

Faculté de santé publique

Mamans solos à Bruxelles : Stratégies de préservation de la santé durant la pandémie de COVID- 19.

Mémoire réalisé par
Ilheme Arras

Promotrice
Sandrine Roussel

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Mamans solos à Bruxelles : Stratégies de préservation de la santé durant la pandémie de COVID- 19.

Mémoire réalisé par
Ilheme Arras

Promotrice
Sandrine Roussel

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Avant tout, je tiens à exprimer ma plus sincère gratitude à ma promotrice, Sandrine Roussel. Son accompagnement constant, ses conseils avisés et sa disponibilité tout au long de ce travail ont été pour moi une aide précieuse.

Je souhaite également adresser mes chaleureux remerciements à M. El Zohbi, qui a su m'insuffler une motivation sans faille. Sa confiance en mes capacités et son encouragement ont été l'élément déclencheur dans la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite aussi exprimer ma gratitude à M. Thomas, pour son soutien, son aide et sa confiance. Il a su reconnaître mes capacités et a été un mentor exceptionnel tout au long de ce parcours. Sa présence encourageante et sa volonté de me voir réussir ont été un véritable catalyseur pour m'encourager à dépasser mes limites.

Enfin, je ne peux conclure ces remerciements sans mentionner Ahmed. Sans lui, ce travail n'aurait tout simplement pas vu le jour. Je lui suis extrêmement reconnaissante pour tout ce qu'il a fait.

*Je dédie ce mémoire à mon père et à mon grand-père.
Leur héritage et leur soutien indéfectible resteront à jamais gravés dans mon cœur.*

À Isaac, ma source de fierté et d'amour.

Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Introduction	1
Contexte	3
I. Cadre théorique	5
1. Concepts	5
1.1. Monoparentalité	5
1.2. Vulnérabilité	5
2. Difficultés rencontrées par les familles monoparentales avec une femme comme cheffe de famille	6
2.1. L'emploi	7
2.2. Le revenu	8
2.3. Le logement	9
2.4. L'isolement	10
2.5. La charge psychologique	10
3. Impact du COVID sur les familles monoparentales	12
4. La santé et ses déterminants	14
4.1. Définition	14
4.2. Les déterminants de santé	15
4.3. Comportements de santé	18
II. Méthodologie	27
1. Choix du thème et question de recherche	27
2. Revue de la littérature	28
3. Type de méthodologie	29
4. Démarche et échantillonnage	30
5. Collecte des données	33
6. Guides d'entretien	34
7. Analyse des données et stratégies de validation	34
8. Préoccupation éthique et confidentialité du mémorant	35
III. Résultats	37
1. Présentation de l'échantillon	37
2. Résultats des mamans solos	39
2.1. Perception de la gravité	39
2.2. Perception de la vulnérabilité	40
2.3. Perception des obstacles et difficultés	41
2.4. Perception des avantages et leviers	45
2.5. Caractéristiques psychologiques	46

2.6.	Influences sociales	47
2.7.	Motivation à la santé	48
2.8.	Cues to action.....	48
3.	Résultats des professionnels.....	49
3.1.	Perception de la gravité et de la vulnérabilité	49
3.2.	Perception des obstacles et difficultés	49
3.3.	Perception des avantages et leviers	51
3.4.	Caractéristiques psychologiques	51
3.5.	Influences sociales	52
3.6.	Cues to action.....	52
4.	Stratégies mises en place	52
4.1.	Respect des règles sanitaires	52
4.2.	Non-respect des règles sanitaires	53
4.3.	Mesures d'hygiène	53
4.4.	Adoption d'une alimentation saine	53
4.5.	Médecine alternative	53
4.6.	Réorganisation	54
4.7.	Solidarité	54
4.8.	Aide de structures	55
4.9.	Réseaux sociaux.....	55
4.10.	Gestion de l'information	55
4.11.	Lâcher prise	55
IV.	Discussion	57
1.	Confrontation à la littérature	57
1.1.	Perception de la gravité.....	57
1.2.	Perception de la vulnérabilité.....	58
1.3.	Perception des leviers et avantages.....	58
1.4.	Perception des obstacles et difficultés	58
1.5.	Caractéristiques psychologiques	59
1.6.	Influences sociales	59
1.7.	Motivation à la santé	60
1.8.	Cues to action.....	60
1.9.	Caractéristiques démographiques	60
2.	Limites de la recherche	61
3.	Perspective et recommandations	63
3.1.	Perspectives en cas de futures pandémies.....	63
3.2.	Perspectives pour de futures recherches	65

Conclusion.....	66
Bibliographie	68
Annexes	73
Annexe I : Guides d’entretiens.....	73
Annexe II : Exemple d’analyse	76

Lexique

APA : American Psychological Association

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

COVID-19 : Coronavirus Disease 2019

HBM : Health Belief Model

IBSA : Institut Bruxellois de Statistiques et d'Analyse

ILC : Institut Langage et Communication

IPSY : Institute of Research in the Psychological Sciences

IRSS : Institut de Recherche Santé et Société

KCE : Belgian Health Care Knowledge Centre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P1 : Professionnel 1

P2 : Professionnel 2

SPR : Service Public Régional

Liste des figures

Figure 1- Modèle des déterminants de la santé

Figure 2- Modèle original du HBM

Figure 3- Evolution du HBM

Introduction

Avec son impact significatif à l'échelle mondiale, la pandémie de COVID-19 a souligné le rôle essentiel de la recherche scientifique pour comprendre les répercussions de telles crises sanitaires et pour tenter d'identifier des pistes de solutions pour faire face à de futures potentielles épidémies. C'est dans ce contexte que le projet PANDORIX a été initié. Cette recherche, financée par la ville de Bruxelles, a pour objectif d'anticiper les futures crises en tirant des leçons de la pandémie de COVID-19, en se focalisant notamment sur l'expérience de la population bruxelloise durant cette crise. C'est dans ce cadre général que s'inscrit notre mémoire.

La pandémie de COVID-19 a bouleversé la vie de tous, mais elle a accentué la vulnérabilité de certains groupes. C'est pourquoi, notre recherche s'est concentrée sur une population dite vulnérable : les femmes responsables de familles monoparentales à Bruxelles. Ces familles sont confrontées à de nombreux défis quotidiens, qui ont été amplifiés par la crise. Elles sont notamment plus susceptibles de vivre dans la précarité, avec 40% des familles monoparentales Bruxelloises vivant sous le seuil de pauvreté (Berger, 2019 ; Semah, 2021 ; SPR Bruxelles). De plus, dans plus de 80% des cas, ces familles sont dirigées par des femmes, ce qui ajoute une couche supplémentaire d'inégalités de genre à leurs difficultés. Il nous a donc paru pertinent d'explorer l'expérience de ces femmes pendant la crise.

Notre recherche se concentre sur les stratégies adoptées par les mères célibataires vivant à Bruxelles pour préserver leur santé pendant la pandémie de COVID-19. L'objectif est de mettre en lumière leur expérience pendant la pandémie, leur adaptation à la situation, et d'obtenir une meilleure compréhension de ce groupe en termes de comportements de santé. Les résultats pourraient contribuer à la gestion de futures crises en tenant compte des réalités spécifiques de ce groupe.

Pour réaliser cette recherche, nous avons choisi une approche qualitative déductive, basée sur le Health Belief Model. Nous avons mené des focus groups avec des mères célibataires et des entretiens semi-directifs avec des professionnels. L'analyse croisée de ces données nous a semblé pertinente pour obtenir un retour direct de la population concernée et une perspective plus large grâce aux professionnels.

Au cours de ce mémoire, vous découvrirez le contexte de la recherche, les caractéristiques de ce public et l'impact de la crise sur celui-ci. Nous passerons également en revue différents concepts importants pour la bonne compréhension de ce travail. Une partie méthodologique détaillera le déroulement de la recherche, et une présentation des résultats accompagnée d'une discussion apporteront des éléments de réponse à notre question de recherche.

Contexte

La pandémie de COVID-19 a eu un impact significatif sur la santé et la vie des populations dans le monde entier. En Belgique, le virus a fait sa première apparition en février 2020 et a rapidement mené à une crise sanitaire majeure (KCE, 2020). C'est pourquoi, le gouvernement belge a directement mis en place des mesures pour contenir la propagation du virus. En effet, les mesures les plus courantes ont été la fermeture des écoles, des magasins non essentiels et des lieux publics, l'obligation du port du masque dans les espaces publics, la distanciation physique et sociale ainsi que des restrictions de voyage (Thiry et al., 2021).

En raison de sa densité de population, la ville de Bruxelles a été particulièrement touchée par la pandémie. Ainsi, selon une étude menée par l'Observatoire bruxellois de la santé et du social, les quartiers les plus pauvres et les plus densément peuplés de Bruxelles représentent les zones les plus impactées par la pandémie (Conseil Bruxellois de l'Egalité entre les Femmes et les Hommes, 2021). Les mesures de confinement ont également eu un impact significatif sur les populations vulnérables. Nous pouvons relever une étude menée par la Fondation Roi Baudouin qui a montré que les femmes, et en particulier les mères célibataires, ont été touchées de manière disproportionnée par la crise économique liée à la pandémie (Fortunier et al., 2021).

Par ailleurs, les mesures gouvernementales mises en place pour gérer la crise ont également eu des répercussions sur la capacité hospitalière en Belgique. D'après un rapport publié par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, la première vague de la pandémie a entraîné une forte pression sur les hôpitaux belges, en particulier dans la région de Bruxelles (KCE, 2020).

De façon générale, la pandémie de COVID-19 a eu des conséquences sociales et économiques significatives en Belgique, notamment pour les populations les plus vulnérables, qui sont souvent les plus affectées par les crises sanitaires et économiques.

Il est indéniable que les populations vulnérables sont diverses. Néanmoins, suite à différentes lectures, cette recherche s'intéressera aux femmes responsables d'une famille monoparentale à Bruxelles.

L'Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA) nous affirme dans ses données de 2019 que les familles monoparentales représentent 17,5% des ménages à Bruxelles. L'IBSA poursuit son analyse et affirme que, dans plus de 80% des cas, c'est une femme qui est responsable de ces familles. Si l'on se penche sur la situation socio-économique des familles monoparentales, nous pouvons relever que ces dernières sont plus souvent confrontées à la précarité que les autres types de famille. En effet, environ 40% des familles monoparentales à Bruxelles vivent sous le seuil de pauvreté (Berger, 2019 ; Semah, 2021 ; SPR Bruxelles s.d.).

Comme dit précédemment, dans la suite de ce travail, nous nous focaliserons sur les femmes responsables d'une famille monoparentale à Bruxelles. Notre objectif sera, d'une part, d'expliquer en quoi cette population représente un public vulnérable et, d'autre part, d'identifier les effets de la crise sanitaire sur ce public.

I. Cadre théorique

1. Concepts

1.1. Monoparentalité

Dans un premier temps, commençons par définir le concept de monoparentalité. En parcourant la littérature scientifique, nous pouvons observer qu'il existe de nombreuses définitions de la monoparentalité. Martin Wagner définit la monoparentalité comme « un ménage formé d'un seul parent et au moins d'un enfant à charge, dans lequel le parent éduque son/ses

enfant(s) seul (en continu ou en alternance) et qui assume la totalité ou une partie de la responsabilité financière du ménage » (Berger, 2019).

Une autre recherche du Service public régional de Bruxelles (s.d.), définit la monoparentalité comme étant une situation « où un parent assure en majeure partie seul au quotidien la charge économique et éducative du ou des enfant(s), qu'il ait (droit à) une rente alimentaire ou non ». Il a été jugé pertinent de se baser sur cette dernière définition afin de mener notre recherche car celle-ci reprend les caractéristiques le plus souvent rencontrées dans la littérature.

1.2. Vulnérabilité

Poursuivons en nous penchant sur le deuxième concept important de notre recherche, à savoir la vulnérabilité. Dans la littérature, les familles monoparentales sont mentionnées comme public vulnérable. Borderon et Oliveau (2016) définissent le concept de vulnérabilité comme : « La situation d'individus ou de groupes confrontés à un risque accru de précarisation ou d'exclusion, et qui disposent de moyens limités pour y faire face ».

Les auteurs approfondissent leur définition en expliquant que la vulnérabilité sociale est caractérisée par trois dimensions : une dimension individuelle, une dimension environnementale et une dimension relationnelle. Tout d'abord, la dimension individuelle concerne les caractéristiques propres à l'individu, telles que son âge, son sexe, son état de santé, son niveau d'éducation ou son statut socio-économique. La dimension environnementale quant à elle se réfère aux conditions matérielles et sociales dans lesquelles

l'individu vit, telles que son quartier de résidence, les services et infrastructures disponibles, l'accès à l'emploi et à la formation, qui peuvent alors avoir un impact sur sa situation socio-économique. Enfin, la dimension relationnelle met l'accent sur les relations sociales et les réseaux de soutien dont dispose l'individu, tels que sa famille, ses amis ou encore son voisinage.

En d'autres termes, les personnes ou les groupes vulnérables sont ceux qui bénéficient de moins de ressources et de capacités pour faire face à des événements imprévus ou à des situations difficiles.

Nous verrons dans le point suivant pourquoi les mamans solos représentent un public dit vulnérable.

2. Difficultés rencontrées par les familles monoparentales avec une femme comme cheffe de famille

Les mamans solos rencontrent des difficultés au quotidien auxquelles viennent s'ajouter l'inégalité liée au genre. En effet, selon le Service public régional de Bruxelles (s.d.), « les problématiques vécues par ces familles sont imprégnées et renforcées par les inégalités de genre à l'œuvre dans notre société ». Ainsi, certaines familles monoparentales féminines ayant un risque de précarité plus important, seraient fragilisées sur le plan économique, moral et physique. En d'autres termes, leur situation socioéconomique serait moins favorable et leur état de santé serait moins bon (Ancel et al, s.d.).

Dans cette section, nous évoquerons les problématiques suivantes : l'emploi, le revenu, le logement, l'isolement et enfin la charge psychologique.

Les difficultés relatées dans cette recherche ne sont pas toutes propres aux mamans solos, mais il est pertinent de les relever car nous verrons que certaines spécificités s'appliquent tout de même à ce public.

2.1. L'emploi

Selon Semah (2021), les mamans solos représentent un public vulnérable en termes d'emploi. Cette observation s'illustre par un taux de chômage élevé. En effet, le fait d'être cheffe de famille monoparentale rend l'accès au travail difficile pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le manque de temps étant donné que s'occuper seule de l'éducation des enfants rend ces femmes moins flexibles, comme le mentionne le Service Public Régional de Bruxelles. De plus, Ancel et al (s.d.) soulignent la difficulté d'accès aux moyens de garde, en raison du manque de places ou du coût élevé. Il s'en suit une baisse de leur disponibilité pour le travail.

Par ailleurs, cette population est souvent composée de femmes peu diplômées, ce qui aggrave leur situation d'emploi (Frans et al, 2014). Dans certains cas, elles finissent par trouver un travail dans des secteurs peu valorisants, avec des conditions peu avantageuses et souvent à temps partiel. Par conséquent, on observe une précarité au niveau de leurs ressources (Ancel et al, s.d. ; Berger, 2019).

Frans et al (2014) peaufinent leur analyse en expliquant qu'il y a un risque élevé de précarisation dans ce type de public, tant à cause des spécificités que nous venons d'énoncer, que de la notion de genre.

En effet, d'après Semah (2021), les femmes de manière générale bénéficient d'un accès plus réduit au travail. Ainsi, 52.4% des femmes possèdent un emploi contre 61.2% pour les hommes. A cela viennent s'ajouter des conditions moins favorables telles que les temps partiels. Cette discrimination est souvent renforcée chez les mères seules car les employeurs peuvent craindre qu'elles ne soient pas en mesure de gérer leur travail et leurs responsabilités parentales simultanément. De plus, les mères seules sont souvent confrontées à des stéréotypes de genre, qui les enferment dans des rôles traditionnels de soins aux enfants et de travail domestique, limitant ainsi leurs possibilités d'emploi et de carrière (Frans et al, 2014). Enfin, le manque de soutien familial ou social peut également aggraver la situation d'emploi des mamans solos, qui peuvent se sentir isolées et démunies face aux défis du marché du travail (Ancel et al, s.d. ; Berger 2019).

Les spécificités liées au statut de famille monoparentale, associées au genre, augmenteraient alors le risque de précarité pour ce type de public.

2.2. Le revenu

Regardons maintenant de plus près la situation des mères seules du point de vue du revenu. Les mamans solos sont confrontées à une situation financière difficile, souvent caractérisée par des revenus faibles et une précarité économique (Berger, 2019). En effet, le fait d'être cheffe de famille monoparentale implique souvent de devoir subvenir seule aux besoins de la famille, ce qui peut être compliqué à gérer financièrement. Quand une famille devient monoparentale, cette dernière doit subvenir à ses besoins sur base d'un seul revenu. Les charges liées au logement, à l'éducation, ou encore à la santé, ne sont pas forcément imputées de la même manière, surtout quand le parent détient la responsabilité principale de l'enfant.

Selon Berger (2019), les mères seules ont des revenus inférieurs à ceux des couples avec enfants et même des autres femmes seules sans enfants. On comprend donc qu'elles ont un risque de pauvreté plus élevé (Simon, 2018). Cette situation est souvent aggravée par la précarité de l'emploi occupé par les mères seules, ainsi que par le risque élevé de chômage, comme nous l'avons évoqué précédemment. Le manque de temps et la difficulté à trouver un mode de garde adéquat pour les enfants peuvent également limiter les possibilités d'emploi et les revenus des mères seules.

Il est important de souligner que les femmes occupent souvent des postes précaires avec une mauvaise rémunération et ont tendance à bénéficier d'un salaire inférieur à celui des hommes pour un travail similaire (SPR de Bruxelles, s.d.). De plus, selon le Service public régional de Bruxelles, les mamans solos rencontrent des difficultés pour obtenir des aides et des prestations sociales, ce qui accentue leur situation de vulnérabilité économique.

En somme, la situation économique des mamans solos peut être souvent décrite comme précaire et peut avoir des impacts négatifs sur leur qualité de vie ainsi que sur celle de leurs enfants. Simon (2018) évoque une conséquence supplémentaire de cette précarité en expliquant que cela représenterait une source de stress qui entraînerait des répercussions sur la santé mentale.

Toutes ces spécificités font des mères seules un public particulièrement vulnérable en termes de revenus et de précarité économique.

2.3. Le logement

Nous venons de voir les difficultés pour ce public en termes d'emploi et de revenu. Le logement est une autre problématique les concernant. De manière plus précise, le fait de se loger dans un endroit convenable tant d'un point de vue géographique que de salubrité, d'espace ou de sécurité.

Plusieurs auteurs (Semah, 2021 ; Ancel et al, s.d.) mentionnent que la charge d'un loyer rend difficile le fait de trouver un logement adéquat. Ces familles vivent alors dans de mauvaises conditions, tant d'un point de vue salubrité, que d'isolement ou d'espace, avec les conséquences que cela implique (Berger, 2019 ; Simon, 2018 ; Frans et al, 2014). En effet, l'isolement peut être responsable d'une diminution du bien-être impactant alors la santé mentale. La salubrité quant à elle, entraînerait des problèmes de santé physique.

De plus, les mamans solos rencontrent souvent des difficultés spécifiques en matière de logement en raison de discrimination liée au genre. Selon le Service public régional de Bruxelles (s.d.), les femmes ont plus de difficultés à obtenir un prêt immobilier ou un logement social à leur propre nom car elles sont perçues comme étant plus à risque de ne pas être en capacité de payer. Les stéréotypes de genre quant à eux, peuvent limiter les choix de logement disponibles pour les femmes seules. Et ceci mène à des situations où elles peuvent être découragées à vivre dans des endroits où elles ne se sentent pas en sécurité.

En outre, le confinement imposé lors de la pandémie a mis en évidence les problèmes d'espace pour les familles monoparentales. Selon Semah (2021), ces familles bénéficient souvent de logements plus petits que les familles avec deux parents, ce qui peut entraîner des difficultés pour travailler ou étudier à domicile, ou encore pour s'occuper des enfants pendant les périodes de confinement.

Enfin, le manque de sécurité et de stabilité lié à des conditions de logement précaires peut causer des problèmes de santé mentale et impacter la capacité des parents à éduquer leurs enfants de manière adéquate (Ancel et al, s.d.).

2.4. L'isolement

Une des difficultés majeures rencontrées par les mamans solos à Bruxelles est l'isolement social. Les raisons peuvent être multiples : déménagement à la suite d'une séparation, difficultés financières pour trouver un logement décent dans les quartiers centraux ou encore le manque d'opportunités de rencontre pour échanger sur leur situation (Simon, 2018 ; Frans et al, 2014).

Comme nous l'avons vu précédemment, l'isolement géographique est également une réalité pour ces femmes. En effet, pour se loger à des prix abordables, il est souvent nécessaire de s'installer en périphérie de la ville, loin de leur entourage et des services dont elles ont besoin (travail, garderie, école, etc.). Par conséquent, cette distance peut entraîner un manque de soutien et de solidarité au quotidien.

Par ailleurs, le manque de structures d'accueil pour les enfants en périphérie rend l'accès au marché de l'emploi plus difficile pour les mères. Les structures d'accueil étant souvent trop loin ou trop coûteuses, les mères sont souvent contraintes de rester à la maison pour s'occuper de leurs enfants, ce qui peut contribuer à leur isolement social et professionnel (Frans et al, 2014).

Enfin, la situation de chômage ou de précarité financière est également source d'isolement social pour ces femmes. Ainsi, elles peuvent se sentir stigmatisées ou jugées par leur entourage ou la société en général. S'ensuit alors un accroissement de leur sentiment de solitude et d'incompréhension.

2.5. La charge psychologique

La charge psychologique des mamans solos est une problématique importante qui peut avoir des conséquences sur leur santé mentale et physique. Selon Berger (2019), Simon (2018) et Frans et al. (2014), ces femmes sont souvent confrontées à un stress important lié aux multiples responsabilités qu'elles doivent assumer. Nous pouvons citer l'éducation de leurs enfants, la gestion du budget familial ou encore la recherche d'un travail comme exemples de responsabilités. Ces pressions peuvent conduire à des troubles de l'humeur tels que l'anxiété,

la dépression et le burn-out parental. Ainsi, « la tendance dépressive serait de 44% dans les familles monoparentales contre 25% dans les couples » (Simon, 2018).

En effet, les mamans solos doivent jongler entre plusieurs tâches et obligations quotidiennes, sans bénéficier d'un soutien adapté. Cette situation peut également entraîner une fatigue chronique et une baisse de l'estime de soi, aggravée par le sentiment de solitude et d'isolement social (Semah, 2021).

Enfin, ces femmes peuvent également ressentir de la culpabilité liée à leur incapacité à offrir à leurs enfants les mêmes opportunités et privilèges que les familles plus « traditionnelles ». A nouveau, cette pression constante peut renforcer leur sentiment de vulnérabilité et de stress psychologique (Simon, 2018).

Au travers de cette section, nous venons d'explorer différentes difficultés rencontrées par les mères célibataires. Ces problématiques sont souvent interconnectées et peuvent se renforcer mutuellement. Nous pouvons affirmer que les familles monoparentales peuvent être considérées comme une population vulnérable en raison de plusieurs facteurs socio-économiques et environnementaux qui les caractérisent. Dans le cas des familles monoparentales avec une femme comme responsable, ces facteurs peuvent inclure : des difficultés financières, des conditions de logement précaires, des difficultés d'accès aux services de garde ainsi que les peines à concilier vie professionnelle et vie familiale (Borderon et Oliveau, 2016).

Comme vu précédemment, tous ces facteurs peuvent rendre les femmes responsables d'une famille monoparentale plus vulnérables à la précarisation ou à l'exclusion sociale dans le sens où ils limitent leur capacité à subvenir aux besoins de leur famille et à accéder à des services et des opportunités éducatives et professionnelles.

Par conséquent, au vu du concept défini précédemment dans ce travail, les familles monoparentales avec une femme comme responsable pourraient-être considérées comme une population vulnérable.

3. Impact du COVID sur les familles monoparentales

La pandémie de COVID-19 a eu un impact significatif sur les difficultés déjà rencontrées au préalable par les mamans solos. En effet, les mesures de confinement et les restrictions de déplacement sont venues s'ajouter aux complications du quotidien des mères seules.

En ce qui concerne l'emploi, les restrictions liées à la pandémie ont entraîné des pertes d'emploi, particulièrement pour les femmes et les travailleurs précaires, ce qui a eu un impact sur les mamans solos qui exercent souvent des emplois précaires. Selon Deprez et al. (2020), la crise du Covid-19 a affecté les personnes précarisées et en particulier les femmes, avec une augmentation du chômage partiel et des pertes d'emploi. De plus, Karali (2020) mentionne que les mamans solos ont souvent des emplois dans les secteurs de l'hôtellerie, du tourisme et de la restauration. Ces secteurs représentent ceux qui ont été particulièrement touchés par la crise. Tous ces facteurs augmentent la difficulté à trouver un emploi stable et mènent à un impact négatif sur le revenu des mamans solos.

En ce qui concerne le revenu, les mamans solos ont été confrontées à des difficultés financières importantes pendant la pandémie. Selon Geurts et Favresse (2022), les travailleurs précaires ont vu leur situation s'aggraver, avec une augmentation du nombre de personnes touchées par des difficultés financières. Bugeja-Bloch et Crepin (2020), soulignent que les familles monoparentales ont un risque plus élevé de pauvreté et bénéficient souvent de revenus plus faibles que les familles avec deux parents. Ce qui nous mène à dire que la crise de la Covid-19 a eu un impact économique négatif sur les familles monoparentales, en particulier sur les femmes. Semah (2021) mentionne également que les femmes ont été plus touchées par les pertes d'emploi et la diminution de leurs revenus que les hommes.

L'isolement social quant à lui, est une des difficultés les plus importantes rencontrées par les mamans solos pendant la pandémie de COVID-19. Selon Bugeja-Bloch et Crepin (2020), le confinement et les mesures de distanciation sociale ont accentué l'isolement social des familles monoparentales. Cette situation a eu des effets négatifs sur la santé mentale des mamans solos. Elles ont d'ailleurs exprimé un sentiment de solitude et de désespoir (Karali, 2020 ; Moscaritolo et al., 2021). La recherche menée par Semah (2021) confirme également que les femmes en général, et en particulier les mères solos, ont ressenti davantage

d'isolement social pendant la pandémie en raison de l'augmentation du temps passé à la maison et de la réduction des interactions sociales.

La charge psychologique est une autre difficulté qui a été accentuée par la pandémie de COVID-19. Selon Karali (2020), les mères solos ont ressenti une charge mentale importante pendant le confinement en raison des responsabilités accrues liées à l'éducation et aux soins des enfants. S'ajoute à cela la pression de trouver des solutions pour faire face aux difficultés financières et matérielles. En effet, la pandémie de COVID-19 a entraîné des difficultés économiques pour de nombreuses familles monoparentales, aggravant ainsi leur charge mentale (Deprez et al., 2020 ; Geurts et Favresse, 2022). Cette dernière a provoqué une augmentation du stress et de l'anxiété chez les mamans solos (Moscaritolo et al., 2021).

Enfin, selon l'étude menée par Banse et al. (2020), la pandémie de COVID-19 a également renforcé les inégalités de genre en Belgique. Cette étude montre des conséquences économiques plus importantes pour les femmes, en particulier les mères solos, qui ont subi des pertes d'emploi ou ont été contraintes de réduire leur temps de travail en raison de la garde d'enfants.

En résumé, la pandémie de COVID-19 a aggravé les problématiques déjà rencontrées par les mamans solos, augmentant ainsi leur vulnérabilité et leur difficulté à faire face aux défis du quotidien.

Dans cette première partie, nous avons passé en revue la littérature afin de mieux cerner notre public-cible et ses caractéristiques, mais aussi pour définir certains concepts nécessaires à la bonne compréhension de ce travail. Il en ressort que les différentes études abordent principalement les difficultés rencontrées par cette population.

C'est pourquoi, la suite de ce travail s'intéressera aux stratégies mises en place par les mères bruxelloises responsables d'une famille monoparentale durant la crise sanitaire pour faire face à leur quotidien. L'objectif de cette recherche serait de mettre en évidence les leviers et les freins rencontrés afin d'adopter les comportements nécessaires à la préservation de leur santé.

4. La santé et ses déterminants

Comme nous l'avons vu, cette recherche s'intéresse aux mamans solos et plus précisément à leur santé durant la période de la pandémie du COVID-19. C'est pourquoi, il paraît nécessaire de développer la notion de santé et de ses déterminants.

4.1. Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé se définit comme « ... un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » La santé est alors envisagée dans une notion de globalité ayant une dimension physique, mentale et sociale.

La santé physique est souvent le premier aspect auquel on pense lorsque l'on mentionne le sujet de la santé. Elle fait référence à la capacité du corps à fonctionner de manière optimale, sans douleur ni maladie (OMS, 1948).

Le bien-être mental et émotionnel est également essentiel pour une bonne santé. Il comprend des éléments tels que la gestion du stress, la gestion des émotions et des pensées négatives, ainsi que la capacité à maintenir des relations positives et épanouissantes avec les autres.

Enfin, le bien-être social est également un aspect important de la santé. Il fait référence aux relations et à l'interaction avec les autres, y compris la famille, les amis, les collègues et la communauté. Il inclut également la capacité à se connecter avec les autres, à établir des liens solides et significatifs, et à être en mesure de faire partie d'un groupe (APA, 2021 ; CDC, 2022 ; OMS, 2018).

Les mères qui élèvent seules leurs enfants sont souvent confrontées à des défis importants, tels que le stress, la fatigue, le manque de soutien et le temps limité pour prendre soin d'elles-mêmes. Cela peut entraîner des problèmes de bien-être social et de santé physique et mental.

Ainsi, le stress peut être lié à de multiples responsabilités qu'elles doivent assumer, notamment le travail, l'éducation des enfants et les tâches ménagères. Le stress chronique peut avoir des répercussions négatives sur la santé, entre autres, en augmentant le risque de

maladies cardiovasculaires ou encore des troubles de l'humeur (Kim et Woods-Giscombe, 2013).

Le manque de soutien et l'isolement social quant à eux, peuvent avoir des répercussions négatives sur la santé mentale, notamment en augmentant le risque de dépression et d'anxiété (Fuller-Thomson et Minkler, 2011).

4.2. Les déterminants de santé

Dans ce chapitre, nous chercherons à identifier les différentes dimensions de la santé. Le modèle en éventail de Dahlgren et Whitehead (1991) est pertinent car il offre une vue d'ensemble de la complexité des déterminants de la santé et de leur interconnexion. Ce modèle reconnaît que la santé ne dépend pas seulement de facteurs individuels, tels que les comportements de santé, mais également des conditions sociales, économiques et environnementales dans lesquelles les individus vivent.

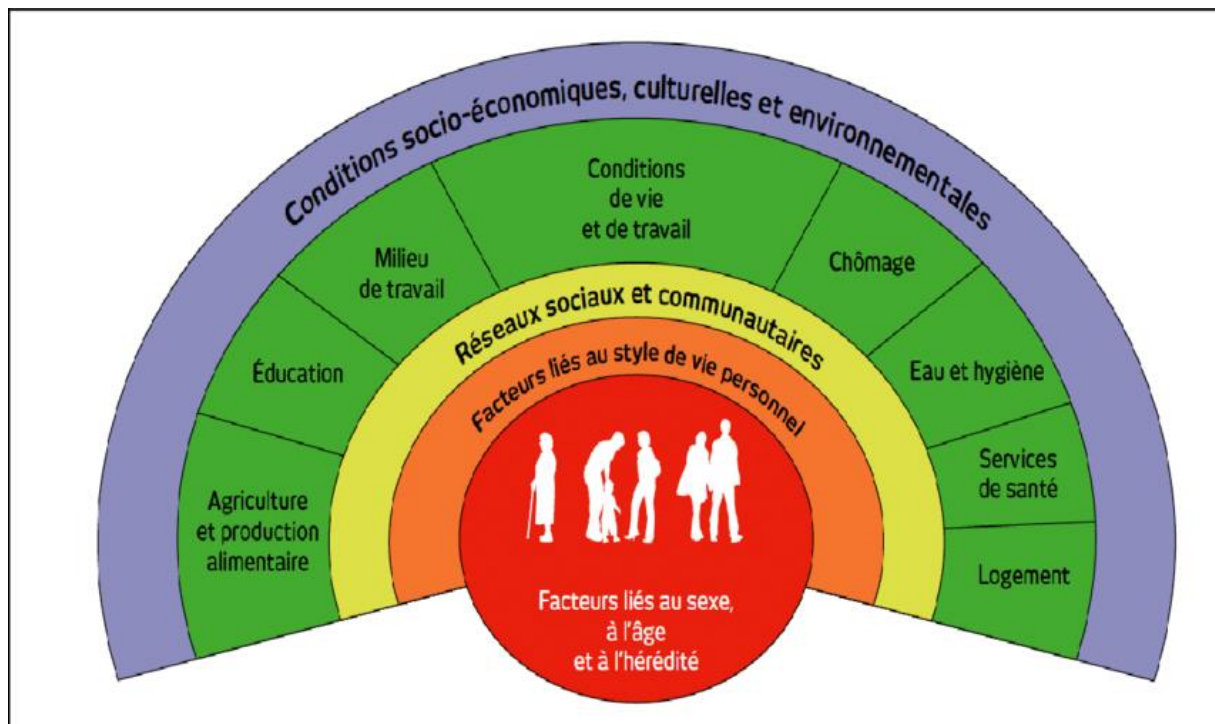


Figure1 : Modèle des déterminants de la santé selon Whitehead et Dahlgren (1991)

Le modèle en éventail permet également de mieux comprendre les interactions entre les différents facteurs et de mettre en évidence les liens qui existent entre eux. Par exemple, il

peut être plus difficile pour une personne vivant dans un environnement socio-économique défavorisé d'adopter des comportements de santé sains en raison de l'accès limité à des aliments sains, à des espaces verts pour l'activité physique ou à des soins de santé abordables.

Nous verrons dans cette section les différents déterminants et leurs particularités selon Dahlgren et Whitehead (1991), mais aussi en quoi les conditions de notre public-cible peuvent les impacter selon Vanheusden et al (2018) et De Maeyer et al (2019).

Le niveau 1

Il concerne les facteurs individuels tels que l'âge, le sexe, la génétique, etc. Il ne peut donc pas être modifié.

Être une mère célibataire représente une caractéristique individuelle qui peut engendrer un stress supplémentaire notamment suite aux responsabilités d'éducation ou financière que cela engendre. Ce stress peut avoir un impact négatif sur sa santé mentale et physique.

Le niveau 2

Il correspond au style de vie et aux comportements qu'ont les individus vis-à-vis de leur santé. L'alimentation, la consommation d'alcool, de tabac ou d'autres drogues et l'exercice physique sont quelques exemples de comportements. Ce niveau est relativement modifiable, notamment par des actions de promotion à la santé.

Pour ce faire, il paraît nécessaire de comprendre en quoi la particularité du public cible impacte ce déterminant et par extension la santé.

Nous avons vu précédemment quelques difficultés que rencontrent les mamans solos mais aussi en quoi la crise du Covid-19 les a accentuées.

Ainsi, le temps dont elles manquent en s'occupant seules des différentes tâches qui incombent à une famille, ou encore, le risque de précarité qui, comme vu précédemment est plus important pour elles, sont des réalités qui impactent leur style de vie de manière négative. Le

manque de temps, les difficultés d'emploi, de logement et de revenu, ne leur permet pas toujours d'avoir une alimentation saine ou de mettre l'exercice physique au centre de leurs préoccupations.

Le niveau 3

Il correspond au réseau social et à la présence ou non d'un soutien. Ce niveau peut, en partie, être modifié par l'individu et dépend aussi des structures existantes dans son environnement.

Nous avons vu que les mamans solos souffrent d'isolement. Ce dernier s'est vu intensifié par la crise et le confinement, ce qui peut avoir des conséquences sur la santé mentale.

Ce déterminant est en partie modifiable notamment, si l'individu accède à une structure de soutien. Pour se faire, il doit déjà en avoir connaissance mais aussi y avoir accès d'un point de vue géographique ou financier. Dans notre cas, ce sont des caractéristiques qui, comme vu précédemment, posent déjà problème au public concerné.

Le niveau 4

Il concerne des facteurs qui exercent un impact sur la santé des individus en raison de l'environnement physique, social et économique dans lequel ils vivent. Cela peut inclure des éléments tels que la qualité de l'air, de l'eau et du sol, l'accès à des aliments sains, le logement, l'éducation ou encore les services de santé.

Les mères célibataires peuvent être confrontées à des conditions de logement précaires, telles que des logements surpeuplés ou insalubres, qui peuvent avoir un impact sur la santé physique. De plus, les mères célibataires ont tendance à faire face à des défis liés à l'accès aux soins de santé, en particulier si elles vivent dans des zones rurales ou éloignées.

Le niveau 5

Il correspond aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales. Il peut être considéré comme le niveau le plus éloigné et non modifiable par l'individu.

Les mères célibataires sont amenées à subir des difficultés financières en raison de la perte d'un revenu, de frais de garde d'enfants élevés ou encore de l'absence d'une pension alimentaire. Les difficultés financières peuvent avoir des répercussions sur l'accès à une alimentation saine, à un logement sûr et à des soins de santé.

4.3. Comportements de santé

Nous venons de voir les différents déterminants pouvant influencer la santé, et en quoi les particularités des familles monoparentales à Bruxelles impactent ces déterminants et par extension leur santé. Les différents déterminants mentionnés ci-dessus sont interdépendants mais il apparaît que c'est le niveau 2, autrement dit le style de vie et les comportements de santé, qui peut être considéré comme le plus facilement modifiable par l'individu.

En effet, Rosentstock (1974), cité par Abraham et Sheran (2015), explique que les facteurs démographiques tels que l'âge, le sexe et le statut socioéconomique ne peuvent pas être modifiés par des actions d'éducation à la santé.

Dans la suite de ce travail, nous tenterons de comprendre quels sont les aspects qui permettent d'adopter un comportement de santé, afin de voir comment ce dernier pourrait être influencé et modifié. Pour ce faire, nous nous baserons sur le Health Belief Model afin de tenter de comprendre comment l'individu arrive à mettre en place un comportement.

4.3.1. Health Belief Model

4.3.1.1. Origine

Le Health Belief Model (HBM), ou encore modèle des croyances relatives à la santé, a été développé dans les années 1950 par un groupe de chercheurs au sein des services Américains de santé publique. À l'origine, ces chercheurs voulaient comprendre la raison pour laquelle la population ne participait pas aux programmes de prévention et de détection des maladies (Rosenstock, 1974). Par la suite, le développement de ce programme s'est intéressé à l'explication des comportements qu'ont les individus en matière de santé.

Le Health Belief Model est alors utilisé pour prédire des comportements de santé préventifs ou à risque, pour comprendre l'observance des patients à des consignes médicales, ou encore pour expliquer l'adhésion à la vaccination (Becker et al, 1974 ; Abraham et Sheran, 2015).

Par la suite, le Health Belief Modèle a évolué au cours du temps. En fonction des chercheurs, le HBM contient différentes variables afin d'expliquer l'adoption d'un comportement. De manière générale, les notions de vulnérabilité, gravité, facteurs modifiables, leviers et freins font partie des descriptions que nous pouvons trouver dans la littérature (Becker et al, 1974 ; Abraham et Sheran, 2015 ; Zewdie et al, 2022).

Dans son ouvrage, Rosenstock (1974), définit le HBM comme un modèle qui cherche à expliquer et à prédire les comportements liés à la santé. Selon lui, le modèle comprend 4 concepts qui décrivent 4 types de perception différents : la perception de la gravité de la maladie, la perception de la vulnérabilité à la maladie, la perception des avantages de la santé et la perception des obstacles ou des coûts associés à l'adoption de comportements. Ainsi, les individus sont susceptibles d'adopter des comportements de santé s'ils se sentent concernés par la maladie et s'ils estiment que les avantages de ces comportements l'emportent sur les coûts et les obstacles pour les mettre en œuvre. A cela, il ajoute aussi la confiance qu'ont les individus en leur capacité à adopter ces comportements de manière efficace. Ce modèle chercherait donc à comprendre comment les perceptions, les croyances et les attitudes individuelles influencent les comportements liés à la santé.

Le premier concept défini est celui de la perception de la gravité d'une maladie ou d'un comportement, et ce, que ce soit en termes de conséquences médicales, cliniques ou encore sociales.

Il est important de relever que cette perception est subjective et variable en fonction de chacun. Certains prendront en compte le risque de mortalité ou d'handicap physique ou mental. Alors que d'autres, porteront plus d'intérêt aux répercussions sur le travail, la vie familiale ou encore les relations sociales.

La perception de gravité peut donc être influencée par différents facteurs, tels que l'expérience personnelle, les expériences des autres, les informations reçues des médias et des professionnels de la santé.

Selon le HBM, plus une personne perçoit une maladie ou un comportement de santé comme grave et dangereux, plus elle sera susceptible d'adopter de bons comportements lui permettant d'éviter les conséquences de la maladie ou du mauvais comportement.

Ainsi, dans le cadre de la prévention d'une maladie, par exemple, si une personne perçoit une maladie comme étant grave et pouvant avoir des conséquences significatives sur sa santé, elle sera plus encline à adopter des comportements de prévention tels que la vaccination. (Rosenstock, 1974 ; Rosenstock, 1984).

Le deuxième concept concerne la perception de vulnérabilité à une maladie ou à un problème de santé. Il s'agit de la croyance qu'a l'individu quant au risque de pouvoir contracter la maladie ou de développer un problème de santé. La perception relève d'une dimension subjective pouvant être influencée par différents facteurs tels que les antécédents familiaux, l'exposition à des facteurs de risque, les connaissances et les informations sur les maladies, les expériences passées avec la maladie ainsi que les croyances et les attitudes personnelles.

Par conséquent, plus la perception de vulnérabilité est importante, plus l'individu sera susceptible d'adopter les comportements adéquats à la préservation de sa santé. (Rosenstock, 1974 ; Glanz, Rimer et Viswanath, 2015).

Le troisième concept concerne la perception des avantages. Il s'agit de la perception que se fait un individu des bénéfices sur sa santé que pourrait lui apporter l'adoption d'un comportement adéquat. Elle peut être influencée par les connaissances et les informations sur la maladie, sur les avantages du comportement de santé, les expériences personnelles ou l'influence sociale. En effet, nous pouvons citer la bonne compréhension de la maladie et de ses répercussions, mais aussi du bon comportement à adopter et de ses effets sur le risque de contracter ou de traiter une maladie, comme des aspects primordiaux.

Ainsi, plus une personne perçoit les avantages d'un comportement de santé particulier comme étant élevés, plus elle sera susceptible d'adopter ce comportement (Zewdie et al, 2022 ; Rosenstock, 1974 ; Glanz, Rimer et Viswanath, 2015).

Le dernier concept proposé par Rosenstock (1974) concerne la perception des obstacles. Cela correspond à la perception qu'a l'individu par rapport aux coûts que va engendrer l'adoption d'un comportement. Il s'agit à la fois du coût financier que cela peut demander, mais aussi du coût en temps, en ressources, en énergie, en impact sur la vie sociale, en difficultés ou autres.

La perception des obstacles peut être influencée par des facteurs tels que les connaissances, les ressources personnelles, les facteurs environnementaux et les influences sociales.

L'influence des obstacles sur l'adoption d'un comportement n'est pas insignifiante. En effet, malgré une perception importante de la gravité et de la vulnérabilité d'une maladie ou d'un problème de santé, un individu aura du mal à mettre en place le comportement adéquat si les coûts de ce dernier sont trop importants. A l'inverse, plus la perception des obstacles est faible, plus l'individu serait susceptible d'adopter le comportement adéquat (Rosenstock, 1984).

Le concept de perception des obstacles est important pour comprendre pourquoi certaines personnes ne parviennent pas à adopter des comportements de santé positifs malgré leur connaissance de la gravité de la maladie et leur vulnérabilité à cette dernière. Comprendre et éliminer les obstacles peut favoriser l'adoption de comportements de santé.

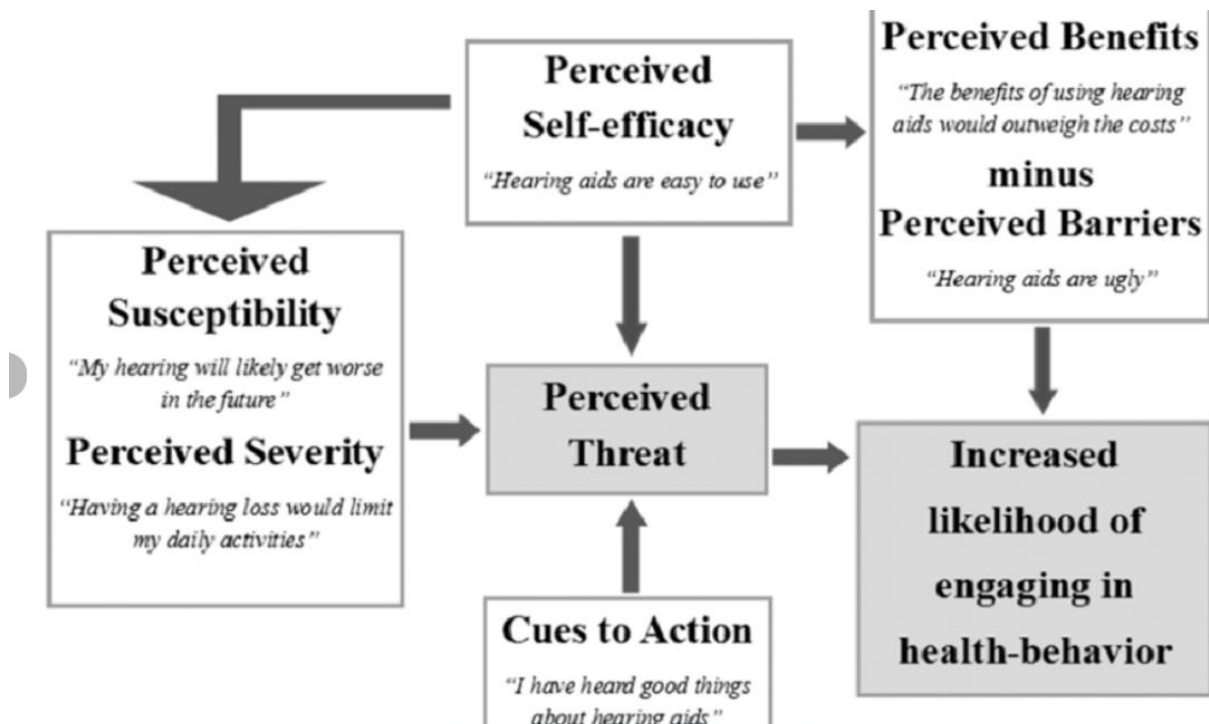


Figure 2 : modèle original du HBM selon Rosenstock (1966).

Nous venons de passer en revue la définition originale du Health Belief Modèle selon son créateur Irwin M. Rosenstock. Les quatre concepts qui viennent d'être décrits ci-dessus influencent la motivation d'un individu à adopter un comportement. Cependant, chacun d'eux impliquent des concepts sous-jacents. En effet, afin de juger de la gravité d'une maladie ou des bénéfices d'un comportement, d'autres facteurs sont à prendre en compte. C'est pourquoi, le modèle des croyances relatives à la santé a évolué au cours du temps. Ainsi, en fonction des chercheurs et des contextes de recherche, d'autres variables telles que les croyances, les facteurs environnementaux ou les facteurs sociaux se sont ajoutées par la suite.

4.3.1.2. Evolution du modèle

Depuis sa formulation initiale par Rosenstock en 1966, le modèle a été modifié et adapté par plusieurs chercheurs. Les adaptations du modèle font suite à la nécessité de mieux comprendre et prédire les comportements de santé dans des contextes et pour des populations spécifiques. Ainsi, certains chercheurs ont étendu le modèle pour inclure des facteurs tels que les normes sociales, l'estime de soi et la confiance en soi, tandis que d'autres ont ajouté des dimensions culturelles ou psychologiques pour comprendre plus en profondeur les différences dans les comportements de santé entre les groupes de population. (Abraham et Sheran, 2015).

Au fil du temps, le HBM a évolué pour inclure de nouvelles variables et concepts ainsi que pour tenir compte de l'influence des facteurs sociaux et environnementaux sur les comportements de santé. En effet, les individus peuvent être influencés par leur environnement physique et social lorsqu'ils prennent des décisions concernant leur santé. Par exemple, les politiques gouvernementales, l'accès aux soins de santé et les normes sociales peuvent tous avoir une incidence sur les comportements de santé. Les modèles plus récents sont donc plus complexes et tiennent compte de l'influence des facteurs sociaux et environnementaux sur les comportements de santé. (Janz et Becker, 1984 ; Glanz, Rimer et Viswanath, 2015 ; Abraham et Sheran, 2015).

Au vu de l'évolution du modèle, nous nous baserons sur une figure plus complète du HBM pour la suite de cette recherche.

Ainsi, dans l'ouvrage de Conner et Norman (2015), le Health Belief Modèle se compose de six éléments principaux. La perception de la gravité de la maladie, la perception de la vulnérabilité à la maladie, la perception des avantages à l'adoption d'un comportement, les barrières ou inconvénients à l'adoption d'un comportement, les influences sociales et les indices de santé.

Les influences sociales concernent les normes et les pressions sociales et selon les auteurs, elles peuvent être de deux types : les influences normatives et les influences des pairs.

Les influences normatives concernent les attentes des autres par rapport à la bonne pratique d'un comportement, alors que les influences des paires sont le résultat des comportements et des attitudes des autres sur le comportement de l'individu. Elles peuvent être directes, comme les encouragements ou découragements à adopter un comportement. En outre, elles peuvent être indirectes dans le sens où les pairs agissent comme des modèles à suivre.

Les influences sociales peuvent avoir un impact important sur l'adoption d'un comportement de santé car les individus peuvent être motivés à se conformer aux attentes des autres ou à suivre les comportements des autres membres de leur groupe.

Les indices de santé « cues to action » quant à eux, sont les éléments qui déclenchent l'adoption d'un comportement. Il peut s'agir d'événements ou de stimuli tels que des

symptômes, des informations médicales ou des campagnes de sensibilisations. Les indices de santé ont un rôle important dans l'adoption d'un comportement étant donné qu'ils peuvent influencer la perception de vulnérabilité ou de gravité de la maladie. De plus, ils impactent également la perception d'avantages et d'inconvénients, notamment en amenant de l'information sur la maladie ou le comportement.

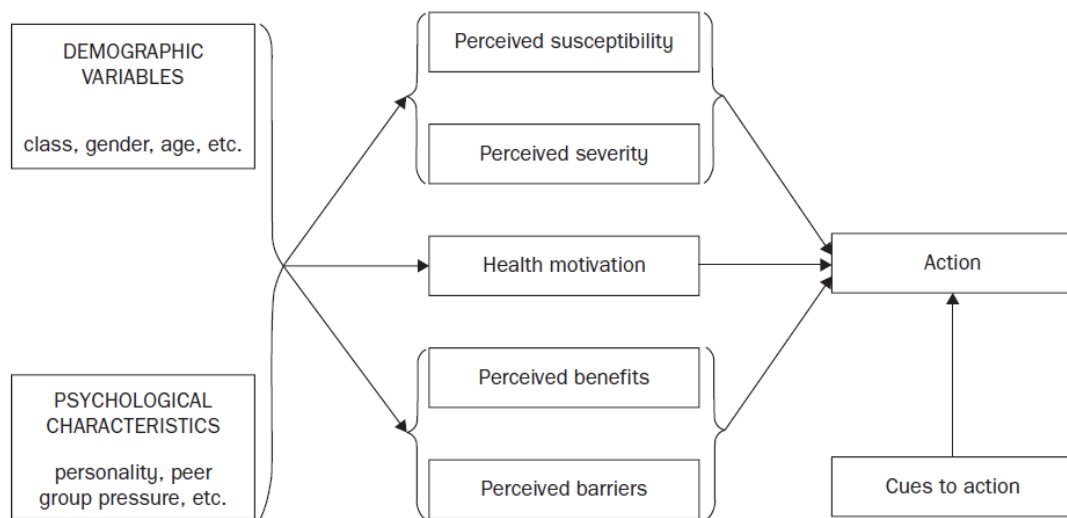


Figure 3: The Health Belief Model selon Abraham et Sheran (2015)

En plus des six principes précédemment cités, les auteurs prennent aussi en compte les variables démographiques, la motivation et les caractéristiques psychologiques.

Les variables démographiques reprennent entre autres l'âge, le sexe, la classe sociale, l'ethnie, le statut socio-économique et ont tous une influence sur l'adoption d'un comportement. Ainsi, la perception de la vulnérabilité à la maladie est davantage prononcée chez les femmes (Stosic et Dunbar, 2020). De même que le niveau d'éducation peut affecter la perception des avantages et des barrières à l'adoption d'un comportement mais aussi la motivation à la santé (Conner et Norman, 2015). Des facteurs démographiques tels que l'âge, le sexe ou le niveau d'éducation sont susceptibles d'également influencer la perception de gravité et de motivation par rapport à sa santé (Hagger et Chatzisarantis, 2017).

Ensuite, les caractéristiques psychologiques concernent des facteurs tels que les croyances personnelles, les attitudes, les valeurs, les normes sociales, les émotions et les expériences passées. Elles peuvent influencer la perception de la gravité de la maladie, la perception de la

vulnérabilité à la maladie, la perception des avantages et des inconvénients, la motivation à la santé et, par extension, l'adoption de comportements.

La motivation à la santé, va influencer la prise de décision en fonction de l'importance que l'individu porte à sa santé. Cette importance sera liée aux variables démographiques et aux caractéristiques psychologiques. Ainsi, les personnes plus âgées peuvent être plus motivées à prendre soin de leur santé en raison de l'augmentation du risque de maladies chroniques. Les membres de certains groupes ethniques, quant à eux, peuvent avoir des croyances et des valeurs différentes en matière de santé, ce qui peut influencer leur motivation. Enfin, les personnes vivant dans des conditions socio-économiques défavorisées peuvent avoir une motivation différente liée à la santé, en raison des barrières financières et de l'accès limité aux soins de santé (Lippke, Ziegelmann et Schwarzer, 2004 ; Omenka & al, 2019).

Selon Conner et Norman (2015) et malgré l'absence de lien sur la figure précédente, les avantages perçus, les inconvénients perçus, la vulnérabilité et la gravité perçue influencent implicitement la motivation d'une personne à adopter un dit comportement.

En résumé, le modèle des croyances relatives à la santé s'intéresse à deux aspects des représentations individuelles de la santé : la perception de la menace et l'évaluation comportementale.

La perception de la menace comprend la susceptibilité perçue à la maladie et la perception de gravité. L'évaluation comportementale comprend, quant à elle, les avantages et les coûts à adopter un comportement.

Ces deux aspects sont influencés par les croyances de l'individu, qui sont-elles mêmes fonctions de plusieurs facteurs. Certaines sont non-modifiables, comme les variables démographiques. D'autres, en revanche, comme les variables psychosociales, peuvent être influencées.

Au vu des différentes lectures et de l'évolution du Health Belief Model, la figure précédente nous paraît pertinente pour la suite de ce travail et l'analyse de notre question de recherche.

Il existe d'autres modèles s'intéressant aux comportements de santé mais le HBM paraît le plus pertinent. En effet, le modèle des croyances relatives à la santé a une bonne capacité de prédiction quant au comportement préventif lié au COVID (Zewdie et al, 2022).

Néanmoins, il présente quelques limites comme l'absence de facteurs environnementaux ou encore de variables sociales (Becker, 1974 ; Janz et Becker, 1984). C'est pourquoi, nous avons opté pour un modèle plus récent. Cependant, une limite doit être prise en compte avec ce dernier. Il s'agit de l'absence d'émotions. En effet, le modèle considère principalement les croyances et les perceptions de manière rationnelle, mais ne prend pas en compte les émotions ou les sentiments qui peuvent influencer les décisions de santé. Ces dernières pourraient toutefois être incluses dans les caractéristiques psychologiques, entre autres, vu que les expériences passées sont empreintes d'émotions.

II. Méthodologie

1. Choix du thème et question de recherche

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre du projet Pandorix. Il s'agit d'une recherche prospective financée par Innoviris et qui vise à anticiper les futures crises sanitaires s'inspirant des enseignements de la crise sanitaire liée au COVID 19. Elle est menée par trois organismes, à savoir le Groupe de Recherche sur la psychologie de la santé publique et du vieillissement (IPSY), l'Observatoire de recherche sur les médias et le journalisme (ILC) et le Centre de Recherche en épidémiologie des désastres (IRSS), tous membres de l'UCLouvain. Par ailleurs, cette recherche participative concerne les citoyens, les experts de terrain et les chercheurs. Plus concrètement, elle s'intéresse à la population résidente de la Région de Bruxelles-Capitale, et plus particulièrement aux publics vulnérables. Enfin, la recherche PANDORIX a recourt à des méthodologies variées, comprenant des méthodes qualitatives et quantitatives (Pandorix.be, s.d.).

C'est pourquoi, il paraissait pertinent de s'intéresser à un public dit vulnérable afin de comprendre de manière plus approfondie les besoins spécifiques de ces populations. De cette façon, cela aiderait à développer des interventions de santé publique et des politiques adaptées pour les soutenir. En outre, cela pourrait aussi aider à réduire les inégalités en matière de santé, car rappelons que les crises accroissent les inégalités (Geurts et Favresse, 2022).

En ce qui concerne le choix du thème et la construction de la question, ils se sont fait par étape.

Notre intérêt s'est d'abord porté sur la différence de genre. Au travers des différentes lectures, les familles monoparentales se sont positionnées comme étant un bon choix. En effet, comme nous avons pu le voir précédemment, il s'agit d'un public qui rencontre certaines difficultés au quotidien et qui correspond à la définition d'un public vulnérable.

La littérature fait surtout mention des difficultés que peuvent rencontrer les mamans solos au quotidien et en quoi la crise a accentué ces difficultés. Les moyens mis en œuvre par les mamans solos pour y faire face, ou encore leur vécu par rapport à cela, sont des éléments qui sont trop peu investigués.

Notre question de recherche s'est donc construite autour de cette problématique : **Quelles stratégies les mères responsables d'une famille monoparentale à Bruxelles ont-elles mises en place pour préserver leur santé durant la pandémie ?** Cette question est en adéquation avec les objectifs de la recherche Pandorix, qui vise à prendre en compte le vécu des Bruxellois durant la pandémie. Nous avons choisi de nous intéresser plus particulièrement aux mères solos pour mieux comprendre leur expérience et les actions qu'elles ont mis en place pour préserver leur santé dans un contexte de crise sanitaire.

Les objectifs spécifiques de cette recherche sont de comprendre les comportements des mères solos, de mettre en lumière leur vécu durant la pandémie et leur adaptation à la situation, ainsi que d'identifier les raisons qui les ont poussées à mettre en place certaines stratégies de protection de leur santé. Nous avons choisi d'analyser ces comportements en utilisant le modèle des croyances relatives à la santé, qui permet entre autres d'analyser comment les individus perçoivent les risques et les bénéfices liés à certains comportements, ainsi que les barrières et les facilitateurs qui peuvent influencer leur mise en pratique.

2. Revue de la littérature

Il s'agit d'une étape clé dans tout travail de recherche car elle permet de collecter, d'analyser et de synthétiser des connaissances existantes sur le sujet de recherche. Dans le cas de cette recherche portant sur les stratégies des mères responsables d'une famille monoparentale à Bruxelles pour préserver leur santé durant la pandémie, la revue de la littérature a joué un rôle significatif dans la définition de la question de recherche et l'orientation de cette dernière.

Dans un premier temps, la revue de la littérature s'est penchée sur le thème général de la pandémie liée au COVID-19, afin de mieux comprendre son impact sur la santé et les comportements de la population de manière générale vis-à-vis de la santé. Les résultats de cette première étape ont été instructifs car ils ont mis en évidence le fait que la crise sanitaire avait aggravé les inégalités (Geurts et Favresse, 2022), ce qui a suscité notre intérêt pour les publics vulnérables.

Nos recherches se sont ensuite centrées sur la monoparentalité et la vulnérabilité. Comme vu précédemment, les familles monoparentales sont en effet considérées comme un public

vulnérable car elles sont souvent confrontées à des difficultés économiques, sociales et psychologiques, qui peuvent être exacerbées en période de crise. La revue de la littérature a donc permis de mieux cibler le thème de recherche et de préciser la question de recherche, en se concentrant sur les stratégies mises en place par les mères responsables d'une famille monoparentale pour préserver leur santé pendant la pandémie.

Une fois la question de recherche définie, la revue de la littérature s'est penchée sur différents concepts clés tels que la santé, la promotion de la santé, les comportements de santé et l'impact du COVID sur la société. Les différentes lectures ont ainsi permis de mieux comprendre les enjeux liés à la santé des mères responsables d'une famille monoparentale pendant la pandémie.

Il est important de relever que la revue de la littérature a été réalisée à partir de différents moteurs de recherche tels que PubMed, Google Scholar, CairnInfo ou encore Scopus, ainsi que des rapports issus de sites officiels tels que l'OMS, Sciensano ou le KCE. La littérature grise issue d'organismes associatifs a également été consultée. Cette approche a permis de recueillir des informations de qualité et d'obtenir une vue d'ensemble du sujet de recherche.

De manière générale, cette revue de la littérature a joué un rôle important dans le sens où elle a permis de mieux comprendre la problématique, d'identifier les concepts clés et de recueillir des données pertinentes.

3. Type de méthodologie

Dans le cas de notre recherche, qui vise à comprendre les stratégies mises en place par les mères responsables d'une famille monoparentale à Bruxelles pour préserver leur santé durant la pandémie de COVID-19, le choix d'une méthode qualitative est particulièrement pertinent. Il faut rappeler que les enjeux de santé des mamans solos peuvent-être spécifiques et complexes, notamment en période de crise sanitaire. La méthode qualitative permettrait ainsi de recueillir des données riches et détaillées sur les expériences et les stratégies de ces femmes, afin de mieux comprendre les enjeux de santé auxquels elles sont confrontées. En effet, selon Kivits et al. (2016), la méthode qualitative permet d'explorer en profondeur les perceptions, les croyances, les attitudes et les comportements des participants, ce qui est particulièrement pertinent dans le contexte de la santé, dans lequel ces éléments peuvent avoir

une influence significative sur les pratiques. De plus, la méthode qualitative permet de comprendre les contextes sociaux et culturels, ce qui peut aider à expliquer les différences au niveau des pratiques. Enfin, la méthode qualitative permet de s'intéresser à des phénomènes qui ne sont pas directement observables, tels que les motivations, les perceptions et les émotions des participants (Kohn et Christiaens, 2014).

Pour toutes ces raisons, afin de mener à bien cette recherche, nous avons opté pour une approche qualitative basée sur des entretiens individuels semi-structurés avec des professionnels et sur des focus groups avec des mères responsables d'une famille monoparentale résidant à Bruxelles. L'objectif est de recueillir des données sur les perceptions, les expériences et les stratégies mises en place par ces femmes pour faire face à la pandémie de COVID-19. Nous nous intéresserons notamment aux changements dans les habitudes de vie, aux pratiques liées à la santé, ainsi qu'aux difficultés rencontrées par ces femmes dans la gestion de leur santé et de leur vie quotidienne.

L'approche qualitative permettrait alors, de prendre en compte la diversité des expériences et des contextes des mamans solos à Bruxelles, ainsi que les dynamiques sociales et culturelles qui peuvent influencer leurs pratiques liées à la santé. Nous tenterons ainsi de comprendre les facteurs qui facilitent ou entravent l'adoption de comportements.

4. Démarche et échantillonnage

Il est souvent difficile d'avoir accès à des publics vulnérables pour des collectes de données dans le cadre de recherches scientifiques sur la santé. Gagnon, Beaudry et Deschenaux (2019) mentionnent que les femmes vulnérables, qui peuvent être confrontées à des problèmes de santé mentale, de pauvreté, de violence ou de discrimination, sont souvent exclues des études de recherche en raison de leur vulnérabilité. Les chercheurs peuvent alors rencontrer des difficultés pour recruter ces femmes vulnérables. Ces populations peuvent être marginalisées et stigmatisées, ce qui peut les rendre réticentes à participer à des études ou à se faire connaître en tant que membres de ces groupes. De plus, ces populations sont amenées à subir des barrières économiques, sociales et culturelles qui peuvent entraver leur accès à la recherche.

Pour les mamans solos, cela peut être d'autant plus difficile car elles ont souvent une charge de travail importante avec peu de temps libre pour entamer et suivre des études. C'est pourquoi, au vu de notre sujet concernant les mamans solos et s'inscrivant dans la recherche Pandorix qui s'intéresse à la population Bruxelloise, le recrutement de participantes s'est fait via les associations Bruxelloises adaptées à ce Public.

Dans un premier temps, une recherche sur internet concernant l'existence d'associations Bruxelloises s'occupant de familles monoparentales a été faite. Suite à ces résultats et à une réponse venant d'EQUAL BRUSSEL, une liste de 6 associations a été dressée afin de prendre contact avec elles. Trois d'entre-elles nous ont donné une réponse et ont accepté de participer à la recherche.

Pour la structure 1 et 2, des entretiens individuels ont été réalisés avec un professionnel de ces dernières. Tout d'abord, des mails avec l'explication du projet ainsi que la question de recherche ont été envoyés aux responsables de ces associations.

La responsable de l'association N°1 a préféré fixer une première rencontre en présentiel où le projet a pu être expliqué plus en détail. L'entretien individuel concernant la recherche s'est ensuite déroulé de manière virtuelle.

La psychologue de la structure N°2 a simplement été contactée par mail et un rendez-vous virtuel pour réaliser l'entretien a directement été fixé.

Ces deux entretiens concernent alors des professionnels travaillant au sein de structures ayant comme bénéficiaire des familles monoparentales. Ils ont été entendus pour relater leur ressenti concernant le vécu des mamans solos durant la pandémie. Si leurs missions sont différentes, elles sont complémentaires et concernent le même public. En effet, la structure N°1 est une association bruxelloise qui soutient les mères célibataires et leur famille en situation de précarité. Son but est de lutter contre l'isolement social et l'exclusion. Par ailleurs, le rôle de l'association est de fournir une assistance financière pour les dépenses de première nécessité telles que l'alimentation, les frais de logement, les soins de santé et les frais scolaires. En outre, elle propose un accompagnement des mères célibataires dans leur quotidien en ce qui concerne leur réinsertion sociale (recherche d'emploi, gestion administrative quotidienne, etc.). Les bénéficiaires sont donc les mères célibataires et leur famille.

La structure N°2 est également une association bruxelloise et s'intéresse davantage à l'aspect social des familles, en les accompagnant dès le début dans leur aventure familiale, voire dès le début de la grossesse. Pour cela, une rencontre est organisée entre une famille et un bénévole. L'objectif est que ce bénévole se rende une fois par semaine au sein d'une famille pour apporter un soutien aux parents, que ce soit en termes de démarches administratives, de partage d'expérience ou simplement pour amener une présence et une écoute et ainsi améliorer l'aspect social.

En ce qui concerne la 3^{ème} structure, une rencontre en présentiel s'est d'abord réalisée avec sa responsable. Cet échange a permis d'expliquer de manière détaillée le sujet et l'objectif de la recherche mais aussi de prendre connaissance du type de bénéficiaires et des missions de l'association. Ainsi, cette organisation ne concerne que des familles monoparentales et a pour but de les soutenir en les accompagnant dans un processus d'empowerment. Elle offre à la fois un accompagnement juridique et psycho-social mais intervient aussi en cas de besoin financier d'urgence. Par ailleurs, elle organise des ateliers leur permettant une réinsertion sociale mais aussi des activités parents-enfants.

C'est au travers de cette dernière organisation que nous avons réalisé deux focus groups avec des mamans solos vivant à Bruxelles. La responsable de la structure a envoyé un message via leur groupe WhatsApp en expliquant le sujet de la recherche et les dates de rencontres proposées.

Les critères d'inclusion pour cette recherche sont les suivants :

- Avoir plus de 18ans
- Être une femme responsable d'une famille monoparentale
- Vivre à Bruxelles
- Avoir vécu avec au moins un enfant durant la période de la crise sanitaire (février 2020 - décembre 2022).

Ces critères se basent sur la définition utilisée dans cette recherche à savoir « un parent assure en majeure partie seul au quotidien la charge économique et éducative du ou des enfant(s), qu'il ait (droit à) une rente alimentaire ou non » (SPR Bruxelles, s.d.). Pour les professionnels,

le seul critère était de travailler avec des mamans solos vivant à Bruxelles durant la même période.

5. Collecte des données

Même si la prise de contact avec les différentes associations avait commencé en août 2022, ce n'est qu'en février 2023 qu'a réellement pu commencer la collecte des données. En effet, la recherche des différentes associations potentiellement adéquates, la prise de contact, l'attente de réponse et finalement les rencontres, sont autant d'étapes qui sont chronophages.

C'est donc en février 2023 qu'ont eu lieu les deux focus groups réalisés avec la collaboration de la 3^{ème} association précédemment citée. Le premier avait pour thème les comportements protecteurs et 8 mamans solos Bruxelloises ont participé à la rencontre. Le deuxième concernait les représentations futures en matière de santé et se déroulait avec le même groupe mais dans ce cas-ci, 7 participantes y ont pris part. Les FG se sont réalisés au siège social de l'association durant deux samedis après-midi et ils ont duré environ 3 heures chacun. Ils étaient dirigés par deux intervenantes, dont Sandrine Roussel, et se déroulaient dans une pièce pendant que les enfants s'occupaient dans une autre. Les FG étaient filmés avec accord préalable des participantes, de manière à ce que leur propos soient retranscrits le plus fidèlement possible.

Suite à ces entretiens, il aurait été pertinent de compléter le recueil d'informations via d'autres sources, l'idéal étant d'organiser d'autres FG avec d'autres participantes ayant peut-être des caractéristiques différentes. Au vu du manque de réponse de la part des autres associations, il n'y avait que la structure N°1 qui avait comme public principal des mamans solos. Cependant, ses bénéficiaires présentaient les mêmes caractéristiques que le groupe déjà entendu. C'est pourquoi, nous nous sommes plutôt orientés vers des entretiens individuels avec des professionnels.

Fin février, nous avons donc réalisé un entretien individuel avec la responsable de la structure N°1. Il s'est déroulé virtuellement et était enregistré avec l'accord de la participante. Les deux thèmes précédemment cités ont été abordés, il a duré presque deux heures et une seule intervenante était présente.

À la mi-mars, le dernier entretien a été réalisé avec une professionnelle de la structure N°2. Il s'est déroulé dans les mêmes conditions que le précédent.

6. Guides d'entretien

Les guides d'entretiens utilisés pour cette recherche sont les mêmes que ceux utilisés pour le projet Pandorix. En effet, les questions correspondaient à notre sujet de recherche, aux informations que nous voulions récolter et étaient validées par les chercheurs du projet.

Les guides étaient au nombre de deux et sont consultables en annexes. Le premier concernait les comportements protecteurs et comprenait 5 questions fixes. Le deuxième concernait les représentations futures en matière de santé et était composé de 6 questions fixes.

Il est important de noter que les mêmes guides ont été utilisés à la fois pour les focus groups et pour les entretiens individuels. La différence entre les deux résidait dans la formulation. En effet, lors des entretiens individuels, il a été rappelé aux professionnels que c'est la vision des mamans solos qui était recherchée. De plus, les questions de relance étaient aussi différentes en fonction de la situation.

7. Analyse des données et stratégies de validation

L'objectif de cette recherche était de mettre en évidence et de comprendre les stratégies adoptées par les mères célibataires de Bruxelles pour préserver leur santé pendant la pandémie de COVID-19. Pour ce faire, nous avons choisi d'utiliser le modèle des croyances relatives à la santé, connu sous le nom de Health Belief Model (HBM), pour analyser les comportements des participantes. Ce modèle théorique est particulièrement adapté pour comprendre les raisons d'adoption de comportements liés à la santé, tels que ceux adoptés pendant une crise sanitaire.

Nous avons collecté des données à l'aide de focus groups et d'entretiens semi-directifs auprès des mères célibataires de Bruxelles et de professionnels. Après avoir retranscrit ces données, nous nous sommes focalisés sur l'analyse de celles-ci. Conformément à notre cadre conceptuel, nous avons choisi d'utiliser l'approche déductive, en utilisant le HBM comme

cadre d'analyse pour identifier les catégories et les codes pertinents à partir des données recueillies. Cette approche a permis de s'assurer que l'analyse était guidée par une théorie ou un modèle conceptuel solide.

Les catégories d'analyse ont été identifiées sur base des concepts du HBM, et les codes ont été définis en fonction des descriptions de chaque catégorie. Nous avons ensuite classifié les données dans chaque catégorie pour identifier les facteurs influençant l'adoption de stratégies par les mères célibataires pour maintenir leur santé pendant la pandémie de COVID-19. Cette classification a été réalisée sans l'aide de logiciel, par la mémorante, et a nécessité plusieurs lectures attentives des entretiens.

Bien que l'approche inductive soit une autre approche courante pour l'analyse qualitative, nous avons opté pour une approche déductive en utilisant le HBM comme cadre d'analyse pour s'assurer que l'analyse soit guidée par une théorie ou un modèle conceptuel solide (Kohn et Christiaens, 2014).

En utilisant l'approche déductive, nous avons tenté d'identifier les facteurs qui auraient influencé l'adoption de comportements par les mères célibataires pendant la pandémie de COVID-19, ainsi que les difficultés qu'elles ont rencontrées, leur ressenti et les stratégies qu'elles ont mises en place pour préserver leur santé.

8. Préoccupation éthique et confidentialité du mémorant

Tout d'abord, le projet Pandorix bénéficie de l'accord du comité d'éthique. Notre recherche s'inscrivant dans ce projet n'a pas nécessité le passage devant ledit comité.

Ensuite, lorsque nous prenons part au projet en tant que chercheur, il nous est demandé de signer un document d'engagement de non-divulgence et de protection des données à caractère personnel.

En ce qui concerne les participantes, lors de chaque entretien, il leur était expliqué l'objectif de recherche, la nécessité d'un enregistrement vocal et/ou vidéo et les conditions de conservation et d'accès à ces données. Dans le cas des focus groups, il était nécessaire de réaliser un enregistrement vidéo afin d'identifier les dires de chacune. Une fois la

retranscription terminée, les vidéos ont été supprimées. De plus, les participantes ont le droit d'avoir accès à cette dernière afin d'apporter des éclaircissements si elles le souhaitent. Un document de consentement éclairé a alors été signé par chacune d'elles. Il leur a bien été expliqué le caractère confidentiel de leurs déclarations et que ces dernières ne seraient utilisées qu'à des fins de recherches. Enfin, les coordonnées des chercheurs ont été laissées aux participantes en cas de questions supplémentaires.

Pour des raisons éthiques, les informations collectées au cours de cette recherche resteront confidentielles. C'est pourquoi, les différentes associations rencontrées ne seront pas identifiées, sous peine de reconnaître des participantes.

III. Résultats

Comme expliqué précédemment, cette recherche a pour objectif de comprendre les comportements des mères solos au travers de leur vécu durant la pandémie, de leur adaptation à la situation, ainsi que d'identifier les raisons qui les ont poussées à mettre en place certaines stratégies de protection pour leur santé. Dans ce chapitre, nous présenterons les résultats en fonction des catégories du HBM, en distinguant, d'une part, ceux des mamans solos, et d'autre part, ceux issus des observations des professionnels. Par ailleurs, le but sera également de déterminer quelles stratégies ont été adoptées par les mères solos durant la pandémie pour préserver leur santé.

1. Présentation de l'échantillon

Les résultats de notre recherche seront présentés en fonction de deux groupes. Le premier concerne les mamans solos et le deuxième se focalisera sur les professionnels.

Echantillon des mamans solos

L'échantillon est constitué de huit femmes responsables de familles monoparentales vivant à Bruxelles. Toutes ces femmes avaient la responsabilité principale de l'éducation de leurs enfants et vivaient sans partenaire au moment de la crise sanitaire. Leur âge varie entre 34 et 50 ans et le nombre d'enfants à charge allait de 2 à 4 enfants. Nous pouvons également relever que trois des participantes travaillaient durant la pandémie. Enfin, la majorité de l'échantillon (62.5%) était d'origine maghrébine, le reste étant d'origine européenne ou d'Afrique centrale.

Il est important de noter qu'une des mamans de cet échantillon n'a pas participé au deuxième focus group. La différence que cela a engendré par rapport à la description précédente est que le nombre d'enfants a alors varié de 2 à 3 enfants.

Au vu de l'homogénéité de l'échantillon, il nous a semblé pertinent d'introduire deux entretiens supplémentaires de mamans solos qui ne font pas partie de structures d'aides. Ces entretiens ont été réalisés dans le cadre de la recherche PANDORIX mais avec un autre

groupe qui concernait la population des 25-60 ans et dont la question de recherche ne se concentrait pas sur les familles monoparentales. De plus, ces entretiens ont une temporalité différente car ils se sont déroulés en mai 2022. Cependant, la recherche s'intéressait tout de même à la période liée à la pandémie et la majorité des mesures instaurées par le gouvernement avaient pris fin au moment des entretiens.

Les caractéristiques des deux participantes sont les suivantes : mamans solos de 47 et 42 ans, d'origine Européenne, vivant à Bruxelles et ayant chacune un enfant à charge au moment de la pandémie. La seule particularité à mentionner est qu'une des participantes a un enfant à charge présentant un handicap dont la nature n'est pas révélée.

En outre, il ne nous a pas semblé nécessaire de scinder les échantillons de mamans solos. En effet, dans les deux cas, nous nous intéressions au vécu des mamans solos durant la pandémie et ce, avec des guides d'entretien similaires. Malgré une temporalité différente, les conditions de vie aux moments des entretiens étaient pratiquement revenues à la « normale ». C'est pourquoi, dans un souci de clarté, les résultats des mamans solos seront présentés sous forme d'un seul groupe.

Echantillon des professionnels

Deux professionnels ont été sondés dans le cadre de cette recherche. L'une est psychologue et travaille au sein d'une structure d'accompagnement de familles dont les bénéficiaires ne sont pas exclusivement des familles monoparentales, alors que la deuxième professionnelle est la responsable d'une association s'occupant exclusivement de familles monoparentales à Bruxelles.

Dans les deux cas, nous avons précisé que notre recherche s'intéressait exclusivement aux mamans solos vivant à Bruxelles et nos entretiens se sont donc déroulés dans ce sens.

2. Résultats des mamans solos

2.1. Perception de la gravité

L'analyse des entretiens réalisés avec des mamans solos vivant à Bruxelles montrent que les participantes auraient assez bien perçu la gravité de la maladie et sa menace pour la santé. Les témoignages expriment un sentiment d'injustice et d'abandon face à la situation de la pandémie, ce qui refléterait une prise de conscience de la menace que représente la maladie. Céleste : « *En tant que maman célibataire et pendant le COVID, c'est vraiment le sentiment d'injustice que j'ai ressenti vraiment fort, c'est l'abandon* ».

Une des participantes a également évoqué la gravité de la situation dans d'autres pays, illustrant sa compréhension de la pandémie à l'échelle globale. Charlotte souligne : « *On voit qu'il y a énormément de gens qui tombent malade, qu'il y a énormément de gens qui meurent (...) on a vu le danger de cette pandémie* ».

Par ailleurs, une des participantes souligne la notion de croissance dans sa perception de la gravité. Charlotte exprime cela en parlant de phases : « *Moi ce qui m'avait choquée pendant la pandémie, c'est (...) en fait il y a eu plusieurs phases. Tu as peur puis tu as la phase où tu te rends compte que c'est une épidémie mondiale. Limite je vais être franche avec vous, je me suis dit c'est la fin du monde ou ça se passe comment en fait ?* ».

Enfin, Fleur s'est montrée proactive dans la protection contre les bactéries et les virus, témoignant de sa préoccupation concernant la transmission possible du virus : « *J'ai acheté du pain et je me disais « oui, mais j'ai touché mon pain. Qu'est-ce que je fais ? Si je le mets au surgélateur, est-ce que ça tue les bactéries ou au contraire, ça les fait vivre ? ».* En fait, j'étais vraiment dans la psychose ».

Ces différents témoignages indiquent une certaine perception de la menace posée par la pandémie de COVID-19 chez les mamans solos Bruxelloises qui ont été interrogées.

Néanmoins, une des participantes ne croyait pas en l'existence de la maladie et ne percevait donc pas la menace de cette pandémie.

2.2. Perception de la vulnérabilité

Les entretiens menés avec ces mamans solos Bruxelloises ont révélé que la majorité des participantes se seraient senties vulnérables face à la pandémie. Cannelle : *« Moi je vis dans la peur. Je ne sais pas si je vais me réveiller demain, je ne sais pas ce qui va se passer »*.

Cependant, il ressort également de nos entretiens que la perception de vulnérabilité était fluctuante et influencée par différents facteurs.

Le premier facteur est la temporalité. Charlotte a exprimé une perception différente au début de la pandémie : *« Au début de la pandémie je pensais vraiment que voilà c'était quelque chose qui n'allait arriver qu'aux personnes âgées...qu'en soi moi j'étais jeune, mes enfants jeunes il n'y avait pas lieu de stresser »*. Plusieurs participantes ont expliqué que la durée de la pandémie avait eu un impact sur leur perception de vulnérabilité. Camille explique que sa perception des choses a changé avec le temps pour finalement banaliser les choses : *« C'est dire, on a eu peur, on a eu ça. En fait, c'est par étapes, ça s'est fait tout doucement, en se disant voilà, il y aura un virus. Si je dois mourir de ce virus, je mourrai. Banaliser et puis un peu aussi »*.

Ensuite, nous poursuivons en identifiant un deuxième facteur qui concerne la fonction professionnelle et, par extension, les connaissances. Ces dernières auraient influencé la perception de la vulnérabilité en raison de la compréhension différente que les participantes peuvent avoir de la situation. Ainsi, Clémentine, qui a travaillé dans le domaine paramédical, affirme : *« J'avais carrément une copine qui était infirmière qui me disait : Ecoute pour le moment c'est chaud, nanani nanani. On se voyait, donc on ne respectait pas les règles parce qu'on savait de quoi on parlait en COVID, ça nous ne faisait pas si peur que ça parce qu'on savait »*.

Enfin, le dernier facteur qui a pu être relevé lors de nos entretiens concerne les croyances. Ainsi, Céleste aurait fait preuve d'un certain relativisme grâce à ses croyances : *« Je n'ai jamais douté par rapport à ma spiritualité, comme je vous dis, moi je suis hyper positive de nature donc, si je dois mourir je dois mourir, c'est mon destin, c'est comme ça je veux dire »*.

Malgré ces témoignages, il y a tout de même une des participantes qui n'aurait pas perçu de vulnérabilité quant à la pandémie car elle n'y croyait pas. Ainsi, Cathy mentionne : « *Moi je n'y croyais pas trop au COVID, moi je n'avais pas peur donc je n'ai rien fait de spécifique* ».

2.3. Perception des obstacles et difficultés

Dans ce point, nous passerons en revue les obstacles ou encore les difficultés perçus par les mamans solos interrogées et verrons de quelle manière cela aurait pu avoir un impact sur leur vécu de la pandémie et influencer leurs comportements. Les barrières perçues seront décrites en différentes catégories même si elles sont interdépendantes et s'influencent entre-elles.

La difficulté d'information : La difficulté liée au flux d'information pendant la pandémie de COVID-19 est mise en évidence à plusieurs reprises par les participantes de l'étude. Tout d'abord, Charlotte exprime sa frustration quant au manque d'informations disponibles sur le virus : « *Nous n'avions pas encore toutes les informations, vu que c'est une pandémie qui nous est tombée dessus* ». De même, la surabondance d'informations a également été évoquée comme un problème par Camille : « *Trop d'informations... c'était trop et comme j'ai dit la dernière fois moi la télé, c'est pour ça j'ai dit moi je ne peux plus regarder la télé* ».

Paradoxalement à une information abondante, Fleur mentionne quant à elle une difficulté à en trouver une qui soit sûre et précise : « *Parce que vraiment je me suis renseignée (...) je suis allée loin. Je suis allée à Répit Solidaire sur Facebook (...) je suis allée demander à la Ligue des familles et personne ne savait me répondre* ».

Charlotte, quant à elle, explique qu'elle a arrêté de s'informer, suite au manque de cohérence et de crédibilité des informations, qui aurait créé de la confusion et de l'incertitude quant aux mesures à prendre pour se protéger : « *C'est ça le problème, c'est que tu voulais suivre mais après tu avais des contres indications ou bien on te disait : Ah bhe non in fine ça ne sert à rien ce que vous faites, vous devez faire ça maintenant. Moi c'est ce côté-là qui m'a dit à un moment donné stop, arrête* ».

Nous comprenons donc que le manque de cohérence et de crédibilité aurait conduit à une perte de confiance dans les informations diffusées. Camille a parfois eu du mal à distinguer les informations crédibles : « *Ça m'a marqué beaucoup, c'est qu'il y avait des personnes, on va dire les chercheurs... On ne savait plus qui croire* ». Caroline, quant à elle, mentionne un

manque de confiance : « *Après, parce que dans les médias, ils ne disent pas les choses de manière honnête. A chaque fois ils disent quelques mois, quelques mois* ».

Enfin, Céleste et France expriment l'anxiété qu'aurait provoqué la gestion de l'information sur elles et les répercussions sur leur santé mentale : « *Je trouve que la diffusion d'infos, la manière dont ça été fait, je trouve que c'était anxiogène (...) Mais j'ai dû couper, cutter cette diffusion d'infos qui pour moi, était hyper anxiogène (...) Je devenais psychopathe* ». France affirme : « *La bonne santé, elle était vraiment attaquée par les messages qui étaient vachement anxiogènes dans les médias* ».

Comme le montrent les extraits, les difficultés liées aux informations auraient, d'une part, engendré des répercussions sur la santé des participantes et, d'autre part, entraîné l'adoption de comportements tels que l'arrêt de l'information.

L'incohérence des mesures mises en place : L'analyse des entretiens mentionne un manque de cohérence dans les mesures mises en place. France parle du stress induit par certaines mesures au sein de l'école de sa fille : « *Par contre, là où j'ai été outrée, c'est qu'on recevait des mails de l'école disant vous pouvez manquer l'école, mais par contre, le centre reste obligatoire et le centre, c'est les thérapies. Donc, on est dans une psychose, on reste chez soi. Mais si votre enfant ne va pas faire les thérapies, ça ne va pas* ».

Elle poursuit en soulignant le manque de sens comme facteur qui aurait influencé son comportement : « *J'ai essayé de respecter autant que possible. Mais quand ça n'avait pas de sens, j'avais du mal* ». Pour Fleur, ces incohérences auraient remis en cause l'autorité des personnes responsables de la mise en place de ces mesures : « *C'était des incohérences totales. Tout comme le fait de savoir aussi qui a été élu pour définir ce qui était bien, ce qui n'était pas bien, ce que le citoyen devait suivre ou pas. Qui sont ces personnes ? D'où elles sortent ? Pourquoi elles ?* ».

La conséquence générale réside dans le fait que ces incohérences auraient entraîné de la confusion pour les mamans solos, ayant alors du mal à maintenir certains comportements.

Le manque de matériel : Que ce soit d'un point de vue national ou privé, le manque de matériel aurait été un obstacle à la mise en place de certains comportements comme le port du

masque. Fleur nous affirme : *« Moi, ce que je retiens, surtout dans un premier temps, c'était qu'il n'y avait pas de masques. Voilà. Que le gouvernement n'avait pas prévu les masques nécessaires »*.

L'inconfort : Charlotte souligne l'inconfort du port du masque comme obstacle à la mise en pratique de ce comportement : *« J'ai choppé des boutons ici au niveau de mon visage (...) Donc là je ne le mettais pas effectivement »*.

La digitalisation : Si dans certains cas la digitalisation serait un levier, dans d'autres cela aurait représenté une difficulté. Fleur mentionne la nécessité d'avoir un GSM adéquat notamment pour montrer certains documents en liens avec les mesures imposées, et les démarches supplémentaires que cela implique : *« Du coup, avoir des GSM (...) parce qu'il faut tout faire, les QR codes et machins, ça devient abusé en fait »*.

L'isolement : Cet aspect aurait été une difficulté majeure pour les mamans solos pendant la pandémie. Certaines ont exprimé le manque de soutien familial en raison des restrictions de contact et de mouvement imposées. Célia témoigne : *« Moi j'avais besoin du soutien de ma famille qui était à Bruxelles. Donc, ça moi je ne l'avais pas, ça c'était quelque chose qui me manquait vraiment »*. En outre, la cassure sociale a été mentionnée comme facteur de stress. Caroline dit : *« Quand même je me sens un peu stressé, un peu je ne sais pas. Parce qu'il n'y a personne qui vient, on ne va chez personne »*. Enfin, l'isolement aurait eu des effets négatifs sur la santé mentale de certaines mamans solos, avec une dépression signalée par Caroline : *« Moi à un certain moment, j'étais entré dans une dépression parce que toute seule franchement... »*.

La gestion des enfants : La fermeture des écoles et des structures de garde aurait entraîné des problèmes logistiques et organisationnels pour les mamans interrogées. Charlotte souligne que *« Tu ne pouvais plus amener ton enfant en crèche parce que la crèche était fermée, trop de cas de COVID (...) il n'y avait pas la possibilité de faire cette garde alternée et d'aller chez l'autre parent, les enfants devaient rester »*. Céleste aurait alors enfreint l'interdiction d'emmener ses enfants faire les courses *« Moi j'allais avec mes enfants, on allait au supermarché, si c'était une personne qui devait être là, bhe moi je ne sais pas les mettre autrement »*. Charlotte, quant à elle, décrit cela comme un obstacle à l'accès de services

sanitaires : « *On devait aller se faire tester, mais qu'en tant que maman célibataire je veux dire, on ne s'est jamais fait tester. Puisque on ne sait pas mettre nos enfants quelque part* ».

Elle évoque également le coût supplémentaire que cela aurait engendré : « *Ton enfant est censé être à l'école mais quand il est à la maison (...) Tu te rends compte que ton frigo il commence à se vider de plus en plus (...) c'était plus de courses (...) Plus de frais électriques et compagnie (...) Il a fallu aussi acheter des jeux à un moment donné pour tes enfants, des trucs pédagogiques* ». La gestion de l'école à domicile aurait également entraîné des difficultés matérielles et psychologiques comme l'explique Cathy : « *Bhe au début j'essayais (...) En plus c'était compliqué parce que je n'avais pas d'imprimante donc je devais toujours aller au fax phone imprimer des documents* ».

Le manque d'espace : Les contraintes de confinement auraient accentué ce problème, entraînant des conflits entre enfants comme le souligne Cathy : « *C'est petit chez moi, on est les uns sur les autres et vraiment mes enfants maintenant (...) ils ne se supportent plus* ». France mentionne la difficulté à respecter les règles imposées car les logements et les espaces extérieurs à Bruxelles ne sont pas conçus pour vivre dans les conditions imposées durant la crise sanitaire : « *On ne peut pas rester dans un petit logement à autant. (...) c'est trop compliqué de se loger à Bruxelles pour avoir des espaces où on respecte le confinement ou les distances ! (...) la distanciation sociale dans les quartiers où il n'y a pas d'espace, avec la meilleure volonté du monde, c'est hyper compliqué* ».

L'accès aux services de santé : Certains obstacles, autre que la gestion des enfants, auraient représenté un frein à la consultation de services sanitaires. Ainsi, Clémentine a exprimé sa frustration relative à la qualité des soins de santé pendant la pandémie : « *On a vu, c'était vraiment frustrant (...) Il y a deux phases dans le médical (...) Qu'il y a le côté mesquin ou il y a le côté ça va, on prend soin du patient. Et il y a le côté où on n'a pas le temps, c'est bâclé parce qu'on est surchargé* ». Céleste a également exprimé sa frustration quant à l'accès aux soins rendu difficile, à la suite d'une sélection mise en place pour répondre au manque de place dans les hôpitaux : « *Je veux dire on cotise, on paye le service médical et donc c'est encore plus frustrant parce qu'on sélectionne* ».

La surcharge : Les entretiens mentionnent les nombreuses tâches et responsabilités auxquelles sont soumises sans soutien adéquat les mamans solos. Les participantes expriment la notion de plusieurs rôles à jouer. C'est le cas de Charlotte : « *C'est que tu dois aider tes*

parents à ça, mais tu dois aussi gérer tes trucs à toi en fait. Donc il y a ce double travail que tu dois faire, la surcharge ouais c'est ça ». Elle exprime aussi les conséquences qu'aurait cette surcharge sur sa santé : « Manque de sommeil, manque de ci, manque de ça et j'ai besoin de pouvoir moi me reposer en fait, de prendre soin de moi, de ci. Parce que franchement, même prendre une douche c'était un luxe ».

Durée : Plusieurs mamans solos mentionnent la durée comme obstacle au maintien de certains comportements. Initialement, elles auraient été disposées à respecter les mesures sanitaires pendant un certain temps comme le remarque Charlotte : *« Moi j'ai joué le jeu pendant on va dire, un mois et demi, le premier mois et demi ».* Mais certaines ont commencé à ressentir une fatigue et une lassitude au fil du temps, comme Caroline qui affirme : *« A chaque fois il dit quelques mois, quelques mois. Je dis peut-être après 3 mois, après 2 mois ça va. C'est bon à un moment donné j'ai enlevé le masque, c'est fini je ne porte pas, même le masque je ne supporte plus. J'ai dit c'est bon s'il va arriver quoi que ce soit, il va arriver ».*

2.4. Perception des avantages et leviers

L'analyse des entretiens montrerait une certaine perception d'avantages et de leviers de la part des mamans solos. Ainsi, Fleur perçoit le télétravail et la diminution des contacts physiques comme des avantages : *« Dans les opportunités, c'est vrai que moi, le télétravail, ça m'a vraiment fait beaucoup de bien (...) Je ne suis pas très bisou et donc, je fais beaucoup moins la bise aux gens (...) Ce n'est pas tellement pour me protéger, mais j'en profite ».* De plus, la plupart des participantes ont mentionné des leviers qui leurs auraient permis de s'adapter aux changements liés à la crise. Ainsi, l'adoption de certains comportements aurait été facilitée par la notion de responsabilité, l'expérience ou les conditions de logement. Par exemple, Charlotte dit *« Tu joues le jeu pour pas que l'état de santé des personnes plus fragilisées s'aggrave ».* Clémentine, quant à elle, affirme : *« Donc moi, comme je suis dans le paramédical, donc pour moi c'était rien le masque ».* Par ailleurs, Camille raconte : *« J'habitais les Flandres, une maison donc des étages chacune sa chambre. Là maintenant, j'ai un appartement. Je pense que actuellement COVID, j'aurais eu difficile ».* D'autres leviers tels que le confort matériel ou l'adaptation des structures ont aussi été mentionnés en ce qui concerne la gestion de la scolarité des enfants à domicile. Charlotte déclare : *« Moi j'avais déjà une imprimante et tout, donc au début voilà ça ne me dérangeait pas ».*

2.5. Caractéristiques psychologiques

L'analyse des entretiens a révélé la présence de plusieurs caractéristiques psychologiques qui auraient pu avoir un impact sur la mise en place de stratégies par les participantes. Certaines ont évoqué l'influence de leurs valeurs en tant que mère sur leur comportement. C'est le cas de Céleste qui mentionne avoir emmené ses enfants faire des courses.

D'autres ont exprimé un sentiment d'injustice et d'inégalité entre les classes sociales, Cathy s'exprime : « *Il y a quand même une différence entre les riches et les pauvres à ce moment-là aussi* ». Fleur a mentionné un certain abus dans l'application des mesures : « *Ha on était à la crise Coronavirus ça a expliqué qu'on était à guichets fermés, mais on continue parce que finalement ça marche très bien comme ça et on continue comme ça* ». Le risque étant alors un manque d'appartenance et de sens quant aux mesures mises en place ainsi qu'une perception de vulnérabilité qui n'est plus identique.

Le sentiment d'obligation et de chantage aurait également été un facteur influent pour certaines participantes. Dans certains cas, elles se sont senties obligées d'avoir recours à la vaccination pour retrouver leur liberté et leur vie sociale. Fleur affirme : « *Vous êtes obligés de vous faire vacciner. Il faut un pass sanitaire, sinon vous ne pouvez plus aller à l'étranger. Vous ne pouvez plus aller, sortir, ni rien. Du coup, je l'ai fait uniquement pour ça* ». Cathy déclare même qu'elle aurait respecté les gestes barrières par obligation mais qu'elle n'avait pas peur de la maladie : « *Parce que j'étais obligée de le faire mais je n'avais pas peur en fait* ». Pour d'autres, le sentiment d'obligation a eu l'effet inverse, comme Céleste qui a choisi de s'opposer à ce qui lui était imposé pour maintenir sa liberté : « *En fait finalement ils m'ont poussée à un peu me marginaliser quelque part. C'est contre, ce qu'ils imposaient moi j'ai fait tout le contraire en fait* ».

Le sentiment de complot a également été évoqué par plusieurs participantes, qui pensent que la crise COVID aurait profité aux politiques et aux capitalistes. Fleur en fait d'ailleurs une comparaison : « *Et pour moi, le Covid, le fait qu'on doive suivre ce qu'on nous dit comme cela, on pouvait faire un retour, genre George Orwell, 1984, on était dedans* ». Cela aurait alors eu un impact sur la confiance des participantes vis-à-vis du gouvernement et par extension sur leur perception de gravité et de vulnérabilité.

Charlotte a exprimé un sentiment de surcharge émotionnelle qui aurait influencé sa motivation à rester en bonne santé : « *J'aurais préféré mourir du COVID quoi. C'est grave, tu vois c'était ça* ».

Enfin, certaines mamans ont ressenti du stress et un besoin de vie sociale qui a prévalu sur le respect des règles, comme Cathy qui a choisi de socialiser malgré les risques de contracter la maladie : « *J'avais tellement besoin de soutien et d'amitié qu'en fait je me suis dit tant pis, si je l'ai, je l'ai* ».

2.6. Influences sociales

Comme vu précédemment, les influences sociales impacteraient l'adoption de comportement et sont de deux types. Dans le cas de notre recherche, l'**influence normative** serait représentée par une attente de la société concernant le respect des règles mises en vigueur durant la crise sanitaire, sous peine de sanctions. Malgré cela, les entretiens montrent que les mères solos interrogées ont parfois failli au respect de certaines mesures.

En ce qui concerne l'influence des pairs, cela aurait engendré un impact différent. Ainsi certaines mamans auraient remis en question leur comportement en observant celui des autres. Camille explique : « *Je suis rentrée au supermarché (...) Il y avait une dame de l'autre côté (...) Elle se mettait vraiment (montre une posture d'évitement) (...) Parfois je me disais mais attends, tu minimalises la chose* ».

Plusieurs participantes ont aussi évoqué leurs attentes vis-à-vis du comportement des pouvoirs publics, et l'impact que ces derniers auraient eu sur le leur. Charlotte dit : « *Après ce qu'il faudrait améliorer aussi c'est le comportement de certains de nos politiciens qui eux s'amusaient à faire des gang bangs* ». Clémentine rajoute : « *On nous demande de respecter des choses qu'ils ne font même pas quoi* ».

Les témoignages de pairs auraient aussi influencé l'adoption de comportements. Ainsi, Charlotte parle de l'influence qu'auraient eu certains témoignages quant à sa décision de se faire vacciner : « *Et donc (...) T'as des témoignages de gens qui te disent : mon fils était en parfaite santé (...) Mon fils est mort d'une crise cardiaque (...) Et que c'est lié en fait au vaccin (...) Et donc là tu te dis, bhe non je ne risque pas* ».

2.7. Motivation à la santé

L'analyse des entretiens mettrait en évidence une motivation à la santé relative et ambivalente de la part des mamans solos interrogées. Céleste explique : « *Les règles sanitaires. Moi j'allais avec mes enfants, on allait au supermarché* ». Charlotte ajoute : « *En fait c'est enfreindre les règles mais par obligation* ». Ces deux extraits suggèrent que les participantes ont dû trouver des solutions pour subvenir à leur besoin primaire en enfreignant des règles mises en place pour préserver leur santé. Cependant, les témoignages mentionnent une prise de conscience qui les aurait motivés à prendre des mesures pour préserver leur santé et celle de leur famille : « *Je me suis rendu compte qu'en fait on peut mourir du jour au lendemain. Si on ne bouge pas maintenant, on va bouger quand ?* ».

2.8. Cues to action

L'analyse des entretiens montre l'influence des indices de santé, ou "cues to action", sur l'adoption de comportements de prévention et de protection pendant la pandémie par les mamans solos. Certaines participantes ont pris des décisions en se basant sur des informations concrètes et des recherches. C'est le cas de Charlotte qui déclare : « *Donc moi j'attendais vraiment qu'on m'apporte vraiment, noir sur blanc des explications concrètes* ». Clémentine va dans le même sens : « *On a fait des recherches concrètes* ».

D'autres, comme Camille, ont choisi de se faire vacciner en fonction de leurs projets de voyage : « *Moi je me suis fait vacciner, parce que voilà, je devais aller au Maroc* ». L'absence d'indices de santé, comme l'absence de symptômes, a également influencé la décision de certaines participantes, comme Charlotte qui a exprimé sa réticence à porter un masque : « *Surtout si t'es asymptomatique, tu as peur pour l'autre mais pas longtemps (...) Parce qu'à un certain moment j'étouffais avec ce masque* ». Enfin, l'anxiété liée aux messages alarmistes dans les médias et à la publicité choquante aurait également eu un impact sur la décision de certaines participantes, comme l'arrêt des médias.

3. Résultats des professionnels

Les focus groups réalisés avec les mamans solos avaient pour objectif de recueillir leurs ressentis personnels. Nous avons voulu enrichir ces données avec les perspectives et les connaissances des professionnels. Il convient toutefois de souligner que cette démarche ne vise pas à établir des généralités mais plutôt à obtenir une analyse plus complète et nuancée de la situation. Les entretiens avec les mamans solos permettent de comprendre leurs expériences subjectives, tandis que les entretiens avec les professionnels fournissent un éclairage sur les pratiques. En croisant ces deux types de données, cette recherche espère ainsi contribuer à une meilleure compréhension du vécu des mamans solos Bruxelloises pendant la pandémie de COVID-19.

3.1. Perception de la gravité et de la vulnérabilité

L'analyse des entretiens réalisés avec les professionnels montre que les mamans solos auraient une perception suffisante de la gravité et de la vulnérabilité liée à la pandémie. En effet, d'après les professionnelles interrogées, les mamans solos ont pris très au sérieux les mesures recommandées pour prévenir la contamination par le COVID-19. P1 : « *On s'est aussi rendu compte que les familles respectaient très, très scrupuleusement les choses qui avaient été fixées par le gouvernement* ». Elles auraient aussi évoqué l'inquiétude des mamans solos face à l'inconnu et à la possibilité que leurs enfants soient porteurs asymptomatiques du virus. Cela suggérerait une certaine appréciation de la gravité et de leur vulnérabilité face à la situation.

3.2. Perception des obstacles et difficultés

Bien que la majorité des difficultés relevées par les professionnels ait déjà été citée par les mamans solos, leurs réponses ont tout de même apporté des informations supplémentaires qui permettent une compréhension plus approfondie du vécu des mères célibataires.

Information : Les professionnels interrogés ont évoqué un manque de cohérence et de clarté dans l'information relative à la pandémie de COVID-19, ce qui aurait pu entraîner des difficultés pour les mamans solos à suivre les mesures recommandées. Selon P2, ce manque de clarté aurait favorisé l'abandon de certaines mesures, en raison des difficultés à les

comprendre et à les appliquer : *« Puisqu'ils n'y comprenaient rien eux-mêmes et donc nous non plus on n'y comprenait rien (...) Donc ça n'a pas été forcément de suivre tout le temps puisqu'on voyait bien que tout n'était pas clair (...) ».*

Isolement : Selon les professionnels, les mamans solos auraient souffert d'isolement durant la pandémie. P1 a souligné l'aggravation de la solitude vécue par ces femmes : *« Elles étaient dans une grande solitude, encore plus grande que d'habitude ».* P2 y apporte une nuance, en fonction de l'origine. Ainsi, des facteurs démographiques auraient influencé cette perception d'isolement : *« Le côté Nord a eu quand même beaucoup plus difficile à vivre un isolement (...) Les côtés chauds ont eu une facilité, parce qu'il y a aussi le fait de... on est loin de notre famille ».*

Gestion des enfants : Les professionnels ont mentionné des difficultés supplémentaires quant à la gestion des enfants par les mamans solos durant la pandémie. Ainsi, elles auraient constaté leur difficulté à concilier vie de famille et vie professionnelle. P1 explique : *« Des mamans seules qui devaient télétravailler, elles ont énormément trinqué aussi celle-là ».* P2 ajoute la difficulté liée au manque de connaissances de certaines mères : *« Faut savoir que beaucoup de mamans solos ne sont pas aptes à suivre leurs enfants scolairement ».*

Finances : Les professionnels ont évoqué l'impact qu'aurait eu la crise sur la situation financière des mamans solos. Ainsi, P1 explique la répercussion sur l'emploi : *« Elles ont perdu des boulots qu'elles ont eu difficiles à atteindre et à garder parce qu'il fallait s'organiser ».* La situation financière de certaines aurait aussi été aggravée par la crise : *« C'est passer de la pauvreté à la précarité ».* Enfin, ces difficultés financières, auraient eu des conséquences sur l'adoption de certains comportements, notamment en termes d'achats de matériel de protection : *« On n'a pas toujours la chance de pouvoir acheter ces masques. Il fallait aussi mettre son argent dedans ».*

Manque d'espace : En ce qui concerne le logement et le manque d'espace, les dires des professionnels rejoignent ceux des mamans solos. Des logements inadaptés à un confinement auraient rendu difficile l'application de certaines mesures de prévention. P2 affirme : *« Donc un enfant malade dans une maison, l'isoler c'est compliqué, en habitant sur Bruxelles peu de personnes peuvent se dire qu'elles ont une maison, donc c'est être l'un sur l'autre ».*

Surcharge : Les professionnels ont aussi mentionné la surcharge et la fatigue des mamans solos durant la pandémie. Elles attribuent cela au fait qu'elles soient multitâches et seules : P2 s'exprime : « *Quand la charge mentale est trop lourde, et surtout pour un parent seul, c'est très compliqué* ».

Durée : P1 mentionne la durée comme obstacle au respect de certaines mesures : « *A court terme, ça marche un petit temps et puis on laisse aller, on revient dans nos travers* ».

3.3. Perception des avantages et leviers

Les professionnelles interrogées ont identifié plusieurs avantages et leviers que les mamans solos auraient mobilisés pour faire face aux changements induits par la crise sanitaire. Ainsi, P2 a mis en avant la résilience de ce public comme un atout dans cette période difficile : « *La maman solo est quelqu'un qui vit dans une précarité économique, psychologique en permanence en fait. Donc la COVID, si ce n'est que le fait d'avoir été obligé de ne pas sortir, elles n'ont fait que fonctionner comme elles fonctionnent toujours* ». D'autres avantages comme l'allègement de certaines contraintes administratives ou la prise de conscience de certains comportements à adapter, ont aussi été mentionnés. P2 : « *Je pense que tout le monde a changé sa façon de faire les courses (...) On le fait, se préserver de la maladie* ». Enfin, pour certaines mamans solos, cette situation aurait été l'occasion de renforcer les liens avec leurs enfants. Par exemple, P2 constate : « *D'autres mamans ont pris ce plaisir de connaître leurs enfants* ».

3.4. Caractéristiques psychologiques

Les professionnels interrogés font état de différentes caractéristiques psychologiques chez les mamans solos qu'elles accompagnaient. Ainsi, P2 parle de leur peur qui les aurait conduites à adopter certains comportements préventifs : « *Se laver les mains 45 fois par jour, on ne le faisait pas et là bah (...) on avait tellement peur que peut être oui, on l'a fait* ». De plus, leur expérience de mamans solos et les difficultés qu'elles rencontrent au quotidien en dehors de toute crise les auraient aidées à traverser cette pandémie.

3.5. Influences sociales

Les professionnels notent que la peur de la stigmatisation aurait influencé l'adoption de certains comportements par les mamans solos. En effet, P1 explique : « *Il y a quand même des enfants qui ont été laissés seuls à la maison pendant que les mamans allaient faire des courses (...) Pour ne pas être regardé de travers non plus quand on était avec ses enfants dans le magasin* ».

3.6. Cues to action

Une des professionnelles mentionne la privation comme élément déclencheur à l'adoption de certains comportements par ces mamans. Ainsi, P2 affirme : « *L'exercice était important (...) Mais c'est plus le fait d'avoir été privé de ne pas pouvoir le faire* ».

4. Stratégies mises en place

Dans ce point nous passerons en revue les stratégies mises en place par les mamans solos pour préserver leur santé, selon l'analyse de leurs entretiens ainsi que celle des professionnels.

4.1. Respect des règles sanitaires

Selon l'analyse des entretiens, les mamans solos auraient respecté certaines mesures sanitaires recommandées pour se protéger du COVID-19, telles que le port du masque et l'utilisation de gel hydroalcoolique. Les raisons invoquées pour justifier l'adoption de ces comportements étaient multiples, notamment la peur de contaminer les autres ou encore l'obligation. Camille s'exprime : « *Le masque il y avait l'obligation ça c'est important de le dire mais on le mettait aussi parce qu'on avait peur pour les autres* ». Les professionnels interrogés auraient aussi observé cela et soulignent que les mamans solos respectaient scrupuleusement les règles sanitaires imposées par le gouvernement. P1 a déclaré : « *On s'est aussi rendu compte que les familles respectaient très, très scrupuleusement les choses qui avaient été fixées par le gouvernement* ». Pour certaines qui n'étaient pas en mesure de les appliquer, P2 explique qu'elles préféraient alors rester chez elles : « *Des gens restaient chez eux pour ne pas porter ce masque tout simplement parce qu'ils n'arrivaient pas à s'y faire* ».

4.2. Non-respect des règles sanitaires

Selon les dires des mamans solos, l'application de certaines mesures était impossible dans leur situation. Par exemple, Charlotte mentionne : « *En fait c'est enfreindre les règles mais par obligation, car manque de solution en fait* ». Pour d'autres, ce sont les caractéristiques psychologiques telles que les connaissances qui auraient alors influé sur la perception de vulnérabilité et ainsi sur le non-respect de certaines mesures. Clémentine affirme : « *On se voyait, donc on ne respectait pas les règles parce qu'on savait de quoi on parlait en COVID, ça nous faisait pas si peur que ça parce qu'on savait* ».

4.3. Mesures d'hygiène

L'analyse des entretiens met en évidence une stratégie de prévention de la transmission de la maladie par l'adoption de mesures d'hygiène strictes, telles que l'utilisation de produits de nettoyage désinfectants, la désinfection des surfaces et des objets touchés et la pratique régulière du lavage des mains. Ainsi, Charlotte décrit sa situation : « *Moi c'était (...) Laver tout au Détoil, si on sortait, demander aux enfants de déposer les chaussures devant la porte. C'était systématique, dès que tu touches quelque chose, il faut faire le gel* ».

4.4. Adoption d'une alimentation saine

L'analyse des entretiens montre l'adoption d'une alimentation saine et naturelle comme stratégie pour préserver la santé durant la pandémie. C'est le cas de Céleste : « *Je pense que toutes les vitamines, les nutriments, les compléments alimentaires et tout se font dans la nourriture tu vois. J'ai eu le covid, c'est passé, je ne me suis pas fait vacciner et c'est passé* ».

4.5. Médecine alternative

Afin de préserver leur santé, les mamans solos auraient eu recours à des « recettes de grand-mère ». Plusieurs participantes ont mentionné l'utilisation d'ingrédients naturels pour prévenir ou guérir la maladie. C'est le cas de Clémentine qui affirme : « *C'est vraiment bien le komobololo et généralement quand quelqu'un est très malade, c'est ce qu'on lui fait boire et ça marche* ». P2 quant à elle, explique que les mamans solos auraient fait avec leurs moyens

et ce qu'elles connaissent : « *Se soigner à la bonne franquette, si je peux dire ça comme ça, avec peu de moyens, avec les remèdes de grand-mère* ».

4.6. Réorganisation

Pour faire face à différentes difficultés telles que les répercussions financières, la surcharge de travail ou encore la gestion des enfants, les mamans solos auraient fait preuve de réorganisation. Ainsi, P2 observe : « *« L'organisation c'est devenu du rationnement »*. Dans d'autres cas, elles ont fabriqué du matériel de protection : « *Il y en a qui ont créé des masques à leur façon* ». En ce qui concerne la surcharge, elles ont parfois adapté ou abandonné certaines tâches telle que la scolarité. Par exemple, Cathy explique : « *Enfin trop de stress trop et donc j'ai arrêté bhe voilà tant pis* ». Célia, quant à elle, décrit sa situation : « *J'avais le numéro de l'institutrice, je l'ai appelée (...) Elle était très compréhensive* ». Enfin, l'analyse indique que les mamans solos auraient trouvé des stratégies pour occuper leur temps et celui de leurs enfants à l'intérieur. Ainsi, Charlotte a opté pour l'achat de jeux pédagogiques et ludiques : « *Il a fallu aussi acheter des jeux à un moment donné pour tes enfants* ».

4.7. Solidarité

La solidarité aurait constitué une stratégie importante pour préserver la santé et le bien-être des mamans solos pendant la pandémie de COVID-19. Elle aurait aidé à réduire le risque de propagation du virus en permettant aux personnes de rester à la maison et en s'entraidant pour obtenir des fournitures et des aliments, comme l'a souligné Cathy : « *J'habite à Ganshoren. Pendant la pandémie, qu'est-ce qu'ils ont fait, ils ont fait une ASBL. Ils amenaient des colis aux gens* ». De plus, la solidarité aurait amélioré le bien-être en offrant un soutien et en réduisant l'isolement social. Charlotte l'évoque en parlant de la période où elle a contracté le COVID : « *J'ai dit à mon enfant : « Va chez la voisine d'au -dessus, demande-lui de te préparer quelque chose à manger pour toi et ton frère »*. *J'ai eu la chance quand même d'avoir deux voisins* ».

4.8. Aide de structures

Faire appel ou accepter l'aide de structures est une autre solution que les mamans solos auraient utilisée. Ainsi, P1 explique comment les associations ont essayé de réduire l'isolement et les difficultés d'information : *« En fait, les bénévoles qui connaissaient déjà les mamans ont continué à rester en contact, donc ça a été par téléphone par WhatsApp (...) On essayait de chaque fois qu'il y avait des nouvelles mesures, on a envoyé un message aux bénévoles, des petites actualisations »*. P2 quant à elle parle de l'aide alimentaire apporté par d'autres structures : *« Aller peut-être souvent au CPAS, à la Croix-Rouge pour aller chercher des colis alimentaires »*.

4.9. Réseaux sociaux

Selon P1, les mamans solos auraient réduit le manque de contact sociaux et l'isolement en utilisant les réseaux sociaux. Cela aurait alors participé à la préservation de leur santé mentale : *« Je pense que quand même beaucoup de contacts par WhatsApp. Ça a été quand même une chance que ça existe (...) Le téléphone a été quand même très précieux »*.

4.10. Gestion de l'information

Pour faire face aux difficultés liées à l'information comme nous l'avons vu précédemment, certaines mamans solos ont fait leurs propres recherches et ont évité les sources d'infos jugées peu fiables ou anxiogènes et, dans certains cas, elles se sont complètement écartées des informations comme le mentionne Céleste : *« Faire moi-même mes propres recherches personnelles, donc à savoir, à apprendre moi-même des choses sur la COVID, sur ci sur ça, plutôt que d'avoir un raccourci d'infos directement, souvent fallacieux par rapport aux médias (...) En tout cas, moi ça m'a fait du bien de me couper de tous ces médias sociaux, réseaux, télé »*.

4.11. Lâcher prise

L'analyse des entretiens met en évidence la stratégie de lâcher prise adoptée par certaines mamans solos pour préserver leur santé mentale. Céleste explique que sa foi et sa spiritualité l'ont aidée à accepter ce qui était hors de son contrôle et à rester dans un état d'esprit positif :

« Nous on est des croyants on s'en remet à Dieu et je veux dire ça c'est une réalité en tout cas pour nous (...) De rester dans ce côté positif ».

Les résultats de cette recherche suggèrent une certaine convergence entre les expériences des mamans solos interrogées et les observations des professionnels. En effet, l'observation de ces dernières met en évidence une certaine capacité d'adaptation des mamans solos, qui serait issue de leurs expériences et de leur résilience déjà présente. Bien que cette adaptation n'ait pas été mentionnée de manière explicite par les mamans solos interrogées, l'analyse des entretiens suggère qu'elles auraient mis en place des stratégies de préservation de leur santé en réponse à la crise sanitaire. Leurs expériences et leur résilience auraient alors servi de levier à la mise en place de ces stratégies.

En conclusion, les résultats mettent en évidence que les mamans solos auraient développé diverses stratégies pour préserver leur santé pendant la pandémie. Nous avons analysé ces stratégies à travers le prisme du HBM, ce qui nous a permis d'identifier les facteurs qui auraient influencé l'adoption de comportements. Les mamans solos auraient eu une certaine perception de la gravité et de la vulnérabilité de la situation, mais cette perception aurait évolué au fil du temps et aurait été influencée par différents aspects. De plus, elles ont rencontré des obstacles et des difficultés qui auraient rendu l'adoption de certains comportements protecteurs difficile. Toutefois, elles ont mis en place des stratégies adaptées à ces difficultés pour maintenir leur santé.

Par ailleurs, avons également constaté que les caractéristiques psychologiques des mamans solos auraient joué un rôle important dans l'adoption de comportements, avec des influences positives et négatives. Les influences sociales, en particulier la peur de la stigmatisation, auraient également eu un impact sur leur comportement, bien que l'influence normative aurait eu moins d'impact que l'influence des pairs. Enfin, nous avons pu observer une motivation à maintenir un certain niveau de santé de la part des participantes, bien que dans certains cas, elle se soit concentrée sur la satisfaction des besoins essentiels tels que la nourriture, au détriment de comportements protecteurs en lien avec la pandémie.

IV. Discussion

Les résultats nous ont fait part d'un certain vécu des mamans solos interrogées ainsi que des moyens mis en place par ces dernières pour faire face à la pandémie. Il semblerait que dans certains cas elles aient adopté des comportements protecteurs visant à préserver leur santé mentale, physique et leur bien-être. Ainsi, elles auraient géré leur manière de s'informer, trouvé des occupations, fait preuve de solidarité, adapté leur organisation, suivi les règles sanitaires imposées, adopté une alimentation saine et autres. Dans d'autres cas, la stratégie jugée nécessaire par ce public aurait été de ne pas adopter les comportements suggérés par le gouvernement.

Dans cette partie discussion, nous tenterons de comprendre les raisons de la mise en place de ces stratégies à l'aide du Health Belief Model (HBM).

1. Confrontation à la littérature

1.1. Perception de la gravité

Les résultats de cette recherche indiquent que les mamans solos interrogées auraient pris conscience de la menace que représente la pandémie de COVID-19. Cette perception, comme le souligne le Health Belief Model (HBM), est subjective et dépend de différents facteurs. Certaines participantes auraient ainsi vu leur perception de gravité renforcée par la situation dans d'autres pays, ou au contraire diminuée en raison d'un manque d'informations claires ou de la durée de la pandémie. Les connaissances et croyances des participantes auraient également influencé leur perception de la menace. Enfin, les résultats suggèrent que cette perception de la menace aurait, dans certains cas, favorisé l'adoption de comportements protecteurs chez les mamans solos interrogées, comme une proactivité dans la réduction du risque de transmission. En effet, selon le HBM, si une personne perçoit une maladie comme étant grave et pouvant avoir des conséquences sur sa santé, elle sera plus encline à adopter des comportements de prévention (Rosenstock, 1974). Dans d'autres cas, une perception de gravité altérée par différents facteurs tels qu'une perte de confiance, ou des incohérences, aurait aussi influencé de manière négative l'adoption de certains comportements protecteurs.

1.2. Perception de la vulnérabilité

Selon le modèle des croyances relatives à la santé (HBM), la perception de vulnérabilité est influencée par divers facteurs, tels que les connaissances et les informations sur la maladie, les croyances, les attitudes personnelles et d'autres encore. Les résultats de notre recherche suggèrent que les connaissances sur la situation, la peur, la spiritualité et les difficultés rencontrées auraient influencé la perception de vulnérabilité et les comportements adoptés par les participantes. De plus, la perception de vulnérabilité semble être relative et évolutive dans le temps, jusqu'à atteindre une possible banalisation.

Conformément au HBM, plus la perception de vulnérabilité est importante, plus l'individu sera susceptible d'adopter les comportements adéquats pour préserver sa santé (Glanz, Rimer et Viswanath 2015). Les résultats de notre recherche indiquent également que certaines mesures auraient été respectées au début de la pandémie avant d'être abandonnées, ce qui pourrait être expliqué par une perception fluctuante de la vulnérabilité. En outre, une participante qui ne croyait pas en l'existence de la COVID-19 n'a pas adopté de comportements de prévention spécifiques, si ce n'est par obligation.

1.3. Perception des leviers et avantages

Le Health Belief Model souligne l'importance de la perception des avantages pour l'adoption de comportements de santé. En effet, plus une personne perçoit les avantages d'un comportement de santé comme étant élevés, plus elle sera susceptible d'adopter ce comportement (Zewdie et al, 2022). Cette perception pourrait entre autres être influencée par les connaissances ou les expériences personnelles. Dans le cas de notre recherche, nous avons relevés la connaissance et l'expérience comme des facteurs qui auraient permis de percevoir les bénéfices de certains comportements et d'en favoriser l'adoption.

1.4. Perception des obstacles et difficultés

Selon le HBM, la perception des obstacles peut être influencée par des facteurs tels que les ressources personnelles et environnementales. Dans le contexte de notre recherche, les difficultés et obstacles cités par les participantes sont souvent des aggravations de difficultés déjà rencontrées dans leur vie quotidienne, et sont liés à leurs caractéristiques

démographiques. Le HBM souligne que l'influence des obstacles sur l'adoption de comportements est significative. Plus la perception de ces obstacles est importante, plus difficile sera l'adoption de comportements de prévention (Rosenstock, 1984). Les résultats de notre recherche montrent que, dans certains cas, les obstacles ou les difficultés auraient rendu impossible l'adoption de certains comportements. Toutefois, certaines stratégies mises en place par les participantes représentent une réponse à certaines de ces difficultés.

1.5. Caractéristiques psychologiques

Le modèle de croyances relatives en santé souligne que les facteurs psychologiques ont un impact significatif sur l'adoption de comportements. Les résultats de notre recherche suggèrent que plusieurs facteurs psychologiques auraient influencé l'adoption de comportements par les mamans solos interrogées, en influençant notamment leur perception de vulnérabilité, de gravité et de motivation à préserver leur santé. Cependant, le sentiment d'obligation aurait eu un double effet, soulignant ainsi l'importance des caractéristiques personnelles de chaque participante dans l'adoption de comportements de prévention.

En outre, nos résultats indiquent que certains facteurs psychologiques influenceraient également la perception des avantages et des barrières à l'adoption de comportements.

1.6. Influences sociales

Comme le soulignent Conner et Norman (2015), l'adoption de comportements est souvent influencée par des facteurs sociaux. Toutefois, les résultats de notre étude suggèrent que l'influence normative ne constituerait pas toujours un facteur déterminant dans l'adoption de comportements de santé chez les mamans solos Bruxelloises. En effet, malgré les sanctions encourues, certaines participantes auraient enfreint les mesures sanitaires.

En revanche, l'influence des pairs, souvent plus informelle, aurait été identifiée comme ayant un impact significatif sur le comportement des participantes. Les témoignages de proches ou de personnes de l'entourage auraient ainsi joué un rôle important dans les décisions prises en matière de santé, telles que la vaccination. Enfin, les résultats suggèrent que les influences sociales auraient influencé la perception de vulnérabilité et de gravité.

1.7. Motivation à la santé

Comme nous l'avons expliqué précédemment en utilisant le cadre théorique du HBM, la motivation à la santé va influencer la prise de décision en fonction de l'importance que l'individu porte à sa santé. L'analyse des témoignages recueillis lors de notre recherche montrerait une certaine ambivalence quant à la motivation à la santé chez les mamans solos.

En effet, les participantes sembleraient accorder une grande importance à leurs besoins essentiels, mais nous avons relevé une baisse de motivation en ce qui concerne le respect des règles sanitaires mises en place pour prévenir la maladie. De plus, les obstacles et les difficultés de la situation les auraient découragées et affecté leur motivation à suivre les mesures sanitaires qui sembleraient alors incompatibles avec leur réalité quotidienne de mères célibataires.

Néanmoins, nos résultats suggèrent que certaines participantes auraient pris conscience de l'importance de préserver leur santé pendant la pandémie de COVID-19, et auraient mis en place des mesures pour réduire les risques de maladie.

1.8. Cues to action

Selon Conrer et Norman (2015), les indices de santé jouent un rôle important dans l'adoption de comportements de prévention. Ils peuvent déclencher la prise de décision et influencer la perception de vulnérabilité ou de gravité de la maladie. Nos résultats suggèrent que les mamans solos interrogées auraient utilisé différentes sources d'indices de santé pour prendre leurs décisions en lien avec la pandémie de COVID-19. Certaines participantes auraient recherché des informations concrètes pour mieux comprendre les enjeux de la situation, ce qui reflète également la dimension de perception de la gravité de la maladie. D'autres auraient pris leurs décisions en fonction de leurs projets de voyage, ce qui souligne l'importance des indices de santé quant à l'adoption de comportements.

1.9. Caractéristiques démographiques

Comme d'écrit précédemment, les caractéristiques démographiques peuvent influencer la perception de gravité, de vulnérabilité, d'obstacles et de leviers. Les résultats décrivent entre

autres l'influence qu'aurait eu l'origine sur la perception d'obstacles ou encore la situation de mère célibataire sur la perception de vulnérabilité ou de difficultés.

En somme, les mamans solos interrogées dans cette recherche auraient adopté différentes stratégies pour faire face à la pandémie de COVID-19 et préserver leur santé. Il est important de noter que selon le Health Belief Model, différents aspects auraient influencé l'adoption de comportements de manière variable, parfois de manière positive et parfois de manière négative. Par exemple, même si certaines participantes auraient perçu la gravité de la situation et se seraient engagées dans des comportements protecteurs, d'autres auraient entre autres été découragées par les obstacles liés à leur situation de mère célibataire ou par des facteurs psychologiques. De plus, les influences sociales auraient parfois eu un impact négatif sur la perception de gravité et de vulnérabilité chez certaines participantes.

Il est également important de souligner que les différents aspects du modèle de croyances en santé sont interdépendants et s'influencent mutuellement. Par exemple, la perception de vulnérabilité peut être influencée par les connaissances et les informations sur la maladie, les croyances, les attitudes personnelles et les obstacles.

Enfin, il convient de noter que la perception de la menace et l'adoption de comportements auraient évolué au cours du temps. Au début de la pandémie, certaines mesures auraient été adoptées de manière rigoureuse avant d'être abandonnées progressivement. Cela peut être lié à une perception fluctuante de la vulnérabilité, aux influences sociales ou aux difficultés rencontrées dans la vie quotidienne.

2. Limites de la recherche

Choix du thème : Notre recherche porte sur les mamans solos Bruxelloises et leur vécu durant la pandémie. Bien que nous soyons conscients que les familles monoparentales se composent aussi de papas solos, nous avons choisi de nous concentrer sur les mamans solos en raison de leur prédominance dans les familles monoparentales vivant à Bruxelles et de l'inégalité de genre supplémentaire qui les affecte. Cependant, nous reconnaissons qu'il serait intéressant d'explorer le vécu des papas solos dans des études futures. Il est important de noter que notre recherche se concentre sur un groupe spécifique et que les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble des familles monoparentales.

Littérature : Nous avons effectué une revue de la littérature pour notre recherche. Nous avons choisi des sources pertinentes pour notre recherche et les avons analysées en fonction des objectifs de notre étude. Bien que nous n'ayons pas parcouru l'ensemble de la littérature existante, notre objectif était de fournir un aperçu des recherches précédentes sur le sujet.

Cadre de référence : Notre recherche s'appuie sur le Health Belief Model (HBM). Il a été choisi car il permet de comprendre comment les croyances et les attitudes des individus peuvent influencer leur adhésion à des comportements. Nous reconnaissons que d'autres modèles et théories auraient pu être pertinents pour notre étude, mais nous avons opté pour le HBM en raison de sa pertinence pour notre sujet de recherche et de nos contraintes de contenu. Toutefois, il aurait été intéressant de le compléter avec d'autres outils tels que la théorie de la motivation, pour approfondir la compréhension de l'adoption d'un comportement.

Critères d'inclusion : Nous avons opté pour des critères d'inclusion larges pour toucher le plus grand nombre de mamans solos possible en raison de la difficulté d'accès à cette population. Cependant, nous reconnaissons que cette méthode peut limiter notre capacité à mettre en avant certaines variables telles que l'âge des enfants ou la perception d'une pension alimentaire.

Taille de l'échantillon : Nous avons rencontré 8 mamans solos lors de focus groups. Nous avons choisi de nous concentrer sur les associations qui ont répondu à notre demande pour des raisons de timing et de faisabilité. Nous avons également ajouté des entretiens avec deux mamans solos supplémentaires pour diversifier notre échantillon. Nous sommes conscients que cette taille d'échantillon limitée peut avoir des implications, mais nous avons cherché à fournir une analyse détaillée et riche des données recueillies.

Méthode d'analyse : Une méthode qualitative a été choisie pour notre recherche, en reconnaissant que cela peut introduire une certaine subjectivité. Nous avons favorisé les focus groups pour permettre une discussion entre les participants et une observation de leurs interactions. La présence de deux chercheurs lors des entretiens a permis de minimiser la subjectivité. Nous avons également enregistré les entretiens pour permettre une retranscription fidèle des données. L'analyse des données a été réalisée sur la base du HBM pour minimiser

la subjectivité et renforcer la validité des résultats. Il est important de noter que notre recherche utilise une méthode qualitative et que les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population de mamans solos Bruxelloises.

Ainsi, plusieurs pistes d'amélioration sont possibles pour cette recherche. Tout d'abord, il serait pertinent d'envisager des études futures qui examinent le vécu des papas solos pendant la pandémie. Cela permettrait d'avoir une compréhension plus complète de la façon dont la pandémie a affecté les familles monoparentales dans leur ensemble. Ensuite, nous pourrions envisager de réaliser une analyse de la littérature plus exhaustive afin de fournir un aperçu plus complet des études existantes. En outre, l'utilisation d'un modèle unique tel que le HBM pourrait être complétée par d'autres modèles ou théories pour fournir une compréhension plus complète des comportements des mamans solos pendant la pandémie. Enfin, il serait intéressant de réfléchir à une sélection plus ciblée pour permettre une analyse plus approfondie de certaines variables telles que l'âge des enfants ou la perception d'une pension alimentaire.

3. Perspective et recommandations

3.1. Perspectives en cas de futures pandémies

Les mamans solos vivant à Bruxelles ont exprimé leur opinion concernant les pistes d'amélioration pour la gestion des futures pandémies. Les participantes ont évoqué plusieurs domaines d'amélioration, notamment en matière de santé mentale et d'hygiène de vie. Selon Céleste, il est important d'avoir des ressources pour maintenir la santé mentale, un moyen de décharger qui minimiserait la solitude et la surcharge, tel que des solutions d'écoute. Elle a déclaré : « *Quelqu'un qui nous rassure, un soutien psychologique, téléphonique* ».

Les participantes ont également suggéré d'avoir des aides et des solutions pour permettre le maintien d'une bonne hygiène de vie, en facilitant l'accès à une alimentation saine et à des structures pour permettre une activité physique. Céleste a souligné : « *Avoir la capacité de se maintenir dans une bonne hygiène de vie physique. Qu'on n'a pas tous eu ce luxe parce que manque de place dans certains appartements* ».

Les participantes ont également évoqué la question de l'accès aux soins de santé. Une des professionnelles interrogées a proposé un accès aux soins sans restriction. Elles ont également abordé la question de la communication qui, selon elles, n'a pas été adaptée aux personnes vivant dans des contextes de vie différents. Elles suggèrent donc de mettre en place une communication plus adaptée et inclusive pour mieux répondre aux besoins de toutes les personnes impactées par la pandémie. Céleste a noté : « *Et alors je pense aussi surtout ce qui manquait au niveau des politiques c'était de nous parler des réels enjeux parce qu'on a souvent l'impression d'être pris pour des teubés parce qu'on nous dit pas les choses* ».

Les participantes ont également proposé d'intégrer d'autres personnes que les politiques dans les prises de décision, comme le corps médical ou les acteurs sociaux, pour mieux prendre en compte les besoins de la population. France a souligné : « *Et ça permettait de mieux prendre en compte la balance risques physiques et risques santé mentale. Après, ce n'est pas pour ça qu'on suivait leur avis, mais, au moins, ils ont fait l'effort de les intégrer. Et, c'était important!* ».

Les participantes ont aussi souligné l'importance de la responsabilisation de la population et de l'adoption de comportements plus bienveillants et solidaires. Caroline a noté : « *Non parce que je vois les gens, ils sont... égoïstes un peu, chacun il pense à lui-même et pas aux autres* ». D'autres ont également proposé la participation des citoyens dans les décisions prises pour la gestion de la crise, proposant des votes pour valider les décisions prises et éviter l'infantilisation de la population.

Enfin, une professionnelle insiste sur l'importance de l'amélioration des conditions de vie des mamans solos pour leur permettre d'être mieux préparée en cas d'une future pandémie. Elle évoque la nécessité d'une société plus juste et plus égalitaire dans laquelle les logements sont de meilleure qualité et l'espace public est plus accueillant.

En conclusion, les participantes ont proposé plusieurs pistes d'amélioration pour la gestion des futures pandémies, notamment en matière de santé mentale, d'hygiène de vie, d'accès aux soins de santé et de communication. Elles ont également souligné l'importance d'intégrer d'autres personnes que les politiques dans les prises de décision et de responsabiliser la population pour adopter des comportements plus solidaires.

3.2. Perspectives pour de futures recherches

Dans le cadre de cette recherche, l'analyse des entretiens a permis de mettre en lumière des éléments supplémentaires qui n'étaient pas directement en lien avec la question de recherche. Les participantes ont exprimé des difficultés qui allaient au-delà de l'adaptation à la pandémie, notamment le sentiment de ne pas être reconnues dans leur réalité. Cette problématique soulève des enjeux plus larges en termes de politiques et de société, et nécessiterait une recherche approfondie pour comprendre comment les mamans solos pourraient être mieux entendues et prises en compte par les décideurs politiques et la société en général.

Cette recherche tente d'apporter des éléments en lien avec la réalité de ce public, mais il serait intéressant de poursuivre les recherches pour approfondir cette question. Il s'agirait notamment de comprendre comment les politiques pourraient mieux adapter les stratégies de préservation de la santé et du bien-être à la réalité des mamans solos, de manière à ce qu'elles puissent mettre en pratique les aides et les conseils proposés par les services socio-sanitaires. Cette perspective de recherche serait également bénéfique dans le but d'améliorer la qualité de vie des mamans solos et contribuer à une société plus inclusive et adaptée à la diversité des réalités familiales.

Conclusion

Pour conclure ce travail, il est essentiel de revenir sur différents éléments de la recherche. La littérature nous a fourni des éléments de compréhension concernant notre public cible. Ainsi, nous avons énoncé différentes difficultés face auxquelles les mères responsables d'une famille monoparentale sont confrontées. De plus, nous avons vu en quoi cette population est vulnérable et, enfin, les répercussions qu'a pu avoir la pandémie sur ces familles. Notre intérêt s'est alors porté sur les stratégies mises en place par les mères responsables d'une famille monoparentale à Bruxelles pour préserver leur santé durant la pandémie. Le mémoire faisant partie du projet Pandorix, il était nécessaire de nous concentrer sur la population Bruxelloise. Nombreuses sont les recherches qui traitent des difficultés ou particularités de ce public, mais peu mettent en lumière leur adaptation et capacités. Ainsi, l'objectif de notre recherche était de comprendre les comportements des mamans solos, de mettre en lumière leur vécu durant la pandémie et leur adaptation à la situation. Pour ce faire, nous avons utilisé une méthode qualitative sur base de focus group et d'entretiens semi-directifs en collectant à la fois le vécu des mamans solos et l'observation des professionnels. Nous nous sommes ensuite basés sur le Health Belief Model pour tenter de comprendre les raisons qui les ont poussés à mettre en place certains comportements.

L'analyse des entretiens met en lumière plusieurs résultats. Tout d'abord, les mamans solos interrogées auraient mis en place différentes stratégies pour préserver leur santé. Ensuite, différents aspects auraient influencé l'adoption de ces stratégies. Ainsi, les avantages et leviers auraient été des facteurs favorisant l'adoption de certains comportements. En ce qui concerne les autres aspects tels que la perception de gravité, de vulnérabilité, les caractéristiques psychologiques, les influences sociales, la motivation ou encore les indices de santé, ils auraient influencé de manière fluctuante et ambivalente l'adoption de comportements. Dans certains cas, ils auraient favorisé la mise en place de stratégies et, dans d'autres, ils auraient limité l'adoption ou le maintien de comportements, démontrant ainsi la complexité des interactions entre les divers éléments qui influencent les comportements des mamans solos durant la pandémie. Les obstacles et difficultés quant à eux, auraient rendu difficile l'adoption de certaines mesures sanitaires. Toutefois, c'est en réponse à certaines difficultés rencontrées que les mamans solos auraient mis en place certaines stratégies pour

préserver leur santé. Enfin, une caractéristique importante soulignée par les professionnels est la capacité de résilience des mamans solos, qui serait selon eux, déjà existante en raison de leur situation de femmes responsables d'une famille monoparentale.

Notre travail avait pour objectif de comprendre l'adoption de comportement des mamans solos durant la pandémie. Les éléments de réponse apporté pourraient permettre d'améliorer la compréhension de ce public afin de mettre en place des stratégies d'éducation ou de sensibilisation plus ciblées à leur réalité en cas de futures pandémies.

Par ailleurs, cette recherche a mis en lumière différentes problématiques rencontrées par ce public. Ainsi, les participantes ont souvent mentionné un manque de reconnaissance de la part de la société et des pouvoirs public en ce qui concerne leur réalité, entraînant alors des difficultés dans leur mode de vie. La santé mentale apparaîtrait aussi comme une problématique majeure chez ce public. Pour des raisons méthodologiques, nous nous sommes focalisés sur notre question de recherche. Toutefois, il serait intéressant d'investiguer ce sujet dans de futures recherches, dans l'espoir de pouvoir apporter des pistes de solutions correspondant à leurs besoins en termes de santé.

En fin de compte, cette recherche a mis en lumière la complexité des comportements des mamans responsables d'une famille monoparentale durant la pandémie, ainsi que les obstacles auxquels elles sont confrontées. Cependant, cette étude a également montré leur capacité à faire preuve de résilience et à adopter des stratégies pour préserver leur santé. Nous espérons que nos résultats contribueront à mieux comprendre cette population.

Bibliographie

- Abraham c. et Sheeran P. The Health Belief Model. In Conner M. et Norman P. *Predicting and changing: Research and Practice with Social Cognition Models*. 3ème édition. England: Open University Press, 2015. pp. 30-58.
- American Psychological Association. (2021). *Building resilience*. En ligne <https://www.apa.org/topics/resilience>.
- Ancel, D., & al. (s.d.). *La santé des femmes: état des lieux et pistes pour l'avenir. Mutualité socialiste*. En ligne <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/03/Etude2014-sante-des-femmes.pdf>
- Banse, E. & al. (2020). Quelques enseignements sur les impacts sociaux et économiques de la stratégie de réponse à la pandémie du coronavirus en Belgique. *Louvain médical*. En ligne <https://www.louvainmedical.be/fr/article/quelques-enseignements-sur-les-impacts-sociaux-et-economiques-de-la-strategie-de-reponse-la>
- Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *Am J Public Health*. 1974. doi : [10.2105/ajph.64.3.205](https://doi.org/10.2105/ajph.64.3.205)
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 324-473. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- Berger, A. (2019). Famille monoparentale : Attention pauvreté. *Réseau financité*. En ligne https://www.financite.be/sites/default/files/references/files/analyse_monoparentalite_-_ab.docx.pdf
- Borderon, M., & Oliveau, S. (s.d.). Vulnérabilités sociales et changement d'échelle. Espace populations sociétés. En ligne <https://doi.org/10.4000/eps.7012>
- Bouillon, D. (2019). Évaluation de l'impact du référentiel d'Auto-santé des femmes après un an de diffusion. Articuler une démarche vers les femmes et vers les opérateurs de santé ? *Université catholique de Louvain*. En ligne <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/object/thesis:18908>
- Brussels Intercommunal Health and Environment Authority. (2021). COVID-19 and health equity: A message from Brussels. *The Lancet Public Health*, 6(10), e669-e670.

En ligne [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00235-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00235-8/fulltext)

- Bugeja-Bloch, F., & Crepin, L. (2020). Une double peine : les conditions de logement et de confinement des familles monoparentales. *Métropolitiques*. En ligne : <https://www.metropolitiques.eu/Une-double-peine-les-conditions-de-logement-et-de-confinement-des-familles.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). Mental Health. En ligne : <https://www.cdc.gov/mentalhealth/index.htm>
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). (2021). *COVID-19 : un bilan de l'année 2020 en Belgique*. En ligne : <https://www.cbps.be/telecharger/6>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO–Strategy paper for Europe. *Institute for Futures Studies*. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe
- De Maeyer, S., Vanderfaeillie, J., & Vanassche, S. (2019). Coping with social stigma: Solo mothers in Flanders. *Journal of Family Studies*, 25(1), 103-119. En ligne : <https://doi.org/10.1080/13229400.2017.1381749>
- Delforge, H., Lejeune, M., & De Borman, N. (2020). Quelques enseignements sur les impacts sociaux et économiques de la stratégie de réponse à la COVID-19 en Belgique. *Louvain Medical*, 139(10), 545-550. En ligne : <https://www.louvainmedical.be/fr/article/quelques-enseignements-sur-les-impacts-sociaux-et-economiques-de-la-strategie-de-reponse-la>
- Deprez, A. et al. (2020). Analyse des impacts de la première vague de la crise de la Covid-19 sur les personnes précarisées et les services sociaux de première ligne en Région bruxelloise et en Wallonie. *Observatoire de la santé et du social Bruxelles*. En ligne : https://www.iweeps.be/wp-content/uploads/2020/12/L-Impact_sociaux_Covid_-_Rapport_phase_exploratoire_09.12.2020_.pdf
- Fortunier, C., & Rea, A. (2021). Les « invisibilisé.e.s » et le COVID-19 Bruxelles et crise socio-sanitaire. Somme des 6 rapports. *Germe ULB, Ville de Bruxelles et CPAS de Bruxelles*. En ligne : <https://www.ama.be/les-invisibilise-e-s-et-le-covid-19/>

- Frans, D. et al. (2014). *Pour une réponse structurelle à la précarisation des familles monoparentales en Belgique*. Fondation Roi Baudoin. En ligne : <https://enews.kbs-frb.be/fr/~media/Files/Bib/Publications/PUB-2014-3243-familles-monoparentales.pdf>
- Fuller-Thomson, E., & Minkler, M. (2011). American and Canadian mothers' parenting stress in single, co-parent, and stepfamilies. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 906-915. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7425837/>
- Gagnon, M., Beaudry, C. & Deschenaux, F. (2019). « Prendre soin » des participants lors d'entretiens réalisés en contexte de recherches sensibles. *Recherches qualitatives*, 38(2), 71–92. <https://doi.org/10.7202/1064931ar>
- Galasso, V. et al. (2020). *Gender differences in COVID-19 attitudes and behavior: Panel evidence from eight countries*. PNAS, 117(44). En ligne : <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.2012520117>
- Geurts, F., & Favresse, D. (2022). *Services médico-sociaux de première ligne à Bruxelles : Impact de la crise sanitaire et recommandations*. Centre Bruxellois de Promotion de la santé, Bruxelles. En ligne : <https://cbcs.be/impact-covid-19/?pdf=32500>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.). Jossey-Bass/Wiley. En ligne : <https://psycnet.apa.org/record/2015-35837-000>
- Hagger, M. S., Koch, S., & Chatzisarantis, N. L. (2017). Influence of perceived seriousness of health consequences on health-related behavior: An interdisciplinary review and theoretical synthesis. *Health psychology review*, 11(2), 180-213.
- Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA). (2019). *Familles à Bruxelles : portrait statistique*. En ligne : <https://ibsa.brussels/publications>
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47. En ligne : <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Karali, F. (2020). Oubliées de la crise COVID-19, les mères solos se débrouillent. *Chronique féministe* 126, Juillet /décembre. En ligne : <https://www.universitedesfemmes.be/se-documenter/telechargement-des-etudes-et-analyses/product/384-oubliee-de-la-crise-covid-19>

- Kim, K., & Woods-Giscombe, C. (2013). Overview of stress and its impact on health: A handbook for nurses. *Springer Publishing Company*. doi: [10.1186/s12912-022-00852-y](https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y)
- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C. & Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01>
- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Lemaigre, T., & Wagener, M. (2013). *Monoparentalités à Bruxelles. Etat des lieux et perspectives*. Plateforme technique de la monoparentalité en Région de Bruxelles-Capitale : Bruxelles. En ligne : <http://hdl.handle.net/2078.1/136373>
- Lippke, S., Ziegelmann, J. P., & Schwarzer, R. (2004). Initiation and maintenance of physical exercise: Stage-specific effects of a planning intervention. *Research in Sports Medicine*, 12(3), 221-240. doi : [10.1080/15438620490497567](https://doi.org/10.1080/15438620490497567)
- Moscaritolo, A. & al. (2021). Vécu de familles monoparentales avec jeunes enfants durant le premier confinement lié à la COVID-19 en France. *Rivista italiana di educazione familiare* 18, 2: 201-216. DOI: 10.36253/rief-10179
- PANDORIX. (s.d.). PANDORIX - Horizon d'une Future Crise Sanitaire : Population Bruxelloise et Promotion de la Santé. En ligne : <https://www.pandorix.be/>.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 94-127. <https://doi.org/10.2307/3348967>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*, 2(4), 328-335. En ligne: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019817400200403>
- Semah, H., (2021). *Rapport L'impact du COVID-19 sur les inégalités entre les femmes et les hommes à Bruxelles*. Conseil Bruxellois de l'égalité entre les femmes et les hommes. Région de Bruxelles capitale. En ligne http://www.adviesraad-gelijke-kansen.irisnet.be/wp-content/uploads/2021/04/CONSEIL-BXL-EGALITE-FEMMES-HOMMES_RAPPORT-Fr-COVID19-2021_DEF-003.pdf.
- Service public régional de Bruxelles. « s.d ». *Introduction du plan bruxellois de soutien aux familles monoparentales-Parent solo*. En ligne

<https://parentsolo.brussels/plan-monoparentalite/introduction-du-plan-bruxellois-de-soutien-aux-familles-monoparentales/>

- Simon, N. (2018). Recherche-action sur les besoins et les attentes des familles monoparentales. *La ligue des familles citoyens parent*. En ligne <http://actionsociale.wallonie.be/sites/default/files/Recherche-action%20sur%20les%20attentes%20et%20les%20besoins%20des%20familles%20monoparentales.pdf>
- Stosic, L., & Dunbar, S. B. (2020). How sex and gender impact risk perception of COVID-19. *Western Journal of Nursing Research*, 42(9), 760-768. En ligne <https://doi.org/10.1177/0193945920939656>
- Van De Voorde c. & al. (2020). *GESTION DE LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE EN BELGIQUE DURANT LA PREMIÈRE VAGUE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19*. KCE report 335B. En ligne https://kce.paddlecms.net/sites/default/files/2021-11/KCE_335B_Capacite_hospitaliere_durant_pandemie_COVID-19_Synthese_0.pdf.
- Vanheusden, K., Colson, V., & Van den Broeck, K. (2018). Solo mothers and the risk of poverty: Evidence from Belgium. *Journal of European Social Policy*, 28(1), 18-32. <https://doi.org/10.1177/0958928717736848>
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. En ligne <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- World Health Organization. (2018). *Social determinants of health*. En ligne https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
- Zewdie A. & al. The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: A systematic review. *SAGE Open Medicine*. 2022;10. doi:[10.1177/20503121221113668](https://doi.org/10.1177/20503121221113668)
- Omenka O. & al. Understanding the healthcare experiences and needs of African immigrants in the United States: a scoping review. *BMC Public Health*. 2020 Jan 8;20(1):27. doi: [10.1186/s12889-019-8127-9](https://doi.org/10.1186/s12889-019-8127-9).

Annexes

Annexe I : Guides d'entretiens du projet Pandorix

FG1-COMPORTEMENTS PROTECTEURS - Questions-Déroulé	
+0 min (15 min). « Tour de table »	1. Voir consignes + 2. Prénom ; Comment ils ont connu Pandorix ; le covid-19 si c'était un animal pu une plante (au choix de la personne, ce serait quoi ? pour quelle raison ?
+15 min (20min) « Comportements des Bruxellois »	3. On a entendu beaucoup de choses sur le comportement des personnes lors de la Covid 19. D'après vous, quels sont les comportements de santé adoptés par les Bruxellois pour faire face à la Covid-19 ? /Qu'est-ce que les bruxellois ont réellement fait pour faire face au Covid19 ?
+35 min (15min) « Vérification de j'exhaustivité et évolution dans le temps »	[Structuration : comportements protecteurs mis en oeuvre, observance des mesures gouvernementales, vaccination] 4. Est-ce complet ? Dans quelle mesure, est-ce que cela a évolué au cours du temps ?

+50 min (50min) « facteurs valorisants/bloquants »	5. Selon vous, qu'est-ce qui fait que cela s'est passé comme cela ? qu'ils ont fait comme cela ? Qu'est-ce qui a favorisé les comportements protecteurs ? Qu'est-ce qui les a freinés/bloqués ?
+1 h40 (10min). Communication Tensions & opportunités	6. . Comment la communication des mesures a-t-elle été reçue ? 7. Qu'est-ce que cette crise a relevé comme tensions/manquements ? 8. Qu'est-ce qu'elle a créé comme opportunités ?
+1h50 (10min) Clôture	Résumé de la discussion. <i>Est-ce qu'il y a quelque chose d'important que nous avons oublié ? ou que vous souhaiteriez ajouter ?</i>
FG2-REPRESENTATIONS DU FUTUR EN MATIERE DE SANTE, EN TEMPS DE EPIDEMIE/PANDEMIE Questions : !! en temps de Pandémie !!	
+ 0 min (15min) « Pandémie »	1. A votre avis, dans quelle mesure des épisodes pandémiques (ou épidémiques) dans le futur ? si oui. Dans combien de temps ? A cela ressemblerait à quoi ?
+ 15 min (20 min) « Santé en temps de Pandémie	2. Quelle serait une « bonne santé », en temps de pandémie, dans le futur ? o Cf . les bonnes santés. On ne recherche pas le consensus.

+ 35 min (25 min) « Rôle du citoyen » + 60 min (15 min) « Autres »	3. Quelle implication en tant que citoyen pour sa bonne santé, en temps de pandémie ? qu'est-ce qu'il devrait pouvoir faire ? 4. Quelles sont les autres choses qui devraient être présentes pour l'aider à aller vers une bonne santé ? (ce que les pouvoirs publics peuvent faire, ...) i. Si on vous confinait et puis, après qq temps , on s'excuse et on vous dit que « on a cru que c'était grave, mais cela ne l'était pas ». Comment réagiriez-vous ? 5. Ce serait comment une « bonne promotion de la santé dans le futur » ? Quelle place pour le citoyen ?
+ 75 min (30 min) » Différentes manières de voir »	6. Comment est-ce que l'on gère les différentes manières de voir la santé et l'implication du citoyen ?
+ 105 min (10min) « Temps »	7. Horizon temporel : - Dans le court terme (demander à quoi cela correspond) - Dans le long terme (toujours la pandémie mais qui « dure » ?
+115 min (5min)	Clôture

Annexe II : Exemple d'analyse

Voici la méthode d'analyse, ainsi qu'une partie de cette dernière et du matériel utilisé.

Catégorie	Description	Codes de catégorie
Perception de la gravité	La perception de la gravité de la pandémie de COVID-19, leur compréhension des risques pour leur santé et celle de leur famille, et leur conviction que la pandémie est une menace réelle et importante.	Crainte, inquiétude, compréhension des risques, gravité, importance, menace réelle
Perception de la vulnérabilité	La perception de leur propre vulnérabilité à la COVID-19, en fonction de leur âge, de leur état de santé et d'autres facteurs de risque.	Âge, état de santé, facteurs de risque, risque personnel
Perception des obstacles et difficultés	Les obstacles que les mamans peuvent rencontrer pour mettre en place des stratégies de prévention de la santé, ou l'adoption de comportements.	Manque de temps, manque de ressources financières, manque de soutien social, difficulté à concilier travail et famille, manque d'informations, manque de compétences, difficulté à obtenir des fournitures, coût
Perception des avantages et leviers	Les avantages et leviers à la mise en place de stratégies ou à l'adoption de comportements.	Protection de la santé, protection de la famille, réduction des risques de transmission, soulagement, avantages, facilités.
Caractéristiques psychologiques	Les croyances personnelles des mamans solos en matière de santé et de prévention, y compris leur perception de leur propre capacité à mettre en place des stratégies de prévention de la santé.	Confiance en soi, croyances, perception de l'efficacité personnelle, émotions, ressentis,
Influences	Les influences sociales telles que la	Pression sociale, normes culturelles,

Catégorie	Description	Codes de catégorie
sociales	pression sociale, les normes sociales, les valeurs culturelles, la famille et les amis.	influence familiale, influence des amis, comportements des autres et influences des autres, des messages véhiculés.
Motivation à la santé	La motivation et l'engagement des mamans solos en matière de santé y compris leur désir de préserver leur santé.	Engagement, désir de préserver la santé.
Indices de santé	Les indicateurs de santé tels que les symptômes, les antécédents de maladie, les messages et informations sur la santé et la pandémie.	Symptômes, antécédents de maladie, facteurs déclencheurs.

Partie d'analyse de la structure x

Catégorie	Description	Codes de catégorie
Perception de la gravité	1 : La mère évoque le sentiment d'injustice et d'abandon face à la situation de la pandémie, ce qui montrerait qu'elle perçoit la menace que représente la maladie.	1 : Un mot qui me vient en tête directement c'est abandon, abandon. En tant que maman célibataire et pendant le COVID, c'est vraiment le sentiment d'injustice que j'ai ressentie vraiment fort, c'est l'abandon.
	2 : Les mamans solos parlent de leur peur et de leur stress face à la pandémie. Elles évoquent également la gravité de la situation et les conséquences dramatiques dans d'autres pays.	2 : On voit que y a énormément de gens qui tombent malade, que y a énormément de gens qui meurent (...) on a vu le danger de cette pandémie.
	3 : Une des mamans ne croyait pas au COVID.	3 : Moi j'y croyais pas trop au COVID, moi j'avais pas peur donc j'ai rien fait de spécifique.

Perception de la vulnérabilité	1 : L'inquiétude des mères solos concernant la santé et la sécurité de leurs enfants, ainsi que leur capacité à répondre à leurs besoins tout en respectant les règles sanitaires. 2 : Peur de ce qui va leur arriver. Vulnérabilité perçue des mères célibataires pendant la pandémie, notamment en ce qui concerne la santé. 3 : Les mamans solos évoquent leur inquiétude quant à leur propre santé et à celle de leur famille. Elles font référence à la capacité des hôpitaux à gérer l'afflux de patients et aux risques liés au manque de matériel médical. 4 : En début de pandémie, sentiment de vulnérabilité faible car elles pensaient que ça toucherait surtout les personnes ayant une faible santé.	1 : C'est ça qui était un peu déroutant pour lui parce que ici à la maison, je ne suis pas censé être son institutrice. Moi je suis sa maman, je suis son infirmière, je suis sa psychologue, je suis l'arbitre de temps en temps pour les séparer lors de bagarre, je suis celle qui doit le gronder quand il fait des bêtises mais je ne suis pas l'institutrice 2 : Nous on a quand même eu peur. Parce que nous on est grand et on comprend qu'il y a quelque chose qui ne va pas . Moi je vis dans la peur. Je sais pas si je vais me réveiller demain, je sais pas ce qui va se passer malgré les enfants qui sont grands, la dernière elle était encore en primaire, c'est pas facile . 3 : Que les hôpitaux n'étaient pas prêt à accueillir autant de personnes en soins intensifs... Que dans certains pays du monde ils avaient pas d'oxygène, ils avaient pas de respirateur . On est en panique, oui oui on était en panique 4 : Au début de la pandémie je pensais vraiment que voilà c'était quelque chose qui n'allait arriver qu'aux personnes âgées (...) qu'en

	5 : La durée de la pandémie influe sur le sentiment de vulnérabilité. 6. Pour une maman issue du paramédical, sa perception de vulnérabilité était moindre suite aux connaissances de la maladie. 7 : Relativisme. 8 : Pas de peur car ne croyait pas à la maladie.	sois moi j'étais jeune, mes enfants jeunes y avait pas lieu de stresser mais il fallait protéger en fait les plus faibles . 5 : Je dis peut-être après 3 mois, après 2 mois ça va...J'ai dit c'est bon s'il va arriver quoi que ce soit, il va arriver . 6 : J'avais carrément une copine qui était infirmière qui me disait : Ecoute pour le moment c'est chaud, nanani nanani. On se voyait, donc on respectait pas les règles parce qu'on savait de quoi on parlait en COVID, ça nous faisait pas si peur que ça parce qu'on savait . 7 : Je n'ai jamais douté par rapport à ma spiritualité, comme je vous dit moi je suis hyper positive de nature donc si je dois mourir je dois mourir c'est mon destin, c'est comme ça je veux dire . 8 : J'avais pas peur de la maladie .
Perception des obstacles et difficultés	1 : La mère évoque la difficulté pour elle en tant que maman solo de faire face aux obligations liées à la pandémie, notamment la nécessité de se faire tester. 2 : Sentiment d'abandon, d'oubli,	1 : Je veux dire, nous on a eu des périodes de COVID où on devait aller se faire tester, mais qu'en tant que maman célibataire je veux dire, on ne s'est jamais fait tester. Puisque on ne sait pas mettre nos enfants quelque part . 2 : D'être un peu les oubliées en

	manque de reconnaissance. Peut être perçu comme une barrière parce qu'alors les choses ne sont pas faites pour elles, pour leurs spécificités. 3 : Les mères solos sont confrontées à des barrières réelles et perçues pour accéder aux soins de santé et aux ressources pendant la pandémie. Elles se sentent abandonnées et oubliées par les autorités sanitaires et gouvernementales. Les règles gouvernementales sont perçues comme injustes et inadaptées à leur situation. Les mères solos ont des difficultés à se faire tester et à obtenir des soins de santé, car elles ne peuvent pas laisser leurs enfants seuls à la maison. elles ont également des difficultés à faire les courses avec leurs enfants. 4 : Nécessité pour les mamans solos de se débrouiller pour trouver des solutions enfreignant parfois les règles. 5 : Manque de solutions pour faire les courses en respectant les règles sanitaires. Les mamans solos ont dû se débrouiller pour trouver des solutions, telles que faire les courses avec leurs enfants, ce qui peut être vu comme une	fait. Les oubliées, ouais c'est ça, abandonnées. 3 : Puisqu'ils nous demandaient de se faire tester et tout ça mais tester, quand on appelait nos médecins c'était rester à la maison, ne venez pas, si vous avez d'autres enfants ne venez pas avec. Du coup, même aller à la pharmacie ça devenait périlleux parce que on ne sait pas faire les courses, on est solo mas comment on fait avec nos enfants ? Vraiment pour les courses. Les gens solos ils font comment avec leurs enfants ? C'était vraiment une règle de l'état vraiment stupide . 4 : C'est sûr et certain. Les règles ont ne les a pas du tout, enfin on est incapable de les mettre en place je veux dire . 5 : Moi j'allais avec mes enfants, on allait au supermarché, si c'était une personne qui fallait être là, Bhe moi je sais pas les mettre autrement. En fait c'est enfreindre les règles
--	--	--

	transgression des règles.	mais par obligation, car manque de solution en fait. Faire les courses c'était pas possible parce qu'il fallait que je sorte avec deux enfants (...) j'étais stressé pendant mes courses.
	6 : Le manque d'informations et l'incertitude, font qu'elles ne savent pas ce qu'il y a à faire.	6 : Nous nous n'avions pas encore toutes les informations, vu que c'est une pandémie qui nous est tombé dessus . Rajouter fleur qui trouve pas d'infos malgré être passée par associations On ne sait pas combien de temps ça va durer . C'est ça le problème, c'est que tu voulais suivre mais après t'avais des contres indications ou bien on te disait : Ah bhe non in fine ça sert à rien ce que vous faites, vous devez faire ça maintenant. Moi c'est ce côté-là qui m'a dit à un moment donné stop, arrête .
	7 : Difficultés de gestion des enfants à la maison, de la scolarité.	7 : Devoir gérer 7j/7 son enfants, alors qu'on est habitué à ce qu'il aille à l'école . Moi j'ai un petit appartement, c'est petit chez moi on est les uns sur les autres et vraiment mes enfants maintenant, d'ailleurs elle le sait bien Amélie, ils ne se supporte plus (...) Bhe au début

	8 : Surcharge de travail.	j'essayais, parce que moi je recevais les cours par internet tout ça. Donc au début, déjà en plus c'était compliqué parce que j'avais pas d'imprimante donc je devais toujours aller au fax phone imprimer des documents et tout que j'avais pas . Au bout d'un moment t'en peux plus, tu commences gentiment et après . 8 : Donc on doit travailler, on doit faire des courses, on doit faire ci et tout est bloqué . Y avait tout tout des choses à mettre en place mais trop vite. Je peux comprendre parce que tout le monde était dépassé (...) perdue, comme tu as dit faut faire la psy, le médecin . Les devoirs. Nous les mamans solos là, on met tout en place. L'école des devoirs...rester jusqu'à des 22h à faire des devoirs encore hein...Donc, non on est dépassé quoi, on est complètement dépassé . Ça été compliqué, parce que moi je tafais juste quand mon dernier de 4 ans il faisait ses siestes mais sinon l'autre c'était pas possible. Quand ils étaient debout et que je devais travailler, c'était des disputes donc c'est là qu'on devient arbitre en fait. C'est là
--	----------------------------------	---

		qu'on devient ci et tu peux pas en fait cumuler les deux. Tu peux pas cumuler et ton rôle de mère et en fait, le fait que t'ai un projet et que tu doit y travailler tous les jours, pour justement avoir la possibilité d'ouvrir en fait . 9 : Ils ne s'entendent plus. Ils ont été trop souvent ensemble pendant le COVID et moi c'est vraiment tout ce que je regrette du COVID, c'est vraiment ça . 10 : Qu'au niveau administration du coup, dans sa situation à elle, ça été compliqué dans le divorce. Parce que du coup-là, c'est postposé la deadline. 11 : Moi j'avais besoin du soutien de ma famille qui était à Bruxelles. Donc, ça moi je l'avais pas, ça c'était quelque chose qui me manquait vraiment. Moi ce qui a été difficile, c'est cette cassure avec les parents (...) A un moment donné tu pettes un plomb parce que tu te dis c'est pas possible en fait et même si tu parles avec des gens au téléphone et compagnie (...) tu avais cette cassure sociale (...) on est mamans seules donc on a pas de conjoint avec qui discuter chez nous à la maison. 12 : Moi j'ai joué le jeu pendant on va dire, un mois et demi, le
	9 : Conflits. 10. Difficultés administratives. Délais plus longs à cause des mesures de distanciation. Gestion en ligne. 11 : Difficulté lié à l'isolement, besoin de soutien.	

		compagnie. Puzzle, scrabble et compagnie, enfin moi pour le grand. Donc, y avait aussi un investissement qui devait être fait par rapport à ça . 14 : Moi aussi je suivais une formation, Néerlandais, et quand le confinement a commencé on a décidé de faire ça en ligne. Mais avec les enfants, dans le centre d'accueil j'avais que deux chambres, j'avais droit à deux chambres on va dire. Donc eux ils restaient dans leur chambre et moi j'allais dans l'autre chambre pour le cours de néerlandais. C'était pas possible. Chaque 5 minutes : Mama y a X qui me frappe, donc non c'était, je pense que j'ai fais ça deux fois ou trois fois. Troisième fois j'ai envoyé un mail à Actiris disant que c'est pas possible, je garde des enfants que, ouais, ils demandent ma présence. Donc oui j'avais arrêté ça aussi . 15 : Et après je vais pas te mentir j'ai chopé des boutons ici au niveau de mon visage, au niveau de ma bouche et la j'ai dis stop là on va arrêter et donc là je ne le mettais pas effectivement . Soit les lunettes, la vue, soit respirer
	14 : Logement non adéquat.	
	15 : Inconfort	

Perception des avantages et leviers	1 : Avec la mise en place des mesures, notamment le fait de favoriser les démarches à distance. Facilitation dans les démarches d'un point de vue trajet mais aussi plus de laxisme en terme d'acceptation des demandes. 2 : Préserver la santé des plus faibles. 3 : Avoir un logement spacieux. 4 : Confort matériel.	1 : on devait faire les démarches en ligne, ça m'a facilité énormément de temps, les trajets aussi...ils ont été très compréhensifs pour une fois la commune...Ca a facilité beaucoup de choses . 2 : Tu joues le jeu pour pas que l'état de santé des personnes plus fragilisées s'aggrave . 3 : Moi j'ai des filles elles étaient ados au moment du COVID, j'habitais les Flandres, une maison donc des étages chacune sa chambre. Là maintenant, j'ai un appartement. Je pense que actuellement COVID, j'aurais eu difficile... 4 : Gérer la scolarisation à la maison. Tu as un pc ? t'as pas de pc, bhe moi ma fille avait pas de PC donc l'école en a fourni. Moi j'avais déjà une imprimante et tout, donc au début voilà ça me dérangeais pas. 5 : Honnêtement, la prof a été supra compréhensive (...) elle pouvait m'envoyer ceci mais que

	5 : Possibilité d'adaptation en fonction des situations. 6 : Niveau d'éducation, profession.	ce sera fait en fonction de mon emploi du temps à moi et en fonction des desideratas de mon fils. Parce que t'es à la maison, y a pas autant de concentration qu'à l'école (...) mais je pense qu'elle a eu des plaintes de plusieurs parents et donc elle a vraiment remis ça sous forme de jeu... Les enfants après ils ont fait une application pour faire les devoirs. Classdojo 6 : Donc moi, comme je suis dans le paramédical, donc pour moi ce n'était rien le masque. Pour moi ça allait de soi .
Caractéristiques psychologiques	1 : Les valeurs personnelles de la participante sont plus forte que les règles imposées. 2 : Charge mentale/ émotionnelle majorée.	1 : Moi j'allais avec mes enfants (...) Ils allaient pas m'attendre comme des animaux domestiques devant le Carrefour, le Colruyt ou je ne sais pas quoi. 2 : Au début j'essayais de faire à mon fils l'école. J'arrivais pas, parce que c'était pas possible, j'arrivais pas. Déjà, il écoutait pas et de deux, j'avais pas de patience. Ça demandait en fait une surcharge d'énergie pour pouvoir déjà canaliser ton enfant à la maison, bien être enfermé, de devoir tout gérer toute seule tu vois et de pas avoir quelqu'un à tes côtés pour truc les tâches en

		fait, pour répartir les tâches tu vois (...) Que à un moment donné déjà t'as dû encaisser le COVID et l'épidémie et le confinement (...) Donc psychologiquement parlant t'es quand même pas comme avant le COVID. Moi je vais pas te mentir, moi j'ai été en dépression d'accord ? 3 : Moi je suis quelqu'un de très stressé, j'ai besoin de sortir, j'ai besoin de voir du monde. Je ne voyais plus personne, ni mes parents, ni mes amis, je ne sortais plus... Quand même je me sens un peu stressé, un peu je sais pas. Parce que y a personne qui vient, on va chez personnes (...) Moi à un certain moment j'étais entré dans dépression parce que toute seule franchement. 4 : Il fallait protéger en fait les plus faibles (...) mon père a un cancer des poumons(...) Elle a le cancer, une cirrhose...j'ai peur de ce qui pourrait lui arriver et je culpabiliserais à vie. Le masque y avait l'obligation ça c'est important de le dire mais on le mettait aussi parce qu'on avait peur pour les autres. On le mettait pas juste parce qu'on nous avait dit de le mettre, y avait aussi on a peur de contaminer.
	3 : Augmentation du stress et de l'isolement. 4 : Sentiment de responsabilité et peur pour les plus faibles. Majoré si l'entourage comporte une personne malade.	

		Ma mère on va dire depuis le covid, je lui ai plus fait de bisous. Depuis voilà, j'arrive pas. J'ai, voilà faut la protéger, elle est aussi malade 5 : Parce que y avait ce besoin aussi de vie sociale. J'avais besoin (...) Peut être c'est dangereux parce que quelque part y'avait quand même cette maladie, mais j'avais tellement besoin de soutien et d'amitié qu'en fait je me suis dis tant pis, si je l'ai, je l'ai. 6 : En plus on s'emmêlait comme tu as dit, entre ce qui est possible ce qui est pas possible, entre ce qu'on y croit on y croit pas. C'était trop d'informations. Trop d'informations (...) C'était trop et comme j'ai dit la dernière fois moi la télé, c'est pour ça j'ai dit moi je peux plus regarder la télé. Les médias, auront pu me détruire. Moi pareil, je trouve que la diffusion d'infos, la manière dont ça été fait, je trouve que c'était anxiogène, ils nous parlait que de morts tous les jours, sans solutionner. Mais le problème c'est cette contradiction.
	5 : Besoin de vie social. 6 : Confusion, anxiété, manque de confiance liée au flux d'information.	

		Ça m'a marqué beaucoup, c'est que y avait des personnes, on va dire les chercheurs (...) On ne savait plus qui croire. Parce que eux ils venaient avec des mots et que bhe ils ont quand même étudié. Par rapport à la diffusion d'infos dans les médias, à un moment que eux même n'étaient pas, y'avait pas un discours collectif. Je veux dire même eux dans leurs propos que ce soit médicaux machin, y avait une incompréhension (...) On est une génération, on s'est toujours fait vacciné depuis qu'on est petit, la rougeole, le machin, je veux dire le vaccin nous a jamais tué enfin, jusqu'à présent tu comprends ce que je veux dire ? On envoi nos enfants à faire vacciner contre la grippe à l'école, le machin, on n'a jamais dit non. Mais là, à ce moment-là, comme je te dis y a eu tellement d'infos (...) Là franchement avec la diffusion, la manière qui avait tellement de récits, de débats, de machins. Je me suis dit : là clairement je peux moi tuer mes enfants ou je peux tuer ma mère ou mes enfants peuvent mourir. Une fois que j'ai arrêté ça, je me suis recentrée, pleine conscience et machin et c'était reparti comme avant. Mais j'ai du couper, cutter cette diffusion d'infos qui pour moi, était hyper anxiogène, c'était psychopathe, je devenais
--	--	--

		donc je sais. En fait finalement ils m'ont poussé à un peu me marginaliser quelque part. C'est contre, ce qu'ils imposaient moi j'ai fait tout le contraire en fait, tout le contraire de ce qu'ils m'ont imposé. Et là je me suis ressentie libre et j'ai fait ma life et ça été bien. Moi j'ai refusé, j'avais dit dans ma tête voilà, je vais pas aller comme un mouton me faire vacciner parce qu'on me dit d'aller le faire... Charlotte : T'as respecté les gestes barrières et compagnie ou pas ? Cathy : Parce que j'étais obligé de le faire mais j'avais pas peur en fait. 9 : On est occupé à nous faire perdre du temps avec le COVID. A faire terroriser les gens avec le COVID ! et entre temps, le COVID est fini mais on se réveille. Ah ! la galère ! On doit payer ceci, on n'a pas d'argent pour les pensions, on a pas. Mais y avait des trucs beaucoup plus concrets. Or ça, ça jouait déjà dès la base. A la base quand le COVID a éclaté, on se battait pour ça ! Les gilets jaunes se battaient pour ça ! et quand le COVID est arrivé, on a tout oublié et tout le monde ne pensait qu'à la mort (...) C'est comme si c'était trafiqué tout ça
	9 : Sentiment de complot lié aux expériences de vie. Cela aurait un impact sur la perception de la menace par exemple.	

Influences sociales	1 : Questionnement de son comportement vis à vis de celui des autres. 2 : Sentiment de jugement venant des autres. 3 : Perception d'injustice par rapport aux autres (mieux nantis) qui demande de mettre en place des choses alors qu'eux peuvent se permettre de trouver des alternatives.	1 : Je suis rentrée au supermarché et voilà je suis comme ça avec mon chariot, c'était vraiment le début, y avait une dame de l'autre coté mais cette dame voulait rentrer dans les, elle se mettait vraiment (montre une posture d'évitement) (...) Parfois je me disais mais attends, tu minimise la chose. 2: En plus on a, on se sent après culpabilisé et en plus jugé par l'établissement même, de pas avoir bien fait le taf. (rapport à la scolarité à la maison). 3 : J'ai commencé une formation professionnelle et après ils ont demandé le vaccin, le vaccin. On a dit c'est pas obligé, c'est pas obligé on va vacciner et après ils ont ramené des papiers comme quoi à partir le 15 octobre, si quelqu'un qu'il est pas vacciné il va pas entrer (...) Puis, on a trouvé à la fin les chefs et le directeur et tout ça, ils ont pas fait le vaccin. A chaque 3 jours il fait un teste je sais un test de pharmacie et nous on est obligé de le faire.

	4 : Témoignages du vécu d'autres personnes, influerait sur la mise en place de comportement. 5: Influence de la famille sur certains comportements.	4 : Et donc il y a un moment donné, entre temps, ce qui arrive c'est que tu te rends compte que t'as des témoignages de personnes, de parents (...) Et donc, t'as des témoignages de gens qui te disent : « mon fils était en parfaite santé, mon fils faisait 3 heures de sport tous les jours (...) Mon fils est mort d'une crise cardiaque » (...) Et que c'est lié en fait au vaccin (...) Et donc là tu te dis, bhe non je ne risque pas (...) Y avait vraiment tu vois pleins de choses qui faisaient que moi, ça ne m'a pas donné envie de me vacciner et puis moi j'ai eu des témoignages autour de moi aussi, on va pas se mentir. 5: Quand j'étais petit je vois ma grand-mère elle fait dans le charbon ou bien dans le casserole, je sais pas elle s'appelle chih (armoïse), je sais pas. Il est très bien pour la grippe ça j'utilise, il tue les microbes.
Motivation à la santé	1 : Suggérée par le fait que les mamans solos ont dû trouver des solutions pour se procurer de la nourriture pour elles et leurs enfants, malgré les obstacles rencontrés. Cette motivation à la santé peut être perçue comme un désir de préserver leur propre santé et celle de leur famille en période de pandémie. 2 : Elles expriment de manière implicite leur préoccupation pour	1 : Les règles sanitaires. Moi j'allais avec mes enfants, on allait au supermarché. En fait c'est enfreindre les règles mais par obligation. 2 : Y a rien qui a été mis en place pour les enfants, y a pas une sorte

	maintenir une organisation stable (scolarité) malgré les changements imposés par la pandémie. 3 : Les mamans solos mentionnent leur désir de rester fortes pour protéger leur famille, malgré la peur et le stress qu'elles ressentent. 4 : Prise de conscience de l'importance de la vie et de la nécessité de faire des choix. 5 : Mettent en place des choses pour préserver leur santé mentale notamment lié à la gestion des enfants à la maison.	de campagne pédagogique qui a été mise en place pour expliquer en fait aux enfants (...) c'est toute une organisation qui doit être chamboulée 3 : Il faut gérer mais tu dois pas montrer, tu dois expliquer à ton enfant mais tu dois pas lui montrer. Tu dois rester forte. 4 : Oui je me suis sentie seule aussi c'est vrai, mais je me suis rendu compte qu'en fait on peut mourir du jour au lendemain. Si on ne bouge pas maintenant, on va bouger quand ? 5 : Parce que à la maison elles restent toute la journée. Je dois préparer les crêpes parce que on a rien à faire, on essaie des recettes et parfois on sort au parc.
Indices de santé	1 : Les informations sur ce qui se passe ailleurs, dans d'autres pays, sur les mesures à adopter (vaccin). 2 : Le fait de faire des recherches, d'avoir des informations concrètes sur la maladie ou ses traitements, favoriserait les comportements adéquats tel que la vaccination.	1 : Même maintenant quand je dépose mes enfants, dans les transports en communs je le met (le masque) parce que, comme ont dit les médias, faut regarder ailleurs. Quand on va voir dans les autres pays bhe y a encore le COVID. 2 : Certaines personnes qui allaient réfléchir avant de faire leur vaccin. Ils allaient comprendre que c'est un vaccin, comme un vaccin de la grippe (...) Mais les gens qui

		connaissaient pas, ils avaient beaucoup plus de mal (...) Tout simplement parce que on a fait des recherches à l'avance, on a fouiner avant, on a été fouiller dans le passer. On a vu que même avant la deuxième guerre mondiale, juste après y a aussi eu une épidémie et que les vaccins ça tue pas les gens, on a fait des recherches concrètes
	3 : Pour certaines le fait de devoir voyager a été une raison de se faire vacciner.	3 : Moi je pense que pour le vaccin c'était juste, moi je me suis fait vacciner, parce que voilà, je devais aller au Maroc Moi aussi Je l'ai fait mais parce que je devais partir, si je devais pas partir je l'aurais pas fait. Mois donc je me suis retrouvée, je suis contre le vaccin, quand je l'ai fait c'était pas dans le but qu'il me protège. Moi je l'ai fait parce que je voulais aller voir ma mère.
	4 : Le fait de ne pas avoir de symptômes, aurait freiné l'adoption de comportements.	4 : Surtout si t'es asymptomatique, tu as peur pour l'autre mais pas longtemps j'ai pas du avoir peur longtemps. Parce qu'à un certain moment j'étouffais avec ce masque

Stratégies

Respect de certaines mesures

Le respect moi du masque en extérieur ouais, ça je l'ai fait. Moi j'ai respecté le truc de tu dois porter un masque en sortant et tout, ça je l'ai fait. Le gel j'ai fait ouais, nettoyer les aliments ça j'ai fait mais après voilà à côté de ça y a eu les petites recettes de grands-mères.

Le masque y avait l'obligation ça c'est important de le dire mais on le mettait aussi parce qu'on avait peur pour les autres. On le mettait pas juste parce qu'on nous avait dit de le mettre, y avait aussi on a peur de contaminer.

Enfreindre certaines mesures

J'avais carrément une copine qui était infirmière qui me disait : Ecoute pour le moment c'est chaud, nanani nanani. On se voyait, donc on respectait pas les règles parce qu'on savait de quoi on parlait en COVID, ça nous faisait pas si peur que ça parce qu'on savait.

C'est sûr et certain. Les règles ont ne les a pas du tout, enfin on est incapable de les mettre en place je veux dire. Surtout si t'es asymptomatique, tu as peur pour l'autre mais pas longtemps j'ai pas du avoir peur longtemps. Parce qu'à un certain moment j'étouffais avec ce masque

Moi j'allais avec mes enfants, on allait au supermarché, si c'était une personne qui fallait être là, Bhe moi je sais pas les mettre autrement, ils allaient pas m'attendre comme des animaux domestiques devant le Carrefour, le Colruyt ou je ne sais pas quoi. En fait c'est enfreindre les règles mais par obligation, car manque de solution en fait. »

Moi j'ai souvent enfreint les règles. J'avais une meilleure amie, on se voyait, elle venait chez moi et tout, on se faisait des trucs. Les enfants ils se voyaient. On allait faire nos courses ensemble, on se disait « vient on va faire les courses ensemble ».

Arrêt d'information via médias classiques

Donc moi je vais plutôt aller voir des médias indépendants, des choses comme ça. Faire moi-même mes propres recherches personnelles, donc à savoir, à apprendre moi mêmes des choses sur la COVID, sur ci sur ça, plutôt que d'avoir un raccourci d'infos directement, souvent fallacieux par rapport aux médias (...) A partir de ce jour-là, je ne regarde plus les infos.

C'est pour ça j'ai dit moi je peux plus regarder la télé

Réorganisation

Au début j'essayais de faire à mon fils l'école. J'arrivais pas, parce que c'était pas possible, j'arrivais pas. Déjà, il écoutait pas et de deux, j'avais pas de patience. Moi j'ai pas la patience, c'est toujours les cris chez moi, c'était toujours les problèmes et voilà et puis le stress que, beaucoup de stress que je voyais pas des gens, que y avait (hésitation) enfin trop de stress trop et donc j'ai arrêté bhe voilà tant pis.

J'avais le numéro de l'institutrice, je l'ai appelé j'ai dit : Ecoutez je suis dans un centre d'accueil donc suivre ma fille je vous garanti pas. Si elle vous rend pas les devoirs à temps il faut pas lui en vouloir ou m'en vouloir à moi aussi. Honnêtement, elle était très compréhensive. Elle m'a dit que voilà elle avait confiance en ma fille X, qui travaillait bien et tout et que allez, elle a insisté sur la lecture, elle m'avait dit qu'elle lise au moins chaque soir quelques pages et puis pour la suite voilà elle m'a pas mis une pression.

Et pour les courses je prends la petite avec moi, elle a 6 ans, au magasin. A cette période là j'ai pas de voiture, je prends à chaque fois, presque 2 jours 3 jours les courses, les courses. Parce que à la maison elles restent toute la journée. Je dois préparer les crêpes parce que on a rien à faire, on essaie des recettes et parfois on sort au parc.

Solidarité

Parce que y un moment donné, j'ai dit à mon enfant : va chez la voisine d'au -dessus, demande lui de te préparer quelque chose à manger pour toi et ton frère. J'ai eu la chance quand même d'avoir deux voisines.

Dans mon immeuble, voilà, entre propriétaires on s'entend bien, on a une chouette solidarité (...) On a eu cet élan de solidarité entre voisins. Mais ça, c'est même pendant le confinement. Ah t'as pas du sel, ah j'ai oublié les pâtes, ah t'as pas de la tomate ? Ça c'était marrant, donc on a eu ça, cet échange.

Règles d'hygiène

Moi c'était de laver tout au Detol. Ça été mais bon après j'ai appris que le Détol ne faisait rien contre le covid mais c'était en fait, laver tout au Détol en fait mais vraiment. Laver tout au Détol, si on sortait, demander aux enfants de déposer les chaussures devant la porte. C'était systématique, dès que tu touches quelque chose, il faut faire le gel.

Recettes de grands-mères

Ah oui clou de girofle

Manger du miel avec du gingembre

Ouais, huile d'olive

A certains moments les clous de girofle ils n'étaient pas en stock. Tout le monde, on cherchait partout tu le trouves pas

Y en a beaucoup qui ont été malade avant. Mais moi je faisais quoi aussi, tu m'avais rappelé. Je prenais une casserole et je mettais de l'eau qui arrivait à ébullition et puis je mettais clou de girofle, cannelle et j'inspirais et j'expirais.

C'est vraiment bien le komobololo et généralement quand quelqu'un est très malade, c'est ce qu'on lui fait boire et ça marche. J'ai encore un autre truc avec des bâtons et de l'alcool de chez nous et quand tu bois ça un coup, ton nez il se débouche ta gorge elle est débouchée et tu te sens bien

Lâcher Prise

C'est sûr qu'à un moment à part les recettes de grands-mères, nous on est des croyants on s'en remet à Dieu et je veux dire ça c'est une réalité en tout cas pour nous. Ça m'a renforcé dans ma spiritualité et voilà, la méditation, la pensée positive, tous des mécanismes finalement de foi, peut importe ce qu'on suit. De rester dans ce côté positif de quoi qu'il arrive on décide de rien et que si ça doit arriver bhe ça arrivera.

Elle pouvait m'envoyer ceci mais que ce sera fait en fonction de mon emploi du temps à moi et en fonction des desideratas de mon fils. Parce que t'es à la maison, y a pas autant de concentration qu'à l'école.