



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

54, rue de la Baugerie – 44230 SAINT-SEBASTIEN-SUR-LOIRE

**Analyse des obstacles et des barrières contribuant  
aux inégalités sociales de santé dans l'accès aux soins  
en rééducation pelvi-périnéale chez les femmes**  
Zoom sur un quartier prioritaire de la ville de Nantes

**Partie 1 : Protocole – Étude qualitative**

THENEZAY Oriane

Mémoire UE28

Semestre 10

Année scolaire : 2024 – 2025

REGION PAYS DE LA LOIRE





**AVERTISSEMENT**

Les mémoires, comptes rendus et autres écrits des étudiants de l'Institut Régional de Formation aux Métiers de la Rééducation et de la Réadaptation sont des travaux réalisés au cours de leur formation.

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

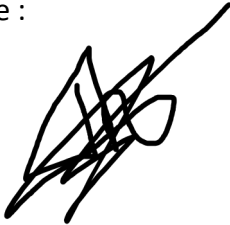
## Engagement de non plagiat

Je soussignée,

Oriane THENEZAY, déclare être pleinement conscient (e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer les sources que j'ai utilisé pour écrire ce mémoire.

Fait à Nantes,  
Le 16 avril,

Signature :



## REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier ma directrice de mémoire, sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour. Merci pour son accompagnement attentif, ses conseils avisés tout au long de l'élaboration de ce mémoire, ainsi que pour le temps précieux et l'énergie qu'elle m'a généreusement consacré. Merci également à l'ensemble des professionnels de santé de la maison de santé de Nantes Nord.

Je tiens également à remercier ma famille pour son soutien constant et ses encouragements. Un grand merci à mes amies et à mon copain pour leur écoute et leur soutien inconditionnel, parfois même à distance.



## **Résumé**

Les inégalités sociales de santé sont des phénomènes encore bien présents sur les territoires français. La lutte contre ces inégalités se place ainsi au cœur des missions de santé publique. Ce phénomène touche une large portion de la population, avec une incidence accrue chez les femmes en situation de précarité. Des actions sont mises en place dans les divers champs et activités de la santé, y compris dans la spécificité de rééducation pelvi-périnéale. Mais il réside encore un manque de compréhension associé à une faible prise en considération des besoins spécifiques de ces populations.

Afin de répondre au mieux à la problématique ciblant les obstacles et les barrières de l'accès aux soins de rééducation pelvi-périnéale pour les femmes issues d'un quartier prioritaire d'une métropole, une méthode de recherche qualitative est entreprise. La réalisation d'entretiens collectifs - ou focus group - permet d'adopter une vision compréhensive d'un ou plusieurs phénomènes en lien avec la thématique initiale. Cette technique d'analyse semble la plus pertinente car elle associe les retours d'expériences et les échanges des participants et permet d'explorer une thématique sous tous ces angles.

Cette première partie de l'étude décrit le protocole de réalisation de ces entretiens collectifs semi-dirigés et l'analyse qui comprend la thématisation des données et la codification déductive / inductive.

La poursuite de la réalisation de cette étude est essentielle car les résultats mettront en lumière les obstacles spécifiques de ces femmes dans leur accès aux soins. Ces résultats souligneront aussi les sensibilisations, formations et adaptations à apporter en complément aux professionnels impliqués dans ces prises en charge.

### **Mots-clés :**

- Analyse qualitative
- Focus group
- Inégalités sociales de santé
- Obstacle / Barrière
- Rééducation pelvi-périnéale

## **Abstract**

Social health inequalities remain a significant reality in France. The fight against these inequalities is therefore placed at the heart of public health missions. This phenomenon affects a large portion of the population, with a higher incidence among women in precarious situations. Actions are implemented in the various fields and activities of health, including in the specific area of pelvic-perineal rehabilitation. However, there is still a lack of understanding associated with a low consideration of the specific needs of these populations.

In order to best address the problem of barriers to access to pelvic-perineal rehabilitation care for women from a priority district of a metropolis, a qualitative research method was adopted. The implementation of collective interviews - or focus group - provides a comprehensive view of one or more phenomena in connection with the initial topic. This method of analysis seems to be the most relevant because it combines the experiences and exchanges of participants and allows for the exploration of a theme from multiple perspectives.

This first part of this study describes the protocol of realization of the semi-directed collective interviews and the analysis which includes the theming of data and the deductive / inductive coding.

It is essential that this study continues, as the results will highlight the specific obstacles these women face in accessing healthcare. The results will also highlight the awareness-raising, training and adaptations that need to be made by the professionals involved in this care.

## **Keywords :**

- Focus group
- Obstacle / Barrier
- Pelvic-perineal rehabilitation
- Qualitative study
- Social health inequalities

***Index des abréviations***

<b>ACI</b>	Accord Conventionnel Interprofessionnels
<b>ALD</b>	Affection de Longue Durée
<b>AM</b>	Assurance Maladie
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CNCDH</b>	Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
<b>CNIL</b>	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
<b>CNSF</b>	Collège National des Sages-Femmes
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CPTS</b>	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
<b>C2S</b>	Complémentaire Santé Solidaire
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
<b>DSS</b>	Déterminants Sociaux de la Santé
<b>HCSP</b>	Haut Conseil de la Santé Publique
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
<b>MK</b>	Masseur-Kinésithérapeute
<b>MSP</b>	Maison de Santé Pluridisciplinaire ou Pluri professionnelle
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>ORS</b>	Observatoire Régional de la Santé
<b>PASS</b>	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
<b>PRS</b>	Projet Régional de Santé
<b>RGPD</b>	Règlement Général pour la Protection des Données
<b>SF</b>	Sage-Femme

## **SOMMAIRE**

<b>1. Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Les inégalités sociales de santé en France .....</b>	<b>1</b>
1.1.1. Un besoin de santé publique .....	1
1.1.2. Définitions .....	1
1.1.3. Analyse démographique.....	2
1.1.4. Le gradient social de santé .....	3
1.1.5. Les déterminants sociaux de la santé (DSS) .....	4
1.1.6. Approche genrée .....	4
<b>2. Cadre conceptuel et contexte du sujet d'étude.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Description de la population cible .....</b>	<b>5</b>
2.1.1. Observations générales de la commune de Nantes .....	5
2.1.2. Observations spécifiques de la commune de Nantes.....	5
2.1.3. Bilan de la population.....	6
2.1.4. Description du quartier prioritaire de Nantes Nord .....	6
<b>2.2. Le modèle français .....</b>	<b>7</b>
2.2.1. La sécurité sociale.....	7
2.2.2. La complémentaire santé .....	8
<b>2.3. Actions mises en place par les différents acteurs.....</b>	<b>9</b>
2.3.1. Lois et Projet Régional .....	9
2.3.2. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).....	10
2.3.3. Les maisons et communautés de santé.....	11
2.3.4. Les acteurs du social.....	12
<b>2.4. La santé communautaire et la santé participative en phase d'expérimentation .....</b>	<b>13</b>
<b>2.5. Analyse des facteurs personnels, sociaux et environnementaux .....</b>	<b>14</b>
2.5.1. La notion d'obstacle .....	14
2.5.2. Obstacles relatifs au patient.....	14
2.5.3. Obstacles relatifs aux professionnels de santé.....	17
2.5.4. L'autonomie du patient au sein d'un parcours de soin .....	18
<b>2.6. Contexte de prise en charge en rééducation pelvi-périnéale .....</b>	<b>19</b>
2.6.1. Les différentes prises en charge .....	19
2.6.2. Axes de rééducation .....	20
2.6.3. Inconvénients de ces prises en charge .....	20
<b>3. Question de recherche .....</b>	<b>21</b>
<b>4. Objectifs de l'étude.....</b>	<b>21</b>
<b>5. Méthode de recherche.....</b>	<b>22</b>
<b>5.1. Préambule de la méthode .....</b>	<b>22</b>
<b>5.2. Protocole : Le recrutement.....</b>	<b>23</b>
5.2.1. Le recrutement de la population .....	23
5.2.2. Le recrutement des professionnels .....	25
5.2.3. Le recrutement du modérateur.....	27
<b>5.3. Protocole : La répartition .....</b>	<b>28</b>
<b>5.4. Protocole : Le cadre spatio temporel.....</b>	<b>28</b>
<b>5.5. Protocole : Respect éthique et déontologique.....</b>	<b>29</b>

<b>5.6.</b>	<b>Introduction au guide d’entretien .....</b>	<b>31</b>
<b>5.7.</b>	<b>Guide d’entretien : Une approche qualitative phénoménologique .....</b>	<b>32</b>
5.7.1.	Introduction.....	32
5.7.2.	Les soins en santé pelvienne .....	32
5.7.3.	Intégration de la notion d’obstacles.....	33
5.7.4.	Premier obstacle : Géographique et temporel.....	34
5.7.5.	Deuxième obstacle : Financier.....	34
5.7.6.	Troisième obstacle : Croyance / Connaissance .....	35
5.7.7.	Quatrième : Autre.....	35
5.7.8.	Perception des soins.....	36
5.7.9.	Ouverture .....	36
<b>5.8.</b>	<b>Commentaires de réalisation des entretiens .....</b>	<b>37</b>
5.8.1.	Entretien exploratoire .....	37
5.8.2.	Conseils de réalisation .....	38
<b>6.</b>	<b>Analyse .....</b>	<b>40</b>
<b>6.1.</b>	<b>Introduction et objectifs de l’analyse .....</b>	<b>40</b>
6.1.1.	Retranscription des entretiens .....	40
6.1.2.	Thématisation des données .....	41
<b>6.2.</b>	<b>Grille d’analyse des résultats.....</b>	<b>43</b>
<b>6.3.</b>	<b>Analyse qualitative statistique .....</b>	<b>46</b>
<b>7.</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>47</b>
<b>7.1.</b>	<b>Apports théoriques des barrières dans la littérature .....</b>	<b>47</b>
7.1.1.	L’accessibilité géographique.....	47
7.1.2.	La contrainte temporelle.....	48
7.1.3.	La barrière financière .....	49
7.1.4.	L’impact de la culture et des connaissances.....	49
7.1.5.	Les difficultés de langage.....	50
<b>7.2.</b>	<b>Les solutions et les leviers retrouvés dans la littérature .....</b>	<b>50</b>
<b>7.3.</b>	<b>Les limites de l’étude .....</b>	<b>51</b>
7.3.1.	Limite : Méthode de recherche en focus group .....	51
7.3.2.	Limite : Culturelle et éthique.....	52
7.3.3.	Limite : Analyse des focus groups.....	53
7.3.4.	Autres limites : Protocole en général .....	53
7.3.5.	Autre limite : Comparaison de l’étude .....	54
7.3.6.	Conclusion des limites .....	54
<b>7.4.</b>	<b>Perspectives de l’étude .....</b>	<b>54</b>
7.4.1.	Perspectives relatives aux objectifs de l’étude.....	54
7.4.2.	Perspectives méthodologiques .....	55
7.4.3.	Perspectives pour les professionnels .....	56
<b>8.</b>	<b>Conclusion générale .....</b>	<b>57</b>
<b>9.</b>	<b>Ouverture et poursuite de l’étude.....</b>	<b>58</b>

*Cet écrit utilise la norme VANCOUVER*



## **1. Introduction**

### **1.1. Les inégalités sociales de santé en France**

#### **1.1.1. Un besoin de santé publique**

La lutte contre les inégalités sociales de santé est au cœur des missions de la santé publique. Elle permet d'agir sur l'ensemble des facteurs qui influencent la santé d'une population. C'est-à-dire les écarts de santé, la prévention, l'accès, les coûts, l'équité... Les inégalités sociales de santé concernent différents professionnels de santé, si ce n'est tous.

L'accès aux soins est donc un enjeu multidisciplinaire. On retrouve les kinésithérapeutes parmi les professionnels de santé concernés aux côtés des acteurs du social, des acteurs institutionnels (collectivités, organismes) ainsi que des structures publiques locales et médico-sociales.

L'implication active et la motivation de la communauté dans la conception et la mise en œuvre des actions sont des éléments clés. Sans la participation de la population, les inégalités sociales de santé ne sont pas vouées à changer. Le terme de participation communautaire prend alors tout son sens.

Le programme de développement de l'Organisation des Nations Unies (ONU) déclare devoir assurer la couverture maladie universelle et l'accès de tous à des soins de qualité dans le but de favoriser la santé et allonger l'espérance de vie des individus (1).

Cependant, les couvertures sociales et maladies sont très différentes selon le pays.

#### **1.1.2. Définitions**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme : « Un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (2).

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) (3) définit une inégalité sociale de santé comme une différence importante, systématique et évitable concernant l'état de santé entre différents groupes sociaux au sein d'une même population.

Plusieurs indices sont utilisés pour mesurer ces écarts de santé et les principaux sont : l'espérance de vie, l'espérance de vie en bonne santé et le (ou les) risque (s) de développer certaines maladies. Les pathologies sous entendues dans cette définition sont d'ordre cardiovasculaire (Accident Vasculaire Cérébraux, crise cardiaque), oncologique (tous types de cancers confondus) ainsi que les maladies chroniques respiratoires (Bronchopneumopathie chronique obstructive) et dégénératives (Alzheimer).

Au sein même des inégalités de santé, il est décrit deux catégories bien distinctes (4) :

- Les inégalités sociales qui renvoient à l'appartenance d'une personne ou d'une population à une catégorie sociale précise.
- Les inégalités territoriales qui, elles, prennent leur source selon l'endroit de naissance ou de résidence de la population sur le territoire.

Les principaux facteurs de risques sont les conditions socio-économiques ainsi que les déterminants sociaux de la santé, notamment le revenu financier, l'éducation, la situation professionnelle, l'accès aux soins ou encore le type et la localisation du logement. Dans cette définition les facteurs biologiques (*de la population*) sont exclus au profit de l'organisation sociale à elle seule.

### 1.1.3. Analyse démographique

En France, malgré un bon état de santé global, d'importantes inégalités de santé apparaissent dès l'enfance et perdurent tout au long de la vie (5). Les écarts observés en matière d'égalité de la santé entre les régions se sont accrus au cours des dix dernières années. Les régions du Nord et de l'Est de la France affichent toujours des espérances de vie plus faibles par rapport aux régions du Sud et de l'Ouest.

La différence concernant cet indicateur reste et stagne autour de 6 à 8 ans entre les départements les plus riches et les départements les plus pauvres.

En moyenne en France métropolitaine, 14,5% de la population des ménages fiscaux vit sous le seuil de pauvreté. En Pays de la Loire ce chiffre est diminué et s'élève à 10,5%.

Mais les territoires sont diversement touchés par la pauvreté. Les zones urbaines avec une forte densité de population sont très impactées (6).

Parmi les populations les plus touchées, on retrouve les personnes insérées sur le marché du travail avec de lourdes charges familiales et les étudiants qui entrent dans la vie active.

Selon le niveau de fragilité de la commune de résidence, la part de la population atteinte d'une certaine pathologie varie. Par exemple, pour les maladies cardionéurovasculaires, on en dénombre 45 pour 1 000 habitants en zone préservée contre pas loin de 80 pour 1 000 habitants en zone très fragile (7). Les critères pour chacune des zones s'appuient sur les mêmes que pour les inégalités de santé, avec en plus des critères démographiques (densité), la prévalence des facteurs de risques et les comportements de santé des usagers (*Annexe 1*).

#### *1.1.4. Le gradient social de santé*

Le gradient social de santé désigne la relation systématique entre la position socio-économique d'un individu ou d'une population et son état de santé. Plusieurs caractéristiques sont intéressantes à analyser sur ce gradient (8).

Ce concept concerne tout le monde, qu'importe la position au sein de la hiérarchie sociale (classes hautes comme classes plus basses). C'est un concept qui existe à l'international et qui ne concerne pas juste la population française.

Les constats qui en découlent sont que l'état de santé de la population est moins bon lorsque la position dans l'échelle sociale est faible et inversement. Les différents indicateurs utilisés pour déterminer ce gradient sont semblables à ceux utilisés pour décrire les inégalités sociales de santé (c'est-à-dire le revenu, le niveau d'éducation, la situation professionnelle...).

Les écarts retrouvés les plus pertinents concernent l'espérance de vie, les morbidités, l'espérance de mortalité mais aussi l'accès aux soins entre les différentes catégories sociales.

Comme le démontre ce rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) sur les indicateurs de suivi des inégalités sociales de santé, le gradient social de santé détermine le développement et l'évolution des maladies chroniques et in fine l'espérance de vie avec et sans incapacités (9). Il existe un lien réel entre la position dans la hiérarchie sociale et la santé de l'individu (*Annexe 2*).

#### 1.1.5. Les déterminants sociaux de la santé (DSS)

Dans la littérature il est retrouvé cinq grandes catégories de déterminants sociaux de la santé (DSS) (10) (*Annexe 3*).

La première catégorie comprend l'âge, le sexe, les notions d'hérédité ainsi que les facteurs internes constituant l'individu.

La seconde regroupe les facteurs liés au style de vie personnel (autrement dit le mode de vie individuel). Cela comprend par exemple les habitudes alimentaires, la régularité de l'activité physique ou encore l'hygiène et le sommeil.

La troisième comprend le réseau social et la communauté de la population concernée vis-à-vis du reste de la population.

En effet, le cercle social influence sur la santé et s'exprime sous la forme de soutien psychologique/émotionnel ou bien directement sur les habitudes et comportements en santé.

La quatrième s'intéresse aux conditions de vie et de travail de la population (éducation, milieu/conditions de travail, logement, chômage, service de santé).

La dernière catégorie concerne les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.

Tous ces éléments sont imbriqués les uns dans les autres et s'influencent entre eux (11).

#### 1.1.6. Approche genrée

Une approche genrée est également recommandée pour comprendre la structure et la dynamique des classes sociales dans son ensemble (12). Notamment dû au fait des différences de revenus (une femme gagne en général moins qu'un homme) ou d'accès inégal au travail (il est avéré que moins de femmes sont cheffes ou directrices).

Ces inégalités sont encore plus augmentées dans les classes sociales les plus défavorisées où les femmes sont davantage touchées par la précarité économique et sociale (13).

Les inégalités sociales de santé sont retrouvées dans de nombreux domaines et impactent les populations dans leur ensemble.

## **2. Cadre conceptuel et contexte du sujet d'étude**

### **2.1. Description de la population cible**

#### ***2.1.1. Observations générales de la commune de Nantes***

La commune de Nantes est située dans le département de la Loire Atlantique (44). Cette commune regroupe environ 320 000 habitants avec une hétérogénéité dans l'âge moyen. En effet, 40,3% de la population est âgée entre 18 et 39 ans et 26,2% de la population est âgée entre 40 et 64 ans (14) (15).

Il est recensé sur ce territoire 2 700 professionnels de santé libéraux, dont 120 sont des Masseurs-Kinésithérapeutes (MK) et 91 sont des Sages-Femmes (SF) dans la ville de Nantes (16)(17). Il est également recensé environ 40 gynécologues exerçant en libéral à Nantes (18).

#### ***2.1.2. Observations spécifiques de la commune de Nantes***

La densité de population de la commune de Nantes est de 4 957 habitants / km<sup>2</sup>. C'est 45 fois plus que la moyenne française (15). Cependant cette augmentation récente de la population n'a pas été suivie par une augmentation de l'offre médicale, entraînant une forte demande dans le domaine du soin et une pression accrue sur les services de santé (19).

Le taux de natalité annuel moyen est de 13,6 naissances pour 1 000 habitants (légère augmentation par rapport à la moyenne française). Ce taux est corrélé à l'augmentation du nombre de femmes enceintes, du nombre de consultations en lien avec l'accouchement ainsi qu'avec les problèmes potentiels liés aux problématiques pelvi-périnéales.

Le taux de pauvreté sur ce territoire s'élève à 10,6% avec des grandes disparités selon la zone ou le quartier. Ce chiffre se complète par les 14,2% de la population qui sont couverts par la Complémentaire Santé Solidaire (C2S)(6).

### 2.1.3. Bilan de la population

Nantes est une commune dynamique en forte croissance démographique. La population est relativement jeune mais il existe des disparités socio-économiques se traduisant directement par des inégalités d'accès au logement, ou à l'emploi dans certains quartiers de la ville plus précaires. L'offre de soins est restreinte dans certains endroits de la ville. Ces disparités ont un impact sur la santé des habitants et la lutte contre ces inégalités nécessite d'être poursuivie.

### 2.1.4. Description du quartier prioritaire de Nantes Nord

Nantes métropole comprend quinze Quartiers Prioritaires. Cela ne représente pas loin de 55 000 habitants. Ainsi, environ 11% de la population nantaise réside dans l'un de ces quartiers.

Le quartier de Nantes Nord comprend un peu plus de 8 000 habitants, avec un taux de pauvreté qui culmine à environ 40% (20). *Le taux de pauvreté cité ici se base sur le seuil établi de 1 158 euros par mois pour une personne seule selon l'INSEE (21).*

Le rapport de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de 2023 s'intéresse à la prévention et au dépistage (22). Nous retrouvons un taux de recours à un médecin généraliste plus faible dans ces territoires les plus défavorisés (moins de 80%). Ce chiffre est corrélé au fait que moins de personnes, âgées de 16 ans et plus, ont déclaré avoir un médecin traitant (qui permet la facilitation du suivi). Le recours à un gynécologue suit la même tendance avec un fort gradient social retrouvé dans les quartiers les plus défavorisés de la commune de Nantes.

Il est également retrouvé une corrélation entre le niveau de favorisation sociale et le taux de pourcentage de dépistage pour les cancers du sein et du col de l'utérus. La mammographie comme le frottis cervico-utérin sont moins réalisés (de quasiment 15%) dans les quartiers prioritaires de la ville (22) (23).

Ces chiffres démontrent clairement des différences concernant les soins de la femme dans les quartiers les plus précaires de la ville de Nantes (22).

## 2.2. Le modèle français

### 2.2.1. La sécurité sociale

La sécurité sociale est « un système de protection sociale mis en place par un État, visant à garantir aux citoyens une couverture contre certains risques sociaux, tels que la maladie, les accidents du travail, la vieillesse, le chômage et la maternité ».

Le principe de la sécurité sociale française est d'offrir une couverture universelle pour toutes les personnes résidant légalement en France de manière stable et régulière (même si elle n'a pas d'activité professionnelle) (24).

Les premières initiatives à l'origine de la sécurité sociale datent de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle (25). En 1945, la création de la sécurité sociale s'inscrit dans « un principe de solidarité nationale ». L'adhésion est alors obligatoire mais il existe différents régimes. Ces derniers sont souvent déterminés par l'affiliation professionnelle. Par exemple le régime général concerne les travailleurs salariés, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) pour les personnes exerçant dans le domaine agricole ou encore d'autres régimes spéciaux comme la Régie Autonome des Transports Parisiens (RATP).

On parle de « cotisations sociales », c'est-à-dire que le financement repose sur le travail des personnes adhérentes. Sa gestion est effectuée par les partenaires sociaux (représentants syndicats des salariés et de l'employeur).

Il est dénombré cinq branches de la sécurité sociale : l'assurance maladie (anciennement la branche maladie), la famille, la retraite, les accidents du travail et la branche recouvrement.

Les objectifs majeurs et les raisons de la création de la sécurité sociale sont nombreux (26). Les principaux objectifs sont de protéger les travailleurs et leurs familles contre les maladies et les accidents. Il s'agit également d'offrir des soins et de faciliter l'accès aux soins pour une plus grande partie de la population afin d'améliorer la santé publique en France. La sécurité sociale vise à optimiser et à renforcer la solidarité nationale du système de soin. L'ensemble de ces objectifs soulèvent des défis sociaux et économiques présents également dans les soins de masso-kinésithérapie.

Cependant, les démarches administratives complexes peuvent être synonymes de barrière pour les personnes vivant dans la précarité, comme les femmes issues des quartiers prioritaires (27).

### 2.2.2. La complémentaire santé

En plus de la sécurité sociale (régime obligatoire), différents régimes complémentaires existent. En effet, il reste une part à la charge des patients ou de leur complémentaire santé : c'est le ticket modérateur et il correspond à environ 40% des honoraires.

Ce ticket correspond au pourcentage du tarif conventionnel des soins non remboursé par l'Assurance Maladie. Ce dernier étant proportionnel au montant des soins consommés.

Plusieurs conditions sont nécessaires pour justifier une exonération du ticket modérateur. Parmi elles : les personnes en Affection de Longue Durée (ALD) ; uniquement pour les soins en lien avec celle-ci, les personnes en invalidité, en accident du travail, avec une maladie professionnelle, les femmes enceintes (à partir du premier jour du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse) et les blessés de guerre. Dans ces cas-là, l'assurance maladie rembourse à 100 % le professionnel de santé directement.

Les consultations médicales, les examens médicaux, les soins infirmiers, les hospitalisations et la maternité sont remboursés par l'Assurance Maladie et par les complémentaires.

Les complémentaires santé s'inscrivent, tout comme la sécurité sociale, dans une démarche d'équité et de solidarité dans les soins.

Le système français propose une Complémentaire Santé Solidaire (C2S) pour les populations les plus précaires afin de couvrir la part non prise en charge par le régime obligatoire de l'Assurance Maladie (AM)(28). *Il existe d'autres formules équivalentes.*

La proportion de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire varie selon les quartiers de la ville de Nantes. Cette proportion peut s'élever et dépasser les 20% dans les quartiers les moins favorisés (contre 10% sur l'ensemble de la métropole nantaise)(29).

Cependant, il est décrit que 40% des personnes bénéficiant de la complémentaire santé solidaire ne font pas les démarches nécessaires pour obtenir leurs droits en santé (30).

### **2.3. Actions mises en place par les différents acteurs**

En France, des idées et des projets émergent afin de minimiser les inégalités sociales de santé. Les mesures de prévention de la population s'inscrivent dans la lutte contre les inégalités sociales de santé et agissent sur le gradient social de santé. Ces mesures sont mises en œuvre à différentes échelles, allant du niveau national jusqu'au plan local d'une ville.

#### *2.3.1. Lois et Projet Régional*

La loi du financement de la sécurité sociale du 30 décembre 2017 insiste sur l'amélioration de la prise en charge et du parcours du patient, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins (26).

La solution serait « l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaires et médico-social ».

Une meilleure coordination du parcours de santé associée à une amélioration de la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale est un point majeur à développer. Il serait également pertinent de favoriser l'implantation de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante et/ou rencontrant des difficultés majeures d'accès aux soins.

Le Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022 défini par l'Agence Régionale de Santé (ARS) avait pour objectif notamment de favoriser « l'accès aux soins pour tous sur tous les territoires » (32). En effet, la qualité et la sécurité des soins reposent sur une organisation efficace et sans rupture du système de santé.

Ce projet inclut lui aussi une optimisation du parcours de soins du patient.

### 2.3.2. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Une des stratégies politiques mise en place par le ministère de la santé est la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

C'est une plateforme qui propose une prise en charge d'ordre médico-sociale à une population malgré l'absence ou un manque de couverture sociale.

Le but étant de lutter contre l'exclusion de certaines personnes du système de soins pour des raisons économiques et/ou sociales (33).

Ce dispositif prend sa source dans le programme plus global de la Direction Générale de l'Offre de Soins. Dont les principaux objectifs visent une meilleure organisation du parcours de soins ainsi que de la démographie médicale.

Une PASS médico-sociale est une équipe composée de soignants, de travailleurs sociaux et parfois d'autres professionnels comme des psychologues (34). Les travailleurs sociaux ont pour mission d'orienter les patients décrits comme vulnérables vers un parcours de soin adapté.

*En aparté*, la vulnérabilité peut être d'ordre sociale, administrative, médicale et/ou politique. Dans ce système, toutes les consultations et prises en charge sont effectuées sans facturation au patient.

Cette nouvelle pratique médicale vise une meilleure intégration des différentes dimensions du soin. Toutes les dimensions, qu'elles soient curatives, préventives, éducatives, socio-culturelles ou économiques, sont représentées.

La PASS repose sur une approche personnalisée du patient et sur un travail interdisciplinaire des équipes soignantes.

Le contrat local de santé de la métropole de Nantes s'inscrit également dans cette dynamique. Ce contrat donne de l'importance au domaine de la promotion et de la prévention de la santé dont « l'accès aux droits et aux soins des personnes vulnérables (dont la santé mentale) »(35). Ces Permanences d'Accès aux Soins de Santé sont présentes au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes centre et prennent en charge les urgences sociales et médicales des usagers sans couverture sociale.

Elles jouent un rôle essentiel dans les quartiers précaires, notamment celui de Nantes Nord, où la part de population défavorisée ou migrante est élevée (36).

### 2.3.3. Les maisons et communautés de santé

En France, il existe plusieurs dispositifs de coordination permettant aux professionnels de santé libéraux de coordonner leurs actions, ceci permettant une amélioration du parcours de soins du patient et facilitant les différentes prises en charge.

La Maison de Santé Pluridisciplinaire ou Pluri professionnelle (MSP) est une structure pluridisciplinaire où travaillent de manière coordonnée médecins et auxiliaires médicaux (37). Il faut au minimum quatre professionnels de santé dont plusieurs exerçant la médecine. En décembre 2023, on comptait 2 501 MSP en fonctionnement et l'objectif fixé est d'atteindre les 4 000 MSP sur le territoire français (38).

Six Maisons de Santé Pluridisciplinaires conventionnées sont recensées sur le territoire de la commune de Nantes dont une, celle de Nantes Nord, est située au cœur du quartier prioritaire faisant l'objet de cette étude.

Plusieurs actions sont mises en place au sein de ces Maisons de Santé Pluridisciplinaires. Des programmes de prévention (associés et répondants à un besoin ciblé de la population concernée), l'ouverture de créneaux supplémentaires pour permettre l'accès à tous les usagers, développer de la télémédecine ou encore pratiquer uniquement des tarifs conventionnels (et remboursés) en sont des exemples.

Comme le montre certaines études, ces maisons offrent beaucoup de soins pour les maladies chroniques (par exemple le diabète), pathologies touchant davantage les personnes moins favorisées socialement (39).

Ces structures contribuent à lutter contre l'importance des déterminants sociaux de la santé, et s'intègrent parfaitement dans la stratégie de santé publique visant à réduire les inégalités sociales de santé (40).

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) regroupe les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser, à leur initiative, autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes (41). Elle est constituée au minimum d'un médecin et de deux professionnels de la santé, avec la possibilité de ne pas être issu d'une profession paramédicale (par exemple l'ostéopathie).

En 2022, on ne comptait pas loin de 800 CPTS en France. Ces structures sont plutôt récentes et font suite à la loi concernant la modernisation de notre système de santé parue en 2016 (42).

Ces dispositifs ont pour caractéristiques de se concentrer sur un territoire, ses enjeux de santé mais aussi et surtout sur les besoins de la population. Les actions menées doivent être attractives et coordonnées (43).

La CPTS de Nantes Nord a pour but de mener des actions spécifiques telles que la mise en place de créneaux spécifiques pour les consultations non programmées ou encore la sensibilisation des habitants sur certains enjeux de santé publique (44). L'accompagnement des populations vulnérables ou en situation de précarité est également un enjeu de cette structure coordonnée.

Les réseaux de soins intégrés abordent les inégalités sociales de santé en prenant en compte les facteurs socio-économiques dans le parcours de soins du patient (45).

#### *2.3.4. Les acteurs du social*

Dans la commune de Nantes et plus précisément au sein du quartier prioritaire de Nantes Nord, des partenaires ressources sont présents.

Nous retrouvons en premier lieu l'association « Casse ta routine »(46). C'est une association qui soutient les personnes en situation d'isolement ou les personnes les plus précaires du quartier en leur donnant des conseils, en réalisant de l'éducation sanitaire...

A proximité de cette association se trouve la maison de quartier de « La Mano » qui comprend des travailleurs sociaux et propose de nombreuses activités.

C'est aussi un lieu de rassemblement. D'autres travailleurs sociaux salariés de la mairie travaillent directement dans les locaux des maisons de santé voisines du Chêne et du Roseau.

Il existe également des lieux d'accueil et de suivi des femmes enceintes fragiles socialement et économiquement (UGOMPS)(47).

Nantes est une commune avec un engagement associatif très présent (48).

#### **2.4. La santé communautaire et la santé participative en phase d'expérimentation**

La participation communautaire est un phénomène en cours d'accroissement directement en lien avec la santé publique des populations.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé communautaire est définie comme : « Le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance au même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités » (49).

Ainsi, la santé communautaire est une approche de santé publique qui se caractérise par une participation active tout au long de la démarche, c'est-à-dire du problème initial jusqu'à la réévaluation des actions (50).

Pour une meilleure représentativité, toutes les populations sont incluses tout en s'adaptant aux spécificités locales et en prenant en compte les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.

Il existe un réel partenariat entre la population impliquée et les professionnels de santé (tels que les médecins ou les kinésithérapeutes). Un point majeur est dédié à la promotion et à la prévention de la santé. Cette approche tend à responsabiliser les communautés dans la gestion de leur santé. Les inégalités de santé sont résolues en partant du principe que les solutions les plus efficaces et durables viennent de la communauté en elle-même et que son implication influence la réussite des interventions en santé (51).

## 2.5. Analyse des facteurs personnels, sociaux et environnementaux

### 2.5.1. La notion d'obstacle

#### 2.5.1.1. *Définition*

Un obstacle dans le domaine scientifique est défini comme « un élément ou un facteur qui freine et limite le progrès ou la continuité d'un processus » (52). Un obstacle peut également être défini dans les sciences sociales comme un élément d'ordre social, culturel, institutionnel ou économique qui empêche un individu d'atteindre son but (ou une ressource externe) (53).

### 2.5.2. Obstacles relatifs au patient

#### 2.5.2.1. *Facteur économique*

Le premier obstacle retrouvé dans la littérature en lien avec les inégalités sociales de santé est le facteur économique d'une population. Il est démontré que les habitants ayant les niveaux de revenus les plus modestes déclenchent plus souvent un problème de santé chronique que les autres populations (+6%)(54). Les ouvriers et les employés de bas niveau (avec un revenu modeste) déclarent également être moins fréquemment en bonne santé (54).

Cependant, les études retrouvées s'intéressent au caractère médical et aux différentes spécialités de la médecine.

Concernant les freins économiques potentiels à la kinésithérapie :

Les soins de kinésithérapie sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

Le taux de remboursement peut varier selon le motif de prise en charge et des conditions sont à respecter. Le patient doit obligatoirement venir avec une prescription médicale.

Du côté du kinésithérapeute, ce dernier doit être affilié et conventionné avec l'Assurance Maladie pour permettre le remboursement des soins.

Le code de déontologie du Masseur-Kinésithérapeute encadre la pratique professionnelle du métier et veille à la protection des patients (55).

« Article R.4321-98 : Les honoraires du Masseur-Kinésithérapeute sont déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou des circonstances particulières (56). »

« Les dépassements d'honoraires sont autorisés dans deux cas précis : les circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient ou un déplacement non médicalement justifié (56) ». Donc les dépassements d'honoraires à chacune des séances sont interdits (*en faisant abstraction des actes Hors Nomenclature*).

Ces données permettent d'illustrer le remboursement des actes de masso-kinésithérapie sous couvert d'une affiliation à la sécurité sociale ou équivalent (cela concerne une très grande majorité de la population désormais en France).

Dans le quartier prioritaire de Nantes Nord, nous retrouvons une majorité de kinésithérapeutes conventionnés, c'est-à-dire qui ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires au sens propre de la loi. Ce qui est un aspect adapté aux profils sociodémographiques de ces populations (55).

Cependant ce n'est pas le cas pour toutes les autres professions en lien avec la santé pelvienne. Par exemple, dans le quartier analysé il est recensé des endroits pour le suivi de la grossesse ou l'accouchement mais ces derniers sont privés et donc coûteux pour les femmes donc pas forcément accessibles pour toutes ces femmes (57). (*Le dépassement d'honoraires n'est pas remboursé et certains n'ont pas de complémentaire pour le ticket modérateur*).

#### 2.5.2.2. Facteur géographique

Le deuxième obstacle concerne tous les facteurs géographiques. A savoir, la région, le quartier, la proximité et l'accessibilité selon le lieu de résidence. L'analyse de la distribution des services de santé est un élément à prendre en compte.

Le déplacement et le transport peuvent être un frein pour la population (58). Il est important de comprendre la différence entre les notions de « se rendre en soins » et « l'accès aux soins », qui n'impliquent pas de la même façon le facteur géographique.

### « SE RENDRE EN SOINS »

Se rendre en soin est, comme son nom l'indique, l'action de se déplacer pour recevoir des soins médicaux ou de santé.

Cela peut impliquer un rendez-vous programmé, un soin d'urgence ou un suivi régulier que ce soit dans un établissement de santé public tel un hôpital mais également dans un cabinet libéral. Ce terme fait référence à des notions de transports, de motivation et de connaissances de la part du patient.

### ACCES AUX SOINS

L'accès aux soins est un terme différent et plus complexe, à nuancer de l'action unique de se rendre en soins (59).

C'est une expression polysémique qui comprend plusieurs sens. Autrement dit, l'accès aux soins regroupe la possibilité ET l'accessibilité, en incluant la disponibilité des services à disposition et les capacités des individus à les utiliser lorsqu'ils en ont besoin.

Il est décrit comme « la capacité qu'une personne possède pour recevoir des services de santé appropriés en fonction de ses besoins et au bon endroit » (60). Cela correspond à la capacité de recevoir des soins de santé sans barrières ni économiques (référence au coût financier), ni géographiques (comprenant la distance, le transport et la localisation de l'habitat), ni culturelles / linguistiques et ni administratives (démarches étrangères et délais).

Les Nations Unies reconnaissent cet élément comme un droit humain fondamental (61).

Optimiser l'accès aux soins est un élément principal dans la réduction des inégalités sociales de santé et pour permettre à la population d'améliorer son état de santé global (61).

Deux types d'accès aux soins sont retrouvés dans la littérature (62): l'accès primaire qui correspond à la première apparition dans le système de santé et l'accès secondaire qui correspond à la manière structurelle dont se déroulent les premiers soins après avoir établi le contact entre le patient et le professionnel. Dans le quartier prioritaire de Nantes que nous analysons, les deux dimensions sont à prendre en compte. La première consultation (suite à une campagne de prévention ou des connaissances personnelles / partagées) mais également le suivi et la continuité des soins chez la femme.

### 2.5.2.3. *Facteur social*

Le troisième obstacle prend en compte le côté social de l'individu. En effet, le capital social d'une personne a un impact sur sa santé (63). On considère l'environnement primaire avec la famille ou des amis de la famille appartenant au milieu de la santé. Et l'environnement secondaire avec les collègues, les amis, les connaissances travaillant dans le milieu médical. Ces deux types d'environnement vont faciliter l'obtention de renseignements, d'informations et de rendez-vous. C'est également un support social notamment par l'entraide entre les individus, la prise de nouvelles régulières...

Le réseau social fait partie intégrante des facteurs des inégalités sociales de santé et est un déterminant clé. Or, les femmes issues des quartiers précaires tendent à rejoindre des cercles relationnels restreints, « limitant leur accès à la diversité des ressources sanitaires et sociales » (64).

### 2.5.2.4. *Croyances du patient*

Le quatrième obstacle est en lien avec les croyances du patient. En effet, il est démontré que les croyances d'un individu sur la prise en charge de sa santé sont en relation avec son niveau de littératie et influencent directement les comportements en santé de cet individu (65). Selon ces croyances le patient percevra plus ou moins le besoin du soin, il fera confiance et adhèrera à des niveaux différents également. Les croyances religieuses peuvent elles aussi restreindre ou limiter l'accès à certains types de soins.

## 2.5.3. Obstacles relatifs aux professionnels de santé

### 2.5.3.1. *Facteur sociologique*

L'accès aux soins et les inégalités sociales de santé peuvent aussi être relatives au professionnel de santé. Une analyse de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a montré qu'en fonction du milieu social dont était issu le professionnel de santé, la relation et la communication étaient différentes (66).

C'est-à-dire que la communication et la relation de soins sont d'autant plus difficiles que peu de kinésithérapeutes sont originaires du même cadre social. On parle d'affinité et de social.

Selon le code de déontologie du Masseur-Kinésithérapeute (55) :

« Article R.4321-58 : Le masseur kinésithérapeute doit écouter, examiner, conseiller, soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs, leur situation de famille, leur religion déterminée, leur handicap, leur couverture sociale [...] ».

Cependant, les différences entre soignant et soigné sont une véritable plus-value dans la relation. « Il importe de voir comment le patient appréhende le soignant »(34).

### 2.5.3.2. *Les tabous en santé*

Un tabou est une chose sur laquelle on fait silence, que ce soit par crainte ou bien par pudeur.

Certains sujets ou certaines prises en charge font ressortir des « tabous » de la part des professionnels de santé. Une étude qualitative plutôt récente aborde ce sujet en lien avec les incontinences urinaires (67).

Elle soulève l'idée que plus de la moitié des patients se sentaient gênés vis-à-vis de leur problème d'incontinence. Mais ce qui est le plus intéressant c'est que les professionnels de santé, eux-mêmes, éprouaient une quelconque gêne à en parler. L'obstacle au soin, ou du moins à la communication dans le soin, peut se retrouver des deux côtés (67). *Cette même gêne est également retrouvée dans les prises en charge en sexologie (soins primaires) (68).*

La présence de préjugés sur la santé dans ces quartiers, mentionnée dans ce même article, est également un élément à prendre en compte (67).

## 2.5.4. L'autonomie du patient au sein d'un parcours de soin

### 2.5.4.1. *La littératie en santé*

La littératie en santé regroupe les connaissances et les compétences des individus (y compris leur motivation) à accéder, comprendre et à utiliser des informations pertinentes en lien avec leurs décisions thérapeutiques (69).

L'étude des connaissances et de la littératie en santé des patients est un point important à développer. Elle influence directement l'attitude et l'autonomie des patients au sein de leur parcours de soins.

Un premier constat a été réalisé au Brésil en 2023. Le but de l'étude était d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes en matière de préparation des muscles du plancher pelvien (70).

Seulement 4% des femmes présentent dans cette étude affirmaient s'être renseigné sur la prévention des traumatismes périnéaux et dans la mise en place de séances pendant la grossesse. L'information et l'éducation préalable conditionne la suite de la prise en charge.

Il est aussi démontré dans une revue d'experts que le manque de connaissances anatomiques de la part du patient est synonyme d'obstacle à l'accès aux soins et peut retarder leur diagnostic ou leur traitement (71).

Le même constat est réalisé lorsqu'il s'agit de la cyber santé (72). En effet, consulter des informations médicales sur les sites internet fait partie des temps modernes.

Une grande majorité des populations (en France) ont accès à internet et aux informations relatives à la santé qui y circulent. Il existe une corrélation positive entre la connaissance de la cyber santé et les comportements liés à la santé.

La cyber santé est donc un médiateur d'informations qui entraîne et influence des changements de comportements en matière de santé de la population générale concernée (72).

## **2.6. Contexte de prise en charge en rééducation pelvi-périnéale**

### **2.6.1. Les différentes prises en charge**

Les motifs de prise en charge en kinésithérapie sont variés. La première catégorie concerne la rééducation périnéale féminine et comprend l'incontinence urinaire, l'hyperactivité vésicale, la prise en charge post-partum, pour un prolapsus ou encore après une intervention chirurgicale. L'incontinence urinaire est un symptôme commun. Selon une revue systématique, elle touche entre 3 à 40% des femmes dans le semestre après l'accouchement (73) (74).

La deuxième catégorie, un peu moins connue, s'intéresse plus aux douleurs pelviennes comme les vulvodynies, les douleurs lors des rapports sexuels ou encore les douleurs cicatricielles (par exemple après un accouchement par césarienne).

Bien que la rééducation en post partum ne soit plus obligatoire depuis 2015, en France environ 80% des femmes bénéficient de ces séances de rééducation. Il est également relevé que 20 à 35% des femmes souffrent de douleurs chroniques pelviennes après l'accouchement (75).

Enfin, la dernière catégorie correspond à la rééducation abdominale.

La rééducation périnéale s'adresse autant aux hommes qu'aux femmes. Cependant, la population féminine représente la plus grande majorité des profils en consultation, *et ce en l'absence de données chiffrées sur le pourcentage hommes/femmes.*

### 2.6.2. Axes de rééducation

La rééducation pour les motifs cités au-dessus (*paragraphe 2.6.1*) peuvent se diviser en trois grands axes thérapeutiques.

- L'axe analytique : Il consiste dans le travail du périnée et des releveurs. Les techniques les plus communément utilisées reprennent des techniques manuelles et des outils spécifiques tels que le biofeedback et l'électrostimulation.
- L'axe comportemental et préventif : Dans cet axe, le kinésithérapeute conseille et échange avec la patiente sur l'activité physique (et les liens qu'il peut y avoir), sur le calendrier mictionnel, sur la nutrition et sur la constipation.
- L'axe global : Il correspond à l'intégration du périnée dans l'enceinte lombo-abdomino-pelvienne. Classiquement, la gymnastique abdominale et la régulation posturale sont les techniques utilisées (76).

### 2.6.3. Inconvénients de ces prises en charge

Les prises en charge peuvent parfois être compliquées et plus difficiles car la région anatomique corporelle concernée est plus intime et les techniques utilisées un peu plus invasives que le reste des techniques du MK (77).

Potentiellement, le patient peut trouver la méthode trop intrusive et / ou gênante. Les séances manuelles ne conviennent pas à tout le monde et surtout lors des premières séances lorsque le lien n'est pas encore établi avec le professionnel de santé.

Parfois, des sensations d'inconfort ou de petites douleurs sont ressenties lors des actes. Le kinésithérapeute doit adapter ses explications et son vocabulaire pour faciliter la communication et la compréhension. Il est vrai que le langage est compliqué et spécifique dans ce champ médical.

L'adaptation du professionnel de santé renforcera l'alliance thérapeutique et favorisera la continuité et la régularité des exercices à domicile (notion importante pour voir des résultats) (78).

### **3. Question de recherche**

Quels sont les obstacles d'accès aux soins retrouvés dans la prise en charge de la femme en rééducation pelvi-périnéale, renforçant les inégalités sociales de santé et quels en seraient les leviers ?

Analyse d'un quartier prioritaire de la commune de Nantes Nord.

*Cette problématique, d'ordre descriptive, est à la croisée de deux thématiques qui sont la sociologie et la santé.*

### **4. Objectifs de l'étude**

Cette question de recherche se décline en un objectif primaire accompagné de plusieurs objectifs secondaires.

L'objectif principal de cette étude consiste à déterminer les différents obstacles qui limitent l'accès aux soins de rééducation pelvi-périnéale chez les femmes résidentes au sein d'un quartier prioritaire de la ville de Nantes.

Les objectifs secondaires sont au nombre de quatre.

- Tout d'abord, rendre compte des connaissances et des perceptions des femmes sur leur parcours de soins en lien avec leur santé pelvienne.

- Deuxièmement, statuer sur l'obstacle ou la barrière le plus fréquemment retrouvé pour le nonaccès aux soins de kinésithérapie dans le quartier prioritaire de Nantes Nord.
- Troisièmement, identifier les stratégies possibles pour lever ces obstacles et répondre aux besoins spécifiques des femmes issues de ce quartier prioritaire.
- Enfin, dans une autre dimension, explorer les connaissances et les perceptions des professionnels de santé du territoire vis-à-vis des patientes susceptibles d'être rencontrées dans leur salle de soins.

## **5. Méthode de recherche**

### **5.1. Préambule de la méthode**

La question de recherche de cet écrit incite à réaliser une étude qualitative en adoptant une vision compréhensive d'un ou plusieurs phénomènes.

La technique de focus group semble la plus pertinente. Elle permet, en associant les retours d'expériences et les échanges des participants, d'explorer une thématique sous tous ces angles (79).

Cependant, cette méthode de recherche implique des contraintes importantes. En effet elle demande de réunir un nombre conséquent de professionnels de santé ce qui rend très compliqué l'organisation et la mise en place de la part d'un ou une étudiante dans un temps imparti (en raison de la disponibilité de chacun et des locaux). Et les patientes nécessitent elles aussi du temps pour accepter de dialoguer et de partager leur expérience sur ce sujet, parfois sensible selon la culture.

Pour ces raisons techniques, logistiques et culturelles, ce mémoire s'intéresse uniquement à la description du protocole de recherche. Toutes les étapes et les caractéristiques sont détaillées afin de permettre la continuité du projet dans un cadre ultérieur et d'analyser et d'interpréter de la manière la plus qualitative et rigoureuse possible les résultats par autrui.

Le protocole d'étude détaillé ci-dessous comprend donc des entretiens collectifs semi-dirigés regroupant des patientes de sexe féminin et des professionnels de santé et du social issus du quartier prioritaire de Nantes Nord (ainsi que le modérateur de l'étude qui sera ici l'étudiant (-e) MK).

## **5.2. Protocole : Le recrutement**

### *5.2.1. Le recrutement de la population*

Le recrutement sera réalisé à différents niveaux. La population étudiée correspondra à des femmes issues du quartier prioritaire de Nantes Nord.

Les critères d'inclusion seront le fait de résider dans ce quartier depuis au moins 2 ans et d'être allée au moins une fois en consultation chez un professionnel de santé (kinésithérapeute, sage-femme, médecin gynécologue, médecin généraliste) avec un motif en lien avec la santé pelvienne.

La maîtrise de la langue française sera également un critère (80). Il sera préférable que les participantes soient en capacité d'apporter des témoignages détaillés et nuancés, ce qui correspondra donc à un niveau B1 (niveau seuil recommandé pour une bonne participation).

Deux méthodes pourront être utilisées pour s'assurer du niveau de maîtrise du français. Premièrement, selon l'avis du professionnel de santé qui prend déjà en soin cette participante (méthode basée sur la confiance).

Deuxièmement, via un questionnaire de pré-sélection comprenant une reformulation écrite des idées principales d'un texte ainsi qu'une courte expression orale sur un sujet en lien avec la santé pelvienne. Cette méthode serait plus longue et compliquée à mettre en place mais resterait cependant la plus pertinente.

L'âge des personnes incluses pourra varier, ce qui apportera de la diversité et des regards différents sur les problématiques soulevées (81).

En effet, une femme plus âgée aura statistiquement plus de chances d'avoir eu une grossesse et un accouchement, et sa prévalence en lien avec les problématiques telles que l'incontinence et les prolapsus sera plus élevée, ce qui pourra impacter son mode de vie social et économique ainsi que psychologique et organisationnel (74).

Les personnes de sexe masculin seront exclues car cette étude s'adressera uniquement à la santé pelvienne de la femme.

Le recrutement de ces patientes se fera sur la base du volontariat. *Les sujets abordés lors de ces focus groups pouvant être sensibles, il ne leur sera en aucun cas imposé de participer à cette étude.* Ce recrutement pourra se faire de différentes manières.

Soit la patiente sera volontaire suite à un échange avec son professionnel de santé qui lui en aura parlé. Soit la patiente sera volontaire suite à des activités pour la femme au sein des associations du quartier. Soit la patiente sera volontaire suite à la vision d'une affiche dans une salle d'attente de la Maison de Santé Pluri professionnels ou dans un foyer public.

Un portrait de chacune des participantes sera dressé afin de connaître leurs principales caractéristiques lors de leur recrutement. Notamment, l'âge, la motivation ou encore le milieu social (*Annexe 4*).

Il sera recommandé de légèrement surestimer le recrutement d'environ 10% pour s'assurer d'un nombre minimum de participants (82).

Un tableau synthétisera les caractéristiques communes des participantes de l'étude dans sa globalité.

Tableau I – Caractéristiques communes des participantes

Caractéristiques	Participants (n = 12) *
Age ( $\mu$ en années)	
Écart type ( $\sigma$ en années)	
Situation familiale (%)	
Célibataire	
En couple	
1 enfant	
2 enfants	
3 enfants et +	
Situation professionnelle (%)	
Travail	
Sans travail	
Connaissance en santé pelvienne ( $\mu$ entre 0 et 5)	

\*Le nombre n = 12 ici correspond au recrutement d'environ six participantes pour chaque groupe d'entretiens.

### 5.2.2. Le recrutement des professionnels

Le recrutement des professionnels (acteurs) pour cette étude débutera, par exemple, lors d'un ordre du jour d'une réunion mensuelle de la MSP de Nantes Nord ainsi que lors des échanges avec les responsables des associations présentes et mettant en œuvre des actions au sein de ce quartier prioritaire.

Plusieurs types de professionnels de santé seront à inclure dans les focus groups.

Tout d'abord, les Masseur-Kinésithérapeutes avec une spécificité en rééducation périnéale et qui exercent notamment dans les cas d'incontinence, de douleurs pelviennes ou en post partum (*si prescrit*). Le kinésithérapeute sera un professionnel clé car il apporte un suivi plus ou moins régulier de ces patients et possède de la diversité dans ses pratiques, qui permet de s'adapter (*plus ou moins*) à chacun de ses patients.

Ensuite les Sages-Femmes, qui auront un rôle essentiel dans la santé pelvienne de la femme tout au long de la vie. Elles assurent elles aussi un suivi assez régulier de leurs patients.

Ces deux premières professions seront importantes car elles se partageront les patientes dans le traitement comme dans le suivi de la santé pelvienne de la femme.

Enfin les médecins, de préférence avec une spécialité en gynécologie, qui seront présents au sein de la maison de santé et dont leur expertise permettra d'identifier les obstacles spécifiques auxquels les femmes font face que ce soit en termes de diagnostic ou de prévention.

Ces trois professions seront présentes à chacun des focus groups, avec, si les disponibilités et les emplois du temps le permettent, une permutation des professionnels de santé entre les groupes.

Une brève fiche de présentation sera également rédigée pour chacun lors de leur recrutement (*Annexe 4 bis*).

Ces trois professions travaillent sous forme de réseau ce qui est une véritable plus-value dans les prises en soins complexes des quartiers prioritaires de la ville comme celui de Nantes Nord. *De plus, tous ces professionnels sont impliqués et formés récemment pour certains à la santé participative et à la santé communautaire.*

Le port de la blouse sera non recommandé pour ces professionnels afin d'éviter l'effet « blouse blanche » et ainsi limiter l'effet de hiérarchisation vis-à-vis des professionnels de santé (83).

Les personnes du social visés seront des représentants ou des bénévoles de l'association « Casse ta routine », qui ont aussi une action préventive sur les populations les plus précaires du quartier de Nantes Nord (46). Ainsi que les travailleurs sociaux employés par la mairie et exerçants dans la maison de santé.

Une petite fiche d'information sera également rédigée sur la même base que celle des autres professionnels (*Annexe 4 bis*).

Mais également les personnes ayant du recul sur l'accueil et le suivi de ces populations précaires tels que la coordinatrice de la ville de Nantes. Sa présence (non garantie mais recommandée) permettrait de prendre de la hauteur sur la portée sociale de l'étude menée.

Un tableau synthétisera les caractéristiques communes des professionnels (globalité).

*Tableau II – Caractéristiques communes des professionnels*

Caractéristiques	Participants (n = 6) **
Sexe (%)	
Féminin	
Masculin	
Age ( $\mu$ en années)	
Écart type ( $\sigma$ en années)	
Corps de métier (UA)	
Médecine	
Kinésithérapeute	
Sage-Femme	
Professionnel du social	
Autre	

\*\*Le nombre n = 6 ici correspond au recrutement d'environ 3 professionnels pour chaque groupe d'entretiens.

UA = Unité Arbitraire

### 5.2.3. Le recrutement du modérateur

La présence du modérateur sera essentielle lors de ces entretiens collectifs semi-dirigés et sera attribuée à l'étudiant (-e) Masseur-Kinésithérapeute. Cet étudiant ayant pour fonction de modérateur et d'observateur devra être capable de gérer une dynamique de groupe, le temps imparti et de respecter les objectifs de l'étude. Il sera aussi nécessaire qu'il maîtrise les thèmes abordés lors des entretiens.

Cette personne ne devra pas connaître ni les participantes ni les professionnels (de santé et du social) pour éviter une déformation du jugement (84). Il sera impartial et extérieur (aux participants) pour garantir l'objectivité des focus groups (84).

Chacun des focus groups comprendra au total dix personnes avec dans l'idéal six patientes, trois professionnels de santé / du social et un modérateur.

Un courrier de confirmation avec les informations principales telles qu'une présentation du sujet, les objectifs, la date et le cadre de l'étude sera ensuite envoyé à chacun des participants en amont de la réalisation des focus groups (*Annexe 5*). Ce courrier sera rédigé en deux versions : une version française et une version arabe (*langue très représentée*).

### **5.3. Protocole : La répartition**

Cette méthode comprendra deux groupes distincts de participants répartis aléatoirement mais avec un objectif d'homogénéité. Une randomisation simple sera effectuée avec une attribution d'un numéro aléatoire en utilisant la fonction « ALEA () » dans le logiciel « Excel » sur la liste des participantes de l'étude.

Le choix de deux groupes plutôt qu'un seul sera justifié par le risque de biais et de non représentativité de la population générale et l'augmentation corrélée de la validité externe de l'étude.

Bien que la validité externe contraind majoritairement les études interventionnelles, elle est également présente dans certaines études de natures qualitatives (85).

Une analyse sur un seul groupe de personne pourrait faire émerger des thématiques qui ne seraient pas les plus présentes dans la population générale.

Le but étant d'être le plus pragmatique, au plus proche des conditions réelles, cette étude comprendra donc deux groupes d'étude, en parallèle (86).

Ces deux groupes effectueront chacun deux focus groups, ce qui fera un total de quatre focus groups dans le cadre de cette question de recherche.

### **5.4. Protocole : Le cadre spatio temporel**

La durée de chacun des focus groups sera définie à environ une heure et trente minutes. Cette durée sera nécessaire afin de laisser le temps des présentations, l'explication de l'étude et le rappel des objectifs de ces entretiens.

Ce temps permettra également de libérer la parole entre les participants et d'aborder au moins deux thématiques si possible. Une durée trop longue (soit plus de deux heures) entrainerait à l'inverse une diminution de la qualité des échanges (87).

Chaque groupe de discussion sera espacé de minimum une semaine, dans l'objectif de faire émerger de nouvelles idées / thématiques mais également pour envisager des échanges et la création de lien, hors focus groups, entre les différentes participantes.

Pour terminer la description spatio temporelle, le lieu de réalisation choisi sera une des salles de réunions de la maison de santé de Nantes Nord, familière des patientes et facile d'accès pour chacun des participants. Les entretiens seront réalisés sous forme de cercle de parole pour plus de proximité et de convivialité, en intercalant les participantes et les professionnels.

Des boissons chaudes ainsi que quelques petites gourmandises pourront être apportées afin d'instaurer une atmosphère propice aux échanges (85).

En conclusion, le choix du lieu et du cadre spatio temporel sera primordial pour éviter toute forme d'agitation ou de perturbation de la part des participants. La réalisation des entretiens en présentiel permettra de mieux cerner et comprendre les propos des participants (84).

### **5.5. Protocole : Respect éthique et déontologique**

Les mémoires d'initiation à la recherche pour les étudiants en kinésithérapie ont pour obligation le respect de l'éthique et de la déontologie de la profession (77).

Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sera réalisée pour permettre la régulation des données personnelles des patients (89). En effet la CNIL protège les données personnelles, l'identité, les droits de l'Homme, la vie privée et les libertés de chacun.

La CNIL possède des méthodologies de références pour les études non interventionnelles, c'est-à-dire pour celles qui ne testent pas une intervention potentielle sur des personnes.

L'étude décrite ici semblerait rentrer dans la méthodologie de référence MR-004 validée car ce serait une étude non interventionnelle qui impliquerait des participants humains et des données sensibles (hors Loi Jardé (90)). (Par exemple des informations socioprofessionnelles, des informations en lien avec la santé et / ou le parcours de soin du patient) (91).

Le droit au respect de la vie privée des participants entrainera des obligations pour l'autre partie (92).

En effet, le modérateur se devra premièrement d'informer clairement les participants du but de l'étude (93). Deuxièmement, il devra recueillir le consentement explicite de chacun des participants comme le stipule le Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD) (94). Et troisièmement, ce dernier devra s'assurer du respect de la confidentialité des données transmises ou entendues lors des entretiens, cela faisant directement appel au respect du secret médical (95).

Ces abords seront primordiaux mais il sera également important de mettre en place une charte de bienveillance, de non jugement, de confiance et de franchise à signer obligatoirement par tous les participants (y compris par les professionnels et le modérateur). Sans cette dernière, le climat de confiance et de sécurité ne pourra pas être garanti, et la relation d'entretien risquerait d'être affectée (96).

Cette charte se devra d'être traduite en différentes langues. Notamment en anglais et en arabe, langues beaucoup représentées dans les quartiers prioritaires de la ville de Nantes. Cette diversité culturelle et linguistique est significative comme le montre le dossier de l'INSEE (97).

Enfin, une autorisation du responsable de traitement pourrait être nécessaire, ce qui correspondrait à une autorisation de la part de l'établissement de référence de l'étudiant (-e) avant de procéder à la récolte des données (98).

## 5.6. Introduction au guide d'entretien

Afin d'explorer au mieux toutes les dimensions de ces focus groups, un guide ou une trame d'interview semblerait nécessaire. Un guide d'entretien semi directif avec une récolte des données de manière indirecte sera choisie.

L'entretien semi directif peut être considéré à la frontière entre la santé publique et l'anthropologie (99).

Ce type d'entretien a pour caractéristiques d'avoir des points de repères ou des lignes directrices, comme des passages obligés, lors de l'interview.

Le guide d'entretien sera divisé en thèmes et sous-thèmes : (*Annexe 6*)

- Une introduction comprenant la présentation et les soins en santé pelvienne.
- Une deuxième partie sur les différents obstacles (eux-mêmes divisés en obstacle géographique/temporel, financier, en rapport avec les croyances/connaissances et autres).
- Une troisième et dernière partie abordant la perception des soins et une ouverture sur la suite et les perspectives de l'étude.

L'entretien sera tout de même structuré par le modérateur et ce dernier s'adressera aux sujets pour obtenir l'information recherchée. Le sujet produira de l'information en réponse aux questions en s'adressant aux protagonistes du focus group.

La donnée récoltée sera donc cependant moins objective que d'autres méthodes de recherche (84).

Le guide et les questions seront relativement courtes et ouvertes afin d'inciter les participants à dynamiser l'échange (100) mais aussi neutres pour éviter les diverses influences.

Les principales thématiques abordées seront en lien direct avec les obstacles cités dans le cadre conceptuel et la santé pelvienne de la femme. *Tout en laissant le débat plutôt libre.*

L'approche utilisée ici sera considérée comme mixte : c'est-à-dire à la fois déductive et inductive. Une approche déductive trouve son origine dans un cas général et se dirige vers une situation particulière qui l'explique. A l'inverse, une approche inductive part d'un cas particulier et précis et entraîne une proposition générale (101).

Ici, les thématiques choisies seront issues de ce qu'il existe déjà dans la littérature et les patientes seront amenées à s'exprimer sur ces sujets. Mais il sera également tout à fait possible qu'une patiente exprime un nouvel obstacle non mentionné, ou omit de la part du modérateur, qui fera l'objet d'une théorisation future.

## **5.7. Guide d'entretien : Une approche qualitative phénoménologique**

Le guide d'entretien permettra d'avoir un fil conducteur tout au long des focus groups. Les thématiques de ce guide seront en lien direct avec les thématiques proposées dans le cadre conceptuel. Tous les entretiens seront enregistrés afin de retranscrire les verbatim de chacun des focus groups dans leur intégralité et permettre une analyse de bonne qualité.

### *5.7.1. Introduction*

Le guide d'entretien commencera par une introduction. Celle-ci débutera par un rappel du cadre de l'étude ainsi que par une présentation des objectifs qui en découlent. La réalisation d'un entretien collectif sera justifiée auprès des participants car il permettra la collaboration entre les individus et favorisera l'émergence d'idées ou d'hypothèses communes (84).

Le modérateur présentera les entretiens comme une occasion de recueillir des points de vue pouvant éclairer certaines problématiques de santé.

Enfin, l'introduction permettra également d'instaurer ou de rappeler les principales règles de parole. A savoir le respect de la confidentialité des données, le non jugement, la non obligation de répondre à toutes les questions et la possibilité de quitter le groupe pour une raison personnelle ou quelconque.

### *5.7.2. Les soins en santé pelvienne*

La première partie sur les soins en santé pelvienne en général fera suite à l'introduction. En effet, il sera important d'introduire les professions ciblées dans cette étude.

Cela concernera les métiers de Masseur-Kinésithérapeute, Sage-Femme, et Médecin dans leur globalité.

Les participantes échangeront et argumenteront sur ce qu'elles connaissent de ces professions et des soins qui y sont proposés. La connaissance pourra être issue d'une expérience personnelle, d'une expérience par un proche ou bien pourra provenir d'une information lue sur un site internet.

Puis le sujet se resserrera en étau sur la rééducation pelvi-périnéale, compétence partagée entre les kinésithérapeutes et les sages-femmes. L'intervention de la part des professionnels de santé sur cette thématique sera bien entendue favorisée afin d'évoquer les motifs de consultations qui seront le moins ressortis comme les douleurs lors des rapports sexuels ou des menstruations ou encore les problèmes d'incontinence ou de constipation.

Cette partie permettra de réaliser un état des lieux des connaissances de la santé pelvienne des femmes issues du quartier de Nantes Nord.

Le modérateur complètera avec les différents types et axes de prise en charge en rééducation pelvi-périnéale pour détailler les savoirs et les connaissances sur ces corps de métiers et pour resituer les participants dans le cadre de l'étude.

### *5.7.3. Intégration de la notion d'obstacles*

Dans cette partie du guide d'entretien, le but sera d'introduire la notion d'obstacle ou de barrière dans le soin.

Les participantes seront amenées à se questionner sur leurs difficultés d'accès aux soins. Tout d'abord, lors des soins médicaux et paramédicaux sans faire de distinction puis plus précisément lors des soins de kinésithérapie. Les participantes seront libres de développer et d'argumenter leurs propos sur ce sujet.

Puis viendra la notion de renoncement à un soin en lien avec la santé pelvienne de la femme. Dans la même logique que le premier questionnement, les participantes pourront expliquer les différentes raisons qui les ont menées à renoncer à un soin médical ou paramédical.

Le modérateur orientera par la suite les différentes barrières / raisons qui peuvent entraîner des difficultés voire des renoncements aux soins de kinésithérapie. Le but étant de rebondir sur les propos des participants et d'utiliser l'énergie et la dynamique du groupe pour faire émerger davantage d'idées.

#### 5.7.4. Premier obstacle : Géographique et temporel

La première barrière du soin évoquée pourra être celle qui fait référence au contexte géographique. Plusieurs sous thématiques seront à développer. Tout d'abord, le questionnement en lien avec les structures de soins disponibles.

Les participantes jugent-elles suffisant le nombre de lieux (cabinets libéraux, privés ou centres de soins) pouvant les accueillir pour un motif de consultation concernant leur santé pelvienne ?

Les participantes savent-elles comment chercher un professionnel de santé spécialisé en santé pelvienne ? *Site internet, Doctolib, annonce, réseau...*

Cette première thématique entrainera la question de l'accessibilité. Ces endroits sont-ils accessibles facilement ? Ces endroits sont-ils desservis par les transports en commun du réseau de Nantes ?

Mais aussi leur localisation au sein même du quartier de Nantes Nord. A savoir, est-ce-que ces professionnels de santé sont répartis équitablement sur ce territoire ?

Pour terminer la première partie sur les obstacles spatio-temporels, se posera la question du temps et plus particulièrement des disponibilités de ces femmes.

Par exemple, la présence d'autres enfants dans la fratrie et les rendez-vous qui leur sont associés pourraient entraîner des difficultés pour trouver un créneau de disponible dans l'emploi du temps familial.

#### 5.7.5. Deuxième obstacle : Financier

La deuxième barrière du soin, plus ou moins évoquée par le modérateur des focus groups, concernera l'obstacle financier. Cette partie sera l'occasion de questionner les participantes sur les potentiels coûts des actes de rééducation pelvi-périnéale (incluant la kinésithérapie).

Mais également sur la part des dépenses de santé de la femme sur le budget total d'une femme ou d'une famille.

Cette partie abordera des notions plus personnelles que celle sur l'obstacle lié à la géographie, le modérateur agira donc avec tact, mesure et bienveillance.

#### 5.7.6. Troisième obstacle : Croyance / Connaissance

Enfin, la troisième catégorie de barrières dans le soin concernera les croyances et les connaissances des participantes sur les soins en lien avec leur santé pelvienne. Par exemple, leur demander ce qu'elles pensent de la prise en charge en masso-kinésithérapie et l'influence des soins qui leur sont prodigués sur leur santé pelvienne mais aussi globale.

Cette partie permettra de soulever les différents comportements en santé de ces participantes, sans aucun jugement mais dans le but de les regrouper et de mieux comprendre ces patientes.

L'accès aux connaissances et à la documentation sur la santé pelvienne sera également questionné par le modérateur si le sujet n'est pas abordé.

Ces femmes ont-elles accès aux sites internet et / ou aux revues adressées à la femme ?

*(Sites Ameli, Santé.fr, plateforme de certains CHU, Santé Magazine ou Journal des Femmes – Santé, réseaux sociaux...)*

Ces femmes estiment-elles suffisantes les informations délivrées par les professionnels de santé et les infographies des salles d'attente ou de consultation ?

#### 5.7.7. Quatrième : Autre

La partie suivante permettra aux participants d'exprimer des notions qui n'ont pas été abordées, ou d'en approfondir certaines dans les détails.

Ce sera également l'occasion d'aborder les notions qui pourraient être considérées comme « tabou », ainsi que certains contextes de prise en charge qui pourraient poser problèmes mais qui sont souvent mis sous silence.

La notion de peur de l'incompréhension de la part du professionnel de santé pourra également être abordée.

Enfin, cette partie pourra mettre en lumière les questions de langage ou de compréhension qui pourraient être considérées comme des obstacles aux soins selon certaines participantes. Ce dernier obstacle sera évoqué de manière indirecte (expériences amicales ou familiales) car les participantes recrutées seront censées maîtriser un minimum la langue française.

#### 5.7.8. Perception des soins

Cette partie du guide d'entretien abordera les différentes perceptions du soin. Ces perceptions pourront se diviser en deux catégories.

Premièrement les attentes des patients concernant les soins.

Deuxièmement les attentes des patients vis-à-vis des professionnels de santé, que ce soit dans leur manière de communiquer, de toucher ou d'exprimer des sentiments. Cela sous entendra les notions de pudeur et de gêne exprimées de la part des patientes lors des soins en rapport avec leur santé pelvienne et questionnera la notion du sexe du professionnel.

#### 5.7.9. Ouverture

Pour terminer les focus groups, une ouverture sera proposée. Le modérateur questionnera les participants sur leurs connaissances associatives et cercles d'entraides. Les participants seront également amenés à réfléchir sur trois thématiques ouvertes.

En premier lieu, les solutions possibles pour améliorer l'accès aux soins de santé pelvienne dont la rééducation pelvi-périnéale au sein de leur quartier.

En deuxième lieu, les réflexions sur les modes de communications déployés par les professionnels. Que ce soit sur les réseaux sociaux, des affiches dans les salles d'attentes mais aussi des idées d'endroits où les femmes pourraient discuter entre elles de ces problématiques pelviennes.

Par ailleurs, les raisons pour lesquelles tant de femmes, encore aujourd'hui, sont victimes des inégalités sociales de santé.

## 5.8. Commentaires de réalisation des entretiens

### 5.8.1. Entretien exploratoire

La réalisation d'un entretien exploratoire en amont est une étape préliminaire dans une démarche de recherche.

Le but principal de cet entretien sera de mieux comprendre la problématique, d'identifier les thématiques et les concepts importants, ainsi que d'affiner les objectifs de la recherche (102).

Les objectifs de l'entretien exploratoire seront divisés en deux grandes classes : les objectifs en lien avec les thèmes clés et les perceptions des différents participants ainsi que les objectifs de construction et de design méthodologique.

La réalisation de l'entretien exploratoire suivra la même démarche que celle des focus groups. Elle débutera par la sélection de participants et l'élaboration d'une trame d'entretien (similaire au guide d'entretien en *Annexe 6*). Le recrutement de la population exploratoire s'effectuera de la même façon que dans les focus groups de l'étude mais à plus petite échelle (n=5) et les professionnels pourront être issus d'une autre Maison de Santé (*par exemple celle de Bellevue qui possède une organisation et des thématiques d'actions similaires*).

Cet entretien s'accompagnera d'un enregistrement et d'une prise de notes, tout en respectant la confidentialité des participants et en adoptant une posture d'écoute active.

Après la réalisation de cet entretien, une première analyse qualitative sera effectuée. Les conclusions de cette analyse amènent souvent une synthèse des notions et thématiques clés, parfois accompagnée d'une reformulation ou d'un ajustement concernant les objectifs. De nouvelles dimensions concernant le sujet de l'étude pourront alors être identifiés.

L'entretien exploratoire permettra également de se rendre compte de la qualité des questions présentes dans le guide d'entretien, et de tester leur enchaînement, la durée que prend chacune des thématiques, ainsi que de l'aisance de la part du modérateur et de sa flexibilité (102).

Si un unique entretien exploratoire n'est pas suffisant, il sera possible d'en réaliser un deuxième si le cadre temporel le permet.

Un retour sur les premiers ressentis des participants exploratoires pourra également être recueilli.

Enfin, il sera recommandé de multiplier les perspectives lors de cette exploration pour élaborer un guide d'entretien de haute qualité, précis et facilement exploitable.

### 5.8.2. Conseils de réalisation

#### 5.8.2.1. *Conseils généraux*

Plusieurs points seront importants à respecter lors de la réalisation de ces focus groups. Tout d'abord en ce qui concerne l'accessibilité dans l'étude et la compréhension, la structure globale de l'entretien sera disponible en version papier. De plus, les thématiques principales seront écrites avec une grande police sur une feuille de type A3 pour faciliter la compréhension et permettre l'intégration de chacun selon son rythme. *Les questions seront cependant visibles les unes après les autres afin de focaliser au maximum l'attention de tous les participants.* L'utilisation de plusieurs types et modes de communication sera conseillée.

Le modérateur présent lors de ces entretiens devra adapter la discussion si le niveau de maîtrise de la langue française se retrouve un peu plus faible que prévu.

En accord avec la charte et les règles de bienveillance, il sera essentiel de ne pas réagir de manière inadaptée lorsque des idées ou des pensées ne seront pas en accord avec les nôtres. Il en ira de même pour le non jugement des paroles ou des participantes directement.

De plus le modérateur devra veiller à ne pas accorder trop de temps de parole à un membre très expressif et bruyant lors des échanges ; privant ainsi les autres membres du focus group de s'exprimer à leur guise.

Ce modérateur aura également pour rôle de réguler et de laisser les participants parler chacun leur tour et il / elle possède le droit de recentrer l'entretien sur les objectifs à chaque fois qu'un des participants s'en éloigne.

### 5.8.2.2. Outils du modérateur

Lors des différents entretiens, le modérateur, qui sera aussi par la même occasion l'observateur, possèdera et devra s'approprier certains outils et certaines règles.

Par exemple, il sera utile de faire des pauses actives après une parole pour encourager les autres participants à rebondir sur ce sujet.

Ce modérateur aura le droit de demander l'approfondissement d'une opinion ou d'une idée si l'occasion se présente afin d'étoffer le contenu qualitatif de l'entretien. Tout en évitant l'adverbe interrogatif « pourquoi » suggérant une réponse rationalisée (103).

Le modérateur devra également se méfier des questions trop inductives incitant les participants à aller dans le sens de celui-ci.

*Exemple : « Ne pensez-vous pas que, finalement, la barrière financière est faible comparée aux autres obstacles ? » Cette formulation incite la participante à admettre que la barrière financière n'est pas la plus préoccupante comme le sous-entend le modérateur.*

Enfin, les techniques de reformulation seront à utiliser pour s'assurer de la bonne compréhension de l'information (104).

*Exemple : Reformulation miroir, reformulation résumée, reformulation écho avec un mot clé.*

### 5.8.2.3. Conseils d'enregistrement

L'enregistrement des focus groups sera essentiel afin de coder et d'analyser les échanges par la suite.

Un enregistreur numérique pourra être utilisé et placé au milieu de la table, permettant une bonne audibilité de chacun.

Un deuxième moyen d'enregistrement sera pertinent en prévoyance d'un éventuel problème technique. Les logiciels « Audacity » et « Teams » téléchargeables sur ordinateur en sont des exemples ou encore la fonction dictaphone disponible sur smartphone.

La vérification du matériel et de son chargement sera une étape inévitable avant chaque entretien.

Avant le début de chaque entretien, il sera rappelé à chacun des participants de l'étude que l'entretien sera enregistré et retranscrit et que les données seront rendues anonymes.

## **6. Analyse**

### **6.1. Introduction et objectifs de l'analyse**

L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales selon Paillé et Muccheilli se découpe en deux parties (105). D'une part la retranscription des entretiens et d'autre part la thématization des données.

Plusieurs objectifs analytiques pourront être exploités. Ils se déclineront en quatre catégories.

- L'objectif premier sera d'identifier les principales thématiques émergentes de ces entretiens, en repérant les similitudes et les différences entre les discours des participantes.
- Deuxièmement, l'analyse consistera à catégoriser les différents obstacles et freins identifiés.
- Dans une autre mesure, l'analyse portera également sur les dynamiques d'interaction entre les participantes.
- Enfin, elle se terminera par une interprétation générale et contextualisée, à la vue de ce qu'il existe déjà en comparaison avec la littérature et ce qu'il sera envisageable.

#### **6.1.1. Retranscription des entretiens**

Comme mentionné dans la partie « Méthode » ci-dessus, tous les entretiens reprenant l'ensemble des focus groups seront enregistrés. Les verbatims, dans leur intégralité, de chacun des participants seront retranscrits afin d'éviter d'écarter trop rapidement des parties considérées comme « inintéressantes » mais qui se révéleraient pertinentes au fil de l'analyse (106).

Ils seront mis en annexe dans leur intégralité. Dans le corps de texte, il sera retrouvé les extraits les plus pertinents de l'analyse horizontale par thématique. L'utilisation du mode de conjugaison déclaratif sera fortement recommandée.

Le logiciel utilisé sera *Teams* ou *Otter.ai*, des modèles de transcription automatique d'un enregistrement audio en français gratuits. Ils permettront une bonne clarté lors des conversations de groupe et lors de la présence de bruits de fond.

Les fautes d'orthographe ainsi que les erreurs de ponctuation et de syntaxe seront corrigées à la suite par l'étudiant en charge de l'analyse des données de ces focus groups.

Il sera en charge de vérifier l'anonymisation des données et utilisera un code pour les participants (exemple P1, P2...). Il pourra aussi modifier les mauvaises attributions de paroles à chacun des participants.

Pour chacun des entretiens collectifs, le nombre total de participants ainsi que leur composition sera noté. Le nombre de femmes volontaires du quartier de Nantes Nord sera mentionné en apportant une description du profil de chacune et le nombre de professionnels de santé avec leur lieu et spécificité d'activité sera précisé (*Annexes 4 et 4 bis*).

Il sera également retrouvé la durée de l'entretien, la date de réalisation et les conditions d'enregistrement, qui pourront varier d'un groupe à un autre.

### 6.1.2. Thématisation des données

Les données issues des entretiens collectifs seront regroupées par grandes thématiques afin d'identifier les similitudes et les divergences dans les discours des participantes. Les propos recueillis des participantes (verbatim retranscrits) seront classés et codifiés par couleur, comme celles définies dans le guide d'entretien.

Cette conceptualisation, qui n'est autre qu'une construction abstraite visant à rendre compte du réel est une étape primordiale dans la construction de l'analyse (106).

Chaque couleur correspondra à un type de barrière spécifique. Ainsi, la lecture et l'analyse des données seront facilitées et structurées, et la catégorisation des obstacles sera plus claire.

La couleur la plus représentée dans un focus group pourra être considérée comme la plus dominante. A l'inverse, si une couleur n'était pas du tout retrouvée dans un des entretiens, il serait important de regarder si cette absence sera renouvelée dans les autres focus groups. Deux possibilités alors dans ce cas-là, soit il s'agira juste d'une exception soit la tendance sera généralisable à l'autre groupe.

La retranscription et la catégorisation par couleur permettront une bonne analyse comparative des focus groups.

Faire du lien au niveau de l'ensemble des entretiens permettra de mieux comparer et d'observer les possibles convergences / divergences retrouvées dans les focus groups (106).

Rappel des différentes couleurs possibles :

- Le vert sera associé à l'obstacle géographique et temporel.
- Le violet sera associé à l'obstacle financier.
- Le bleu sera associé à l'obstacle en lien avec les croyances et les connaissances.
- Le orange sera associé aux autres obstacles (comme les tabous, les peurs...)
- Le rose sera associé à toutes les notions en lien avec la perception et les attentes des soins.

Afin d'optimiser l'analyse des données, une liste des mots-clés sera établie afin de détecter la répétition des thèmes pertinents. Ils seront répartis par sous-thèmes comme le montre le tableau ci-dessous (Tableau III).

Un mot-clé pourra se décliner avec les mots appartenant à la même famille ou au même champ lexical. Il faudra cependant faire attention aux phrases négatives et à la surinterprétation.

Tableau III – Référenciation des mots-clés de l'analyse

<u>Sous-thèmes</u>	<u>Mots-clés</u>
<b>Général</b>	Obstacle, difficulté, contrainte, renoncement, inégal, équitable.
	Répartition, distance, transport, accessibilité, lieu, territoire, temps, disponibilité, créneaux.
<b>Géographique / Temporel</b>	Coût, dépense, finance, argent, budget, monnaie.
	Financier
<b>Types d'obstacles</b>	Information, croyance, sensibilisation, culture, religion, vêtement.
	Croyances / Connaissances
	Tabou, peur, incompréhension, langage.
<b>Autres</b>	Toucher, attente, communiquer, gêne, pudeur, être à l'aise, ressentir, genre, masculin.
	Perceptions / Attentes des soins

## 6.2. Grille d'analyse des résultats

Une grille d'analyse sera élaborée afin de synthétiser et de catégoriser tous les propos mentionnés par les participantes lors de chacun des entretiens. Sa fonction primaire sera d'être un intermédiaire objectif entre le modérateur et ses résultats (106).

Cette grille permettra une analyse en fonction des éléments présents et non selon les valeurs et les préjugés du modérateur (106). Pour une exigence de rigueur, la même grille sera utilisée systématiquement pour tous les entretiens (106).

Cet outil d'analyse se présentera sous la forme d'un tableau à double entrées.

En effet pour obtenir les meilleurs résultats, les entretiens seront analysés un par un mais les thématiques seront elles aussi analysées en croisant les divers entretiens.

La construction et l'étiquetage de cette grille seront basées sur les grandes lignes du guide d'entretien, en incluant l'introduction et l'ouverture.

*Tableau IV – Grille d'analyse type pour la recherche qualitative*

<b><u>Thématiques</u></b>	<b><u>Entretien N°1</u></b>	<b><u>Entretien N°1 bis</u></b>	<b><u>Entretien N°2</u></b>	<b><u>Entretien N°2 bis</u></b>
<b><u>Introduction</u></b>				
<b><u>Géographique / Temporel</u></b>				
<b><u>Financier</u></b>				
<b><u>Croyances / Connaissances</u></b>				
<b><u>Autres</u></b>				
<b><u>Perceptions / Attentes</u></b>				
<b><u>Ouverture</u></b>				

Les colonnes correspondront à une analyse verticale c'est à dire entretien par entretien.

Les lignes correspondront à une analyse horizontale par sous-thématiques.

Une colonne tout à droite ainsi qu'une ligne tout en bas pourront être rajoutées afin de compter les mots clés retrouvés par entretiens et par thématiques et permettront d'avoir une vision d'ensemble des différents entretiens réalisés.

Chaque entretien se divisera en sous-cases verticales afin de séparer les différents participants.

Tableau V – Sous-type de la grille d’analyse

	Entretien n°1								
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
<b>Financier</b>									

Les entretiens N°1 et N°1 bis correspondront au premier groupe de participantes en prenant en compte l’intervalle temporel entre les deux entretiens. Il en ira de même pour les entretiens N°2 et N°2 bis. Les colonnes seront situées côte à côte afin de suivre la continuité et l’évolution des sujets lors des deux entretiens.

Les paroles des participantes seront directement rapportées entre guillemets dans la grille afin de s’appuyer sur des propos existants. Cela rajoutera du poids à l’étude.

Une distinction entre les professionnels de santé et les participantes (ici les femmes incluses dans l’étude) sera faite. Les paroles des professionnels, si présentes, seront écrites en italique et dans une autre typologie pour permettre une meilleure lecture de la grille d’analyse.

*Ainsi, dans une autre mesure, une analyse de l’écart entre les professionnels et les participantes pourrait être réalisée.*

Tableau VI – Exemple de retranscription et de codage

Contexte	Retranscription
P1 ; 8min40sec	« Non non je suis d’accord avec l’autre dame, ce n’est pas une question d’argent je crois que c’est gratuit. Mais c’est compliqué de trouver un médecin qui travaille le vendredi après-midi et c’est ma seule disponibilité avec les enfants et travail ».
P4 ; 9min01sec	« Si vous aviez le choix dans les créneaux, vous viendriez sans hésitation à un rendez-vous de soins en santé pelvienne ? »

Les focus groups seront codés avec un maximum d’informations pour optimiser la représentativité de l’étude.

Dans la case contexte nous retrouverons le numéro du participant ainsi que le moment de la prise de parole, dans l'ordre chronologique du déroulé de l'entretien. Il sera aussi noté les éléments d'intonations ou les hésitations. Les observations directes telles que la posture, les gestes ou les mimiques seront également prises en note (106).

Enfin, un tableau permettra de synthétiser les réponses ciblant le dernier objectif de l'étude en lien avec les représentations et les pratiques des différents professionnels de santé lorsqu'ils prennent en charge une femme issue d'un quartier prioritaire / précaire (*Tableau VII*).

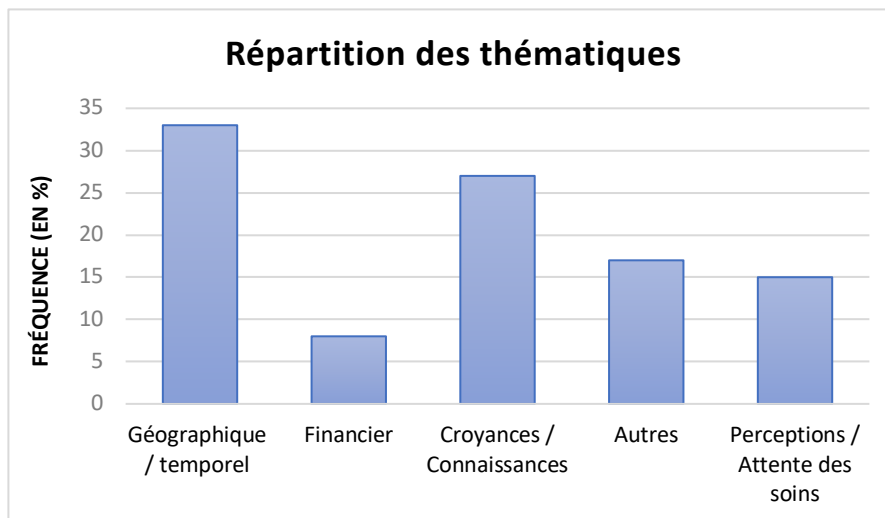
Tableau VII – Exemple de grille pour l'analyse des professionnels

Thématiques	Indicateurs	Verbatim	Interprétation
<b>Connaissances et représentations des patientes</b>	○ Profil des patientes reçues en soin	<i>A compléter</i>	
	○ Représentations sociales et culturelles		
<b>Adaptation des pratiques professionnelles</b>	○ Stratégies	<i>A compléter</i>	
	○ Besoins		
	○ Ressources		

### 6.3. Analyse qualitative statistique

La qualité des interprétations d'une étude est favorisée par une diversité dans le mode de présentation des données (106).

En effet, dans le cas ci-contre, il sera tout à fait adapté de réaliser un graphique, qui regroupera les mots clés de chacune des thématiques (*du Tableau III*).



*Figure 1 – Exemple de graphique issu de la fréquence des mots-clés*

Cette analyse statistique structurale de la fréquence d'une thématique sera cependant insuffisante seule pour « décrypter les significations d'un texte » (106). Cette présentation de données sera donc uniquement visuelle et ne permettra pas d'étudier la manière dont les éléments composants les entretiens collectifs seront agencés (106).

## **7. Discussion**

Les résultats potentiels, en corrélation avec la littérature actuelle, pourront être intriqués les uns dans les autres, complexifiant l'analyse et la réponse aux objectifs de l'étude avec l'aide d'ouvrages scientifiques. Une revue de la littérature met en évidence que les obstacles ne sont pas complètement indépendants et « agissent à des moments différents lors d'un épisode de maladie ou de soins » (107).

### **7.1. Apports théoriques des barrières dans la littérature**

#### **7.1.1. L'accessibilité géographique**

Selon le rapport de la DREES paru en janvier 2019, l'accessibilité géographique aux kinésithérapeutes et aux sages-femmes s'améliore d'environ 2 à 5% (respectivement pour chacune des professions) (108).

Donc les inégalités de répartition géographique semblent diminuer, et ce au sein d'une seule et même commune.

Cependant des inégalités territoriales subsistent, selon le type de commune pour les kinésithérapeutes et sans logique pour les sages-femmes.

L'accessibilité est forte et développée dans les métropoles et grands pôles urbains (Nantes y compris) avec une répartition du centre vers la périphérie importante pour les kinésithérapeutes (108).

Ces deux professions libérales indiquées pour la rééducation pelvi-périnéale représentent un enjeu crucial pour garantir un égal accès aux soins dans les territoires. Et leur accessibilité est en croissance due à un flux important de nouveaux diplômés (108).

Cependant, la littérature récente affirmerait que les dispositifs pour surmonter la barrière géographique de l'accès aux soins s'avèrent inefficaces car « insuffisamment orientés vers les publics et les territoires fragiles » (109).

Dans la littérature, l'obstacle géographique est mentionné de nombreuses fois mais les articles font souvent référence aux déserts médicaux et aux zones considérées comme « sous dotées », ce qui n'est pas le cas de la métropole de Nantes au regard des chiffres les plus récents (2024) (110,111).

#### 7.1.2. La contrainte temporelle

La barrière temporelle est retrouvée dans certaines parties de la littérature mais pas spécifiquement dans le cadre de la rééducation pelvi-périnéale. Cependant, elle expliquerait un recours plus tardif et plus difficile aux professionnels de santé car les femmes seraient occupées par leur quotidien (13). En effet cet obstacle, se traduisant par un manque de temps et une diminution de l'assiduité aux rendez-vous, est retrouvé dans certains articles de la littérature (112).

### 7.1.3. La barrière financière

Ce même rapport du Haut Conseil à l'Égalité souligne le manque de moyens financiers qui constituerait une des premières causes de renoncement aux soins (13). Mais comme pour la barrière précédente, les soins décrits ici ne sont pas exclusivement ceux en lien avec la santé pelvienne de la femme.

Bien qu'incluant la santé de la femme en général, ils englobent tous les soins y compris ceux qui ne sont pas remboursés par la sécurité sociale et ceux qui restent à la charge des patientes ainsi que les dépassements d'honoraires (pour les médecins généralistes et les spécialités de médecine principalement). *Ce qui ne correspond normalement pas aux tarifs appliqués par les professionnels de la rééducation pelvi-périnéale conventionnés à la sécurité sociale.*

Le manque de moyens financiers dans l'accès aux soins de rééducation pelvi-périnéale est aussi principalement retrouvé dans les pays d'Amérique du Nord (Canada par exemple), dans lesquels les systèmes de santé sont différents du système français (112).

### 7.1.4. L'impact de la culture et des connaissances

Dans la littérature, il est possible de retrouver des articles évoquant l'impact des croyances et des connaissances des patientes sur leur accès aux soins.

Il a été conclu dans une étude que 1/3 des femmes présentant un trouble du plancher pelvien (dans sa globalité) ne consultait pas car leurs connaissances étaient mauvaises / faussées (113). Elles pensaient que leur dysfonctions étaient normales avec l'âge qui avançait (113).

Une autre étude avec une méthodologie similaire conclut elle aussi à la nécessité d'adapter les soins à la culture et au comportement des femmes prises en charge (23).

Le dossier rédigé par le Collège National des Sages-Femmes (CNSF) en 2014 appuie ce manque et l'importance des connaissances théoriques, sous-entendu les bases en anatomie comme en physiologie, pour optimiser les prises en charge en santé pelvienne (114).

Il est également ressenti et retrouvé un manque d'information et de sensibilisation de la part des professionnels de santé (comme les médecins par exemple) (112).

#### 7.1.5. Les difficultés de langage

La barrière de la langue, à l'échelle individuelle du patient, représente une contrainte majeure pour les personnes issues de l'immigration.

Cette barrière s'accroît davantage pour les femmes réfugiées / migrantes (115). Leurs difficultés de compréhension se compensent par la présence d'un interprète.

Mais ce dernier ne maîtrise pas forcément le vocabulaire et les termes spécifiques du champ de la santé. (On parle alors de barrière à l'échelle interpersonnelle). Cette difficulté de compréhension semblerait nuire pour débiter et poursuivre les soins en santé pelvienne (115).

### 7.2. Les solutions et les leviers retrouvés dans la littérature

Plusieurs types et modalités de solutions sont retrouvés dans la littérature (*plus ou moins récente et plus ou moins applicable à l'échelle de cette étude*).

En ce qui concerne la communication et la relation avec les patientes, il serait recommandé de diviser la consultation en deux temps, dont le premier servirait uniquement à établir une relation et le deuxième pour aborder les sujets plus sensibles et effectuer l'examen clinique physique (112). L'utilisation de supports visuels et simplifiés (type graphiques, documents courts et hiérarchisés) semblerait également être un bon levier (116) (115).

Enfin, augmenter le nombre d'interprètes féminines et effectuer une première rencontre en amont permettrait d'instaurer la confiance chez les femmes ne maîtrisant pas le langage national (115).

Sur la thématique des professionnels de santé, la formation à la communication interculturelle et à la santé communautaire ainsi que l'adoption d'une approche multidisciplinaire (via des groupes de travail en MSP ou en CPTS) sembleraient être un bon complément selon la littérature (13).

*Ces notions seront détaillées plus en détails dans la partie « Perspectives ».*

Poursuivre et intensifier les campagnes de dépistage et de prévention dans tous les quartiers ainsi qu'intégrer les spécificités des femmes précaires dans les politiques de santé publique sont également des notions clés, et ce, dans tous les domaines de la santé (13).

Concernant la barrière de l'accès géographique aux soins, le développement de consultations mobiles ou délocalisées dans les quartiers prioritaires, ainsi que la promotion des structures coordonnées de proximité (type SECPA, MSP) sont des exemples de solutions intéressantes (117).

Enfin, pour conclure sur les solutions retrouvées dans la littérature, il est retrouvé la création de réseaux de patientes (pour le soutien et l'échange) ainsi que le renfort des actions et des initiatives locales (comme les ateliers santé ville ou les agendas 21)(118) (119).

### **7.3. Les limites de l'étude**

#### ***7.3.1. Limite : Méthode de recherche en focus group***

Ce protocole présentera des limites de natures différentes.

Premièrement d'un point de vue méthodologique, des limites seront à admettre.

En effet, l'échantillon, qui contiendra au total vingt personnes (n=20 en comptant le modérateur) ne sera peut-être pas représentatif de la population générale étudiée car comme mentionné dans le cadre conceptuel, ce quartier prioritaire de la ville abrite plus de 8 000 personnes au total (20). Cette non représentativité pourra concerner tous les participants, aussi bien les femmes résidentes dans le quartier que les praticiens exerçants à Nantes Nord.

De plus, les professionnels de santé seront sûrement issus du même cabinet ou du même réseau de soin ce qui appuiera ce biais de non représentativité.

De ce fait, les thématiques et les conclusions retrouvées ne pourront pas s'appliquer à d'autres populations ou à d'autres contextes. Les résultats de cette zone définie ne seront sûrement pas généralisable à un autre territoire.

Ce protocole produira également, indirectement, certains biais. Il se pourrait que les participantes aux entretiens soient des femmes déjà sensibilisées, qui ont connaissance et conscience du parcours de soins en lien avec leur santé pelvienne, alors que les femmes les plus marginalisées ou précaires ne seront pas forcément actrices dans cette étude.

Enfin, si le temps de parole ou l'attitude et les manières de procéder du modérateur ne seront pas corrects, les données recueillies seront biaisées et non représentatives.

Ces biais d'échantillonnage, de sélection et de modération sont liés à la technique de focus group et seront donc présents dans cette étude (93).

Les entretiens collectifs pourront aussi entraîner un biais de conformisme ou de désirabilité sociale lorsque chacune des participantes exprimera son avis. En effet, dans un groupe, certaines personnes pourront être influencées par les opinions dominantes et cela faussera la spontanéité des réponses aux questions.

Il sera également important de notifier l'impossibilité de réaliser un focus group « complet ». C'est-à-dire, selon Mason, jusqu'à saturation des données, sans nouvelles informations rapportées et jusqu'à obtention de répétitions dans les données (120).

Dans cette étude, le nombre d'entretiens collectifs ainsi que le nombre de participants seront sûrement insuffisants pour atteindre cette saturation.

### 7.3.2. Limite : Culturelle et éthique

Un deuxième point important concernera les limites culturelles et éthiques des participantes.

En effet, il se pourrait que les barrières culturelles ou linguistiques limitent la participation de certaines femmes aux entretiens. Ce qui impactera la diversité des profils présents dans l'étude, alors que cette diversité est réellement présente dans le quartier étudié.

Ces barrières pourront influencer d'une autre manière sur la dynamique du groupe lors des échanges.

Ces entretiens, sous forme collective, pourront également compromettre la confidentialité de certaines informations considérées comme sensibles pour les participants. Certaines participantes, malgré les règles et la chartre de bienveillance, pourront ressentir une peur du jugement de leur propos et limiteront leur temps d'expression. La qualité des discussions pourrait donc être mise à l'épreuve lorsque des participantes de cultures différentes échangeront sur des sujets intimes liés à la santé pelvi-périnéale.

Par ailleurs, il sera essentiel de traiter la question du consentement éclairé avec attention. Il sera possible que certaines femmes ne comprennent pas les buts de la recherche et / ou les implications de leur engagement dans leur intégralité. Ce qui posera des enjeux éthiques à prendre en considération.

### 7.3.3. Limite : Analyse des focus groups

L'analyse de données qualitatives générera des précautions à prendre de la part du modérateur.

En effet, l'interprétation des résultats se devra d'être la plus objective. Les propos des participantes recueillis ne devront pas être influencés par les opinions ou les attentes du modérateur.

Malgré l'utilisation de la grille, il faudra veiller à ce que l'analyse ne soit pas « opérateur-dépendant » (ou « modérateur-dépendant ici).

En outre, cette quantité de données recueillies pourrait être élevée et entraîner des difficultés d'analyse et d'organisation. La conséquence de ce gros volume de données qualitatives sera une négligence de certaines informations.

### 7.3.4. Autres limites : Protocole en général

Pour conclure le chapitre des limites potentielles de cette étude, la diversité des objectifs secondaires pourrait sembler ambitieuse. Cela pourrait avoir pour conséquence une limitation de la profondeur de l'analyse sur chacun des points.

La contrainte temporelle pourra également se révéler comme une limite potentielle de ce protocole. (De par l'exigence de régularité dans la réalisation des entretiens).

Enfin, concernant les obstacles et les leviers identifiés, ces derniers ne seront pas fixes et pourront potentiellement évoluer dans le temps en fonction du contexte local.

La hiérarchisation de ces obstacles pourrait elle aussi être difficile à identifier car les barrières aux soins sont souvent interconnectées entre elles.

Mais le biais le plus présent en lien avec les barrières dans le soin sera surtout le biais cognitif de sélection de ces obstacles (*retrouvé dans la trame du guide d'entretien et dans la catégorisation des mots-clés*).

#### 7.3.5. Autre limite : Comparaison de l'étude

Peu de littérature ou d'études similaires existent sur le sujet de l'accès aux soins en rééducation pelvi-périnéale localisé dans un quartier prioritaire d'une métropole. Actuellement, le niveau de comparaison et d'objectivité concernant les potentiels résultats obtenus est faible.

#### 7.3.6. Conclusion des limites

En résumé de cette partie, des limites réelles et potentielles seront présentes mais cette étude apportera tout de même une contribution importante pour comprendre les obstacles à l'accès aux soins. Ces limites, de natures diverses, ne remettront pas en cause la pertinence de l'étude. Cependant, leur présence soulignera la nécessité d'interpréter prudemment les résultats et de compléter par d'autres recherches *si l'objectif est une généralisation*.

### **7.4. Perspectives de l'étude**

#### 7.4.1. Perspectives relatives aux objectifs de l'étude

Au regard des objectifs de l'étude, des perspectives pourront se dégager.

Tout d'abord, les résultats de cette étude contribueront à la ressource littéraire et affineront certainement les connaissances sur les inégalités sociales de santé et l'accès aux soins de rééducation pelvi-périnéale. Les connaissances apportées toucheront à la fois les femmes issues du quartier prioritaire mais également les professionnels de santé et du social.

Pour rappel, les objectifs secondaires ont également pour but d'identifier l'obstacle ou la barrière le plus fréquemment retrouvé, de s'intéresser aux perceptions de ces femmes et de réfléchir aux stratégies possibles pour lutter contre ce nonaccès aux soins.

De ces objectifs pourront découler des perspectives telles qu'une optimisation du parcours de soins en santé pelvienne de la patiente ainsi qu'une identification des profils de personnes qui semblent les plus à risque de développer ce nonaccès aux soins dans une logique de réduction des inégalités sociales de santé.

Pour terminer, les résultats et les stratégies évoquées pourront être mis en lien avec la politique de santé de la Maison de Santé Pluridisciplinaire du quartier et pourront aboutir à la rédaction d'un protocole soumis aux Accords Conventionnels Interprofessionnels pour cette maison de santé. (ACI = Rémunération de la part de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie). Ou à plus grande échelle, avec le plan local d'un quartier ou d'une commune.

Ici le territoire concerné est situé au Nord de Nantes et s'accorderait avec un des axes de la politique de santé de Nantes Métropole : « Favoriser l'accès aux soins en rendant le territoire plus accueillant pour les acteurs de la santé et l'offre plus accessible pour les usagers » (35).

#### 7.4.2. Perspectives méthodologiques

D'un point de vue méthodologique, plusieurs perspectives seront à considérer. Cette étude serait davantage pertinente à plus grande échelle, en incluant un plus grand nombre de participantes dans l'échantillon de la population.

Ou bien encore en vérifiant la diversité des profils des participantes afin de couvrir toutes les thématiques lors des focus groups.

Concernant le recrutement des participantes dans l'étude, il pourrait être davantage élargi afin de cibler un maximum de la population de ce quartier et d'inclure les personnes réellement à la marge du système de santé. Un outil pertinent pour pallier à ça pourrait être un message diffusé à toutes les femmes résidant dans ce quartier prioritaire et inscrites dans le système de santé mais cela nécessiterait du temps et beaucoup d'anticipation. Le recrutement et la présence d'un (-e) interprète serait une réelle plus-value pour augmenter la représentativité.

Enfin, une étude similaire sur une population masculine pourrait être intéressante afin d'évaluer et de comparer les données recueillies. Cependant, la méconnaissance de ces prises en charge limiterait grandement le recrutement de ces personnes dans une étude comme celle-ci.

#### 7.4.3. Perspectives pour les professionnels

De cette étude découleront aussi quelques perspectives relatives aux professionnels de santé intégrés dans les entretiens. En lien avec la dernière partie et les dernières thématiques du guide d'entretien, une évolution de la formation et / ou des relations entre les différents professionnels pourrait être soutenue.

En effet, une proposition de formation et d'accompagnement sur les questions de l'inclusion et de la santé communautaire pourrait se mettre en place afin d'optimiser la prise en charge des patients en rééducation pelvi-périnéale issus de quartiers prioritaires (mais pas que) (121).

La mise en place et la généralisation d'une approche davantage holistique dans ce type de soin serait pertinente à développer afin de comprendre les individus dans leur intégralité et non selon seulement le symptôme de leur maladie (référence et lien avec la Classification Internationale du Fonctionnement)(122) .

Il serait également intéressant d'appuyer sur le rôle d'éducateur en santé publique du professionnel de santé dans les domaines de la prévention et du dépistage (compétence 3 du métier de Masseur-Kinésithérapeute par exemple) (123).

Enfin, la mise en relation interprofessionnelle et la connaissance de chacun des corps de métiers seront essentielles dans ce domaine de la santé.

## **8. Conclusion générale**

Ce travail s'inscrit dans une démarche exploratoire centrée sur les inégalités sociales de santé, en particulier dans le contexte de rééducation pelvi-périnéale au sein d'un quartier prioritaire de Nantes. La mise en confrontation des déterminants sociaux de la santé et des obstacles rencontrés par les patients mettra en évidence la complexité des parcours de soins dans des contextes marqués par la précarité.

L'égal accès aux soins est un enjeu majeur des politiques de santé. Cependant, pour permettre cette égalité, il est nécessaire de comprendre les obstacles, les besoins et les attentes des populations ciblées et d'inclure ces mêmes personnes dans l'élaboration de projets ou de solutions pour y remédier.

Les résultats et les apports sociaux de cette étude impacteront tous les participants sans exception. L'objectif final sera de prodiguer et de donner accès aux soins de la même façon à toutes les femmes lors de leurs prises en charge en santé pelvienne mais pas uniquement (objectif global des inégalités sociales de santé et des populations dans la précarité).

Les professionnels apprendront, approfondiront certaines notions, aborderont différemment les questions de cultures et de religions et s'ouvriront sur le monde et ses différences afin de devenir un meilleur professionnel de demain.

*Ce qui soulignera l'importance de communiquer les résultats de cette étude à tous les professionnels de santé de ce territoire.*

Enfin, le format choisi de focus groups favorisera les témoignages et mettra en lumière des aspects peu visibles dans les approches quantitatives.

La méthode qualitative utilisée dans cette étude permettra de valoriser les paroles de femmes issues de quartiers prioritaires et d'enrichir l'analyse des inégalités sociales de santé par une approche ancrée dans le vécu social.

## **9. Ouverture et poursuite de l'étude**

Cette réflexion conceptuelle et contextuelle offre une base solide pour la mise en œuvre d'un protocole de recherche.

Ce protocole sera mis en application dans son intégralité à partir de l'été 2025 par une collègue étudiante de l'Institut de Formation de Nantes et permettra l'analyse des résultats afin de répondre aux objectifs de cette étude.

Cette étude aboutira et se terminera par la mise en place d'ateliers sur la thématique de la santé pelvienne de la femme au sein de la Maison de santé de Nantes Nord en fonction des propos recueillis, des attentes des patientes et des résultats obtenus.

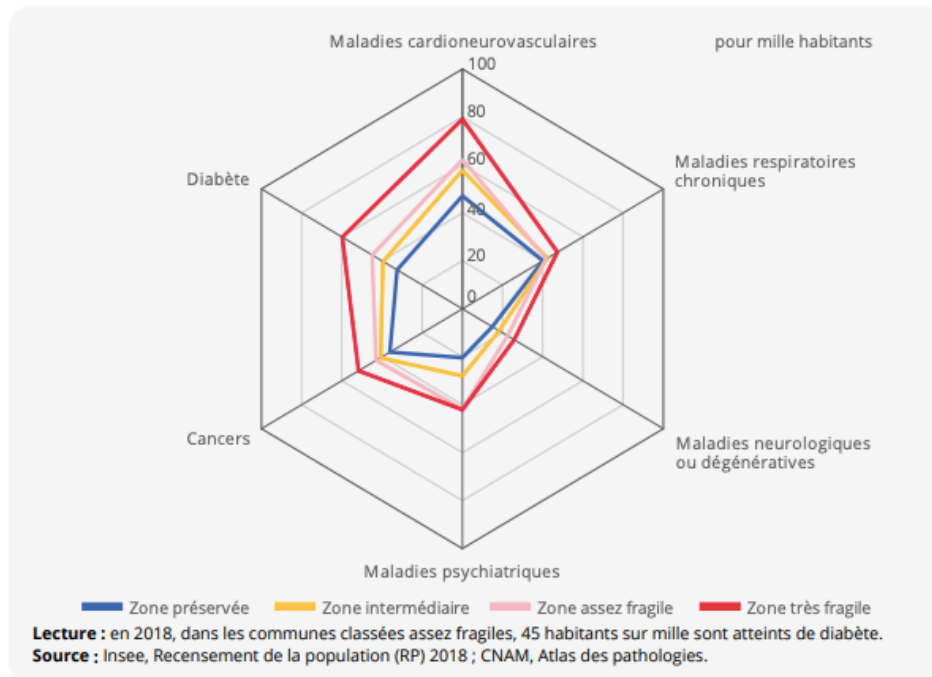
**Table des matières – Illustrations et Annexes**

<i>Tableau I – Caractéristiques communes des participantes</i>	<i>25</i>
<i>Tableau II – Caractéristiques communes des professionnels</i>	<i>27</i>
<i>Tableau III – Référenciation des mots-clés de l’analyse</i>	<i>43</i>
<i>Tableau IV – Grille d’analyse type pour la recherche qualitative</i>	<i>44</i>
<i>Tableau V – Sous-type de la grille d’analyse</i>	<i>45</i>
<i>Tableau VI – Exemple de retranscription et de codage</i>	<i>45</i>
<i>Tableau VII – Exemple de grille pour l’analyse des professionnels</i>	<i>46</i>
<i>Figure 1 – Exemple de graphique issu de la fréquence des mots-clés</i>	<i>47</i>
<i>Annexe n°1 : Diagramme en étoile de la part de la population atteinte d’une pathologie selon le niveau de fragilité de la commune</i>	<i>I</i>
<i>Annexe n°2 : Organigramme du gradient social de santé, données issues de Lang.T &amp; al</i>	<i>II</i>
<i>Annexe n°3 : Les déterminants sociaux de la santé – Modèle de Whitehead et Dahlgren</i>	<i>III</i>
<i>Annexe n°4 : Fiche de profil des participantes</i>	<i>IV</i>
<i>Annexe n°4 bis : Fiche de profil des professionnels</i>	<i>IV</i>
<i>Annexe n°5 : Courrier de confirmation</i>	<i>V</i>
<i>Annexe n°6 : Structure du guide d’entretien – Approche qualitative phénoménologique (1/2)</i>	<i>VI</i>
<i>Annexe n°6 : Structure du guide d’entretien – Approche qualitative phénoménologique (2/2)</i>	<i>VII</i>

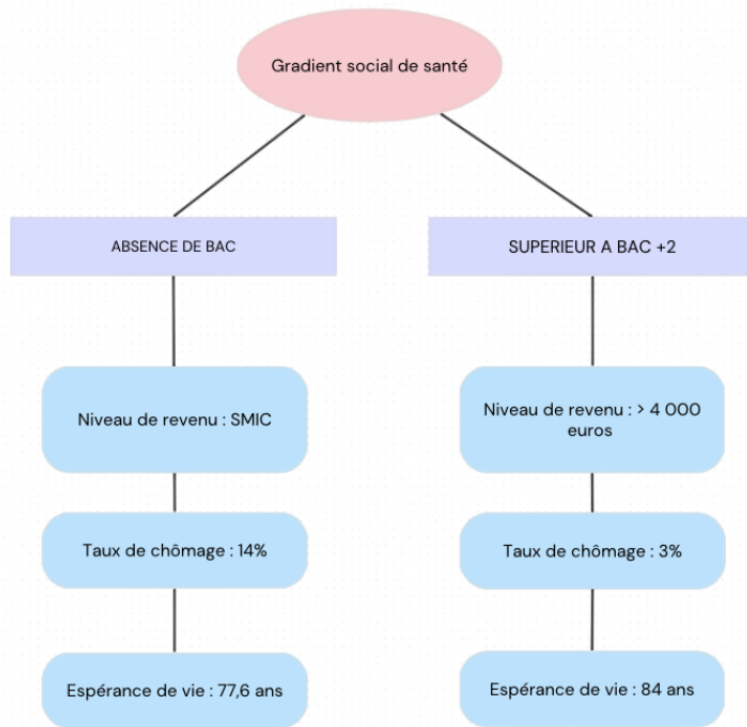


Annexe n°1 : Diagramme en étoile de la part de la population atteinte d'une pathologie selon le niveau de fragilité de la commune

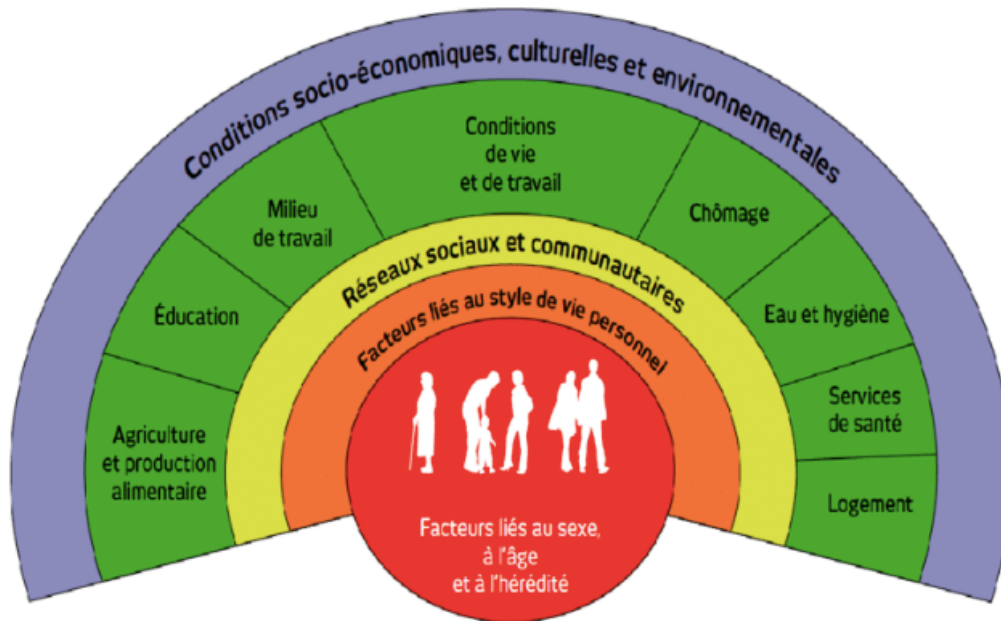
► 1. Part de population atteinte de pathologies selon le niveau de fragilités de la commune de résidence dans les Pays de la Loire



Annexe n°2 : Organigramme du gradient social de santé, données issues de Lang.T & al



Annexe n°3 : Les déterminants sociaux de la santé – Modèle de Whitehead et Dahlgren



Annexe n°4 : Fiche de profil des participantes

**Numéro de participante - Numéro du focus group**

**Profil :**

- Age :
- Situation familiale :
- Situation professionnelle :
- Années de résidence dans le quartier :
  
- Connaissance en santé pelvienne de 0 à 5 (0 = aucune et 5 = beaucoup de connaissances) :
  
- Motivation pour l'étude :



Annexe n°4 bis : Fiche de profil des professionnels

**Numéro du professionnel - Numéro du focus group**

**Profil :**

- Sexe :
- Tranche d'âge :
- Corps de métier :
- Spécialisation :
- Lieu d'exercice :
- Expériences :
- Formations complémentaires :



Annexe n°5 : Courrier de confirmation (version française)

**Courrier de confirmation**

**Objet** : Confirmation de participation à l'étude sur les inégalités sociales de santé dans l'accès aux soins de rééducation pelvi-périnéale.

Madame,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre étude. En effet, cette étude s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de fin de cursus en kinésithérapie et vise à mieux comprendre les difficultés rencontrées par les femmes résidant dans le quartier de Nantes Nord pour accéder aux soins de rééducation pelvi-périnéale.

En explorant vos connaissances et vos perceptions sur cette thématique, nous identifierons les obstacles et essaierons de proposer des stratégies pour répondre au mieux à vos besoins en termes de rééducation pelvi-périnéale.

**DEROULE de l'étude :**

Votre présence est attendue le (date et heure) et le (date et heure) à la maison de santé de Nantes Nord pour réaliser les entretiens collectifs. Chacun des entretiens durera environ 1h30 et l'intégralité des échanges seront enregistrés.

Cette étude est sur la base du volontariat et les informations recueillies seront anonymes.

Nous vous remercions pour votre contribution à cette étude et votre engagement.

Pour toutes questions ou informations complémentaires, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse suivante : [prénom.nom@ifm3r.eu](mailto:prénom.nom@ifm3r.eu).

Cordialement,

NOM Prénom

Étudiante en kinésithérapie à l'Institut de Formation de Nantes (IFM3R)

Annexe n°6 : Structure du guide d'entretien – Approche qualitative phénoménologique (1/2)

**Première partie :**

- **Introduction**

Présentation

Expliquer brièvement le cadre de notre étude et le but de l'entretien collectif. Mettre en relief que les réponses apportées serviront sûrement à faire avancer certains points en santé.

Instaurer les règles de parole : confidentialité respectée, non jugement, aucune obligation de répondre à toutes les questions, possibilité de quitter le groupe de discussion pour une raison personnelle ou autre.

- **Les soins en santé pelvienne**

Savoir ce qu'elles connaissent des professions de kinésithérapeutes, sages-femmes, médecins et des soins que l'on y fait.

Présentation des motifs de prise en charge (qu'elles ont vécu, elles-mêmes ou leur proche, ou ce qu'elles en savent).

Abord de la rééducation pelvi-périnéale (en kinésithérapie et / ou en maïeutique) et état des lieux des connaissances de ces femmes.

**Deuxième partie :**

- **Intégration de la notion d'obstacles**

Difficultés d'accès aux soins de kinésithérapie ? Notions à développer par les participantes.

Si elles ont déjà renoncé à un soin ? Raison si possible.

- **Premier obstacle : géographique et temporel**

En lien avec le quartier : La répartition des professionnels de santé est-elle équitable sur ce territoire ?

En lien avec les structures de soins disponibles : Jugez-vous suffisant le nombre de lieux (cabinets privés ou centres de soins) pouvant vous accueillir pour un motif de consultation concernant votre santé pelvienne ?

Accessibilité, transport : Ces endroits sont-ils desservis par les transports en commun du réseau de Nantes ?

Les participantes savent-elles comment chercher un professionnel de santé spécialisé en santé pelvienne ? *Site internet, Doctolib, annonce, réseau...*

Temporel : Faible disponibilité

- **Deuxième obstacle : financier**

Influence des coûts des actes de kinésithérapie sur l'accès aux soins : potentiels coûts des actes de kinésithérapie, part des dépenses de santé de la femme sur le budget total d'une femme ou d'une famille.

- **Troisième obstacle : croyance / connaissance**

Ce qu'elles pensent de la prise en charge MK, l'influence que cela peut avoir sur leur santé, questionnement sur leurs comportements en santé.

Accès aux connaissances sur la santé de la femme : site internet, revue, de la part des professionnels de santé directement.

*Annexe n°6 : Structure du guide d'entretien – Approche qualitative phénoménologique (2/2)*

- **Quatrième : autre**

Tabous de certains sujets, contexte de prise en charge qui leur pose problème.

Peur de l'incompréhension de la part des professionnels de santé ?

Compréhension / langage qui peut devenir un obstacle aux soins.

**Troisième partie :**

- **Perception des soins**

Attentes des patients concernant les soins et attentes concernant le professionnel de santé en général (manière de communiquer, toucher, émotions...)

Notions de gêne et de pudeur lors des soins en santé pelvienne, genre du professionnel de santé.

- **Ouverture**

Connaissance des associations et des cercles d'entraides.

Trois questionnements ouverts pour terminer :

Quelles sont les solutions possibles pour améliorer l'accès aux soins de kinésithérapie au sein de ce quartier ?

Comment améliorer les méthodes et outils de communication en santé pelvienne ?

Comment expliqueriez-vous qu'autant de femmes, encore aujourd'hui, sont victimes des inégalités sociales de santé ?

**BIBLIOGRAPHIE :**

1. UNDP [Internet]. Objectifs de développement. Disponible sur: <https://www.undp.org/fr/sustainable-development-goals>
2. World Health Organization (WHO) [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr>
3. CNCDH. Avis sur les inégalités sociales de santé (A - 2022 - 1) [Internet]. Disponible sur: <https://www.cncdh.fr/publications/avis-sur-les-inegalites-sociales-de-sante-2022-1>
4. CREDOC. Les inégalités territoriales de santé Une approche des bassins de santé [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.credoc.fr/publications/les-inegalites-territoriales-de-sante-une-approche-des-bassins-de-sante>
5. Santé Publique France. Les inégalités sociales et territoriales de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>
6. INSEE. Panorama de la pauvreté dans les Pays de la Loire : une diversité de situations individuelles et territoriales - Insee Dossier Pays de la Loire - 12 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7679646>
7. Santé Publique France. Maladies cardiovasculaires et accident vasculaire cérébral [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral>
8. Santé Publique France. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/inegalites-sociales-de-sante-des-determinants-multiples>
9. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Indicateurs de suivi des inégalités sociales de santé [Internet]. Paris: HCSP; 2013 juin. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=360>
10. World Health Organization (WHO). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>
11. Institute for Healthcare Improvement. Comprendre les déterminants sociaux de la santé [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.ihl.org/fr/insights/making-sense-social-determinants-health>
12. Martinache I. Roland Pfefferkorn, Inégalités et rapports sociaux. Rapports de classes, rapports de sexes. Lectures [Internet]. 7 déc 2007. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/491>

13. Ministère de l'Égalité Femmes-Hommes. La santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/la-sante-et-lacces-aux-soins-une-urgence-pour-les-femmes-en-situation-de-precarite>
14. INSEE. Panorama de la pauvreté dans les Pays de la Loire : une diversité de situations individuelles et territoriales - Insee Dossier Pays de la Loire - 12 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7679646>
15. REZONE CPTS. Cartographie des CPTS [Internet]. Disponible sur: <http://rezone.ameli.fr/rezone/cartocpts.html>
16. Annuaire IPPP. 120 Kinésithérapeutes à proximité de Nantes [Internet]. Disponible sur: <https://annuaire.ipp.fr/annuaire/villes/nantes>
17. Annuaire Santé Ameli. Sage-femme Nantes (44) - Professionnels de santé [Internet]. Disponible sur: <https://annuaire.sante.ameli.fr/trouver-un-professionnel-de-sante/sage-femme/44-loire-atlantique-nantes>
18. Annuaire Santé Ameli. Gynécologues / Obstétricien Nantes (44) - Professionnels de santé [Internet]. Disponible sur: <https://annuaire.sante.ameli.fr/trouver-un-professionnel-de-sante/gynecologues-obstetrien/44-loire-atlantique-nantes>
19. Erwan. Nantes, Manque de généralistes : SOS médecins surchargé. *Infos Nantes* [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.infos-nantes.fr/nantes-manque-de-generalistes-sos-medecins-surcharge/>
20. Nantes Métropole. Quartier prioritaire Nantes Nord, politique de la ville [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.contrat-ville-agglomantaise.fr/les-quartiers/nantes-nord/>
21. INSEE. En 2021, les inégalités et la pauvreté augmentent - Insee Première - 1973 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7710966>
22. ORS Pays de la Loire. Inégalités de santé à Nantes Métropole [Internet]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/la-sante-des-habitants-de-nantes-metropole-3-inegalites-sociales-de-sante>
23. Aleshire ME, Adegboyega A, Escontrías OA, Edward J, Hatcher J. Access to Care as a Barrier to Mammography for Black Women. *Policy Polit Nurs Pract.* févr 2021;22(1):28-40.
24. Sécurité sociale. Site officiel [Internet]. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/accueil>
25. Éven A. L'avenir du financement de la protection santé. *Hegel* [Internet]. 2013;3(3):212a-213. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/revue-hegel-2013-3-page-212a>

26. INA. Sécurité sociale - Naissance et évolution de la Sécurité Sociale [Internet]. Disponible sur: <http://fresques.ina.fr/securite-sociale/parcours/0002/naissance-et-evolution-de-la-securite-sociale.html>
27. Santana L. L'accès aux soins des femmes des quartiers politique de la ville : un parcours semé d'embûches. Cah Dév Soc Urbain [Internet]. 2022;76(2):16-7. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-cahiers-du-developpement-social-urbain-2022-2-page-16>
28. Jusot F. La complémentaire santé : une source d'inégalités face à la santé ? Trib Santé [Internet]. 15 juill 2014;43(2):69-78. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-2-page-69>
29. ORS Pays de la Loire. Santé des habitants de Nantes Métropole 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/nos-activites/sante-des-habitants-de-nantes-metropole-2023>
30. DREES. La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Édition 2024 | [Internet]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240710\\_Panorama\\_ComplementaireSante2024](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240710_Panorama_ComplementaireSante2024)
31. Article 51 - LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000036339172](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000036339172)
32. ARS. Le projet régional de santé [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-15>
33. Bennamari Y, Boudrahem S. Le kinésithérapeute face aux inégalités de santé des populations précaires en France : étude analytique, qualitative et quantitative sur l'apport du masso-kinésithérapeute dans la prise en charge des populations les plus précaires dans les PASS (permanence d'accès aux soins et à la santé). Kinésithérapie Rev [Internet]. 1 mars 2023;23(255):14-5. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012322003850>
34. Grassineau D, Saint-Val T, Mechali D, Astre H, Georges-Tarragano C. Les PASS médico-sociales : véritables laboratoires d'une médecine plus intégrative. In: Soigner (l')humain [Internet]. Presses de l'EHESP; 2015. p. 195-221. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/soigner-l-humain--9782810903962-page-195>
35. ARS Pays de la Loire. Contrat local de santé de la ville de Nantes [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/contrat-local-de-sante-de-la-ville-de-nantes>
36. CHU de Nantes. Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/consultation-jean-guillon-pass>

37. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Site officiel [Internet]. 2024. Disponible sur: <http://sante.gouv.fr/>
38. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan d'action 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles [Internet]. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2018. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_4000\\_maison\\_sante\\_2020.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_4000_maison_sante_2020.pdf)
39. Tsai E, Allen P, Saliba LF, Brownson RC. The power of partnerships: state public health department multisector collaborations in major chronic disease programme areas in the United States. *Health Res Policy Syst* [Internet]. 8 juill 2022;20(1):80. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00765-3>
40. Ford JA, Gkiouleka A, Kuhn I, Sowden S, Head F, Siersbaek R, et al. Reducing health inequalities through general practice: protocol for a realist review (EQUALISE). *BMJ Open* [Internet]. 1 juin 2021;11(6):e052746. Disponible sur: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/6/e052746>
41. ARS. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
42. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
43. Rist S, Rogez R. Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale. *Trib Santé* [Internet]. 8 mai 2020;63(1):51-5. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-1-page-51>
44. CPTS Pays de la Loire. Liste des CPTS [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://cpts-pdl.org/liste-des-cpts/>
45. Oliveira AD, Chavannes B, Steinecker M, Denantes M, Chastang J, Ibanez G. How French general practitioners adapt their care to patients with social difficulties? *Fam Med Community Health* [Internet]. 3 nov 2019;7(4). Disponible sur: <https://fmch.bmj.com/content/7/4/e000044>
46. Nantes Métropole. Casse Ta Routine [Internet]. Disponible sur: <https://metropole.nantes.fr/infonantes/association/15777-casse-ta-routine>
47. CHU de Nantes. Unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale (Ugomps) [Internet]. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/unite-de-gynecologie-obstetrique-medico-psycho-sociale-ugomps>
48. Nantes Métropole. L'engagement associatif [Internet]. Disponible sur: <https://metropole.nantes.fr/participer/participation-citoyenne/engagement-associatif>

49. Santé participative. La santé communautaire au cœur de la démarche participative [Internet]. Disponible sur: [https://www.sante-participative.org/sant\\_communautaire](https://www.sante-participative.org/sant_communautaire)
50. Ministère de la Santé. Étude sur la santé communautaire [Internet]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude\\_Planete\\_publique\\_05\\_Sante\\_communautaire.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publique_05_Sante_communautaire.pdf)
51. Seward N, Hanlon C, Hinrichs-Kraples S, Lund C, Murdoch J, Taylor Salisbury T, et al. A guide to systems-level, participatory, theory-informed implementation research in global health. *BMJ Glob Health*. déc 2021;6(12):e005365.
52. Duarte V. Obstacle épistémologique et inconscient scientifique. 2001. Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/cgbac\\_1292-2765\\_2001\\_num\\_4\\_1\\_946](https://www.persee.fr/doc/cgbac_1292-2765_2001_num_4_1_946)
53. OQLF. Obstacle social [Internet]. Disponible sur: <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/17055134/obstacle-social>
54. ORS Pays de la Loire. Baromètre de Santé publique France [Internet]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/nos-activites/barometre-de-sante-publique-France>
55. Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes. Code de déontologie [Internet]. Disponible sur: <https://deontologie.ordremk.fr/>
56. Code de la santé publique. Article R4321-98 [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042795540](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042795540)
57. Annuaire Sanitaire et Social. Hôpitaux / Cliniques Nantes (44000) : 14 établissements [Internet]. Disponible sur: <https://www.sanitaire-social.com/annuaire-etablissements-de-sante/hopitaux-cliniques/liste-nantes-44000>
58. Chambaud L. Accès aux soins : éléments de cadrage. Regards [Internet]. 11 sept 2018;53(1):19-28. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-19>
59. Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Trib Santé* [Internet]. 2005;8(3):31-9. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2005-3-page-31>
60. Haute Autorité de Santé (HAS). Axe : Projet de santé et accès aux soins. [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1757251/fr/axe-projet-de-sante-et-acces-aux-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757251/fr/axe-projet-de-sante-et-acces-aux-soins)
61. WMA - The World Medical Association-Droit à la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.wma.net/fr/ce-que-nous-faisons/droits-humains/droit-a-la-sante/>
62. Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Trib Santé* [Internet]. 2005;8(3):31-9. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2005-3-page-31>

63. Andrew MK. Le capital social et la santé des personnes âgées. *Retraite Société* [Internet]. 2005;46(3):131-45. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2005-3-page-131>
64. SHS Cairn.info. Les Cahiers du Développement Social Urbain 2022/2 (N° 76). [Internet]. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-cahiers-du-developpement-social-urbain-2022-2>
65. McAnally K, Hagger MS. Health literacy, social cognition constructs, and health behaviors and outcomes: A meta-analysis. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* avr 2023;42(4):213-34.
66. Breuil-Genier S. L'origine sociale des professionnels de santé. 2006.
67. Gamé X, Piollet-Calmette I, Descazeaud A, Hermieu JF, Fatton B, Paillaud E, et al. Enquête miroir auprès de patients et de professionnels de santé portant sur l'incontinence urinaire par urgenturie ou mixte. *Prog En Urol* [Internet]. 1 oct 2021;31(12):747-54. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1166708721000245>
68. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. « Opening a can of worms »: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract.* oct 2004;21(5):528-36.
69. Le Brun M, Godard D, Camps L, Gomes de Pinho Q, Benyamine A, Granel B. La littératie en santé : définition, outils d'évaluation, état des lieux en Europe, conséquences pour la santé et moyens disponibles pour l'améliorer. *Rev Médecine Interne* [Internet]. 10 juill 2024. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866324006738>
70. Gondim E JL, Moreira MA, Lima AC, de Aquino P de S, do Nascimento SL. Women know about perineal trauma risk but do not know how to prevent it: Knowledge, attitude, and practice. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* mai 2023;161(2):470-7.
71. Nutaitis AC, Meckes NA, Madsen AM, Toal CT, Menhaji K, Carter-Brooks CM, et al. Postpartum urinary retention: an expert review. *Am J Obstet Gynecol.* janv 2023;228(1):14-21.
72. Kim K, Shin S, Kim S, Lee E. The Relation Between eHealth Literacy and Health-Related Behaviors: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res.* 30 janv 2023;25:e40778.
73. Höder A, Stenbeck J, Fernando M, Lange E. Pelvic floor muscle training with biofeedback or feedback from a physiotherapist for urinary and anal incontinence after childbirth - a systematic review. *BMC Womens Health* [Internet]. 18 nov 2023;23(1):618. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02765-7>

74. Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* avr 2009;116(5):700-7.
75. Glazener CMA, Herbison GP, Wilson PD, MacArthur C, Lang GD, Gee H, et al. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial. *BMJ [Internet].* 15 sept 2001;323(7313):593. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/323/7313/593>
76. Alanbari SG. Rééducation périnéale féminine. 2019. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/reeducation-perineale-feminine--9782100793990>
77. Alanbari SG. Chapitre 8. La rééducation périnéale. *Nouv Chemins Santé [Internet].* 2019;139-220. Disponible sur: [https://shs.cairn.info/article/DUNOD\\_GALLI\\_2019\\_01\\_0139](https://shs.cairn.info/article/DUNOD_GALLI_2019_01_0139)
78. Pinto RZ, Ferreira ML, Oliveira VC, Franco MR, Adams R, Maher CG, et al. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *J Physiother.* 2012;58(2):77-87.
79. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ [Internet].* 29 juill 1995;311(7000):299-302. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/311/7000/299>
80. La Revue du Praticien. S'appropriier la méthode du « focus group » [Internet]. 2004. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/archive/sappropriier-la-methode-du-focus-group>
81. Fédération des acteurs de la solidarité. Plaidoyer Santé des femmes en situation de précarité [Internet]. Disponible sur: <https://www.federationsolidarite.org/publication/plaidoyer-sante-des-femmes-en-situation-de-precarite/>
82. Nyumba TO, Wilson K, Derrick CJ, Mukherjee N. The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Geneletti D, éditeur. Methods Ecol Evol [Internet].* janv 2018;9(1):20-32. Disponible sur: <https://besjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/2041-210X.12860>
83. Humbert X. Détection et pronostic de l'effet blouse blanche en médecine générale [Internet] [phdthesis]. Normandie Université; 2020. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-02613485>
84. Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes: les entretiens collectifs. Paris : Armand Colin; 2003.
85. Rothwell PM. Factors That Can Affect the External Validity of Randomised Controlled Trials. *PLoS Clin Trials [Internet].* 19 mai 2006;1(1):e9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1488890/>

86. Ridde V, Haddad S. Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique. Rev D'Épidémiologie Santé Publique [Internet]. 1 juin 2013;61:S95-106. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762013002058>
87. Galiano J. What to Consider Beyond "How Long Should a Focus Group Last?" [Internet]. Disponible sur: <https://www.nottinghamspirk.com/musings/how-long-should-a-focus-group-last>
88. Bussinet M. Le Guide de la FNEK. Paris : Fédération Nationale des Étudiants en Kinésithérapie; 2015.
89. Haute Autorité de Santé (HAS). Le déploiement de la bientraitance [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1323996/fr/le-deploiement-de-la-bientraitance](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1323996/fr/le-deploiement-de-la-bientraitance)
90. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012. Relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025441587>
91. CNIL. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/methodologie-de-reference-04-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le-domaine-de-la-sante>
92. Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 27 déc 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte\\_lc/LEGITEXT000006072665/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/)
93. Tétréault S. Focus groupe. In: Guide pratique de recherche en réadaptation [Internet]. De Boeck Supérieur; 2014. p. 327-43. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/guide-pratique-de-recherche-en-readaptation--9782353272679-page-327>
94. CNIL. Conformité RGPD : comment recueillir le consentement des personnes ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/les-bases-legales/consentement>
95. Service-public.fr. Secret médical : de quoi s'agit-il ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34302>
96. Huyghe M, Cailly L, Oppenchaim N. Partage des données d'enquêtes en recherche qualitative: approche juridique, éthique, déontologique et épistémologique. Paris : INED; 2019.
97. INSEE. Nantes : 53 900 habitants dans les 15 QPV de l'agglomération – Les quartiers de la politique de la ville au sein de leur agglomération [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2659993?sommaire=2660055>
98. CNIL. Recherches dans le cadre de la santé : quelles sont les formalités ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/recherches-sante-quelles-formalites>

99. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Rech Soins Infirm* [Internet]. 2010;102(3):23-34. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23>
100. Tétreault S. Entretien de recherche. In: *Guide pratique de recherche en réadaptation* [Internet]. De Boeck Supérieur; 2014. p. 215-45. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/guide-pratique-de-recherche-en-readaptation--9782353272679-page-215>
101. Kalika M. Chapitre 1. Le cadre général de la recherche de terrain. In: *Les méthodes de recherche du DBA* [Internet]. EMS Éditions; 2018. p. 23-35. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/les-methodes-de-recherche-du-dba--9782376871798-page-23>
102. Sauvayre R. Chapitre 1. La préparation à l'entretien. *Psycho Sup* [Internet]. 2013;1-47. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/les-methodes-de-l-entretien-en-sciences-sociales--9782100579709-page-1>
103. CNGE. Focus Groupes. Méthodologie [Internet]. Disponible sur: [https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus\\_Groupes\\_methodologie\\_PTdef.pdf](https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf)
104. Mucchielli R. Chapitre 4. La reformulation comme technique de base. In : *L'entretien de face-à-face dans la relation d'aide*. [Internet]. 2020;61-81. Disponible sur: <https://shs-cairn-info.acces.bibl.ulaval.ca/l-entretien-de-face-a-face-dans-la-relation-d-aide--9782710137252-page-61>
105. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2012. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045>
106. Van Campenhoudt L, Quivy R. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 4<sup>e</sup> éd. Dunod; 2017.
107. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 11 mars 2013;12:18.
108. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *Accessibilité aux soins de premier recours* [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees-communique-de-presse/accessibilite-aux-soins-de-premier-recours-degradation-de-la>
109. Vie-publique.fr. *Accès aux soins : les inégalités territoriales s'aggravent* [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/294142-acces-aux-soins-les-inegalites-territoriales-saggravent>
110. CartoSanté. *Indicateurs : cartes, données et graphiques* [Internet]. Disponible sur: [https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=14792,7058512,1330051,962810&c=indicator&i=zona\\_age\\_conv.z\\_sf&t=A01&view=map12](https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=14792,7058512,1330051,962810&c=indicator&i=zona_age_conv.z_sf&t=A01&view=map12)

111. REZONE. Kinésithérapeutes [Internet]. Disponible sur: <https://rezonekine.ameli.fr/cartokine.html?reg=52>
112. Physio Pelvienne. Les 5 principales barrières qui empêchent de consulter en rééducation périnéale et pelvienne [Internet]. Disponible sur: <https://physiopelvienne.com/les-5-principales-barrieres-qui-empechent-de-consulter-en-reeducation-perineale-et-pelvienne/>
113. McLeod LJ, Lee PE. Prolapsus des organes pelviens. CMAJ Can Med Assoc J [Internet]. 14 nov 2023;195(44):E1523-4. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10699469/>
114. Collège National des Sages-Femmes de France. Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale. CNSF; 2014.
115. Mengesha YB, Perz J, Dune T, Ussher J. Talking about sexual and reproductive health through interpreters: The experiences of health care professionals consulting refugee and migrant women. 2018;16:199-205.
116. Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, de Andrade V de, Azogui-Levy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. Santé Publique [Internet]. 2017;29(6):811-20. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2017-6-page-811>
117. Potvin L, Moquet MJ, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis: INPES; 2010. (Dossiers santé en action).
118. Fabrique Territoires Santé. Ateliers santé ville [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.fabrique-territoires-sante.org/dynamiques-territoriales-de-sante/ateliers-sante-ville/presentation-ateliers-sante-ville/>
119. Observatoire Régional de Santé Ile-de-France. Les volets santé des Agendas 21, un levier pour les politiques locales de santé. ORS IDF; 2011.
120. Mason M. Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. Forum Qual Sozialforschung Forum Qual Soc Res [Internet]. 24 août 2010;11(3). Disponible sur: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1428>
121. Haute Autorité de Santé. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire [Internet]. Disponible sur: [https://has-sante.fr/jcms/p\\_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire](https://has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire)
122. Organisation mondiale de la santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. Genève; 2001. 304 p.

123. Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. Journal Officiel; 6 Sep 2015.