

Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation  
Département Masso-Kinésithérapie

**Mémoire N°1855**

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-Kinésithérapie

Présenté pour l'obtention du

**Diplôme d'État en Masso-Kinésithérapie**

Par

**CHAVANNE Marine**

**L'IMPACT DU MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE DANS L'IDENTIFICATION DES  
PATIENTS VICTIMES DE VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES**

**PHYSIOTHERAPIST'S IMPACT IN THE IDENTIFICATION OF PATIENTS WHO  
ARE VICTIMS OF GENDER-BASED AND SEXUAL VIOLENCE**

Directeur de mémoire

**LECLERCQ Ingrid**

**Année 2022-2023**

**Session 1**

Membres du jury

**LECLERCQ Ingrid**

**YAZBECK Antoine**

**PAQUIER Didier**



## CHARTRE ANTI-PLAGIAT DE LA DREETS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

La Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du préfet de région les diplômes paramédicaux et du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue, que les directives suivantes sont formulées.

Elles concernent l'ensemble des candidats devant fournir un travail écrit dans le cadre de l'obtention d'un diplôme d'État, qu'il s'agisse de formation initiale ou de parcours VAE.

La présente charte définit les règles à respecter par tout candidat, dans l'ensemble des écrits servant de support aux épreuves de certification du diplôme préparé (mémoire, travail de fin d'études, livret2).

Il est rappelé que « le plagiat consiste à reproduire un texte, une partie d'un texte, toute production littéraire ou graphique, ou des idées originales d'un auteur, sans lui en reconnaître la paternité, par des guillemets appropriés et par une indication bibliographique convenable »<sup>1</sup>.

**La contrefaçon** (le plagiat est, en droit, une contrefaçon) **est un délit** au sens des articles L. 335-2 et L. 335-3 du code de la propriété intellectuelle.

### **Article 1 :**

Le candidat au diplôme s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

### **Article 2 :**

Le plagiaire s'expose à des procédures disciplinaires. De plus, en application du Code de l'éducation<sup>2</sup> et du Code de la propriété intellectuelle<sup>3</sup>, il s'expose également à des poursuites et peines pénales.

### **Article 3 :**

Tout candidat s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

**Je soussigné(e) .....Marine CHAVANNE.....**

**Atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DREETS Auvergne-Rhône-Alpes et de m'y être conformé(e)**

**Je certifie avoir rédigé personnellement le contenu du livret/mémoire fourni en vue de l'obtention du diplôme suivant :**

**Fait à .....LYON..... Le.....24 avril 2023 .....**

**Signature**



**Z**ér  **Plagiat**

<sup>1</sup> Site Université de Nantes : <http://www.univ-nantes.fr/statuts-et-chartes-usagers/dossier-plagiat-784821.kjsp>

<sup>2</sup> Article L331-3 : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics »

<sup>3</sup> Article L122-4 du Code de la propriété intellectuelle



Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation  
Département Masso-Kinésithérapie

**Mémoire N°1855**

Mémoire d'initiation à la recherche en Masso-Kinésithérapie

Présenté pour l'obtention du

**Diplôme d'État en Masso-Kinésithérapie**

Par

**CHAVANNE Marine**

**L'IMPACT DU MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE DANS L'IDENTIFICATION DES  
PATIENTS VICTIMES DE VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES**

**PHYSIOTHERAPIST'S IMPACT IN THE IDENTIFICATION OF PATIENTS WHO  
ARE VICTIMS OF GENDER-BASED AND SEXUAL VIOLENCE**

Directeur de mémoire

**LECLERCQ Ingrid**

**Année 2022-2023**

**Session 1**

Membres du jury

**LECLERCQ Ingrid**

**YAZBECK Antoine**

**PAQUIER Didier**

# Université Claude Bernard Lyon 1

Président  
**Frédéric FLEURY**

Vice-président CA  
**REVEL Didier**

## **Secteur Santé**

Institut des Sciences et Techniques de  
Réadaptation  
Directeur  
**Jacques LUAUTE**

U.F.R. de Médecine Lyon Est  
Directeur  
**RODE Gilles**

U.F.R d'Odontologie  
Directeur  
**Jean Christophe MAURIN**

U.F.R de Médecine Lyon-Sud Charles  
Mérieux  
Directrice  
**PAPAREL Philippe**

Institut des Sciences Pharmaceutiques  
et Biologiques  
Directrice  
**DUSSART Claude**

Département de Formation et Centre de  
Recherche en Biologie Humaine  
Directeur  
**SCHOTT Anne-Marie**

Comité de Coordination des  
Etudes Médicales (CEM)  
**COCHAT Pierre**



## **Institut Sciences et Techniques de la Réadaptation Département MASSO-KINESITHERAPIE**

Directeur ISTR  
**Jacques LUAUTE**

**Équipe de direction du département de Masso-kinésithérapie :**

Directeur de la formation  
**Charles QUESADA**

Responsables des travaux de recherche  
**Denis JAUDOIN**

Référents d'années  
**Ilona BESANCON**  
**Edith COMEMALE**

Référent formation clinique  
**Ayodélé MADI**

Référent projets pédagogiques  
**Denis JAUDOIN**

Responsable de scolarité  
**Audrey MOIRON**

## Remerciements

À **Ingrid Leclercq**, pour l'encadrement de ce mémoire.

**Aux membres de mon jury, Antoine YAZBECK, Didier PAQUIER et bien sûr Ingrid LECLERCQ**, pour avoir pris le temps de s'intéresser à mon travail, en espérant qu'il puisse apporter un enrichissement personnel comme professionnel.

À **tous les masseurs-kinésithérapeutes interrogés**, pour votre spontanéité et vos réponses riches sans lesquelles ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

### Texte

À **Cécile**, pour ton accueil, ta généreuse disponibilité et ces échanges qui font vibrer. Merci à Vincent de nous avoir mis sur le même chemin. Merci pour tout ce que tu m'as apporté, à la fois pour ce travail mais surtout dans mon parcours professionnel débutant.

À **Gwenaëlle**, cette rencontre si improbable aux JFK qui donne sens à ce projet. Merci de m'avoir apporté l'énergie 

### Texte

À **mes parents**, de m'avoir toujours soutenue et accompagnée dans ce long chemin de vie que forment les études. Merci à ma **maman de m'avoir** toujours poussé à me dépasser, rendant tout possible. Merci pour ta relecture et ton aide dans la recherche de kinésithérapeutes à interviewer.

À **Jeanne**, pour ton énergie, ton expertise, ton intelligence, ton regard extérieur et ton soutien sans faille dans l'accompagnement de ce mémoire et de la vie malgré les 449,3 km qui nous séparent.

À **Coralie**, ma coloc, ma partenaire au quotidien sans qui je n'aurai jamais vécu toutes ces aventures à Lyon et à travers la France.

À **mes amies de kinésithérapie et de médecine**, qui m'ont conforté dans l'idée que je suis à la bonne place.

**Aux copains de "l'équipe"**, rayon de soleil indispensable à ces multiples journées BU et à l'ensemble de notre scolarité.

## Liste des acronymes :

MK.....Masseur-Kinésithérapeute

MKDE.....Masseur-Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

PEC.....Prise en charge

VSS.....Violence Sexuelle et Sexiste

FNEK.....Fédération Nationale des Etudiant.e.s en Kinésithérapie

DIU.....Diplôme Inter Universitaire

UNHCR.....Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés

MIPROF.....Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

CNRTL .....Centre national des Ressources Textuelles et Lexicales

ORDREMK..Ordre des Masseur-kinésithérapeute

CNOMK.....Conseil National de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

DGOS.....Direction générale de l'offre de soin

SF.....Sage-femme

HAS.....Haute Autorité de Santé

SVS.....Stop aux Violences Sexuelles

ONU.....Organisation des Nations Unies

TP.....Travaux Pratique

# Table des matières

## Table des matières

<b>1. Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Question de départ.....</b>	<b>2</b>
2.1. Expérience professionnelle et situation d'appel.....	2
2.2. Réflexion autour de la question de départ.....	3
2.3. Méthodologie de recherche.....	4
<b>3. Contextualisation : Masso-Kinésithérapie et violences faites aux femmes.....</b>	<b>6</b>
3.1. Les violences sexuelles et sexistes.....	6
3.1.1. Définition.....	6
3.1.2. Spécificité des violences faites aux femmes.....	7
3.1.3. Cadre législatif des violences.....	9
3.1.4. Les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles.....	10
3.1.4.1. La théorie polyvagale.....	10
3.1.4.2. Conséquences et symptômes.....	11
3.2. La relation kinésithérapeute-patient.....	12
3.2.1. Une relation de confiance.....	12
3.2.2. Spécificité de la prise en charge en kinésithérapie.....	13
3.2.2.1. L'intimité physique et conséquence sur les personnes victimes de violence.....	13
3.2.2.2. L'intimité psychique, voie d'entrée aux témoignages ?.....	15
3.3. Champs d'action des masseurs-kinésithérapeutes.....	16
3.3.1. Dans la loi.....	16

3.3.2. En pratique - Constat.....	18
3.4. Problématisation.....	18
<b>4. Partie exploratoire auprès de MKDE.....</b>	<b>20</b>
4.1. Présentation de l'étude de terrain.....	20
4.1.1. Objectifs de la recherche.....	20
4.1.2. Déroulement de l'étude.....	20
4.1.3. Recherche des participants.....	21
4.2. Le guide d'entretien, une analyse qualitative.....	24
4.2.1. Préparation du guide d'entretien.....	24
4.2.2. Déroulement des entretiens.....	29
4.3. Méthode d'analyse des entretiens.....	29
4.3.1. Analyse des données.....	29
4.3.2. Analyse des biais et des limites.....	30
<b>5. Analyse : la sensibilisation des praticiens face aux VSS.....</b>	<b>33</b>
5.1. La relation kinésithérapeute patient.....	33
5.1.1. L'approche.....	33
5.1.2. Etablir une relation de confiance.....	35
5.1.3. Analyse de la relation kinésithérapeute/patient par les thérapeutes.....	38
5.2. La sensibilisation théorique aux VSS.....	40
5.2.1. Rapport personnel ou professionnel au sujet des VSS.....	40
5.2.2. Sensibilisation en formation.....	42
5.3. En pratique, kinésithérapeute avec des patients victimes de violences.....	45
5.3.1. Retour d'expérience.....	45
5.3.2. Le questionnement systématique.....	46
5.3.3. Contexte dans lequel une victime se livre.....	48

5.3.4. L'accueil du kinésithérapeute d'un témoignage.....	50
5.3.5. Agir en compétence.....	53
<b>6. Discussion.....</b>	<b>59</b>
6.1. Principaux résultats.....	59
6.2. Comparaison aux recommandations de la HAS.....	61
6.3. Limites de l'étude.....	64
6.4. Perspectives.....	65
6.4.1. Formation initiale et continue.....	65
6.4.2. Perspective de recherche.....	67
<b>7. Conclusion.....</b>	<b>70</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>72</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>77</b>

## **Liste des tableaux**

Tableau I : La grille d'entretien

Tableau II : Analyse des résultats "Relation de confiance"

## **Liste des figures**

Figure 1 : Méthodologie de recrutement des kinésithérapeutes

Figure 2 : Présentation de l'échantillon final en fonction du lieu d'exercice

Figure 3 : Présentation de l'échantillon final en fonction de la spécificité d'exercice

Figure 4 : Diagramme de distribution des notes jugeant de la proximité kinésithérapeute/patient

Figure 5 : Infographie 1 du flyer "KINÉ TRAUMA-INFORMÉ.E"

## Résumé :

**Contexte** : Depuis une décennie, les vagues de mobilisation et de # ont permis de briser le mur du silence sur les violences sexuelles et sexistes (VSS). Longtemps les femmes ont vécu cette violence comme une honte. La libération de la parole a contribué à une prise de conscience collective. Dans cette lignée, les plus grandes instances (Gouvernement, HAS, OMS...) accompagnent ce mouvement et s'engagent pour protéger les femmes. Leurs préconisations donnent une place fondamentale aux professionnels de santé, principalement ceux intervenant dans le cadre de la prévention. Les masseurs-kinésithérapeutes en font partie. Cependant ces derniers manquent de formations sur la problématique. En effet, nous sommes dans une période charnière à deux vitesses : entre mise en lumière de ce sujet tabou et réaction adaptée des professionnelles afin de se sentir légitimes d'apporter une prise en soin appropriée.

**Méthode** : Une étude qualitative sous forme d'entretiens semi-directifs a été mise en place pour essayer de répondre à cette problématique. 11 entretiens ont été réalisés auprès de masseurs-kinésithérapeutes aux spécificités, genres, âges et formations différentes.

**Résultats** : La grande majorité des masseurs-kinésithérapeutes de notre échantillon a reçu des témoignages de patients victime de violence durant leur carrière. Les faits sont souvent passés, parfois en cours. Dans les facteurs favorisant la libération des récits, nous trouvons : la durée des séances et leur récurrence, la relation privilégiée qui s'établit entre kinésithérapeute et patient.e et la demande, par certains actes de traitement, d'entrer dans l'espace personnel des patient.e.s. L'ensemble de ces facteurs pouvant réveiller chez la personne psychotraumatisée un phénomène de réminiscence, plaçant le thérapeute dans une position de maltraitance. Cependant l'immense majorité des masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas la connaissance de ces phénomènes en raison d'un manque de sensibilisation.

**Discussion** : Les recommandations de la HAS semblent en dehors de la réalité du terrain chez de nombreux masseurs-kinésithérapeutes sur les critères d'information, de questionnement systématique et de connaissance d'outils disponible comme le certificat médical.

**Conclusion** : Cette étude montre une prise de conscience du rôle des masseurs-kinésithérapeutes dans le repérage de patients victimes de violence. Elle met principalement en avant un manque de compétences sur le plan de la communication et des connaissances théoriques afin de proposer une approche bienveillante.

**Mots clés** : Masseur-kinésithérapeute - Violence sexuelle et sexiste - identification - relation soignant/soigné.

## **Abstract :**

**Context :** Over the past decade, waves of mobilization and advocacy have broken the wall of silence on sexual and gender-based violence (SGBV). For a long time, women experienced this violence as a shame. The liberation of the word has contributed to a collective awareness. In this line, the most important authorities (Government, HAS, WHO...) accompany this movement and commit themselves to protect women. Their recommendations give a fundamental place to health professionals, mainly those involved in prevention. The masseur-physiotherapists are among them. However, the latter lack training on the issue. Indeed, we are in a two-speed transition period: between bringing this taboo subject to light and the appropriate reaction of professionals in order to feel legitimate in providing appropriate care.

**Method :** A qualitative study in the form of semi-directive interviews was set up to try to answer this problem. 11 interviews were conducted with masseurs-physiotherapists of different specificities, gender, age and training.

**Results:** The vast majority of our sample had received testimonies from patients who had been victims of violence during their careers. The facts are often past, sometimes in progress. In the factors that favour the release of the stories, we find: the duration of the sessions and their recurrence, the privileged relationship that is established between physiotherapist and patient and the request, by certain acts of treatment, to enter the personal space of the patients. All these factors can awaken in the psychotraumatized person a phenomenon of reminiscence, placing the therapist in a position of abuse. However, the vast majority of physiotherapists are not aware of these phenomena due to a lack of awareness.

**Discussion :** The HAS recommendations seem to be out of touch with the reality in the field for many physiotherapists on the criteria of information, systematic questioning and knowledge of available tools such as the medical certificate.

**Conclusion :** This study shows an awareness of the role of physiotherapists in identifying patients who are victims of violence. It mainly highlights a lack of skills in terms of communication and theoretical knowledge in order to propose a caring approach.

**Key words :** Physiotherapist - Sexual and gender-based violence - identification - caregiver/caregiver relationship.



# 1. Introduction

L'apparition des hashtags #MeToo ou #BalanceTonPorc symbolise le début d'une nouvelle ère : une ère libératrice de la parole, levant le voile sur des sujets restés tabous auparavant. En effet, ils ont permis à un plus grand nombre de victimes de violences sexuelles et sexistes (VSS) de s'exprimer. Dans un contexte de crise sanitaire, l'année 2021 reste cependant marquée d'une hausse de 20% des féminicides. Face à ce phénomène, le gouvernement se saisit de la problématique avec pour ambition de favoriser l'écoute et ne rien laisser passer. Une partie de son engagement pour protéger et accompagner victimes et témoins s'illustre par l'ouverture du Grenelle contre les violences conjugales le 3 septembre 2019 (Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances, 2022) accompagné du développement du site "[arretonslesviolences.gouv.fr](https://arretonslesviolences.gouv.fr)". Dans le même élan, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie en juin 2019 les recommandations de bonnes pratiques pour le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple (Haute Autorité de Santé, 2019) adressés aux professionnelles de santé.

En effet la méconnaissance des conséquences psychotraumatiques de ces violences réduit les possibilités de prise charge pour les victimes (M. Salmona & Mukwege, 2022). C'est pourquoi les soignants sont valorisés dans leur rôle déterminant pour détecter afin de protéger et accompagner victimes et témoins.

Les masseurs-kinésithérapeutes, professionnels de santé intervenant dans le cadre de la prévention, n'auraient-ils pas un rôle à jouer dans la détection de ces traumatismes ?

C'est dans le cadre de la recherche de l'impact du masseur-kinésithérapeute dans l'identification de victime de violence au sein de ses patients, que s'inscrit ce travail de mémoire de fin d'étude.

Par cette étude, nous avons pour but de mettre en lumière le degré de sensibilisation des MK au sujet des violences. Par la suite, déterminer les bénéfices et les limites de la relation entre le kinésithérapeute et le patient dans la libération de la parole et les impacts sur la prise en soin.

Notre questionnement de départ nous mène à réaliser une enquête dans le domaine des sciences humaines et sociales.

Notre travail s'articule en trois parties. Dans un premier temps nous allons exposer le contexte ayant conduit à l'élaboration de la question de départ. Cette interrogation nous a ensuite amenée à apporter un cadre théorique grâce aux données de la littérature actuelle. Enfin nous présenterons la méthodologie de cette étude. Nous avons choisi de traiter ce sujet avec des entretiens auprès de kinésithérapeutes exerçant des spécificités différentes. Pour finir, nous analyserons les résultats obtenus afin d'élaborer des pistes d'améliorations sur le traitement de ce sujet.

## 2. Question de départ

Dans cette partie, nous allons expliquer notre cheminement intérieur qui nous a amené à traiter cette problématique. Nous évoquerons la situation d'appel, point de départ de notre réflexion. Puis nous parlerons des différents facteurs ayant influencé la direction prise par ce travail. Enfin nous présenterons la méthodologie de cette étude.

### 2.1. Expérience professionnelle et situation d'appel

C'est au cours d'un stage au début de ma 3<sup>ème</sup> année de formation dans un cabinet libéral que j'ai été confronté à ma première patiente consultant pour des troubles sexuels. En effet, j'étais dans un cabinet spécialisé dans la prise en soin pelvi-périnéal. La majorité des patientes consultent pour des problèmes de compétence périnéale en post-partum ou après la mise en place de la ménopause pouvant provoquer des incontinences urinaires. La rééducation par le kinésithérapeute réside alors dans la prise de conscience de son périnée et le renforcement musculaire du plancher pelvien. Cependant pour les cas de troubles sexuels comme les dyspareunies ou le vaginisme, c'est une hypertonie périnéale qu'il faut traiter. La prise en soin est alors tout autre. Le champ de compétence de la kinésithérapie se limite au traitement physique. La prise en charge globale est assurée par un travail en pluridisciplinarité. A la suite de notre anamnèse, ma tutrice de stage a conseillé à la patiente de commencer un suivi chez le psychiatre avant d'enclencher la prise en soin kinésithérapique. En effet, le vaginisme peut être secondaires à un traumatisme, reconnu comme tel ou non par la patiente. Le cheminement intérieur peut être long avant que les patientes s'en rendent compte, l'acceptent et consultent des professionnels.

À la suite de ces observations, je me demande quelles prises en charge sont possibles chez les patientes atteintes de troubles sexuels en kinésithérapie. Quels sont les outils disponibles pour répondre aux problématiques de ces patientes, allant de l'éducation thérapeutique à la rééducation manuelle. Et surtout qu'elle doit être la relation entre le thérapeute et le patient afin que le traitement soit efficace. Après quelques recherches préliminaires à l'écriture de ce mémoire, je me suis rendue compte que les techniques mises en place par les kinésithérapeutes ont déjà été beaucoup traitées, récemment, dans les travaux de fin d'étude d'autres étudiants à travers la France. C'est pourquoi nous avons décidé de traiter ce sujet sous un autre angle d'attaque en se questionnant sur le diagnostic plutôt que le traitement.

## 2.2. Réflexion autour de la question de départ

En dehors de la prise en soin pelvi-péritonéale, les kinésithérapeutes ont, aussi, une relation particulière avec les patient.e.s. Cela étant lié au temps partagé avec ces derniers et à la régularité des séances. De plus, les traitements proposés amènent parfois à avoir un accès privilégié à la sphère intime des patient.e.s en passant par le toucher ou la nécessité d'être dévêtue. Les séances de rééducation pelvi-périnéales peuvent entraîner une forte réaction du système nerveux (réminiscences, flash backs...). Ceci pouvant rappeler des traumatismes chez les victimes ou laisser apparaître des blessures (hématomes, etc..) cachées. Nous nous demandons alors si le MK a un rôle à jouer dans l'identification de patients victimes de violences.

De plus, j'ai été sensibilisée à la problématique des VSS (Violence sexuelles et sexistes) grâce à mon intérêt associatif. En effet, en entrant dans le réseau de la FNEK (Fédération National des Étudiant.e.s en Kinésithérapie), j'ai été amené à aborder cette thématique. C'est au congrès d'Orléans en mars 2022, lors de l'intervention de l'association « un maillon manquant » que je me suis rendue compte qu'il y a peut-être une réflexion à avoir sur l'impact du kinésithérapeute face à des personnes victimes de violence. Cette association forme les soignants en proposant un DIU (Diplôme Inter-universitaire) « *Prise en charge des violences faites aux femmes, vers la bientraitance* ». L'objectif de l'intervention au congrès était de sensibiliser le plus grand nombre d'étudiants et néo-diplômés au diagnostic et à la prise en charge des victimes afin d'agir en compétence. L'intervenante, une kinésithérapeute spécialisée en pelvi-périnéologie, a pris l'exemple d'une de ces patientes consultant pour des fuites urinaires afin d'illustrer son propos. Elle voulait mettre en avant le fait que malgré sa sensibilisation sur le sujet et une vraie relation de confiance avec cette patiente, elle a appris seulement des années plus tard que cette femme avait été victime de

violence. Choquée, la thérapeute lui a alors demandé pourquoi elle ne lui avait jamais dit avant. Ce à quoi la patiente a tout simplement répondu « car vous ne me l'avez jamais demandé ». Dans la suite de la discussion, la professionnelle s'est rendue compte que malgré toute la bienveillance de son approche, elle avait été maltraitante. Se pose alors l'interrogation de comment aborder ce sujet tabou lors d'une prise en charge kinésithérapique. Quelle question poser ? Dans quel contexte ? A qui ? Quelles peuvent être les risques ou les bénéfices ? Comment aborder le sujet ? Ceci peut-il être plus délétère que bénéfique chez certaines personnes ?

### 2.3. Méthodologie de recherche

Afin de répondre à la problématique posée, j'ai effectué des recherches dans la littérature. Mon enquête se base sur des supports numériques et papiers (ouvrage, brochure..). Je me suis aussi enrichie de conférences, formations, rencontres personnelles autour de ce sujet.

Ainsi, l'intitulé de mon mémoire et ma question de recherche me mène à déterminer les mots clés suivant : « Masseur-kinésithérapeute », « Violence sexuelle et sexiste », « identification » et « relation soignant/soigné ». Ces mots ont été associés sur différentes bases de données scientifiques, principalement Google scholar, Cairn, Kinedoc, pubmed et cochrane.

La littérature montre qu'il s'agit d'une problématique actuelle. L'ensemble de la documentation sur le sujet est particulièrement récente. Elle met en évidence l'importance et la complexité en tant que professionnel de santé d'agir. Cette thématique est de plus en plus évoquée lors de conférences ou de formations. Un grand nombre de littérature grise traitant la problématique des violences est disponible mais difficilement exploitable. Les différentes associations traitant de ce sujet forment une source d'information essentielle à l'élaboration de ce mémoire.

Nous avons décidé d'explorer le sujet en faisant une enquête par entretiens auprès de différents profils de kinésithérapeutes. Il est pertinent de recueillir l'avis de kinésithérapeutes pratiquant une prise en soin dans le domaine pelvi-périnéal et des kinésithérapeutes non spécialisés autour des mêmes questions. Je compte interroger des thérapeutes aux âges, parcours, formations, villes multiples afin de représenter au mieux les différentes visions partagées par la profession.

Nous utilisons la méthode d'entretien individuel semi-directif. Il s'appuie sur un guide d'entretien autour de 4 thématiques afin de comparer les différentes opinions et expériences inter et intra professionnelles.

Il nous paraît intéressant de mettre en lumière l'importance de la sensibilisation des kinésithérapeutes au sujet des violences que peuvent subir leurs patients. Nous allons étudier dans quelles mesures les masseur-kinésithérapeutes diplômés d'état (MKDE), peuvent jouer un rôle dans la détection de patients victimes de violences.

**Quels peuvent être les impacts de la prise en charge en masso-kinésithérapie sur une personne ayant des traumatismes intimes ?**

### 3. Contextualisation : Masso-Kinésithérapie et violences faites aux femmes

Dans cette partie nous allons exposer le contexte théorique grâce aux éléments trouvés dans la littérature. Nous définirons dans un premier temps les violences sexistes et sexuelles. Ensuite nous évoquerons les spécificités des violences faites aux femmes et leurs conséquences sur les victimes. Une sous-partie est consacrée aux conséquences psycho-traumatiques provoquées par ces violences. Dans un second temps nous allons nous intéresser à la relation kinésithérapeute-patient en détaillant les spécificités que la prise en charge kinésithérapique entraîne. Enfin nous aborderons les champs d'actions possibles en tant que masseurs-kinésithérapeutes suivant les recommandations actuelles.

#### 3.1. Les violences sexuelles et sexistes

##### 3.1.1. Définition

Le vocable « violence » est emprunté au latin classique *violentia*, qui signifie « caractère emporté, farouche ». C'est l'abus de la force pour contraindre quelqu'un à quelque chose. "Quelqu'un" que nous pouvons aussi appelé : victime. Le terme "victime" est issu du latin "victima" qui désigne une créature vivante offerte en sacrifice à la divinité. Dans les mythes religieux, la victime se caractérise par son innocence. (PLANTE, 2023)

Une Violence Sexuelle et Sexiste se définit comme « *tout acte commis contre la volonté d'une personne (...) Elle comprend la menace de violence et la contrainte. Elle peut être de nature physique, émotionnelle, psychosocial et sexuelle et elle peut également s'exprimer par une privation de ressources ou d'accès à des services.* » (UNHCR : Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés).

Elles se caractérisent par un rapport de force asymétrique où le dominant a la volonté de contrôler sa victime, entraînant un climat de peur et de tension. La violence s'exprime de multiples manières :

#### **La violence psychologique**

Les insultes, l'intimidation, le harcèlement, les humiliations, les moqueries sont à l'origine de préjudices psychologiques majeurs. Les menaces de sanction ou d'abandon, le chantage affectif, le contrôle vestimentaire, la confiscation des papiers, le déni du statut d'adulte ou l'infantilisation forment des exemples de la violence psychologique.

## La violence physique

Les violences s'expriment aussi par des actes physiques et par l'action de coup provoquant des blessures. Nous pouvons citer aussi l'enfermement, sans laisser la possibilité de sortir, l'usage de médicament à mauvais escient ou l'expérimentation médicale sans consentement.

## La violence sexuelle

A ces violences s'ajoutent les violences sexuelles qui comprennent le viol et les agressions sexuelles mais aussi les atteintes à la pudeurs, les abus, l'embrigadement dans la pornographie et la prostitution. Les mutilations génitales féminines, l'avortements forcés forment aussi des violences faites aux femmes.

## Privation des libertés

Les violences financières par la privation des moyens et des biens, le contrôle des dépenses constituent une violence grave privant la victime de ses libertés. Le mariage forcé répond à cette même idée de restriction des droits.

### 3.1.2. Spécificité des violences faites aux femmes

La convention d'Istanbul, entrée en vigueur le 1 août 2014, reconnaît la violence à l'égard des femmes comme *“une violation des droits humains et une forme de discrimination à l'égard des femmes”*. (Conseil de l'Europe, 2023)

Nous observons que les personnes du sexe féminin sont les principales victimes (80%) et les hommes les principaux auteurs (90%) (Ministère de l'intérieur, 2018). Ceci est ancrée dans la culture depuis des siècles. Au moyen-âge, les femmes qui dénonçaient les violences exercées par leur mari étaient brûlées. C'est uniquement à partir du 20ème siècle que des mobilisations vers la parité se mettent en place. Les progrès s'illustrent par les aménagements du codes civiles et pénales avec en 1980, des modifications du code pénal vis à vis du viol ou en 1985, la loi d'égalité entre les époux.

En France, **213 000 femmes sont victimes de violences physique ou sexuelle de la part de leur conjoint ou ex-conjoint chaque année (#NousToutes, 2023)**. Le nombre d'enregistrements a pratiquement doublé depuis 2016, dans un contexte de libération de la parole et d'amélioration des conditions d'accueil des victimes par les services de police et de gendarmerie (Ministère de l'intérieur et des outre-mer, 2021).

Dans 91% des cas, la victime connaît son agresseur. *“Pour la plupart, ces hommes ne sont pas de violents psychopathes exclus de notre société qui se cachent dans des allées*

*sombres mais bien nos partenaires, nos amis, nos frères, nos collègues ou nos mentors.”* (#NousToutes, 2023). En effet, la majorité des agressions sexuelles et viols ont lieu dans le cadre familial. Le deuxième cadre de vie où sont le plus présentes les VSS est dans la relation de couple ou la séparation.

De plus, 1 femme sur 6 fait son entrée dans la sexualité par un rapport non consenti et désiré (#NousToutes, 2023). L'enquête #NousToutes sur le consentement dans les rapports sexuels réalisé en 2020 a eu un effet viral. Elle a permis pour beaucoup de femme de prendre conscience que certaines choses qu'elles considéraient normales ne l'étaient pas. Le rôle de cette enquête et de ce travail de fin d'étude est aussi d'avoir cet aspect "révélateur" chez les victimes ou les professionnels.

Dans ce travail, nous allons nous intéresser aux violences faites aux femmes. Cependant les VSS faites aux hommes existent aussi et sont non négligeables. Les enfants sont aussi la cible de violences physiques, psychologiques et/ou sexuelles. Ces dernières ont des conséquences lourdes, "en cascade" sur la vie de l'enfant puis du jeune adulte. Les signaux d'alerte sont pour la majorité semblables aux victimes adultes. Or lors de la PEC kinésithérapique des enfants, la présence des parents lors des séances est un facteur à prendre en considération. Ceci formant un biais important au diagnostic des violences. Pour être pertinent dans notre travail, il faudrait aussi étudier la relation parent-enfant-thérapeute. Dans la volonté de rester concentrer sur le sujet principal de ce mémoire, nous avons décidé de ne pas l'évoquer.

### 3.1.3. Cadre législatif des violences

Les violences sont une atteinte aux droits des victimes (Salmona, 2013). Ce sont des infractions punies par la loi en tant que délits ou crimes. La Convention d'Istanbul énonce également l'obligation de veiller à ce que la culture, la coutume, la religion, la tradition ou le prétendu «honneur» ne soient pas considérés comme justifiant des actes de violence couverts par son champ d'application.

Sont qualifié de **délit** :

- L'**outrage sexiste**, "*le fait d'imposer à une personne tout propos ou comportement à connotation sexuelle ou sexiste qui soit porte atteinte à sa dignité en raison de son caractère dégradant ou humiliant, soit créée à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante*" est puni d'une amende de 3 750€. La valeur de cette amende à augmenter par la création LOI n°2023-22 du 24 janvier 2023 (Section 4 : De l'outrage sexiste et sexuel (Article 222-33-1-1), 2023)

- Le **harcèlement sexuel**, "*le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle*" sont punis de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000€ d'amende. (Paragraphe 4 : De l'exhibition sexuelle et du harcèlement sexuel (Articles 222-32 à 222-33), 2018)

- **Les agressions sexuelles**, "*toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise, constitue également une agression sexuelle le fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou la surprise à subir une atteinte sexuelle de la part d'un tiers*" sont puni de 5 ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende. (Article 222-22 - Code pénal, 2021)

- **Enfin le viol**, "*toute acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise*" est **un crime** puni de 15 ans d'emprisonnement. (Article 222-23 - Code pénal, 2021)

Cependant moins de 10 % des victimes de violences sexuelles et sexistes déposent plainte. Chaque citoyen doit prendre conscience qu'il a des droits et peut être aidé.e et protégé.e. Les professionnels de santé n'auraient-il pas un devoir à respecter ?

### 3.1.4. Les conséquences psychotraumatiques des violences sexuelles.

Un événement traumatique tel qu'une violence sexiste ou sexuelle peut entraîner une grande souffrance psychique et émotionnelle chez la victime, pouvant s'installer durant des mois, des années voire toute la vie en absence de prise en charge.

D'après Dre Muriel Salmona « *Les violences sexuelles font partie des traumatismes les plus sévères. Elles sont associées à des effets catastrophiques à long terme sur la santé mentale et physique des victimes et sur leur parcours de vie, ce qui fait un problème majeur de droits humains, de société et de santé publique* ». (D. M. Salmona, s. d.)

Les traumatismes qui menacent l'intégrité physique ou psychique de l'individu peuvent être à l'origine de psychotraumatisme. Ces derniers ont comme conséquence des phénomènes tels que la réminiscence, liée à la mémoire traumatique. Ce processus est expliqué par des mécanismes neuro-biologiques décrits par la théorie polyvagale. Elle est développée dans les travaux du docteur S.Porges, scientifique et professeur en psychiatrie, qui s'intéresse aux réponses spécifiques, physiologiques du corps humain. (Schittecatte, 2014)

#### 3.1.4.1. La théorie polyvagale

Cette théorie explique les mécanismes de réaction automatiques du cerveau. Elle met premièrement en lumière l'importance des états physiologiques due à l'insécurité. Secondairement, elle montre l'importance des comportements de régulations et de co-régulations.

En effet le système nerveux autonome (SNA), sert à faire transiter des informations entre le cerveau et le reste du corps (organes, muscles, glandes...). Son fonctionnement est permanent, automatique et la plupart du temps inconscient. 80% du SNA est dédié à remonter les informations du corps vers le cerveau. Ces informations sont de deux types :

- informations sur l'état physiologique du corps (constante, état général, infection...)
- informations sur le niveau de danger, d'insécurité.

C'est donc le SNA qui permet au cerveau de contrôler, de mesurer en permanence le niveau de danger. La théorie découpe ces niveaux de danger en trois, qui vont engendrer trois types de réponse comportementales différentes véhiculée par deux sous-systèmes nerveux différents. Les sous-systèmes nerveux sont le système nerveux parasympathique ou vagal et le système nerveux sympathique.

Le niveau de danger est représenté par une échelle commune à tous les mammifères divisé en trois niveaux. Le premier niveau correspond à un espace de sécurité. Les niveaux deux et

trois indiquent un danger avec un grade plus important pour le troisième, qui correspond à un danger de mort. A ces niveaux de danger correspond un type de comportement.

- Une information de sécurité va favoriser l'engagement social, le lien.
- Une information d'insécurité remontée par le SNA est à l'origine d'une évolution de la réponse comportementale. Le cerveau va s'organiser autour de deux réactions qui sont la fuite ou l'attaque.
- Dans le cas où la solution précédente est insuffisante, le type de réaction comportementale évolue encore vers des comportements encore plus archaïques que sont la sidération, la dissociation, la soumission.

C'est la branche dorsale du nerf vagal, appartenant au système parasympathique, qui va envoyer la commande de sidération au corps. C'est le mécanisme du psychotraumatisme décrit par M.SALMONA. Sous l'effet de la douleur, de la peur, de l'incompréhension, le cerveau se bloque. On appelle cela la sidération psychique. C'est pourquoi souvent les victimes sont comme paralysées, ne crient pas ni ne se défendent. Le cerveau est dans un état de stress extrême ce qui est dangereux pour le cœur et les neurones. Pour les protéger, il disjoncte afin d'éteindre ce stress (comme un circuit électrique en survoltage). Cependant pour disjoncter, il va fabriquer des drogues naturelles qui l'anesthésient. C'est ce qui explique ce comportement de dissociation. Le corps est là mais la pensée est ailleurs, avec la sensation d'être sorti de son corps. Cette dissociation traumatique se caractérise par une anesthésie psychique et physique, une sensation d'irréalité et d'être spectateur de soi-même. C'est une explication du fait que parfois les victimes sont en incapacité de réagir (crier, s'échapper, dire non) lors d'une violence sexuelle. Cette déconnexion permet d'éteindre le stress extrême et va entraîner des troubles de la mémoire. Deux phénomènes paradoxaux sont notables: à la fois une amnésie traumatique, la victime ne se souvient pas de l'acte violent, et une mémoire traumatique émotionnelle des violences non contrôlables et hypersensibles.

Ce comportement est hérité des animaux. En effet, il va donner la sensation au prédateur que sa proie est déjà morte. Les humains ont étoffé cette réaction en toute une gamme de comportements à part entière. Il se caractérise par une énergie basse, un sentiment d'impuissance, une pensée qui tourne en rond. Ces mécanismes psychotraumatiques sont à l'origine des conséquences les plus graves et les plus fréquentes des violences et d'un état de souffrance permanent. (M. Salmona & Mukwege, 2022)

#### *3.1.4.2. Conséquences et symptômes*

La mémoire traumatique forme une véritable bombe à retardement prête à exploser si une occasion re-déclenche les mêmes sensations. Ainsi la victime est obligée de mettre en

place des conduites d'évitement. Elle peut se sentir très seule ou déconnecté.e, paralysé.e, vide, absente, en train de jouer un rôle. D'autres auront peur tout le temps jusqu'à faire des crises de panique avec le cœur qui s'emballé, la respiration bloquée, des tremblements, la nausée. Elles peuvent avoir des colères pas forcément explicables ou des pensées extrêmes comme avoir envie de mourir. Elles évitent certains endroits, source d'angoisse, développement de phobie ou certains sujets de conversation. De plus, les violences peuvent aussi provoquer des troubles du comportement chez les victimes comme des troubles alimentaires (anorexie/boulimie).

Enfin, lorsque les conduites d'évitements ne suffisent plus, la victime met en place des conduites dissociantes. Elles consistent à re-déclencher la disjonction du circuit émotionnel. Elles se caractérisent par des comportements provoquant un stress intense, comme des conduites agressives, à risque, dangereuses ou addictives. Les victimes vont par exemple se mettre en danger sur la route ou avoir des comportements sexuels à risque. Ces actions permettent de calmer l'angoisse mais aggravent la mémoire traumatique.

Ces conduites dissociantes paraissent paradoxales et déroutantes pour les victimes mais aussi pour les professionnelles qui s'en occupent.

Or l'ensemble de ces symptômes sont des conséquences normales à des situations anormales. Elles peuvent être mal interprétées par les proches ou les professionnels qui prennent en soin en absence de sensibilisation. En effet, en absence de formations, ils sont en incapacité de connaître ces symptômes et certains comportements vont être perçus comme aberrants.

En tant que masseur-kinésithérapeute, nous pouvons observer certains de ces signes.

Or, n'est-ce pas une des missions des thérapeutes en première ligne d'observer, analyser et agir dans le but d'accompagner la victime ?

## 3.2. La relation kinésithérapeute-patient

### 3.2.1. Une relation de confiance

P. Sureau, ergothérapeute et doctorant en philosophie, a pu observer lors de ces travaux que *“la relation de confiance est une expression souvent utilisée par les soignants, au point qu'elle semble évidente”* (Sureau, 2018)

Cependant *“la confiance ne se décrète pas”*. Elle suppose une réciprocité, un choix engagé de la part du soignant comme du patient. En effet la confiance est définie par le CNRTL

(Centre national des Ressources Textuelles et Lexicales) comme étant “*une croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence*”. (CNRTL, 2012). Dans la situation d'une relation thérapeute/patient, cette définition indique que la confiance s'acquiert d'autant de façons différentes qu'il y a de relation. L'approche du kinésithérapeute, choix du discours, langage paraverbal mais aussi le lieu de la consultation (pièce, lumière, odeur) forme l'ensemble des facteurs impactant la mise en place d'une alliance thérapeutique. Cette dernière est fondée sur un véritable partenariat, qui se veut sain et équilibré. Patient comme kinésithérapeutes sont acteurs de cette relation.

Le code de déontologie ancre ces valeurs de non-malfaisance et bienveillance en imposant au praticien d'exercer dans le respect de la dignité du patient. En effet, faire confiance implique aussi une part de risque. Ce qui est non négligeable dans la prise en charge en kinésithérapie qui peut placer le patient dans une position de vulnérabilité.

### 3.2.2. Spécificité de la prise en charge en kinésithérapie

L'exercice de la kinésithérapie, contient des actes, à visée thérapeutique, pouvant franchir la barrière de l'intimité des patients. Nous parlerons ici de l'intimité physique mais aussi psychique.

#### 3.2.2.1. *L'intimité physique et conséquence sur les personnes victimes de violence.*

#### **Le toucher**

Comme décrit par l'article R4321-1 : “*Le masseur-kinésithérapeute réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des actes de massage et de gymnastique médicale*”. (Section 1 : Actes professionnels (Articles R4321-1 à R4321-13), 2009). Ainsi le kinésithérapeute a la compétence de toucher le patient. Or, le toucher dans la relation de soin est un rapport complexe demandant précaution de la part des thérapeutes. En effet chaque individu a un rapport différent à son corps, qui va être modulé par les expériences vécues au cours de la vie.

La FNEK, par l'intermédiaire de la Task Force Premier TP (FNEK, 2022), s'est intéressée au ressenti des étudiants lors du premier Travail Pratique (TP) de la formation initiale. Pour cela un questionnaire a été réalisé au niveau national afin de collecter les données des étudiants de plusieurs IFMK de France. Les résultats du questionnaire ont été présentés lors du congrès de printemps 2022 de la FNEK à Orléans. Il met en valeur les sensations provoquées par le toucher professionnel, c'est-à-dire toucher et se faire toucher

dans le cadre de la formation. "62,55% des étudiants ont un ressenti plutôt positif de ce 1er TP."(FNEK, 2022) "Cependant 12,8% se sont sentis mal à l'aise voir gênés."(FNEK, 2022) Nous pouvons observer que ce rapport au toucher n'est pas forcément évident au début du cursus pouvant provoquer gêne et malaise. Nous pouvons, par perméabilité, corrélérer ces résultats aux ressentis des patients. Les étudiants ont été interrogés au tout début de leur formation initiale. Le biais du rapport au toucher qui évolue au cours du cursus est donc absent.

De plus, la position du patient est jugée plus inconfortable pour les étudiants "En effet 38,8% des étudiants sont mitigés, mal à l'aise ou gênés en tant que patients" contre 29,8% dans le rôle du soignant. Cette constatation appuie l'idée que le toucher peut provoquer des sensations non satisfaisantes. Pour pallier à ça "beaucoup d'étudiants auraient aimé avoir un cours préparatoire en amont du 1er TP." Cette remarque n'est pas applicable dans le cadre d'une prise en charge mais montre l'importance de l'explication. Nous pouvons adapter les propositions de la Task Force pour s'ancrer dans une relation kinésithérapeute/patient en :

- Étant sensibilisé au sujet du rapport au corps, de la pudeur, de l'importance du consentement du patient.

- Proposant une explication concrète du déroulé de la séance

- Dialoguant avec son patient

- Gardant une posture professionnelle MKDE suivant le code de déontologie.

Nous devons être conscient que notre rapport au corps évolue au cours de notre formation puis lors de notre pratique professionnelle afin de ne pas banaliser certains gestes.

### **Asymétrie dans la relation de soin, importance du consentement**

Il existe une asymétrie multidimensionnelle dans la relation. (Boudrahem & Morel-Lab, 2021). Une asymétrie de présentation des corps, avec le thérapeute habillé, et le patient pouvant être dévêtue. Une asymétrie de posture physique liée aux techniques de rééducation amenant le patient à être allongé sur une table de massage et le thérapeute debout. Enfin, une asymétrie de connaissance plaçant le MK en tant que "sachant". C'est pourquoi la prise en considération des ressentis du patient est la priorité des MK. La notion de consentement est essentielle et ne peut pas être présumée. Chacun des gestes au cours de la séance doit être justifié, en adaptant un langage permettant la libération d'une information claire et loyale. L'information doit être comprise afin d'obtenir le consentement libre et éclairé. Ce dernier doit être recherché explicitement avant toute acte. En effet, le thérapeute travaille dans le souci de ne pas heurter le patient.

L'ensemble de ces prises en considération permet d'établir une relation de coopération optimale, indispensable aux soins.

### **Spécificité des personnes victimes de violences**

Chez les personnes victimes de violences, des situations de soins comme le toucher, l'accès à la pudeur etc, peuvent faire ressentir des sensations que la victime a éprouvées au moment de l'agression. Ce sont des **phénomènes associatifs** décrits par Ariane Calvo, psychologue en psychotraumatisme (Calvo, 2020). Ils peuvent provoquer chez la personne une réaction intense en raison du processus de réminiscence. La victime revit le traumatisme, en partie ou à l'identique, avec la même détresse, la même terreur et les mêmes réactions physiologiques que celles vécues lors des violences. Le souvenir apparaît sans qu'aucun facteur durant ou avant l'apparition du souvenir n'y semble rattaché. Ce processus est directement lié à la **mémoire traumatique** qui est un trouble de la mémoire implicite émotionnelle, conséquence psychotraumatique. Si les thérapeutes ne sont pas en connaissance de ce processus, ils sont en incapacité de comprendre ces réactions pouvant être considérées comme anormales. Sans oublier que le kinésithérapeute appréhende le patient dans ces 3 composantes bio-psycho-sociales.

Deux modèles de santé existent : le modèle biomédical et le modèle bio-psycho-social. Le second étant une évolution du premier. La médecine actuelle cherche à s'éloigner de ce modèle biomédical. En effet, celui-ci s'intéresse uniquement à l'application directe des connaissances de la vie en médecine, proposant ainsi une approche réductrice de l'individu. Aujourd'hui, l'approche bio-psycho-sociale considère les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur un pied d'égalité (Berquin, 2010). Le patient est une entité où la prise en soin d'une atteinte physique est aussi importante qu'une atteinte psychique. Ainsi il n'est plus question d'atteindre négativement la santé mentale du patient pour faire bénéficier sa santé physique. Les professionnels de santé adaptent les soins dispensés en fonction des différents facteurs constituant l'individu.

#### **3.2.2.2. *L'intimité psychique, voie d'entrée aux témoignages ?***

Selon l'article R. 4321-96 du code de la santé publique : « *Le masseur-kinésithérapeute ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.* » (Article R4321-96 - Code de la santé publique, 2008)

Par ailleurs, le masseur-kinésithérapeute entre aussi dans l'intimité psychique du patient.

Premièrement avec le bilan. Lors de l'anamnèse, le thérapeute est amené à poser des questions sur la vie des patients. A commencé par sa profession, son activité physique mais aussi ses loisirs et ses activités. De plus, des questions sur la vie intime font aussi partie de l'interrogatoire. L'ensemble de ces questions permet de recueillir les données bio-psycho-social indispensables pour appréhender la personne dans son entièreté.

Deuxièmement, des échanges humains ont lieu pendant les séances. Ces discussions sont favorisées par la durée des séances et leur régularité. En effet la durée d'une séance est de l'ordre de 30 minutes selon le guide pratique de la NGAP en masso-kinésithérapie (CPAM de l'Ain, 2022). Cette durée est particulièrement élevée lorsque l'on sait qu'une consultation chez le médecin généraliste dure généralement 16 minutes d'après la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Mireille ELBAUM, 2006). S'ajoute à cela la récurrence des séances. Un traitement en kinésithérapie s'étale la plupart du temps sur plusieurs mois à raison de 2 à 3 rendez-vous par semaine. L'ensemble de ces éléments mènent à construire une relation particulière **en** professionnel de santé et soignant.

### 3.3. Champs d'action des masseurs-kinésithérapeutes

En juin 2019, la HAS a publié le texte des recommandations de bonnes pratiques pour le repérage des femmes victimes de violence au sein du couple. (Haute Autorité de Santé, 2019)

#### 3.3.1. Dans la loi

Comme inscrit dans l'article R4321-2 du code de la santé publique, **"le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie."** (Article R4321-2 - Code de la santé publique, 2009). En ce sens, le MK se doit de considérer le patient suivant un modèle bio-psycho-social pour comprendre les origines et les conséquences des symptômes décrits. Le référentiel d'activité de la pratique de la masso-kinésithérapie confirme le rôle du MK dans le « *dépistage et l'analyse des situations susceptibles d'entraîner des dysfonctions et des déficiences chez la personne.* » (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 2015). L'identification des patients victimes de violence appartient donc à son champ de compétences.

Cette compétence a été renforcée par la publication en juin 2019 par la HAS des recommandations de bonnes pratiques pour le repérage des femmes victimes de violence au sein du couple. Il est destiné à tous les professionnels de santé. Ce guide va nous servir de référentiel dans la suite de ce mémoire. (Haute Autorité de Santé, 2019)

Pour accompagner les patients victimes de violences, le masseur kinésithérapeute dispose d'outils.

Premièrement, le MKDE est en capacité d'établir un **certificat médical masseur kinésithérapeute sur demande de la personne majeure** (voir annexe I, modèle de certificat réalisé par la MIPROF). En effet, à la suite des rencontres avec la MIPROF en 2020, le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a présenté un modèle de certificat à rédiger en cas de violence. Ce document permet d'harmoniser et de guider la rédaction des différentes observations ou témoignages. Il engage la responsabilité de MKDE, c'est pourquoi il faut se montrer vigilant sur le contenu et l'utilisation qui en sera faite. Quelques précautions sont donc nécessaires comme citer les dires de la personne sur le mode déclaratif et entre guillemets, ne pas délivrer un certificat sans avoir vu et examiné la personne, bien daté du jour de sa rédaction etc (voir notice explicative du certificat médical, annexe II). Ce document forme une preuve importante dans la constitution d'un dossier lors du dépôt de plainte. Il est à donner à la victime, qui désire engager une action en justice. En effet l'engagement d'une action devant le juge pénal et/ou civil permet notamment l'obtention de mesure de protection et une réparation au préjudice.

Deuxièmement, la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020, visant à protéger les victimes de violences conjugales, autorise le professionnel de santé à **effectuer un signalement auprès des autorités judiciaires** (Article 12 - LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (1), 2020). Nous rappelons que le kinésithérapeute se doit de respecter le secret professionnel comme établi dans les articles L1110-4 (Article L1110-4 - Code de la santé publique, 2021) et L.4323-3 (Article L4323-3 - Code de la santé publique, 2000). Néanmoins, le code de déontologie rend possible de porter à la connaissance du procureur de la république des faits mettant en danger le patient sous certaines conditions. Pour les personnes majeures, il est indispensable d'obtenir son consentement. Cependant, si les violences mettent la vie de la victime en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger, il est possible d'enclencher cette procédure en outrepassant son accord. En effet l'article R. 4321-90 du code de la santé publique, énonce que "*lorsqu'un masseur-kinésithérapeute discerne qu'une personne à laquelle il est appelé à donner des soins est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection*" (Article R4321-90 - Code de la santé publique, 2020). Ainsi dans ces circonstances, le secret

professionnel peut-être écarté. Cependant, il s'agit pour le thérapeute, d'une possibilité et non d'une obligation.

Écouter, accompagner la personne dans son cheminement intérieur, lui faire prendre conscience de l'anormalité de la situation, rediriger vers des professionnels spécialisés forment les réactions attendues d'un MKDE afin de porter assistance aux personnes en danger.

### 3.3.2. En pratique - Constat

L'engagement de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes dans la lutte contre les violences faites aux femmes s'illustre dans sa participation aux travaux de la MIPROF. Un groupe de travail regroupant MIPROF, CNOMK, FNEK, DGOS et 2 IFMK a réalisé une enquête (Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances, 2020) dans le cadre de la 8ème rencontre interprofessionnelles de la MIPROF. Cette journée, mardi 17 novembre 2020, avait comme ligne directrice : la formation des professionnels, un enjeu majeur de la lutte contre les violences faites aux femmes. Cette enquête, réalisée via google drive sur 473 étudiants MK et 345 MKDE met en lumière **le manque de formation de l'ensemble de la profession au VSS. Elle a montré qu'entre 88% et 95% étudiants ne sont pas formés aux violences sexuelles, violence au sein du couple ainsi qu'aux mutilations féminines et mariages forcés. De plus, elle révèle que 9 étudiants sur 10 souhaitent être formés sur ces problématiques.**

Du côté des professionnelles, 91% des répondants affirment de pas avoir été formés et 83% expriment le souhait d'être formés sur ces violences. En effet, ce qui ressort de cette enquête c'est que 66% des répondants estiment que l'obstacle majeur au repérage des violences est l'absence de formation. Entre 85 et 92% des répondants se sont senti insuffisamment voir pas du tout préparés pour prendre en charge et orienter la victime.

Pour conclure, 7 kinésithérapeutes sur 10 estiment avoir un rôle dans la prise en charge globale des femmes victimes de violences.

C'est en s'appuyant sur ces résultats préoccupants que nous avons élaboré notre grille d'entretien.

### 3.4. Problématisation

A la suite des recherches dans la littérature ajoutées à nos expériences personnelles, nous prenons conscience de la complexité du sujet. Les résultats de l'enquête ci-dessus, représentative des étudiants et professionnels en kinésithérapie, permettent de faire un état des lieux de la sensibilisation des MK au sujet des violences. Ainsi, nous avons jugé non pertinent de continuer l'analyse des résultats du questionnaire dans la méthodologie de recherche de ce mémoire. Cependant, ces résultats, accablants, nous orientent vers une recherche sous forme d'entretien chez des MKDE afin de déceler les enjeux liés à l'évocation de ce sujet. En effet, le questionnaire réalisé par le groupe de travail de la MIPROF met en valeur le manque de formation et de légitimité que portent les kinésithérapeutes sur cette problématique. Par notre partie exploratoire, nous allons chercher à approfondir l'impact des kinésithérapeutes dans ce rôle d'identification et de prise en charge des victimes dans leur patientèle.

## 4. Partie exploratoire auprès de MKDE

Cette partie est destinée à montrer l'élaboration ainsi que la mise en place de l'enquête de terrain. Le but est d'analyser la réalité de la pratique afin de comprendre les limites auxquelles les kinésithérapeutes peuvent être confrontés. Elle permet de recueillir des informations à propos du retour d'expérience et du ressenti des masseurs-kinésithérapeutes exerçant différentes spécificités de la profession. Premièrement nous allons présenter le déroulement de l'étude. Puis nous allons expliquer l'utilisation de la méthode de l'entretien. Enfin nous parlerons des méthodes d'analyse utilisées pour traiter les informations recueillies.

### 4.1. Présentation de l'étude de terrain

Dans un premier temps nous allons rappeler les objectifs de cette étude. Ensuite nous expliquerons la méthode choisie pour développer ce sujet. Enfin nous évoquerons les modes de recrutements mis en place pour inclure les participants à notre étude.

#### 4.1.1. Objectifs de la recherche

Nous souhaitons connaître l'information et la sensibilisation des masseurs-kinésithérapeutes interrogés sur le thème. Aussi nous désirons comprendre comment est construite la relation patient-thérapeute et qu'elle est son degré d'intimité. Nous avons besoin de savoir si la spécificité de la kinésithérapie exercée a une influence pour répondre à la problématique. Il est aussi essentiel pour nous de connaître l'organisation du cabinet afin de déterminer s'il s'agit d'un biais dans l'évocation du sujet des violences.

C'est pourquoi une étude de terrain est la méthode qui semble la plus appropriée face à ces derniers objectifs. Un questionnaire à l'échelle nationale au sujet de la sensibilisation ayant déjà été fait par un travail coordonné entre l'ordre, la MIPROF et la FNEK (Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances, 2020), nous voulons interroger les praticiens pour qu'ils puissent nous présenter leur parcours, leurs expériences et leur sensibilité dans l'abord de ce sujet.

#### 4.1.2. Déroulement de l'étude.

Nous avons désiré faire en premier lieu un questionnaire sur google forms afin d'établir un état des lieux de la sensibilisation des MK sur le sujet. Cependant la difficulté d'obtenir un nombre de réponses suffisantes ajouté aux résultats de l'enquête de la MIPROF

aux questions semblables nous ont fait abandonner le projet. Naturellement nous nous sommes dirigés vers l'élaboration d'un guide d'entretien. Cet outil d'enquête nous permet de récolter des données qualitatives que nous analyserons dans la suite de ce travail.

#### 4.1.3. Recherche des participants

Les critères d'inclusions étant larges, nous avons un panel important de personnes interrogées. L'important était que l'ensemble des spécificités de la kinésithérapie soit représenté afin de collecter des avis représentatifs de la diversité que propose cette profession. Nous avons pris la décision d'interroger 11 personnes. Ce nombre permet d'être le plus représentatif possible dans la récolte des données et permet de se rapprocher de la saturation des modèles. (Kaufmann & Singly, 2016, p 26).

J'ai utilisé mes contacts personnels et professionnels pour trouver les personnes à interroger. Ainsi les interviewés demeurent être des professeurs à l'IFMK, des tuteurs chez qui j'ai déjà effectué un stage ou non. Enfin j'ai interrogé aussi des connaissances personnelles exerçant la profession et j'ai effectué une recherche spécifique. Cette dernière me permettant d'obtenir un panel représentatif des spécificités que propose la kinésithérapie.

Je n'ai pas réussi à avoir une égalité des sexes. Ainsi, sur les 11 personnes interrogées, 3 sont du genre masculin et 8 du genre féminin.

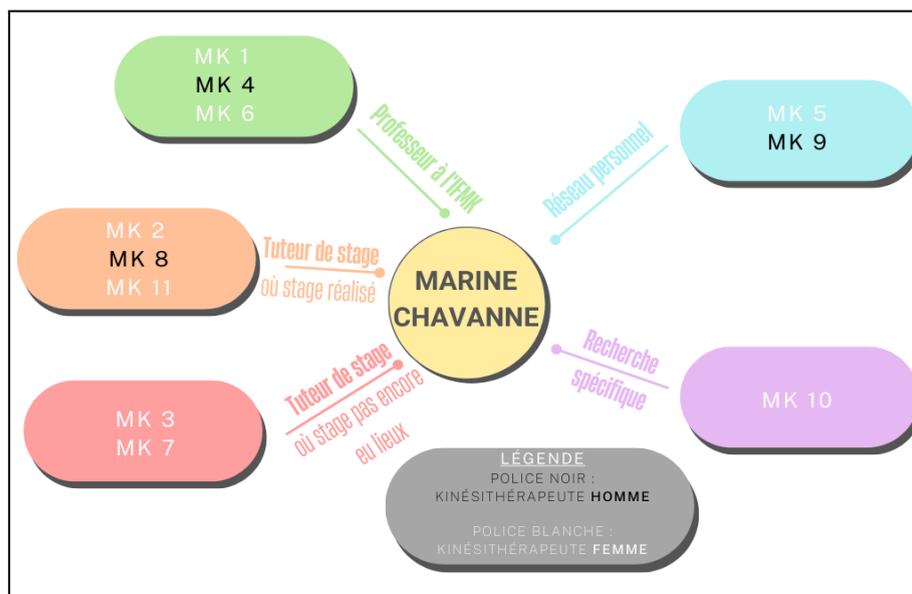


Figure 1 : Méthodologie de recrutement des kinésithérapeutes

De plus, il était important pour nous de varier les institutions de formation initiales afin d'étudier le degré de sensibilisation sur le sujet. Ainsi dans notre échantillon, les kinésithérapeutes ont été formés dans 6 écoles différentes de France et d'Europe. En effet, la Belgique, par la Haute Ecole de la Province de Liège (HEPL) et l'Allemagne sont aussi représentées. Une petite moitié des interviewés (5) ont été formés à l'IFMK de Lyon. De plus 2 kinésithérapeutes viennent de l'école d'Orléans, une professionnelle de de Saint-Etienne et enfin un de Montpellier.

En plus des lieux de formations différents nous avons choisi d'interroger des générations de kinésithérapeutes différentes. Nous avons trois kinésithérapeutes qui ont obtenu leur diplôme entre 1990 et 2000. Quatre d'entre eux ont été diplômés entre 2000 et 2014 c'est-à-dire avant la réforme des études de kinésithérapie. Cette réingénierie a pour objectif de définir *“un cursus de formation de qualité permettant aux masseurs-kinésithérapeutes de prendre toute leur part dans la prise en charge des patients dans le cadre des orientations de la stratégie nationale de santé”*(Ministère de l'éducation nationale, 2014). La prise en considération du patient est une des pistes d'évolution proposé par cette réforme. C'est pourquoi nous avons veillé à l'égalité d'inclusion des professionnelles diplômés avant et après 2015.

Enfin, le positionnement du lieu d'exercice est un critère qui est susceptible d'influencer la pratique. Cette influence ne porte pas forcément sur la zone géographique mais principalement sur l'organisation de la structure. Nous avons choisi dans notre échantillon, toujours par souci d'être représentatif de la population des professionnels, d'inclure des kinésithérapeutes travaillant dans des cabinets de groupe en majorité. En effet, aujourd'hui 85,3 % des kinésithérapeutes ont un exercice mixte ou libérale exclusif (Guillaume, 2020).

De plus, nous nous sommes demandé si l'exercice dans un cabinet de groupe ou individuel avait un impact pour répondre à notre problématique. C'est pourquoi nous avons scindé en deux les personnes exerçant en libérale. Pour finir, 14,7 % des kinésithérapeutes sont salariés à l'hôpital, c'est pourquoi nous en avons interrogé un. La présentation ci-dessous prend en compte l'exercice actuel de la kinésithérapie. Certaines personnes interrogées ont changé de mode d'exercice pendant leur carrière. De sorte, nous pouvons avoir des retours d'expériences en hôpital pour quelqu'un qui exerce aujourd'hui en libéral et inversement.

De plus nous avons souhaité diversifier les lieux d'exercices des praticiens entre centre-ville, banlieue résidentielle lyonnaise ou hors de la région ARA.

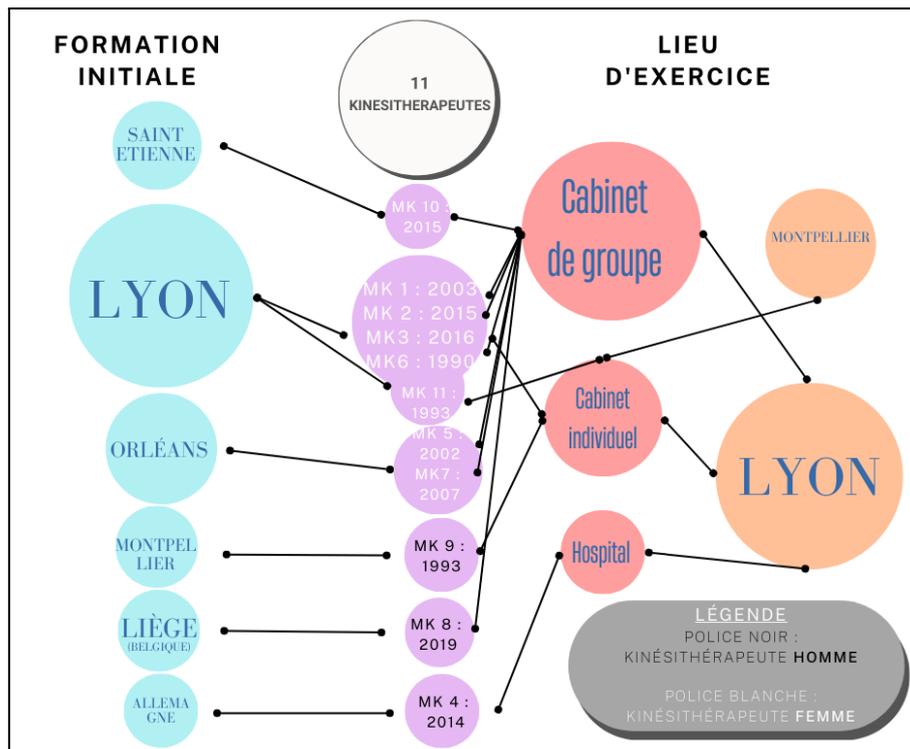


Figure 2 : Présentation de l'échantillon final en fonction du lieu d'exercice

Le domaine de la pelvi-périnéologie est un peu plus représenté avec 3 kinésithérapeutes spécialistes interrogés. Les spécialités du sport, gériatrie, maxillo faciale, pédiatrie ou la kinésithérapie plus générale ont participé aux entretiens de façon équivalente. Il est important pour nous de cibler des spécificité de la kinésithérapie différentes afin d'étudier si cela a une influence dans l'identification de victime au sein de leur patientèle. De plus, la diversité d'exercice permet d'obtenir un panel de problématiques large, toujours dans cette même volonté d'être le plus représentatif possible malgré le faible nombre de professionnels inclus dans notre étude.

L'ensemble de ces facteurs est résumé en annexe

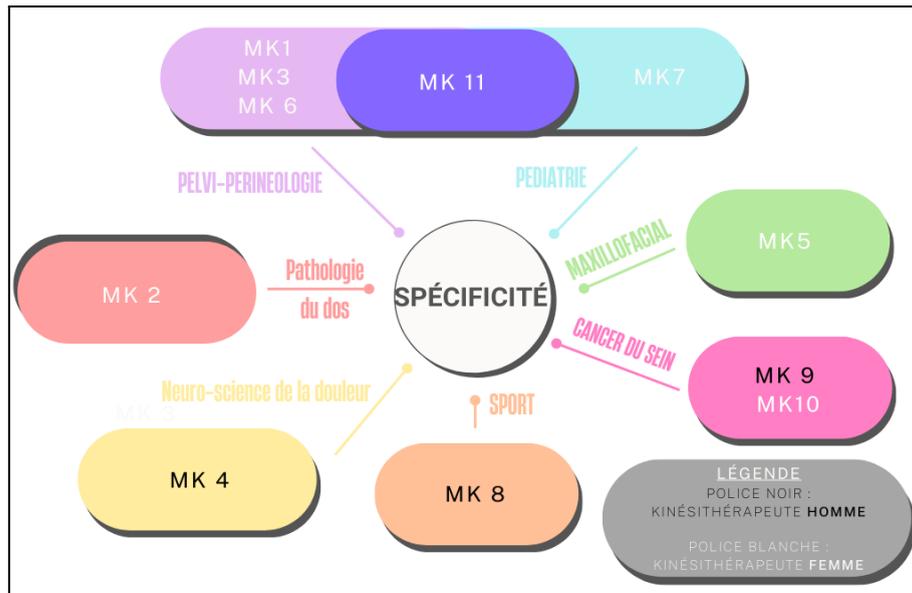


Figure 3 : Présentation de l'échantillon final en fonction de la spécificité d'exercice

## 4.2. Le guide d'entretien, une analyse qualitative.

Dans cette partie, nous allons nous intéresser à la façon dont ont été menés les entretiens, de la préparation au déroulement de ces derniers.

### 4.2.1. Préparation du guide d'entretien

Les entretiens individuels sont réalisés sur des MK sélectionnés en amont. Ils sont cadrés par un guide d'entretien semi-directif suivant un raisonnement hypothético-déductif. L'objectif est d'identifier les points de vue, les attitudes, l'expérience des praticiens au sujet de l'identification de patients victimes de violences. Onze entretiens sont réalisés sur des kinésithérapeutes aux profils différents.

Lors de l'élaboration du guide, nous avons veillé à travailler nos tournures de phrases afin d'influencer au minimum les interviewés. Des questions secondaires ont été élaborées en amont afin de préciser la compréhension de la question. De plus, des reformulations et des questions supplémentaires peuvent être posées afin d'étayer le propos. Ainsi pour l'enquêtrice, ce processus permet de maintenir la discussion et une compréhension active (Gatto & Ravestein, 2008, p. 70).

Le guide d'entretien s'articule autour de 4 axes précédé d'une introduction. Elle a pour but de présenter le sujet, resté jusqu'à l'entretien inconnu. En plus, elle permet de

présenter le déroulement de l'entretien. Nous en avons profité aussi pour demander l'autorisation d'enregistrer l'entretien. En effet l'enregistrement étant indispensable à leur retranscription. Pour finir, nous avons utilisé cette introduction pour rappeler que l'ensemble était anonyme afin que les interviewés s'expriment librement, sans jugement.

Par la suite, l'entretien se partage en 4 points. La partie 1 est une présentation de la personne interrogée. Cela permet de se rendre compte du contexte d'exercice du praticien, ceci pouvant influencer ses réponses.

La partie 2 s'intéresse à la relation thérapeute-patient. La partie 3 et 4 sont ciblées sur les VSS avec tout d'abord une vision théorique puis un ancrage dans la réalité.

Tous les entretiens sont suivis d'un temps d'échanges, non enregistré et ne servant pas dans ce travail.

Tableau I : La grille d'entretien

Partie 1 : Présentation	
Questions primaire	Questions secondaires ou de précision
1) Pouvez-vous vous présenter ?	Genre, IFMK ou école de formation, année du diplôme, formation complémentaires, spécificités exercées.
2) Parlons à présent de l'organisation de votre cabinet ?	Nombre de praticiens, nombre de patients dans le cabinet en même temps, présence de box individuel, proportion de PEC dans les espaces commun/individuel. Combien de patient par séances, quelle est la durée des séances,
3) Pouvez-vous me parler de vos patients ?	Pathologies les plus fréquemment rencontrées, type de population, genre, catégories d'âges.

Partie 2 : La relation thérapeute/patient	
4) Comment s'organise votre prise en charge ?	Faites-vous systématiquement un bilan lors de la première séance ? Quels bilans, centrés sur la pathologie ou plus global ? Quel est le déroulé de la 1ère séance (temps, début de traitement) ?
5) Comment jugez-vous vos relations avec les patients ?	Selon une graduation de 1 à 5 avec 1 pas du tout proche et 5 très proche
6) Comment établissez-vous une relation de confiance avec vos patients ?	Comment le dialogue est-il établi ? Comment évaluez-vous votre relation ? Laissez-vous le temps au patient de se livrer ?
Partie 3 : Les violences sexistes et sexuelles - Sensibilisation	
7) Avez-vous déjà entendu parler de VSS ?	Si oui dans quel contexte ?
8) Formation : Avez-vous au sein de votre IFMK/école reçu une formation/cours sur le sujet des violences (sexuelles, conjugales, infantiles..) ?	D'après-vous est-il pertinent et nécessaire de sensibiliser aux violences lors de la formation initiale ?
9) Formation : Avez-vous reçu une formation sur le sujet des violences faites aux femmes en dehors de votre formation initiale ?	Si oui, dans quel cadre ? Est-ce une demande de votre part ? Quel est l'organisme de formation ? Quel était le niveau de pertinence de la formation ?
Partie 4 : Patient victime de violence - En pratique, au cabinet	

<p>10) Avez-vous déjà été confronté à un/une patient.e victime de violence ?</p>	<p>Si oui comment l'avez-vous remarqué ?</p> <p>Par l'observation de signes cliniques : dépression, trouble du sommeil, problèmes alimentaires, comportements addictifs...</p> <p>Par l'observation de signes corporels : marques, postures...</p> <p>En orientant la conversation ? En posant la question explicitement ?</p> <p>Dans quel contexte (massage, mobilisation..?)</p> <p>Quel était le sexe et l'âge du/des victimes ?</p>
<p>11) Que pensez-vous de la question "Avez-vous été victime de violence ? " est à poser systématiquement lors de la 1ère séance / bilan ?</p>	<p>Est-elle à poser systématiquement ? Pour quelle prise en charge ? A quel moment ?</p>
<p>12) Comment avez-vous réagi ou comment pensez-vous que vous auriez réagi si une victime témoigne lors d'une séance ?</p>	<p>Comment accueillir le témoignage d'une victime ? Que dire à la victime ? Vers qui rediriger ? Connaissez-vous les réactions physiologiques au VSS ?</p>
<p>13) Avez-vous la connaissance que les MK ont la compétence de rédiger un certificat médical ?</p>	
<p>14) Si vous avez connaissance du statut de victime de violence de votre patient, cela aura-t-il une influence / un changement sur votre prise en charge ?</p>	
<p>15) Pensez-vous que les kinésithérapeutes sont des professionnels médicaux adaptés</p>	<p>Seriez-vous pour une formation sur la PEC de ces patients victime de violence.</p>

pour identifier les personnes victimes de violences ?	
--	--

Critères d'inclusion :

- Être diplômé en masso-kinésithérapie depuis plus de 2 ans
- Exercer dans un pays francophone : France - Suisse - Belgique
- Pratique en secteur libéral
- Pratique en salariat

Critères de non-inclusion :

- Etudiant
- Aidant à l'élaboration du guide d'entretien

Critères d'exclusion :

- Prise en charge de plus d'un patient par séance
- Diplômé en masso-kinésithérapie en 2021 ou 2022

#### 4.2.2. Déroulement des entretiens.

Nous avons favorisé, dans la mesure du possible, les entretiens réalisés en face à face. Ainsi, nous nous sommes rendus dans les cabinets des différents thérapeutes pour les réaliser. Deux d'entre eux ont été réalisés à l'université pendant la pause méridienne avec des professeurs de l'IFMK. En raison de contraintes temporelles et de localisation, certaines interviews ont été réalisées par téléphone. Il était important que les participants soient de bonne disposition pour répondre aux questions. C'est pourquoi nous nous sommes adaptés à leurs contraintes. L'ensemble des entretiens ont été réalisés courant novembre. Les entretiens ont duré en moyenne 30 minutes, à l'exception d'un ayant duré une heure.

Tous les entretiens se sont passés dans une ambiance conviviale, propice à la discussion et au développement d'idées. Il était important de développer une écoute active afin que l'interviewé se sentent compris et fasse l'effort d'étayer son propos. Les kinésithérapeutes interrogés ne connaissaient pas à l'avance les questions posées. Nous pouvons dire que tous les entretiens se sont très bien déroulés, autant sur la forme que sur le fond. Nous sommes satisfaits des données récoltées lors de ses entretiens.

### 4.3. Méthode d'analyse des entretiens

#### 4.3.1. Analyse des données

Nous avons fait une analyse de ce large corpus en suivant une méthodologie rigoureuse. En effet, *“la lecture d'un grand nombre d'entretiens peut laisser une large place à la subjectivité”* (Barbillon & Le Roy, 2012, p.47).

Chaque entretien a été retranscrit de manière littérale à partir des enregistrements. L'écrit se veut être parfaitement fidèle aux propos de l'audio énoncés par les thérapeutes. En effet, *“L'analyse des discours concerne les textes écrits et non pas les enregistrements eux-mêmes”* (Blanchet et al., 2015, p.89). Nous avons utilisé l'outil “saisis vocal” proposé par Google Chrome. Nous écoutons l'audio puis nous répétons les phrases énoncées à l'identique. Par vérification, nous avons effectué une relecture en même temps que nous écoutions l'audio. Les interrogations de l'enquêtrice sont écrites en gras et celles des interviewés, non, pour une meilleure visibilité. Un codage a été mis en place permettant de s'intéresser aussi à la forme du discours. Ce codage est présenté en annexe III. Nous avons choisi de numéroter l'ordre des questions pour faciliter l'analyse.

Ensuite une lecture flottante est réalisée dans l'objectif *“qu'émergent les premières impressions, les premières pistes d'analyse ainsi que le choix du découpage”* (Barbillon & Le Roy, 2012, p.48). De cette lecture sont dégagées les unités de découpages utiles à la catégorisation du propos. Nous avons fait ce découpage de façon déductive en reprenant les thèmes et les sous-thèmes du guide d'entretien. Un extrait de la partie relative aux retours d'expérience au cabinet de notre lecture flottante est présenté en annexe IV.

Par la suite, nous avons analysé le sens du discours à un niveau quantitatif et qualitatif. L'analyse quantitative permet d'établir la fréquence d'apparition de certains mots ou groupes de mots. Elle est réalisée grâce à l'outil *“recherche”* proposé par Google Doc.

L'analyse qualitative permet une analyse plus en profondeur *“autant sur ce qui est dit (le fond, le verbal) qu'à la façon dont cela est dit (la forme, le non-verbal).”* (Barbillon & Le Roy, 2012, p.49). Pour ce faire, nous avons procédé à une analyse thématique horizontale. Cette méthode nous permet de mettre en lumière les différentes thématiques soulevées inter-entretien et d'en faire un zoom. Chaque thématique est étudiée de manière transversale. La grille réalisée à la suite de la lecture flottante les classifie. Elle a été réalisée sous forme de tableau à l'aide de Google Sheet, comme présenté en annexe IV. Cette pré-analyse nous a permis le choix du découpage en thème et sous-thème et un premier tri des idées. Par la suite, nous avons réalisé des grilles d'analyse pour chaque kinésithérapeute interrogé. Nous avons repris les thèmes et sous-thèmes dégagés lors de la lecture flottante que nous avons justifiée par l'extraction de verbatim. Ces grilles d'analyse nous ont servi de base pour la rédaction de l'analyse.

#### 4.3.2. Analyse des biais et des limites

##### **Biais de sélection**

Il existe dans notre étude une sous-représentation du genre masculin. Nous n'avons pas réussi à obtenir un échantillon représentatif de la population de kinésithérapeutes concernant le genre. En effet, 72 % (soit 8/11) des personnes incluses dans l'entretien sont de sexe féminin. Ce déséquilibre s'explique par notre méthode de recrutement. Cette dernière s'est basée uniquement sur nos contacts professionnels et personnels. Ainsi, les choix des terrains de stages lors de ma formation ont été influencés par les spécificités de la profession vers lesquelles je souhaite m'orienter. C'est la raison pour laquelle nous sommes de prime abord en contact avec des kinésithérapeutes de sexe féminin et, spécialisées dans le domaine de la pelvi-périnéologie ou la pédiatrie. Or, il est important de noter que dans ces

domaines, les professionnels sont généralement sensibilisés aux VSS. Malgré, une féminisation progressive de la profession, nous observons selon, le rapport sur la démographie des kinésithérapeutes réalisé par l'ordre des MK en 2020 (Guillaume, 2020), une parité femme/homme.

D'autre part, l'ensemble des kinésithérapeutes choisis ici, exerce en centre-ville ou dans les couronnes périurbaines de classes aisées des métropoles.

De ce fait, cela réduit la diversité et l'ethnicité de la patientèle. Ce qui rend notre étude peu représentative quant à la définition et à la vision des VSS allouées à certaines cultures et traditions.

### **Biais d'information**

L'analyse des entretiens est soumise à une certaine subjectivité. Nous la retrouvons dans le déroulement des entretiens. L'investigatrice peut influencer par ses questions, permis par l'entretien semi-directif, le discours des interviewés sans le vouloir. De plus, l'analyse quantitative induit forcément une part de subjectivité. Malgré la volonté d'être objectif, l'analyse dépend de la sensibilité du chercheur. De plus, nous aborderons une thématique pouvant susciter le débat. Nous n'excluons pas la possibilité que certaines réponses soient modulées par la pression sociétale et ce que les participants peuvent lire, entendre, écouter dans les médias actuellement.

### **Biais de représentation**

Dans cette étude, l'échantillon se compose de 11 participants. Il s'agit d'une petite quantité ce qui rend peu représentatif au vu du nombre de masseurs-kinésithérapeutes inscrits à l'Ordre National, soit 90 315.

Aussi, notre étude ne permet pas d'atteindre la saturation des modèles définis à 18 participants.

### **Biais de mesures**

Dans notre étude, le biais de mesure a pu être évité de par la procédure de simple insu. En effet, les participants ont accepté de répondre à notre étude sans avoir eu connaissance, en amont de la thématique abordée ni, de la méthodologie utilisée lors de l'entretien.

## **Limites de la qualité méthodologique**

Il s'agit d'un premier travail en sciences humaines et sociales réalisé par l'enquêtrice. La méthode d'analyse utilisée provient de livres méthodologiques et des lectures approfondies d'études.

## **Attentes de l'étude**

*“L'analyse de contenu implique des hypothèses”* (BLANCHET & GOTMAN, 2015). Nos observations sur le terrain ainsi que dans la littérature, nous amènent à établir un lien étroit entre la relation patient/kinésithérapeute et l'évocation du sujet des violences. De ce fait, nous avons inclus dans la grille d'entretien l'élaboration d'une relation de confiance.

Par ailleurs, en lien avec l'absence du biais de mesure, nous nous attendons à ce que les personnes interrogées mènent une courte réflexion dans le choix des mots de réponse. Et cela, dans un souci de répondre correctement à la question. Par ce terme, nous entendons le choix des mots sur un sujet qualifié de délicat.

Aussi, nous nous attendons à une remise en question de la part des interviewés, de leur pratique. En effet, nous imaginons que les kinésithérapeutes non spécialisés dans la prise en soin de la femme victime de violence n'ont jamais eu l'opportunité de mener une réflexion autour de ce sujet.

Concernant les connaissances autour des VSS ainsi que leur prise en charge, nous avons conscience de la diversité de compétences et de sensibilisation. Ainsi, nous nous attendions à ce que les masseurs-kinésithérapeutes ne se posent pas la question au sujet des violences à leurs patients. À l'exception, que leurs soupçons soient éveillés leurs par des traces de violences physiques (hématomes, chute inexplicée...).

Cependant, comme présenté dans l'enquête réalisée par le groupe de travail de la MIPROF (Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances, 2020), nous imaginons que la majorité vont exprimer une volonté d'être sensibilisée /formée sur cette problématique.

Nous pensons que les professionnels spécialisés en pelvi-périnéologie vont avoir une approche ainsi que des expériences différentes par rapport aux autres spécialités de la kinésithérapie. Nous imaginons qu'elles ont une sensibilité plus importante sur le sujet. Cette dernière pouvant être développée par l'expérience de terrain et les formations complémentaires dans le domaine d'une sphère intime. Nous présumons alors, que les participantes interrogées et exerçant dans ce domaine, sont informées de l'existence du certificat médical en cas de témoignage.

## 5. Analyse : la sensibilisation des praticiens face aux VSS

Nous procédons à une analyse thématique. Dans un premier temps, nous allons étudier la relation qui s'établit entre les kinésithérapeutes et leurs patients. Par la suite, nous analyserons le niveau de sensibilisation au sujet des violences des professionnels et ce qui peut l'influencer. Enfin, nous constaterons la réalité de prise en compte des VSS en cabinet.

Toutes les citations présentées dans cette partie seront identifiées par le nom d'anonymat des kinésithérapeutes, entre parenthèses.

### 5.1. La relation kinésithérapeute patient

#### 5.1.1. L'approche

Lors des entretiens, les kinésithérapeutes ont décrit une importance particulière accordée à la première séance. Celle-ci comporte le bilan, dans la grande majorité des prises en charge.

#### **Le premier contact**

Chaque kinésithérapeute développe des stratégies pour aborder de façon sereine leurs patients. En effet, plusieurs facteurs ont une influence : la personnalité, les objectifs de la prise en charge, le type de relation que le kinésithérapeute souhaite instaurer avec ses patients. Il y a autant de différence dans le premier contact qu'il y a de relation kinésithérapeute/patient. Cette dernière va avoir un impact déterminant sur la suite du traitement.

Dans un but d'anticipation et pour diminuer l'effet de découverte autant sur la personne qui consulte que sur la raison du rendez-vous, une kinésithérapeute :

*“aime bien les appeler, leur demander pourquoi c'est”*(MK3).

Cet appel montre un engagement important de la thérapeute dans ses prises en charges qui prend du temps en dehors des séances pour favoriser la mise en place d'un climat de confiance. En effet, cela permet de rendre le premier rendez-vous moins brutal en termes de découverte.

D'autres font le choix de briser la glace en faisant :

*“toujours un interrogatoire administratif, pour le premier contact.”*(MK9)

Souvent autour de la même trame, celui-ci permet d'être le plus neutre possible afin de comprendre le fonctionnement de la personne qui consulte. L'objectif étant de *“cibler un petit peu le profil psychologique des gens”*(MK5) afin d'adapter sa prise en soin. Nous observons que le but premier va être de faire adhérer le patient à la prise en soin kinésithérapique. Pour cela, quatre kinésithérapeutes expliquent faire :

*“Un moment d'information qui est important, où j'explique comment je travaille”*(MK1).

En effet, la compréhension de la prise en charge est un facteur indéniable pour l'observance. (Fischer & Tarquinio, 2014)

Deux autres trouvent important de commencer le traitement lors de la première séance. :

*““oh ben on a rien fait la première séance!” donc il faut que je justifie notre travail.”*  
(MK6)

Afin de limiter une certaine frustration de la part des patients, ils ont choisi de proposer un début de prise en charge kinésithérapique.

Les approches sont diverses et découlent d'expériences professionnelles passées. Les thérapeutes proposent celles qui leur correspondent le mieux, comme à leur patient afin de mettre en place une alliance thérapeutique.

### **L'environnement extérieur**

Les contraintes logistiques vont influencer la prise de contact. En cabinet libéral, le patient découvre le lieu en même temps que le kinésithérapeute. Il arrive dans un milieu inconnu. C'est pourquoi certains professionnels accordent une importance à la qualité du lieu *“pour que les patientes se sentent dans un cocon.”*(MK5) et de l'accueil. Une kinésithérapeute préfère installer ses patients dans un box puis *“faire les papiers pour pas qu'il stagne debout dans l'entrée”*(MK1). Cette même kinésithérapeute choisit, pour respecter la pudeur des patients, de *“fermer à clé”*(MK1) en fonction de son ressenti. En effet, fermer à clé peut aussi être à l'origine d'un sentiment d'oppression, manque de liberté de la part du patient. C'est pour cela qu'elle va s'adapter à chacun des patients.

A l'hôpital où *“le premier contact se fait dans la chambre du patient”*(MK4), le rapport est différent. C'est le kinésithérapeute qui se déplace pour aller à l'endroit où vit le patient, directement dans son intimité. Le thérapeute a inévitablement accès à un nombre plus important d'éléments sur le patient.

Le lieu dans lequel la séance se déroule va avoir un impact sur la qualité de la relation.

### **Le temps**

L'importance de la première séance se révèle aussi par le temps, plus important, donné à celle-ci. Cinq d'entre eux *"bloque une heure"* (MK1) ; ou réserve des *"doubles-créneaux"*(MK10). D'autres choisissent de réaliser le bilan sur plusieurs séances car 30 minutes leur permettent *"de faire juste l'administratif et l'interrogatoire"*(MK9). Le bilan peut être complété une fois le traitement commencé. Autant en pédiatrie où *"le bilan s'étale sur la 2e, 3e séance."*(MK7) que chez l'adulte car *"c'est vrai que les gens sont plus amenés à parler au cours des séances suivantes quand ils ont une relation de confiance."*(MK6).

### **La communication corporelle**

Les gestes sont *"l'expression physique de processus psychiques sous-jacents : les émotions"*(Descamps, 1993). Le corps apporte des informations indéniables. Les kinésithérapeutes spécialisés pelvi-périnéologie y sont particulièrement attentives :

- *"Si je vois une patiente dans sa posture, dans son regard, dans sa posture physique, ne se sent pas prête pour avoir par exemple, la première évaluation par toucher vaginal et ben je vais travailler autrement"*(MK11).
- *"Avec les bras serrés, les jambes serrées, qu'elles ne te regardent pas dans les yeux."*(MK3)*"Une personne qui n'occupe pas son espace ou au contraire quelqu'un de complètement désordonnée qui n'a pas de limite de son corps."* (MK3)

Ce regard professionnel se doit d'être développé chez l'ensemble des kinésithérapeutes.

#### 5.1.2. Etablir une relation de confiance

Nous observons chez les kinésithérapeutes travaillant en pédiatrie un accent mis sur le premier contact qui conditionne la suite :

*"la relation de confiance va s'établir sur plusieurs séances certes mais la première est capitale"*(MK11).

Dans cette spécialité *"la complicité avec l'enfant participe à la motivation et à son engagement pendant la séance"*(MK7). *"Par perméabilité, que c'est vrai aussi avec les patients adultes"*(MK11) se rend compte cette spécialiste en pédiatrie et pelvi-périnéologie.

Nous pouvons conclure que la relation de confiance s'établit avec le temps.

Tableau II : Analyse des résultats "Relation de confiance"

Termes	Nombre de praticien
Honnêteté	4 : MK2, MK1, MK9, MK11
Education thérapeutique	2 : MK1, MK11
Plan traitement	2 : MK1, MK3
Objectif du patient	4 : MK2, MK4, MK 8, MK11,
Consentement/progression	2 : MK3, MK11,
Ecoute	4 : MK4, MK5, MK8, MK10
Relation horizontale	3 : MK4, MK9, MK11
Dialoguer	1 : MK6
Le temps	2 : MK7, MK11

### **L'honnêteté**

Cet adjectif revient explicitement dans quatre témoignages quand nous demandons aux kinésithérapeutes d'analyser leur façon d'établir une relation de confiance :

*“Ce qui est hyper important c'est d'être très honnête”(MK2)*

Ce principe est flagrant en pédiatrie où *“tu dois être vrai dans ta façon de parler, dans le ton que tu vas employer, être naturel, et l'enfant doit se sentir en sécurité”(MK11)*. Sinon *“si je force trop en général ça ne marche pas.”(MK7)* a observé une autre kinésithérapeute qui travaille principalement avec des enfants en situation de handicap. Ce constat, flagrant chez les enfants, est applicable aux adultes. En effet les enfants ne trichent pas c'est pour cela que nous les prenons en référence au sujet de l'élaboration d'une relation de confiance. Nous observons que les kinésithérapeutes confrontés à une patientèle adulte font le même constat : l'alliance se crée *“dans la sincérité, de ne pas jouer un personnage, de se mettre à la portée des gens”(MK9)*.

### **L'écoute**

Quatre kinésithérapeutes appuient l'importance d'être à l'écoute pour que les patients *“se sentent écoutés et compris quand ils viennent ici”(MK8)*.

*“Être à l'écoute c'est aussi montrer qu'on est à l'écoute.” (MK4)* insiste un kinésithérapeute spécialisé dans la prise en charge des douleurs chroniques. Il va plus loin avec *“ la volonté d'essayer d'avoir une relation horizontale” (MK4)*. Pour lui *“le patient a une*

*place aussi importante que le soignant dans la consultation*". En effet le patient est *"expert de toutes ses sensations et toutes ces informations qu'il va pouvoir me donner."*(MK4) et les kinésithérapeutes sont experts *"sur l'aspect technique de la santé"*.(MK4) C'est pourquoi il propose de *"sortir de cet axe un peu de domination"* (MK4). Cette idée est rejointe par trois kinésithérapeutes qui ont à cœur de demander les objectifs du patient. C'est depuis qu'elle a constaté que *"mon objectif à la fin de mon bilan n'est pas le même que celui de mon patient"*(MK2) que cette thérapeute demande toujours les objectifs du patient.

### **Education thérapeutique**

L'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients *"à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge"* d'après la HAS (HAS, 2013).

Deux kinésithérapeutes disent de façon explicite faire de l'éducation thérapeutique. Il s'agit *"d'un moment d'information qui est important, où j'explique comment je travaille"*(MK11). L'objectif est bien de mettre en place l'alliance thérapeutique *"si dès le départ, ils ne comprennent pas qu'il y a des choses qu'ils vont devoir faire et qu'ils ne sont pas uniquement passif, ça peut mettre en échec mon traitement"*(MK11). Cette volonté d'expliquer le traitement à son patient pour avoir son adhésion est rejoint par un autre kinésithérapeute qui donne *"un plan de traitement très souvent, ça les met en confiance"* (MK3).

### **Progression**

De plus, la notion de consentement est centrale. Nous pouvons l'observer particulièrement dans la prise en charge en pédiatrie. *"Je laisse les gens venir à leur rythme"*(MK7). C'est pourquoi dans ce domaine *"le bilan s'étale sur la 2e, 3e séance"*(MK7). *"Je vais attendre qu'il y ait un signal donné pour pouvoir rentrer en contact avec lui"*(MK11) et *"je mets rarement les pieds dans le plat dès la première séance"*(MK7). Ainsi le temps est un élément indispensable dans l'élaboration d'une relation de confiance. En plus de demander, les professionnel évalue selon leur ressenti si la patiente est prête.

En effet le travail se fait :

*"sur une sphère qui est intime, qui peut être chargée émotionnellement et que ça peut arriver qu'il y a des moments où un exercice puisse déclencher une émotion et qu'il n'y a pas de jugement, elle vient elle vient et on l'accueille".* (MK11)

### **Quand ça ne "match pas"**

Trois thérapeutes ont décrit le même constat :

- *"y en a chez qui ça match pas"*(MK1).

- “Et il faut savoir arrêter quand ça ne match pas”. (MK1).

Ceci montre bien que la relation entre kinésithérapeute et patient a une influence sur la prise en soin. Effectivement l'adhésion thérapeutique conditionne la bonne réalisation du traitement.

### 5.1.3. Analyse de la relation kinésithérapeute/patient par les thérapeutes

#### Analyse quantitative

Lors des entretiens, nous avons demandé aux professionnelles interrogées de quantifier à l'aide d'une note sur 5 leur relation avec les patients. La note de 5 est attribuée pour une relation qu'il juge proche voir intime selon leur propre perception. Plus il considère être distant avec leur patient, plus la note se rapproche de 0.

Sept kinésithérapeutes ont accepté d'attribuer une valeur quantitative. La note minimale est de 2.5 et la note maximale est de 4. Nous calculons une moyenne à 3.5/5 avec un écart-type de 0.53.

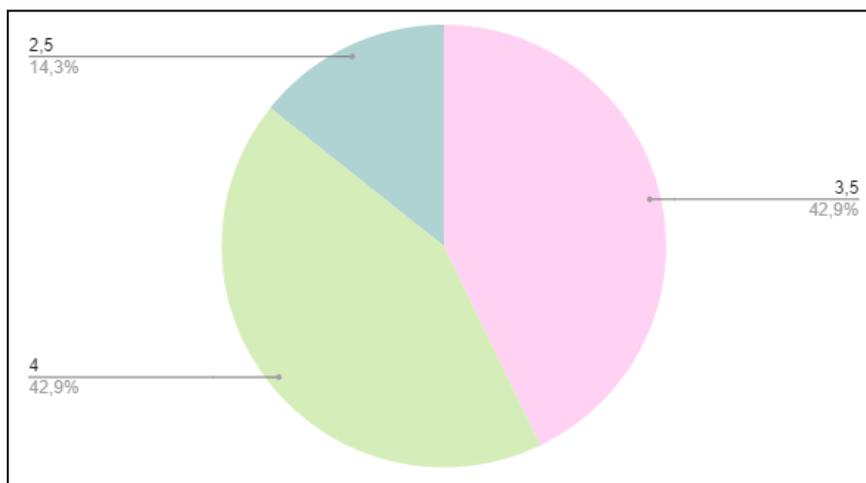


Figure 4 : Diagramme de distribution des notes jugeant de la proximité kinésithérapeute/patient

Nous observons que 85,8% ont donné un valeur comprise entre 3.5 et 4. Nous pouvons conclure qu'en moyenne les kinésithérapeutes se sentent proches de leur patient. Cependant ils gardent une certaine distance en n'excédant pas la note de 4 sur 5.

En outre, les thérapeutes ont trouvé cette question difficile. La majorité ont demandé de reformuler la question. De plus, ils nous ont fait part de la complexité de donner une note commune pour tous les patients. En effet, il y a des “patients où j’aurais plutôt tendance à dire 1”,(MK4) et d’autres “ils ont réussi à me faire part de choses qu’il n’ont fait part à personne d’autre..un 5”(MK4).

Le lien de proximité s'établit selon ce thérapeute en fonction du degré d'intimité de confession des patients.

### **Analyse qualitative**

L'adjectif le plus utilisé pour qualifier la relation entre kinésithérapeute et patient est le terme : "proche". Cinq kinésithérapeutes (MK3, MK7, MK8, MK10, MK11) l'utilisent avec des degrés différents:

*"Je me sens proche d'eux" mais "je ne suis pas là pour copiner avec eux"*(MK11) précise une thérapeute.

D'autres soulignent le besoin de partager des passions communes pour faciliter ce lien:

*"Si c'est des sportifs ça sera plus facile aussi car on va partager autour du sport, se fixer des objectifs"*(MK8). "

Ceci peut entraîner des relations qui flirtent avec l'aspect uniquement professionnel :

*"J'ai la distance professionnelle mais cette distance pourrait paraître très fine pour certains"*(MK3).

*"J'arrive à avoir une relation proche avec mes patients même parfois un peu trop" se confie MK10.*

Avec l'expérience, les thérapeutes indiquent une volonté de se protéger pour ne pas être impactés :

*"Je ne suis pas impactée en dehors des séances du vécu de mes patients"*(MK2).

*"C'est hyper important de garder une distance en imposant le vouvoiement" (MK2)* selon cette thérapeute. En effet, elle fait référence à des expériences passées avec des histoires de patients qui l'ont atteintes, même en dehors du cabinet.

Ces témoignages nous amènent à nous questionner sur le cadre de la relation entre kinésithérapeute et patient. Nous observons que le terme "distance thérapeutique" est présent lorsque l'on parle de cette relation. Il est repris par quatre thérapeutes (MK2, MK3, MK6, MK7) comme outils de protection :

*"Il ne faut pas être trop copain copain, qu'il faut garder une distance thérapeute"*(MK6).

*"j'essaie d'être assez proche mais il y a toujours une petite distance que j'essaie de garder." (MK7)*

En outre, des thérapeutes ont la sensation d'être "*souvent un petit peu des psy*"(MK6). Cependant ce ressenti a des limites car "*on n'est pas beaucoup formé en psychologie alors qu'on a quand même un grand rôle sur ça*" (MK5). Cette thérapeute évoque une limite de la formation initiale que nous allons développer dans la suite de cette analyse.

## 5.2. La sensibilisation théorique aux VSS

Les masseurs-kinésithérapeutes ont, pour l'ensemble de l'échantillon, déjà entendu parlé des VSS. Cependant leur degré de sensibilisation est différent en fonction de leur parcours personnel et professionnel.

### 5.2.1. Rapport personnel ou professionnel au sujet des VSS

Le thème "VSS" fait écho chez chacun des interviewés.

#### **Personnellement**

Six thérapeutes nous expliquent que c'est dans un contexte personnel qu'ils ont été confrontés à la problématique des VSS la première fois.

Deux nous font part que c'est dans leur cadre privé qu'ils ont la possibilité de partager autour de ce sujet. "*Je suis sensibilisé parce que ma femme est psychologue et que maintenant elle est sexologue*" (MK9).

Une autre nous confie que sa "*1ère rencontre avec ce milieu.*"(MK3) est dans une position de victime. "*On s'est tous fait un peu agresser, moi c'était mon cas*"(MK3). Elle minimise son propos en ajoutant : "*Rien de trop grave*"(MK3) "*c'est comme toutes filles françaises adolescentes malheureusement.*"(MK3).

Deux nous évoquent les médias comme principale source d'information avec le phénomène #MeToo comme première prise de conscience de ces violences. Une autre confie : "*quand je me suis remise en question c'était quand il y a eu toute la polémique sur la violence pendant l'accouchement.*"(MK1). Ce scandale a permis de prendre du recul sur son expérience personnelle. En effet, en exerçant la kinésithérapie, notre relation au toucher évolue. Certains gestes, pouvant apparaître comme anodins, réalisés chaque jour au cabinet, n'ont peut-être pas leur place. Elle prend l'exemple d'une caresse faite par l'anesthésiste lors son accouchement compliqué : "*il n'était pas libidineux, il n'était pas douteux, mais le geste n'était pas approprié*"(MK1). Ce type de scandales (#MeToo,

violences obstétricales) permet à la fois de libérer la parole, dénoncer les agresseurs mais aussi faire prendre conscience à l'ensemble de la population certains agissements anormaux. La sensibilité de chacun est différente, en tant que thérapeute il faut en être conscient afin d'agir en conséquence.

### **Professionnellement**

Trois kinésithérapeutes expliquent avoir été confrontés au sujet des VSS pour la première fois dans le cadre de leur exercice professionnel.

Pour MK2, elle était encore en stage quand *“un enfant m'avait fait comprendre que son papa tapait sa maman”* (MK2). Dans ce cas, nous observons que l'enfant s'est confié à la stagiaire mais non à la kinésithérapeute référente. Nous pouvons nous interroger sur les facteurs qui l'ont amené à parler. En effet, un enfant va se confier naïvement à une personne avec qui il se sent à l'aise, en s'affranchissant des codes sociétaux et du rôle de chacun. Nous pouvons émettre l'hypothèse que dans la position de stagiaire, MK2 avait peut-être plus de temps à lui accorder, était à l'écoute, se rendait accessible à cet enfant. Celles-ci forment des qualités nécessaires à l'accueil de témoignages.

Une thérapeute nous fait part de :

*“au cabinet où parfois les patients hommes se permettent des remarques envers les filles, envers les patientes ou même les kinés femmes, des trucs comme ça”*(MK10).

Ce témoignage nous permet de relever que ce type de comportement existe, même encore actuellement et au sein des cabinets de kinésithérapie. Malgré les volontés de l'État, de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, des associations pour prévenir ces agissements, ils perdurent.

En ce sens des formations se mettent en place afin de sensibiliser certains citoyens. Deux kinésithérapeutes ont été sollicités. C'est grâce à cela que le kinésithérapeute MK4 a commencé à s'intéresser à la problématique. Il a été invité à *“une journée de sensibilisation des soignants aux violences sexistes et sexuelles”*(MK4) pour la mairie de la ville où il exerçait. Un autre thérapeute a *“reçu un courrier d'une association SVS”* (Stop aux Violences Sexuelles) (MK3). L'ensemble des professions de la santé ont été invités : *“Ils avaient envoyé un courrier à tous les kinés, toutes les sages-femmes, toutes les infirmières libérales et tous les médecins généralistes je crois”*(MK4). Cependant il fait le constat : *“je suis le seul à être venu, tous les autres étaient soit des policiers, des avocats, des assistantes sociales et des psychologues présents ce jour-là.”* (MK4). Ce constat montre deux choses. D'une part, nous pouvons en déduire un manque d'intérêt ou de temps pour cette problématique de la part du personnel soignant. D'autre part l'intérêt de solliciter l'ensemble des professions

dans le social. En effet, ce sujet demande un travail en synergie de plusieurs professions. Cependant lors de cette journée, il a fait un bilan :

*“Ce que je me suis rendu compte c'est surtout qu'aucune profession ne se sent légitime à prendre en charge les violences sexistes et sexuelles, que ce soit même les policiers que ce soit les assistantes sociales, et psychologues, chacun a l'impression que c'est le rôle de l'autre.”*

### 5.2.2. Sensibilisation en formation

#### **Dans la formation initiale**

100% des kinésithérapeutes interviewés n'ont jamais été sensibilisés au sujet des violences sexistes et sexuelles au cours de leur formation initiale. Les thérapeutes justifient ce manque par un unique argument : l'époque.

- *“à cette époque ce n'était pas du tout d'actualité”(MK9);*
- *“C'était au début des années 2010 donc ce n'est pas un sujet qui était évoqué” (MK4);*
- *“c'était loin de la société et loin de l'école” (MK1).*

Nous sommes dans une nouvelle ère où les mentalités évoluent. Le fait que nous avons inclus dans notre étude uniquement les MK diplômés depuis plus de 2 ans forme un biais. En effet, aujourd'hui, nous observons que les facultés s'emparent de cette problématique en proposant des cours sur le sujet. A l'IFMK de Lyon, en dernière année de formation initiale (MK5), 2h de TD sur les violences faites aux femmes sont dispensés dans le cadre de l'UE 24 (Santé publique). Ceci montre une prise de conscience de la part de l'institut de formation s'inscrivant dans la continuité des travaux réalisés par les plus hautes instances : HAS, l'ORDRE MK, MIPROF... mais aussi par le gouvernement. Nous entendons désormais de plus en plus parler de la journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes le 25 novembre. Elle a pourtant été proclamée par l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 1999. Cette année nous avons pu observer une campagne publicitaire de masse pour cette journée (affiches, radio, télévision, réseaux sociaux).

#### **Formation complémentaire**

A défaut d'avoir été sensibilisé lors de la formation initiale, nous nous sommes intéressés aux formations complémentaires. La formation continue est une obligation déontologique pour les kinésithérapeutes.<sup>4</sup> La totalité des interviewés en ont effectué, sur

---

<sup>4</sup> <https://www.ordremk.fr/je-suis-kinesitherapeute/formation/la-formation-continue/>

des thématiques qui correspondent à leur spécialisation. Seulement une thérapeute dit avoir eu un temps dédié lors d'une formation à la sensibilisation aux sujet des violences sexistes et sexuelles. Elle a fait des formations en pédiatrie et en pelvi-périnéologie. Elle nous expose que *“chez les enfants c'est un des premiers trucs qu'on va nous parler.”* (MK11). Les formateurs ont apporté un point de vigilance si *“jamais c'est un enfant ou le torticolis survient un petit peu tardivement”*. Il lui a été enseigné qu'il faut *“toujours avoir l'esprit au bilan d'ôter les habits... à la recherche d'ecchymose de coup car tu peux suspecter une maltraitance”* (MK11). Ces signes, identifiés comme tels, doivent allumer une alarme dans la tête des thérapeutes qui, s'ils se sentent capables, poussent les investigations.

De plus, elle nous fait part que : *“Dans la formation que j'ai faite en uro-pédiatrique, qui était très intéressante, en effet il y a tout un discours à avoir avant de travailler pour un problème d'énurésie chez un enfant. Sur le respect du corps, sur le fait que personne n'est censé toucher ton corps si tu n'es pas d'accord”* (MK11). Cependant un biais non négligeable est à prendre en compte chez les enfants : *“tu as l'obligation légale d'avoir la présence de la maman, du coup l'enfant ne veut pas forcément dire, souvent dans cette situation là l'enfant protège ses parents.”* (MK11). Pour recentrer sur le sujet de ce travail de fin d'étude, ce qui est vrai pour les enfants s'applique aussi aux adultes et principalement aux femmes même si l'identification de victime est importante à tout âge et pour tous les genres. La thématique va être largement exploitée durant les formations sur le périnée. *“Par exemple dans toutes les formations autour des troubles sexuels féminins et des périnées douloureux où il va y avoir des problèmes de vaginisme secondaire.”*(MK5).

Or nous avons interrogé trois autres kinésithérapeutes qui ont effectué des formations en pelvi périnéologie. Une nous témoigne ne pas avoir souvenir que le sujet des violences faites aux femmes ait été évoqué : *“lors de la formation de De Gasquet non, je suis sûr, à l'IPP (Organisme de formation continue pour les kinésithérapeutes spécialisés en pelvi-périnéologie) je ne crois pas non plus”*(MK3). Elle présume que : *“J'ai pas fait de formation spécifique sur les douleurs pelviennes, ça doit être pour ça.”* (MK3)

Cependant, elles ont toutes les deux, été sensibilisées lors de congrès :

- *“dans les congrès, les choses comme ça j'en ai entendu pas mal”* (MK6)
- *“Dernièrement j'ai fait une journée un peu type congrès, organisée par une SF, c'était sur les douleurs vulvaires et oui on en a parlé.”* (MK3).

C'est effectivement une thématique de plus en plus exploitée lors d'évènements de formation tels que les congrès étudiants comme professionnels.

Or, une autre kinésithérapeute spécialisée en pelvi-périnéologie fait un autre constat. En plus de ne pas avoir reçu de formations au sujet des violences faites aux femmes, elle

déclare que c'est "pire"(MK1) : *"en plus de n'avoir aucune sensibilisation c'est un peu l'inverse mais quelque part c'est parce que c'est des vieux."* (MK1). Elle décrit que : *"Les formateurs sont en général des connards libidineux. Un peu comme des commerciaux (...) ils se la pètent, ils font les beaux, ils ont des blagues de commerciaux, de prof de formateurs, très limite, avec un rire bien gras."* (MK1). Une nouvelle fois, ces agissements sont justifiés par l'âge des formateurs et que *"c'est vraiment la société qui a changé"* (MK1).

En outre, le sujet des violences a été exploité en formation sur la maxillo faciale : *"On l'a évoqué en maxillo quand même parce que des fois des blocages ça peut être aussi lié à ce qu'ils ont vécu."* (MK5).

Pour le kinésithérapeute MK4 qui a fait : *"fait un DU d'accès aux soins et de discrimination, effectivement il y avait une thématique sur le sujet"*. Mais aussi chez une autre thérapeute travaillant en neuro-pédiatrie qui a effectué *"une formation de guidance parentale. Cette formation était plus à destination des psychologues mais les violences étaient la thématique principale. Je l'ai faite pour comprendre les fonctionnements familiaux. Pas forcément dans l'idée de violence tout ça mais surtout comprendre le système familial. Principalement pour les familles avec un enfant en situation de handicap."* (MK7).

Pour les cinq autres kinésithérapeutes, cette thématique n'a jamais été abordée :

- *"Je ne crois pas en avoir entendu parler, ni en pédiatrie, ni dans la formation sur les cicatrices. Non, j'ai fait une formation cancer du sein ou c'est plus intime et ça n'a pas été abordé non plus. J'ai aussi fait une formation de dermato ça n'a pas été abordé."* (MK9)
- *"Non, pas dans celle que j'ai faite en tous cas"* (MK10)

La kinésithérapeute MK2 constate que : *"je ne pense pas que ce soit quelque chose qui soit fréquent mais surtout je pense qu'on n'est pas alerté"* (MK2)

Elle souligne ici le manque de compétences dans le cas où le professionnel de santé est confronté à une patiente victime.

### 5.3. En pratique, kinésithérapeute avec des patients victimes de violences

#### 5.3.1. Retour d'expérience

Nous avons demandé aux onze kinésithérapeutes inclus dans cette étude s'ils avaient déjà été confrontés à un/une patient.e victime de violence. La réponse a été "oui" pour huit d'entre eux :

- *"Grave, j'ai eu des expériences de m\*\*\*\* avec ça."*(MK1)
- *"J'ai eu des patientes à deux reprises"* (MK2)
- *"Oui"* (MK3)
- *"Oui. J'ai eu plusieurs cas."* (MK4)
- *"Oui mais pas récente"* (MK5)
- *"Bah notamment celle-là, celle qui a eu un vaginisme."* (MK6)
- *"Oui, ça m'est arrivé il n'y a pas longtemps"* (MK8)
- *"Il y a vraiment plusieurs trucs"* (MK11)

La réponse paraissait évidente pour certains, d'où une réponse vive et assurée. Elle est développée dans la majorité des cas par des récits de témoignages qui les ont le plus marqués.

Cependant pour trois interviewés, la réponse est "non" :

- *" Alors je suis en train de réfléchir...Je ne crois pas. Personne ne s'est confié après il y a des situations qui me questionnent parfois... "* (MK7)
- *"Alors moi je pense que forcément oui mais ça ne m'a jamais été témoigné objectivement."* (MK8)
- *"Non, j'ai jamais été confronté à ça, jamais."* (MK10)

La réponse du kinésithérapeute MK10 ne laisse pas place au doute. Autant pour MK7 et MK8, une phase d'hésitation a précédé la réponse. Ce qui est intéressant c'est que ces deux thérapeutes, dans la suite de l'entretien, reviennent sur leur propos. En effet ils se rendent compte, en répondant aux autres questions, que oui ils ont déjà reçu des témoignages de violence.

C'est en répondant à la question qui suit, au sujet du questionnement systématique, que l'interviewé MK7 revient sur sa précédente réponse :

*"Alors je viens de réfléchir en fait et j'ai beaucoup de mamans qui sont victimes de violence. Parce que j'ai beaucoup de mamans qui sont hébergées en foyer. Tu vois ça m'était sorti de la tête ça fait tellement parti de mon quotidien et puis je m'étais axée sur les enfants. Mais du coup oui j'ai des parents de patients qui sont victimes de violences et du coup ça vient dans la conversation."* (MK7)

Nous faisons le même constat pour l'interviewé MK9. Lors de son développement sur la question au sujet du questionnement systématique, il a été perplexe de se rendre compte

qu'il avait accueilli un témoignage de violence, chez un homme, lors d'une conversation anodine :

*“Moi il n'y a pas longtemps j'ai une confiance <perplexe> tiens je t'ai dit des bêtises tout à l'heure. J'ai eu un patient, tiens j'avais pas fait le rapprochement, la semaine dernière qui m'a dit au cours de la conversation qu'il avait été victime d'abus sexuel pendant son enfance.” (MK9).*

Ces récits mettent en valeur que malgré eux, les kinésithérapeutes sont confrontés à des témoignages de victimes de violence sexiste et sexuelle.

Nous nous sommes alors interrogés sur le contexte dans lequel les patient.e.s se confient à leur masseur-kinésithérapeute

### 5.3.2. Le questionnement systématique

Lors de notre entretien semi-directif, nous avons demandé aux kinésithérapeutes leur avis au sujet du questionnement systématique. En effet, le guide “repérage des femmes victimes de violences au sein du couple” (Haute Autorité de Santé, 2019) publié en juin 2019 par la HAS, recommande de “*Questionner systématiquement, même en l'absence de signe d'alerte*” (HAS, 2019). Nous allons faire un état des lieux de l'avis des personnes interrogées pour ce travail de fin d'étude.

A l'unanimité, et avec des justifications et des expériences différentes, les interviewés ne se voit pas poser la question systématiquement lors de la première séance. Certains ne l'ont jamais posé et ne se sont jamais interrogés sur le fait de questionner leurs patients au sujet des violences. Ils trouvent ça brutale de la poser directement :

- *“Lors du bilan, je ne pense pas. C'est un peu violent. Une fois la relation établie, oui peut-être je pense que ce serait judicieux.” (MK10)*
- *“A poser oui mais pas directement” (MK8)*

La justification qui revient le plus quand à la non automatiser de cette question dans le bilan est la notion de ressentis :

- *“Moi je pense que cette question n'est pas à poser systématiquement. Parce que systématiquement, pour moi, c'est vécu comme une intrusion.” (MK9)*

- *“Ah bah non, ça fait bizarre systématiquement.”* (MK1)
- *“C'est à contextualiser. Si c'est une question comme ça parmi les autres au milieu de ton bilan je pense que ça ne passera pas.”* (MK2)

Les kinésithérapeutes interrogés mettent en valeur une appréhension quant à la réception par leurs patients de cette question. Il la pose uniquement lorsqu'ils le pensent utile.

*“Je ne la pose pas systématiquement. C'est en fonction du contexte, de comment se déroule l'entretien avec le patient ou la patiente qui va m'orienter.”* (MK4)

C'est pourquoi certains vont plus loin en proposant des alternatives. Après avoir tester le questionnement systématique sur le terrain, la kinésithérapeute MK3 a décidé de rectifier en ne la posant que dans certains cas :

*“Il y a un moment où je la posais systématiquement. Maintenant un peu moins.”* (MK3).

Comme d'autres thérapeutes, elle a pris la décision de demander à ces patient.e.s en fonction de son ressenti. Cependant elle insiste sur l'importance de la poser : *“C'est une question très importante, et dès qu'on a le moindre petit doute il faut la poser.”* (MK3). De plus, elle relate que cette question peut porter atteinte, surtout lors d'une première séance ou un bilan. C'est pourquoi, dans l'idée de ne pas brusquer ces patient.e.s, elle ajoute avant : *“je pose cette question à tout le monde et du coup je vous la pose”* (MK3). D'autres ont décidé d'utiliser d'autres mots, en enrobant la question : *“ça peut paraître peut-être un petit peu déplacé, mais est-ce que vous avez eu un traumatisme que ce soit un acte non consenti ou alors une violence, la peur d'un acte non consenti ou alors tout bêtement un choc, une chute ou quelque chose qui aurait pu traumatiser la zone.”* (MK1). Dans cette même volonté de ne pas brusquer, une kinésithérapeute explique : *“je ne suis pas certaine qu'il faille la poser dans ces termes-là. Je pense qu'il y a des façons plus subtiles, un peu plus détournées.”* (MK11). En effet, elle affirme n'avoir *“jamais posé cette question en tant que tel.”*(MK11). Cela ne l'a pas empêché d'accueillir de nombreux témoignages, au contraire. Pour elle : *“c'est important que tu puisses avoir une façon de lui faire entendre que si il y a un souci de cet ordre-là elle peut te faire confiance et elle peut te dire les choses.”*(MK11). De plus, cette professionnelle revient sur la définition de violence. Elle met en perspective la notion de violence : *“du coup la violence, elle n'est pas forcément avec une pénétration des attouchements.”* (MK11).

Par la suite, elle relate différents exemples pouvant être traumatisants pour les victimes mais qui ne la considèrent pas forcément comme une violence. Nous avons par exemple : *“Une rigidité qui est mise en place par le système éducatif parental ou le système éducatif autour.”* (MK11) *“une jeune fille qui aura vu son père se brosser les dents nu.”* (MK11), *“dans la sexualité patriarcale, c’est-à-dire que c’est le plaisir de l’homme en priorité, je le séduit et je garde un partenaire avec moi parce que je lui fais ce qu’il aime. Donc du coup je me fais violence mais c’est normal c’est pour ça que ça fonctionne”* (MK11). Autant d'exemples auxquels les patientes auraient répondu ‘non’ lorsque la question au sujet des violences leur est posée frontalement car elles ne se considèrent pas comme victimes. Se pose alors la question du rôle du kinésithérapeute dans l’accompagnement du cheminement intérieur de ces patients.

D’autres décident de ne poser la question que plus tard :

- *“Alors je ne le dirai pas sur un bilan, au premier rendez-vous, mais voilà pourquoi pas si tu sens qu’il y a du stress, qu’il y a un blocage”* (MK5)
- *“Bah pas à la première séance déjà, et puis après je pense que c’est compliqué comme question à poser. Ça dépend pourquoi elle vient. En fonction du bilan aussi voir si le bilan est facile. Lors du bilan elles peuvent être un peu fermées, on peut alors se demander s’il n’y a pas quelque chose”.* (MK6).

Ils mettent en avant que les patient.e.s vont se laisser aller plus facilement aux confidences quand une relation de confiance est établie.

### 5.3.3. Contexte dans lequel une victime se livre

Comme décrit précédemment dans la sous-partie “retour d’expérience”, la majorité des masseurs-kinésithérapeutes interrogés ont déjà accueilli des témoignages de la part de leurs patient.e.s. Nous allons étudier quel est le contexte qui mène les patient.e.s à se livrer.

Parfois des signes, comme décrit par la kinésithérapeutes MK3, vont amener le/la professionnel de santé sensibilisé à poser la question : *“Avec le regard, la gestuelle, comment elle se comporte dans l’espace, la voix etc. Ensuite c’est ce que j’ai appelé toute à l’heure les red-flag :*

- *La patiente qui a plein de pathologies, notamment les maladies auto-immunes.*
- *La patiente qui vient d’accoucher et qui dit que son bébé avait 2-3 tours de cordon autour du cou.*
- *La patiente où ça se passe mal dans le travail aussi, car certes il y a les violences sexuelles mais aussi les violences morales.*

*C'est dans la façon d'être, quand je les reçois, que je les laisse entrer, qu'elles ne s'assoient pas. Avec les bras serrés, les jambes serrées, qu'elles ne te regardent pas dans les yeux. Je me dis bon, il y a quelque chose qui ne va pas. Soit c'est quelqu'un de très timide, soit il y a un problème.*

*Une personne qui n'occupe pas son espace ou au contraire quelqu'un de complètement désordonnée qui n'a pas de limite de son corps.* (MK3).

Les kinésithérapeutes formés sont en capacité de détecter ces signes et d'agir en compétence.

Cependant, chez la majorité des personnes interrogées dans ce travail de fin d'étude, nous déduisons que les patient.e.s se confient sans que les masseurs kinésithérapeutes ne les demandent explicitement.

Ces récits peuvent apparaître au moment du bilan :

- *“Au moment de m'expliquer la pathologie c'est sorti comme ça”. (MK2)*
- *“Lors de la question des antécédents, il arrive que la patiente se confie à ce moment-là. Question de la vie au travail, du sport et de la vie intime” (MK3)*
- *“Les patientes en ont parlé d'elle-même sans que j'aborde le sujet, où elles faisaient elles-même le lien entre les difficultés qu'elles ont à gérer leur douleur chronique et probablement une part de responsabilité des violences auxquelles elles ont été victimes”. (MK4)*

En effet, le bilan diagnostique en kinésithérapie comprend l'interrogatoire avec des questions sur la vie privée des patients. Ils sont donc amenés à se confier sur des éléments que peu de professionnels de santé leur demandent. Pour expliquer pourquoi les patients ont tendance à se confier à leur kinésithérapeute, un thérapeute relate avoir : *“amélioré mes techniques de communication avec les patients” (MK4)*. Cette thérapeute met ici en lumière l'importance de la communication. Pour une autre c'est un ressenti : *“Je pense qu'elle a senti que ça ne me surprendrait pas et que j'allais pas réagir de façon bizarre” (MK2)*

Nous observons que des témoignages arrivent aussi au cours des séances, sans éléments déclencheurs les favorisant :

- *“au cours de la conversation, <il m'a dit> qu'il avait été victime d'abus sexuel pendant son enfance. Le patient a aujourd'hui 63 ans et c'était au cours d'une conversation relativement anodine.” MK9*

- *“On a fait une rééducation et peut-être à la moitié de ses séances. Je devais au moins en avoir fait six ou sept. Elle n'était pas très en forme ce jour-là. Donc je lui dis si vous voulez je vous masse (...) Du coup je la masse et je ne sais pas pourquoi, je lui dis : « vous savez les douleurs de genou très souvent chez les jeunes femmes ça peut venir d'une fermeture du bassin (...) mais qu'en général la première fois qu'elle sont avec un homme et que ça se passe bien et ben le bassin s'ouvre et en faite ces douleurs là passent. » Et en faite, elle était la tête dans le trou de la table et là elle me dit : « et si jamais ça se passe mal ce premier rapport » (MK1)*

En effet, la prise en charge en kinésithérapie permet l'émergence de conversations variées autour du soin ou de sujets tout autres. C'est en mêlant informations médicales et discussion entre deux personnes humaines que nous observons l'apparition de confession.

Parfois ces confidences arrivent, alors que le patient n'est pas conscient que ce qu'il vit n'est pas normal :

- *“Elle me l'a dit, au final elle ne savait même pas que c'était une violence sexuelle. On en a conclu ensemble que ça en était une, mais elle elle ne savait pas bien quand c'était normal.” (MK6)*
- *<patiente qui consulte pour un prolapsus> “elle ne voulait pas dormir avec son mari, parce que elle m'a expliqué qu'avec son mari elle avait des rapports non consentis (...) je lui explique qu'on ne pouvait pas faire la rééducation dans ces circonstances. Fin qu'il y avait plus urgent à régler.”*

Ces conversations permettent une prise de conscience chez certain.e.s patient.e.s. Le fait de se rendre compte est déjà une marche dans l'acceptation.

Enfin, il arrive aussi qu'une personne raconte un événement traumatisant sans que le kinésithérapeute ait cherché à le savoir. Cela pose alors le souci de la réception de ce témoignage.

#### 5.3.4. L'accueil du kinésithérapeute d'un témoignage

Les réactions des kinésithérapeutes lors de la délivrance d'un témoignage sont diverses. Cependant, l'accueillir et la réponse du thérapeute vont être primordiales dans le cheminement des victimes. En effet, ces dernières acceptent de se montrer vulnérables. Elles sont donc dans l'attente d'une réception adaptée de leurs maux.

### **Posture professionnel**

Les kinésithérapeutes ne sont pas tous prêts à recevoir le récit d'une personne victime de violence sexiste et sexuelle. En effet, la formation initiale ne prépare pas les futurs professionnels à cette mission comme l'explique la kinésithérapeute MK5 : *“ le côté psychologique justement dans ma formation de base on évoque pas trop la relation psycho et physique. Alors qu'avec les années tu te rends compte que c'est énorme.”* (MK5). Elle met en valeur qu'une partie du métier de kinésithérapeutes réside dans les relations humaines, chose qui n'est pas enseignée à l'université. Les discussions qui émergent dans un cabinet de kinésithérapie s'établissent entre deux personnes humaines avec chacune leurs croyances, leurs émotions, leurs ressentis, leurs convictions. Les thérapeutes sont conscients de devoir respecter une posture professionnelle. Cependant ces récits sont susceptibles de heurter leur sensibilité : *“au début ça a été un choc émotionnel, limite à pleurer avec la patiente si elle pleure.”* (MK3) nous confie la thérapeute MK3. C'est avec l'expérience que les professionnels arrivent à trouver la bonne distance : *“ Maintenant j'ai appris à faire ma bulle, à me recentrer et à m'ancrer.”* (MK3).

### **Savoir accueillir un témoignage**

La capacité de recevoir un récit provenant d'une personne extérieure n'est pas instinctif chez tout le monde. En effet, en absence de formation, elle va faire appel aux qualités humaines et personnelles de chaque thérapeute. Nous avons observé que l'annonce est à l'origine de réactions vives :

- *“ Parfois j'ai envie de craquer et de leur dire “mais quittez-le.”* (MK3)
- *“ Et là je suspends pour mon geste, j'en ai encore des frissons tu vois ça fait des années, tellement je me suis sentie mais tellement conne.”* (MK1)
- *“J'étais sidérée. En même temps c'était un rendez-vous, (...) 'il devait durer une heure. Et en fait au bout d'une demi-heure j'ai fait : « bon et ben on se reverra ».* (MK11)

Ce type de confiance amène à des réponses spontanées des interlocuteurs. La formation initiale ne proposant pas de cours de communication, les réactions sont personnelles. Elles dépendent de la sensibilité, de la personnalité et de la place que les kinésithérapeutes souhaitent donner à ce sujet. L'absence de cadre théorique fait que : *“Parfois c'est plutôt la femme que le kiné qui parle.”* (MK3).

Cependant c'est avec l'expérience que les professionnels apprennent à les recevoir. La kinésithérapeute MK3, spécialisée en rééducation pelvi-périnéale, nous confie avoir trouvé un équilibre : *“J'écoute, je laisse parler mais je ne repose plus de question après ça.”* (MK3). L'écoute est le terme qui revient majoritairement lorsque nous posons la question aux professionnels sur leur réaction.

- *“On en parle, j’écoute.”* (MK7)
- *“Alors déjà de ne pas faire la surprise, la choquée, quelque chose comme ça tu vois d’être plutôt à l’écoute, de dire qu’on comprend certaines choses”* (MK5)
- *“Baah <hésitation> je l’écouterai.”* (MK10)

Cependant la réception ne conditionne pas uniquement l’écoute. La réaction du thérapeute à la suite de confiance est à ne pas négliger. En effet, elle a un impact sur la personne victime. Il est possible d’avoir des répercussions dans la suite de la prise en soin en kinésithérapie ou une influence sur la relation de confiance mise en place entre le patient et le kinésithérapeute. De plus, elle va avoir un impact sur le cheminement intérieur de la victime. Lors de notre enquête, nous avons pu observer que les interviewés sont conscient de l’importance de leur rôle mais déclare ne pas avoir les outils pour apporter une réponse appropriée :

- *“ Je me suis complètement sentie démunie. “* (MK4)
- *“J’ai l’impression que toutes les réponses que je vais donner sont maladroites parce que on n’est pas habile”* (MK7)
- *“Ensuite j’essaie d’apporter un minimum de solution avec plus le côté humain que le côté spécialiste. “* (MK8)

L’absence de formation entraîne une lacune dans la réaction des MKDE. Néanmoins, deux kinésithérapeutes insistent sur un même point : l’idée que le travail en kinésithérapie se fait sur le corps et non au niveau psychologique.

- *“lui montrer que j’écoute, que j’entends et de bien marquer le fait qu’elle n’est pas chez une psychologue”* (MK1)
- *<pour une prise en charge de vaginisme> “Tu vas travailler en parallèle, avec une prise en charge psy”* (MK11)

Les masseurs-kinésithérapeutes ne sont pas habilités à prendre en charge ces traumatismes au retentissement psychologique. Leur rôle est de rediriger. Cependant le manque d’apport théorique sur le sujet limite les kinésithérapeutes dans cette mission :

- *“Après comment réagir - - en fait je ne m’y connais pas grand chose la dedans, donc je ne serai pas vers qui le diriger.”* (MK10)
- *“Après je me dis que si on a décidé de m’en parler faut que j’écoute et après même si mes réponses maladroites ce n’est pas un sujet tabou. “* (MK7)
- *“Il faut qu’elle se fasse suivre voilà”* (MK6)
- *“Ce n’est pas mon rôle de le prendre en charge.”* (MK4)

Dans la suite nous allons exposer les solutions que proposent les interviewés. Trois kinésithérapeutes, ayant déjà été confronté à cette situation nous dise avoir fait appel au médecin généraliste :

- *“Je mets en place toutes les démarches autour c'est-à-dire avec le médecin traitant etcetera.”* (MK2)
- *“Je vais quand même avertir le prescripteur.”* (MK11)

L'objectif étant de veiller à ce que la victime puisse être prise en charge en fonction de ses besoins. Souvent en tant que kinésithérapeute nous n'avons pas les ressources nécessaires pour savoir rediriger correctement. C'est pourquoi, les MKDE s'appuient sur les connaissances et le réseau de professionnels que propose le médecin généraliste.

La kinésithérapeute MK3 va plus loin et nous énonce le déroulé de ses actions dans un cas où elle est face à un témoignage d'une personne victime de violence sexiste et sexuelle. Elle montre que sa réaction est différente si la personne est maltraitée à l'instant T ou si les faits sont antérieurs et passés. En effet, il y aura une grande différence de prise en charge en fonction de la phase du traumatisme où se situe la victime : *“Après souvent, si c'était avant, je demande comment maintenant elle se sent. Est-ce qu'elles en ont parlé, à des amis, à de la famille. Est-ce que vous vous êtes fait aider par votre médecin ? Je préfère commencer par demander par le médecin traitant plutôt que d'emblée psy mais après j'y viens. Si par contre ça se passe : “d'accord, est-ce que vous en avez parlé à quelqu'un (amis, familles)? Connaissez-vous les numéros d'urgence ? Voilà qui peut vous aider, je suis là. S'il y a besoin d'un certificat “* (MK3)

### 5.3.5. Agir en compétence

#### **Rédaction d'un certificat médical**

Comme décrit dans la partie contextualisation, les masseurs-kinésithérapeutes ont la capacité de rédiger un certificat médical afin d'attester d'un type de violence pour leur patient.e. Il forme un document officiel pouvant compléter un dossier de dépôt de plainte. Chez les MKDE inclus dans cette étude, seulement une professionnelle connaissait son existence. C'est lors d'une formation supplémentaire avec SVS qu'elle a appris à utiliser cet outil. De plus, elle a déconstruit l'idée qu'il n'y avait : *“que les médecins ou les sage-femme qui pouvaient le faire”* (MK3). Comme elle, la majorité des kinésithérapeutes ne sont pas conscients qu'ils ont la capacité d'attester de violence et que ce certificat a la même valeur juridique que celui rédigé par un autre professionnel de santé. Les interviewés ont été surpris de l'apprendre :

- *“Ah ouais ? ah non aucune idée ! C'est intéressant à savoir.”* (MK2)
- *“Non je pensais que c'était uniquement médical.”* (MK6)

- *“Ah non, je ne savais pas. C’est vrai ? Merde. Bon comme je vais faire ma formation ils vont sûrement en parler.”* (MK11)

De plus, cinq kinésithérapeutes nous ont demandé lors de l’entretien d’expliquer davantage cet outil. Nous avons répondu à leurs questions sur son origine, comment le trouver, son utilité. L’objectif de ce mémoire est aussi d’informer les professionnels et leur faire prendre conscience qu’ils ont un rôle à jouer dans ce genre de problématique. C’est pourquoi l’ORDREMK, à la suite de son travail avec la MIPROF a envoyé un mail présentant le certificat médical, adapté pour les kinésithérapeutes, accompagné d’informations sur le sujet. Cependant, comme nous témoigne le thérapeute MK9, ce genre de contenu se perd : *“J’ai reçu une information par mail je crois par le Conseil de l’Ordre, que j’ai lu, que j’ai pas retenu.”* (MK9). Il met en évidence le fait que quand : *“On reçoit beaucoup beaucoup d’infos donc c’est compliqué de tout retenir. On a tendance à s’intéresser aux informations qui nous concernent.”* (MK9). Cette réflexion nous montre que les kinésithérapeutes se sentent encore trop peu concernés par cette problématique.

L’identification des victimes au sein de sa patientèle permet une prise de conscience suivie d’un accompagnement afin de les aider à sortir de cette spirale de la violence. De plus, nous observons que cette identification va aussi avoir une utilité dans la prise en soin kinésithérapique. En effet, certains gestes professionnels peuvent avoir un impact non satisfaisant chez les victimes de violences sexistes et sexuelles.

### **Adaptation dans la prise en charge kinésithérapique**

Le témoignage de la kinésithérapeute MK1 forme une parfaite illustration : *“J’ai eu une patiente, je devais avoir deux ans d’exercice. Elle avait des tensions dans les trapèzes. (...) Je l’ai fait assoir, je me suis mis dos à elle, et j’ai dit : « bon on va d’abord faire un massage ». Et en fait qu’est-ce que j’ai fait, j’ai fait un pétrissage superficiel pour voir les tensions. Elle est tombée dans les pommes. Elle est tombée dans les pommes dans mes bras,(...). Elle a fait un énorme malaise vagal en fait.”* (MK1).

La professionnelle a eu l’explication des années plus tard. En fait, cette patiente était à cet instant victime de violence de la part de son compagnon. Le fait juste qu’une personne la masse lui a provoqué un malaise. Ceci forme une réaction normale du corps suite au traumatisme. C’est pour éviter ce genre de situation qu’il est important pour le kinésithérapeute d’identifier au sein de ses patients si certains sont victimes de violence. En effet, la thérapeute MK1 s’est sentie : *“très fautive. Je me sentais très conne, très fautive, et très violente.”* (MK1). C’est depuis cette histoire, que désormais la thérapeute est plus attentive à cette problématique. Elle nous confie : *“Maintenant la question je vais quasiment*

*la poser à chaque début d'entretien.* (MK1) de façon détournée afin de ne pas brusquer le/la patient.e.

La proximité qu'engendre la prise en charge en kinésithérapie peut être à l'origine de réactions vives des corps traumatisés. C'est pourquoi des thérapeutes conscientisent une adaptation des soins :

- *“Je pense qu'inconsciemment sans même que je verbalise j'ai été assez doux je préférerais travailler en salle avec un rapport un peu plus doux je pense.”* (MK2)
- *“Je suis très dans le consentement, très à l'écoute des douleurs car je sais que ce sont des patientes qui ont du mal à verbaliser le non.”* (MK3)
- *“Typiquement on a une dame qui a été violée, tu sais qu'il ne faut absolument pas que quelqu'un rentre dans la pièce, même si elle est habillée pour elle c'est hyper intrusif et elle y arrive pas et elle se re crispe toute.”* (MK5)
- *“Je le prendrai peut-être pas en gymnase mais plutôt en box pour qu'il puisse parler, pour qu'il ne soit pas exposé”.* (MK10)

Nous remarquons que des thérapeutes se sentent plus à l'aise à être en box individuel face à cette situation et d'autres ont préféré travailler dans le gymnase. Ceci montre l'importance de s'adapter au patient et qu'il n'y a pas de bonne réponse prédéfinie. De plus, lorsque le traumatisme est ancien, des thérapeutes nous indiquent ne pas modifier le traitement :

*“Forcément, sur la prise en charge aiguë, au moment T oui. Sur les autres moments non.”* (MK8)

Néanmoins d'autres professionnels nous expliquent que la connaissance d'un statut de victime n'a pas d'influence sur leur prise en charge. Nous pouvons l'expliquer par une absence de sensibilisation sur le sujet chez les anciennes générations de kinésithérapeutes.

### **Kinésithérapeute, des professionnelles adaptées ?**

Pour clôturer l'entretien, nous avons demandé directement aux interviewés s'ils pensaient que les kinésithérapeutes sont des professionnels de santé adaptés pour identifier les personnes victimes de violences. La réponse est positive chez les onze avec des degrés de conviction différents. Ils mettent en lumière la place particulière de la kinésithérapie dans cette identification et expriment aussi les limites.

### **Arguments en faveur de la place du kinésithérapeute dans l'identification de personne victime de violence :**

- Le temps

La régularité des séances ainsi que leurs durée est l'argument qui est le plus ressorti : *“on les voit souvent deux fois une demi-heure”* (MK2); *“on passe 20 à 30 minutes avec nos patients, tu as le temps qu'il te parle”* (MK5). En effet ce rythme va entraîner la mise en place d'une relation privilégiée.

- Contexte propice aux confidences

Des interviewés nous font part qu'ils ont pu remarquer la mise en place d'un vrai rapport de confiance avec leurs patients. Il n'est pas rare que les patients se livrent sur des sujets intimes. *“Moi je suis époustoufflé du nombre de fois où j'ai des patients qui pleurent. Je trouve ça bluffant. C'est un petit peu un sas pour eux “* contraste la thérapeute MK2. La problématique des violences peut en faire partie : *“tu as quand même toutes les cartes en main pour avoir accès à cette information.”* conclut MK2.

- Rapport au corps

De plus, le bilan ou les traitements en masso-kinésithérapie demandent parfois à avoir accès au corps dénudé. Par ce fait, le kinésithérapeute peut observer des coups et blessures : *“Pour les violences physiques ca paraît évident comme souvent on déshabille le patient”*. (MK3)

Pour résumé : *“rapport de confiance, on travaille sur le corps, on est présent, on reste longtemps, c'est des séances longues.”* (MK11). Pour deux personnes interrogées, les kinésithérapeutes sont des professionnels de santé mieux placés que les médecins pour déceler les violences :

*“Je pense qu'il se livre plus facilement à nous qu'au médecin des fois et du coup oui on en est capable et ça peut être intéressant.”* (MK5)

*“C'est des gens que l'ont voit plusieurs fois dans la semaine, sur un temps plus long donc on a plus ce rôle de confident qu'un médecin qui le voit une fois par mois”* (MK10)

Le kinésithérapeute MK4 considère que toute les professions de santé ont un rôle à jouer : *“Je pense que clairement tous les professionnels de santé sont des personnes adaptées pour repérer les personnes victimes de violence parce que en fait nous sommes des interlocuteurs privilégiés”* (MK4), les kinésithérapeutes faisant inévitablement partie du lot. Cette idée est défendue aussi par la HAS. Cette instance a pour objectif de renforcer

l'implication des professionnels de santé dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Elle vise principalement les professionnels intervenant en premier recours ou dans le cadre de la prévention c'est à dire : médecin généraliste, médecin urgentiste, pédiatre, gynécologue, psychiatre, médecin du travail, sage-femme, infirmière, chirurgien-dentiste et masseur-kinésithérapeutes.

### **La prise en charge en pelvi-périnéologie.**

La prise en charge de femme en rééducation du périnée est abordé **différemment que les autres traitements. En effet, elle implique un travail dans la sphère intime de la patiente.** Des femmes peuvent appréhender la rééducation périnéale (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2021). L'écoute et la discussion sont d'autant plus mise en avant :

*“Je vais leur expliquer que l'on va travailler sur une sphère qui est intime, qui peut être chargée émotionnellement et que ça peut arriver qu'il y a des moments où un exercice puisse déclencher une émotion et qu'il n'y a pas de jugement, elle vient elle vient et on l'accueille.” (MK11)*

De plus, cette partie du corps peut être à l'origine de traumatisme. Nous pouvons l'observer chez les patientes consultant pour vaginisme (CNGOF, 2023). Nous observons que les kinésithérapeutes spécialisés en rééducation pelvi-périnéale sont plus sensibilisés au sujet des violences que la majorité des kinésithérapeutes. Nous en avons interrogé quatre : MK1, MK3, MK6 et MK11 dont deux expertes sur la thématique (MK3 et MK11). Nous constatons une réelle différence dans l'approche, le discours, la relation et l'expérience vécue face à cette problématique.

### **Les limites lors de la réception de témoignage**

Néanmoins, la majorité des thérapeutes nuancent leurs propos en exposant les limites auxquelles ils sont confrontés.

Premièrement revient le contexte dans lequel la détection est faite. Si la question semble cohérente à poser lors de la prise en charge en rééducation pelvi-périnéale, elle peut apparaître comme inadapté dans d'autres traitements :

- *“Je me mets à la place d'un kiné homme qui rééduc des chevilles ou des genoux, je ne vois pas pourquoi il viendrait poser ce genre de questions.” (MK3)*
- *“Si quelqu'un vient pour une rééducation du genou je pense que c'est compliqué. vous n'allez pas poser la question quoi” (MK6)*

Ensuite, la capacité pour les kinésithérapeutes de réussir à bien accueillir ce genre de témoignage est mise en cause :

- *“C’est qu’ ensuite on n’est pas forcément en capacité de recevoir ça”* (MK1)
- *“Pas t’embarquer dans un truc ou tu n’es pas capable d’aider correctement.”* (MK5)

En effet la kinésithérapeute MK5 relate un élément très important : *“Il y a des gens qui accordent beaucoup d’importance à des mots et tu peux peut-être utiliser un mot qui n’est pas adapté.”* (MK5). Elle met en lumière que la parole des professionnels de santé va être largement écoutée et intégrée. Ceci peut être expliqué par cette asymétrie de savoir qui est ancré dans la tête des patients (Boudrahem & Morel-Lab, 2021). C’est pourquoi, certains kinésithérapeutes vont ressentir une pression particulière dans la réponse qu’ils donnent au patient. Or nous observons un vrai manque de formation en préparation initiale et continue pour se sentir légitime d’apporter la bonne réaction : *“On n’a pas la formation nécessaire afin d’apporter l’accompagnement adéquat”* (MK7). Pour pallier cela, la kinésithérapeute MK2 pense qu’il faudrait proposer un protocole *“ça pourrait dépanner certaines personnes (...) qui ne savent pas faire avec ce genre d’information donc s’en tiennent à ça.”* (MK2).

Cependant, les recommandations de bonnes pratiques existent (Haute Autorité de Santé, 2019). Elles ne sont juste pas connues des professionnels de santé. C’est pourquoi elle ajoute qu’il faudrait commencer par *“Être un peu plus prévenu à l’école qu’on peut-être confronté à ça.”* (MK2).

## 6. Discussion

Dans un premier temps, nous allons revenir sur les résultats de notre analyse. Ensuite, nous les comparerons au guide de recommandations de bonne pratique de la HAS sur le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple (Haute Autorité de Santé, 2019). Enfin, nous analyserons l'incidence des MK lorsque ces derniers sont confrontés à des patients victimes de violences sexistes et sexuelles.

### 6.1. Principaux résultats

L'échantillon de kinésithérapeutes ayant participé à ce travail de mémoire regroupe onze masseurs-kinésithérapeutes. Dix d'entre eux affirment avoir eu des témoignages au sujet de violence au cours de leur carrière. La majorité de ces récits sont livrés au cours de conversations anodines lors des séances. Ceci s'explique par le fait que le traitement en masso-kinésithérapie s'inscrit dans la durée et que la prise en charge est propice à des conversations autres. En effet, dans la majorité des prises en soin, chaque séance dure 30 minutes, est individuelle et s'étale sur 2 ou 3 mois. Une relation particulière s'établit entre le kinésithérapeute et le patient (Boudrahem & Morel-Lab, 2021). A cela s'ajoute le toucher, outils de traitement très utilisé en masso-kinésithérapie et la nécessité de dénuder certaines zones du corps. Cependant aucun masseur-kinésithérapeute nous a indiqué identifier une violence à la suite de repérage de traces suffisamment suspectes sur le corps de leur patient. Les signes résident plutôt dans le langage verbal (le/la patient.e le dit) et paraverbal (posture, changement de comportement...).

De plus, l'étude nous montre qu'en fonction de la spécificité exercée, le masseur-kinésithérapeute va avoir une sensibilité différente. En effet, nous avons observé que les MK spécialisés en rééducation pelvi-périnéale ont été plus exposés à des patient.e.s victimes de violences ou du moins, les ont davantage identifiées. Ces praticiennes sont majoritairement plus sensibilisées à la thématique des violences. Ceci s'explique par leur travail autour d'une sphère intime qui nécessite précautions et explications. Les prises en charge sont qualifiées d'intimes par la zone du corps traitée mais aussi pour des raisons de consultations (post-partum, vaginisme, dyspareunie). La pédiatrie est la seconde spécificité la plus confrontée aux témoignages. Ce peut être à partir des enfants que les situations de violences conjugales sont identifiées (MK2). De plus, le passage à la maternité constitue souvent un moment de bascule vers la violence (PLANTE, 2023).

Nous notons une différence d'expertise et de sensibilisation en fonction de la spécificité de la kinésithérapie exercée. D'autant qu'aucune formation est dispensée lors de la formation initiale étudiante, c'est l'expérience qui conditionne le niveau de connaissance des thérapeutes sur la problématique.

Dans ce sens, des limites quant à la prise en charge par les masseurs-kinésithérapeutes des patients victimes de violences ont été mises en avant. Elles résident principalement dans l'appréhension de proposer une réponse non adaptée et revient aussi l'interrogation de la légitimité en tant que masseur-kinésithérapeute de se préoccuper de cette problématique. La sensation de ne pas être en capacité de recevoir un témoignage a aussi été mise en avant. En effet, les récits peuvent provoquer un effet émotionnel chez le praticien non négligeable.

En commençant ce travail de mémoire, nous n'avions pas songé à l'impact sur les praticiens. En absence de sensibilisation théorique sur le sujet, les masseurs-kinésithérapeutes ont comme seuls éléments de réponse leur ressenti personnel, les renvoyant directement à leurs propres expériences. La formation initiale ne donnant pas les clés pour le bon traitement de ces informations, c'est cette expérience qui guide l'approche et l'accueille de ces informations. Ce phénomène est décrit par la littérature à propos des patients sous les termes : **savoirs expérientiels** (Jodelet, 2017). Ils se définissent comme : *“une vérité apprise par l'expérience personnelle d'un phénomène plutôt qu'une vérité acquise par raisonnement discursif, observatoire ou réflexions sur les informations fournies par l'autre”* (Borkman, 1976).

Le praticien ayant eu une expérience de ce genre a alors une plus grande ouverture d'esprit, d'accueil, de compréhension. Aussi, il est possible de constater une amélioration de l'empathie. Cependant, se pose alors la question des limites quant aux compétences de prise en charge en tant que masseur-kinésithérapeute. **Mais il est également question d'établir la balance bénéfiques / risques de l'accompagnement des VSS dans la relation soignant-soigné et sur la prise en charge initiale.**

De plus, il est important de s'interroger quant aux limites d'un accompagnement en tant que professionnel de santé paramédicale.

Par ailleurs, nous remarquons que certains professionnels de santé préfèrent se protéger et par conséquent ne pas aborder certains sujets. Cette protection peut-être en lien avec une expérience personnelle vécue ou non, le niveau d'aisance avec le sujet ou, la méconnaissance des conséquences des traumatismes.

## 6.2. Comparaison aux recommandations de la HAS

La HAS a publié en juin 2019, un texte de recommandations de bonne pratique sur le repérage de femmes victimes de violences au sein du couple (Haute Autorité de Santé, 2019). Ce dernier cible tous les professionnels de santé et notamment les masseurs-kinésithérapeutes. Nous allons comparer ces recommandations à la réalité du terrain appréciée lors de notre enquête.

Nous comparons dans ce travail, uniquement les faits qui ont pu être observés sur le terrain.

La HAS recommande de :

- Mettre des affiches et des brochures à disposition des patients dans la salle d'attente.

Un seul kinésithérapeute nous a évoqué la mise à disposition "*des prospectus notamment de numéro à appeler, d'association, des choses comme ça*" (MK4) au sein de son cabinet libéral. Cependant, la mise en place de informations relatives aux campagnes préventives et informatives est une décision collégiale.

- Questionner systématiquement, même en l'absence de signe d'alerte

L'analyse de l'enquête de terrain nous montre que les kinésithérapeutes ne sont pas favorables à questionner systématiquement les patients au sujet des violences. Ils trouvent cette question violente, intrusive, "bizarre" s'ils la systématisent. Et ce, dans un souci d'appréhension de la réaction de leurs patients, des praticiens ont fait le choix de la poser uniquement lorsqu'il le pense utile. C'est à dire en fonction de leur ressenti vis à vis du patient, des signes qu'ils peuvent déceler dans la posture, le discours, où les troubles du patients.

Une kinésithérapeute spécialisée en rééducation pelvi-périnéale a pris la décision de demander systématiquement à ces patientes consultante pour vaginisme ou dyspareunie. En effet, les études montrent une forte corrélation entre les douleurs chroniques pelviennes et une maltraitance (Planté, 2021). Cette kinésithérapeute (MK3), ne pose pas nécessairement la question aux patientes venant en rééducation post partum.

De plus, afin de ne pas brusquer le patient aucun kinésithérapeute pose directement la question : "Avez-vous été victime de violence ?". Chacun a trouvé une façon détournée de pouvoir accéder à cette information de manière plus subtile. Par ailleurs, s'appropriier la question permet de se sentir capable de la poser et témoigne de la prise de conscience du

soignant quant à l'importance de la non-négligence de ces violences. Cela met également en lumière les ressources du kinésithérapeute dans l'accompagnement de la victime.

Lors de la conférence aux Journées Francophone de la Kinésithérapie en 2023, les intervenantes (deux kinésithérapeutes) ont insisté sur le fait que le questionnement devait être systématique. En effet, dans la démarche de repérage des violences, la HAS affirme que *“les patientes qui sont plus enclines à révéler des situations de violences si le sujet est abordé par le professionnel de santé”* (Haute Autorité de Santé, 2019). Dans ce sens, elles proposent des formulations détournées et compréhensibles par tous comme : *“Est-ce qu'on vous a déjà fait du mal ?”* ou encore *“Est-ce que vous vous êtes déjà senti en danger ?”*. A-F Planté (intervenante à l'IFMK de Lyon pour l'UE 24), rejoint cette façon de penser. Pour elle, l'idéale est de poser une question structurée et systématisée :

*« Je pose la question à tous mes patients, auriez-vous été victime d'agressions physiques ? Ou bien d'agressions sexuelles ? De maltraitances adultes ou enfants ? »*. Cependant le discours du thérapeute ne s'arrête pas là, elle indique ensuite de la nécessité à valider et remercier le patient :

*“Je vous remercie de m'avoir fait confiance en répondant à cette question difficile, et je vais pouvoir ajuster mon traitement... »* ou *« Voulez-vous que nous en parlions à votre généraliste ? »*, *« Êtes-vous encore ou toujours en danger ? »* (s'il s'agit d'une situation d'agressions juste révélées pour la première fois), *« Avez vous besoin d'informations, de numéros professionnels, qui pourraient aider ? »* (Planté, 2021)

Cet article révèle la complexité de questionner les traumatismes et la nécessité de suivre un apprentissage spécifique pour les kinésithérapeutes. Ces derniers n'étant pas formés à poser les questions appropriées, le risque est de “re-victimiser” les patients. (Planté, 2021)

C'est à juste titre que la majorité des kinésithérapeutes ne se sentent, aujourd'hui, pas prêts de poser la question de façon systématique à leur patient et ce sous forme normée.

La question se pose quant à la pertinence d'interroger un patient sur ce sujet en prenant le risque de ne pas avoir les outils nécessaires d'accompagnement. Nous avons espoir que l'évolution de la sensibilisation des professionnels de santé nous permette de ne plus être confronté à ce dilemme.

- Etablir un certificat médical ou une attestation professionnelle

Le constat de notre enquête est sans appel. Seulement une kinésithérapeute avait la connaissance de ce certificat en kinésithérapie. Ceci montre un manque de communication importante sur le sujet malgré l'effort de l'ordre des MK. De ce fait, l'ordre est engagé dans la problématique des violences sexistes et sexuelles depuis plusieurs années.

Un travail commun avec la MIPROF a été effectué : ils ont mis en place une grande enquête nationale afin d'apprécier de la sensibilisation sur le sujet de l'ensemble de la profession (diplômés et étudiants).

Cependant, après comparaison, les réponses de cette enquête à grande échelle ne se corrélèrent pas de manière significative à celles réalisées pour ce travail de fin d'étude. Cette enquête nationale montre que 18% des répondant.e.s déclarent rechercher systématiquement à savoir si la patiente est ou a été victime de violences (Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances, 2020), contre 0% dans notre enquête.

Nous pouvons expliquer cette différence par la mise en évidence d'un biais de sélection. En effet, la réponse au questionnaire est volontaire, il est donc possible que plus de personnes intéressées par la problématique aient choisi d'y répondre. Or, pour nos entretiens, nous avons choisi les personnes interrogées sans connaître leur intérêt pour le sujet au préalable.

- Informer et orienter la victime en fonction de la situation

Pour ce point, l'enquête nationale et l'enquête pour ce mémoire se rejoignent : les kinésithérapeutes manquent de formation. Les professionnels de santé ont besoin d'une formation sur le fond c'est à dire au sujet des violences mais aussi sur la forme avec la nécessité d'approfondir les outils de communication.

En effet, 91% des répondants ne sont pas formés sur les violences chez les professionnels et entre 88% et 95% chez les étudiants (Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances, 2020). De ce fait, en absence de formation, ils ne peuvent avoir les compétences requises afin de répondre à cette recommandation nationale.

En outre, cela permet de justifier que plus de 9 étudiants sur 10 souhaitent être formés sur la thématique ainsi que plus de 83% des MKDE.

### 6.3. Limites de l'étude

Cette étude présente des limites en raison de la présence de biais au cours de sa réalisation. Par souci de transparence, il nous semble indispensable de les citer.

Le premier biais de notre étude se trouve dans l'échantillon de MK sélectionné. L'échantillon étant petit, il n'est pas représentatif de la population.

Ensuite, l'enquête de terrain s'est intéressée uniquement à l'avis des masseurs-kinésithérapeutes. Or, pour rendre compte de l'impact dans l'identification des victimes il aurait été pertinent de recueillir les pensées de ces dernières.

Cependant, de part la qualité tabou du sujet, il est difficile de trouver des personnes susceptibles de répondre à notre entretien. Cela implique des échanges faisant appel à l'intimité des patient.e.s. Dans un souci d'appréhension de la réception de notre demande par les victimes, nous avons décidé de ne pas faire aboutir cette idée.

Néanmoins, nous avons trouvé intéressant d'interroger d'autres professionnels de santé confrontés en première ligne à cette problématique : médecin généraliste, sage-femme ou gynécologue. Par peur de s'éloigner de notre question de départ, nous n'avons pas mis en place ce type d'étude.

Une autre limite de notre étude réside dans le biais de confirmation. Ce biais désigne la tendance à favoriser les informations allant dans le sens de l'hypothèse de départ en portant moins d'attention aux dires allant à l'encontre de nos conceptions.

Dans la mesure où je me suis engagée dans le réseau de la FNEK sur le sujet des VSS, mon analyse peut en être biaisée. En effet, faisant partie de la TaskForce "Premier TP" (FNEK, 2022) dans laquelle, il s'agissait d'élaborer un questionnaire diffusé au niveau national. Par la suite, nous avons analysé les 1207 réponses que nous avons présentées lors du congrès de printemps 2022 de la FNEK à Orléans.

Dans la suite de cet engagement, j'ai intégré le pôle formation de la FNEK, afin de former les étudiants aux VSS. Cela renforce donc le biais de confirmation.

En ce sens, le fait de vouloir mettre en avant ce que nous cherchons à affirmer paraît inévitable malgré l'intention de réaliser ce travail dans la plus grande neutralité.

## 6.4. Perspectives

### 6.4.1. Formation initiale et continue

Nous observons une émergence de la sensibilisation au sujet des violences sexistes et sexuelles dans la société ainsi que dans la formation en kinésithérapie.

Des actions de grande envergure sont menées telle que la communication publicitaire nationale réalisée autour de la journée du 25 novembre. Ce jour est depuis 1999, dédié à la lutte contre les violences faites aux femmes.

Les plus grandes instances s'investissent dans cette journée afin de sensibiliser les citoyens. A l'échelle de l'université Claude BERNARD Lyon1, sur le campus de Rockefeller, nous avons pu apprécier l'installation de plusieurs stands d'informations ainsi que d'une mise en situation concrète réalisée au sein de la cafétéria. Une plateforme de signalement a été mise très récemment en place : <https://signalement.univ-lyon1.fr/>.

De plus, l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie de Lyon (IFMK) s'est engagé dans la formation de ses élèves aux sujets des violences.

En effet, en dernière année d'étude, dans le cadre de l'UE 24 santé publique, un TD de 2h00 portant sur les violences faites aux femmes est effectué. Le contenu de ce dernier est porté sur la prévalence, les signes de violences physiques et sexuelles, impacts des traumatismes de l'enfance sur l'adulte, violence faite aux personnes âgées. Aussi, dans le cadre de l'UE 23.2, 6h de TD sont dispensées afin d'apporter des connaissances sur des pathologies psychologiques (dépression, anxiété, trouble suicidaire) et l'état de stress post-traumatique.

Dans cette lignée de la prise de conscience de l'importance d'être formé au cours du cursus universitaire et, pour pallier les manques en formation initiale, des associations étudiantes proposent une sensibilisation.

Cette dernière est adaptée à la réalité des étudiants qui ne sont pas encore beaucoup confrontés à des patients mais où les risques peuvent être présents à l'université ou dans un cadre festif. Les fédérations étudiantes territoriales, comme GAELIS, et nationales, comme la FNEK, en proposent. Elles sont souvent orientées vers la formations d'étudiants appeler "Trusted People" (TP). Ce sont des personnes référentes, dites de confiance, lors des évènements inter-étudiants. Leurs missions sont d'identifier les VSS, les désamorcer et accompagner les victimes. Leurs visages sont connus des participants afin de pouvoir être identifiés et sollicités. Enfin, ils sont aussi contactables via un numéro de téléphone, appel et SMS rendant le contact possible en anonyme. Ce système de TP ayant pour idéal de proposer un univers plus sain aux étudiants.

Cependant, ces formations sont ponctuelles et ont une durée inférieure à 3h00 (Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances, 2020). Cependant, il est important de noter qu'il s'agit uniquement d'une sensibilisation à la thématique, ne permettant pas de développer les compétences requises pour un accompagnement au sein d'un cabinet de kinésithérapie.

Les intervenants de la table ronde des Journée Francophones de la Kinésithérapie (JFK) de Rennes, fin mars 2023, sont conscients de cette limite. Cette table ronde portait sur "Les patient.e.s victimes de violences : dépister, accompagner, et ne pas se perdre en route".

Dans un premier lieu, nous notons un développement des conférences s'intéressant aux VSS. Ceci forme un argument supplémentaire, justifiant le rôle de la profession des masseurs kinésithérapeutes sur le sujet. Néanmoins, ces efforts ne sont pas suffisants afin de donner les clés rendant ainsi les kinésithérapeutes capables d'identifier, de recevoir et de rediriger en conséquence. Une intervenante des JFK, kinésithérapeutes spécialisée en pelvi-périnéologie, propose d'intégrer dès la formation initiale la question des violences dans l'interrogatoire. *"Sans questions, il n'y a pas de réponses, et pour informer le patient, comprendre une pathologie ou la soigner, il nous faut questionner et nous documenter."* (Planté, 2021)

Ainsi, les étudiants auraient le temps d'intégrer au fil des années leur rôle dans l'identification de patients victimes de violences sexistes et sexuelles. Notons également qu'en pratique, chacun est libre de s'approprier la question et de la poser sous la forme qui leur correspond.

Enfin, les résultats de cette étude nous ont poussé à réaliser un flyer à destination des masseurs-kinésithérapeutes.

En effet, l'ordre des MK a publié un guide à destination des patients mettant en lumière l'importance d'une relation thérapeutique saine et sécurisée dans les cabinets de kinésithérapie (Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2022). La HAS vise par son guide de recommandation de bonne pratique l'ensemble des professionnels de santé.

Cependant, la quantité d'informations proposée et le manque de ciblage spécifique aux masseurs-kinésithérapeutes découragent ces derniers. C'est la raison pour laquelle nous avons élaboré un document informatif qui se veut simple.

Ce dernier a pour but de transmettre des informations claires et simples aux professionnels. Il ne remplace en rien une formation mais a l'ambition de proposer une première approche vers la sensibilisation des kinésithérapeutes. Effectivement, nous avons pu observer durant ce travail, que les professionnels sont demandeurs d'informations mais sont contraints par la réalité temporelle et la complexité du sujet.

Pour finir, ce flyer reflète l'aboutissement de ce travail de fin d'étude. Il permet de donner sens à ce mémoire et ainsi, de l'ancrer dans la réalité.

Ce document est constitué de 12 infographies présentant les informations que nous avons jugés importantes, afin de répondre aux demandes mises en valeur par les thérapeutes interrogés.



Figure 5 : Infographie 1 du flyer "KINÉ TRAUMA-INFORMÉ.E"

#### 6.4.2. Perspective de recherche

Dans un souci de réaliser un travail de fin d'étude centré sur la profession de masseur-kinésithérapeute, nous ne nous sommes pas intéressées à d'autres professions. Or, d'autres professionnelles de santé mettent en place une relation de confiance en parlant aussi de sujets intimes et notamment, les sages-femmes. En effet, ces dernières assurent la surveillance et le suivi médical de la grossesse (Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, s. d.).

De plus, au-delà de la période de la grossesse, la sage-femme accompagne les femmes tout au long de leur vie en assurant les consultations de suivi gynécologique de prévention. Par l'ensemble de ces missions, au plus proche de l'intimité de la femme nous nous demandons si une étude s'intéressant à leur manière de travailler permettrait de faire avancer la profession des masseurs-kinésithérapeutes. Nous partons du postulat qu'elles sont davantage sensibilisées comme la majorité de leurs missions s'intéressent à cette sphère intime.

De plus, mon expérience personnelle m'a montré que certaines sage-femmes ont mis en place le questionnement systématique. Il serait donc intéressant de savoir comment le sujet est évoqué au sein des écoles de sage-femme et possiblement prendre exemple.

Enfin, nous nous sommes intéressées spécifiquement aux violences faites aux femmes dans ce mémoire mais au même titre, les violences faites aux hommes et sur les enfants ne sont pas négligeables.

En ce sens, les conclusions de ce travail s'appliquent aussi aux violences faites aux hommes. Cependant, dans le cadre des violences sur les enfants, un autre facteur est à prendre en compte : les parents. En effet, la relation de confiance s'établit entre l'enfant, le thérapeute et les parents. Or, ce dernier peut être aussi l'agresseur.

De plus, l'enfant aura tendance à protéger ses parents. Ainsi, se pose alors une nouvelle question : comment réussir à identifier une victime lorsqu'elle est sous la responsabilité de son agresseur ?

Pour finir, ce travail d'enquête a mis en évidence la part subjective de la réaction des thérapeutes, cela ne concerne pas uniquement les témoignages de violences. En effet, l'alliance thérapeutique mise en place peut amener le patient à livrer des émotions fortes.

Nous nous demandons alors la réaction à tenir face à un patient relatant des faits intimes, d'addiction avec une expression ou non de ses émotions. Cela laisse émerger deux questions :

- Quel est notre rôle en tant que professionnel de la rééducation ?
- Quelles sont les limites de notre métier dans l'accompagnement psychologique des patients ?

Dans le cas d'un témoignage de violence, un cadre a été instauré : la mission des kinésithérapeutes est d'écouter, accueillir, élaborer une trace écrite du récit et rediriger vers des professionnels compétents (médecin généraliste, psychologue, associations...). Il est donc possible de nous interroger quant à la pertinence d'appliquer ce cadre à d'autres situations préoccupantes.

Ce travail de fin d'étude a montré que l'alliance thérapeutique mise en place entre le patient et le masseur-kinésithérapeute, permet de libérer la parole sur des sujets tabous. Nous avons évoqué ici les violences faites aux femmes mais de nombreuses autres problématiques variées peuvent aussi être abordées. Nous pensons à l'incontinence urinaire, la sexualité, la dépression, la perte d'un proche, la dépendance à une substance cependant,

il en existe bien d'autres. Beaucoup de sujets passés sous silence dans la société mais, qui émergent de façon claire lors d'une prise en charge en kinésithérapie.

Nous nous interrogeons alors sur les limites des masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en considération de ces troubles. Le terme trouble rassemble la réception d'un témoignage de violences, d'idées suicidaires et de dépendances.

Mais, une question subsiste concernant les capacités des masseurs-kinésithérapeutes à communiquer de manière appropriée, autour de la santé mentale.

## 7. Conclusion

Depuis la libération de la parole aux sujets des violences faites aux femmes, nous observons un changement de penser dans la conscience collective et, particulièrement chez les jeunes générations.

Les notions de consentements, traumatismes, violences sont d'avantages pris en considération. Dans cette continuité, la HAS a rédigé des recommandations (Haute Autorité de Santé, 2019) afin d'indiquer les missions des professionnelles de santé en première ligne.

Or, pour la majorité des kinésithérapeutes, nous observons que ce guide est en dehors de la réalité du terrain. En effet, le manque de sensibilisation en formation initiale entraîne une absence de compétences relatives à l'identification et la prise en charge des patients victimes de violences. Néanmoins, la relation privilégiée thérapeute/patient mène à des confidences de cet ordre.

Les VSS forment un sujet tabou où les victimes ont souvent besoin de se sentir en confiance pour se livrer. De plus, par cette alliance thérapeutique, les kinésithérapeutes peuvent instinctivement ressentir des doutes, observer des modifications de comportement mais également, des traces sur le corps. N'étant pas formé sur le sujet et par crainte de brusquer le patient ou par pudeur personnelle, certains vont préférer ne pas agir. En effet, il est difficile de poser la question, d'accueillir de tels témoignages et de s'estimer légitime en tant que masseur-kinésithérapeute d'aborder ce sujet.

Or, certains actes en kinésithérapie peuvent éveiller des traumatismes. Ainsi dans le traitement, le thérapeute peut involontairement se retrouver maltraitant.

L'identification d'un.e patient.e victime de violence entraîne majoritairement une modification de la prise en soin et cela, au dépend du ressenti du thérapeute. Elle passe par l'éducation thérapeutique, l'aisance à travailler en salle ou en box en fonction du patient.

Mais, l'absence de connaissance sur les mécanismes du psychotraumatisme tels que la sidération, la dissociation ou la mémoire traumatique peut-être à l'origine d'une perte de chance dans la qualité des soins (Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances, 2020)

Cependant, la formation initiale ne traite pas de l'aspect psychologique pourtant présent dans ce métier de rééducation. En effet, la profession nécessite des qualités de communication, d'empathie, d'écoute évidente. En absence d'initiation théorique, les kinésithérapeutes développent ces qualités en fonction de leur personnalité, leur sensibilité et leurs expériences. Les kinésithérapeutes spécialisés en rééducation pelvi-périnéale sont

majoritairement plus alertes sur le sujet ce qui entraîne une grande disparité du niveau de sensibilisation de l'ensemble de la profession.

Pour autant, 94% des MK sont intéressés ou très intéressés à repérer les violences (Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances, 2020). Le niveau d'intérêt varie en fonction de la spécialité exercée. Un enseignement, en formation initiale et/ou continue, permettrait de lisser le niveau de compétence dans l'accompagnement des patients.

Nos recherches ont permis de montrer une nouvelle disparité, celle relative la sensibilisation des kinésithérapeutes en fonction de la spécialité exercée mais aussi, par rapport à la génération et aux expériences personnelles et professionnelles. Il est difficile de mesurer réellement quel est l'impact sur les patients de cette identification en interrogeant uniquement les kinésithérapeutes. Il aurait peut-être fallu interroger les victimes directement afin de déceler leurs ressenti sur la question.

De plus, nous avons été frappé par la conscientisation du rôle de masseur-kinésithérapeute dans l'identification de patient victime de violence mais le manque d'outils permettant de la mener à bien. C'est pourquoi ce mémoire avait aussi un objectif de sensibilisation des professionnels. À la suite de chaque entretien, une discussion s'est naturellement ouverte, afin de débattre et apporter des éléments informatifs supplémentaires comme les numéros à contacter, où trouver le certificat médical, vers qui rediriger.

Ces échanges et ces recherches en tant qu'investigatrice ont contribué de manière importante à mon enrichissement. Cette étude m'a permis de rencontrer et d'échanger avec des personnes pour moi, source d'inspiration indéniable à ma pratique future.

De plus, ils ont donné sens à mon engagement associatif au sein de la FNEK et particulièrement dans le pôle formation.

Ce travail a permis de me rendre compte que chacun, à notre échelle, est en capacité de faire évoluer la profession. Et, c'est là tout le cœur de ma motivation dans ce cursus et par conséquent, de l'élaboration de ce travail.

La lutte contre les violences faites aux femmes est donc un combat collectif. Professionnels de santé, ministres, avocats, forces de l'ordre, familles, ami.e.s nous avons tous un rôle à jouer pour un monde plus solidaire et plus juste.

## Bibliographie

- Barbillon, E., & Le Roy, J. (2012). *Petit manuel méthodologique de l'entretien de recherche : De la problématique à l'analyse*. Enrick B. Editions.
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : Beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*.
- Blanchet, A., Gotman, A., & Singly, F. de. (2015). *L'entretien*. Armand Colin.
- Borkman, T. (1976). Experiential Knowledge : A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*, 50(3), 445-456. <https://doi.org/10.1086/643401>
- Boudrahem, S., & Morel-Lab, V. (2021). Conduite éthique de la relation en masso-kinésithérapie dans le respect du droit. *Kinésithérapie, la Revue*, 21(230), 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2020.11.013>
- Calvo, A. (2020). *Manuel d'autodéfense contre les violences psychologiques : Se protéger et s'en sortir*. First édition.
- CNGOF. (2023). *Le vaginisme, qu'est-ce que c'est ?* <http://www.cngof.fr/la-sexualite/320-le-vaginisme-qu-est-ce-que-c-est>
- CNRTL. (2012). *CONFIANCE : Définition de CONFIANCE*. <https://www.cnrtl.fr/definition/confiance>
- Conseil de l'Europe. (2023). *10 ans de la Convention d'Istanbul—Convention d'Istanbul Lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique—Www.coe.int*. Convention d'Istanbul Lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. <https://www.coe.int/fr/web/istanbul-convention/10th-anniversary>
- Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. (s. d.). *Les compétences des sages-femmes*. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Consulté 23 avril 2023, à l'adresse <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
- CPAM de l'Ain. (2022). *GUIDE PRATIQUE DE LA NGAP EN MASSO-KINESITHERAPIE\_AssuranceMaladieAURA.pdf*. <https://www.ameli.fr/sites/default/files/GUIDE%20PRATIQUE%20DE%20LA%20NGA>

Descamps, M.-A. (1993). *Le langage du corps et la communication corporelle*. Presses universitaires de France.

Fischer, G.-N., & Tarquinio, C. (2014). Chapitre 7. L'observance thérapeutique. In *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé* (p. 163-187). Dunod; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dunod.fisc.2014.01.0163>

FNEK. (2022). *Procès verbal de l'Assemblée Générale du Congrès de Printemps 20 et 21 mars 2022—Orléans*.

Gatto, F., & Ravestein, J. (2008). *Le mémoire : Penser, écrire, soutenir, réussir*. Sauramps Medical.

Guillaume, A. (2020). *RAPPORT 2020 SUR LA DÉMOGRAPHIE*.

HAS. (2013). *Éducation thérapeutique du patient (ETP)*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp)

Haute Autorité de Santé, L. (2019). *Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple, recommandation de bonne pratique*.

Jodelet, D. (2017). *“Le savoir expérientiel des patients, son statut épistémologique et social.”*

Kaufmann, J.-C., & Singly, F. de. (2016). *L'entretien compréhensif*. Armand Colin.

Article L4323-3—Code de la santé publique, (2000). [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006689399?init=true&page=1&query=L.4323-3&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006689399?init=true&page=1&query=L.4323-3&searchField=ALL&tab_selection=all)

Article R4321-96—Code de la santé publique, (2008). [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000019730208](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019730208)

Article R4321-2—Code de la santé publique, (2009). [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000020953322](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020953322)

Section 1 : Actes professionnels (Articles R4321-1 à R4321-13), (2009). <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190616>

Paragraphe 4 : De l'exhibition sexuelle et du harcèlement sexuel (Articles 222-32 à 222-33), (2018). <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000026268200/2012-08-08>

Article 12—LOI n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales (1), (2020).

[https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000042176677](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042176677)

Article R4321-90—Code de la santé publique, (2020).

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042795543?init=true&page=1&query=+R.+4321-90&searchField=ALL&tab\\_selection=all](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042795543?init=true&page=1&query=+R.+4321-90&searchField=ALL&tab_selection=all)

Article 222-22—Code pénal, (2021).

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043409030](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409030)

Article 222-23—Code pénal, (2021).

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043409305](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409305)

Article L1110-4—Code de la santé publique, (2021).

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043895798?fonds=COD E&page=1&pageSize=10&query=L+1110-4&searchField=ALL&searchType=ALL&tab\\_selection=all&typePagination=DEFAULT](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043895798?fonds=COD E&page=1&pageSize=10&query=L+1110-4&searchField=ALL&searchType=ALL&tab_selection=all&typePagination=DEFAULT)

Section 4 : De l'outrage sexiste et sexuel (Article 222-33-1-1), (2023).

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000047048864/#LEGISCTA000047049123](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000047048864/#LEGISCTA000047049123)

Loriol, M. (2021). Le travail émotionnel des soignants. Une activité collective. *Santé Mentale*, 254, 42.

Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances. (2020). *Miprof\_2020\_enquete-etudiant-e-s-et-mk\_actifs.pdf*.

[https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2020/11/miprof\\_2020\\_enquete-etudiant-e-s-et-mk\\_actifs.pdf](https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2020/11/miprof_2020_enquete-etudiant-e-s-et-mk_actifs.pdf)

Ministère chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances. (2022). *Grenelle des violences conjugales, 3 ans d'action et d'engagement du gouvernement*.

<https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/sites/efh/files/2022-09/dossier-de-presse-septembre-2022-grenelle-des-violences-conjugales-trois-ans-d-action-et-d-engagem>

ent-du-gouvernement.pdf

Ministère de l'éducation nationale. (2014).

*Arbitrage\_interministeriel\_formation\_initiale\_des\_masseurs-kinesitherapeutes.pdf.*

[https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2014/12/Arbitrage\\_interministeriel\\_formation\\_initiale\\_des\\_masseurs-kinesitherapeutes.pdf](https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2014/12/Arbitrage_interministeriel_formation_initiale_des_masseurs-kinesitherapeutes.pdf)

Ministère de l'intérieur. (2018). *Violences sexuelles et sexistes: Les chiffres clés.*

[http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-infos-pratiques/2022-Infos-pratiques/Signalement-des-violences-sexuelles-et-sexistes/Violences-sexuelles-et-sexistes-les-chiffres-cles.](http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-infos-pratiques/2022-Infos-pratiques/Signalement-des-violences-sexuelles-et-sexistes/Violences-sexuelles-et-sexistes-les-chiffres-cles)

<http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-infos-pratiques/2022-Infos-pratiques/Signalement-des-violences-sexuelles-et-sexistes/Violences-sexuelles-et-sexistes-les-chiffres-cles>

Ministère de l'intérieur et des outre-mer, S. G., Gendarmerie. (2021). *Interstats Analyse*

*n°53: « Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2021 ».*

<https://www.gendarmerie.interieur.gouv.fr/gendinfo/actualites/2022/interstats-analyse-n-53-les-violences-conjugales-enregistrees-par-les-services-de-securite-en-2021>

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (2015).

*Référentiel-Competences-Kine.pdf.*

<https://sarthelordremk.fr/files/2019/10/Ref%C3%A9rentiel-Competences-Kine.pdf>

Mireille ELBAUM. (2006). *La durée des séances des médecins généralistes.*

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>

#NousToutes. (2023). *Comprendre les chiffres pour mieux défendre les femmes et les enfants victimes de violences sexistes et sexuelles.* #NousToutes.

<https://www.noustoutes.org/comprendre-les-chiffres/>

Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. (2021, décembre 21). Santé, bien-être : Prenez soin

de votre périnée. *Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.*

<https://www.ordremk.fr/actualites/patients/sante-bien-etre-prenez-soin-de-votre-perinee/>

Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. (2022). *Prévention des violences sexuelles au sein d'un cabinet de kinésithérapie.*

[https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2022/06/corrections-du-02062022\\_guide-violences-sexuelles\\_bd.pdf](https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2022/06/corrections-du-02062022_guide-violences-sexuelles_bd.pdf)

PLANTE. (2023). *24 Nov UE 24 MK5 Santé Publique.pdf.*

Planté, A.-F. (2021). Construction de l'anamnèse en contexte de tabou. *Kinésithérapie, la Revue*, 21(230), 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2020.11.011>

Salmona. (2013). *BROCHURE-SORTIR-DU-SILENCE-finale-pdf.pdf.*  
<https://sortir-du-silence.fr/wp-content/uploads/2020/11/BROCHURE-SORTIR-DU-SILENCE-finale-pdf.pdf>

Salmona, D. M. (s. d.). *2021\_violences\_sexuelles\_un\_psychotraumatisme\_majeur.*

Salmona, M., & Mukwege, D. P. (2022). *Le livre noir des violences sexuelles.* Dunod.

Schittecatte, M. (2014). Chapitre 18. APPORT DE « LA THÉORIE POLYVAGALE DES ÉMOTIONS » DE S. W. PORGES À LA PSYCHOTHÉRAPIE DES ÉTATS DISSOCIATIFS. In *Les fondements des psychothérapies* (p. 299-313). Dunod; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/dunod.vinot.2014.01.0299>

Sureau, P. (2018). De la confiance dans la relation de soin. *Soins*, 63(824), 44-46. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2018.02.010>

# **Annexes**

## **Table des annexes**

Annexe I : Certificat médical kiné

Annexe II : Notice explicative du certificat médical

Annexe III : Codage pour retranscription de l'entretien

Annexe IV : Lecture flottante, extrait de la partie relative aux retours d'expérience au cabinet

Annexe V : Caractéristiques des interviewés

Annexe VI : Retranscription, MK1

Annexe VII : Retranscription, MK2

Annexe VIII : Retranscription, MK3

Annexe IX : Retranscription, MK4

Annexe X : Retranscription, MK5

Annexe XI : Retranscription, MK6

Annexe XII : Retranscription, MK7

Annexe XIII : Retranscription, MK8

Annexe XIV : Retranscription, MK9

Annexe XV : Retranscription, MK10

Annexe XVI : Retranscription, MK11



**Modèle de certificat médical masseur-kinésithérapeute  
EN CAS DE VIOLENCE SUR PERSONNE MAJEURE  
Sur demande de la personne et remis en main propre  
Validée par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes  
Un double doit être conservé par le masseur-kinésithérapeute**

Prénom et nom du masseur-kinésithérapeute :  
Adresse professionnelle :  
N° RPPS :  
N° d'inscription au tableau de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes :  
Je certifie avoir examiné (date en toutes lettres) :  
à (heure) :  
à (lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre) :  
Madame ou monsieur (prénom et nom)<sup>1</sup> :  
Né.e le (en toutes lettres) :  
Domicilié.e à :  
Age de la grossesse (le cas échéant) :

**FAITS :**  
La personne déclare « j'ai été/je suis :

**DOLEANCES EXPRIMEES PAR LA PERSONNE :**  
Elle dit se plaindre de<sup>2</sup> : «

<sup>1</sup> En cas de doute sur l'identité de la personne, préciser ces informations, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer..., et être né(e) le... »

<sup>2</sup> Indiquer entre guillemets les déclarations de la victime (contexte, nature des faits, identité ou lien de parenté avec l'auteur des faits rapportés) et les doléances rapportées sans interprétation, ni tri. Il est recommandé de recueillir les dates et heures des faits allégués afin de signaler le caractère répétitif.



**LA PERSONNE PRESENTE A L'EXAMEN :**

Sur le plan physique :

Sur le plan psychique et émotionnel :

Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, madame, monsieur (*prénom, nom, adresse*) :

Certificat établi le (*date et heure*)

à (*lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre*) :

à la demande de madame, monsieur (*prénom et nom*)

et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Signature (et cachet) d'authentification :



**Notice explicative du certificat médical établi par le masseur-kinésithérapeute sur demande de la personne majeure en vue de constater des lésions et signes qui témoignent de violences.**

**Introduction :** La loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales a modifié l'article 226-14 du code pénal.

Ainsi, le professionnel de santé ne viole plus le secret médical lorsqu'il porte à la connaissance des autorités judiciaires une information relative à des violences exercées au sein du couple lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en **danger immédiat** et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'**emprise exercée par l'auteur des violences**.

Il s'agit ici d'une possibilité et non d'une obligation pour le professionnel de santé d'effectuer ce signalement au procureur de la République.

L'article R. 4321-90 du code de la santé publique, qui énonce que « *Lorsqu'un masseur-kinésithérapeute discerne qu'une personne à laquelle il est appelé à donner des soins est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection* » n'entre pas en contradiction avec la nouvelle rédaction de l'article 226-14 du code pénal.

En revanche, la loi du 30 juillet 2020 autorise le professionnel de santé à effectuer un signalement auprès des autorités judiciaires notamment lorsqu'il constate que la victime fait l'objet de violences psychologiques. **Notons que l'article R. 4321-90 ne mentionne que les cas de « sévices ou de privations » et ne fait pas état de violences psychologiques.**

Dès lors, il convient d'envisager le cas où un masseur-kinésithérapeute signalerait qu'une victime fait l'objet de violences psychologiques. Il semble qu'il serait susceptible de faire l'objet de poursuites disciplinaires dès lors qu'il outrepasserait le cadre prévu à l'article R. 4321-90 du code de la santé publique. Il y a fort à parier que le juge disciplinaire irait probablement consulter les dérogations légales. Nonobstant, il est avant tout tenu par les dispositions du code de déontologie.

Il convient donc d'envisager une mise en cohérence des dispositions réglementaires du code de déontologie (article R. 4321-90 CSP).

**Contexte :** La mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) estime que les professionnels de santé devaient être guidés dans les démarches à effectuer lorsqu'ils prennent en charge des patients victimes de sévices.

C'est pour cela que dans une optique d'harmonisation et de pédagogie envers les professionnels de santé, la MIPROF a travaillé avec les ordres de santé sur des modèles de certificats médicaux à rédiger par les professionnels de santé en cas de violences faites sur une personne majeure accompagnés d'une notice.



**Art. R. 4321-55 du code de la santé publique :** « Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose au masseur-kinésithérapeute et à l'étudiant en masso-kinésithérapie dans les conditions établies respectivement par les articles L. 1110-4 et L. 4323-3. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du masseur-kinésithérapeute dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

**Art. R. 4321-75 du code de la santé publique :** « La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite. »

**Art. R. 4321-90 du code de la santé publique :** « Lorsqu'un masseur-kinésithérapeute discerne qu'une personne à laquelle il est appelé à donner des soins est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

*S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, il alerte les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »*

**Art. R. 4321-96 du code de la santé publique :** « Le masseur-kinésithérapeute ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients. »

Les atteintes à l'intégrité de la personne sont constitutives d'infractions prévues et réprimées par le code pénal. Par violences, il faut entendre atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique.

La consultation peut être une étape vers la révélation des faits de violences. Elle constitue alors le pendant médical de la plainte que pourra déposer la victime.

Le certificat de constatation que pourrait délivrer le masseur-kinésithérapeute à l'issue de la consultation fait ainsi partie des éléments qui permettront à la victime d'engager une action en justice devant le juge pénal et/ou civil, notamment pour obtenir des mesures de protection et une réparation du préjudice.

En ce sens, il constitue un document écrit par lequel le masseur-kinésithérapeute atteste de l'existence de signes ou de lésions traumatiques, voire d'une souffrance psychologique. C'est le premier élément objectif sur lequel l'autorité judiciaire pourra s'appuyer pour décider des suites à donner.

En outre, en toute hypothèse, en cas de constatation de faits de violences, le masseur-kinésithérapeute conseille la victime de se rendre auprès des services de police ou de gendarmerie. Il l'invite également à contacter pour information le 3919 (violences femmes info) et l'oriente vers une association locale d'aide aux femmes victimes.

Le masseur-kinésithérapeute doit, au-delà du certificat, délivrer un certain nombre de conseils et d'informations et notamment affirmer clairement que les violences sont interdites par la loi et que les actes de violence relèvent de la seule responsabilité de son auteur.

Un tel certificat constitue bien évidemment un mode de preuve : sa rédaction engage donc la responsabilité du professionnel de santé qui, parfois, sous-estime les risques qu'implique un certificat non conforme aux principes établis. Le masseur-kinésithérapeute ne viole pas le secret professionnel lorsqu'il respecte les règles de rédaction énoncées ci-après. Quelques précautions sont donc nécessaires.



En cas de doute, le professionnel ne doit pas hésiter à contacter son conseil départemental de l'ordre.

- La possibilité pour le masseur-kinésithérapeute de rédiger ce type de document est prévue par le code de déontologie qui en encadre la délivrance. Indifféremment de son mode d'exercice, le masseur-kinésithérapeute ne peut pas se soustraire à une demande spontanée d'établissement d'un certificat médical attestant des signes cliniques et des lésions constatées. Le masseur-kinésithérapeute ne peut refuser de délivrer un certificat au motif que la victime n'entend pas lui indiquer la destination du certificat.
- Un certificat médical engage la responsabilité du masseur-kinésithérapeute signataire. Il doit donc être rédigé sur papier à en-tête, comporter ses nom, adresse, établissement (si employé), n° RPPS et n° ordinal et sa signature manuscrite (tampon éventuel).
- Il convient préalablement de procéder correctement à l'identification de la victime (nom, prénom, date de naissance). En cas de doute sur son identité, le masseur-kinésithérapeute notera l'identité alléguée par la victime, entre guillemets, sous la forme « me déclare se nommer... ».
- Le masseur-kinésithérapeute ne doit jamais délivrer un certificat sans avoir vu et examiné la personne dont il s'agit.
- Le masseur-kinésithérapeute rapporte les dires de la personne sur les faits sur le mode déclaratif et entre guillemets (« madame X dit avoir été victime de... »).
- Le certificat doit être rédigé de manière lisible, précise, sans termes techniques et abréviation.
- Le certificat doit être daté. Le masseur-kinésithérapeute ne peut antidater ou postdater un certificat. Le certificat doit être daté du jour de sa rédaction, même si les faits sont antérieurs.
- Le certificat, une fois rédigé, doit être remis en main propre à la personne et non à un tiers.
- Une copie du certificat doit être conservée par le masseur-kinésithérapeute.

**La rédaction de l'attestation décrivant les lésions physiques ou les troubles psychiques ne se substitue pas au signalement**

Comme rappelé ci-dessus, la loi prévoit que le masseur-kinésithérapeute doit recueillir l'accord de la victime pour porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés sur le plan physique ou psychique. **Toutefois, cet accord n'est pas nécessaire si la victime est une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (article 226-14 du code pénal).**

Ce sont deux dérogations légales au secret professionnel (article 226-14 du code pénal) et une obligation déontologique (article R.4321-90 du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes).

Annexe III : Codage pour retranscription de l'entretien

Action		Code	Exemple
Interprétation transcripteur	du	<...>	<hésitation> Non, non
Silence, 1 "-" par seconde		- - -	je pense qu'elle ne savait pas quelle porte d'entrée utiliser - - - je ne sais pas si sur ma tête ça c'est vu que j'étais sidérée
Mot(s) inaudible(s)		XX	J'ai l'impression que toutes les réponses que je vais donner sont maladroites parce que on n'est pas habile XX.
Commentaire transcripteur	du	(...)	Et bah vraiment deux et demi, pile à la moitié (rire)
Information complémentaire		[...]	[Parle de la journée de sensibilisation] Moi j'avais un très mauvais niveau





Annexe V : Caractéristiques des interviewés

Eléments recherchés	Données
Pseudo d'anonymat	MK1
Genre	Féminin
Année de diplôme	2003
Ville/Pays d'obtention du diplôme	IFMK de Lyon, France
Lieu d'exercice	Lyon, quartier de Croix-Rousse
Formation complémentaires	Master 1 et 2 en santé à Lyon 1 sur le handicap sensoriel et cognitif
Mode d'exercice actuelle (salarié, libérale ou mixte)	Libérale, un patient toute les 30 minutes
Organisation humaine de l'espace de travail	Cabinet de groupe avec 7 kinésithérapeutes. Alterne entre exercice au cabinet et cours à l'IFMK de Lyon.
Organisation matériel de l'espace de travail	7 salles et 1 gymnases
Patientèle	1/3 de femmes pour rééducation pelvi-périnéales 2/3 toute les pathologies

Eléments recherchés	Données
Pseudo d'anonymat	MK2
Genre	Féminin
Année de diplôme	2015
Ville/Pays d'obtention du diplôme	IFMK de Lyon, France
Lieu d'exercice	Saint Priest, périphérie lyonnaise.
Formation complémentaires	Mackenzie, formation sur l'épaule
Mode d'exercice actuelle (salarié, libérale ou mixte)	Libérale, un patient toute les 30 minutes
Organisation humaine de l'espace de	Cabinet de groupe avec 9

travail	kinésithérapeutes mais 6 présents dans le cabinet en même temps Fais des domiciles.
Organisation matériel de l'espace de travail	6 salles et 1 gymnases
Patientèle	Toute les pathologies, 70% ont entre 40 et 50 ans

Eléments recherchés	Données
Pseudo d'anonymat	MK3
Genre	Féminin
Année de diplôme	2016
Ville/Pays d'obtention du diplôme	IFMK de Lyon, France
Lieu d'exercice	Lyon 8ème
Formation complémentaires	Pelvi-périnéologie
Mode d'exercice actuelle (salarié, libérale ou mixte)	Libérale, un patient toute les 30 minutes
Organisation humaine de l'espace de travail	Cabinet individuel
Organisation matériel de l'espace de travail	Une salle
Patientèle	De plus en plus de patientes en pelvi-périnéologie, douleur pelvienne, post partum, trouble urinaire et un peu de sexologie aussi et cancer du sein. De 18 à 94 ans

Eléments recherchés	Données
Pseudo d'anonymat	MK4
Genre	Masculin

Année de diplôme	2014
Ville/Pays d'obtention du diplôme	Allemagne
Lieu d'exercice	Lyon
Formation complémentaires	Neuroscience de la douleur et prise en charge de la douleur chronique + thérapie comportementale et cognitive + thérapie d'acceptation et d'engagement
Mode d'exercice actuelle (salarié, libérale ou mixte)	Salarié, aux hospices civiles de Lyon et préparation doctorat.
Mode d'exercice précédent	Libérale, oncologie
Organisation humaine de l'espace de travail	CHU, service de neurochirurgie du rachis et de la moelle épinière.
Organisation matériel de l'espace de travail	Les chambres des patients et gymnase de l'hôpital mais peu utilisé
Patientèle	Patients qui ont des douleurs de dos (lombaire et cervicale) chroniques de type neuropathique + patient TC. PEC centré sur la persistance de la douleur.

Eléments recherchés	Données
Pseudo d'anonymat	MK5
Genre	Féminin
Année de diplôme	2002
Ville/Pays d'obtention du diplôme	L'école d'Orléans, France
Lieu d'exercice	Toussieux, Rhône
Formation complémentaires	Chaînes musculaires De Busquets, maxillo-facial
Mode d'exercice actuelle (salarié, libérale ou mixte)	Libérale, un patient toute les 30 minutes
Organisation humaine de l'espace de travail	Cabinet de groupe, 3 kinésithérapeutes

Organisation matériel de l'espace de travail	Une salle commune et 5 salles individuelles.
Patientèle	Variée, du bébé aux personnes âgées à domicile avec de plus en plus de maxillo.

Eléments recherchés	Données
Pseudo d'anonymat	MK6
Genre	Féminin
Année de diplôme	1990
Ville/Pays d'obtention du diplôme	IFMK de Lyon, France
Lieu d'exercice	Lyon 8ème
Formation complémentaires	Périnéale antérieure, sexo, anorectale, douleur pelvienne.
Mode d'exercice actuelle (salarié, libérale ou mixte)	Libérale, un patient toutes les 30 minutes et doublon pour PEC abdominal en post-partum.
Organisation humaine de l'espace de travail	Cabinet de groupe, 4 kinésithérapeutes
Organisation matériel de l'espace de travail	Une salle commune et 5 salles individuelles.
Patientèle	Femmes, hommes, enfants pour rééducation pelvi-périnéale principalement des patientes entre 18 et 55ans.

Eléments recherchés	Données
Pseudo d'anonymat	MK7
Genre	Féminin
Année de diplôme	2007

Ville/Pays d'obtention du diplôme	Ecole d'Orléans, France
Lieu d'exercice	Lyon 7eme et HCL
Formation complémentaires	Dépistage et prise en charge précoce des enfants avec des paralysie cérébrales, échelle d'évaluation en pédiatrie
Mode d'exercice actuelle (salarié, libérale ou mixte)	3 jours : libérale, un patient toute les 45 minutes, 2 jours : hopital
Organisation humaine de l'espace de travail	Cabinet de groupe, 3 kinésithérapeutes, 2 en même temps dans le cabinet
Organisation matériel de l'espace de travail	2 salles individuelles sont amenées à communiquer.
Patientèle	Enfants en situation de handicap (PC ou pathologie génétique), de 2 mois à 16 ans avec une moyenne vers 4-5ans.

Eléments recherchés	Données
Pseudo d'anonymat	MK8
Genre	Masculin
Année de diplôme	2019
Ville/Pays d'obtention du diplôme	Haute Ecole de la province de Liège, Belgique
Lieu d'exercice	Saint priest dans le Rhône
Formation complémentaires	K-YLF (sport), reprogrammation neuro-motrice
Mode d'exercice actuelle (salarié, libérale ou mixte)	Libérale, un patient toute les 30 minutes
Organisation humaine de l'espace de travail	Cabinet de groupe avec 9 kinésithérapeutes mais 6 présents dans le cabinet en même temps Fais des domiciles.
Organisation matériel de l'espace de travail	6 salles et 1 gymnases

Patientèle	Variée, des sportifs (rugby de st priest et crossfit genas), principalement traumatolo/thumatolo.
------------	---

Eléments recherchés	Données
Pseudo d'anonymat	MK9
Genre	Masculin
Année de diplôme	1993
Ville/Pays d'obtention du diplôme	IFMK de Montpellier
Lieu d'exercice	Saint pierre de Chandieu, Rhône
Formation complémentaires	Cicatrice, cancer du sein, pédiatrie
Mode d'exercice actuelle (salarié, libérale ou mixte)	Libérale, un patient toute les 30 minutes
Organisation humaine de l'espace de travail	Cabinet individuel
Organisation matériel de l'espace de travail	Un seul espace
Patientèle	Plutôt jeune, très grande variété de pathologie, pas d'uro, ni de maxilo, ni de pédiatrie respiratoire.

Eléments recherchés	Données
Pseudo d'anonymat	MK10
Genre	Féminin
Année de diplôme	2015
Ville/Pays d'obtention du diplôme	IFMK de Saint-Etienne
Lieu d'exercice	Caluire, Rhône
Formation complémentaires	Thérapie manuelle, épaule, cancer du sein

Mode d'exercice actuelle (salarié, libérale ou mixte)	Libérale, un patient toute les 30 minutes sur 3 jours et 2 demi-journée dans un ADAPEI
Organisation humaine de l'espace de travail	9 kinésithérapeutes aux spécificités différentes
Organisation matériel de l'espace de travail	6 ou 7 salles individuelles, une balnéo, salle pour faire du pilate
Patientèle	Jeune, rhumatologie, traumatologie

Eléments recherchés	Données
Pseudo d'anonymat	MK1
Genre	Féminin
Année de diplôme	1993
Ville/Pays d'obtention du diplôme	IFMK de Lyon
Lieu d'exercice	Montpellier
Formation complémentaires	Pelvi-périnéale, pédiatrie
Mode d'exercice actuelle (salarié, libérale ou mixte)	Libérale, un patient toute les 30 minutes
Organisation humaine de l'espace de travail	Seule
Organisation matériel de l'espace de travail	Une salle unique
Patientèle	Femmes ou enfants

## Annexe VI : Retranscription, MK1

Bonjour,

Je suis Marine, actuellement en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Lyon.

Tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté l'entretien et de participer à la réalisation de mon mémoire.

Cet entretien a été supervisé et validé par Mme LERCLERQ, ma directrice de mémoire.

Nous avons fait le choix de ne pas dévoiler le sujet avant afin de limiter les biais de sélection.

Aujourd'hui, nous allons parler ensemble du rôle du kinésithérapeute dans l'identification des patients victimes de violences sexistes et sexuelles.

L'enregistrement audio sera retranscrit et totalement anonymisé.

L'objectif est que nous discutons librement, sans jugement. Je veux juste comprendre votre point de vue et votre réalité au quotidien.

Nous allons commencer

Êtes-vous d'accord avec ça ? Avez-vous des questions ?

### Partie 1 : Présentation

#### **1. M : Pouvez-vous vous présenter ?**

*Genre, IFMK ou école de formation, année du diplôme, formation complémentaires, spécificités exercées, préférence dans la pratique de la kinésithérapie.*

MK1 : Je m'appelle XXX, je sors de l'école de kiné, à mon époque on faisait médecine d'abord c'était PCEM, je suis très vieille moi. Je sors de l'école de Lyon en 2003 et j'ai commencé à donner des cours en kiné en 2006 et chez les déficients visuels en 2014. En dehors de ça, ma formation, j'ai fait un master 1 et master 2 santé de Lyon 1 en 2012 et 2016. Ce sont des masters de recherche sur l'handicap et l'autonomie, l'handicap sensorielle et cognitif. Je fais du libéral depuis 2003, sur la Croix-Rousse. Je n'ai fait que de l'activité libérale, je n'ai jamais fait d'activité salariée, je ne travaille pas maison de retraite. Du coup mon activité on va dire que un quart de mon temps entre 1/5 et un quart de mon temps à l'année je donne des cours. 1/3 de mon temps je fais de la rééducation du périnée ou rééducation post partum uniquement chez la femme, je ne fais ni l'enfant ni l'homme. Et le reste de mon temps je prends un petit peu toutes les pathologies voilà.

#### **2. M : Parlons à présent de l'organisation de votre cabinet ?**

*Nombre de praticiens, nombre de patients dans le cabinet en même temps, présence de box individuel, proportion de PEC dans les espaces commun/individuel.*

*Combien de patient par séances, quelle est la durée des séances,*

MK1 : Donc le cabinet s'est agrandi. Donc maintenant comme il est, ce n'est pas encore définitif car on va encore s'agrandir mais en gros on a 7 salles. On est sept kinés et on a 7 salles et on a un gymnase qui est une pièce plus grande (on est sur la croix-rousse donc l'immobilier coûte chère) qui doit faire 30/35 m<sup>2</sup> peut-être 40 mètres carrés je crois. On a des pièces de taille différente et on a énormément de machines donc du coup ça fait que personne n'a de boxe attribué. On tourne en fonction de "la pièce est agréable, j'ai besoin de calme" ou "j'ai besoin de telle machine et c'est chiant de la déplacer". Et on prend un patient par demi-heure. On travaille en fonction des gens, au gymnase ou en salle.

### **3. M : Pouvez-vous me parler de vos patients ?**

MK1 : Vu que tiers de mon temps c'est du périnée, je vais avoir énormément de femme. Quasiment exclusivement, j'ai très peu d'hommes. Je dois être à 70% de femmes et 30% d'hommes et enfants. Je suis surtout dans la tranche d'âge des troubles du périnée de la jeune femme ou de la femme après accouchement. Surtout sur ça. Dans les 70% de femmes je dois en avoir bien 60% qui ont entre 25 et 45ans. Ensuite le reste, ça peut être des troubles chez la personnes plus âgée.

Partie 2 : La relation masseur-kinésithérapeute/patient

### **4. M : Comment s'organise votre prise en charge ?**

*Faites-vous systématiquement un bilan lors de la première séance ? Quels bilans, centrés sur la pathologie ou plus global ? Quel est le déroulé de la 1ère séance (temps, début de traitement) ?*

MK1 : Les premiers rendez-vous je bloque 1h ou si j'ai pas le temps je fais mon bilan en 2 fois. En générale il rentre, nous on a 1 bureau pour tout le monde avec 2 ordinateurs donc en fonction de son état je vais le faire rentrer dans le box, lui demander son ordonnance, sa carte vitale et sa carte de mutuelle et moi je vais faire les papiers pour pas qu'il stagne debout dans l'entrée. Si je vois que tout va bien il me suit mais c'est assez rare. En règle générale on va plutôt poser les affaires puis je vais faire les papiers. Ensuite je reviens et là je ferme la porte. Quand c'est un bilan périné, systématiquement je ferme à clé. Même

quand je sens que les patients ont une certaine pudeur, je peux fermer à clé. Le problème de fermer à clé, c'est que le patient se sent fermé. Donc ça va vraiment dépendre de ce que je sens à ce moment-là. Mais vu que nous on passe constamment de pièce en pièce pour demander telle machine, on est constamment dérangé. Donc du coup ça me permet d'être sûr que personne ne viendra nous déranger. Et ensuite je demande le motif de consultation, je fais mon bilan, mon interrogatoire. Parfois ça prend beaucoup de temps, surtout si c'est du périnée car on va vraiment vraiment prendre le temps d'expliquer avant de faire un bilan concret. Même pour le périnée, il m'arrive, pas toujours mais il m'arrive de remettre ça à la fois d'après.

Le bilan, je ne fais plus comme à l'école, c'est toujours la même trame. Du genre : si c'est un bilan rhumato classique, c'est depuis quand vous avez ça, qu'est-ce que vous faites comme travail, qu'est-ce que vous faites comme hobby, qu'est-ce que vous ne pouvez plus faire, qu'est-ce que vous voulez faire. Ensuite les antécédents etc avant de demander s'ils ont déjà vu un kiné qu'est-ce qu'ils ont essayé de faire.

#### **5. M : Comment jugez-vous vos relations avec les patients ?**

MK1 : <soupir> Au fur et à mesure ou dès la première séance ? Elle est compliqué ta question. Ca fait 19 ans que je travaille dans le même endroit. Il y a des patients que je vois depuis limite 19 ans et d'autres que je vais voir juste 5 fois car je vais juste leur faire des ondes de chocs et c'est tout donc on a pas la même relation. Après moi je suis d'un naturel très liant, c'est pour ça que j'aime pas d'ailleurs être avec les hommes parce que je sais jamais comment me positionner. C'est toujours hyper compliqué pour moi, soit je suis hyper cassante soit je suis hyper liante, un peu euphorique, limite hystérique et du coup je ne suis pas confortable j'aime pas ça. C'est pour ça je préfère, je suis plus à l'aise avec les femmes. Et du coup ma relation : en général, quand je vois les gens régulièrement, je finis par avoir une relation très intime. C'est-à-dire que rapidement les gens viennent et se sentent bien là et ont envie de rester et disent des choses. Mais y en a chez qui ça matche pas. Et il faut savoir arrêter quand ça ne matche pas. Pour certains patient c'est important.

#### **6. M : Comment établissez-vous une relation de confiance avec vos patients ?**

*Comment le dialogue est-il établi ? Comment évaluez-vous votre relation ? Laissez-vous le temps au patient de se livrer ?*

MK1 : C'est bien plus facile depuis que j'ai vieilli, et que j'ai plus d'expérience. Pourquoi, parce que c'est des choses toutes bêtes mais du coup tu vas plus vite dans ton

raisonnement. Tes questions elles sont moins large, c'est plus ciblé et en plus souvent tu cible direct. Les patients ont besoin de sentir que tu as compris. Donc quand tu touches le bon endroit direct ou que tu poses la bonne question : « ah bah oui c'est vrai que vous m'avez parlé de mes cervicales, c'est vrai qu'avant j'avais un problème aux cervicales et là ma tendinite on a pas regardé si c'était lié ». Moi ça m'aide d'avoir vieilli parce que c'est plus facile de lui donner confiance. En fait je me trompe moi, je t'atone moins. C'est l'expérience qui joue beaucoup, mais c'est normal, comme dans n'importe quelle profession. Ensuite comment je fais pour avoir une relation de confiance : il faut que moi je sois bien, que je sois à l'aise. C'est pour ça que je ne veux pas certaines personnes parce que je sais qu'ils vont me mettre mal à l'aise. Je ne vais pas être bien, je ne vais pas être comme je suis d'habitude du coup ça va me saouler. Ça va me plomber ma journée. Donc voilà il faut que moi je sois bien et puis surtout dans la relation de confiance, je leur dis tout le temps, mais ça aussi ça m'est venu ça m'est venu avec le temps ce discours là : « on va essayer d'abord ça, j'ai plein d'outils possibles, on va d'abord essayer ça. Si au bout de 2/3 séances on observe pas d'amélioration, même un tout petit peu, ça veut dire qu'il faut qu'on change de voie, on essaiera autre chose. J'ai toujours d'autres choses, et si j'ai plus d'autres choses je connais d'autres personnes qui ont d'autres choses à vous proposer. » Et du coup ça leur permet d'être OK si on se trompe. Parce qu'il y a des fois bon bah tu ne vas pas l'améliorer.

Partie 3 : Les violences sexistes et sexuelles – Sensibilisation

### **7. M : Avez-vous déjà entendu parler de VSS ? Si oui dans quel contexte ?**

MK1 : <hésitation> C'est quand il y a eu, la première fois vraiment en dehors de Metoo, en termes de kiné. Moi quand je me suis remise en question c'était quand il y a eu toute la polémique sur la violence pendant l'accouchement. Et ça ça a été un truc, comme moi je fais beaucoup de périnée, je me suis dit ah ouais. Je suis je suis une femme, j'ai eu des enfants donc j'ai pu me projeter. Alors moi je suis une fille de médecin, ça fait que je j'avais un regard pas totalement neutre quand je suis allée à l'hôpital. Mais, même si je comprenais certaines choses, il y a des trucs où je me suis dit ah ouais si ça n'avait pas été moi peut-être que ça ne l'aurait pas fait. Des gestes tout bête, une façon de poser, je me souviens de l'anesthésiste quand j'ai eu une césarienne et que ça a été aux urgences et qu'on a cru qu'on perdait les enfants etc., j'ai eu des jumeaux. Et en fait je me souviens de l'anesthésiste, qui m'a caressé la tête en m'appelant princesse et en me disant : « tout va bien se passer princesse ». Alors que moi j'étais à poil, devant tout le monde, que je tremblais, que je ne savais pas s'ils étaient vivants ou morts. Et en fait, sur le coup je me suis

fait : « ouais ». Et puis après en fait ça m'a apaisé. Mais de la même manière, là j'ai 42 ans, la première fois où on me fait une mammographie et que le radiologue a posé sa main. Je ne sais plus si c'était sur mon sein, sur mon ventre ou sur mon épaule mais il y avait juste une petite caresse. Un truc que je fais TOUT LE TEMPS en kiné, tout le temps, tout le temps, tout le temps. Juste un tout petit geste comme ça, je me suis dit : « mais ? » (*surprise*). Alors qu' il n'était pas libidineux, il n'était pas douteux, mais le geste n'était pas approprié. Je l'ai pas mal vécu parce que je suis thérapeute, mais ça n'aurait pas été moi je me serais dit : « mouai, il faut faire gaffe avec ça ».

**8. M : Avez-vous au sein de votre IFMK/école reçu une formation/cours sur le sujet des violences (sexuelles, conjugales, infantiles..) ?**

MK1 : Moi j'ai fait mes études en 2000, autant te dire qu'à l'époque tout ça, non. c'était loin de la société et loin de l'école.

**9. M : Avez-vous reçu une formation sur le sujet des violences faites aux femmes en dehors de votre IFMK?**

MK1 : Non, et pire. J'ai fait des formations du coup pour le périnée, oh mon dieu. D'abord il y a un biais de sélection : Les formateurs sont en général des connards libidineux. Un peu comme des commerciaux, tu verras quand tu commenceras à bosser, il se la pète ils font les beaux, ils ont des blagues de commerciaux, de prof de formateurs, très limite, avec un rire bien gras. Et nous on a été élevé comme ça. Mes profs ils nous parlaient comme ça, c'était toujours un peu limite, vraiment. Donc en formation, je peux te dire qu'on est très très loin de ça. Et heureusement que j'ai une grande gueule, j'ai une très grande gueule en formation en plus quand je ne suis pas à l'aise, je parle encore plus. Et donc du coup en général on entend que moi mais parce que ça peut m'énerver ce genre de truc. Je peux répondre en les remettant à leur place. Donc en plus de n'avoir aucune sensibilisation c'est un peu l'inverse mais quelque part c'est parce que c'est des vieux. Maintenant il s'autorisera plus ça. Ça ne leur viendrait même pas en tête. Faut vraiment voir qu'il y a un fossé entre ce, des connards il y en a partout, entre 40 et 60 ans et qui était sur ce matelas et ceux de maintenant. Mais même votre directeur à vous qui a 32 ans un truc comme ça. Entre lui et moi on a 10 ans d'écart, mais rien à voir. Il y a vraiment eu un fossé et c'est vraiment la société qui a changé. Mais du coup ça va vraiment dépendre de l'âge de la personne.

## **10. M : Avez-vous déjà été confronté à un/une patient.e victime de violence ?**

MK1 : Grave, j'ai eu des expériences de merde avec ça. Déjà le premier truc qu'il faut que je te dise, c'est que tu m'as demandé la première fois où j'avais été consciente de ça. Mais la deuxième fois où je me suis dit : « putain il va falloir que tu fasses gaffe » c'est parce que j'ai une de mes amies qui fait que du périnée complexe, donc que des cas hyper complexe. Avec des périnée en vrac. Chez des hommes, chez des femmes, je ne crois pas qu'elle fasse des enfants. Elle est kiné et osteo. Elle est d'une douceur et d'une gentillesse pas possible, elle est ultra formée. Elle bosse dans un réseau au Val d'ouest, dans un réseau où il y a des consultations pour ça avec des sexologues, des psychologues, des médecins, des chirurgiens. Et en fait l'hiver dernier, elle se met à nous raconter qu'elle était dans la merde à cause d'un procès parce que il y a un de ses patients, homme, qu'elle a vu une fois ou 2, qui s'était fait opérer parce que ce patient avait un vécu de viole anale quand il était plus jeune. Il y avait un gros problème avec l'anus et avec une incontinence. Il passait dans les mains d'un chirurgien qui le renvoyait à ma collègue. Donc elle le voyait vraiment pour ça. Et dès le premier rendez-vous, elle fait son bilan et je ne sais pas comment ça se passe mais pour faire son bilan elle fait des manœuvres intra annales. Ça se passe très bien, elle le revoit peut-être une deuxième fois, une troisième fois. Et en fait, ce patient a porté plainte pour dire que à cause d'elle son état s'était aggravé, qu'elle avait été violente etc. Donc elle a dû se défendre, pour dire que ces techniques avait été parfaitement approprié, justifier de sa formation etc. Mais du coup ils ont attaqué sur un autre plan : ils ont attaqué sur le fait qu'elle n'avait pas fait signer de consentement avant. Et là je me suis fait : « oh putain ». Je me suis rendu compte à ce moment-là, le nombre de fois, ça fait 19 ans que je travaille j'ai dû commencer le périnée quasiment au bout d'un an, donc ça fait 17/18 ans que je bosse sur le périnée. Le nombre de fois où je me suis amusée et je ricanais avec la patiente dès la première séance quand elle disait : « ah mais c'est en train vaginale ». Et moi en rigolant je répondais : « ah bah oui, je vais pas vous mettre un doigt dans la bouche, si vous voulez par rapport au périnée il va bien falloir qu'on y aille. » et en fait je me rends compte à quel point c'était maladroit, pas indiqué, comme elles étaient peu prévenues, comme personne leur avait dit, comme je ne les avais pas prévenu. Comme l'environnement ne permettait pas qu'elle se prépare. Maintenant je réagis différemment. Vraiment, et ça c'est que depuis un an. Ça fait 19 ans que je travaille et que depuis un an. Et j'ai des super relations avec mes patientes, mais le nombre que j'ai dû brusquer, comme pas possible. Et alors je ne te raconte pas que ça fait que depuis trois ans que je demande : « avez-vous été violée », « Avez-vous subi des violences ». Avant je ne demandais pas.

## **M : Vous demandez systématiquement ?**

MK 1: Ah bah non, ça fait bizarre systématiquement. En fait, je vais faire un bilan. Maintenant c'est ce que je fais, mais avant je ne faisais pas comme ça. Je fais un bilan d'abord d'interrogatoire. Demander pourquoi, comment, comment ça se passe et réexpliquer le périnée etc. Et à la fin je faisais systématiquement un bilan manuel. Et là souvent je m'arrête là et je leur dis, comme je leur demandais quand elle avait accouché, si vous avez repris les rapports avec leur conjoint, comment ça se passe pour essayer de répondre à certaines questions. Et ben là du coup je peux dire : « ça peut paraître peut-être un petit peu déplacé, mais est-ce que vous avez eu un traumatisme que ce soit un acte non consentie ou alors une violence, la peur d'un acte non consentie ou alors tout bêtement un choc, une chute ou quelque chose qui aurait pu traumatiser la zone. » Maintenant j'enrobe le truc, je fais attention à ça parce que j'ai eu une patiente. J'ai eu une patiente, je devais avoir deux ans d'exercice. Elle avait des tensions dans les trapèzes. Elle devait avoir le même âge que moi donc je vais avoir 25 ans. Je l'ai fait assise, je me suis mis dos à elle, et j'ai dit : « bon on va d'abord faire un massage ». Et en fait qu'est-ce que j'ai fait, j'ai fait un pétrissage superficiel pour voir les tensions. Elle est tombée dans les pommes. Elle est tombée dans les pommes dans mes bras, j'étais toute seule au cabinet en plus, dans mes bras. Elle a fait un énorme malaise vagal en fait. Donc là c'était la merde, j'avais 25 ans, c'était ma fin de journée, j'avais 25 ans ça m'arrangeait pas du tout. J'ai dû appeler son petit copain, qui est venu la chercher fin voilà. Un état pas possible, je ne l'ai plus jamais revu, elle n'est plus jamais revenue. Je l'ai revu des années plus tard, elle m'a retrouvé, elle voulait revenir. Elle avait eu un enfant, et elle voulait venir faire une rééducation du périnée. On a fait une rééducation et peut-être à la moitié de tes séances. Je devais au moins en avoir fait six ou sept, Elle n'était pas très en forme ce jour-là. Donc je lui dis si vous voulez je vous masse, parce que elles ont des enfants, elles sont pas bien voilà. Je lui dis : « si vous voulez aujourd'hui on lâche l'affaire, je vous masse », elle était toute verrouiller donc voilà. Du coup je la masse et je ne sais pas pourquoi, je lui dis : « vous savez les douleurs de genou (elle avait mal au genou) très souvent chez les jeunes femmes ça peut venir d'une fermeture du bassin et classiquement nous au kiné on sait que c'est quelque chose qu'on peut retrouver vers 15 16 17 ans mais qu'en général la première fois qu'elle sont avec un homme et que ça se passe bien et ben le bassin s'ouvre et en fait ces douleurs là passent. ». Et en faite, elle était la tête dans le trou de la table et là elle me dit : « et si jamais ça se passe mal ce premier rapport ». Et là je suspends pour mon geste, j'en ai encore des frissons tu vois ça fait des années, tellement je me suis sentie mais tellement conne. Je lui ai dit : « c'est-à-dire si ça se passe mal ? ». Elle me dit : « ben si c'est violent ce premier rapport ». Alors là j'ai arrêté, j'ai arrêté de la toucher. Je lui ai dit : « mais attendez, vous êtes en train de me dire quoi ? Si c'est violent ? Ben si

c'est violent ça verrouille encore plus » et elle me dit : « ah parce que moi... » Et là elle me raconte qu'en fait elle a dû être violée pendant des années. Je ne me souviens plus exactement. Et je me suis dit : « mais quelle conne ». Et du coup je lui ai dit : « mais du coup, ce que nous on a fait en kiné, pourquoi vous vous imposez ça, pourquoi vous m'avez pas dit, j'aurais fait autrement si j'avais su. » Et en fait je me suis dit : mais tu aurais dû en faite. J'aurais dû demander, sauf que je n'y ai jamais pensé. À aucun moment dans ma formation de périnée, à aucun moment on m'a parlé de ça. Et moi, moi qui ne l'ai pas vécu, moi qui ai la chance d'avoir autour de moi aucun exemple de ça fin du mois que je sache, ben j'y ai pas pensé en fait. Ça ne faisait pas partie de mon questionnaire. Et je me suis dit : quelle conne !

**11. M : Que pensez-vous de la question "Avez-vous été victime de violence ? Est-ce à poser systématiquement lors de la 1ère séance / bilan ?**

MK 1 : Maintenant la question je vais quasiment la poser à chaque début d'entretien. En posant : « est-ce qu'il y a eu un traumatisme du bassin, du petit bassin, une chute sur un escalier, une chute sur un rocher, une chute en rollers, quelque chose qui aurait pu traumatiser le coccyx, ou est-ce qu'il y a eu un rapport soit nous consentie, soit violent, soit brusque, qui pourrait expliquer ce verrouillage. »

Maintenant je crois que je la pose tout le temps, qu'est-ce qui m'empêcherait de la poser. Même pour les religieuses.

[...]

**12. M : Comment avez-vous réagi ou comment pensez-vous que vous auriez réagi si une victime témoigne lors d'une séance de kinésithérapie ?**

MK1 : Ah bah je me sentais très fautive. Je me sentais très conne, très fautive, et très violente. Je me souviens avoir dit : « mais il ne faut pas me laisser vous faire mal. » À aucun moment, personne ne doit faire ça. L'idée c'était de te dire qu'en fait même la rééducation je l'aurais fait autrement et c'est pour ça que maintenant j'anticipe.

**M : Avez-vous eu d'autres témoignages ?**

MK1 : bah oui. Maintenant que je pose la question je me rends compte, c'est vertigineux.

**13. M : Avez-vous la connaissance que les MK ont la compétence de rédiger un certificat médical ?**

MK1 : Je ne savais pas du tout. [explication du certificat médical, où le trouver etc]

**14. M : Si vous avez connaissance du statut de victime de violence de votre patient, cela aura-t-il une influence / un changement sur votre prise en charge ?**

MK1 : J'essaye d'être la plus professionnelle possible. C'est-à-dire de prendre le temps de lui montrer que j'écoute, que j'entends et de bien marquer le fait qu'elle n'est pas chez une psychologue. Que nous notre travail ça va quand même être la rééducation et du coup de faire le lien en disant : « vous savez, en dehors du travail que vous avez déjà fait, ou que vous êtes en train de faire par rapport à ça, nous en terme de kiné bah vous savez le corps quand il y a ce genre de choses, soit au niveau proprioceptif il met ça de côté donc c'est pour ça que vous vous sentez pas bien, c'est pour ça que ça ne fonctionne pas. Il n'y a rien de cassé. » C'est quelque chose que je dis très souvent, mais ça c'est toujours quelque chose que j'ai dit. Mais encore plus chez ces personnes là de dire : « il n'y a rien de cassé, nous on va pouvoir faire ça mais c'est simplement que le corps s'est mis en alarme et du coup il ne peut pas le travailler. » Ou alors, parfois c'est l'inverse : « il s'est mis en verrouillage et en fait ce n'est pas que votre muscles soit faible mais en fait il travaille tout le temps et il va falloir que vous lui apprenez à baisser la garde »

**15. M : Pensez-vous que les kinésithérapeutes sont des professionnels médicaux adaptés pour identifier les personnes victimes de violences ?**

MK1 : les identifier ? ...(*Soupir*). Je ne sais pas. Oui, oui parce qu'on passe du temps avec eux. On fait ce que des tas de gens ne voient pas c'est-à-dire qu'on passe des heures avec des gens seuls, à avoir un objectif commun. En l'occurrence le faite qu'ils aille mieux, Donc du coup ça fait qu' on les connaît. Ça permet de délits de long sur certaines choses. Maintenant ce qui m'embêterait, ce qui est souvent le cas mais pour les patients qui ont d'autres types de problème, si tu avoue au bout d'un certain temps qu'ils sont alcooliques. En général tu l'avais un peu senti mais voilà. C'est qu' ensuite on n'est pas forcément en capacité de recevoir ça. Donc il y a une différence entre être capable de dire : « écoute tu ne peux pas rester comme ça, si tu veux je peux t'aider à en au médecin si vous ne savait pas comment en parler, moi je peux commencer à lui en parler si vous m'autorisez ». Mais on n'est pas équipé pour. Moi je ne suis pas équipé pour recevoir certaines choses. Et souvent je le dis à certains de mes patients. Ça m'arrive régulièrement, de dire, notamment les

patients alcooliques : « écouter là je pense qu'il faut qu'on refasse un bilan pour voir où est-ce qu'on en est en termes de kiné ». Et souvent ils entendent ça comme « je sers à rien ». Et ils disent : « non mais vous êtes très important pour moi » et vous lui répondez « oui je sais, je l'entends mais moi mon travail c'était ça à la base, le problème c'est que je ne veux pas vous faire quoi que ce que l'on est en train de faire et de la kiné alors que clairement on parle et qu'on est sur une autre type de prise en charge et que je ne sais pas faire ça, je ne peux que le faire avec mes qualités humaines mais ça se trouve je ne vais pas du tout ce qu'il faut et je ne veux pas vous faire perdre du temps pour ça. » Et ça c'est important de savoir de dire, de rester à sa place.

## Annexe VII : Retranscription, MK2

Bonjour,

Je suis Marine, actuellement en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Lyon.

Tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté l'entretien et de participer à la réalisation de mon mémoire.

Cet entretien a été supervisé et validé par Mme LERCLERQ, ma directrice de mémoire.

Nous avons fait le choix de ne pas dévoiler le sujet avant afin de limiter les biais de sélection.

Aujourd'hui, nous allons parler ensemble du rôle du kinésithérapeute dans l'identification des patients victimes de violences sexistes et sexuelles.

L'enregistrement audio sera retranscrit et totalement anonymisé.

L'objectif est que nous discutons librement, sans jugement. Je veux juste comprendre votre point de vue et votre réalité au quotidien.

Nous allons commencer

Êtes-vous d'accord avec ça ? Avez-vous des questions ?

### Partie 1 : Présentation

#### **1. M : Pouvez-vous vous présenter ?**

*Genre, IFMK ou école de formation, année du diplôme, formation complémentaires, spécificités exercées, préférence dans la pratique de la kinésithérapie.*

MK2 : J'ai fait mes études à Lyon donc il y a la fac à Lyon est. Je suis diplômée de 2015. Comme parcours j'ai fait beaucoup de remplacement et là je suis installée à la MSPU à Saint-Priest depuis 3 ans maintenant. Comme formation j'ai fait tout le processus Mackenzie et la certification. J'ai aussi fait deux formations sur l'épaule.

Je fais de la kiné quand même très généralement, je ne fais pas de sportifs. Je ne pense pas avoir de préférence. Ce que j'adore c'est que ce soit très varié

#### **2. M : Parlons à présent de l'organisation de votre cabinet ?**

*Nombre de praticiens, nombre de patients dans le cabinet en même temps, présence de box individuel, proportion de PEC dans les espaces commun/individuel.*

*Combien de patient par séances, quelle est la durée des séances,*

MK2 : Somme 9 kinés. Nous sommes sic à tourner entre domicile et cabinet et un kiné qui est déficient visuel et qui a son box individuel. Pour les box il y en a 6 donc c'est pour ça que

on est maximum 6 kinésithérapeutes en même temps dans le cabinet. Il y a trois associés et six collaborateurs. On essaie d'être une structure sur un principe de impatient par demi-heure mais on peut s'autoriser quelques doublons quand les pathologies s'y prêtent.

### **3. M : Pouvez-vous me parler de vos patients ?**

*Pathologies les plus fréquemment rencontrées, type de population, genre, catégories d'âges.*

MK2 : J'ai un peu de tout. Je n'ai pas de petit, ma plus jeune a 10 ans. Ça m'arrive de temps en temps de faire des bébés pour des plagiocéphalie. Par contre je n'ai pas de neuro, ni de pédiatre car j'ai pas les formations donc je ne préfère pas. Sinon j'ai vraiment toutes les tranches d'âge sachant que les plus vieux ne sont même pas forcément mes domiciles. 70 % c'est une tranche d'âge entre 40 et 50 ans.

Partie 2 : La relation masseur-kinésithérapeute/patient

### **4. M : Comment s'organise votre prise en charge ?**

*Faites-vous systématiquement un bilan lors de la première séance ? Quels bilans, centrés sur la pathologie ou plus global ? Quel est le déroulé de la 1ère séance (temps, début de traitement) ?*

MK2 : Lors de la première séance je fais le bilan. Je le fais vraiment assez long donc ça me prend vraiment la première séance. Je n'aime pas amorcer quelque chose à la première séance et ça prend un peu de temps de tout bilanter correctement. Si c'est de la traumato, je vais avoir tendance à les voir plus fréquemment sinon je vais faire en sorte de les voir deux fois par semaine. Si je vois que c'est un patient chronique où les soins vont plutôt être de l'ordre du confort et/ou de l'entretien je vais essayer de diminuer un petit peu afin d'autonomiser les patients, qu'il ne soit pas kiné dépendant.

Pour les bilans je n'ai pas de tram du tout sauf pour les bilans Mackenzie. Le bilan Mackenzie est extrêmement rigoureux donc il n'y a pas besoin d'ajouter quoi que ce soit.

Je pars de la pathologie, le patient arrive et il m'explique comment s'est apparu etc. Après il y a forcément un moment où je m'en éloigne un petit peu car je demande s'il y a des antécédents, des traitements médicaux... Pour savoir si même si c'est une épaule j'ai l'air bête si je fais un exercice à quatre pattes et qu'en fait il y a un énorme problème au genou et que je l'avais pas demandé.

### **5. M : Comment jugez-vous vos relations avec les patients ?**

*Selon une graduation de 1 à 5 avec 1 pas du tout proche et 5 très proche*

MK2 : Et bah vraiment deux et demi, pile à la moitié (rire). Par exemple, dans le cabinet il y a beaucoup de tutoiement. Moi ça je ne peux pas du tout. Je tutoie mes deux petites qui ont 10 ans. Je dirai que je tutoie jusqu'à l'entrée au lycée. Après je considère que je suis face à un jeune adulte, Et même si j'ai envie de dire "tu" parce que ça vient plus spontanément, pour moi c'est hyper important de garder une distance en imposant le vouvoiement. Comme ne pas donner mon numéro de téléphone, pour moi c'est précieux parce que par expérience j'ai déjà pu me faire bouffer par rapport à ça et j'ai pas envie de le revivre. Donc le vouvoiement ça donne déjà une distance donc c'est pour ça que pour moi je ne peux pas être au-dessus de 4 ou 5. Et après je trouve que j'ai l'empathie nécessaire pour faire preuve de bienveillance au cours de la séance mais je ne suis pas impacté en dehors des séances du vécu de mes patients.

**6. M : Comment établissez-vous une relation de confiance avec vos patients ?**

*Comment le dialogue est-il établi ? Comment évaluez-vous votre relation ? Laissez-vous le temps au patient de se livrer ?*

MK2 : Ce qui est hyper important c'est d'être très honnête. J'ai de moins en moins de difficultés à dire par exemple "là je ne sais pas". Et aussi je pense que c'est vachement important de demander au patient son avis. C'est quelque chose que je ne faisais pas du tout avant mais maintenant même au bilan je demande aux patients "quels sont vos objectifs", "qu'est-ce que vous êtes venu chercher ici". Des fois je me rends compte que mon objectif à la fin de mon bilan n'est pas le même que celui de mon patient.

Partie 3 : Les violences sexistes et sexuelles – Sensibilisation

**7. M : Avez-vous déjà entendu parler de VSS ? Si oui dans quel contexte ?**

MK2 : Alors la première fois c'était lors d'un stage que je faisais donc en pédiatrie au Val d'ouest. Un enfant m'avait fait comprendre que son papa tapait sa maman. Donc j'en avais parlé avec ma tutrice à ce moment-là. Je pense qu'elle voulait un petit peu me protéger, je n'avais pas connu les suites de cette histoire et les démarches qu'elle avait faites après. C'était une fin de stage en plus. Mais c'est la première fois où j'ai été sensible après je n'ai pas été de nouveau confronté. Je ne peux pas dire que je suis hyper sensible à ça. Mais étant une femme j'y suis forcément un peu plus sensible point surtout que je suis d'une famille où on a un peu tous des métiers dans le social. J'ai ma sœur qui travaille dans un truc

un petit peu hardcore. Je sais que j'en suis un peu plus attentive dans le sens où par exemple il y a un mois j'ai une patiente qui d'un coup s'est cassé le poignet. Ça sortait de nulle part parce qu'elle n'a pas su m'expliquer tout de suite si elle avait chuté, elle comprenait pas trop comment ça s'était produit. Et assez vite j'ai eu une toute petite alerte. J'ai poussé un peu plus les investigations pour savoir s'il y avait eu une potentielle violence. Ca n'a rien donné mais peut-être que juste d'être une femme fait que j'y suis un peu plus sensible.

- 8. M : Avez-vous au sein de votre IFMK/école reçu une formation/cours sur le sujet des violences (sexuelles, conjugales, infantiles..) ? D'après-vous est-il pertinent et nécessaire de sensibiliser aux violences lors de la formation initiale ?**

MK2 : Non pas que je m'en souviens. Je n'ai aucun souvenir de ça donc vraiment je ne pense pas. Moi j'ai aucune idée si demain j'ai un problème de comment réagir. Je pense que mon premier réflexe est d'appeler le médecin traitant. mais après ça, j'espère que lui saura quoi faire parce que moi je ne sais pas.

- 9. M : Avez-vous reçu une formation sur le sujet des violences faites aux femmes en dehors de votre IFMK?**

*Si oui, dans quel cadre ? Est-ce une demande de votre part ? Quel est l'organisme de formation ? Quel était le niveau de pertinence de la formation ?*

MK2 : Non. Tu vois Mackenzie c'est pas le lieu. S'il y avait une formation plus accès femme peut-être. Et même dans les formations qui durent longtemps où on est amené avec les autres participants à parler de notre pratique. Ce n'est pas du tout quelque chose qui est ressorti. Donc je ne pense pas que ce soit quelque chose qui soit fréquent mais surtout je pense qu'on n'est pas alerte.

Partie 4 : Patient victime de violence - En pratique, au cabinet

- 10. M : Avez-vous déjà été confronté à un/une patient.e victime de violence ?**

*Si oui comment l'avez-vous remarqué ?*

*Par l'observation de signes cliniques : dépression, trouble du sommeil, problèmes alimentaires, comportements addictifs...*

*Par l'observation de signes corporels : marques, postures...*

*En orientant la conversation ? En posant la question explicitement ? Dans quel contexte (massage, mobilisation..?)*

MK2 : Il me l'a dit non. J'ai eu des patientes à deux reprises dont une il y a pas trop longtemps qui sortait de violence mais qui en est mais qui était en foyer préservé point mais violenter à l'instant T non.

**M : À quel moment se sont-elles livrées dans la prise en charge**

MK2 : et bah tôt. La plus récente ça m'avait marqué car elle est arrivée le jour du bilan. Et je ne peux pas t'expliquer mais dans sa posture et sa façon de me parler je me suis dit je pense qu'elle a été battue. Je pense qu'elle a senti que ça ne me surprendrait pas et que j'allais pas réagir de façon bizarre. 5 minutes plus tard, elle nous le disait. Au moment de m'expliquer la pathologie c'est sortie comme ça. Vraiment vu au feeling dans l'attitude posture regard la voix. Il y avait tout qui traduisait un truc comme ça un peu terrible.

**11. M : Que pensez-vous de la question "Avez-vous été victime de violence" ?**

**Est-ce à poser systématiquement lors de la 1ère séance / bilan ?**

*Est-elle à poser systématiquement ? Pour quelle prise en charge ? A quel moment ?*

MK2 : C'est à contextualiser. Si c'est une question comme ça parmi les autres au milieu de ton bilan je pense que ça ne passera pas. Par contre si une personne commence à se dévoiler un petit peu et te mettre un petit peu sur la piste, oui peut-être que dans ce cas-là tu peux pousser un petit peu et dire "est-ce que tu peux m'en dire plus" ou "de ce que j'ai analysé De ce que vous me dites c'est que peut-être vous êtes victime de violence est-ce que j'ai tort ?" "Est-ce que j'ai raison de penser ça ?" mais de but en blanc je ne pense pas que tu puisses la sortir cette question.

**12. M : Comment avez-vous réagi ou comment pensez-vous que vous auriez réagi si une victime témoigne lors d'une séance de kinésithérapie ?**

**13. M : Avez-vous la connaissance que les MK ont la compétence de rédiger un certificat médical ?**

MK2 : . Ah ouais ? ah non aucune idée ! C'est intéressant à savoir.

**14. M : Si vous avez la connaissance quand une de vos patient est victime de violence cela a t'il une influence sur votre prise en charge ?**

MK2 : Ah oui forcément je pense. confronter à une personne victime sur l'enceinte et ça a une influence parce que je mets en place toutes les démarches autour c'est-à-dire avec le médecin traitant exetera. et personne qui était confronté à violence dans son passé je pense que inconsciemment sans même que je verbalise j'ai été assez doux je préférais travailler en salle avec un rapport un peu plus doux je pense. je vais pas faire plus de papouilles parce que ça m'intéresse pas mais quelque chose de plus doux un peu plus délicat je pense

**15. M : Pensez-vous que les kinésithérapeutes sont des professionnels médicaux adaptés pour identifier les personnes victimes de violences ?**

MK2 : ouais à fond. Tu imagines on les voit souvent deux fois une demi-heure à part si tu vois toujours ton patient au mieux du gymnase avec le patient autour d'une autre tu n'obtiens pas grand-chose mais sinon tu laisses tu restes beaucoup de temps avec eux tu les vois nu. Moi je suis époustoufflé du nombre de fois où j'ai des patients qui pleurent. Je trouve ça bluffant. C'est un petit peu un sas pour eux. Ils savent plus qu'ils ont le temps, ils ont une demi-heure , ils ne sont pas déçagés. Ils ont mal les douleurs physiques ça te pète le moral. C'est impressionnant comme le patient peut se livrer au point où je pense que si tu as une bonne relation de confiance, tu as quand même toutes les cartes en main pour avoir accès à cette information.

**M : Comment penses-tu faire pour que les kinés soient plus sensibilisés sur la question ?**

MK2 : Déjà qu'on est un protocole. Qu'il connaisse le protocole parce que je pense que ça pourrait dépanner certaines personnes qui existent un peu ne savent pas trop et qui ne savent pas faire avec ce genre d'information dont s'en tienne à ça donc je pense que ça aiderait et former ça serait bien point parce que la psychologie ça ne s'en rend pas. Donc être un peu plus formé à ce genre de choses un peu plus difficile, je pense que ça serait pas mal. Être un peu plus prévenu à l'école qu'on peut-être confronté à ça ensuite on peut être aussi confronté à la mort il faut se farcir les appels des enfants qui te disent maman est mort tu as pas dit papa. Des petites choses de psychologie où je pense que ça pourrait être pas mal d'être un peu plus alerte là-dessus.

## Annexe VIII : Retranscription, MK3

Bonjour,

Je suis Marine, actuellement en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Lyon. Tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté l'entretien et de participer à la réalisation de mon mémoire.

Cet entretien a été supervisé et validé par Mme LERCLERQ, ma directrice de mémoire.

Nous avons fait le choix de ne pas dévoiler le sujet avant afin de limiter les biais de sélection. Aujourd'hui, nous allons parler ensemble du rôle du kinésithérapeute dans l'identification des patients victimes de violences sexistes et sexuelles.

L'enregistrement audio sera retranscrit et totalement anonymisé.

L'objectif est que nous discutons librement, sans jugement. Je veux juste comprendre votre point de vue et votre réalité au quotidien.

Nous allons commencer

Êtes-vous d'accord avec ça ? Avez-vous des questions ?

### Partie 1 : Présentation

#### **1. M : Pouvez-vous vous présenter ?**

*Genre, IFMK ou école de formation, année du diplôme, formation complémentaires, spécificités exercées, préférence dans la pratique de la kinésithérapie.*

MK 3 : Je suis XXX, masseur-kinésithérapeute diplômée en 2016 de l'IFMK de Lyon. Je me suis d'abord orienté vers des remplacements pendant à peu près 1 an. Ensuite je me suis installée en assistant dans un cabinet dans le 8ème. C'est là où j'ai pu me former en rééducation périnéale un peu plus. Après je me suis installée à mon compte dans mon cabinet au sein de medicina. C'est aussi à cette période que je me suis spécialisée dans la prise en charge de patientes victimes de violence sexuelle. J'ai une activité 100% libérale avec de plus en plus de patientes en pelvi-périnéologie, douleur pelvienne, post partum, trouble urinaire et un peu de sexologie aussi.

#### **2. M : Parlons à présent de l'organisation de votre cabinet ?**

*Nombre de praticiens, nombre de patients dans le cabinet en même temps, présence de box individuel, proportion de PEC dans les espaces commun/individuel.*

*Combien de patient par séances, quelle est la durée des séances,*

MK 3 : Je suis toute seule, dans une salle individuelle.

### **3. M : Pouvez-vous me parler de vos patients ?**

MK 3 : Ce sont surtout des femmes, pour traiter tout ce qui tourne autour de la périnéologie et la cancérologie du sein.

De plus, je vois des patients pour les cicatrices aussi.

Je ne suis pas formé en rééducation du périnée homme, j'en ai eu mais j'étais jamais très à l'aise et jamais très compétente donc du coup j'ai arrêté, tant que je me forme pas.

### **M : Quelle est la catégorie d'âge ?**

MK 3 : Moi, j'ai de tout. Ca va de 18-19 ans à la plus vieille que j'ai eu 94 ans.

Partie 2 : La relation masseur-kinésithérapeute/patient

### **4. M : Comment s'organise votre prise en charge ?**

*Faites-vous systématiquement un bilan lors de la première séance ? Quels bilans, centrés sur la pathologie ou plus global ? Quel est le déroulé de la 1ère séance (temps, début de traitement) ?*

MK 3 : Si on prend du tout début, moi j'aime bien les appeler, leur demander pourquoi c'est etc. Comme ça j'ai un petit topo, surtout si elles sont envoyées par quelqu'un. En général elles me le disent comme ça je peux demander en amont quel est le cas clinique, comment articuler ça.. j'aime bien travailler en pluridisciplinarité. Ça peut être soit les médecins, soit l'ostéo avec qui je bosse, une hypnothérapeute qui m'envoie du monde aussi, mes collègues kinés. SF moins, pas beaucoup m'envoient des patients.

Ensuite, première fois que je la voie, dossier administratif, gros bilan d'au moins une bonne demi-heure voire 40-45 minutes puis une petite séance pour mettre en pratique. La 1ère séance dure 1h sinon je suis prise de court. Surtout si c'est des patientes qui ont un passé compliqué et qu'elles doivent me raconter certaines choses.

### **5. M : Comment jugez-vous vos relations avec les patients ?**

MK 3 : J'essaie de maintenir un certain cadre. Après dans certains cas, j'ai la distance professionnelle mais cette distance pourrait paraître très fine pour certains. Je suis très

proche de mes patients. Du métier que je fais et des questions sur l'intimité que je pose, forcément..

**6. M : Comment établissez-vous une relation de confiance avec vos patients ?**

*Comment le dialogue est-il établi ? Comment évaluez-vous votre relation ? Laissez-vous le temps au patient de se livrer ?*

MK 3 : Le bilan m'aide beaucoup. Leur donner un plan de traitement très souvent, ça les met en confiance. On parle beaucoup lors du 1er bilan, après on va checker les abdos, ensuite le périnée. On y va petit à petit avant d'arriver dans la zone qui peut être est douloureuse ou que la patiente n'est pas en confiance avec celle-ci. Ou alors au 1er rendez-vous, si elle n'est pas à l'aise, on ne fait pas. Je suis très attachée au consentement et ça souvent ça met en confiance.

Partie 3 : Les violences sexistes et sexuelles – Sensibilisation

**7. M : Avez-vous déjà entendu parler de VSS ? Si oui dans quel contexte ?**

MK 3 : Alors la 1ère fois que j'en ai entendu parlé je pense que c'est comme toute fille française adolescente malheureusement. On ne sait pas trop ce que c'est et puis moi à mon époque, quand j'étais ado on n'en parlait pas. On s'est tous fait un peu agresser, moi c'était mon cas. Rien de trop grave, mais voilà malheureusement on a toutes subi des agression dans la rue ou que sais-je. Donc là, ça a été la 1ère rencontre avec ce milieu. Après, avant même d'avoir été formé sur le sujet, j'avais des patientes qui d'elles mêmes pouvait m'en parler : d'inceste, d'attouchement, de viole, de violence morale.

**M : Dans quel contexte les patientes commencent-elles à se confier ?**

MK 3 : En séance, parfois dès le début que l'on se voyait, parfois des années après qu'on se soit connu. Au cours d'une conversation en fait. Jamais de but en blanc "Oh vous savez pas ce qu'il m'est arrivé ce week end".

J'en ai eu quelques-unes qui m'ont parlé de ça, dans nos patientes on est amené à rencontrer des patientes victimes de violence.

Ensuite, j'ai reçu un courrier d'une association SVS (Stop aux Violences Sexuelles) qui nous invitait, gratuitement, à une formation sur ce qu'ils appellent "les bases". Cette formation durait 2j (un week-end).

**M : Ce courrier était-il adressé à tous les kinés?**

MK 3 : Je savais pas, moi j'ai été la seule du cabinet à le recevoir, je faisais de la périnée. Je prend contact avec Elodie, qui m'a donné le goût de la rééducation périnéale, elle l'avait reçue aussi. En fait, il avait contacté toutes les personnes qui pouvaient rencontrer des personnes victimes de violences. Il y avait des gynécologues, des SF, des kinés spécialisés en périnée. Mais aussi des avocats, des juristes, des médecins, des assistantes sociales. C'était de l'information, tous dans un amphi. Ensuite ils proposaient des formations pratico-pratiques. J'en ai fait 2 avec eux.

Ensuite le systématisme d'arriver à poser la question, si les patientes sont victimes de violence est venue. Maintenant c'est une partie importante de ma pratique.

**M : Maintenant, poses-tu la question de façon systématique ?**

MK 3 : Ça dépend des fois. Quand j'ai aucun doute, que rien ne m'a interpellé, je ne pose pas la question. Quand j'ai un doute, parce que j'ai vu des red-flags, je pose la question. Ou sinon quand c'est pour des pathologies de douleurs pelviennes, je la pose systématiquement.

**8. M : Avez-vous au sein de votre IFMK/école reçu une formation/cours sur le sujet des violences (sexuelles, conjugales, infantiles..) ?**

MK 3 : Non, il n'a jamais entendu parler des violences sexuelles à l'IFMK de Lyon.

**9. M : Avez-vous reçu une formation sur le sujet des violences faites aux femmes en dehors de votre IFMK?**

MK 3 : Déjà répondu avant avec l'association SVS. Ensuite lors de la formation de De Gasquet non, je suis sûr. A l'IPP je ne crois pas non plus. J'ai pas fait de formation spécifique sur les douleurs pelviennes, ça doit être pour ça.

Dernièrement j'ai fait une journée un peu type congrès, organisée par une SF. C'était sur les douleurs vulvaires et oui on en a parlé.

Partie 4 : Patient victime de violence - En pratique, au cabinet

**10. M : Avez-vous déjà été confronté à un/une patient.e victime de violence ?**

MK 3 : Oui

**M : Si oui comment l'avez-vous remarqué ?**

MK 3 : Avec le regard, la gestuelle, comment elle se comporte dans l'espace, la voix etc. Ensuite c'est ce que j'ai appelé toute à l'heure les red-flag :

- La patiente qui a plein de pathologies, notamment les maladies auto-immunes.
- La patiente qui vient d'accoucher et qui dit que son bébé avait 2-3 tours de cordon autour du cou.
- La patiente où ça se passe mal dans le travail aussi, car certes il y a les violences sexuelles mais aussi les violences morales.

C'est dans la façon d'être, quand je les reçois, que je les laisse entrer, qu'elles ne s'assoient pas. Avec les bras serrés, les jambes serrées, qu'elles ne te regardent pas dans les yeux. Je me dis bon, il y a quelque chose qui ne va pas. Soit c'est quelqu'un de très timide, soit il y a un problème.

Une personne qui n'occupe pas son espace ou au contraire quelqu'un de complètement désordonnée qui n'a pas de limite de son corps.

Lors de la question des antécédents, il arrive que la patiente se confie à ce moment-là. Question de la vie au travail, du sport et de la vie intime, parfois ça vient ici. Quand j'ai un doute, je pose la question.

**M : Est-ce que tu as pu remarquer parfois des signes corporels (marques, bleus) ?**

MK 3 : Non, j'ai jamais eu de patiente qui au moment où je la reçois avait des violences physiques. C'est toujours des violences morales ou d'anciennes violences sexuelles. J'ai jamais attesté de coups et blessures.

**11. M : Que pensez-vous de la question "Avez-vous été victime de violence ?  
Est-ce à poser systématiquement lors de la 1ère séance / bilan ?**

MK 3 : Il y a un moment où je la posais systématiquement. Maintenant un peu moins. C'est une question très importante, et dès qu'on a le moins petit doute il faut la poser. Après c'est sur que peut-être à tort, les patientes qui viennent en post-partum pour leur rééducation abdos je ne pose pas la question. Mais toutes les patientes qui viennent me voir en vaginisme et dyspareunie là on pose. Les patientes plus âgées avec des fuites un peu bizarres, là on pose. Douleurs pelviennes quelconque, névralgie, on pose aussi. Pour la rééducation du périnée, il faut que je sache si il y a eu un traumatisme par rapport à cette zone ou pas pour savoir comment je me comporte.

J'aime bien rajouter avant "je pose cette question à tout le monde et du coup je vous la pose". Pour dire que ce n'est pas juste parce que j'ai des doutes. Parfois ça peut porter atteinte.

Anecdote au congrès sur les douleurs vulvaires, où j'ai dit que la 1 ère question a posé était la question des violences. Ce à quoi la SF a répondu "non la patiente si elle vient pour ça et qu'elle a déjà consulté d'autres personnes avant, on a du déjà beaucoup lui poser la question, elle doit en avoir marre".

Sauf que peut-être que personne ne lui a posé, peut être qu'elle n'a jamais été à l'aise pour le dire à quelqu'un donc j'ai trouvé ça limite.

C'est presque à poser en systématique surtout sur ce genre de prise en charge.

**12. M : Comment avez-vous réagi ou comment pensez- vous que vous auriez réagi  
si une victime témoigne lors d'une séance de kinésithérapie ?**

*Comment accueillir le témoignage d'une victime ? Que dire à la victime ? Vers qui rediriger ?  
Connaissez-vous les réactions physiologiques au VSS ?*

MK 3 : Alors, au début ça a été un choc émotionnel, limite à pleurer avec la patiente si elle pleure. Maintenant j'ai appris à faire ma bulle, à me recentrer et à m'ancrer. Après c'est sur que c'est des témoignage où je dis au patiente "vous êtes pas obligés de tout me dire". La réponse peut être juste oui ou non. Si vous avez envie d'en parler, on en parle, ça peut être bien pour vous.

J'écoute, je laisse parler mais je ne repose plus de question après ça.

Après souvent, si c'était avant, je demande comment maintenant elle se sent. Est-ce qu'elles en ont parlé, à des amis, à de la famille. Est-ce que vous vous êtes fait aider par votre médecin ? Je préfère commencer par demander par le médecin traitant plutôt que d'emblé psy mais après j'y viens.

Si par contre ça se passe : "d'accord, est-ce que vous en avez parlé à quelqu'un (amis, familles)? Connaissez-vous les numéros d'urgence ? Voilà qui peut vous aider, je suis là.

Si il y a besoin d'un certificat

**13. M : Avez-vous la connaissance que les MK ont la compétence de rédiger un certificat médical ?**

MK 3 : Oui, en formation avec SVS. Pour moi c'était que les médecins ou les SF qui pouvaient le faire. Et on a eu un mail de l'ordre qui nous ont fait un type de certificat.

**14. M : Si vous avez connaissance du statut de victime de violence de votre patient, cela aura-t-il une influence / un changement sur votre prise en charge ?**

MK 3 : Quand elles sont victimes actuellement, je suis un peu dans l'hyper vigilance. J'essaie de rester à ma place même si des fois j'ai un peu de mal. Parfois j'ai envie de craquer et de leur dire "mais quitter le". Parfois c'est plutôt la femme que le kiné qui parle. Mais après je suis dans l'hyper vigilance. Si elles ne m'en parlent pas d'elle même, je demande "comment ça va à la maison, qu'est-ce qui se passe etc...". Quand ça a lieu je surveille, je suis en écoute active +++. J'essaie de me blinder car je sais que potentiellement ça peut être une séance dense.

Et quand ça a eu lieu, je ne suis plus dans l'hyper vigilance du moment. Par contre je suis très dans le consentement, très à l'écoute des douleurs car je sais que ce sont des patientes qui ont du mal à verbaliser le non. Donc il faut être sûr de ne pas franchir la barrière qu'elles ne veulent pas qu'on franchisse mais qu'elles n'arriveront pas à dire. Et après ça conditionne ma prise en charge, en disant que l'on va essayer de faire des techniques différentes. Si une patiente me dit qu'aujourd'hui elle ne veut pas faire en interne, ok alors faisons de la respiration, on va rester habillé. J'ai plus tendance à m'adapter que sur des patientes qui en ont peut-être moins besoin.

**15. M : Pensez-vous que les kinésithérapeutes sont des professionnels médicaux adaptés pour identifier les personnes victimes de violences ?**

MK 3 : Oui. Pour les violences physiques ca parait évident comme souvent on déshabille le patient. Les médecins aussi mais de moins en moins je pense.

Pour les violences sexuelles, c'est un peu plus compliqué.. Je me mets à la place d'un kiné homme qui rééduc des chevilles ou des genoux, je ne vois pas pourquoi il viendrait poser ce genre de questions. Mais quand bien même, si on voit une femme ou un homme qui a un comportement un peu étrange, un truc qui nous alerte, on pourrait se poser la question de la violence sexuelles ou un enfant aussi.

Dons oui les kinés sont en première ligne par rapport à ça. On peut très facilement appeler les médecins, on a ce certificat. On peut le faire et l'envoyer à la préfecture. Comme tout professionnel de santé en fait je pense. On est en 1ere ligne, pour les violences morales beaucoup car aussi on va voir le patient toute les semaines. Forcément on va parler un peu de la vie privée. Il y a forcément un moment où ça va arriver. Et il va y avoir des choses qui vont nous interpeller. Pour les violences sexuelles anciennes, ça s'y prête peut-être un peu moins.

## Annexe IX : Retranscription, MK4

Bonjour,

Je suis Marine, actuellement en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Lyon. Tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté l'entretien et de participer à la réalisation de mon mémoire.

Cet entretien a été supervisé et validé par Mme LERCLERQ, ma directrice de mémoire.

Nous avons fait le choix de ne pas dévoiler le sujet avant afin de limiter les biais de sélection. Aujourd'hui, nous allons parler ensemble du rôle du kinésithérapeute dans l'identification des patients victimes de violences sexistes et sexuelles.

L'enregistrement audio sera retranscrit et totalement anonymisé.

L'objectif est que nous discutons librement, sans jugement. Je veux juste comprendre votre point de vue et votre réalité au quotidien.

Nous allons commencer

Êtes-vous d'accord avec ça ? Avez-vous des questions ?

### Partie 1 : Présentation

#### **1. M : Pouvez-vous vous présenter ?**

*Genre, IFMK ou école de formation, année du diplôme, formation complémentaires, spécificités exercées, préférence dans la pratique de la kinésithérapie.*

MK4 : Je suis issue d'une école en Allemagne. J'ai été diplômée en 2014. J'ai fait très rapidement par la suite des formations sur la neuroscience de la douleur et la prise en charge de la douleur chronique. Et aussi j'ai fait des formations en thérapie comportementale et cognitive et en thérapie d'acceptation et d'engagement. Par la suite j'ai enchaîné sur un master 2, à Grenoble, que j'ai eu en 2020 en méthodologie de recherche clinique. Et donc là je suis en doctorat de neurosciences. Je travaille sur les cognitions sociales de la psychologie sociale dans la douleur chronique.

L'activité qui m'attire le plus dans la kinésithérapie et la prise en charge de la douleur chronique.

#### **M : Où exercez-vous ?**

MK4 : J'exerce à l'hôpital, au CHU donc aux hospices civiles de Lyon à 20% en tant que kinésithérapeute. Donc sur une journée je vois des patients. Et après le reste du temps je suis sur mon doctorat. Donc je fais de la recherche et j'enseigne un petit peu à l'IFMK.

## **2. M : Parlons à présent de l'organisation de votre cabinet ?**

*Nombre de praticiens, nombre de patients dans le cabinet en même temps, présence de box individuel, proportion de PEC dans les espaces commun/individuel.*

*Combien de patient par séances, quelle est la durée des séances,*

MK4 :

## **M : Quelle est la durée des séances ?**

MK4 :

## **3. M : Pouvez-vous me parler de vos patients ?**

MK4 : Je travaille dans un service de neurochir du rachis et de la moelle épinière. Essentiellement des patients qui ont des douleurs au niveau du dos. plus au niveau du rachis cervical ou du rachis lombaire. Ce sont surtout des patients qui ont des problématiques de douleur chronique. C'est très souvent des douleurs neuropathiques donc moi je les vois dans ce contexte de prise en charge. C'est à peu près le gros de mes patients sachant qu'on a aussi des patients qui ont eu un traumatisme crânien par exemple.

C'est une prise en charge kiné, effectivement je l'oriente surtout sur la douleur parce que la plupart du temps les patients ont très peu d'incapacités fonctionnelles liées à un trouble neurologique. C'est souvent des patients qui effectivement peuvent avoir une petite chirurgie ou alors une grosse chirurgie donc en fonction du degré ils peuvent aller plus ou moins bien après la chirurgie. Mais la problématique c'est surtout la persistance de la douleur.

## **M : Donc de ce que je comprends, vous proposez une approches différentes par rapport aux autres kinés de l'hôpital**

Effectivement, dans l'hôpital je suis le seul à le faire. Sachant que je suis en train de former des kinés pour prendre ma relève car il y a des chances que je parte dans un centre antidouleur. Mais après effectivement le reste c'est plutôt de la kinésithérapie fonctionnelle sur de la rééducation neurologique sur des patients qui ont des troubles neurologiques dans l'activité de l'hôpital.

## Partie 2 : La relation masseur-kinésithérapeute/patient

### **4. M : Comment s'organise votre prise en charge ?**

*Faites-vous systématiquement un bilan lors de la première séance ? Quels bilans, centrés sur la pathologie ou plus global ? Quel est le déroulé de la 1ère séance (temps, début de traitement) ?*

MK4 : C'est très dur de faire une généralité car à l'hôpital c'est vraiment très très variable. Avant je travaillais en cabinet, c'est là où j'avais une activité orientée un peu plus sur l'oncologie <référence à nos cours à l'IFMK>. À l'hôpital mon activité a changé, c'est assez variable car vraiment dépendant de plein de choses. Je n'ai pas de cabinet ou de salle dédiée à ça. Je vois les patients dans leur chambre. Nous avons un gymnase au cas où les patients sont vraiment demandeurs ou sont en forme on peut aller au gymnase mais ce n'est pas le patient qui vient au gymnase. Le premier contact se fait dans la chambre du patient. Généralement quand je rentre je me présente. Je demande aux patients s'ils sont d'accord de vouloir poursuivre avec moi sur un bilan et sur de la rééducation en cas de besoin. Ensuite je demande au patient de se présenter, eux, et de présenter l'histoire de leur douleur, de leur incapacité et la raison pour laquelle il se retrouve dans ce service. Petit depuis qu'ils sont arrivés à l'hôpital qu'est-ce qui a changé, et qu'est-ce qu'il y aurait besoin encore d'améliorer. Donc en gros j'essaye vraiment d'orienter sur eux leur souhaits et sur les incapacités qu'ils ont très souvent du coup en lien avec les douleurs. Et puis après la suite de l'entretien va vraiment dépendre des informations qui m'ont donné à partir de ces premières questions.

**M : Quand vous exerciez en libéral, à la différence que c'était le patient qui venait à vous, vous aviez la même approche lors de la 1ère séance ?**

MK4 : C'était à peu près la même approche. Sachant que les premières minutes j'écoutais le patient parler, me raconter un peu son histoire, me raconter ce qui lui pose souci, ce pourquoi il vient me voir et pourquoi il estime que moi je puisse l'aider. Après très rapidement, si je vois que le patient a fait le tour un petit peu, c'est là où moi je vais commencer à poser des questions un petit peu plus précises, notamment des questions pour essayer de faire ressortir s'il y a des potentiels drapeau rouge, comme on avait en cours, s'il y a des potentiels drapeau orange aussi un peu décimé ce que le patient ne m'aurait pas dit de manière naturelle, ce qui n'est pas sorti tout seul quand je lui ai posé la question de départ. Donc après j'essaie de lui poser quelques petites questions. Plus j'avance dans

l'entretien et plus je pars sur des questions fermées parce que j'attends des réponses très précises pour savoir si oui ou non il y a présence de signes qui pourrait m'indiquer que j'ai besoin de renvoyer le patient chez un autre professionnel pour des examens complémentaires par exemple.

À la suite de ça très souvent je fais un résumé. Je résume ce que le patient m'a dit pour m'assurer de bien avoir compris ce qu'il m'a dit et surtout d'être sûr qu'on parle bien de la même chose. A la fin je termine toujours mes entretiens où je donne la possibilité au patient, encore, de pouvoir rajouter des choses s'il pense qu'il y a des informations qui l'estime importante qu'on a pas eu l'occasion d'évoquer.

### **M : Comment formulez-vous cette question ?**

MK4 : Je n'ai pas vraiment de question type mais souvent je dis : "Là on arrive à la fin de l'entretien, on peut potentiellement commencer la séance ou des examens complémentaires. Est-ce que vous pensez qu'il y a encore des choses que vous souhaitez me dire où que vous estimez importante que ce que je sache." En général, c'est la formulation que j'utilise. Et après je demande si les patients eux-mêmes ont des questions auxquelles je pourrais répondre au début, bien qu'après dans la suite de la séance ils peuvent toujours poser leurs questions si il y a besoin.

### **5. M : Comment jugez-vous vos relations avec les patients ?**

MK4: C'est difficile car c'est une question que je me pose en permanence. Moi à titre personnel j'ai la volonté d'essayer d'avoir une relation horizontale. C'est-à-dire de sortir de cet axe un peu de domination, cette d'asymétrie qu'il y a entre le soignant et le patient. Fin que le patient est expert de lui-même et expert de toutes ses sensations et toutes ces informations qu'il va pouvoir me donner. Et moi effectivement je suis plutôt expert sur l'aspect technique de la santé et du coup je décide qu'on travaille ensemble pour essayer d'apporter des solutions au patient. Donc la volonté que j'ai c'est d'avoir une relation d'égal à égal. Même si je sens que malgré tout de mon statut de soignant j'aurais toujours une certaine domination dans la relation pour le patient. Ca c'est ancré dans la mentalité, ça m'est très rarement arrivé d'avoir ce sentiment d'avoir une relation d'égal à égal avec les patients, quitte à ce que même des fois j'essaie vraiment de me mettre en retrait pour donner un peu plus d'espace au patient. C'est pas évident car les patients ne sont pas habitués à la représentation du soin. Ils ont souvent l'habitude que le soignant soit en position dominante et leur dise quoi faire. Ils attendent beaucoup en fait finalement.

**M : Sur une échelle de 1 à 5, où vous placez-vous ?**

Alors ça c'est une question qui est difficile, car ça va vraiment dépendre des patients. Les patients où j'aurais plutôt tendance à dire 1 mais j'ai aussi eu des patients où on a réussi à créer un vrai lien de confiance et ils ont réussi à me faire part de choses qui n'ont fait par à personne d'autre même dans leur cadre familial par exemple, où la je mettrais plutôt un 5. C'est une question un peu difficile. J'aurais tendance par rapport à mon expérience et aux patients que j'ai eu je serai plutôt aux alentours de 3,5.

**6. M : Comment établissez-vous une relation de confiance avec vos patients ?**

*Comment le dialogue est-il établi ? Comment évaluez-vous votre relation ? Laissez-vous le temps au patient de se livrer ?*

MK4 : Justement, en étant à l'écoute. Je pense que c'est un point qui est important. Etre à l'écoute c'est aussi montrer qu'on est à l'écoute. Et puis aussi créer cette relation un peu horizontale. Supprimer tout lien de subordination entre le soignant et le patient et de faire en sorte que justement le patient ait une place aussi importante que le soignant dans la consultation.

Partie 3 : Les violences sexistes et sexuelles – Sensibilisation

**7. M : Avez-vous déjà entendu parler de VSS ? Si oui dans quel contexte ?**

MK 4 : Oui alors j'en ai entendu parler, du moins j'ai commencé à m'intéresser à ce sujet c'était en 2017, je crois. J'avais été invité par la mairie de la ville où j'avais mon cabinet libéral justement pour une journée de sensibilisation des soignants aux violences sexistes et sexuelles. C'est là où j'ai commencé à m'intéresser au sujet. Dans la formation on nous avait appris comment aborder le sujet dans le cadre des consultations. Et ce qui m'avait surpris c'est que j'étais le seul soignant de toute la ville qui ait répondu présent. Ils avaient envoyé un courrier à tous les kinés, toutes les sages-femmes, toutes les infirmières libérales et tous les médecins généralistes je crois. Je ne suis pas sûr qu'ils avaient contacté les médecins spécialistes, et je suis le seul à être venu. Tous les autres étaient soit des policiers, des avocats, des assistantes sociales et des psychologues présents ce jour-là.

**8. M : Avez-vous au sein de votre IFMK/école reçu une formation/cours sur le sujet des violences (sexuelles, conjugales, infantiles..) ?**

MK4 : Dans ma formation à moi pas du tout. C'était au début des années 2010 donc ce n'est pas un sujet qui était évoqué. Maintenant que j'ai pu comprendre c'est un sujet qui commence de plus en plus à être enseigné.

**9. M : Avez-vous reçu une formation sur le sujet des violences faites aux femmes en dehors de votre IFMK?**

MK4 : Dans toutes les formations que j'ai eu l'occasion de faire après mon diplôme, ça n'a jamais été évoqué, de mémoire la seule formation dans laquelle ça a été évoqué c'était l'année dernière. J'ai fait un DU d'accès aux soins et de discrimination. Effectivement il y avait une thématique sur le sujet.

**M : Quel était pour vous le niveau de performance de cette formation ?**

MK4 : [Parle de la journée de sensibilisation] Moi j'avais un très mauvais niveau comme je n'avais jamais été sensibilisé à ça dans ma formation initiale. J'avais trouvé ça très intéressant car c'était une première approche et un abord qui parlait du sujet et surtout si j'avais le sentiment que nous en tant que soignant et moi notamment dans un contexte de douleur chronique les violences sexistes et sexuelles c'est quand même quelque chose d'assez important parce que justement on peut avoir des patientes. Et moi j'avais eu une patiente justement qui me l'avait ouvertement dit à la première séance sans même que je pose la question. Et c'était avant que je fasse cette formation et je me suis complètement sentie démunie. Donc on ayant fait cette journée de sensibilisation à la mairie et après dans le cadre de mon DIU et je me suis aussi renseigné de mon côté en lisant des articles. Du coup j'ai trouvé que c'était déjà très intéressant même si c'était une approche un peu superficielle, sur une journée c'est pas suffisant. Ce que je me suis rendu compte c'est surtout qu'aucune profession ne se sent légitime à prendre en charge les violences sexistes et sexuelles, que ce soit même les policiers que ce soit les assistantes sociales, et psychologue, chacun a l'impression que c'est le rôle de l'autre. Du coup c'est là où ça m'a permis de me sentir un petit peu décomplexé. Je ne suis pas le seul à ne pas trop savoir comment prendre en charge et donc j'ai trouvé que c'était quand même assez intéressant parce que même si ça ne m'a pas forcément apporté toutes les clés en main, ça m'a quand même apporté des pistes de réflexion pour la suite de ma pratique.

**10. M : Avez-vous déjà été confronté à un/une patient.e victime de violence ?**

MK4 : Oui. J'ai eu plusieurs cas. Après j'ai aussi amélioré mes techniques de communication avec les patients, ma manière de parler avec les patients. J'ai eu plusieurs patientes, ça a toujours été des patientes, j'ai jamais encore d'homme qui m'ont fait part d'être victime de violences sexistes sexuelles. Du coup j'ai eu des cas où effectivement les patientes en ont parlé d'elle-même sans que j'aborde le sujet, où elle faisait elle-même le lien entre les difficultés qu'elles ont à gérer leur douleur chronique et probablement une part de responsabilité des violences auxquelles elles ont été victime. J'ai eu d'autres patientes où j'avais une suspicion parce que dans l'entretien il y avait des choses qui me semblaient..., des expériences qui pouvaient être lié à ça. Au début ça a été difficile mais j'ai repris ce que j'avais appris à la journée de sensibilisation de la mairie, à savoir poser directement la question qui est : "Est-ce que avez-vous déjà été victime de violence dans votre vie ?". Parce qu'en fait poser cette question ça peut paraître un peu froid, mais ça peut ouvrir la porte à celles et ceux qui veulent en parler sans forcément nommer des violences sexuelles. Le fait de dire qu'on a été victime de violence dans sa vie, ça peut aussi être des violences de harcèlement à l'école des choses comme ça et ça peut aussi laisser la possibilité à ceux qui n'ont pas envie d'en faire part de peut-être quelques séances plus tard se livrer mais dire non sur le coup.

**11. M : Que pensez-vous de la question "Avez-vous été victime de violence ?  
Est-ce à poser systématiquement lors de la 1ère séance / bilan ?**

MK4 : Je la pose pas systématiquement. C'est en fonction du contexte, de comment se déroule l'entretien avec le patient ou la patiente qui va m'orienter. Peut-être que je devrais la poser systématiquement mais je n'ai pas encore eu l'indication qu'il me paraît important de la poser systématiquement. Même si je me dis que chez les femmes ça pourrait être intéressant quand même.

**12. M : Comment avez-vous réagi ou comment pensez-vous que vous auriez réagi si une victime témoigne lors d'une séance de kinésithérapie ?**

MK4 : Alors ça dépend vraiment des attentes. Des patientes soient elles ont simplement envie d'en faire part et de se confier et moi ce n'est pas mon rôle de le prendre en charge. Juste comme j'ai été à l'écoute, elles ont potentiellement le sentiment que je peux être à l'écoute sur ce sujet. À l'époque moi j'étais en cabinet libéral j'avais mis à disposition dans la

salle d'attente des prospectus notamment de numéro à appeler, d'association, des choses comme ça. Pareil s'il est patients n'ont pas envie d'aborder le sujet avec moi, ils ont quand même des informations dans la salle d'attente s'ils veulent récupérer des prospectus discrètement sans que personne le sache ça peut être une bonne solution. J'avais pensé, mais le problème c'est que je n'étais pas tout seul dans le cabinet qu'on était pas tous d'accord, pour afficher dans des salles d'attente. Donc je l'avais fait dans mon propre bureau, mettre une affiche pour montrer à mes patients que comme j'ai mis une affiche je suis potentiellement sensibilisé sur le sujet et que je suis prêt à en parler s'il y a besoin d'en parler point donc voilà c'est des petites choses et après dans le bureau j'ai aussi de quoi donner des informations pour prendre en charge si jamais. Ce que j'estimais, moi mon rôle, c'était surtout de voir s'il est patients étaient victimes de violences sexistes et sexuelles et après je me sens pas encore à l'aise pour prendre en charge quoi que ce soit. Moi je me sens à l'aise pour prendre en charge les douleurs. et du coup l'idée c'était plutôt de réorienter les patients vers des personnes ou c'est vraiment le rôle. et notamment il y a beaucoup d'associations qui peuvent elles prendre la relève et après aider les patients à faire des démarches juridiques, des démarches de protection, trouver un logement, des choses comme ça en cas de besoin.

Que c'est plutôt un rôle d'information.

**13. M : Avez-vous la connaissance que les MK ont la compétence de rédiger un certificat médical ?**

MK4 : Alors je me suis toujours posé la question, effectivement je ne suis jamais allé creuser pour on m'a déjà demandé des certificats médicaux pour des dossiers juridiques notamment. J'ai jamais refusé, j'ai toujours écrit un certificat ou un courrier pour aider les patients ou les patientes qui étaient dans le besoin. Je me suis toujours posé la question de la légitimité et de la validité de la chose. Je me suis toujours dit que les autorités si elle ne voulait pas lire et le lirai pas et moi j'aurais fait au moins ce qui était important. Mais je ne savais pas que effectivement on avait l'autorité de le faire.

**14. M : Si vous avez connaissance du statut de victime de violence de votre patient, cela aura-t-il une influence / un changement sur votre prise en charge ?**

MK4 :

**15. M : Pensez-vous que les kinésithérapeutes sont des professionnels médicaux adaptés pour identifier les personnes victimes de violences ?**

MK4 : OUI. Je pense que clairement tous les professionnels de santé sont des personnes adaptées pour repérer les personnes victimes de violence parce que en fait nous sommes des interlocuteurs privilégiés. Des personnes qui ont le secret médical donc c'est à dire que l'on peut créer vraiment un lien de confiance. Une personne peut se confier à nous et c'est notre devoir de conserver toutes ces informations et de ne pas les révéler. Donc oui je pense que c'est vraiment notre rôle de le faire pour aider les victimes justement pour le coup je pense que c'est vraiment le rôle de toutes les professions de santé. Je ne dirai pas les kinés plus que les autres parce que les sages-femmes aussi peuvent tout à fait intervenir, les infirmiers libéraux qui sont très très souvent à domicile aussi, bien sûr les médecins. Je pense que effectivement parmi ces professionnels peut-être que les pharmaciens ça va être plus délicat parce qu'il n'y a pas de sphère intime. C'est toujours compliqué dans le cadre d'une officine donc il y a d'autres personnes qui sont présentes alors c'est toujours difficile de parler de ça devant plusieurs personnes. Mais je pense que voilà ces professions sont tout autant légitimes autant que les autres à prendre ça en charge.

## Annexe X : Retranscription, MK5

Bonjour,

Je suis Marine, actuellement en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Lyon. Tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté l'entretien et de participer à la réalisation de mon mémoire.

Cet entretien a été supervisé et validé par Mme LERCLERQ, ma directrice de mémoire.

Nous avons fait le choix de ne pas dévoiler le sujet avant afin de limiter les biais de sélection. Aujourd'hui, nous allons parler ensemble du rôle du kinésithérapeute dans l'identification des patients victimes de violences sexistes et sexuelles.

L'enregistrement audio sera retranscrit et totalement anonymisé.

L'objectif est que nous discutons librement, sans jugement. Je veux juste comprendre votre point de vue et votre réalité au quotidien.

Nous allons commencer

Êtes-vous d'accord avec ça ? Avez-vous des questions ?

### Partie 1 : Présentation

#### **1. M : Pouvez-vous vous présenter ?**

*Genre, IFMK ou école de formation, année du diplôme, formation complémentaires, spécificités exercées, préférence dans la pratique de la kinésithérapie.*

MK 5 : Je m'appelle XXX, j'exerce à Toussieux dans le Rhône. J'ai été diplômé en 2002 de l'école d'Orléans. Les chaînes musculaires de Busquets, ensuite des petites formations, et là dernièrement en CQP en maxillo-facial.

#### **2. M : Parlons à présent de l'organisation de votre cabinet ?**

*Nombre de praticiens, nombre de patients dans le cabinet en même temps, présence de box individuel, proportion de PEC dans les espaces commun/individuel.*

*Combien de patient par séances, quelle est la durée des séances,*

MK 5 : C'est un cabinet de village où nous sommes trois kiné femme. On prend nos patients à la demi-heure donc chacun individuellement. Nous avons une patientèle assez variée, même si depuis la spécialisation en maxillo on a quand même bien plus de maxillo parce qu'il y a peu de kinés formés. Mais on va du bébé, sans kiné respi parce qu'on en pratique pas beaucoup, jusqu'au papi mamie à domicile ou au cabinet.

**M : Est-ce qu'il y a une pathologie qui revient le plus ?**

MK 5 : La lombalgie (rire) et de plus en plus de maxillo parce que dans le panel, il y en a très peu de formés dans la périphérie lyonnaise.

**M : Est-ce qu'il y a une salle commune dans le cabinet ?**

MK 5 : Il y a une salle commune et on a 5 salles individuelles.

### **3. M : Pouvez-vous me parler de vos patients ?**

*Pathologies les plus fréquemment rencontrées, type de population, genre, catégories d'âges.*

MK 5 : C'est varié, de la rhumato, de la neuro, de l'orthopédie post-chirurgie comme traumatisme, pas spécialisée kiné sport.

Partie 2 : La relation masseur-kinésithérapeute/patient

### **4. M : Comment s'organise votre prise en charge ?**

*Faites-vous systématiquement un bilan lors de la première séance ? Quels bilans, centrés sur la pathologie ou plus global ? Quel est le déroulé de la 1ère séance (temps, début de traitement) ?*

MK 5 : Première fois on fait le bilan avec anamnèse, avec leur profession, leur sport s'ils en ont, leur antécédents, chirurgie, traumatisme et compagnie et après pourquoi ils viennent. Après on fait un bilan en fonction de leur demande et de la prescription surtout.

**M : Ok, c'est un bilan centré sur la prescription ?**

MK 5 : Après tu arrives avec les années à cibler un petit peu le profil psychologique des gens on va dire. Ceux qui sont stressés, ce qui omette certaines choses alors qu'ils ont des traces sur leur corps voilà ceux qui sont super réticents. Typiquement cette semaine un monsieur qui me dit : " je suis directeur d'agence". Ouais ok c'est super large.. il aime son statut, c'est quelqu'un qui aime imposer donc tu essayes de faire de dire c'est toi qui commande c'est pas lui voilà.

### **5. M : Comment jugez-vous vos relations avec les patients ?**

*Selon une graduation de 1 à 5 avec 1 pas du tout proche et 5 très proche*

MK 5 : Je dirais à l'écoute, pas proche mais quand même à l'écoute. Même des fois peut-être un peu trop parce que le côté psychologique justement dans ma formation de base on évoque pas trop la relation psycho et physique. Alors qu'avec les années tu te rends compte que c'est énorme. Surtout en maxillo en plus, donc voilà; c'est hyper important même ce climat de confiance, ils apprécient venir et puis vu des gens qui reviennent, ils demandent à revenir dans le cabinet donc je pense que ça se passe plutôt bien.

Du coup, je mettrais un 3/4.

### **6. M : Comment établissez-vous une relation de confiance avec vos patients ?**

*Comment le dialogue est-il établi ? Comment évaluez-vous votre relation ? Laissez-vous le temps au patient de se livrer ?*

MK 5 : Justement de regarder un petit peu le profil des gens. On se rend compte quelqu'un qui manque d'assurance, on essaie de trouver des mots qui le rassure. Quelqu'un qui va être un petit peu lymphatique, tu vas essayer de le motiver. De s'adapter en fait il faut savoir s'adapter à chaque personne. j'ai pas vraiment de clé. C'est vraiment avec la personne d'essayer de trouver la solution pour essayer de le faire adhérer à ta rééducation, de le motiver.

Partie 3 : Les violences sexistes et sexuelles – Sensibilisation

### **7. M : Avez-vous déjà entendu parler de VSS ? Si oui dans quel contexte ?**

MK 5 : Côté pro, jamais. J'ai un soin une patiente psychologue qui est sur Bourgoin. Elle lance le mois orange sur les violences sexuelles et ils font un appel justement pluridisciplinaire.

**M : Quel est ce projet du mois orange ?**

MK 5 : C'est de sensibiliser tous les acteurs de la santé, paramédicaux et médicaux, aux violences sexuelles et aussi dans la vie quotidienne, c'est aussi psychologique et physique, d'avoir les outils pour les quantifier et les identifier.

Notre champ d'action n'est pas dans le même secteur donc je ne pouvais pas participer à son travail. Elle m'a proposé si elle avait des outils pour nous pour pouvoir les avoir pour pouvoir identifier et puis aider si la personne veut.

**8. M : Avez-vous au sein de votre IFMK/école reçu une formation/cours sur le sujet des violences (sexuelles, conjugales, infantiles..)**

*D'après-vous est-il pertinent et nécessaire de sensibiliser aux violences lors de la formation initiale ?*

MK5 : Non, jamais. Je pense que vous, même dans votre pratique, dans vos TP ils ont été plus précautionneux que nous on a pu l'être, parce que accroché les jambes écartées en poulie, je pense que actuellement vous ne faites plus ! On était en sous-vêtement tout le temps, et accessoirement il baissait le slip pour aller vers le sacrum, pas de sans souci quoi ! On se rend bien compte que chez certaines personnes le toucher ne fait pas partie du quotidien, que t'es hyper intrusif rien que de leur toucher le bras, pour eux c'est assez agressif alors que nous c'est notre quotidien et c'est vrai que ça il faut savoir s'adapter et mettre en confiance.

**9. M : Avez-vous reçu une formation sur le sujet des violences faites aux femmes en dehors de votre IFMK?**

*Si oui, dans quel cadre ? Est-ce une demande de votre part ? Quel est l'organisme de formation ? Quel était le niveau de pertinence de la formation ?*

MK 5 : On l'a évoqué en maxillo quand même. Parce que des fois des blocages ça peut être aussi lié à ce qu'ils ont vécu. J'étais tombé sur une petite fille 5 ans, blocage d'ouverture de bouche où je me suis quand même posé la question. C'est compliqué d'aborder avec la maman, donc j'avais envoyé un mail au médecin mais j'ai pas eu de retour et tout ça. Ça pose question, pourquoi cette petite fille de 5 ans a un blocage. Il n'y avait pas d'antécédent de chute, donc tu dis est-ce qu'il y a un truc elle ne veut plus ouvrir la bouche quoi.

**M : Vous n'avez pas posé la question ?**

MK : Maman était hyper protectrice, je pense que ça l'aurait vraiment trop perturbé si j'évoquais le sujet, voilà. J'avais demandé au médecin, pour que au final il mette 8 mois à la prise en charge correctement et qu'elle se fasse opérer en janvier de cette année et ça fait 1 an et demi que je l'ai vu. Je ne connais pas l'origine de ce blocage.

Après j'ai été confronté plutôt à des récits que à des traces que j'ai pu voir.

Partie 4 : Patient victime de violence - En pratique, au cabinet

**10. M : Avez-vous déjà été confronté à un/une patient.e victime de violence ?**

*Si oui comment l'avez-vous remarqué ?*

*Par l'observation de signes cliniques : dépression, trouble du sommeil, problèmes alimentaires, comportements addictifs...*

*Par l'observation de signes corporels : marques, postures...*

*En orientant la conversation ? En posant la question explicitement ? Dans quel contexte (massage, mobilisation..?)*

MK5 : Oui mais pas récente. C'est plutôt, elle te le relate. C'est essentiellement des femmes, j'ai pas eu de retour d'homme. Mais des femmes qui ont subi inceste, viol voilà.

**M : Dans quel contexte ces femmes se livre ?**

MK : Ohh euh <hésitation> .. comment dire. Je pense que c'est dans ta relation avec cette confiance un petit peu, quand on sent que des fois il y a un truc qui bloque, on dit : " il y a des choses qui vous stress", "vous inquiétez pas"... et c'est là qu'elles vont te livrer. Soit ça a été dans la famille ou des choses comme ça. Donc ce n'est pas de premier abord qu'elle le dise.

**M : Souvent elles sont déjà prise en charge ?**

MK : pas toute non. Typiquement là je pense à une ou c'était son papa... et non. N'a pas voulu voir ou entendre même les frères tout ça et il l'a même reproduit sur sa fille et c'est là que ça a été prise en charge. Il a été interné tous ça. Ca se savait, mais ça ne se disait pas ouvertement. Je pense que là ça se dit plus facilement qu'à une époque . Après typiquement là on a eu une demande de prise en charge d'une dame qui s'est défenestré pour échapper aux violences conjugales. On n'a pas pu la prendre parce qu'on avait des délais un petit peu trop long et du coup elle a trouvé plus proche. Mais c'était multi fracture au niveau de la mâchoire. Donc je pense qu'il y avait poly-patho plus la maxillo.

**11. M : Que pensez-vous de la question "Avez-vous été victime de violence"**

**? Est-ce à poser systématiquement lors de la 1ère séance / bilan ?**

*Est-elle à poser systématiquement ? Pour quelle prise en charge ? A quel moment ?*

MK5 : Alors je ne le dirai pas sur un bilan, au premier rendez-vous. mais voilà pourquoi pas si tu sens qu'il y a du stress, qu'il y a un blocage. Même typiquement de ne pas se laisser aller sur un étirement. ça peut être bien de la poser. Si c'est une petite jeune, tu la posera peut-être pas comme ça. à des femmes qui ont leur vie déjà d'établi pourquoi pas.

**12. Comment avez-vous réagi ?**

**13. M : Avez-vous la connaissance que les MK ont la compétence de rédiger un certificat médical ?**

MK5 : Ah oui non, je ne savais pas.

**14. M : Si vous avez la connaissance quand une de votre de vos patient est victime de violence cela a t'il une influence sur votre prise en charge ?**

MK5 : Alors déjà de ne pas faire la surprise, la choquée, quelque chose comme ça tu vois d'être plutôt à l'écoute, de dire qu'on comprend certaines choses. Après j'ai jamais demandé si elle avait fait tout un travail, si elles avaient déposé plainte ou des choses comme ça. J'ai jamais été plus loin, mais voilà de l'entendre et peut-être d'adapter la prise en charge de certaines techniques peut-être pour les mettre moins mal à l'aise, de faire attention. Typiquement on a une dame qui a été violée, tu sais qu'il faut absolument pas que quelqu'un rentre dans la pièce, même si elle est habillée pour elle c'est hyper intrusif et elle y arrive pas et elle se re crispe toute. Donc il faut dire attention j'ai madame machin donc personne rentre.

**15) M : Pensez-vous que les kinésithérapeutes sont des professionnels médicaux adaptés pour identifier les personnes victimes de violences ?**

MK5 : Alors.. oui quand même je dirais. Parce que on passe 20 à 30 minutes avec nos patients, tu as le temps qu'il te parle et qu'il se livre surtout quand tu étais bien une relation de confiance et du coup je pense qu'il se livre plus facilement à nous comme médecin des fois et du coup oui on en est capable et ça peut être intéressant. Après ça développe une autre question, "jusqu'ou on va?" dans l'aide et dans l'écoute. Et c'est là nos limites et qu'on outre passe pas et qu'on ne dise pas "attention ce n'est pas tes compétences" car il y a certains médecins qui aiment pas trop qu'on déborde.

**M : La limite se défini par l'avis du médecin ?**

MK 5 : Le médecin, mais aussi jusqu'où on a le droit. Pas t'embarquer dans un truc ou tu n'es pas capable d'aider correctement. Et ce que tu leur dis, il faut que ça soit vrai, et faire attention à ce que tu dis. Il y a des gens qui accordent beaucoup d'importance à des mots et tu peux peut-être utiliser un mot qui n'est pas adapté.

**M : Quelle serait alors la solution ?**

MK 5 : Peut-être de savoir où diriger les gens. Vraiment d'avoir un cadre, d'écouter où vous pouvez vous diriger où il y aura des professionnels formés qui vont vous accompagner dans toutes les démarches. Après de continuer à les accompagner nous dans notre prise en charge rééducative tout en adaptant comme on disait pour ne pas les agresser plus on va dire. De savoir plutôt où les diriger.

## Annexe XI : Retranscription, MK6

Bonjour,

Je suis Marine, actuellement en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Lyon.

Tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté l'entretien et de participer à la réalisation de mon mémoire.

Cet entretien a été supervisé et validé par Mme LERCLERQ, ma directrice de mémoire.

Nous avons fait le choix de ne pas dévoiler le sujet avant afin de limiter les biais de sélection.

Aujourd'hui, nous allons parler ensemble du rôle du kinésithérapeute dans l'identification des patients victimes de violences sexistes et sexuelles.

L'enregistrement audio sera retranscrit et totalement anonymisé.

L'objectif est que nous discutons librement, sans jugement. Je veux juste comprendre votre point de vue et votre réalité au quotidien.

Nous allons commencer

Êtes-vous d'accord avec ça ? Avez-vous des questions ?

### Partie 1 : Présentation

#### **1. M : Pouvez-vous vous présenter ?**

*Genre, IFMK ou école de formation, année du diplôme, formation complémentaires, spécificités exercées, préférence dans la pratique de la kinésithérapie.*

MK6 : Je suis kinée, j'ai fait l'école de Lyon et je suis diplômée depuis 1990 à Lyon. Je fais du périnée depuis 1990. Donc j'ai commencé par un assistantat et ensuite j'ai fait des formations. J'ai fait des formations en périnée antérieure, j'ai fait une petite formation au sexe et j'ai fait la partie anorectale aussi et puis j'enseigne à l'école de Lyon depuis 2011 point je fais aussi beaucoup de douleurs pelviennes sur le territoire du nerf pudendal. J'enseigne aussi au DIU de périnéologie à Lyon.

#### **2. M : Parlons à présent de l'organisation de votre cabinet ?**

*Nombre de praticiens, nombre de patients dans le cabinet en même temps, présence de box individuel, proportion de PEC dans les espaces commun/individuel.*

*Combien de patient par séances, quelle est la durée des séances,*

MK 6 : Alors en fin de compte actuellement nous sommes 4 kiné au cabinet. Ça a pas mal changé parce qu'il y avait un monsieur et une autre de mes collègues qui faisait pas mal de

périné qui vient juste de partir. Elle a été remplacé et on a une autre collaboratrice qui fait un petit peu de périnée mais qui vraiment démarre. Alors on a un gymnase, une salle où il y a des vélos, et puis on a 5 box individuelles.

**M : Du coup la prise en charge est individuelle avec un patient par demi- heure ?**

MK 6 : Voilà sauf quand on prend des gens par exemple en post-partum abdominal on peut les prendre par deux ou par 3 et puis on a des cours de gym collectifs au cabinet mais qui n'entre pas dans le cadre d'une prescription.

### **3. M : Pouvez-vous me parler de vos patients ?**

MK 6 : Moi je prends en charge uniquement le périnée et les douleurs pelviennes donc j'ai les femmes, j'ai des hommes, j'ai des enfants, je fais de l'anorectal aussi. Donc la population, j'ai pas trop de Mamie c'est plutôt une population assez jeune point je pense que la moyenne de patience ça doit être il y a une catégorie entre 18 et 55 un truc comme ça.

Partie 2 : La relation masseur-kinésithérapeute/patient

### **4. M : Comment s'organise votre prise en charge ?**

*Faites-vous systématiquement un bilan lors de la première séance ? Quels bilans, centrés sur la pathologie ou plus global ? Quel est le déroulé de la 1ère séance (temps, début de traitement) ?*

MK 6 : Alors à la première séance en périnée par exemple, je commence toujours par le dossier administratif. Je commence toujours par un interrogatoire qui demande pourquoi le patient vient et quelles sont ses attentes. Ensuite je lui fais un petit rappel anatomique avec un bassin que j'ai en 3D et puis après je lui explique comment est-ce que l'on va travailler. Et puis dans la première séance je commence ma séance dès la première séance. Après sinon je me suis rendu compte que si on ne fait pas de séance dès la première séance et ben les patients disent : "oh ben on a rien fait la première séance!" donc il faut que je justifie notre travail.

Bilan, testing, examen, s'il faut faire un petit peu de bilan de posture je fais un bilan de posture globale mais voilà.

**M : Vous arrivez à faire tout ça sur la 1ère séance ?**

MK 6 : En fin de compte je fais à la première séance et puis après quand j'ai oublié des questions, je le fais dans le reste de la séance. Et puis c'est vrai que les gens sont plus amenés à parler au cours des séances suivantes quand ils ont une relation de confiance.

**5. M : Comment jugez-vous vos relations avec les patients ?**

MK 6 : Bah en général ça se passe bien, on a une bonne relation de confiance. Et puis je pense qu'on est souvent un petit peu des psy, les gens se confient souvent à nous surtout dans ce domaine-là. C'est un domaine un petit peu intime. Je trouve que les gens racontent assez rapidement leur intimité soit perso soit professionnel donc je ne sais pas quel adjectif je pourrais trouver mais voilà

**M : Est-ce que vous pouvez la graduer sur une échelle de 0 à 5 ?**

MK 6 : Je me mettrai au milieu, à  $\frac{3}{4}$ . Je pense qu'il ne faut pas être trop copain copain, qu'il faut garder une distance thérapeute.

**6. M : Comment établissez-vous une relation de confiance avec vos patients ?**

*Comment le dialogue est-il établi ? Comment évaluez-vous votre relation ? Laissez-vous le temps au patient de se livrer ?*

MK 6 : <soupire> J'en sais rien. Ça reste naturel quoi. Je pense qu'il faut que ça match comme on dit point mais bon après ça peut arriver que ça ne fonctionne pas.

**M : C'est au feeling en fonction des personnes ?**

MK 6 : Ouais. C'est important de dialoguer de tout et de rien, du quotidien voilà

Partie 3 : Les violences sexistes et sexuelles – Sensibilisation

**7. M : Avez-vous déjà entendu parler de VSS ? Si oui dans quel contexte ?**

MK 6 : En fin de compte c'est un sujet que j'entends parler soit aux informations soit dans la littérature. J'ai eu des patientes, moi je fais pas mal de vaginisme aussi, qui ont eu des violences avec des partenaires et qui derrière ont déclenché des vaginismes. Après il faut

s'occuper de ces patients. Elles n'ont pas forcément ni porter plainte... Elles sont obligées d'avoir un suivi psy derrière pour essayer un petit peu d'oublier ce mauvais passage.

**8. M : Avez-vous au sein de votre IFMK/école reçu une formation/cours sur le sujet des violences (sexuelles, conjugales, infantiles..) ?**

MK 6 : Non pas du tout.

**9. M : Avez-vous reçu une formation sur le sujet des violences faites aux femmes en dehors de votre IFMK?**

MK 6 : Euh oui. Soit dans les congrès, les choses comme ça j'en ai entendu pas mal. Après je sais qu'il y a eu une association, pas une association je ne sais pas comment ça s'appelle un regroupement sur les violences sexuelles.

**M : Des associations qui prennent en charge les victimes ?**

MK 6 : Non non non, où on peut donner les coordonnées au patient.

Partie 4 : Patient victime de violence - En pratique, au cabinet

**10. M : Avez-vous déjà été confronté à un/une patient.e victime de violence ?**

MK 6 : Bah notamment celle-là, celle qui a eu un vaginisme. Elle me l'a dit, au final elle ne savait même pas que c'était une violence sexuelle. On en a conclu ensemble que ça en était une, mais elle elle ne savait pas bien quand c'était normal.

**M : Vous en avez discuté lors du bilan ?**

MK 6 : Ouais

**M : Etait-elle encore sous emprise ?**

MK 6 : Non non elle ne n'était plus avec son partenaire.

**11. M : Que pensez-vous de la question "Avez-vous été victime de violence ?  
Est-ce à poser systématiquement lors de la 1ère séance / bilan ?**

MK 6 : Bah pas à la première séance déjà. et puis après je pense que c'est compliqué comme question à poser. ça dépend pourquoi elle vient. En fonction du bilan aussi voir si le bilan est facile. Lors du bilan elles peuvent être un peu fermées, on peut alors se demander s'il n'y a pas quelque chose.

**12. M : Comment avez-vous réagi ou comment pensez-vous que vous auriez réagi si une victime témoigne lors d'une séance de kinésithérapie ?**

MK 6 : Qu'il faut qu'elle se fasse suivre voilà. Moi celle dont je vous parle elle n'était plus avec son partenaire donc voilà mais sinon qu'elle quitte son partenaire.

**13. M : Avez-vous la connaissance que les MK ont la compétence de rédiger un certificat médical ?**

MK 6 : Non je pensais que c'était uniquement médical.

[ questions pour avoir + d'infos]

**14. M : Si vous avez connaissance du statut de victime de violence de votre patient, cela aura-t-il une influence / un changement sur votre prise en charge ?**

MK 6 : <hésitation> Non, non.

**15. M : Pensez-vous que les kinésithérapeutes sont des professionnels médicaux adaptés pour identifier les personnes victimes de violences ?**

MK 6 : Bah après ça dépend ce qu'on fait, si quelqu'un vient pour une rééducation du genou je pense que c'est compliqué. vous n'allez pas poser la question quoi. Après, moi je suis dans un domaine un peu différent donc c'est plus facile.

**M : Vous avez des choses à rajouter ?**

MK 6 : non c'est bon je crois qu'on a fait le tour

## Annexe XII : Retranscription, MK7

Bonjour,

Je suis Marine, actuellement en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Lyon. Tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté l'entretien et de participer à la réalisation de mon mémoire.

Cet entretien a été supervisé et validé par Mme LERCLERQ, ma directrice de mémoire.

Nous avons fait le choix de ne pas dévoiler le sujet avant afin de limiter les biais de sélection. Aujourd'hui, nous allons parler ensemble du rôle du kinésithérapeute dans l'identification des patients victimes de violences sexistes et sexuelles.

L'enregistrement audio sera retranscrit et totalement anonymisé.

L'objectif est que nous discutons librement, sans jugement. Je veux juste comprendre votre point de vue et votre réalité au quotidien.

Nous allons commencer

Êtes-vous d'accord avec ça ? Avez-vous des questions ?

### Partie 1 : Présentation

#### **1. M : Pouvez-vous vous présenter ?**

*Genre, IFMK ou école de formation, année du diplôme, formation complémentaires, spécificités exercées, préférence dans la pratique de la kinésithérapie.*

MK7 : Je m'appelle XXX, je suis diplômée depuis 2007. J'ai fait ma formation initiale à l'IFMK d'Orléans et depuis une dizaine d'années maintenant je travaille uniquement en pédiatrie. J'ai fait des formations dans le dépistage et la prise en charge précoce des enfants avec des paralysies cérébrales, pour des échelles d'évaluation aussi en pédiatrie.

#### **2. M : Parlons à présent de l'organisation de votre cabinet ?**

*Nombre de praticiens, nombre de patients dans le cabinet en même temps, présence de box individuel, proportion de PEC dans les espaces commun/individuel.*

*Combien de patient par séances, quelle est la durée des séances,*

MK7 : Je travaille à l'hôpital, 2j, et en cabinet 3 jours par semaine. Mes collègues aussi alors on a réparti les salles. Il y a plusieurs bureaux et l'espace kiné regroupe 2 salles individuelles mais qui sont amenées à communiquer. Parfois je peux aller chercher un jeu lorsque ma collègue est en séance avec un autre enfant et inversement.

Nous sommes trois kinésithérapeutes, deux en même temps. Ensuite il y a dans le cabinet des orthophonistes, psychomotriciens et ergothérapeutes.

### **3. M : Pouvez-vous me parler de vos patients ?**

*Pathologies les plus fréquemment rencontrées, type de population, genre, catégories d'âges.*

MK7 : Il y a des enfants principalement des enfants en situation de handicap ainsi que quelques adolescents. Il y en a qui viennent pour plagiocéphalie ou asymétrie posturale mais la majorité ont une paralysie cérébrale ou une pathologie génétique. En général j'ai vraiment que des petits.

Partie 2 : La relation masseur-kinésithérapeute/patient

### **4. M : Comment s'organise votre prise en charge ?**

*Faites-vous systématiquement un bilan lors de la première séance ? Quels bilans, centrés sur la pathologie ou plus global ? Quel est le déroulé de la 1ère séance (temps, début de traitement) ?*

MK7 : Alors souvent les premières séances c'est beaucoup de discussion. Surtout comme je travaille avec tes enfants ça prend souvent du temps de mettre en place la relation. En tout cas pour que ça se passe bien sur la séance et pour la suite j'aime bien prendre mon temps. Je mets rarement les pieds dans le plat dès la première séance. Ça peut m'arriver si je sens que l'enfant est prêt, je peux commencer mais c'est vraiment rare. La plupart du temps, soit il est pas réveillé et du coup je discute plutôt avec la maman. Soit il est réveillé et je peux jouer avec lui, tout en discutant avec les parents. J'ai besoin de connaître leurs besoins, ce qu'ils viennent chercher ici. Et le bilan s'étale sur la 2e, 3e séance.

### **5. M : Comment jugez-vous vos relations avec les patients ?**

*Selon une graduation de 1 à 5 avec 1 pas du tout proche et 5 très proche*

MK7: Je pense qu'il faut séparer la relation avec les enfants et la relation avec les parents.

**M : Alors nous allons diviser en deux la question. Commençons par les parents.**

MK7 : Alors avec les parents j'essaye d'être assez proche mais il y a toujours une petite distance que j'essaie de garder. Je ne sais pas pourquoi peut-être ce côté assurance professionnelle. Alors qu'avec les enfants, je vais être très proche, à leur niveau. C'est deux postures très différentes.

**M : Pourquoi mettre plus de distance avec les parents que l'enfant ?**

MK7 : Pour moi, la complicité avec l'enfant participe à la motivation et à son engagement pendant la séance. C'est vraiment nécessaire qu'on rigole ensemble et qu'il ait envie de revenir. C'est un élément motivationnel qui entre adultes existe moins.

**M : Est-ce que les parents sont toujours là lors des séances ?**

MK7 : La plupart du temps ils sont là, sauf quand ça fait longtemps qu'ils font des séances ce qui permet d'avoir plus son espace. Parfois c'est l'enfant qui demande aux parents de ne pas participer à la séance.

La présence des parents en séance et surtout pour l'impact de la prise en charge pour permettre de reproduire les mêmes mouvements dans d'autres endroits.

**6. M : Comment établissez-vous une relation de confiance avec vos patients ?**

*Comment le dialogue est-il établi ? Comment évaluez-vous votre relation ? Laissez-vous le temps au patient de se livrer ?*

MK7 : Alors ça c'est une bonne question ! Je pense que c'est dû à ma personnalité mais je laisse les gens venir à leur rythme. Si je force trop en général ça ne marche pas. Il faut, je dirais prendre le temps dans l'élaboration de la relation.

Partie 3 : Les violences sexistes et sexuelles – Sensibilisation

**7. M : Avez-vous déjà entendu parler de VSS ? Si oui dans quel contexte ?**

MK7 : On entend souvent parler de violences sexuelles après des violences sexistes un peu moins. Je vais aborder le sujet dans ma vie perso avec des amis.. mais peu dans le cadre professionnel.

**8. M : Avez-vous au sein de votre IFMK/école reçu une formation/cours sur le sujet des violences (sexuelles, conjugales, infantiles..) ?**

*D'après-vous est-il pertinent et nécessaire de sensibiliser aux violences lors de la formation initiale ?*

MK7 : Non c'était en 2007 et on parle pas du tout de ce sujet à cette époque-là.

**9. M : Avez-vous reçu une formation sur le sujet des violences faites aux femmes en dehors de votre IFMK?**

*Si oui, dans quel cadre ? Est-ce une demande de votre part ? Quel est l'organisme de formation ? Quel était le niveau de pertinence de la formation ?*

MK7 : Alors non pas spécialement dans les formations de kiné. Après j'ai fait une formation de guidance parentale. Cette formation était plus à destination des psychologues mais les violences étaient la thématique principale. Je l'ai faite pour comprendre les fonctionnements familiaux. Pas forcément dans l'idée de violence tout ça mais surtout comprendre le système familial. Principalement pour les familles avec un enfants en situation de handicap.

On en parle parfois <des violences> entre professionnels sur des temps informels car c'est une question qui interroge.

Partie 4 : Patient victime de violence - En pratique, au cabinet

**10. M : Avez-vous déjà été confronté à un/une patient.e victime de violence ?**

*Si oui comment l'avez-vous remarqué ?*

*Par l'observation de signes cliniques : dépression, trouble du sommeil, problèmes alimentaires, comportements addictifs...*

*Par l'observation de signes corporels : marques, postures...*

*En orientant la conversation ? En posant la question explicitement ? Dans quel contexte (massage, mobilisation..?)*

MK7 : Alors je suis en train de réfléchir...Je ne crois pas. Personne ne s'est confié après il y a des situations qui me questionnent parfois...

À travers l'hôpital il nous est arrivé de faire des signalements, on avait informé le médecin traitant. Ce n'est pas arrivé fréquemment.

**M : Quels sont les signes qui vous font poser la question ?**

MK7 : Un changement de comportement. Des choses qui peuvent sembler inadaptées, c'est jamais très clair en fait. Mais c'est en parlant avec des collègues qui avaient remarqué les mêmes éléments que nous nous sommes posés plus sérieusement la question. Mais ce n'est jamais des coups ou des signes très francs, plutôt un comportement inadapté.

**11. M : Que pensez-vous de la question "Avez-vous été victime de violence" ?  
Est-ce à poser systématiquement lors de la 1ère séance / bilan ?**

*Est-elle à poser systématiquement ? Pour quelle prise en charge ? A quel moment ?*

MK7 : Alors je viens de réfléchir en fait et j'ai beaucoup de mamans qui sont victimes de violence. Parce que j'ai beaucoup de mamans qui sont hébergées en foyer. Tu vois ça m'était sorti de la tête ça fait tellement parti de mon quotidien et puis je m'étais axée sur les enfants. Mais du coup oui j'ai des parents de patients qui sont victimes de violences et du coup ça vient dans la conversation. Après, elles sont déjà dans une situation où elles sont prises en charge. Ce n'est pas quelque chose qui émerge chez moi <sous-entendu dans le cabinet>.

**12. M : Comment avez-vous réagi ou comment pensez-vous que vous auriez réagi  
si une victime témoigne lors d'une séance de kinésithérapie ?**

*Comment accueillir le témoignage d'une victime ? Que dire à la victime ? Vers qui rediriger ?  
Connaissez-vous les réactions physiologiques au VSS ?*

MK7 : On en parle, j'écoute. J'ai l'impression que toutes les réponses que je vais donner sont maladroites parce que on n'est pas habile XX. Après je me dis que si on a décidé de m'en parler faut que j'écoute et après même si mes réponses maladroites ce n'est pas un sujet tabou.

**13. M : Avez-vous la connaissance que les MK ont la compétence de rédiger un  
certificat médical ?**

MK7 : Non je ne savais pas. Je ne pensais pas qu'en tant que kiné on avait la capacité de faire un certificat. Mais il sert à quoi ?

*M : C'est un certificat qui a été élaboré à la suite d'un travail entre la MIPROF et l'ordre de kinésithérapeute. Il permet d'avoir un modèle à suivre afin d'attester de coups et blessures.*

*Ceux-ci vraiment une pièce importante un dossier afin de porter plainte. Il a la même valeur juridique qu'un certificat rédigé par un médecin.*

**14. M : Si vous avez la connaissance du statut de victime de violence de votre patient, cela aura-t-il une influence / un changement sur votre prise en charge ?**

**15. M : Pensez-vous que les kinésithérapeutes sont des professionnels médicaux adaptés pour identifier les personnes victimes de violences ?**

MK7 : Le fait que l'on voit les patients régulièrement entraîne une relation de lien qui s'établit. Donc j'imagine que oui après on a pas la formation nécessaire afin d'apporter l'accompagnement adéquat. Je trouve que dans les études la part psychologique c'est quelque chose qui est oublié dans notre formation de base. Et du coup c'est vraiment une personne dépendante selon l'empathie de chacun.

J'imagine que oui par notre position mais qu'à la fois on est pas adapté parce que on est pas assez formé. Je pense qu'une formation plus solide en psychologie serait bénéfique, mais je pense que ça va bouger !

## Annexe XIII : Retranscription, MK8

Bonjour,

Je suis Marine, actuellement en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Lyon. Tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté l'entretien et de participer à la réalisation de mon mémoire.

Cet entretien a été supervisé et validé par Mme LERCLERQ, ma directrice de mémoire.

Nous avons fait le choix de ne pas dévoiler le sujet avant afin de limiter les biais de sélection. Aujourd'hui, nous allons parler ensemble du rôle du kinésithérapeute dans l'identification des patients victimes de violences sexistes et sexuelles.

L'enregistrement audio sera retranscrit et totalement anonymisé.

L'objectif est que nous discutons librement, sans jugement. Je veux juste comprendre votre point de vue et votre réalité au quotidien.

Nous allons commencer

Êtes-vous d'accord avec ça ? Avez-vous des questions ?

### Partie 1 : Présentation

#### **1. M : Pouvez-vous vous présenter ?**

*Genre, IFMK ou école de formation, année du diplôme, formation complémentaires, spécificités exercées, préférence dans la pratique de la kinésithérapie.*

MK8 : Je suis XXX, kiné depuis 2019. J'ai été diplômé en juin 2019 en Belgique à la Haute Ecole de Province de Liège (HEPL). Je suis directement venu travailler en France. J'ai commencé à la maison de santé MSPU Saint Priest où je travaille encore actuellement. J'ai enchaîné directement avec des formations : kiné du sport avec K-YLF et reprogrammation neuro-motrice.

J'exerce plus dans la kiné sportive en priorité, principalement dans le rugby et le crossfit. Après tout ce qui est traumato.

#### **2. M : Parlons à présent de l'organisation de votre cabinet ?**

*Nombre de praticiens, nombre de patients dans le cabinet en même temps, présence de box individuel, proportion de PEC dans les espaces commun/individuel.*

*Combien de patient par séances, quelle est la durée des séances,*

MK8 : Nous sommes dans une maison de santé. Le pôle kiné se compose de 9 kinés, avec un kiné DV qui a son box individuel. La moitié de l'équipe, en demi-journée est présente au cabinet, l'autre moitié est à domicile. On favorise la prise en charge individuelle avec un patient par demi-heure. On a 6 ou 7 box et un petit gymnase où on peut travailler.

**M : Quelle est la durée des séances ?**

MK8 : 30 minutes.

**3. M : Pouvez-vous me parler de vos patients ?**

MK8 : C'est une population assez variée. Pour ma part pas mal de sportif lié à mes contact avec le rugby de St Priest et le Crossfit à Genas. On a 0 cas de respi, c'est vraiment que de la traumato/rhumato.

**M : Quelle est la catégorie d'âge ?**

MK8 : On a des sportifs comme aussi des personnes âgées, c'est assez varié.

Partie 2 : La relation masseur-kinésithérapeute/patient

**4. M : Comment s'organise votre prise en charge ?**

*Faites-vous systématiquement un bilan lors de la première séance ? Quels bilans, centrés sur la pathologie ou plus global ? Quel est le déroulé de la 1ère séance (temps, début de traitement) ?*

MK8 : Je fais toujours une séance de 30 à 45 minutes la première séance afin de faire un bilan approfondi.

**5. M : Comment jugez-vous vos relations avec les patients ?**

MK8: Je me considère comme proche de mes patients. J'essaie d'être à l'aise avec eux. Après ça va dépendre de chacun, il y a des personnes qui sont plus ouvertes que d'autres. Souvent si c'est des sportifs ça sera plus facile aussi car on va partager autour du sport, se fixer des objectifs. La relation se fait plus rapidement je pense.

**6. M : Comment établissez-vous une relation de confiance avec vos patients ?**

*Comment le dialogue est-il établi ? Comment évaluez-vous votre relation ? Laissez-vous le temps au patient de se livrer ?*

MK8 : Je pense que me fait d'avoir une prise en charge très individualisé avec un patient par demi-heure déjà ca favorise cette relation de confiance. Ils se sentent écoutés et compris quand ils viennent ici. Le fait qu'on fasse un travail individualisé et non de masse permet à la personne de se sentir bien.

Partie 3 : Les violences sexistes et sexuelles – Sensibilisation

**7. M : Avez-vous déjà entendu parler de VSS ? Si oui dans quel contexte ?**

MK8 : Personnellement j'en ai jamais trop entendu parler. Donc non pas forcément même à l'école on en a pas trop parlé.

En consultation, il y a certainement eu des non dits de la part de mes patients ou patientes où j'ai pu interpréter un problème. Mais rien de concret et dis directement.

**8. M : Avez-vous au sein de votre IFMK/école reçu une formation/cours sur le sujet des violences (sexuelles, conjugales, infantiles..) ?**

MK8 : Non, à Liège on n'a jamais eu de formation sur ça.

**9. M : Avez-vous reçu une formation sur le sujet des violences faites aux femmes en dehors de votre IFMK?**

MK8 : Non.

Partie 4 : Patient victime de violence - En pratique, au cabinet

**10. M : Avez-vous déjà été confronté à un/une patient.e victime de violence ?**

MK8 : Oui

**M : Si oui comment l'avez-vous remarqué ?**

MK8 : Ça m'est arrivé il y a pas longtemps. Une amie/patiente m'avoue qu'il y a eu une histoire de violence de la part de son copain. On en avait du coup discuté mais c'est la 1ere fois que j'ai été confronté à un témoignage de violence.

**M : Est-ce que le fait que ce soit une amie a eu un impact dans le fait de se confier ?**

MK8 : Peut-être aussi. On sent les choses en connaissant réellement la personne : elle est plus tendue... On travaillait sur l'épaule donc forcément, j'ai regardé les trapèzes. Toute cette zone là était peut-être en lien avec ce qui c'était passé auparavant. J'ai pas remarqué de marque physique genre trace de doigts ou quoi mais plus des réactions du corps.

**11. M : Que pensez-vous de la question "Avez-vous été victime de violence ? Est-ce à poser systématiquement lors de la 1ère séance / bilan ?**

MK8 : A posé oui mais pas directement. Je ne pense pas que sur une anamnèse direct je poserai cette question. Mais au fur et à mesure des séances, que la relation avance, en observant le comportement de la personne peut-être que ça peut me venir à l'idée. Peut-être poser des questions indirectes.

Je pense que quand tu es trop brutal, quand tu rentres vite dans l'intimité de la personne ça peut chez certains patients plus les renfermer que autre chose.

**12. M : Comment avez-vous réagi ou comment pensez-vous que vous auriez réagi si une victime témoigne lors d'une séance de kinésithérapie ?**

MK8: Alors, j'essaie de ne pas avoir de réaction trop hâtive. De prendre du recul, savoir comment ça s'est passé, de voir un peu le contexte. Ensuite j'essaie d'apporter un minimum de solution avec plus le côté humain que le coté spécialiste. Je sais que je ne suis pas spécialiste dans les violences. Je donne mon avis personnel donc ca reste assez subjectif.

**M : Avez-vous redirigé ?**

MK8 : Non j'ai pas forcément redirigé.

**13. M : Avez-vous la connaissance que les MK ont la compétence de rédiger un certificat médical ?**

MK8 : Non pas du tout

**14. M : Si vous avez connaissance du statut de victime de violence de votre patient, cela aura-t-il une influence / un changement sur votre prise en charge ?**

MK8 : Forcément, sur la prise en charge aiguë, au moment T oui. Sur les autres moments non.

**15. M : Pensez-vous que les kinésithérapeutes sont des professionnels médicaux adaptés pour identifier les personnes victimes de violences ?**

MK8 : Oui, je pense que nous avons une place qui fait que nous créons des relations qui amènent à discuter avec les personnes. Il faut voir les facteurs et redirigés en fonction de ce que l'on remarque. Ça nous dépasse, je ne pense pas qu'on soit spécialisé pour traiter les violences. Certains kinésithérapeutes oui mais pas la majorité.

## Annexe XIV : Retranscription, MK9

Bonjour,

Je suis Marine, actuellement en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Lyon.

Tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté l'entretien et de participer à la réalisation de mon mémoire.

Cet entretien a été supervisé et validé par Mme LERCLERQ, ma directrice de mémoire.

Nous avons fait le choix de ne pas dévoiler le sujet avant afin de limiter les biais de sélection.

Aujourd'hui, nous allons parler ensemble du rôle du kinésithérapeute dans l'identification des patients victimes de violences sexistes et sexuelles.

L'enregistrement audio sera retranscrit et totalement anonymisé.

L'objectif est que nous discutons librement, sans jugement. Je veux juste comprendre votre point de vue et votre réalité au quotidien.

Nous allons commencer

Êtes-vous d'accord avec ça ? Avez-vous des questions ?

### Partie 1 : Présentation

#### **1. M : Pouvez-vous vous présenter ?**

*Genre, IFMK ou école de formation, année du diplôme, formation complémentaires, spécificités exercées, préférence dans la pratique de la kinésithérapie.*

MK9 : J'ai été diplômé en 1993, à l'école de Montpellier. Après j'ai fait un an de service militaire, à Valence dans une infirmerie où j'avais un cabinet de kiné donc j'ai exercé comme en libéral. Ensuite j'ai fait 5 ou 6 ans de remplacement en libéral uniquement dans plusieurs régions. Puis 2 ans d'assistantat collaboration dans un cabinet à 40 km de Montpellier. Enfin je suis installé en libéral à Saint-Pierre-de-Chandieu depuis 2002 donc ça fait 20 ans. Où j'exerce un exercice totalement généraliste car dans un village de 5 000 habitants, en étant tout seul je ne peux pas me permettre d'avoir une spécialité et de refuser de prendre en charge d'autres pathologies.

#### **2. M : Parlons à présent de l'organisation de votre cabinet ?**

*Nombre de praticiens, nombre de patients dans le cabinet en même temps, présence de box individuel, proportion de PEC dans les espaces commun/individuel.*

*Combien de patient par séances, quelle est la durée des séances,*

MK9 : Déménagé il y a 2 ans et demi 3 ans. Il y a un seul espace avec un seul volume de travail donc un seul patient à la fois, toutes les demi-heures. Je n'ai jamais voulu prendre d'assistant, je suis pour que d'autres kinés s'installent dans la même commune mais pas avec moi. Dans mes expériences précédentes de travail à plusieurs j'ai pu y voir les avantages mais aussi les inconvénients qui sont pour moi plus importants qui font que je préfère travailler seul.

### **3. M : Pouvez-vous me parler de vos patients ?**

*Pathologies les plus fréquemment rencontrées, type de population, genre, catégories d'âges.*

MK9 : Étant donné que je ne fais pas de visite à domicile j'ai une patientèle qui est plus jeune que si j'en faisais. La moyenne d'âge n'est pas très âgée et j'ai vraiment une très grande variété de pathologies. Je ne suis même pas sûr que les pathologies rachidiennes soient les plus importantes. Si on regroupe douleurs cervicales, dorsales, lombaire des douleurs plus les scolioses peut-être majoritaire mais très légèrement. Non c'est vraiment très très varié et j'aurais vraiment du mal à dire ce qui revient le plus. Il y a vraiment de tout cette année je ne prends plus la pédiatrie, type bronchiolite qui nécessite une prise en charge urgente. Je suis surchargée je ne peux pas me permettre de débloquer 5 rendez-vous dans la semaine au dernier moment. Où je renvoie les patients vers d'autres cabinets. Mise à part ça j'ai quand même de la pédiatrie mais non urgente, l'orthopédie régulièrement, de la pneumo, rhumato aussi. Je ne sais pas ce qui est plus spécifique comme l'uro, ou comme la maxillo.

Partie 2 : La relation masseur-kinésithérapeute/patient

### **4. M : Comment s'organise votre prise en charge ?**

*Faites-vous systématiquement un bilan lors de la première séance ? Quels bilans, centrés sur la pathologie ou plus global ? Quel est le déroulé de la 1ère séance (temps, début de traitement) ?*

MK9 : La plupart du temps, je fais toujours un interrogatoire administratif, pour le premier contact. Ensuite je fais mon interrogatoire médical. Souvent j'ai à peine le temps de faire mon bilan kiné fonctionnel sur la première séance. Parfois ça prend une demi-heure de faire juste l'administratif et l'interrogatoire, pour peu qu'on souhaite être un peu complet. Interrogatoire sur au moins les  $\frac{2}{3}$  de la première séance, c'est que de la discussion.

**M : C'est un interrogatoire centré sur la pathologie ?**

MK9 : Je ne suis pas de trame préfabriquée sur logiciel ou autre. Globalement je demande toujours des infos sur le boulot, sur les activités de loisirs. En fonction de la pathologie présentée je pose des questions sur le lieu d'habitation, sur les habitudes de vie etc. Et puis ensuite, il y a les antécédents médicaux qui peuvent être en rapport. les traitements qui sont pris, voilà point d'interrogation classique. Je questionne le patient sur sa demande, sur ce qu'il y a sur l'ordonnance, parce que parfois ça ne colle pas. Je leur demande aussi ce qu'ils attendent des séances. Il y a bien sûr tout l'interrogatoire sur les douleurs, la fréquence, l'apparition des symptômes.

**5. M : Comment jugez-vous vos relations avec les patients ?**

*Selon une graduation de 1 à 5 avec 1 pas du tout proche et 5 très proche*

MK9 : Premier rendez-vous ?

**M : Non, sur le long court pendant la prise en charge**

MK9 : D'accord, moi je me mettrai à 4. Je n'ai pas de problème relationnel particulier, souvent la relation elle se développe avec le temps. Le fait d'avoir une demi-heure par patient, forcément, je n'ai pas la même relation que quand je faisais des remplats et que j'avais quatre patients à fois. Où là on a pas vraiment le temps, vu que ça va probablement le sujet de rentrer dans l'intimité des gens. Du moins eux ils n'ont pas l'envie de la partager quand ils sont quatre dans une même pièce. Quand on est tout seul ça peut vite aller très très loin dans les confidences.

**6. M : Comment établissez-vous une relation de confiance avec vos patients ?**

*Comment le dialogue est-il établi ? Comment évaluez-vous votre relation ? Laissez-vous le temps au patient de se livrer ?*

MK9 : Ca je pense il faut plus leur demander <rire>. <Hésitation> pour moi c'est le fait d'être dans la sincérité, de ne pas jouer un personnage, de se mettre à la portée des gens en utilisant un vocabulaire qui soit compréhensible et puis en faisant suffisamment d'éducation thérapeutique et à la fois être à l'écoute, beaucoup

**7. M : Avez-vous déjà entendu parler de VSS ? Si oui dans quel contexte ?**

MK9 : Moi je suis sensibilisé parce que ma femme est psychologue et que maintenant elle est sexologue aussi donc ce sont des sujets qui sont plutôt familiers, à titre privé. Par contre professionnellement je ne crois pas avoir été l'objet une fois de confiance là-dessus. Je pense que le fait d'être un homme n'aide pas non plus. Moi je le vois comme ça car malgré la sympathie que je peux avoir avec les patients, il peut y avoir des confessions intimes mais il y a quand même une barrière, on est pas totalement copain. J'ai peut-être l'impression d'être plus abordable que ce que je le suis vraiment, Je n'en sais rien. Mais en tout cas je n'ai pas été l'objet de confiance là-dessus. J'ai été l'objet de témoignage de difficultés sexuelles mais qui restait dans le cadre de la prise en charge médicale.

**8. M : Avez-vous au sein de votre IFMK/école reçu une formation/cours sur le sujet des violences (sexuelles, conjugales, infantiles..) ? D'après-vous est-il pertinent et nécessaire de sensibiliser aux violences lors de la formation initiale ?**

MK9 : Ça date de 1993 donc à cette époque ce n'était pas du tout d'actualité : ni le harcèlement, ni les violences, ni l'effet d'homicide, il n'y avait rien de tout ça. Même les sujets de pédophilie on en entendait pas parler point donc au niveau de l'école c'était niveau 0.

**9. M : Avez-vous reçu une formation sur le sujet des violences faites aux femmes en dehors de votre IFMK?**

*Si oui, dans quel cadre ? Est-ce une demande de votre part ? Quel est l'organisme de formation ? Quel était le niveau de pertinence de la formation ?*

MK9 : <silence pour réfléchir> Je ne crois pas, je ne crois pas. J'ai fait des formations assez variées au niveau des thèmes mais je ne crois pas en avoir entendu parler, ni en pédiatrie, ni dans la formation sur les cicatrices. Non, j'ai fait une formation cancer du sein ou c'est plus intime et ça n'a pas été abordé non plus. J'ai aussi fait une formation de dermato ça n'a pas été abordé.

Partie 4 : Patient victime de violence - En pratique, au cabinet

**10. M : Avez-vous déjà été confronté à un/une patient.e victime de violence ?**

*Si oui comment l'avez-vous remarqué ?*

*Par l'observation de signes cliniques : dépression, trouble du sommeil, problèmes alimentaires, comportements addictifs...*

*Par l'observation de signes corporels : marques, postures...*

*En orientant la conversation ? En posant la question explicitement ? Dans quel contexte (massage, mobilisation..?)*

MK9 : Alors moi je pense que forcément oui mais ça ne m'a jamais été témoigné objectivement. Après évidemment que dans tous nos patients on voit des hématomes mais c'est très difficile de faire la part des choses. Même si on interroge les patients, moi j'ai jamais vu des hématomes suffisamment louche en tant que kiné pour me poser la question. Je fais souvent des remarques sur les hématomes que portent les gens en disant : "-tiens là vous avez un hématome, vous avez pas vu ?", "-non j'ai pas vu", "-vous avez fait ça comment?". Mais j'ai jamais eu d'arrière pensées de dire tu vas essayer de dépister les violences qui ont potentiellement été faites. J'ai pas vraiment de cas qui m'ont interpellé. J'ai jamais eu de drapeau qui m'ont inquiété. Mais j'ai sûrement été confronté à des patients victimes, en 30 ans de pratique. J'ai peut-être eu une patiente qui avait des hématomes au visage par exemple mais je ne m'en souviens pas. Je ne me souviens pas que ça aurait pu me paraître bizarre ou en tout cas l'explication m'a paru crédible

**11. M : Que pensez-vous de la question "Avez-vous été victime de violence" ?**

**Est-ce à poser systématiquement lors de la 1ère séance / bilan ?**

*Est-elle à poser systématiquement ? Pour quelle prise en charge ? A quel moment ?*

MK9 : Moi je pense que cette question n'est pas à poser systématiquement. Parce que systématiquement, pour moi, c'est vécu comme une intrusion. Une intrusion qui serait mal vécue par beaucoup de patients ou de patients. Parce que les patients ne viennent pas dans cet optique là, d'être dépisté là-dessus. Autant je fais systématiquement des questionnements sur des fuites urinaires par exemple chez des patientes qui viennent en post-partum. Même si je ne fais pas d'uro je me suis rendu compte qu'il y avait énormément de patientes qui passaient à travers des filtres et du coup les kinés permettait de poser la question. Mais pour les violences, au point pour les fuites urinaires ce n'est pas mal pris parce que ça reste dans le milieu médical autant pour les violences ça reste dans l'intime et que pour une première séance ça peut-être très mal vécu donc je pense que ce n'est pas une bonne idée. Après au cas par cas je pense que ça pourrait être intéressant dans le cas

de certaines pathologies. On pourrait imaginer, moi je le fais pas, sur des cervicalgies par exemple ou sur d'autres traumatismes dont la cause n'est pas forcément évidente ou bien expliciter. Mais on reste toujours face à la barrière de la confiance et ça ne peut pas se passer dès la première séance. Ça peut se faire au cours des séances mais pas sur la première.

**M : Comment poserez-vous la question ?**

MK 9 : Je n'utiliserai pas cette formulation car c'est violent. Moi il n'y a pas longtemps j'ai une confiance <perplexe> tiens je t'ai dit des bêtises tout à l'heure. J'ai eu un patient, tiens j'avais pas fait le rapprochement, la semaine dernière qui m'a dit au cours de la conversation qu'il avait été victime d'abus sexuel pendant son enfance. Le patient a aujourd'hui 63 ans et c'était au cours d'une conversation relativement anodine. J'ai des conversations peut-être pas si classiques que ça pour un cabinet de kiné avec des patients que je connais bien. On peut aborder des sujets géopolitiques, d'économie, de religion de façon assez poussée. Du coup de même discuter de l'actualité ça peut amener à ça.

C'est marrant je l'avais oublié c'est peut-être parce que je cherchais des victimes de sexe féminin. Tu es la seule vraie confiance que j'ai eu sur le sujet, ce n'était pas quelqu'un qui était en détresse. Les faits étaient très anciens. J'ai eu des confessions de patiente qui me disait que leur premier mari était violent mais ce n'est pas des choses fraîches. Et jamais des choses qui nécessitent une prise en charge <se reprend> Ça n'a jamais été des choses qui nécessitaient la mise en place d'une alerte, d'un réseau, d'un signalement.

**12. M : Comment avez-vous réagi ou comment pensez-vous que vous auriez réagi si une victime témoigne lors d'une séance de kinésithérapie ?**

*Comment accueillir le témoignage d'une victime ? Que dire à la victime ? Vers qui rediriger ?*

*Connaissez-vous les réactions physiologiques au VSS ?*

MK :

**13. M : Avez-vous la connaissance que les MK ont la compétence de rédiger un certificat médical ?**

MK 9 : J'ai reçu une information par mail je crois par le Conseil de l'Ordre, que j'ai lu, que j'ai pas retenu. Parce que quand on se sent pas au quotidien une nécessité de recevoir cette information là je l'ai reçue mais je l'ai pas conservée. J'ai eu l'info et après je me repose

aussi sur ma situation familiale point même si aujourd'hui je ne sais pas ce que je ferais, à qui s'adresser pour faire un signalement. Je sais que en quelques minutes je peux avoir l'info grâce à ma femme. Après il y a des médecins qui sont là aussi dans le cabinet médical ce qui peut aider. On reçoit beaucoup beaucoup d'infos donc c'est compliqué de tout retenir. On a tendance à s'intéresser aux informations qui nous concernent.

**14. M : Si vous avez la connaissance quand une de votre de vos patient est victime de violence cela a t'il une influence sur votre prise en charge ?**

**15. M : Pensez-vous que les kinésithérapeutes sont des professionnels médicaux adaptés pour identifier les personnes victimes de violences ?**

MK 9 : Moi je pense que oui. Je pense aussi que malgré tout on est dans une commune où la population est relativement instruite et malgré tout je pense que statistiquement il y a probablement un peu moins de violence ici qu'ailleurs. C'est peut-être pour ça aussi que je n'ai pas eu de témoignage. C'est comme pour le reste, le diagnostic des cancers de la peau : on est ceux qui voient le plus de mètres carrés de peau donc on est censé être pas trop mal là-dessus. Comme pour les fuites urinaires je ne pense pas que ce soit si fréquent que ça que les kinés fassent de la du dépistage en uro ou sur la peau. Je pense que le nombre de kiné ayant le souci des éventuelles victimes qu'on peut avoir dans les mains est pas grand mais on ne met pas en place de dépistage systématique. Je ne connais personne qui le fasse. Mais nous ne sommes probablement pas assez vigilant. Surtout quand on a pas eu de cas. C'est aussi notre exercice professionnel qui oriente notre pratique. En fonction des cas qu'on a connus, on va forcément orienter notre pratique de façon différente.

## Annexe XV : Retranscription, MK10

Bonjour,

Je suis Marine, actuellement en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Lyon. Tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté l'entretien et de participer à la réalisation de mon mémoire.

Cet entretien a été supervisé et validé par Mme LERCLERQ, ma directrice de mémoire.

Nous avons fait le choix de ne pas dévoiler le sujet avant afin de limiter les biais de sélection. Aujourd'hui, nous allons parler ensemble du rôle du kinésithérapeute dans l'identification des patients victimes de violences sexistes et sexuelles.

L'enregistrement audio sera retranscrit et totalement anonymisé.

L'objectif est que nous discutons librement, sans jugement. Je veux juste comprendre votre point de vue et votre réalité au quotidien.

Nous allons commencer

Êtes-vous d'accord avec ça ? Avez-vous des questions ?

### Partie 1 : Présentation

#### **1. M : Pouvez-vous vous présenter ?**

*Genre, IFMK ou école de formation, année du diplôme, formation complémentaires, spécificités exercées, préférence dans la pratique de la kinésithérapie.*

MK10 : Je m'appelle XXX, j'ai été formée à l'IFMK de Saint Etienne et j'ai été diplômée en 2015. Je me suis formée en thérapie manuelle, sur plusieurs formations du sportif donc l'épaule, les croisés etc et la depuis quelque temps je me forme en cancer du sein. Je travaille en libéral à Caluire dans un cabinet de ville donc on a de la pathologie de ville avec pas mal de rhumato de trumato ect. On a quelques sportifs car on a un grand gymnase au cabinet. On a la balnéo. On est 9 kinés et chacun est spécialisé dans un truc. Il y en a qui font vraiment de la kiné générale et puis d'autres qui font un peu plus les sportifs. On a une kiné qui fait un peu plus de périnée. Plus un exercice à l'ADAPEI. Je travaille 3 jours au cabinet et je fais 2 demi-journée dans un ADAPEI et pas mal de domicile aussi.

#### **2. M : Parlons à présent de l'organisation de votre cabinet ?**

*Nombre de praticiens, nombre de patients dans le cabinet en même temps, présence de box individuel, proportion de PEC dans les espaces commun/individuel.*

*Combien de patient par séances, quelle est la durée des séances,*

MK10 : Il y a 6 ou 7 box individuels, une balnéo, une salle pour faire du pilate car on a des profs de sports aussi qui interviennent. On a une maître nageur qui fait des cours d'aquagym et une prof qui fait yoga et pilate.

### **3. M : Pouvez-vous me parler de vos patients ?**

MK10 : On a pas mal de rhumato parceque du coup on a la balnéo donc il y a beaucoup de médecins qui prescrivent des séances rhumato. Il y a de tous, des gens qui ont mal au dos, des gens qui ont mal à l'épaule : des tendinopathies etc. On a un peu de neuro, quelques uns : sclérose en plaque, parkinson etc. Moi du coup je développe les femmes avec le cancer du sein et on a pas mal de sportif (croisés, post-trauma).

### **M : Quelle est la catégorie d'âge ?**

MK10 : jeune

Partie 2 : La relation masseur-kinésithérapeute/patient

### **4. M : Comment s'organise votre prise en charge ?**

*Faites-vous systématiquement un bilan lors de la première séance ? Quels bilans, centrés sur la pathologie ou plus global ? Quel est le déroulé de la 1ère séance (temps, début de traitement) ?*

MK10 : Nous au cabinet, la première séance du coup on prévoit, ce qu'on appelle, un double créneau c'est-à-dire un temps pour faire un bilan d'une vingtaine de minute avec le patient et ensuite pour faire une séance derrière. On a des bilans type que l'on utilise tous.

### **M : Vous utilisez la même trame à chaque fois ?**

MK10 : À peu près ouais. Après en fonction des pathos, on en a un spécifique pour l'épaule, moi j'en ai un spécifique du cancer du sein et globalement pour une pathologie classique on utilise la même trame oui.

### **5. M : Comment jugez-vous vos relations avec les patients ?**

*Selon une graduation de 1 à 5 avec 1 pas du tout proche et 5 très proche*

MK10 : <Hésitation> Proche c'est-à-dire ?

**M : Comme vous l'interpréter**

MK10 : Je pense que j'ai pas mal de relationnel avec mes patients, je dirai 4. Les gens se confient facilement à moi. J'arrive à avoir une relation proche avec mes patients même parfois un peu trop.

**6. M : Comment établissez-vous une relation de confiance avec vos patients ?**

*Comment le dialogue est-il établi ? Comment évaluez-vous votre relation ? Laissez-vous le temps au patient de se livrer ?*

MK10 : <rire> En l'écoutant beaucoup je pense. Surtout l'écoute après on est pas beaucoup formé en psychologie alors qu'on a quand même un grand rôle sur ça malheureusement ou heureusement mais on ne sait pas toujours très bien gérer.

Partie 3 : Les violences sexistes et sexuelles – Sensibilisation

**7. M : Avez-vous déjà entendu parler de VSS ? Si oui dans quel contexte ?**

MK10 : Oui oui j'en ai déjà entendu parler. Des cas au cabinet où parfois les patients hommes se permettent des remarques envers les filles, envers les patientes ou même les kinés femmes, des trucs comme ça.

**8. M : Avez-vous au sein de votre IFMK/école reçu une formation/cours sur le sujet des violences (sexuelles, conjugales, infantiles..) ?**

MK10 : Rien qui m'est marqué, non je ne pense pas.

**9. M : Avez-vous reçu une formation sur le sujet des violences faites aux femmes en dehors de votre IFMK ?**

MK10 : Non, pas dans celle que j'ai faite en tous cas.

Partie 4 : Patient victime de violence - En pratique, au cabinet

**10. M : Avez-vous déjà été confronté à un/une patient.e victime de violence ?**

MK10 : Non, j'ai jamais été confronté à ça, jamais. J'ai déjà eu des amis qui ont été confrontés à des situations comme ça donc ça m'a fait réfléchir mais ça ne me dit rien.

**11. M : Que pensez-vous de la question "Avez-vous été victime de violence" ?  
Est-ce à poser systématiquement lors de la 1ère séance / bilan ?**

MK10 : Lors du bilan, je ne pense pas. C'est un peu violent. Une fois la relation établie ou peut-être je pense que se serait judicieux. Après je pense qu'il faut quand même bien cerner le caractère du patient parce que je pense qu'il y en a qui pourraient se braquer très vite. Déjà quand tu commences à parler de trucs un peu perso, sans parler de violence, il y en a qui se braque un peu, qui ne veulent pas trop parler d'eux et à l'inverse d'autres qui en parleraient des rivières et des rivières et du coup je sais pas. Je pense que chaque cas est un peu particulier et je sais pas si il y a un truc magique pour savoir si oui ou non (les patients sont des victimes).

**12. M : Comment avez-vous réagi ou comment pensez-vous que vous auriez réagi si une victime témoigne lors d'une séance de kinésithérapie ?**

MK10 : Baah <hésitation> je l'écouterai. Après comment réagir.. en fait je ne m'y connais pas grand chose la dedans, donc je ne serai pas vers qui le diriger. Je pense que j'en parlerai à mes collègues. Et on cherchera ensemble une solution. C'est un peu comme ça qu'on fonctionne, on est plutôt dans l'entraide quand on est en situation de difficulté donc ouais je pense que j'en parlerai avec eux car je ne sais vraiment pas. Je conseillerai peut-être d'aller porter plainte ou un truc comme ça. Je ne sais pas trop comment je gèrerais le truc.

**13. M : Avez-vous la connaissance que les MK ont la compétence de rédiger un certificat médical ?**

MK10 : Alors non je ne savais pas.

**14. M : Si vous avez connaissance du statut de victime de violence de votre patient, cela aura-t-il une influence / un changement sur votre prise en charge ?**

MK10 : Je pense. En tous cas ma relation avec lui. Je le prendrai peut-être pas en gymnase mais plutôt en box pour qu'il puisse parler, pour qu'il ne soit pas exposé. Pour qu'il soit plus libre de se sentir bien dans sa rééducation. Et moi d'être plus à l'écoute, plus empathique.

**15. M : Pensez-vous que les kinésithérapeutes sont des professionnels médicaux adaptés pour identifier les personnes victimes de violences ?**

MK 10 : Bah oui je pense. On touche les patients, on les voit un peu dénudé donc on est quand même à même de déjà voir les traces sur le corps et puis du fait du relationnel. C'est des gens que l'on voit plusieurs fois dans la semaine, sur un temps plus long donc on a plus ce rôle de confident qu'un médecin qui le voit une fois par mois.

## Annexe XVI : Retranscription, MK11

Bonjour,

Je suis Marine, actuellement en dernière année de masso-kinésithérapie à l'IFMK de Lyon.

Tout d'abord je souhaite vous remercier d'avoir accepté l'entretien et de participer à la réalisation de mon mémoire.

Cet entretien a été supervisé et validé par Mme LERCLERQ, ma directrice de mémoire.

Nous avons fait le choix de ne pas dévoiler le sujet avant afin de limiter les biais de sélection.

Aujourd'hui, nous allons parler ensemble du rôle du kinésithérapeute dans l'identification des patients victimes de violences sexistes et sexuelles.

L'enregistrement audio sera retranscrit et totalement anonymisé.

L'objectif est que nous discutons librement, sans jugement. Je veux juste comprendre votre point de vue et votre réalité au quotidien.

Nous allons commencer

Êtes-vous d'accord avec ça ? Avez-vous des questions ?

### Partie 1 : Présentation

#### **1. M : Pouvez-vous vous présenter ?**

*Genre, IFMK ou école de formation, année du diplôme, formation complémentaires, spécificités exercées, préférence dans la pratique de la kinésithérapie.*

MK11 : Je suis diplômée depuis 1993, de l'école de Lyon. J'ai travaillé pendant plus de cinq ans au CHU de Montpellier dans les services de pédiatrie et je me suis installée après en libéral. J'ai une activité qui était essentiellement tournée vers la pédiatrie. Mes patients sont souvent petits mais depuis une dizaine d'années j'ai fait le choix d'orienter ma pratique aussi sur la rééducation pelvipérinéale. Les formations que j'ai pu faire restent dans le domaine de la pratique kiné. Ce sont des formations autour de la pédiatrie. Dans le domaine de la pédiatrie et essentiellement de la pratique mais c'était aussi des formations justement sur comment déceler des bébés en détresse quand il n'y a pas la parole. Ensuite pour la rééducation périnéale j'ai fait mille et une formations qui m'ont permis d'avoir une technique un peu plus meilleure à chaque fois. Et justement il se trouve que j'ai prévu de faire mi-décembre une formation sur les violences faites aux femmes et aux enfants et derrière une autre formation dans la foulée sur la prise en charge des conséquences sur la sphère pelvi périnéale des violences faites aux femmes.

## **M : Qu'est-ce qui vous a amené à faire ces formations ?**

MK11 : À la base c'est parce que je cherchais des formations pour utiliser cette année. J'ai fait une formation avec le DPC sur caisson abdominal, sur les pratiques hypopressives et puis je me suis dit c'est dommage j'ai pas utilisé mon fond de FIF PL, donc je trouvais ça bête. Je me suis dit que je n'avais pas envie de partir à l'autre bout de la France encore et j'ai regardé quelles étaient les formations qui étaient proposées par l'IPP l'institut parisien de formation sur la pelvipérinéologie. Et en fait j'étais vachement attiré par tout ce qui était formation dites annexe, plutôt sociologique. Et du coup je me suis dit que ça pouvait être super intéressant parce que j'ai eu moi dans mon activité professionnelle des fois des histoires de femmes qui me sont confiées au détour d'un interrogatoire en fait ou si je n'ai pas posé la question elles vont me parler de leur vécu. Et je peux avoir des choses qui vont m'être livré et qui sont compliqué pour moi à gérer et/ou parfois j'ai l'impression de ne pas avoir les outils. C'est pas pour me substituer à quelqu'un d'autre de professionnels mais c'est juste de pouvoir avoir les outils pour avoir une écoute, être ma place, être juste, pouvoir rebondir, tendre une main, réorienter si besoin est adapté mes gestes, mes mots, mon attitude par rapport au vécu de ces femmes là.

### **2. M : Parlons à présent de l'organisation de votre cabinet ?**

*Nombre de praticiens, nombre de patients dans le cabinet en même temps, présence de box individuel, proportion de PEC dans les espaces commun/individuel.*

*Combien de patient par séances, quelle est la durée des séances,*

MK : Je travaille dans un cabinet où je travaille seule. J'ai une pièce qui est grande comme une chambre, on va dire qu'elle fait un peu près entre 15 et 20 m<sup>2</sup>. Elle n'est pas scindée en boxe donc les patients sont avec moi pendant des rendez-vous qui durent sur des créneaux de 30 minutes. Et le premier rendez-vous je les garde une heure pour avoir le temps justement qu'elle se sente bien, qu'elle s'installe, qu'elle se pose. Ça favorise en fait des échanges. Je ne vais pas les toucher, surtout pas. Jamais au premier rendez-vous surtout en rééducation périnéale. C'est l'occasion pour moi de leur expliquer que j'ai besoin d'avoir leur consentement. Donc je leur explique que le consentement ce n'est pas un blanc sain pour faire n'importe quoi. C'est que c'est comme ça, c'est aussi pour me protéger légalement. Je m'en sers beaucoup comme levier aussi car ça peut interroger, ça peut amener des questionnements par rapport à ça.

Alors quoi te dire d'autre, elles sont seules dans cette pièce. Il y a de la lumière du jour, ce n'est pas un petit box complètement fermé. J'ai travaillé, comme je t'ai dit je travaille depuis 1993, j'ai usée de plein de trucs et du cabinet. Et je trouve que c'est important aussi la

qualité du lieu, de l'accueil. Pour moi c'est important que se soit pas blanc, aseptisé, médicalisé mais c'est pas non plus whouhou les petits oiseaux. Donc si il y a de la lumière du jour mais il y a des choses qui obstrue pour respecter la pudeur. Pour que les patientes se sentent dans un cocon.

Et comment se passent les séances en rééducation pelviperineale. Alors ça aussi c'est bien, ce sont des formations qui permettent de remettre bien ça à jour. Parce que nous des fois on est un peu, surtout quand on passe par le milieu hospitalier, c'est compliqué le rapport au corps. Donc je dois toujours faire super gaffe de bien bien bien proposer à mes patients de prendre un paréo, ou quelque chose qu'elles puissent mettre sur elles pour le premier rendez-vous et respecter la pudeur. C'est vrai que nous dans notre profession, on a rapport au corps qui est différent et qui peut fausser certaines choses et on peut heurter les gens. Ils peuvent se sentir mal à l'aise par rapport à ça, c'est mon point de vue.

### **3. M : Pouvez-vous me parler de vos patients ?**

MK : J'ai soit des femmes soit des enfants. Car j'ai ces deux formations en pelvipérinéologie pour les femmes, pour les hommes et pour les enfants. J'ai eu une pratique pendant 11 mois dans un cabinet qui faisait beaucoup les hommes. Et j'ai arrêté moi maintenant depuis que je travaille toute seule chez moi depuis 2019 juste. Mais avant j'étais dans un cabinet, c'est pour ça que je disais que j'ai vu pas mal de trucs, je me suis retrouvées des fois dans un tout des touts petits box, sans lumière, sans ventilation. J'ai trouvé ça horrible, enfermement. Et puis là, à leur d'aujourd'hui, je ne travaille qu'avec des patientes femmes et après je ne travaille que avec des bébés mais je vois les parents. Du coup en pédiatrie on prend en charge aussi la famille. Il y a quand même une prévalence de que maman. C'est rare que je n'ai à faire qu'au père. Quand même chez les jeunes couples j'ai de plus en plus souvent, au début, à la première consultation, des parents qui viennent en couple.

Partie 2 : La relation masseur-kinésithérapeute/patient

### **4. M : Comment s'organise votre prise en charge ?**

*Faites-vous systématiquement un bilan lors de la première séance ? Quels bilans, centrés sur la pathologie ou plus global ? Quel est le déroulé de la 1ère séance (temps, début de traitement) ?*

MK11 : Alors pour l'uro-gynécologie c'est une heure, la pédiatrie c'est une heure pour le bilan. Il y a toujours un moment d'information qui est important, où j'explique comment je

travaille. Ensuite je vais expliquer, je vais donner les informations, ce que j'appelle moi **l'éducation thérapeutique**. Sur ce qui va être fait, pourquoi, parce que je pense que c'est important de responsabiliser les gens par rapport à leur santé. Et de ne pas les prendre pour des couillons. Et du coup dans ma rééducation que ce soit en pédiatrie ou rééducation pelvi-périnéale, si je n'ai pas l'adhésion des gens, et qu'il n'y a pas leur participation active et qu'ils comprennent que c'est eux qui doivent aussi adapter des choses dans leur façon d'être. S' ils ne le font pas eux, Si dès le départ ils ne comprennent pas qu' il y a des choses qu'ils vont devoir faire et qui ne sont pas uniquement passif, ça peut mettre en échec mon traitement. Je leur explique aussi qu'il n'y a pas de notion de verticalité. Que ce n'est pas parce que j'ai une blouse blanche, que j'ai le droit par rapport à la douleur, j'explique que ça doit être infra douloureux. Ah oui c'est important, j'explique aussi, en fonction de la pathologie c'est-à-dire surtout en périnée, je vais leur expliquer que l'on va travailler sur une sphère qui est intime, qui peut être chargée émotionnellement et que ça peut arriver qu'il y a des moments où un exercice puisse déclencher une émotion et qu'il n'y a pas de jugement, elle vient elle vient et on l'accueille.

#### **5. M : Comment jugez-vous vos relations avec les patients ?**

MK11 : Bah je pense que je vais me mettre à quatre. Moi j'ai besoin d'avoir leur confiance, je ne suis pas là pour copiner avec eux d'accord, c'est pas mon rôle. Donc je vais toujours être très distante, notamment dans le vocabulaire que je vais utiliser. Déjà je vais demander l'autorisation aux patientes de les appeler par leur prénom et je vais leur demander moi de m'appeler par mon prénom. Par contre je tiens souvent au vouvoiement pour permettre de laisser une distance de sécurité, je dirais, autant pour eux que pour moi. Mais je me sens proche d'eux et en fait, par rapport au périnée, alors en fonction de la problématique pour laquelle ils vont venir me voir. Tu le sais qu'une des fonctions du périnée c'est la fonction dans la sexualité. Si ce n'est pas la problématique première, je vais rarement l'aborder frontalement à la première séance. Souvent ce sont des sujets, si ça pose problème, si ce sont des choses qui doivent être dites, qui vont être verbalisés dans les séances suivantes, une fois que la patiente sera en sécurité.

#### **6. M : Comment établissez-vous une relation de confiance avec vos patients ?**

*Comment le dialogue est-il établi ? Comment évaluez-vous votre relation ? Laissez-vous le temps au patient de se livrer ?*

MK11 : Je vais te dire un truc qui est super important, je ne vais pas les toucher tout de suite.... parce que je trouve que c'est agressif. Et tu vois par exemple pour les bébés, je fais exprès de laisser les bébés dans les bras des parents. Je vais établir un contact visuel avec eux, je vais les regarder. Et quand je vais leur demander bah déjà je vais demander l'autorisation aux parents à la première séance en disant « Est-ce que vous acceptez que je l'examine » « est-ce que vous pouvez soit le poser sur la table soit me le donner dans les bras ». Parce que je veux que l'enfant sente que le parent soit confiance et qui n'est pas un geste de protection. Et quand c'est comme ça je vais me mettre à la hauteur de l'enfant et même je vais attendre qu'il y ait un signe sur son visage : un petit sourire, un petit quelque chose, une main en fonction de l'âge, parce qu'ils sont tous petits les miens. Je vais attendre qu'il y ait un signal donné pour pouvoir rentrer en contact avec lui. Pour la mise en confiance d'un enfant c'est très important, ça va te servir par rapport aux violences sexuelles et sexiste parce que chez un petit peu. Pour le coup la relation de confiance va s'établir sur plusieurs séances certes mais la première est capitale. C'est-à-dire qu'avec un bébé tu ne peux pas mentir, tu ne peux pas faire semblant, tu dois être à ta juste place et tu dois être vrai. Tu dois être vrai dans ta façon de parler, dans le ton que tu vas employer, être nature et l'enfant doit se sentir en sécurité. C'est hyper important de créer un espace quand on dit « Sécur » où la personne se sent en sécurité avec toi. Il n'est pas forcément dit une personne ressource mais elle sent qu'elle doit être dans un lieu où elle est en confiance. Pour les petits, de toute façon tu ne peux pas faire autrement parce que sinon c'est nul, tu n'as pas de contacts et tu n'y arrivera pas, tu ne pourras pas faire une stimulation correcte si l'enfant n'a pas confiance en toi. Et en fait je me rends compte, par perméabilité, que c'est vrai aussi avec les patients adultes. Elles doivent pouvoir se sentir en confiance, et ça ça se construit. Alors des fois avec certaines patientes, ça va être d'emblée dès la deuxième ou troisième séance mais avec d'autres tu sens que.. de plus en plus je me rends compte que si je vois une patiente dans sa posture, dans son regard, dans sa posture physique, ne se sent pas prête pour avoir par exemple, la première évaluation par toucher vaginal et ben je vais travailler autrement. « Vous allez rester assise, tailleur, on va parler des muscles un par un. On va essayer de voir si vous arrivez-vous à ressentir la contraction et on va échanger là-dessus. » Mais j'attends que pareil elle soit prête. Des fois j'arrive maintenant à sentir quand quelqu'un n'est absolument pas prêt. Du coup je vais lui laisser 3/4 séances. Je ne vais pas me jeter dessus avec un toucher vaginal.

**M : Quels sont ces signes ?**

MK11 : Ça va être la façon de rentrer dans la salle de soins, la façon dont il va y avoir un sourire, même si il y a des masques <période Covid>, la façon dont elles vont laisser une

proximité quand je vais dire à « bah comment ça va » par exemple en post-partum, « est-ce que ça va mieux », « Est-ce qu'il dort le bébé » des trucs comme ça et où je vais voir où il y a un contact qui va être plus naturel et où je vais demander à la patiente en début de séance : « On a pas fait le bilan encore, est-ce qu'aujourd'hui vous le sentez ? On le fait à votre rythme, c'est vous qui décidez. Quand je sens qu'il y a une réticence, voilà. La plupart du temps quand les patientes viennent elle veut avoir un bilan, elles veulent savoir ou elles en sont, elles ont envie de savoir vite mais tu sens, c'est des choses qui se sentent, quand une femme elle n'est pas à l'aise avec son corps et ben qu'il faut que tu laisse du temps pour qu'elle accepte que un intrus, puisse accéder à son corps comme ça.

Partie 3 : Les violences sexistes et sexuelles – Sensibilisation

### **7. M : Avez-vous déjà entendu parler de VSS ? Si oui dans quel contexte ?**

MK11 : Tu me demandes une introspection de malade. <Hésitation>. On a tous suivi le #Metoo et tout ça. On en a entendu parler. J'ai des amis à moi, que je vois quand même régulièrement et donc Madame P quand je l'ai rencontré faisait une formation, un diplôme universitaire en sexologie et contenu de mon activité professionnelle on a souvent discuté ensemble. C'est une femme qui est hyper investi par rapport au féminisme. Elle est assez militante. Et moi elle m'a vraiment ouvert les yeux sur des violences sexistes qui pour moi je me suis rendu compte que c'était des choses que j'avais un petit peu banalisées. Que je ne considérais pas comme violence, mais quand elle me les explique je me disais : "ah ouais quoi".

Après c'est difficile aussi de trouver le juste milieu car parfois elle peut trouver le mal un peu partout et quand quelqu'un fait quelque chose de naturel, elle va pas réussir à faire la part des choses. Tu sais c'est compliqué, moi je suis maman de trois garçons et cette expérience pour moi a été compliqué parce que je me suis retrouvée avec des garçons, notamment plus jeune qui me disait : « moi j'ai un réel problème de positionnement vis-à-vis des filles ». Je te donne un exemple, lui ça lui paraissait normal de tenir la porte à une de ses camarades de classe ou pas de proposer de dormir par terre quand ils font des soirées et de laisser le lit par exemple aux filles. Et c'est vrai quand on discute de ça avec P, Pour elle c'est hyper violent. Elle se dit : « mais pourquoi la fille elle est pas plus fragile que le garçon et donc du coup je lui renvoie une image que elle c'est une mauviette » je caricature. Et donc du coup moi j'étais un petit peu perdu, je me disais moi ses codes là je les ai transmis à mon fils. Et finalement est-ce que je vais pas donner des trucs sexistes.

Tout ça c'est compliqué, des fois je rigole avec des patients justement quand j'ai des papas qui viennent, on va rigoler de faire exprès de faire des blagues... Pas graveleuses mais par exemple : « oh c'est mignon comme il habillé aujourd'hui le bébé » souvent la maman va dire : « c'est le papa qui l'a habillé » et on va rigoler comme des grosses courges comme si ce n'était pas la norme. C'est souvent ce sont des papas intelligents qui rigole, mais qui vont me dire au bout d'un moment : « waouh faut se calmer les filles parce que ça vous dessert de faire ce genre de blague » tu vois c'est intéressant.

**8. M : Avez-vous au sein de votre IFMK/école reçu une formation/cours sur le sujet des violences (sexuelles, conjugales, infantiles..) ?**

MK : pas du tout ! <Rire>

**9. M : Avez-vous reçu une formation sur le sujet des violences faites aux femmes en dehors de votre IFMK?**

MK : oui bien sûr. Alors par exemple chez les enfants c'est un des premiers trucs qu'on va nous parler. Par exemple pour un enfant qui vient aux consultations pour une symétrie motrice qu'on appelle plus communément torticolis. Si jamais c'est un enfant où le torticolis survient un petit peu tardivement, pas dans les premières semaines de vie. Tu dois toujours avoir l'esprit au bilan de ôter les habits et le bébé était censé enlever le body parce que tu veux être à la recherche d'ecchymose de coup car tu peux suspecter une maltraitance. Dans la formation que j'ai faite en uro-pédiatrique, qui était très intéressante, en effet il y a tout un discours à avoir avant de travailler pour un problème d'énurésie chez un enfant. Sur le respect du corps, sur le fait que personne n'est censé toucher ton corps si tu n'es pas d'accord, que y a des parties qui sont lavées par papa et maman mais en même temps... on est sensibiliser au recueil des informations, ce qui est ton patient quand on travaille en pédiatrie ton nouveau logis, tu as l'obligation légale d'avoir la présence de la maman. Du coup l'enfant ne veut pas forcément dire. Souvent dans cette situation là l'enfant protège ses parents.

Sur les formations au périnée, on va nous en parler beaucoup. Par exemple dans toutes les formations autour des troubles sexuels féminins et des périnée douloureux ou il va y avoir des problèmes de vaginisme secondaire.

Partie 4 : Patient victime de violence - En pratique, au cabinet

## **10. M : Avez-vous déjà été confronté à un/une patient.e victime de violence ?**

MK : Il y a vraiment plusieurs trucs.. Ça m'est arrivé au tout début de mon activité professionnelle quand je travaillais au CHU quand on s'est rendu compte avec l'équipe chez un petit enfant, pour un problème de bronchiolite, qui avait en fait des brûlures au niveau du cuir chevelu. C'est vrai on était pas des brûlures de cigarettes mais on s'est rendu compte que c'était le diamètre d'un sèche-cheveux. Donc dans ce cas là il y a une prise en charge pluridisciplinaire, une petite enquête quand même et faites rapidement. oui les gens vont vraiment donner la nature de la blessure qui vont dire : « oui c'est une de temps de degrés ». On vérifie que l'enfant n'est pas d'autres marques pour le coup il y avait aussi des ecchymoses. Hélas c'est un signalement immédiat, t'es au CHU donc il y a un signalement immédiat. Il y a des difficultés parce que les quelques heures ou quelques jours qui peut se passer, ou la maman va rendre visite au bébé dans le service. Et tu ne dois pas laisser paraître qu'il a suspicion de quelque chose parce qu'il ne faut pas qu'elle reparte avec son bébé. Le signalement fait que généralement dans ce cas là, je m'en souviens, bah l'enfant avait été récupéré par les services sociaux.

### **M : Qui a fait le signalement ?**

MK11 : c'est le chef de service qui avait activé le truc.

MK11 : Alors moi récemment, par rapport à la pédiatrie aussi, j'ai eu une maman qui sentait très très fort le cannabis et la cigarette. Ce n'est pas de la maltraitance avérée, attention, donc du coup je me rendais compte qu'il y avait aussi un manque d'hygiène, avéré chez cette petite fille de huit mois. Et je me suis rendu compte qu'à un moment donné, quand je l'ai mobilisé, il y avait des odeurs d'urine très très très importantes. Je me suis rendu compte que la couche n'avait pas changé, donc du coup j'ai dit à la maman : « la couche est pleine à chaque fois qu'on fait des retournement, elle se décroche donc je lui ai dit on va changer la couche. » Ça m'a permis d'ouvrir les couches, de vérifier et pour le coup il y avait une mycose. Et j'ai juste dit à la maman : « rougeurs, il faudrait peut-être faire attention, aller voir le médecin qui vous donne les produits qu'il faut » et je me suis rapproché du médecin généraliste en lui demandant qui de lui ou moi appelle la PMI (protection maternelle et infantile).

Et chez les adultes, moi je n'ai jamais découvert. Mais tu vois par exemple, c'était avec toi la jeune fille. Tu sais qu'après je ne l'ai pas revue elle, je pense qu'il avait beaucoup à faire avec le psychiatre qui la suivait. En fait moi ça m'avait quand même vachement heurté, en plus

t'étais là, tu étais à côté de moi. Et tu vois le fait que tu sois là, j'étais pas non plus hyper à l'aise et en fait j'avais raconté ça à P car c'est difficile de faire plus hard de ça.

Après j'ai des patientes qui viennent pour vaginisme. J'ai une patiente qui vient, non pas pour vaginisme, pour un début de descente d'organes, un truc un peu grave quand même. C'est une patiente de origine turque, donc en pleine rupture avec sa culture parce que elle a été déracinée, elle a une fille qui a une dizaine d'années et en fait ça faisait à peu près neuf ans qu'elle faisait chambre à part, elle ne voulait pas dormir avec son mari, parce que elle m'a expliqué qu'avec son mari elle avait des rapports non consenti. Qu'il continue à le faire, encore maintenant, et que c'était systématiquement dans la violence. Mais du coup c'est un cercle vicieux, donc la pareil, je lui explique qu'on ne pouvait pas faire la rééducation dans ces circonstances. Fin qu'il y avait plus urgent à régler. Elle avait très très peur, elle ne voulait pas que je mette les doigts, elle ne voulait pas de toucher vaginal, elle annuler les rendez-vous, elle me l'a pas dit dès le premier coup, elle me disait qu'elle était très pudique. Mais en même temps c'est une femme qui voulait retrouver du travail, mais elle ne pouvait pas retrouver du travail à cause de son prolapsus elle était toujours en train de faire pipi. Donc tu sens qu'elle est complètement détruite et du coup je lui ai dit : « je vais rappeler le médecin généraliste qui a fait la prescription pour ce problème là, je lui expliquer on a pris un rendez-vous que ce qu'elle m'avait dit, je l'ai remercié de lui de m'avoir fait confiance et de me l'avoir dit. Et que moi ça faisait partie de mon métier aussi de ne pas la laisser toute seule et que pour activer le bon circuit, la bonne aide, la meilleure personne placé c'était le médecin. Et donc du coup il fallait que ce qu'elle me dise il fallait que je lui dise médecin. Et moi pour moi c'était hyper important qu'elle me donne son feu vert. En disant : « je ne veux pas vous vous obliger à répéter ce que vous m'avez dit au médecin, ça serait mieux. Mais si pour vous c'est compliqué de me dire est-ce que vous acceptiez que je le dise au médecin. Et elle a dit OK. Et c'est ce que j'ai fait.

**M : Dans cet exemple, la patiente s'est sentie plus à l'aise de se confier au Kiné que au médecin ?**

MK11 : Exactement, car moi je travaille sur la sphère, on n'en a parlé. J'ai passé déjà des étapes de pudeur ou on a parlé du périnée, où il était, à quoi ça servait. On a parlé du corps, de l'image du corps. Quand je lui disais : « Vous ne pouvait pas rester comme ça il faut vous rééduquer car vous pouvez pas vous faire pipi dessus tout le temps » « il faut que vous trouviez un travail, que vous vous sentiez en sécurité <Par rapport à son problème urinaire>.» et ce n'est que après qu'elle m'a dit qu'elle avait du mal, qu'elle avait honte, qu'elle se sentait sale, qu'elle ne voulait pas se déshabiller devant moi parce que en fait elle était sali. Et moi j'ai essayé de la mettre en confiance en lui disant : « on est entre femmes,

c'est pas ça, mais je comprends que vous soyez pudique et que vous ne vouliez pas vous déshabiller devant moi, ce qu'on va faire c'est qu'on va mettre un drap, de toute façon je ne ferai pas de toucher vaginal si vous ne voulez pas. Mais je suis là aussi pour que vous vous alliez mieux. ». Et au bout d'un moment, elle a fini par dire qu'elle était sale à cause de son mari, et qu'elle m'a raconté du coup tout ça d'un coup. Parce que généralement quand les vanes s'ouvrent, ça s'ouvre. Et c'est là que c'est compliqué pour nous de gérer...

**11. M : Que pensez-vous de la question "Avez-vous été victime de violence ?  
Est-ce à poser systématiquement lors de la 1ère séance / bilan ?**

MK11 : J'aurais tendance à te dire que je ne suis pas certain qu'il faille la poser dans ces termes-là. Je pense qu'il y a des façons plus subtiles, un peu plus détournées. Parce que c'est frontal, et pour moi par rapport à ma sensibilité de femme, pas forcément de thérapeute, oui en effet tu dois tendre une main, parce que la personne elle peut être enfermée à ne pas savoir comment dire et pas savoir à qui dire. Donc je pense que c'est important que tu puisses avoir une façon de lui faire entendre que si il y a un souci de cet ordre là elle peut te faire confiance et elle peut te dire les choses. Que ça fait partie de l'écoute et que ça peut avoir une incidence sur la problématique pour laquelle elle vient te voir. Nous, en travaillant périnéologie, la facilité qu'on a c'est que le périnée a une fonction dans la sexualité donc on aborde la sexualité, on va l'aborder dans un premier temps comme si tout allait bien. On part du principe qu'il n'y a pas réellement de problématique sauf évidemment si la personne vient te consulter pour un vaginisme primaire ou secondaire. Là en même temps c'est ce que j'ai dû te dire quand tu étais venu en formation, ah non je crois pas. Je l'avais vu quand j'étais allé faire au mois de mai à Paris faire un congrès sur le périnée douloureux. Et on parlait des vulvodynies. En fait on dit que tu n'as pas forcément une violence avec par exemple violence et pénétration. Tu peux avoir un vaginisme parce que il y a eu une éducation très sévère, on va te demander tout le temps d'être dans tes performances scolaires physique. Une rigidité qui est mise en place par le système éducatif parental ou le système éducatif autour. Il y a une rigidité qui va faire qu'une jeune fille peut se construire musculairement avec une espèce de retenue, et petit à petit les années passant, ça peut faire le nid d'hypertonie périnéale. Donc du coup elle est où la violence ? Parce que du coup la violence, elle n'est pas forcément avec une pénétration des attouchements. Ça peut être aussi des violences par exemple une jeune fille qui aura vu son père se brosser les dents nu. Donc la petite fille elle était à la hauteur du sexe de son papa et elle se brossait les dents systématiquement devant le sexe, évidemment pas en erection, mais c'était quand même quelques chose de hyper traumatisant. Tu vois les origines où ça peut aller se mettre.

Donc : « avez-vous été victime de violences ? » Des fois il y a des patients qui pour elles Ce n'est pas une violence. Je rebondi encore sur une autre de mes patientes qui est venue pour vaginisme secondaire. Elle, elle est à fond dans la sexualité patriarcale. C'est-à-dire que c'est le plaisir de l'homme en priorité, je le séduit et je garde un partenaire avec moi parce que je lui fais ce qu'il aime. Donc du coup je me fais violence mais c'est normal c'est pour ça que ça fonctionne. Et ma sexualité non, je n'est pas d'orgasme et je simule pour lui faire plaisir. Elle est là pour moi c'est de la violence, de l'irrespect. Et du coup tu amènes la femme comme elle travaille sur son corps, et lui dire que peut-être que si il n'y a plus de pénétration possible, c'est peut être parce que ça fait mal. Et donc peut être éviter pendant un certain temps d'avoir une sexualité pénétrante. J'ai proposé à cette femme de venir avec son compagnon, pour expliquer. Pourquoi il n'y allait plus avoir de sexualité pénétrante.

Pour revenir sur la question : « êtes-vous victimes de violences ? » Je n'ai jamais posé cette question en tant que tel. La femme veut me parler, et ça m'arrive assez souvent de me rendre compte que pour les gens ce n'est pas une violence. Tu vois par exemple cette jeune, comme elle nous la dit tu vois elle disait que c'est bien conscience que c'est ça qui me pose une problématique pour avoir une sexualité normale maintenant, donc je vais corriger ça. Mais en même temps elle dit bien que jusqu'à 16 ans elle ça ne l'avait pas perturbé. Donc tu sais que c'est une violence mais poser le mot tout de suite, tu ouvres une boîte de pandore.

**12. M : Comment avez-vous réagi ou comment pensez-vous que vous auriez réagi si une victime témoigne lors d'une séance de kinésithérapie ?**

*Comment accueillir le témoignage d'une victime ? Que dire à la victime ? Vers qui rediriger ? Connaissez-vous les réactions physiologiques au VSS ?*

MK11 : T'es obligé de rediriger. Car c'est une prise en charge qui est hyper complexe, on peut essayer de travailler sur le corps. Par exemple dans le cas d'un vaginisme, chez une jeune fille qui était victime de violences sexuelles qui veut aller mieux. Tu vas travailler en parallèle, avec une prise en charge psy. Cette prise en charge peut-être soit psychiatre soit psychologue en fonction de ce qu'elle va choisir. Toute la difficulté, moi je suis très très embêtée par rapport à ça, parce que en travaillant sur Montpellier depuis pas tellement d'année que ça finalement, ça fait que quatre ans que je suis en intra-muros de Montpellier. Je n'ai pas nécessairement un réseau de psychologue etc. Donc généralement ce que je fais, ce n'est pas par simplicité, ce n'est pas pour me couvrir mais généralement je vais quand même avertir le prescripteur. On va souvent convertir avec le prescripteur pour dire : « tu connais quelqu'un toi ? Oui/non ». Je me rends compte aussi que généralement les généralistes, elles ont peu de réseau en terme de psy. Elles ne vont pas forcément avoir le

temps. Nous on kinésithérapie, on va te déshabiller la patiente ou on va lui demander de se déshabiller. On va déjà avoir atteint peut-être l'examen de la vulve ou le toucher vaginal. À un moment donné, la personne elle va nous en parler. Tu te souviens c'était quand même fort quand les filles quand elle nous l'a emmené, elle a dit : « je ne sais pas si c'est important pour vous que je le dise » putain bah oui c'est super important. Tu ne vas pas toucher le corps de la même façon, c'est certain.

**M : Comment analysez-vous cette façon d'annoncer ?**

MK11 : je pense qu'elle ne savait pas quelle porte d'entrée utilise - - - je ne sais pas si sur ma tête ça c'est vu que j'étais sidérée. En même temps c'était un rendez-vous, je te l'avais dit qu'il devait durer une heure. Et en fait au bout d'une demi-heure j'ai fait : « bon et ben on se reverra ». Quand elle m'a dit ça c'était tellement énorme le truc, que je n'ai pas voulu jeter l'eau du bain et le bébé avec, je l'ai quand même revu après même si on a pas entamé de rééducation. Je me suis dit, c'est quitte ou double. Peut-être qu'elle a ressenti que j'étais dans une espèce de « no man's land ». Et qu'elle s'est pas senti du coup en sécurité. Mais en même temps je me sentais pas moi de continuer à travailler sur : « alors le périnée ça sert à ci ça paiera ça » après ce qu'elle venait de balancer. Et donc du coup je me suis dit, plutôt que je laisse du temps où elle va justement me sentir moi dans une position qui peut être insécurisant pour elle car ça m'a déstabilisé, j'ai préféré écourter le rendez-vous. Sans pour autant, ne pas lui avoir donné le sentiment, car elle elle ne savait pas. J'avais surtout pas envie de lui donner l'impression que ça m'avait brûlé les doigts et que je voulais qu'elle parte. Mais moi j'avais besoin de prendre un petit temps de pause, que je digère, pour savoir comment aborder les choses.

**M : Merci pour cette analyse 1 an plus tard**

MK11 : je n'avais pas eu le temps d'analyser en tant que tel. Là justement il y a un an qui s'est passé. Que à ce moment-là pour moi c'était une situation que j'avais rarement eu, comme ça aussi lourd à gérer. Et c'est vrai aussi que, je l'ai même pas dit, c'est des situations comme celle-ci qui m'ont fait faire les formations à l'IPP. Je me suis dit j'ai pas d'outils moi. Ce qui t'est arrivé là finalement c'est bien mais c'est un pacte toi aussi. Donc ce n'est pas une histoire de dire qu'il faut que je sauve ma peau, c'est de dire qu'il faut être à la bonne distance et que ce genre de situation là ne te déstabilise pas. Pour que tu puisses continuer à avoir un rôle d'aidante.

**13. M : Avez-vous la connaissance que les MK ont la compétence de rédiger un certificat médical ?**

MK 11 : ah non, je ne savais pas. C'est vrai ? Merde. Bon comme je vais faire ma formation ils vont sûrement en parler.

Et je voulais dire aussi que juste avant le Covid donc juste avant que tu viennes. Une jeune fille de 19 ans qui avait été victime de violences sexuelles mais verbale de la part de son professeur de mathématiques en terminale. Et elle je sais que je l'ai beaucoup aidé à prendre conscience de son périnée, on a jamais travaillé avec pénétration mais on a travaillé beaucoup sur des techniques de relaxation et à la toute fin elle a dit qu'elle voulait travailler avec une sonde pour apprendre à faire la contraction relaxation. Et elle avait décidé de porter plainte et donc il y avait un dossier. Son avocat m'a demandé de faire un compte rendu. Pour dire surtout que ça avait des conséquences énormes, que cette jeune fille ne pouvait pas avoir une vie sexuelle normale, qu'en fait il y avait une hypertonie périnéale est con il travaillait depuis tant de temps, tout ce qu'on faisait pour aller mieux. Pour dire que l'effet était avéré, que c'était prouvé, et que ça entraînait derrière des séquelles.

**14. M : Si vous avez connaissance du statut de victime de violence de votre patient, cela aura-t-il une influence / un changement sur votre prise en charge ?**

*MK : répondu dans les questions d'avant*

**15. M : Pensez-vous que les kinésithérapeutes sont des professionnels médicaux adaptés pour identifier les personnes victimes de violences ?**

MK11 : bah oui. Bien sûr que oui c'est tout ce qu'on dit depuis le début, on a un rapport de confiance, on travaille sur le corps, on est présent, on reste longtemps, c'est des séances longues. C'est sûr que quand tu es dans un cabinet où ils sont 15 minutes dans le gymnase je ne suis pas sûre que tu puisses avoir la possibilité de dire : « et en fait je voulais dire j'ai été violée la semaine dernière » donc-moi comment je travaille, comment je conçois ma prise en charge et le relationnel que je peux avoir avec mes patientes évidemment que je considère que je suis un acteur privilégié. C'est pour ça que je fais la formation, c'est parce que je pense qu'en effet c'est important et que nous on a on peut être en première ligne de ce genre de problématique et donc il faut qu'on ait les outils, qu'on sache quel est notre rôle et comment on peut réorienter et quoi faire dans ces situations là. Bien sûre. Évidemment.

