certaines, maintenir une santé optimale est essentiel car elles assument seules la responsabilité de leurs enfants, tout en priorisant tout de même leur(s) enfant(s), tandis que d'autres estiment qu'elles ne peuvent pas se permettre de prendre soin de leur propre santé si elles veulent garantir celle de leur(s) enfant(s). Concernant ce dernier point, d'autres recherches rapportent le **report des soins de santé** chez les parents de familles monoparentales : « *Comme c'est le cas au niveau du pays, ce sont principalement les ménages monoparentaux qui doivent reporter des soins de santé pour des raisons financières : (...) 32,8 % de ceux-ci en Région wallonne (ce qui représente un ménage monoparental sur trois).* » (51). On peut donc dire que les ménages à faibles revenus et les familles monoparentales sont bien plus susceptibles de rencontrer des difficultés liées aux dépenses de soins de santé et de reporter ceux-ci. Il est important de noter, cependant, que les mères rencontrées dans cette étude estiment actuellement que l'inflation économique n'a **pas eu de réelle conséquence sur la santé de leurs enfants**. Étant donné qu'ils sont leurs priorités, elles s'organisent pour éviter de modifier des déterminants de leur santé.

Certaines participantes souhaitent une **reconnaissance** par exemple sous forme d'un titre officiel de « familles monoparentales » tel que celui qui existe déjà pour les « familles nombreuses ». Ce titre leur permettrait à la fois d'obtenir des avantages, de répondre à leur souhait d'être reconnues comme telles, de développer un sentiment d'appartenance à cette communauté et d'accéder plus aisément aux soins de santé. Si un statut officiel devait voir le jour pour aider les familles monoparentales, le fonctionnement des mutuelles pourrait être repensé pour celles-ci. A l'heure actuelle, pour celles qui, en raison de leur statut professionnel, n'ont pas droit au tiers-payant du statut BIM, il est difficile d'avancer des montants importants en attendant de se faire rembourser.

Cette recherche rejoint d'autres recherches ayant étudié d'autres types de population vulnérables, sur l'impact important des crises sur **la santé mentale** (21,22,27,28) ainsi que différentes enquêtes post covid-19 réalisées par Sciensano (19,52,53) qui indiquaient que les troubles anxieux et les risques suicidaires se manifestaient davantage chez les parents de familles monoparentales. Il est donc primordial de reconnaître les défis auxquels est confronté ce public en matière de prise en charge de sa santé mentale.

Par contre, peu d'études reconnaissent **l'isolement social** comme une conséquence des crises. Dans le cadre de cette recherche, il semble être une conséquence majeure pour les participantes. Pour rappel, l'inflation a augmenté le coût de la vie (y compris celui de la garde des enfants) et a ainsi limité les sorties accessibles. La difficulté semble encore plus marquée pour les mères qui ne sont pas bien entourées, par exemple lorsque la famille vit loin. Sachant que le soutien et les interactions sociales sont essentiels, des initiatives visant à renforcer les réseaux communautaires et à faciliter les rencontres peuvent contribuer à atténuer l'isolement et à améliorer la qualité de vie des mères de familles monoparentales. De plus, un élément fondamental à prendre en compte pour faciliter la mise en place de ces comportements est la **garde des enfants**. Certaines mères ont par exemple mentionné la proposition d'offrir des « titres-services de garde d'enfants » gratuitement ou à tarif préférentiel. Il est important de relever que le besoin de disposer de temps pour soi et donc de faire garder ses enfants est très différent selon qu'une mère a la garde de ses enfants à temps plein ou à temps partiel (par exemple lors d'une garde à mi-temps elles ne conçoivent pas de faire garder leur(s) enfant(s) sachant qu'elles ne les ont près d'elles qu'une semaine sur deux).

Les mères consommant des **produits défavorables à la santé** (tabac, alcool, sucreries, ...) avant les crises ont eu tendance à diminuer cette consommation pour permettre d'utiliser cet argent pour d'autres dépenses, qu'elles estimaient plus prioritaires, ce qui rejoint une étude islandaise (25) même si celle-ci ne s'intéressait pas spécifiquement à ce public. C'est le seul point commun avec cette étude. Chez nous, les participantes déclarent avoir **augmenté leur consommation de fruits et légumes, tandis que celle de poisson et de viande a diminué**. En Islande, une tendance inverse a été observée parce que les fruits et légumes, en tant que produits importés, ont connu une forte augmentation après la crise, tandis que le poisson, un produit local, a diminué. Par ailleurs, dans la présente étude, les mères ont signalé une perturbation de leur sommeil au contraire de l'étude islandaise.

Finalement, une étude mettait en évidence l'augmentation de l'obésité suite aux crises (27). Pour ce point, le choix du design de la présente étude (étude qualitative phénoménologique) ne permet pas de générer des données objectives généralisables.

Il est essentiel de prendre en compte ces différents éléments rapportés lors de l'élaboration de politiques et de programmes visant à soutenir cette population vulnérable et à promouvoir sa santé.

5.1 Biais et limites de l'étude

Il convient de discuter des biais potentiels de la présente étude liés à la méthode et aux critères d'échantillonnage. Comme le mentionnent certains auteurs (46), la sélection des participants dans le cadre de recherches effectuées sur un public vulnérable peut être complexe. Ce fut le cas et il existe sûrement un **biais de sélection** dans la mesure où ces femmes portent un intérêt à la thématique et à la recherche étant donné que toutes ont demandé à recevoir un retour de l'étude. Pour compenser ce biais, quatre méthodes d'effet « boule de neige » distinctes ont été mises en œuvre via divers canaux. Le nombre d'enfants par famille était relativement limité puisque seule une participante avait 3 enfants. Ce qui rejoint une étude qui rapporte que plus le nombre d'enfants est important plus la probabilité que la mère ne travaille pas augmente (32). Le fait d'avoir pris le critère du travail a donc influencé le nombre d'enfants par foyer. D'autres facteurs ont certainement influencé l'échantillon.

De même, un second biais de cette étude est le **biais d'information lié à la désirabilité sociale**. Les participantes auront tendance à se remémorer principalement les comportements favorables afin de satisfaire la chercheuse ou de présenter une image positive d'elles-mêmes, même si cela va à l'encontre de leurs opinions ou croyances personnelles. Pour atténuer ce biais, un effort constant a été fait pour établir une relation de confiance authentique avec les participantes, en leur rappelant dès le début de chaque entretien la garantie d'anonymat et en soulignant qu'il n'y avait pas de bonnes ou mauvaises réponses, ce qui a contribué à instaurer une ouverture aux comportements pouvant être vus comme défavorables. De plus, la chercheuse a essayé d'adopter la posture la plus neutre possible.

Il est important de mentionner que les **contraintes de présentation de la recherche**, telles que la limitation du nombre de pages, constituent également une restriction, car elles ne permettent pas de refléter pleinement la richesse des données recueillies lors des entretiens.

Par ailleurs, il existe un **biais d'interprétation** puisque l'analyse des données n'a été effectuée que par une seule chercheuse, pour qui il s'agissait d'une première expérience. Au vu de la longueur des entretiens et de leur richesse, il aurait été intéressant de pouvoir réaliser un double codage (41) par deux chercheurs différents ou une triangulation.

Un dernier biais important est lié au fait que **certaines mères ne savaient pas dissocier l'impact de l'inflation de celui de leur statut de mère de famille monoparentale travaillant** car ils étaient trop

proches l'un de l'autre. Certaines conséquences ne sont donc pas les conséquences directes de l'inflation mais bien celles de la monoparentalité couplée au travail.

5.2 Forces de l'étude

Les entretiens individuels semi-directifs et l'approche phénoménologique représentent des forces majeures de cette étude. En effet, l'entretien individuel s'avère être un outil particulièrement approprié pour se saisir du discours et du vécu des personnes directement impliquées (46). La profondeur et la longueur des entretiens permet d'appréhender de manière holistique les expériences vécues par les participantes. Cette observation soulève également un questionnement général autour du manque d'intégration des avis et du vécu de ce public aux études réalisées dans le passé. Une autre étude rejoint ce point de vue (48) en signalant que ce fonctionnement contribue à leur marginalisation. D'ailleurs, une participante a amené cette idée en expliquant que trop souvent, les personnes qui ne sont pas concernées par cette situation pensent savoir ce qu'elles vivent et par conséquent prennent des décisions sans leur demander leur avis.

Un autre atout de cette étude réside dans l'encadrement rigoureux assuré par Monsieur Charlier, promoteur. Son expertise pointue en recherche qualitative a été déterminante pour orienter cette recherche dans la bonne direction à l'aide de différentes balises et conseils.

De plus, au terme de la collecte et de l'analyse des données, il semble que la saturation ait été atteinte. Les derniers entretiens n'ont pas apporté de nouvelles nuances ou informations complémentaires pour comprendre le phénomène étudié (54).

Une dernière force réside dans l'établissement systématique d'un climat de confiance. Cette étude a nécessité des compétences humaines importantes : la capacité d'écouter son interlocuteur et d'être empathique (54). Pour ce faire, il était crucial de créer une relation de confiance dès le début de l'entretien. Plusieurs mères ont pu se confier sur leurs expériences en toute intimité et avec beaucoup d'émotions. Le choix de réaliser les entretiens chez les participantes a contribué à créer un climat de confiance et un cadre plus agréable et serein.

5.3 Perspectives

Les perspectives de ce travail de recherche sont nombreuses étant donné le manque de recherches autour du statut de famille monoparentale et de l'augmentation importante de celui-ci en Belgique. Les perspectives proposées ne sont donc pas exhaustives.

Il est important de mentionner que dans le cadre de cette recherche une vingtaine de mères répondant à l'ensemble des critères sauf à celui du revenu (ayant un salaire moyen) ont contacté la chercheuse pour attirer son attention sur les difficultés rencontrées malgré un revenu plus élevé. Plusieurs parlaient même de dettes, alors qu'aucune des participantes de cette étude n'a fait mention de dettes (exception faite de petites dettes envers leur entourage). Ces personnes ont à chaque fois insisté sur leurs difficultés à nouer les deux bouts, souhaitant tout de même participer à la recherche. Une étude **qualitative** ou une étude **mixte** pourrait donc être réalisée sur base de différents paliers de revenus **pour comparer** les conséquences en fonction des salaires.

De plus, étant donné que la quatrième thématique du tableau d'extraction n'a presque pas été prise en compte dans le cadre de cette recherche, il serait important de la poursuivre pour établir des **recommandations** / des **propositions d'actions** à destination des politiques publiques, des associations et des services sociaux. Pour ce faire, une nouvelle étude qualitative pourrait être réalisée ou une suite de celle-ci sur base des 12 entretiens retranscrits et du tableau d'extraction réalisé.

Finalement, il pourrait être intéressant de réaliser une étude **quantitative de cohorte, longitudinale, rétrospective** pour évaluer l'impact à long terme de l'inflation sur la santé de ce public. Cela permettrait de pouvoir mettre en place des politiques publiques pertinentes en prévision de prochaines crises.

6. Conclusion

Cette recherche met en évidence les multiples répercussions de l'inflation économique sur les comportements de santé des mères de familles monoparentales avec des répercussions indirectes potentielles sur la santé de leurs enfants. Elle met en lumière l'importance de poursuivre les actions de promotion de la santé, « *ce processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.* » (55).

La résilience des mères de familles monoparentales observée lors de cette étude peut être étroitement liée au principe de « développement des aptitudes individuelles » de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. En effet, la résilience est une compétence essentielle qui permet aux individus de faire face aux défis de la vie. Lors de cette étude, il a été constaté que les participantes font preuve d'une grande capacité à gérer les pressions économiques, à prendre des décisions difficiles et à s'adapter aux changements. En facilitant la résilience des mères de familles

monoparentales et des publics vulnérables, on contribue à développer leurs aptitudes individuelles à faire face aux défis de la vie et à promouvoir leur santé. Cette notion se rattache au concept de « santé positive » qui met l'accent sur la promotion du bien-être global, la résilience et le développement des ressources personnelles, plutôt que de se concentrer uniquement sur l'absence de maladies (50). La Charte d'Ottawa (55), en cohérence avec ce principe, met l'accent sur la création de conditions favorables à la santé : la renforcement de l'action communautaire, le développement des aptitudes individuelles, la réorientation des services de santé. Elle souligne l'importance de promouvoir des conditions sociales, économiques et environnementales bénéfiques pour la santé. Les pistes issues de cette étude, telles que le renforcement du soutien communautaire, la promotion de l'interaction sociale, la facilitation de l'accès à la santé et à l'information correspondent à ces principes fondamentaux. C'est de cette façon que l'on rendrait aux mères de familles monoparentales leur pouvoir d'agir, distinct de la capacité d'agir, qui se concentre sur les ressources et compétences individuelles. Le pouvoir d'agir inclut également les opportunités disponibles dans leur environnement politique, social et économique (56–59).

Cette étude souligne l'ampleur des défis à relever pour atteindre les seuils minimaux qui garantiront la santé pour tous, en particulier dans des contextes de vulnérabilité et d'ISS. Par exemple, il est primordial de mettre en place des mesures de soutien, des aides psychologiques ou encore des actions d'information pour réduire les conséquences sur la santé mentale de ces mères. Alors que plusieurs participantes ont insisté sur la richesse des services proposés par les associations, tant pour rencontrer de nouvelles personnes que pour obtenir des aides, d'autres ont mis en avant l'incohérence de certains points par rapport à leur réalité de mères solo qui travaillent. Par exemple, une incompatibilité de la vie professionnelle avec les horaires des services proposés a été mise en avant, ainsi que le manque de service de garde proposés en parallèle avec des actions pour leur permettre d'y participer. De plus, la lourdeur administrative et le manque d'accès à l'information sont des problématiques sur lesquelles on pourrait agir à l'aide de services déjà existants si ceux-ci devenaient plus accessibles pour les travailleurs.

Enfin, il est nécessaire de poursuivre les recherches sur la monoparentalité, qui s'amplifie de jour en jour dans notre pays, pour contribuer à des actions, dans une approche holistique et intégrée, qui favoriseront la santé et le bien-être des familles monoparentales.

Références bibliographiques

1. Padoan B. Un ménage sur cinq souffrait déjà de précarité énergétique en 2021. Le Soir [Internet]. 24 mars 2023; Disponible sur: <https://www.lesoir.be/502982/article/2023-03-24/un-menage-sur-cinq-souffrait-deja-de-precarite-energetique-en-2021>
2. Haut Conseil de Santé Publique. Crise économique, santé et inégalités sociales de santé. Paris Doc Fr [Internet]. 2016; Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20160204_Criseecosanteinegalisocdesante.pdf
3. OCDE. Sous pression : la classe moyenne en perte de vitesse [Internet]. OECD library; 2019 [cité 1 mai 2023]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sous-pression-la-classe-moyenne-en-perte-de-vitesse_2b47d7a4-fr
4. Damon J. La dynamique des classes moyennes: Déclin au Nord, essor au Sud. Futuribles. 2019;N° 432(5):33.
5. IWEPS. Rapport de recherche n°50. Indice de situation sociale de la Wallonie (ISS-9e exercice) Analyses et perspectives sur les conditions de vie et les inégalités sociales en Wallonie. 2022.
6. Ulysse PJ, Lesemann F, Comeau Y. Citoyenneté et pauvreté. Politiques, pratiques et stratégies d'insertion en emploi et de lutte contre la pauvreté,. Rech Sociographiques. 2004;45(3):613.
7. Allaoui E, Avalosse H, Di Zinno T, Guillaume J, Lona M, Maron L. Inégalités de santé [Internet]. IMA-AIM; Disponible sur: <https://aim-ima.be/Inegalites-de-sante?meta=oui>
8. IWEPS, Deprez A, Reginster I, Ruyters C. Rapport de recherche n°57 : les conditions de vie et les inégalités sociales en wallonie sur deux décennies. Calcul et mise à jour de l'indice de situation sociale 2023 (10e exercice). 2023.
9. Boismenu G, Dufour P, Lefèvre S. La pauvreté: Quatre modèles sociaux en perspective [Internet]. Presses de l'Université de Montréal; 2011 [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/4399>
10. Wagle U. Repenser la pauvreté : définition et mesure. Rev Int Sci Soc. 2002;171(1):175-86.
11. Bray R, De Laat M, Godinot X, Ugarte A, Walker R. Les dimensions cachées de la pauvreté. Montreuil, Editions Quart Monde; 2019.
12. IWEPS. Chiffres Clés de la Wallonie 2022 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://ediwall.wallonie.be/iweps-les-chiffres-cles-de-la-wallonie-2022-numerique-106628>
13. IWEPS. Chiffres Clés de la Wallonie 2023 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://ediwall.wallonie.be/iweps-les-chiffres-cles-de-la-wallonie-2023-numerique-122897>
14. Spira A. Précarité, pauvreté et santé. Bull Académie Natl Médecine. avr 2017;201(4-6):567-87.
15. McKee M, Reeves A, Clair A, Stuckler D. Living on the edge: precariousness and why it matters for health. Arch Public Health. déc 2017;75(1):13, s13690-017-0183-y.

16. Horton R. The global financial crisis: an acute threat to health. *The Lancet*. janv 2009;373(9661):355-6.
17. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *The Lancet*. juill 2011;378(9786):124-5.
18. Culture & Santé. Enjeux santé : les déterminants de santé sous la loupe. Guide d'accompagnement. [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://culture-sante.staging03.globulebleu.com/outils-ressources/enjeux-sante-les-determinants-sous-la-loupe/>
19. Sciensano, Nélis G, Flamant N, Berete F, Braekman E, Bruggeman H, et al. Dixième enquête de santé COVID-19. Résultats préliminaires [Internet]. Sciensano; 2022 [cité 12 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.sciensano.be/node/68434>
20. Marmot M, Bloomer E, Goldblatt P. The Role of Social Determinants in Tackling Health Objectives in a Context of Economic Crisis. *Public Health Rev*. juin 2013;35(1):9.
21. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. 2009;374.
22. Cooper D, McCausland WD, Theodossiou I. The health hazards of unemployment and poor education: The socioeconomic determinants of health duration in the European Union. *Econ Hum Biol*. déc 2006;4(3):273-97.
23. Ridge T. 'We are All in This Together'? The Hidden Costs of Poverty, Recession and Austerity Policies on Britain's Poorest Children. *Child Soc*. sept 2013;27(5):406-17.
24. Tapia Granados JA. Macroeconomic fluctuations and mortality in postwar Japan. *Demography*. 1 mai 2008;45(2):323-43.
25. Ásgeirsdóttir TL, Corman H, Noonan K, Ólafsdóttir Þ, Reichman NE. Was the economic crisis of 2008 good for Icelanders? Impact on health behaviors. *Econ Hum Biol*. mars 2014;13:1-19.
26. Valkonen T. Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland. *Eur J Public Health*. 1 déc 2000;10(4):274-80.
27. Lopez-Valcarcel BG, Barber P. Economic Crisis, Austerity Policies, Health and Fairness: Lessons Learned in Spain. *Appl Health Econ Health Policy*. févr 2017;15(1):13-21.
28. Ifanti AA, Argyriou AA, Kalofonou FH, Kalofonos HP. Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care. *Health Policy*. nov 2013;113(1-2):8-12.
29. Bor J, Cohen GH, Galea S. Population health in an era of rising income inequality: USA, 1980–2015. *The Lancet*. avr 2017;389(10077):1475-90.
30. Boujut É. III. Comprendre et prévoir les comportements en santé. In: *Psychologie de la santé* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2012. p. 67-86. (Licence). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante--9782130593157-p-67.htm>

31. Cambon L. De l'étude des comportements de santé à la définition de stratégies de prévention : un chemin linéaire ? Sci Soc Santé. 2020;38(2020/1):67-75.
32. Lecompte R. Les épreuves multiples de la monoparentalité (interview de Wagener, M). L'Observatoire : Monoparentalité, une situation qui réclame attention. juill 2021;107.
33. Semah H. L'impact du COVID-19 sur les inégalités entre les femmes et les hommes à Bruxelles. 2021.
34. Emmanuel N. Monoparentalité et mal-logement: une histoire de femmes. La Ligue de l'Enseignement et de l'Education permanente [Internet]. 7 févr 2022 [cité 13 mai 2023]; Disponible sur: https://ligue-enseignement.be/monoparentalite-et-mal-logement-une-histoire-de-femme?fbclid=IwAR3p0d6oC2F4trZ-t_qBOPWPejaAXDRojdva6HGZxGrUux8GZnKx0Kjdlpk
35. Parents isolés dans le système de chômage et dans les régimes d'interruption de travail.
36. Bowleg L. The Problem With the Phrase *Women and Minorities*: Intersectionality—an Important Theoretical Framework for Public Health. Am J Public Health. juill 2012;102(7):1267-73.
37. Carde E, Bernheim E, Bernier D, Giguère N. L'approche « intégrée » des rapports sociaux inégalitaires : Intersectionnalité, inégalités sociales et santé. Revue du CREMIS. 2015;8(2):22-7.
38. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring Social Class in US Public Health Research: Concepts, Methodologies, and Guidelines. Annu Rev Public Health. mai 1997;18(1):341-78.
39. Cole ER. Intersectionality and research in psychology. Am Psychol. avr 2009;64(3):170-80.
40. Potvin L, Moquet MJ, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES; 2010. (Dossiers santé en action).
41. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances: Reflets Perspect Vie Économique. 24 juin 2015;Tome LIII(4):67-82.
42. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin. Vol. Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé. Paris, France; 2016.
43. Ribau C, Lasry JC, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes JP. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues: Rech Soins Infirm. 1 juin 2005;N° 81(2):21-7.
44. Matua GA, Van Der Wal DM. Differentiating between descriptive and interpretive phenomenological research approaches. Nurse Res. 14 juill 2015;22(6):22-7.
45. Région Wallonne. Plan Wallon de sortie de la pauvreté 2020-2024. 2020.
46. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin. Vol. Chapitre 4. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes. Paris, France; 2016.
47. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.
48. Vandette MP, Gosselin J, Valiquette-Tessier SC. « Vers la réussite »: Utilisation de Photovoice

pour témoigner de l'expérience des mères monoparentales vivant dans un contexte défavorisé. *Nouv Prat Soc.* 9 oct 2015;27(1):168-88.

49. Kjellstrand EE, Harper M. Yes, She Can : An Examination of Resiliency Factors in Middle- and Upper-Income Single Mothers. *J Divorce Remarriage.* 2012;53(4):311-27.
50. Bodryzlova Y, Moullec G. Definitions of positive health: a systematic scoping review. *Glob Health Promot.* sept 2023;30(3):6-14.
51. Demarest S, Charafeddine F, Berete S, Drieskens S. Enquête de santé 2018 : Accessibilité financière aux soins de santé [Internet]. Bruxelles, Belgique : Sciensano; 2018. Disponible sur: www.enquetesante.be
52. Berete F, Braekman E, Bruggeman H, Charafeddine R, Demarest S, Drieskens S, et al. Sixième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires [Internet]. [object Object]; 2021 [cité 11 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.sciensano.be/node/66330>
53. Sciensano. Enquête de santé covid-19 : quelques résultats préliminaires [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.sciensano.be/sites/default/files/report_final_fr.pdf
54. Van Campenhoudt L, Marquet J, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales. 5e édition entièrement revue et augmentée. Malakoff [France]: Dunod; 2017.
55. OMS, Santé et Bien-être social Canada, Association canadienne de santé publique. Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé [Internet]. 1986. Disponible sur: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>
56. Chamberland M, Bourassa B, Le Bossé Y. BIEN-ÊTRE, DÉVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR DES PERSONNES ET DES COLLECTIVITÉS ET APPRENTISSAGE TOUT AU LONG DE LA VIE. *Rev Québécoise Psychol.* 9 août 2017;38(2):65-79.
57. Brun G. Pouvoir d'agir, en analyse de l'activité: Traces, usages et figures modernes de Spinoza. *Activites* [Internet]. 18 mars 2017 [cité 24 mai 2024];14(1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/activites/2957>
58. Gouédard C, Rabardel P. Pouvoir d'agir et capacités d'agir : une perspective méthodologique ? : Illustration dans le champ de la santé, sécurité et conditions de travail. *Perspect Interdiscip Sur Trav Santé* [Internet]. 30 oct 2012 [cité 24 mai 2024];(14-2). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/pistes/2808>
59. Ballet J, Mahieu FR. CAPABILITÉ ET CAPACITÉ DANS LE DÉVELOPPEMENT : REPENSER LA QUESTION DU SUJET DANS L'ŒUVRE D'AMARTYA SEN. *Rev Tiers Monde.* 2009;198(2):303.

Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien (dernière version)	1
Annexe 2 : visuel de recrutement (dernière version)	3
Annexe 3 : Flow Chart de la collecte des données.....	4
Annexe 4 : arbre thématique.....	5
Annexe 5 : demande d'avis au Comité d'Éthique	6
Annexe 6 : validation du Comité d'Éthique.....	10
Annexe 7 : consentement éclairé	12
Annexe 8 : tableau d'extraction (annexe indépendante, accès privé pour garantir la confidentialité)	

Annexe 1 : guide d'entretien (dernière version)



Guide d'entretien

Mot introductif : *Tout d'abord merci de me recevoir. Je m'appelle Chloé Clinquart je suis infirmière et je suis étudiante en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je mène un projet qui s'intéresse à l'impact de l'augmentation des prix sur la façon dont les mères de familles monoparentales adoptent des comportements de santé pour elles et pour leur foyer. J'aimerais par cette étude mettre en avant l'expérience des mères de familles monoparentales. Votre témoignage est important pour faire connaître la réalité de ce que vous vivez. Pour cet interview, l'important pour moi est que vous puissiez raconter en toute confiance des situations vécues dans le cadre de votre vie de tous les jours. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses car c'est votre vécu qui nous intéresse et vous avez le droit de ne pas répondre à une question si vous n'en avez pas envie. Cette interview est confidentielle, sachez que je réalise ce travail sous le secret professionnel. Pour me permettre de mener à bien ce projet, acceptez-vous que je vous enregistre ?*

Cet enregistrement sera retranscrit et anonymisé. J'ai préparé quelques questions à parcourir avec vous, mais sentez-vous libre d'aborder tout ce qui vous paraît important à propos des situations dont nous parlerons. Les premières questions visent à cerner vos conditions de vie et celles de vos enfants.

Questions	Questions de relance	Objectifs
Pour vous présenter, que diriez-vous de vous ? Quelle est votre situation actuelle ?		Mettre en confiance et permettre de s'exprimer librement.
Quel âge avez-vous et combien d'enfants avez-vous ? A quel temps de garde avez-vous votre/vos enfant(s) ?		S'assurer que la personne est bien dans les critères du mémoire et connaître les caractéristiques propres à cette personne, son contexte de vie.
Où vivez-vous ? (En ville ? En plein centre-ville ? En périphérie de la ville ? En appartement ? Dans une maison ? ...)		
Quelle est votre profession ? A quel temps de travail exercez-vous celle-ci ?		
Avez-vous l'impression que vos revenus sont suffisant pour nouer les deux bouts ?		
Comment avez-vous vécu l'augmentation des prix que l'on a connu ces dernières années ?	Avez-vous dû changer des choses dans vos comportements (alimentation, courses, sport, loisirs, sorties, accès aux soins, ...) ? Pensez-vous que ces changements ont un impact sur votre santé / celle de vos enfants ? Quelles étaient vos pratiques liées à la santé avant l'inflation (nourriture, sport, loisirs ou consultations chez le dentiste, médecin...) ? Sortez-vous aussi souvent qu'avant?, Voyez-vous vos ami(e)s aussi souvent qu'avant..?	Obtenir le vécu et le ressenti des personnes ciblée dans le but de pouvoir ensuite tirer des conclusions. Découvrir des exemples de leur quotidien mettant en avant leur vécu et leur ressenti. Permettra ensuite de tirer des conclusions sur base d'hypothèses ou de déconstruire des hypothèses ne correspondant pas à la réalité des personnes écoutées.
Qu'est-ce que cela a comme conséquences pour vous, dans votre quotidien ?	Avez-vous l'impression que votre santé ou celle de vos enfants s'est dégradée ou s'est améliorée suite aux crises ? Si oui, avez-vous des exemples ? On sait que c'est difficile actuellement pour les citoyens et encore plus pour les mères de familles monoparentales, qu'avez-vous vu comme changement sur votre vie de votre côté ? Sortez-vous aussi souvent qu'avant ? Voyez-vous vos ami(e)s aussi souvent qu'avant..? Pensez-vous à d'autres exemples / d'autres situations de votre quotidien que vous avez rencontré depuis cette crise ?	

<i>Au besoin donner une question « exemple » : Est-ce que par exemple avant vous pratiquiez + ou - d'activité physique depuis l'augmentation des prix ? Est-ce que vous avez l'impression que vos habitudes alimentaires ont changées ? Est-ce que vous avez l'impression d'avoir augmenté votre consommation de tabac ou d'alcool depuis l'augmentation des prix ? Est-ce que vous avez l'impression de - vous rendre chez les prof de la santé ou à la pharmacie depuis l'augmentation des prix ?</i> <i>Si oui : est-ce que vous pouvez m'en raconter plus à ce sujet ?</i>		<ul style="list-style-type: none">• On a - de revenu, on sait plus payer l'essence et l'assurance de la voiture, on la revend et on prend les transports en commun et moyen de transport actif• On a - de revenus, on se rend - chez les professionnels de la santé (sauf pour personnes en maison médicale)• On a - de revenus, on consomme - de médicaments
<u>Questions sur les représentations et la perception de la santé</u>		Aller plus loin en abordant les représentations et la perception de la santé : les comportements favorables/défavorables à la santé. Déterminer si la valeur de la santé à de l'importance pour eux.
Dans cette situation/exemple que vous m'expliquez, avez-vous l'impression que cela a eu un impact sur votre santé ?	Est-ce que vous avez l'impression de faire attention à votre santé (relativement à ...) ?	
Comment est-ce que cela influence votre santé ?	Est-ce que ce que quand vous faites ..., vous le faites en pensant à votre santé ? Pourquoi ? Comment ?	
Avez-vous l'impression que c'est bon ou mauvais pour votre santé ?	Vous pouvez m'en dire un peu plus ? Vous pouvez m'expliquer ? Pouvez-vous me donner un exemple ?	
Pour approfondir, aller plus loin en fonction de la thématique abordée, <i>par exemple</i> : <ul style="list-style-type: none">• <i>Alimentation</i> : avez-vous l'impression d'avoir une alimentation plus saine ou moins saine ?• <i>Activité physique</i> : avez-vous l'impression de pratiquer + ou – d'activité physique ?• <i>Consommation de produit</i> : avez-vous l'impression que votre consommation a augmenté ou diminué ?• <i>Accès à la santé</i> : avez-vous l'impression que cela impact négativement ou positivement votre santé ?• <i>Loisirs / sorties / relations humaines</i> : avez-vous l'impression de + ou – sortir qu'avant ? de + ou – être en contact avec des personnes ?• <i>Santé mentale / stress</i> : avez-vous l'impression que votre bien-être s'est amélioré ? avez-vous l'impression que votre stress s'est amplifié ?		
<u>Rappel</u> : Comme vous le savez l'objectif de mon mémoire est de voir l'impact de l'inflation sur la façon dont les mères de familles monoparentales mettent en place des comportements de santé, il est donc important pour moi de bien comprendre ce que vous vivez, ce vous percevez, ce qui vous semble important.		
<u>Questions d'approfondissement</u> : dans cette situation/exemple que vous m'expliquez... <ul style="list-style-type: none">○ Comment est-ce que ça s'est passé ?○ Qu'est-ce qui vous a manqué dans cette situation ?○ Qu'est-ce qui pourrait réellement vous aider ?○ Qu'est-ce qui était important pour vous à ce moment-là ? Quelle était votre priorité ?○ Sur quelles ressources avez-vous pu compter pour vous aider ?○ Vous m'avez parlé de « ... » (reformuler l'exemple en quelques mots) quelles en sont les conséquences ?		Aller plus loin dans leurs situations vécues pour avoir plus de détails et d'informations pour mieux comprendre leur réalité. Établir des perspectives et des propositions d'actions sur base de leurs expériences.
Ai-je oublié quelque chose d'important dans mes questions ? Vous semble-t-il que l'on a fait suffisamment le tour de la question, n'a-t-on rien oublié qui vous semble important à partager dans le cadre de mon étude ?		
<u>Mot de conclusion</u> : Merci pour le temps que vous m'avez consacré en me partageant votre expérience. Merci aussi de m'avoir fait confiance et de m'avoir permis de rentrer dans votre intimité durant cet entretien. Sachez que votre témoignage est important et me permet de mieux comprendre votre ressenti ainsi que celui des autres mères de familles monoparentales qui n'auront pas pu l'exprimer. Souhaitez-vous recevoir un retour de cette étude ?		

Mémoire de fin d'étude

Dans le cadre de mon master en Sciences de la Santé Publique, je suis à la recherche d'une vingtaine de **mères de famille monoparentale** qui accepteraient de me recevoir pour un **entretien** (environ 1h).

Conditions de participation

Être mère de famille mono depuis au moins 4 ans

Avoir entre 18 et 55 ans

Avoir au moins 1 enfant à charge

Avoir la garde au moins 50% du temps

Travailler

Avoir de bas revenus (- de 2000€)

Vivre dans la Province de Liège

Confidentialité et anonymat



 **LIÈGE université**
Médecine
Sciences de la
santé publique

Contactez-moi

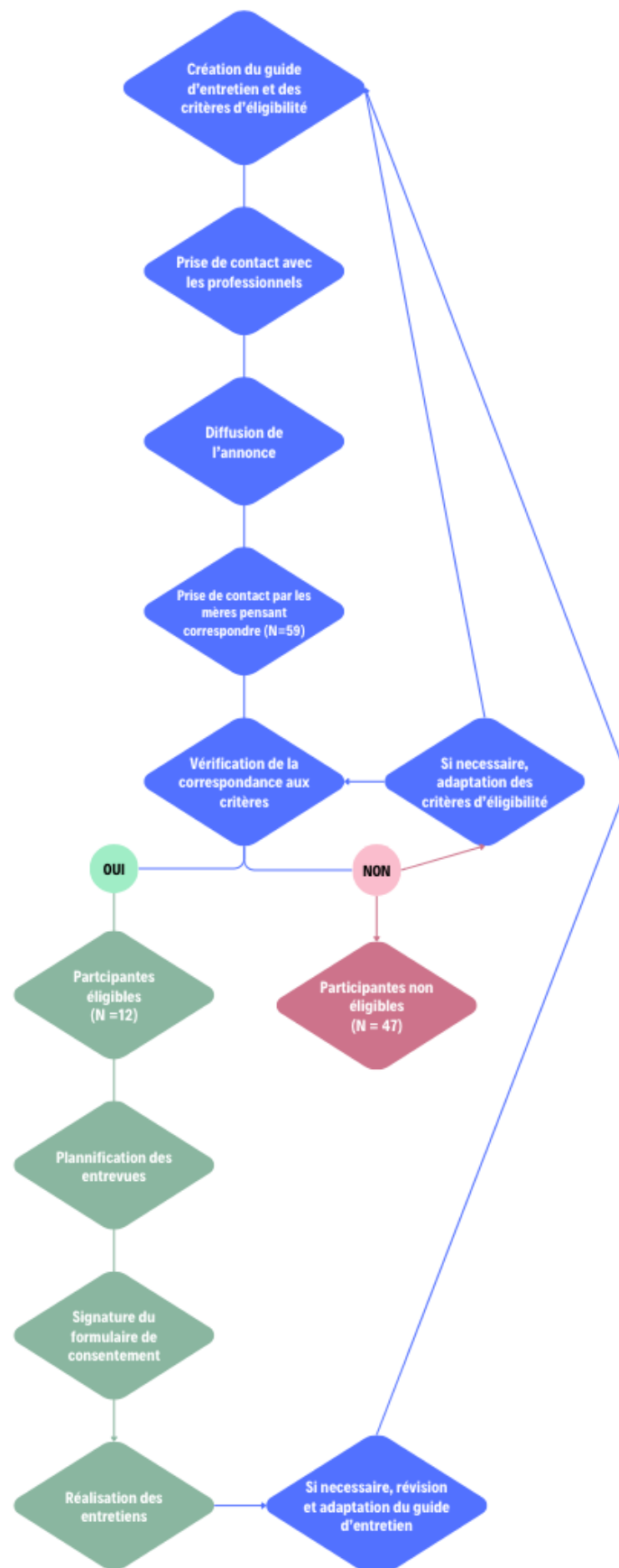
Chloé Clinquart

0477 03 11 91

chloe.clinquart@student.uliege.be

WhatsApp / Messenger

Annexe 3 : Flow Chart de la collecte des données



Annexe 4 : arbre thématique

La résilience, leur arme la plus puissante	Caractère et ressources personnelles/internes	Capacité à voir le positif
		Capacité à minimiser sa situation par empathie pour les autres
		Leur(s) enfant(s), leur plus grande ressource
		Résilience et caractère donnent l'impression à l'entourage que tout est simple, que l'on n'a pas besoin d'aide
	Mise en place d'une attitude économe au quotidien et d'une vigilance accrue	
	Capacité à s'adapter, à trouver des solutions/alternatives pour réduire les dépenses	S'adapter à ses revenus pour réussir à épargner
La limitation de la capacité d'agir et de faire des choix	Capacité à s'organiser, planifier et anticiper	
	Perte de libertés, ne jamais pouvoir faire quelque chose sans se poser de questions	
	Faire face à des balances décisionnelles complexes	Trouver un équilibre entre argent et « petits plaisirs »
	Ne jamais s'arrêter, tout le temps courir, ne pas avoir le temps de prendre soin de soi	
Les conséquences sur les déterminants de la santé	Difficulté à faire face à des certains imprévus	
	Accès aux soins de santé	Contrainte à maintenir une bonne santé
		Priorisation des soins des enfants quitte à se priver soi-même
		Report ou annulation des soins de santé
	Conscience de l'importance de la santé et de la prévention	
	Santé mentale	
	Sommeil	
	Isolement social et solitude	Importance du soutien de l'entourage pour affronter les défis du quotidien
	Alimentation	Privilégier le « maison » et/ou les « sous-marques »
	Emploi	

Annexe 5 : demande d'avis au Comité d'Éthique



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

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

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be.

Si l'avis d'un Comité d'Éthique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant-e (prénom, nom, adresse courriel) : Chloé Clinquart
chloe.clinquart@student.uliege.be
2. Finalité spécialisée : praticien spécialisé en santé publique
3. Année académique : 2023-2024
4. Titre provisoire du mémoire : « *Quel est le ressenti et l'expérience vécue des mères de familles monoparentales à bas revenus concernant l'impact de la crise énergétique et de l'inflation sur la façon dont elles adoptent des comportements de santé ?* »
5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :
/
6. Nom du/de la Professeur-e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Président-e de Département :
/
7. Promoteur-trice-s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

CHARLIER Nathan

Professeur associé ULiège

ncharlier@uliege.be

Bât. B23 Santé publique : aspects spécifiques

Quartier hôpital - Avenue Hippocrate 13, 4000 Liège

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

L'objectif principal est d'explorer le ressenti et l'expérience quant à la mise en place de comportement de santé chez des personnes qui travaillent, dont les revenus sont faibles, et qui par conséquent, sont en situation de glissement vers la précarité.

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

L'étude proposée s'inscrit dans une démarche d'exploration via une approche qualitative phénoménologique. Elle a pour objectif d'explorer et d'analyser l'expérience et le vécu de mères monoparentales à bas revenus sur la façon dont elles adaptent leurs comportements de santé à la suite de la crise. La méthode qualitative se révèle être la plus adéquate pour l'exploration du vécu car elle permet une analyse en profondeur du discours. Pour ce faire, des entretiens semi-directifs seront réalisés jusqu'à obtenir saturation des données.

La population ciblée dans le cadre cette enquête est déterminée en fonction d'une partie des critères de vulnérabilité étudiés par la Région Wallonne. Cette étude s'intéressera donc aux femmes de 18 à 49 ans, mères de famille monoparentale, ayant un emploi mal rémunéré (proche du salaire minimum interprofessionnel) et ainsi de bas revenus pour leurs foyers.

Pour atteindre cette population, une méthode par effet boule de neige sera mise en œuvre. Pour limiter au maximum le biais de sélection qui en découle, il est possible d'envisager plusieurs sources. L'idée serait de partir de plusieurs entreprises de secteurs d'emploi dont la rémunération est proche du salaire minimum : titres-services, vente,...

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

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? **Oui**
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? **Non**
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? **Oui : salaires, santé, social, comportements de santé, pauvreté...**

4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? **Non**
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? **Non**
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? **Non**
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? **Non**
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? **Non**
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? **Non**
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? **Non**

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

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

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

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

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

Date : 22/09/23

Nom et signature du promoteur : Charlier Nathan



Annexe 6 : validation du Comité d'Éthique

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



Sart Tilman, le 10/10/2023

Madame le **Prof. A-F. DONNEAU**
Madame **Chloé CLINQUART**
Service de **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**
CHU B23

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: **2023/275**

"Quel est le ressenti et l'expérience vécue des mères de familles monoparentales à bas revenus concernant l'impact de la crise énergétique et de l'inflation sur la façon dont elles adoptent des comportements de santé ?"

Protocole : v1

Cher Collègue,

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

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

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

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

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur E. BAUDOUX, Docteur G. DAENEN, Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif – Coordination scientifique: 04/323.21.58
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

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

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

Annexe 7 : consentement éclairé

1. Information essentielle à votre décision de participer

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude qualitative qui vise à comprendre l'expérience vécue des mères de familles monoparentales ayant de bas revenus suite à l'inflation économique ainsi que les conséquences sur les comportements de santé.

Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, nous vous invitons à prendre connaissance de ses implications en termes d'organisation, avantages et risques éventuels, afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause. Ceci s'appelle donner un « consentement éclairé ».

Veuillez lire attentivement ces quelques pages d'information et poser toutes les questions que vous souhaitez à l'investigateur ou à la personne qui le représente.

Ce document comprend 3 parties : l'information essentielle à votre prise de décision, votre consentement et des informations complémentaires qui détaillent certaines parties de l'information de base.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

- Cette étude est mise en œuvre après évaluation par un comité d'éthique.
- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite votre consentement.
- Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et anonymisées lors de la retranscription des entretiens.
- Vous pouvez toujours contacter l'investigateur si vous avez des questions.

Déroulement de l'étude

L'étude sera menée par Chloé Clinquart, étudiante en master de Sciences de la Santé Publique. Nathan Charlier est le promoteur, il l'accompagne dans son mémoire.

L'entretien comprendra quelques questions ouvertes permettant de vous exprimer librement au sujet de votre expérience. Après avoir donné votre accord de participation, vous serez invité par l'étudiante à fixer un RDV pour participer à un entretien. L'entretien sera réalisé en présentiel. Il faut compter approximativement 60 minutes pour la réalisation de l'entretien.

Description des risques et bénéfices

Aucun risque, en termes de santé, n'existe suite à votre participation à cette étude. Le principal inconvénient réside dans le temps passé à réaliser l'entretien.

Participation volontaire

Votre participation est volontaire. Lors de l'entretien, vous pourrez à tout moment rectifier ou supprimer vos données. Après retranscription de l'entretien, il ne sera plus possible de modifier vos données car il ne sera pas possible d'identifier votre entretien individuel.

Si vous participez à cette recherche, nous vous demandons de collaborer pleinement au bon déroulement de cette recherche en répondant de manière la plus honnête aux questions qui vous seront adressées.

Contact

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter le promoteur (Charlier, Nathan, ncharlier@uliege.be 04 366 24 91) ou les Sciences de la Santé Publique via mssp@uliege.be.

2. Informations complémentaires

Complément d'informations sur la protection et les droits du participant

Comité d'Ethique

Cette étude a été évaluée par un Comité d'Ethique indépendant, à savoir le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège, qui n'a pas émis d'objection à la conduite de cette étude. Les Comités d'Ethique ont pour tâche de protéger les personnes qui participent à un essai clinique. Ils s'assurent que vos droits en tant que patient et en tant que participant à une étude clinique sont respectés, qu'au vu des connaissances actuelles, l'étude est scientifiquement pertinente et éthique. En aucun cas vous ne devez prendre l'avis du Comité d'Ethique comme une incitation à participer à cette étude.

Participation volontaire

N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez. Votre participation à l'étude est volontaire et doit rester libre de toute contrainte : ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer. Il sera impossible de rectifier ou supprimer vos réponses après retranscription de votre entretien, car il ne sera pas possible d'identifier votre entretien individuel. Si vous acceptez de participer à cette étude, vous mentionnerez votre accord au début de l'étude par la signature du formulaire de consentement éclairé.

Protection de de votre identité

Les données seront anonymisées dès la phase de retranscription du matériel. Votre participation à l'étude signifie que vous acceptez que l'investigateur principal recueille des données vous concernant et que le promoteur de l'étude les utilise dans un objectif pédagogique, de recherche et dans le cadre de publications scientifiques et médicales. L'investigateur possède un devoir de confidentialité vis-à-vis des données recueillies. Cela signifie qu'il s'engage à n'utiliser vos données anonymisées que dans le cadre strict de cette étude. Les données personnelles transmises ne comporteront aucune association d'éléments permettant de vous identifier.

Protection des données à caractère personnel

- A. **Qui est le responsable du traitement des données ?** Le promoteur qui est Monsieur Charlier Nathan prendra toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données codées, conformément aux législations en vigueur¹.
- B. **Qui est le délégué à la protection des données ?** Pierre-François Pirlet dpo@uliege.be
- C. **Sur quelle base légale vos données sont-elles collectées ?** La collecte et l'utilisation de vos informations reposent sur votre consentement. En consentant à participer à l'étude, vous acceptez que certaines données personnelles puissent être recueillies et traitées électroniquement à des fins de recherche et pédagogique en rapport avec cette étude.
- D. **A quelle fin vos données sont-elles traitées ?** Les données sont récoltées à des fins pédagogiques dans le cadre d'un mémoire du Master en Sciences de la Santé publique. Les données pourraient également servir à la production d'articles scientifiques, de présentations orales et d'articles de vulgarisation. Ces travaux/documents ne feront usage que de données qui auront été rendues strictement anonymes au préalable. Toute utilisation de vos données en dehors du contexte décrit dans le présent document ne pourrait être menée qu'avec votre accord et après approbation du comité d'éthique.
- E. **Quelles sont les données collectées ?** Il s'agit de vos récits, de votre expérience.
- F. **Comment mes données sont-elles récoltées ?** Les entretiens menés par l'étudiante seront enregistrés sur magnétophone. Les réponses enregistrées seront anonymisées dès retranscription du matériel.
- G. **Qui peut voir mes données ?** l'étudiante tenue au secret professionnel. Une fois anonymisée le promoteur et les lecteurs auront accès aux données. Cependant, tous, seront tenus par une obligation de confidentialité.
- H. **Par qui mes données seront-elles conservées et sécurisées et pendant combien de temps ?** Vos données sont conservées par l'étudiant le promoteur et cela pour la période nécessaire à leur traitement et à la réalisation complète de la recherche. A l'issue de cette période, les données seront détruites. L'enregistrement par les étudiants répondra à une série de normes de sécurisation informatique qui auront été établies par le promoteur.
- I. **Mes données seront-elles transférées vers d'autres pays hors Union Européenne/espace économique européen/Suisse ?** Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.
- J. **Quels sont mes droits sur mes données ?** Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :
 - o Obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination ;

¹ Ces droits vous sont garantis par le Règlement Européen du 27 avril 2016 (RGPD) relatif à la protection des données à caractère personnel et à la libre circulation des données et la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

- o Obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- o Obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant ;
- o Obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant; - obtenir, sans frais, la portabilité des données à caractère personnel la concernant et qu'elle a fournies à l'Université, c'est - à - dire de recevoir, sans frais, les données dans un format structuré couramment utilisé, à la condition que le traitement soit fondé sur le consentement ou sur un contrat et qu'il soit effectué à l'aide de procédés automatisés ;
- o Retirer, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire, son consentement. Ce retrait entraîne automatiquement la destruction, par le chercheur, des données à caractère personnel collectées ;
- o Introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be)

3. Consentement éclairé

Participant

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document. J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix (médecin généraliste, parent). J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse favorable à mes questions. J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que le principal investigateur et le promoteur de l'étude se portent garants de la confidentialité de ces données. Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité. J'accepte que les données de recherche récoltées pour les objectifs de la présente étude puissent être traitées ultérieurement pour autant que ce traitement soit limité au contexte de la présente étude.

Signature

Principal Investigateur

Je soussigné, Chloé Clinquart confirme avoir fourni les informations nécessaires sur l'étude.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que la personne accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Signature