CENTRE EUROPEEN D'ENSEIGNEMENT EN REEDUCTION ET READAPTATION FONCTIONNELLE

TRAVAIL ECRIT REALISE EN VUE DE LA

VALIDATION DE L'UE28
SEMESTRE 8
Année scolaire 2020-2021

Le dépistage des violences conjugales dans le cadre d'une rééducation périnéale : faut-il privilégier un dépistage systématique ou ciblé ?

PLUMAS Cloé

Directrice de mémoire : MATHON Catherine

Résumé

Introduction : En France, les violences conjugales (VC) touchent en moyenne chaque année 295.000 personnes majeures (18-75 ans), majoritairement des femmes. L'issue de ce processus de violence pouvant mener à l'homicide conjugal, 106 décès sont à déplorer en 2020. Un éveil général sur l'ampleur de ce phénomène sociétal a permis de faire évoluer les lois. La MIPROF a été créée en 2013 pour définir un plan national de formation des professionnels de santé. Les masseurs-kinésithérapeutes (MK) sont intégrés dans le processus de repérage et de prise en charge « des femmes victimes de violences dans le couple » par le biais des recommandations de la HAS (2019). Dans cette étude, le contexte spécifique de la rééducation périnéale (RP) est privilégié. En effet, l'abord d'une zone intime peut confronter le MK aux différentes formes de VC (psychologiques, physiques, sexuelles) et ainsi augmenter la probabilité de leur repérage au cours d'un bilan périnéal. Nous avons cherché à comprendre les mécanismes des VC (psychotraumatismes, emprise, cycle de la violence, stratégies de l'agresseur), et leurs conséquences sur la santé. Ce mémoire effectue un état des lieux des pratiques professionnelles sur le dépistage des VC par les kinésithérapeutes exerçant en RP. Il vise également à encourager une prise de conscience sur cette problématique afin d'améliorer la prise en charge des patient.e.s

Méthode : Les recherches bibliographiques ont été complétées par une démarche personnelle de formations en pelvi-périnéologie et sur les VC ; pour définir le cadre pratique et théorique de ce mémoire. Ce travail préliminaire a permis de réaliser une première enquête qualitative au travers d'un entretien semi-dirigé avec une kinésithérapeute spécialisée en douleurs pelviennes. Les informations recueillies lors de cet entretien ont été utilisées pour concevoir une deuxième enquête quantitative. Un questionnaire de 37 questions à destination des MK exerçant en pelvi-périnéologie a été diffusé en ligne via l'outil *Google Form*®. Les résultats ont été traité avec le logiciel *Excel*®

Résultats : L'entretien a été analysé par catégorisation de thèmes 41 MK (dont 98% de femmes) ont répondu au questionnaire. Le panel déclare à 80% ne pas avoir connaissance des recommandations de la HAS. La même proportion n'est pas formée sur les VC. Un contraste est observé entre un désir élevé d'implication des MK dans la prise en charge des VC et leur aptitude modeste à les repérer. Lors d'un bilan en rééducation périnéale, si 20% des M.K déclarent effectuer un dépistage systématique et 39% un repérage ciblé, 41% des MK ne repèrent pas les VC. Le manque de formation, la difficulté à aborder ce sujet et l'absence de procédure de suivi sont les freins principaux

Discussion : La HAS recommande le dépistage systématique comme étant le moyen privilégié pour dépister les VC. Cependant, ce dépistage doit être suivi d'un processus d'orientation et de prise en charge adéquat pour être efficace. Le manque de formation des MK représente le frein principal à l'initiation d'une telle démarche. Ce mémoire souligne également une réalité plus complexe, nourrie de freins au niveau des institutions, des victimes (culpabilité, honte, emprise) et des professionnels de santé (déficit de formation, sentiment d'impuissance). Surmonter ces limitations passerait par la mise en place de formations pluridisciplinaires et une meilleures écoute et compréhension des attentes et des besoins des victimes.

Conclusion : Les résultats de cette enquête soulignent un intérêt des MK pour le sujet des VC. Dans la continuité de cette démarche de réflexion sur les VC, il serait intéressant d'élargir le sujet sur l'orientation des victimes, les représentations des VC dans nos sociétés et leurs impacts, les attentes et les besoins des patients vis-à-vis de leur thérapeute.

Mots clé : violences conjugales (VC), dépistage, masseur-kinésithérapeute (MK), rééducation périnéale

Abstract

Introduction: In France, domestic violence (DV) affects an average of 295,000 adults (18-75 years old) each year, mostly women. The outcome of this violence can lead to spousal homicide, with 106 deaths reported in 2020. A general awareness of the extent of this societal phenomenon has led to changes in the law. MIPROF was created in 2013 to define a national training plan for health professionals. Physiotherapists are integrated into the process of identifying and caring for "women victims of domestic violence" through the recommendations of the HAS (2019). In this study, the specific context of pelvic floor rehabilitation (PR) is privileged. Indeed, approaching an intimate area may confront the physiotherapists (PT) with different forms of VC (psychological, physical, sexual) and thus increase the probability of their identification during a perineal check-up. We sought to understand the mechanisms of DV (psychotrauma, control, cycle of violence, strategies of the aggressor), and their consequences on health. This dissertation provides an overview of professional practices regarding the detection of DV by physiotherapists practicing in PR. It also aims to encourage awareness of this issue in order to improve patient care.

Methods: The bibliographical research was completed by a personal approach of formation in pelvi-perineology and DV; to define the practical and theoretical framework of this dissertation. This preliminary work allowed us to carry out an initial qualitative survey through a semi-directed interview with a physiotherapist specialized in pelvic pain. The information gathered during this interview was used to design a second quantitative survey. A 37-question questionnaire was distributed online via the Google Form® tool to PT practicing in pelvic-perineology. The results were processed with Excel®.

Results: The interview was analysed by theme categorization. 41 PT (98% women) responded to the survey. Of the panel, 80% stated that they were not aware of the HAS recommendations. The same proportion was not familiar with VC. A contrast was observed between the high level of desire of the PT to be involved in the management of DV and their modest ability to identify them. During a pelvic floor check-up, although 20% of the PT performed systematic screening and 39% performed targeted screening, 41% of the PT did not identify DV. The lack of training, the difficulty of discussing this subject and the absence of a follow-up procedure are the main obstacles to screening.

Discussion: The HAS recommends systematic screening as the preferred means of detecting DV. However, this screening must be followed by an adequate referral and management process to be effective. The lack of training of PT is the main obstacle to initiating such a process. This report also highlights a more complex reality, fed by obstacles at the level of institutions, victims (guilt, shame, control) and health professionals (lack of training, feeling of powerlessness). Overcoming these limitations would require the implementation of multidisciplinary formations and a better listening and understanding of the victims' expectations and needs.

Conclusion: The results of this survey underline the interest of PT in the subject of VC. In the continuity of this reflection process on DV, it would be interesting to broaden the subject on the orientation of victims, the representations of DV in our societies and their impacts, the expectations and needs of patients towards their therapist.

Key words: Domestic violence (intimate partner violence), screening, physiotherapist, pelvic-floor rehabilitation

TABLE DES MATIERES

1. **INTRODUCTION** 1
   1.1. **Contexte et question de départ** 1
   1.2. **Le masseur-kinésithérapeute** 3
      1.2.1. Rôles du masseur-kinésithérapeute 3
      1.2.2. Spécificité de la pratique en kinésithérapie : la rééducation périnéale 4
      1.2.3. Compétences et devoirs envers le patient 6
      1.2.4. Enquête 2020 : les masseurs-kinésithérapeutes faces aux violences faites aux femmes ... 7
   1.3. **Les violences : définitions et typologie** 8
   1.4. **Les violences conjugales** 11
      1.4.1. Historique 11
      1.4.2. Définition 12
      1.4.3. Epidémiologie et caractéristiques des violences conjugales 13
      1.4.4. Mécanismes des violences conjugales 14
      1.4.5. Formes de violences conjugales 18
      1.4.6. Conséquences des violences sur la santé 19
   1.5. **Dépistage des violences conjugales dans un contexte de bilan périnéal** 21
      1.5.1. Dépistage : typologie 21
      1.5.2. Indications et principes de la rééducation périnéale 23
      1.5.3. Bilan objectif : interrogatoire et examen clinique 26
      1.5.4. Adaptation du bilan aux violences conjugales 28
   1.6. **Modèles théoriques** 29
      1.6.1. Modèles de la communication 29
      1.6.2. Modèles de la santé 30
   1.7. **Formulation de la problématique théorique** 31
2. **MATERIEL ET METHODE** 32
   2.1. **Les outils d'enquête** 32
   2.2. **Méthode de l'entretien** 32
      2.2.1. L'entretien comme outil d'enquête 32
      2.2.2. Population de l'entretien 32
      2.2.3. Guide d'entretien 33
   2.3. **Méthode du questionnaire** 33
      2.3.1. Le questionnaire comme outil d'enquête 34
      2.3.2. Population du questionnaire 34
      2.3.3. Présentation du questionnaire théorisé 34

3. **RESULTATS** 41
3.1. **Résultats de l'entretien** 41
3.1.1. Recueil et analyse des données de l'entretien 41
3.1.2. Présentation des résultats de l'entretien 42
3.2. **Résultats du questionnaire** 48
3.2.1. Recueil des données du questionnaire 48
3.2.2. Partie descriptive (questions 1 à 11) 48
3.2.3. Violences conjugales (questions 12-16) 49
3.2.4. Bilan périnéal et repérage des violences (questions 17-25) 52
3.2.5. Rôle du masseur-kinésithérapeute (questions 26 à 32) 54
3.2.6. Mises en situation (questions 33-36) 56
4. **DISCUSSION** 57
4.1. **Analyse des résultats de l'entretien** 57
4.2. **Analyse des résultats du questionnaire** 59
4.2.1. Description de la population étudiée 59
4.2.2. Le repérage des violences dans la pratique professionnelle 60
4.2.3. Le rôle des masseurs-kinésithérapeutes 62
4.2.4. Connaissances sur les violences conjugales et mises en situation 62
4.3. **Biais et limites des méthodes utilisées** 64
4.3.1. L'entretien 64
4.3.2. Le questionnaire 65
4.4. **Réponse à la question de recherche** 67
4.5. **Intérêt** 68
4.5.1. Professionnels 68
4.5.2. Personnels 69

CONCLUSION 70

BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXES

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle écologique de la violence selon l'OMS [12] 10

Figure 2 : Les différentes natures de violences [12] 11

Figure 3 : Répartition de la population en fonction du nombre d'année(s) post-DE 48

Figure 4 : Répartition de la population en fonction du nombre d'année(s) de pratique en rééducation périnéale 49

Figure 5 : Répartition de la population en fonction de l'estimation du nombre de patients pris en charge au cours d'une année en rééducation périnéale 49

Figure 6 : Fréquence des différents types de pathologies prises en charge 49

Figure 7 : Fréquence des techniques utilisées en rééducation périnéale 49

Figure 8 : Définitions des violences conjugales selon les MK 50

Figure 9 : Estimation de la proportion femmes / hommes victimes de VC en France 51

Figure 10 : Pourcentage de connaissances sur les notions relatives aux VC…. 51

Figure 11 : Auto-évaluation de la place de la communication non-verbale en rééducation périnéale 52

Figure 12 : Estimation de la fréquence de patients victimes de VC en rééducation périnéale . 53

Figure 13 : Répartition de la population en fonction du type de repérage effectué 53

Figure 14 : Répartition de la population en fonction du type de questionnement effectué pour dépister les VC…. 53

Figure 15 : Les situations, signes et tableaux cliniques pouvant faire penser à la présence de VC 54

Figure 16 : Répartition de la population selon l'aptitude à repérer les VC en rééducation périnéale ou pour tout type de rééducation 55

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU I : Les facteurs associés à la violence conjugale selon le modèle écologique (OMS).....14

TABLEAU II : Le cycle de la violence 18

TABLEAU III : Guide d'entretien établi au préalable (questions principales).....33

TABLEAU IV : Présentation des résultats relatifs au repérage des VC.....42

TABLEAU V : Présentation des résultats relatifs à la pratique en masso-kinésithérapie.....44

TABLEAU VI : Présentation des résultats relatifs à la pratique en rééducation périnéale.....45

TABLEAU VII : Présentation des résultats relatifs au rôle du MK.....46

TABLEAU VIII : Présentation des résultats relatifs à la formation 47

TABLEAU IX : Données statistiques de la question 18.....52

TABLEAU X : Données statistiques de la question 26 – autoévaluation de l'importance du rôle du MK dans le repérage des V.C 54

TABLEAU XI : Données statistiques des questions 28 et 29.....55

TABLEAU XII : Barrières propres aux MK.....55

TABLEAU XIII : Barrières propres aux patients 55

TABLEAU XIV : Taux de conformité par question des mises en situations 56

TABLEAU XV : Taux de conformité en fonction de la formation sur les VC 63

TABLEAU XVI : Taux de conformité en fonction de l'expérience en rééducation périnéale.....63

TABLEAU XVII : Taux de conformité global selon la proposition conforme sélectionnée.....63

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte et question de départ

Avant de débuter mes études de masso-kinésithérapie, la première idée que je m'étais faite de ma future profession était que j'aurai le privilège de passer du temps avec les patients que je serai amenée à prendre en charge. On m'avait également dit que la masso-kinésithérapie était une profession manuelle, de toucher, ce qui sous-entendait que nous ayons un accès à la fois visuel et tactile sur le corps des patients. En effet, dans le cadre de nos soins, les patients peuvent être amenés à se déshabiller. Pour appréhender le corps humain, il était donc nécessaire qu'en tant qu'étudiants masseurs-kinésithérapeutes, nous faisions également l'expérience d'être observés, palpés, massés, touchés, étirés, mobilisés afin de nous mettre à la place des patients. Dès le début de ma première année de formation en 2017, j'ai pris conscience qu'au-delà et en plus de traiter une pathologie, notre profession nous conférait un privilège, celui d'entrer dans la vie des gens, parfois de manière intime, en abordant à la fois des sujets relevant de la sphère privée et des parties du corps, cachées à la vue de tous. Ainsi, j'ai toujours pensé qu'une bonne prise en charge débutait avant tout par respecter le corps d'autrui en n'émettant aucun jugement de valeur.

La pratique de la masso-kinésithérapie intervient dans de nombreux domaines : traumatologie, pédiatrie, pneumologie, uro-gynécologie. Elle vise à réduire les déficiences et altérations des capacités fonctionnelles du patient dans l'objectif de minimiser le handicap induit par sa maladie, de le rendre acteur dans la gestion de sa santé et faciliter son autonomie. Elle optimise donc le fonctionnement du corps grâce aux mouvements externes (la gestuelle propre du patient), internes (l'harmonie des systèmes assurant les fonctions vitales) et de la pensée. La profession s'inscrivant dans un modèle biopsychosocial, dans lequel la prise en charge est centrée sur le patient, il est essentiel d'engager un dialogue entre ce dernier et le professionnel afin de prendre en compte son histoire de vie, son environnement, ses croyances et représentations vis-à-vis de la maladie, son rapport au corps ; autant de caractéristiques spécifiques à chacun susceptibles d'influencer la rééducation et qui nous amènent à adapter notre pratique.

Au travers des histoires de vie des patients que j'ai pu voir au cours de mes stages, je me suis rendu compte de la dimension humaine et psychologique de notre profession ; à la fois au travers des différentes situations et histoires de vie rencontrées et également de la diversité

des profils et des personnalités des patients. En effet, certains patients ont fait preuve d'une résilience et d'une combativité remarquable face à leur maladie ; une patiente hémiplégique droite après un AVC, un père tétraplégique, un patient qui remarche trois mois après un accident de moto, une patiente lombalgique ayant vécu un braquage avec des répercussions physiques et psychologiques. Une autre patiente désirant avoir des enfants et qui cherche de l'aide pour retrouver une vie sereine après avoir subi des violences intrafamiliales dans son enfance, impactant à la fois sa santé sexuelle et mentale. Une patiente traumatisée par son accouchement douloureux, une autre subissant du harcèlement moral de la part de son employeur. Enfin d'autres patients ayant des difficultés à surmonter les épreuves de la vie et qui tombe en période de dépression. L'expérience a fait qu'au fil des stages, je réussissais à prendre de plus en plus de recul face aux diverses personnalités et situations, et à les intégrer dans la rééducation (et non pas qu'elles prennent le dessus). Ce sont donc autant de facteurs susceptibles d'influencer nos prises en charge, qu'il est parfois nécessaire de mettre en lumière pour favoriser l'efficacité de la rééducation et qui peuvent nous amener à nous interroger sur notre pratique, nos qualités d'écoute, de pédagogie, de patience. Ainsi, mon dernier stage en pelvi-périnéologie m'a permis de développer ces qualités car l'abord intime du corps nécessite d'élaborer une relation de confiance, une attitude neutre et un environnement sécurisant pour les patients.

En octobre 2017, la libération de la parole des femmes qui s'est opérée au niveau mondial à la suite de la médiatisation d'une affaire d'agressions sexuelles et du mouvement de protestation qui en suivi, a permis de mettre en lumière d'un point de vue sociétal, politique et de santé publique, l'ampleur des violences domestiques et sexuelles dans nos sociétés. En France, cette prise de conscience a fait évoluer la loi et a initié des prises de décision pour lutter contre les violences conjugales (VC) à l'instar du Grenelle des violences conjugales en 2019. De plus, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en Juin 2019 de nouvelles recommandations concernant « le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple ». Ces dernières s'adressent aux professionnels de santé (intervenant au premier recours ou dans le cadre de la prévention) et visent à améliorer les pratiques professionnelles quant à la prise en charge des victimes de VC. Les masseurs-kinésithérapeutes (MK) sont donc concernés et intégrés dans le processus. La MIPROF (mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) avait déjà été décrétée en 2013 pour définir, entre autres, un plan national de formation des professionnels sur les violences faites aux femmes.

Après cette prise de conscience générale, je me suis demandé comment les MK pouvaient prendre en charge les patientes victimes de VC (avions-nous les moyens, les capacités théoriques et pratiques pour appliquer les recommandations de l'HAS ?) au travers des questions suivantes :

- Quel est notre rôle spécifique dans la lutte contre les VC (dépistage, orientation, prévention, éducation) et les modalités d'application ? N'ayant pas trouvé d'article ou de recommandation spécifique à notre profession, je me suis intéressée à la première étape dans la prise en charge des VC : le dépistage.
- Les MK sont-ils confrontés à des patient.e.s victimes de violences ?
- Quels sont les freins au repérage des VC : un manque de formation et de prévention, un malaise vis-à-vis de cette thématique ?
- Quels sont les facteurs favorisants : j'ai décidé de me placer dans le cadre d'une prise en charge en rééducation périnéale (RP) qui possède la particularité d'aborder une zone intime du corps sujet à la pudeur, à la discrétion, à la méconnaissance et au tabou. Tous ces éléments nécessitent d'instaurer un environnement sécurisant et confidentiel favorisant l'instauration d'une relation de confiance entre le patient et le kinésithérapeute et peut être la libération de certains « maux » par les « mots ».
- Comment adapter sa pratique face à cette thématique ?

L'objectif de ce mémoire sera donc de comprendre les mécanismes des VC et leurs conséquences sur la santé, d'appréhender la spécificité de notre rôle de kinésithérapeute dans le repérage des violences, de déterminer les informations nécessaires pour mieux repérer les violences lors d'un bilan périnéal et de faire un état des lieux de nos pratiques professionnelles actuelles en rapport avec cette thématique.

1.2. Le masseur-kinésithérapeute

1.2.1. Rôles du masseur-kinésithérapeute

L'article L4321-1 du code de la santé publique (CSP), dans sa version de 2016, donne une nouvelle définition de la profession. Ainsi, la pratique de la kinésithérapie ne se limite plus au massage et à la gymnastique médicale. *Elle comporte à présent la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne et des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles. Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives*

impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute doit mettre en œuvre les moyens manuels, instrumentaux, éducatifs et participe à leur coordination [1]

Le référentiel de la profession des MK en 2013 [2] met en lumière l'émergence de six rôles professionnels identifiés au travers des activités et des compétences professionnelles :

- L'expert : dans ce rôle, le kinésithérapeute utilise avec pertinence l'intégration de ses savoirs, savoir-faire et savoir-être en vue d'un traitement kinésithérapique en fonction de la personne soignée et de la situation.
- Le praticien développe une posture réflexive pour évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle. Il cherche à améliorer les résultats chez ses patients par la recherche, l'application, la diffusion et la transposition du savoir dans sa pratique [3]. Pour cela, il peut concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche [1].
- L'éducateur développe la promotion de la santé, la prévention ainsi que l'éducation thérapeutique du patient. Pour ce faire, il communique avec le patient, sa famille et les professionnels de santé intervenant dans le parcours de soin. Le kinésithérapeute éduque à la connaissance, la compréhension et les possibilités d'action du patient sur son corps, sa psychologie et son environnement. Il prodigue des conseils pour l'hygiène de vie, l'alimentation, le mode de vie et la poursuite d'exercices physiques.
- Le formateur est engagé dans la recherche, la création, l'application, la diffusion et la transposition du savoir dans la pratique de la kinésithérapie. Il dispense la formation des étudiants, des pairs et des autres professionnels de santé.
- En tant que gestionnaire, le MK assure l'adéquation optimale entre la bonne pratique au service du patient, la gestion des ressources humaines et du matériel, les coûts de santé publique.
- Le responsable au regard de la déontologie professionnelle s'engage à agir dans l'intérêt du patient et de la société par des pratiques conformes à la déontologie, par le respect de la réglementation encadrant sa profession et par des normes comportementales personnelles élevées.

Nous retrouvons aussi des rôles sociaux relevant du domaine de la kinésithérapie, indispensable à la société et qui englobe notamment [3] le diagnostic kinésithérapique (d'exclusion, différentiel et d'orientation) ; l'alternative à l'hospitalisation et le maintien à domicile ; la prévention et l'éducation à la santé du patient et de son entourage ; les réponses aux besoins et aux demandes implicites et explicites du patient (qualité) ; la prestation de conseil ; les activités de relation, d'éducation et de communication concomitante aux activités

de rééducation et enfin le soin du patient et de son entourage dans une approche globale des soins en concordance avec la logique du système de santé actuel.

1.2.2. Spécificité de la pratique en kinésithérapie : la rééducation périnéale

C'est en 1948 que le gynécologue américain Arnold Kegel propose des exercices physiques spécifiques des muscles du plancher pelvien [4] qui demeurent la base historique de la rééducation périnéale. Il s'agissait d'un auto-entrainement de la musculature périnéale visant à traiter l'hypotonie du plancher pelvien après l'accouchement. En 1976, le suédois Magnus Fall travaille sur la compréhension des mécanismes d'action de l'électrostimulation sur l'incontinence urinaire (description de types de courants électriques inhibiteurs vésicaux). A la suite d'un voyage d'étude aux Etats-Unis, le kinésithérapeute Alain Bourcier introduit les bases de la rééducation périnéale (RP) en France en 1977 et associe la rééducation manuelle à une électrostimulation intravaginale. C'est en 1985 que la RP fut adjointe aux compétences des MK avec la mise en place des premiers cours de formations postuniversitaires.

Le CSP organise le système de santé et définit les compétences de chaque profession de santé. Le décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 a doté la profession de MK d'un code de déontologie [2]. Selon l'article R4321-5 du CSP « *sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation concernant des séquelles notamment la rééducation abdominale y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal et la rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris le post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement* ». De plus, depuis le 14 janvier 2006, les MK sont autorisés à prescrire certains dispositifs médicaux sous réserve qu'ils agissent dans le cadre de leurs compétences et qu'il n'existe pas d'indication contraire du médecin. Dans le cadre de cette rééducation, nous pouvons prescrire des sondes ou électrodes cutanées périnéales pour l'électrostimulation neuromusculaire, afin de traiter l'incontinence urinaire, ainsi que des pessaires. Lors de la formation initiale en masso-kinésithérapie, les étudiants doivent aborder dans le cadre de l'Unité d'Enseignement 21 « *Evaluation, techniques et outils d'intervention dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire* », la kinésithérapie appliquée à la « *prévention et au traitement des dysfonctions du plancher pelvien (rééducation périnéale, troubles sphinctérien, sexuels ect)* » [5]. Après l'obtention du diplôme, des formations continues sont proposées dans le domaine de la pelvi-périnéologie, laissant ainsi la liberté de chacun de s'y intéresser.

1.2.3. Compétences et devoirs envers le patient

Dans le cadre de ce mémoire, il semblait pertinent de mettre en lien le repérage et la prise en charge biopsychosociale des violences avec la kinésithérapie en s'appuyant sur notre référentiel de compétences figurant dans l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat du MK. Nous allons mettre en avant la compétence 3 intitulée « *concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage* » [5]. Dans sa pratique professionnelle, le MK doit intégrer les politiques de santé publique en proposant des démarches d'éducation à la santé et de dépistage, adopter une posture éducative et pédagogique grâce à une communication élaborée et prenant en compte les aptitudes et les besoins du patient pour ce que dernier devienne acteur de la gestion de sa santé. L'acquisition des compétences de dépistage, ici des VC, semble concorder avec les recommandations de la HAS (2019) « Repérage des femmes victimes de violences dans le couple » [6]. En effet, la prise en charge de violences, longtemps considérée comme un problème relevant de la sphère socio-judiciaire, intègre à présent les politiques de santé publique. Les professionnels de santé doivent repérer les femmes victimes de violences (signes d'alertes), recueillir des informations, assurer les soins et accompagner les patientes dans les démarches de soins et la mise en relation de réseaux d'écoute (Annexe 1 et 2)

Le code de déontologie des MK codifie l'ensemble des devoirs professionnels. Le kinésithérapeute a un certain nombre de devoirs envers ses patients, notamment d'information (qui est un principe fondamental de toute relation de soin) et de protection vis-à-vis des patients subissant des sévices. De plus, selon l'article 4321-83 du CSP « *Le masseur-kinésithérapeute, dans les limites de ses compétences, doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état et les soins qu'il propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* » [2]. D'après l'article R-4321-90 « *Lorsqu'un masseur-kinésithérapeute discerne qu'une personne à laquelle il est appelé à donner des soins est victime de sévices et de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection* » [7]. Nous entendons par maltraitance toutes violences physiques, psychologiques et psychiques, toute atteinte sexuelle y compris les mutilations sexuelles féminines, toute cruauté mentale, toute négligence ayant des conséquences préjudiciables sur l'état de santé. Pour ce qui est du signalement au procureur de la République, de sévices d'une personne majeure non vulnérable, en pratique, il est recommandé de l'effectuer après accord écrit de la victime. Dans le cas d'une personne mineure

(âgée de moins de 18 ans) ou d'une personne majeure en situation de vulnérabilité du fait de son incapacité physique, psychologique ou psychique, le signalement ne nécessite pas l'accord de la victime.

Enfin, l'article 12 de la loi du 30 juillet 2020 modifie l'article 226-14 du code pénal (relative à l'atteinte du secret professionnel) qui a pour vocation de renforcer la protection de toutes les victimes de violences intrafamiliales en dérogeant au secret professionnel dans des situations spécifiques : « *au médecin ou tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République 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. Le médecin ou professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République* » [8]

1.2.4. Enquête 2020 : les masseur-kinésithérapeutes faces aux violences faites aux femmes

En avril 2020, l'ordre des MK a diffusé un questionnaire en collaboration avec la MIPROF afin d'établir un état des lieux des pratiques professionnelles des MK étudiants et en activité, en matière de dépistage, de prise en charge ainsi que les besoins de formation concernant le thème des violences faites aux femmes. Il s'agit de la première enquête réalisée sur ce thématique à destination de notre profession. A l'occasion de la 8ème rencontre interprofessionnelle de la MIPROF sur le thème « se former pour mieux protéger : la formation des professionnels, un enjeu majeur de la lutte contre les violences faites aux femmes » les représentants du Conseil National ont présenté les résultats en novembre 2020 [9]

Chez les étudiants, il y avait 473 répondants dont 76% de femmes (92% des répondants ont moins de 25 ans). Concernant la formation : 88% à 95% des répondants ne sont pas formés sur les violences au sein du couple, sexuelles, les mutilations sexuelles féminines, les mariages forcés (9 étudiants sur 10 souhaitent être formés sur ces mêmes violences). Pendant les stages, 92 à 95% des répondants ayant rencontré une victime de violence n'ont pas su comment réagir par manque de préparation, 95% pensent avoir un rôle à jouer dans le repérage et la prise en charge des victimes. Pour le questionnement systématique « avez-vous été victime de

violences » : 63% trouvent cette question difficile à poser, 30% pensent pouvoir poser la question, 37% aimerait la poser plus souvent.

En ce qui concerne les MK en activité, il y avait 345 répondants dont 68.6% de femmes (88% exerçant en activité libérale). Pour les besoins de formation, 91% des répondants ne sont pas formés aux mêmes violences citées plus haut, 83% souhaitent être formés et 66% des répondants estiment que l'obstacle majeur au repérage des violences est le manque de formation. Concernant la pratique professionnelle, 18% déclarent rechercher de manière systématique si la patiente est ou a été victime de violence, 50% des MK repèrent les victimes (la victime révèle spontanément les violences dans 50% des cas, le MK a des soupçons dans 34% des cas et dans 14% des cas, le MK aborde lui-même le sujet sur l'existence de violences passées ou présentes). Au cours des 12 derniers mois, les praticiens ont été parfois ou régulièrement confrontés à des victimes de violences sexuelles (24%) ou de violences au sein du couple (45%). Enfin, 94% des MK sont intéressés à repérer les violences et 7 MK sur 10 estiment avoir un rôle à jour dans la prise en charge globale.

1.3. Les violences : définitions et typologie

Le mot « violence » vient du latin *Vis* qui signifie force, vigueur, puissance, usage de la force physique, mais aussi quantité, abondance ou caractère essentiel à une chose [10]. La violence renvoie à des comportements et des actions physiques par l'emploi de la force contre une personne, avec les dommages physiques que cela entraine. Cependant, la force utilisée contre autrui prend son caractère violent que par rapport à des normes. La violence ne peut donc être appréhendée indépendamment à des normes sociales, religieuses, institutionnelles, juridiques et même personnelles qui dépendent de la sensibilité, de la vulnérabilité physique et psychologique des individus. Les normes évoluent et sont un indicateur de la situation politique, sociale et culturelle d'un pays. Cela rend complexe à la fois la définition et la comparaison des niveaux de violences entre sociétés, groupes sociaux et d'une époque à une autre. Si la violence comme atteinte de l'intégrité physique d'une personne permet une définition objectivable, car elle est visible, il y a des violences plus subtiles, plus difficiles à circonscrire, qui dépendent de la sensibilité de chacun comme les atteintes psychologiques et morales. Ainsi, la maltraitance infantile, les violences à l'égard des femmes étaient longtemps considérées comme acceptables et les violences liées aux accidents de la route, les violences morales et psychologiques sont des notions récemment prises en compte [10].

Les violences s'inscrivent dans de multiples contextes : la violence comme technique organisée en temps de guerre, les violences associées à des traumatismes psychiques et physiques ou à des situations dans laquelle la personne subie des pressions. Elle peut être caractérisée comme une relation renvoyant à des tensions, des conflits qui s'expriment de façon plus ou moins régulée ; contre soi-même, contre- autrui, entre groupes collectifs ou entre nations. Elle peut engendrer des effets « puissants » pour ceux qui sont engagés dans cette relation violente [11]. D'un point vue juridique, la loi ayant besoin de définitions précises pour identifier les faits, appliquer des peines et traiter la diversité des cas, le terme violence est ainsi trop large. Les faits de violence sont distingués selon la forme de la violence, la gravité, les effets engendrés et l'intention ayant précédée l'action de violence. Il y a une catégorisation et hiérarchisation des faits de violence fonction de la gravité de l'intégrité physique de la personne humaine : les crimes comme les homicides volontaires et involontaires, viols, actes de barbaries et de torture, les délits avec des gestes de moindre gravité comme les menaces et le harcèlement pouvant conduire à des troubles psychologiques et les contraventions ou « incivilités » qui sont des actes jugés de faible gravité sans véritable échange de coup [10].

L'OMS définit la violence comme « *la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraine ou risque fortement d'entrainer un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations* ». Dans son rapport mondial sur la violence et la santé, l'OMS (2002) propose un modèle, se basant sur le principe du modèle écologique, pour comprendre le caractère multifactoriel et systémique de la violence. L'écologie fait référence à l'ensemble des interactions entre l'individu et l'environnement dans lequel il évolue. Ce modèle met en lien les facteurs de risques individuels et contextuels (environnemental, social, culturel) qui interagissent entre eux et influencent le comportement des individus au niveau individuel, relationnel, communautaire et sociétal. Il permet de déterminer si un environnement est favorable ou protecteur vis-à-vis des violences [12] (Fig.1). On retrouve :

- Les facteurs individuels (ontosystème) : l'histoire personnelle, les caractéristiques individuelles qui augmentent le risque d'être auteur ou victime de violence.
- Les facteurs relationnels (microsystème) : les relations sociales du cercle proche de la personne comme les relations familiales, amicales, conjugales qui influencent le comportement de la personne.

- Les facteurs communautaires (exosystème) : les relations sociales en lien avec le cadre de vie de la personne : interactions avec le voisinage, les collègues sur le lieu de travail, à l'école.
- Les facteurs sociétaux (macrosystème) : le contexte économique, social et politique (guerres), les normes culturelles et croyances religieuses qui peuvent créer des disparités au sein de groupes sociaux. Ce sont les facteurs sociétaux qui perpétuent les croyances justifiant les violences et leur acceptation.

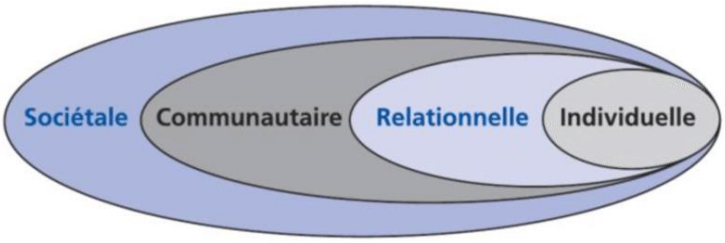

Figure 1 : Modèle écologique de la violence selon l'OMS

De plus, l'OMS (2002) propose une typologie de la violence [12].

- La violence auto-infligée : comportement suicidaire et sévices auto-infligés.
- La violence interpersonnelle ou dirigée contre autrui. Deux types de violences sont à distinguer : les violences intrafamiliales ou à l'égard d'un partenaire intime (au sein du cercle familial) comprennent les maltraitances, les mauvais traitements et les violences entre partenaires intimes ; Les violences dites communautaires (entre personnes qui ne sont pas apparentées) comprennent notamment les viols et les agressions commises par des étrangers, les violences en milieu institutionnel.
- La violence collective est commise à grande échelle par un groupe d'individus plus nombreux ou par des Etats. Il s'agit de violences sociales, politiques et économiques.

Les catégories de violences citées ci-dessus peuvent également être subdiviser en fonction de la nature de la violence : physique, psychologique, sexuelle, privation et négligence, verbale, économique, administrative (Fig.2)

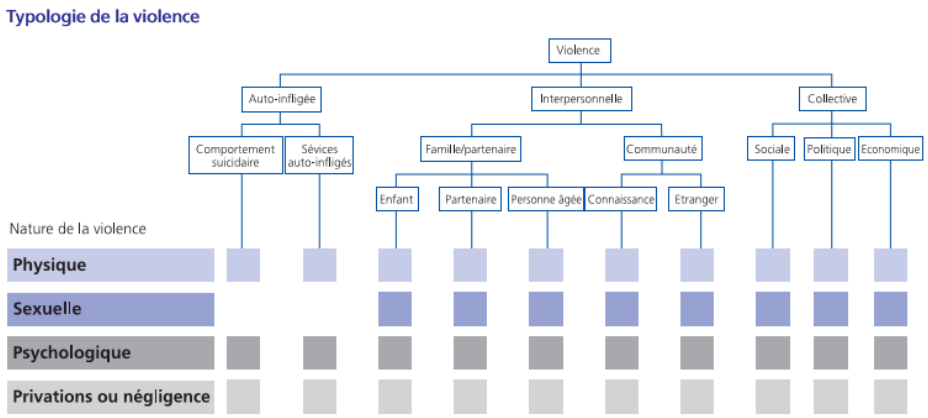

Figure 2 : Les différentes natures de violences

1.4. Les violences conjugales

1.4.1. Historique

Au Moyen-Age, le mari était habilité à pratiquer envers sa femme un usage de la force physique appelé « correction maritale ». Cette pratique légale était recommandée pour corriger, punir ou châtier l'épouse lorsque celle-ci ne remplissait pas et outrepassait son droit, ou menaçait l'autorité de son mari. Cela étant, la « correction maritale » devait être exercée raisonnablement, c'est-à-dire sans violence excessive et ne pas causer la mort de l'épouse. Au XIIème siècle environ, les *saevitia* (sévices ou cruauté) sont admis en droit canonique pour justifier une demande de séparation conjugale. Au XIVème siècle en Angleterre et au XVème siècle en Aragon, un seuil de violence est désormais qualifié d'inacceptable afin que les mauvais traitements ne se confondent plus avec une simple correction et ainsi marquer l'attitude excessive des maris envers leurs épouses [13]. A la Révolution française, la rupture avec l'ancien régime est consommée. La loi du 22 juillet 1791 institut comme circonstance aggravante le fait de commettre un crime ou un délit contre une femme « *la peine sera plus forte si les violences ont été commises envers la femme* ». La loi du 20 septembre 1792 autorise le divorce en France pour le motif d'excès, sévices ou injures graves par un des époux. Cependant, le code civil (1804) instauré par Napoléon vient renforcer l'autorité maritale et rend la femme dépendante de son époux « *Le mari doit protection à sa femme, la femme obéissance à son mari* » (article 213). Ce n'est qu'en 1938 qu'est supprimé l'incapacité civile et juridique de la femme et que disparait du code le devoir « d'obéissance à son mari ». L'époux conserve cependant le droit d'imposer le lieu de résidence de la famille et l'autorité sur les enfants. Le code pénal de 1810 en son article 324, excuse du meurtre le mari qui aurait surpris son épouse en flagrant délit d'adultère au domicile conjugal [14]. Le meurtrier était considéré comme

auteur d'un crime « passionnel », plus malheureux que coupable, il ne devait être puni que d'un léger châtiment. Il faudra attendre 1975 pour que soit abrogé cet article du code pénal [15]. Les VC sont sorties de l'ombre dans les années 1970-1980 grâce aux mouvements féministes qui ont permis une reconnaissance du problème sur la scène publique et politique. Cette prise de conscience a fait évoluer les lois : en 1980, l'article 222.23 du code pénal apporte une définition précise du viol et la cours de cassation reconnait le viol entre époux en 1990, la loi du 22 juillet 1992 du code pénal mentionne que la qualité de conjoint ou concubin de la victime constitue une circonstance aggravante de l'infraction commise, la loi de 2006 vise à renforcer la prévention et la répression au sein du couple en élargissant le champs d'application de la circonstance aggravante à de nouveaux acteurs (pacsés ou « ex ») et à de nouvelles infractions (meurtres, viols, agressions sexuelles) facilitant l'éloignement de l'auteur de l'infraction du domicile de la victime. En France, la première « Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France » (ENVEFF) remonte à l'année 2000. Ensuite, cinq plans de lutte contre les violences se sont succédé depuis 2005 jusqu'à aujourd'hui et concernent principalement les violences faites aux femmes (les hommes en sont exclus). En 2013, est décrétée la MIPROF qui est notamment chargée de définir un plan de sensibilisation et de formation des professionnels de santé. En 2019 a eu lieu de le Grenelle des VC qui a réuni nombre d'acteurs agissant dans la lutte contre les violences (associations, professionnels de santé, professionnels juridiques, forces de l'ordre…) afin de prendre des mesures adaptées quant au signalement des violences et à la protection des victimes. Enfin, la loi du 30 juillet 2020 a pour vocation de renforcer la protection de toutes les victimes de violences intrafamiliales et permet notamment, dans certaines conditions dérogatoires (citées plus haut) de lever le secret professionnel [8].

1.4.2. Définition

L'OMS définit les violences entre partenaires intimes comme « *une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques et sexuelles aux personnes qui sont parties de cette relation* » [12]. En France, les faits de VC n'ont pas de qualification juridique mais désigne à ce jour une circonstance aggravante des homicides, assassinats et violences en général. Elles sont déterminées à partir des infractions définies par le code pénal (viol, agressions sexuelles, harcèlement sexuel, menaces, outrage sexiste) et commises dans un contexte de relation de couple (couples cohabitant ou non, mariés ou non, petits-amis…). Selon la lettre de l'observatoire nationale des violences faites aux femmes, réalisée par la MIPROF, la violence au sein du couple est une « *une manifestation d'un rapport de domination que l'auteur instaure sur sa victime et qui se traduit par des agressions physiques, sexuelles,*

psychologiques, verbales et économiques ». [16]. Ces définitions mettent en exergue le caractère systémique des VC puisque ces dernières revêtissent différentes formes de violences qui peuvent coexister entre elles. Sont donc inclus des actes d'agressions physiques, des comportements autoritaires ou tyranniques visant à isoler la victime sur le plan social, économique et administratif, des violences psychologiques et sexuelles.

1.4.3. Epidémiologie et caractéristiques des violences conjugales

La prise de conscience de l'ampleur de la prévalence des VC en France est récente. La première enquête nationale (ENVEFF) remonte à l'année 2000. Elle a été réalisée par appels téléphoniques auprès d'un panel de 6970 femmes âgées de 20 à 59 ans. Au cours des 12 derniers mois, les VC concernaient 10% des femmes interrogées [9]. Elles se répartissent en pressions psychologiques (37%, dont 7,7% de harcèlement moral), d'insultes et menaces verbales (4.3%), de chantage affectif (1.8%), d'agressions physiques (2.5%) et de viol ou autres pratiques sexuelles imposées (0.9%) [14]. L'enquête Cadre de Vie et Sécurité (CVS) conduite chaque année depuis 2007 par l'INSEE permet de décrire les infractions dont sont victimes les individus et les ménages. En moyenne chaque année, sur la période 2011-2018, on estime que 295.000 personnes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de VC (dont 213.000 femmes soit 72%). Parmi ces victimes, 29% sont âgées de 18 à 29 ans. Les violences sont : exclusivement physiques pour les ¾ des victimes, exclusivement sexuelles pour 1 victime sur 8 et à la fois physiques et sexuelles pour 1 victime sur 8. Dans 83% des cas décrits, la victime vivait avec son conjoint au moment des faits et 3 victimes sur 10 indiquaient que le conjoint ou l'ex-conjoint était sous l'influence d'alcool ou de drogue au cours de l'incident survenu dans les 24 derniers mois. Une minorité de victimes effectuent des démarches auprès des services sociaux et médicaux : 15% ont consulté un médecin, 14% ont consulté un psychiatre ou psychologue, 12% ont parlé de leur situation avec les services sociaux [18].

En ce qui concerne les caractéristiques et les facteurs de risques des VC (TAB I) : elles touchent tous les milieux socio-économiques et majoritairement les femmes (72%) jeunes (20-24 ans). On estime cependant que 82.000 hommes sont maltraités chaque année (28%). Les violences subies sont fréquemment répétées et peuvent se poursuivre sur de longues années [19]. Les violences sexuelles dans le cadre conjugal sont les moins révélées [20]. Les viols ou tentative de viol sont vécus dans l'enfance pour 40% des femmes et 75% des hommes [19].

TABLEAU I : Les facteurs associés à la VC selon le modèle écologique (OMS) [21]

Facteurs	Victime de violence	Auteur de violence
Individuel	Jeune âge, faible niveau d'instruction, maltraitance ou témoin de violence conjugale pendant l'enfance, acceptation de la violence, dépression, usage d'alcool ou de drogue	Faible niveau d'instruction, victime de violences sexuelles ou témoin de violence conjugale pendant l'enfance, acceptation de la violence, usage d'alcool ou de drogue, personnalité antisociale
Relationnel	Différence d'âge, multiplication des partenaires sexuels, insatisfaction conjugale, différence de niveau d'instruction	
Communautaire	Acceptation des normes ou rôles traditionnels en matière de relation entre les deux sexes, recours à la violence comme moyrn au règlement des conflits (dans le milieu familial, scolaire ou professionnel), faiblesse des sanctions communautaires.	
Sociétal	Position inégalitaire entre les femmes et les hommes, recours à la violence comme moyen au règlement de conflit (par la police ou autres institutions gouvernementales)	

1.4.4. Mécanismes des violences conjugales

- **Les psychotraumatismes**

Les victimes de VC peuvent développer des troubles psychotraumatiques responsables de conséquences durables sur la santé mentale et physique, d'autant plus si les violences sont répétées, habituelles et durent de nombreuses années (cycle de la violence). « *Le psychotraumatisme est un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur* » (Louis Crocq, 2007) [22]. Ainsi, la compréhension des mécanismes et des conséquences des psychotraumatismes avec les stratégies de l'agresseur permet à la fois d'appréhender les réactions de l'organisme et du psychisme face aux violences et d'identifier une des caractéristiques du comportement des victimes : la réversibilité / l'ambivalence [6]. Le processus d'emprise exercé par le conjoint fait que la victime reste attachée à l'auteur des violences.

<u>La réponse émotionnelle habituelle face à un danger</u> [23]

Face à un danger, nous déclenchons une réaction émotionnelle de survie (réponse de défense de l'organisme, changements physiologiques et réactions comportementales), automatique et non consciente. C'est le système limbique qui initie et contrôle cette réponse émotionnelle. Il fait intervenir principalement deux structures cérébrales :

- L'amygdale cérébrale contrôle l'expression de la réponse émotionnelle. C'est aussi le siège de la mémoire émotionnelle dite implicite (non consciente). Lors d'une situation de danger, l'amygdale s'active et déclenche une réponse émotionnelle pour échapper au danger, en lui faisant face, en l'évitant ou en le fuyant. Pour cela, l'amygdale commande la sécrétion d'hormones de stress par les glandes surrénales permettant de mobiliser une grande quantité d'énergie : l'adrénaline (augmente la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la fréquence respiratoire et donc la quantité d'oxygène dans le sang) et le cortisol (permet une libération du taux de glucose dans le sang).
- L'hippocampe est le siège de la mémoire explicite (dite consciente) et de l'analyse du contexte et de l'espace. Dans un deuxième temps, le cortex cérébral informé du danger, analyse la situation et consulte l'hippocampe qui encode, traite et stocke les informations sensorielles, émotionnelles, intellectuelles relatives au danger afin de constituer « une banque de données de souvenirs ». Le cortex suppléé par l'hippocampe va moduler la réponse émotionnelle en fonction de la situation et des besoins en énergie de l'organisme ou l'éteindre si le danger n'existe plus. Ainsi, la mémoire émotionnelle du danger est intégrée par l'hippocampe, transformée en mémoire explicite autobiographique et en expérience.

La réponse émotionnelle dans le cas d'un traumatisme [23]

Les violences ont un pouvoir de sidération et de colonisation du psychisme empêchant de contrôler les réactions émotionnelles et générant un état de stress extrême qui représente un risque vital cardio-vasculaire et neurologique [24]. Devant le danger, l'amygdale cérébrale s'active et enclenche la réponse émotionnelle. Mais la victime, étant dans un état de sidération, est incapable d'analyser la situation et d'y réagir de manière adaptée. En effet, le cortex étant paralysé, il ne peut se produire d'atténuation ou d'extinction de l'amygdale. La réaction émotionnelle reste donc maximale ; résultant une production importante d'hormones de stress (adrénaline et cortisol) qui entraine un état de stress extrême et un risque vital cardio-vasculaire et neurologique. Les taux croissant d'adrénaline et de cortisol deviennent toxiques : toxicité cardiaque et vasculaire pour l'adrénaline (possibilité d'infarctus du myocarde ou d'une mort subite) et neuro-toxicité lié à l'hyperglycémie pour le cortisol (risque de mort neuronale par apoptose au niveau de l'hippocampe qui peut diminuer de volume, de souffrance neuronale pouvant entrainer des pertes de connaissance, des amnésies ou un coma) [23]. Face à ce risque vital lié au survoltage de l'amygdale, le cerveau dispose d'une voie de secours exceptionnelle : la disjonction. Le cerveau fait disjoncter le circuit émotionnel en sécrétant entre autres des

neurotransmetteurs (endorphines) et des substances (antagonistes des récepteurs N-Méthyl-D-Aspartate) assimilables à des drogues comme la morphine et la kétamine. La disjonction interrompt les connexions entre l'amygdale et les autres structures du cerveau. Elle est à l'origine de deux conséquences neurobiologiques au cœur des troubles psychotraumatiques et des processus d'emprise :

- La dissociation traumatique : quand l'amygdale est isolée du cortex associatif, cela entraine une déconnection des perceptions sensorielle, algique et émotionnelle pouvant aller jusqu'à l'anesthésie émotionnelle.
- La mémoire traumatique : quand l'amygdale est déconnectée de l'hippocampe, cela empêche l'intégration de la mémoire émotionnelle en mémoire autobiographique.

La déconnexion de l'amygdale entraine donc un arrêt du risque vital et une analgésie émotionnelle et physique qui sera à l'origine des conséquences sur la santé.

- **L'emprise**

L'emprise est un rapport de domination mentale et de prise de pouvoir sur la victime ; l'objectif étant pour l'auteur des violences de contrôler sa victime [6]. C'est une volonté de dominer l'autre, de le manipuler. La violence est le moyen pour y arriver. Elle vise à dissocier la tête du corps. La tête est pleine de pensées, de remémorations des scènes de violences, des discours du dominateur alors que le corps est inerte, inhibé [15]. Pour le Dr M. Salmona, l'emprise se définit comme « *un processus de colonisation psychique par le conjoint violent qui a pour conséquence d'annihiler la volonté de la victime* ». Les mécanismes du phénomène d'emprise ne viennent pas de la victime mais des violences subies qui peuvent être responsables des deux symptômes traumatiques cités précédemment [24] :

- La dissociation traumatique se traduit par une anesthésie émotionnelle et physique, une dépersonnalisation accompagnée d'une perte des repères spatio-temporels. Tant que la victime reste en contact avec le milieu agresseur, l'état de sidération et de stress dépassé persistent, ce qui enclenche en permanence le mécanisme de sauvegarde produisant un état de dissociation traumatique chronique (elle est déconnectée de ses émotions et devient spectatrice des événements). L'anesthésie émotionnelle empêche la personne d'organiser sa défense et de prendre la mesure de ce qu'elle subit. Cet état dissociatif facilite donc grandement l'emprise du conjoint sur sa victime.
- La mémoire traumatique scelle encore plus l'emprise. La disjonction empêchant la mémoire émotionnelle d'être intégrée en mémoire autobiographique par l'hippocampe,

elle reste donc bloquée dans l'amygdale cérébrale. Lorsqu'un stimulus (sensoriel, visuel, algique) rappelle une situation de violence, l'amygdale va se « rallumer » et recréer une réponse émotionnelle forte qui va faire revivre à la victime les traumatismes passés comme s'ils se produisaient à nouveau avec le même choc émotionnel et la même intensité. La mémoire traumatique se présente notamment sous forme de flashback, de cauchemars, de reviviscences.

Pour échapper à la mémoire traumatique, la victime n'hésitera pas à adopter des stratégies d'évitement et des conduites dites dissociantes pour provoquer la disjonction et ainsi obtenir l'anesthésie émotionnelle. L'oscillation entre dissociation et mémoire traumatique peut expliquer pourquoi la victime sous emprise retourne dans le système agresseur qui a la capacité de l'anesthésier et de la dissocier, ce qui créé une dépendance vis-à-vis du conjoint.

- **Cycle de la violence et stratégies de l'agresseur**

Dans les couples où s'exerce la violence, nous retrouvons des phases qui s'articulent autour d'une logique semblable à tous : le cycle de la violence. D'installation progressive, mis en place par l'auteur des violences, ce cycle permet de maintenir l'emprise sur la victime qui vit dans un climat de tension permanent. Les manifestions des violences ont tendance à s'intensifier avec le temps [25]. En plus, les auteurs peuvent mettre en place des stratégies dans le but de prendre le contrôle sur leur partenaire [26] : isoler la victime (socialement et financièrement), la dévaloriser (critiques, moqueries, insultes, humiliations) avec pour conséquence la perte d'estime de soi, l'inversion de la culpabilité (transfert de la responsabilité de la violence sur la victime), l'instauration d'un climat de tension, de peur et d'insécurité, assurer son impunité (en recrutant des alliés ou en impliquant la victime dans le déroulement des faits). Ainsi, les victimes restent avec leur conjoint violent car il est difficile de briser le cycle des violences et de parer aux stratégies de l'agresseur. De nombreux éléments entrent en compte : l'emprise, la peur des représailles, l'isolement social, la peur du jugement, l'espoir constant que le conjoint va changer [25].

TABLEAU II : Le cycle de la violence

Phase	Caractéristiques de La phase	Réaction de la personne dominante	Réaction de la personne dominée
Tension	Conflit, divergences d'opinions sur divers sujets : éducation des enfants, relations familiales	Tension (silence) Frustration & manque de satisfaction Menace, excès de colère	Crainte Peur Inquiétude
Agression	Verbale, psychologique, physique, sexuelle (escalade de la violence)	Recours à la violence	Colère Humiliation Tristesse Impuissance
Justification	Constat des effets de la violence	Déni de la gravité des faits Déresponsabilisation (excuses) Transfert de la responsabilité sur la victime	Responsabilisation Culpabilisation Auto-accusation (doute de ses propres perceptions)
Réconciliation	Accalmie	Cherche à s'excuser, à obtenir le pardon	Espoir de changement Effacement du vécu violent Minimisation voire déni des faits.

1.4.5. Formes de violences conjugales

Dans un contexte conjugal, les violences peuvent être cumulatives, associatives et répétées [15] [25].

La violence physique est la plus repérable et banalisée, surtout si elle n'entraine pas de blessure grave. Le conjoint arrive à la violence physique quand les cris, les menaces, le sarcasme ont échoué, quand il n'a pas encore totalement la mainmise sur son partenaire. Elle commence par des bousculades, des coups de poings ou de pieds ne laissant pas forcément de trace. Elle peut être plus grave si une arme ou un objet contendant est utilisé, voire aboutir à l'homicide. Nous pouvons retrouver des traces de brûlures, morsures, griffures, strangulations témoignant d'une volonté de marquer le corps de la victime. Ces lésions se retrouvent principalement au niveau de la tête, du cou et du ventre car l'auteur souhaite faire taire son partenaire, ne plus l'entendre et le défigurer. La plupart du temps, les victimes dissimulent leurs blessures (maquillage, port de vêtements longs) ou les déguisent en accident (chutes).

La violence sexuelle est fréquente dans les couples où s'exerce l'emprise. Il peut s'agir de rapports sexuels imposés, parfois sans violence physique mais sans le consentement (viol conjugal). Ce sont les violences les plus difficiles à révéler à cause du tabou sexuel, de la honte et l'humiliation ressentie par la victime. Elle se manifeste par des attouchements non consentis, de harcèlement sexuel, des avances sexuelles importunes, l'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible au regard du public, la prise de photo ou l'exposition à la pornographie sous contrainte, la prostitution, le proxénétisme. En France, les faits de violences sexuelles sont définis par le code pénal et il y a une distinction entre le viol qui est un crime et les autres agressions sexuelles qui sont des délits. Selon l'article 222-22-2, *« constitue 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 »* [27]. Selon l'article 222.23, constitue un viol *« tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise »*. [28].

La violence psychologique est subtile et difficile à identifier par l'entourage. Elle passe par la manipulation, l'intimidation et la disqualification. L'agresseur dévalorise, humilie, infantilise sa victime qui perd l'estime d'elle-même. Elle se manifeste par des insultes, sarcasmes, hurlements, des propos méprisants visant à remettre en cause les capacités (personnelles, relationnelles, professionnelles) du conjoint, du chantage, des menaces de suicide, d'abandon ou de meurtre mais également l'isolement social, le contrôle des sorties et des fréquentations ou même l'indifférence (violence passive). Cette forme de violence crée un climat de tension, de peur et d'insécurité dans le but d'inciter la victime à se conformer aux exigences du conjoint

La violence économique est répandue mais méconnue. Elle entrave l'autonomie financière, ce qui limite ou interdit toute tentative d'échapper au conjoint violent. Elle se manifeste par une privation ou un contrôle des ressources financières et matérielles. Le conjoint prend seul les décisions quant à la gestion des revenus du foyer familial sans en avertir le partenaire, confisque des documents administratifs (carte d'identité, carte bancaire, carte vitale, carnet de santé des enfants, diplômes), surveille les activités économiques et exige de rendre des comptes, interdit au partenaire de travailler.

1.4.6. Conséquences des violences sur la santé

L'exposition à la violence a un impact sur la santé mentale, physique (traumatismes physiques aigus ou immédiats, développement de maladies chroniques), psychologique (développement de comportements à risques chez la victime), sexuelle (conséquences sur la santé sexuelle et reproductive des femmes).

Concernant les troubles psychotraumatiques, l'état de stress post traumatique (1/3 des cas) se caractérise par le développement de symptômes caractéristiques faisant suite à l'exposition à un facteur de stress extrême impliquant le vécu direct et personnel d'un évènement pouvant entrainer la mort, constituer une menace de mort et des blessures sévères ou représenter des menaces pour sa propre intégrité physique. Il peut également être consécutif au fait d'être témoin de la mort, d'une blessure ou de la menace de l'intégrité physique d'une autre personne [29]. Comme vu précédemment, le Dr M. Salmona parle de mémoire traumatique. Pour échapper à cette dernière, la victime va chercher à recréer un état de dissociation et d'anesthésie émotionnelle vécu pendant l'évènement en développant un ensemble de symptômes et des stratégies de survie qui visent à reproduire le traumatisme initial et survenir après un élément déclencheur. On retrouve :

- Des conduites d'évitement : effort pour éviter les pensées, les sentiments ou conversations liés au trauma ; pour éviter les activités, endroits, individus qui éveillent des souvenirs du trauma. Il y a une réduction nette de l'intérêt pour les activités importantes, un sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres, une restriction des affects.
- Une hypervigilance : difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu, irritabilité ou accès de colère, difficulté de concentration, réaction de sursaut exagéré.

Les conséquences physiques sont repérables à court terme. Sugar and al (2004) a montré que lors d'une prise en charge en urgence de femmes victimes d'agressions sexuelles, 20% des patientes ayant eu un examen ano-génital ont présenté un traumatisme génital ou anal et chez 52% d'entre elles, des blessures corporelles (ecchymoses, abrasions, hématomes, plaies, brûlures, strangulation, fractures du massif facial et des côtes) ont pu être observées [30]. On retrouve aussi des plaintes somatiques chroniques systémiques (sphère gastro-entérologue, urinaire, douleurs musculosquelettiques cervicales et dorso-lombaires, céphalées et migraines) résistantes aux diverses prises en charge.

Les conséquences psychologiques sont concomitantes à l'état de stress-post-traumatique. On y retrouve notamment une perte d'estime de soi, des troubles anxieux (crise d'angoisse, de panique, stress et irritabilité), des troubles cognitifs (perte de mémoire, de l'attention, de la concentration), des troubles du comportement pour apaiser l'angoisse (isolement, conduites additives, troubles du comportement alimentaire), des troubles dépressifs et des conduites paradoxales (mise en danger, dépendance avec l'agresseur) [26].

Les conséquences obstétricales : d'après l'enquête IVSEA, 8.5% des victimes ont eu une grossesse non désirée consécutive à un viol, 40% des victimes ont fait une IVG, 25% ont mené la grossesse à terme, 14% ont fait une fausse couche, 5% une IMG et 3% ont pris une contraception d'urgence [31]. La grossesse est un facteur déclenchant ou aggravant des VC : 40% des femmes « battues » racontent avoir subi des violences « domestiques » pendant leur grossesse [15]. Les violences physiques peuvent entrainer : des avortements spontanés, des accouchements prématurés, des hémorragies, des ruptures utérines.

Les conséquences gynécologiques sont dues aux violences sexuelles qui affectent l'image que la femme a de son propre corps et peuvent être à l'origine de trouble de la sexualité (dyspareunie, vaginisme, anorgasmie), troubles des règles (dysménorrhées, saignements menstruels anormaux), douleurs pelviennes notamment chroniques, une incontinence urinaire et anale [31].

L'issue fatale : la mort peut être l'issue de la violence (suicide, homicide, pathologie en lien avec la violence). Les crimes conjugaux sont favorisés par un projet de séparation ou de divorce.

1.5. Dépistage des violences conjugales dans un contexte de bilan périnéal

1.5.1. Dépistage : typologie

D'après l'OMS, le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Il existe différents types de dépistages. Nous distinguons principalement [32] [33] :

- Le dépistage individuel sélectif / ciblé (la population est recrutée fonction de critères préalablement établis : facteurs individuels, facteurs de risque) ou opportuniste (le dépistage s'effectue lors d'un recours aux soins : hospitalisation, visite médicale…)
- Le dépistage systématique dit « de masse » non ciblé : la population recrutée est non sélectionnée.

Dans le cas des VC, le dépistage systématique repose sur le questionnement de chaque patient consultant pour des soins de santé, sur les violences subies actuelles ou passées. Le dépistage ciblé quant à lui s'effectue grâce à des indices d'ordre physiques, comportementaux ou psychologiques des patients ou de leurs conjoints.

D'après l'OMS (2013), le dépistage systématique améliorait l'identification des femmes victimes de VC mais ne permettrait pas de réduire les violences exercées par le partenaire, ni d'améliorer la qualité de vie, la santé mentale et physique des victimes [34]. Cependant, le repérage doit être effectué lorsque des situations cliniques considérées à risque sont constatées lors de l'examen, en particulier en cas de troubles de la santé mentale (dépression, anxiété, tentative de suicide, état de stress post-traumatique), de recherche d'infections sexuellement transmissibles (dont le VIH), de soins prénataux puisque la grossesse est une période à risque pouvant engager la santé de la mère et de son enfant. En France, R. Henrion (2001) dans son rapport sur « les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé » [35] indique que le médecin a un rôle clé à jouer dans le dépistage des violences, le recueil de l'histoire, le constat des lésions et la rédaction d'un certificat (pièce essentielle lors d'un dépôt de plainte). Selon lui, le dépistage peut être facilité devant des lésions visibles mais devient plus difficile lorsque la patiente consulte pour des troubles dus à une somatisation : troubles digestifs, lombalgies chroniques, troubles gynécologiques ou encore troubles d'ordre psychologique. Ainsi en l'absence de signes évocateurs de violence, la seule possibilité de découvrir les violences est le dépistage systématique en posant des questions simples en rapport avec la vie conjugale ou le climat actuel de violence. Des situations peuvent être évocatrices : le jeune âge, un projet de séparation ou une instance de divorce, une séparation récente, une instabilité dans le couple (alcoolisme du conjoint, chômage). Le comportement de la femme lors d'une consultation médicale doit également prêter attention : attitude craintive et apathique, irritée et agressive, sursaut au moindre bruit ou stimulation, des déclarations confuses et incohérentes. La Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) dans son guide de pratique clinique sur la détection des VC (2018) confirme l'intérêt d'un dépistage opportuniste au vu du faible coût-bénéfice d'un dépistage systématique. La démarche diagnostique préconisée consiste à prendre

en compte la présence de facteurs de risque (genre féminin, jeune âge, problèmes de santé mentale, maladies de longue durée, contexte de séparation, grossesse et antécédents de maltraitance ou exposition aux VC pendant l'enfance) et de poser des questions « pertinentes » sur la base des tableaux cliniques associés aux VC [33].

1.5.2. Indications et principes de la rééducation périnéale

« La rééducation pelvi-périnéale est un ensemble de techniques spécifiques non chirurgicales et non pharmacologiques visant à traiter les troubles de la statique pelvienne et les dysfonctionnements des organes pelviens, urinaires, digestifs et sexuels » [36]. La périnéologie s'intéresse aux troubles perturbant le fonctionnement périnéal : continence urinaire et miction, continence anale et défécation ainsi que les fonctions de soutien et sexuelles. Les premiers essais de la rééducation périnéale remontent en 1948 grâce au gynécologue A. Kegel. Le but était de restaurer le tonus et la force des muscles périnéaux endommagés par la grossesse. Ensuite, les champs d'applications se sont étendus à l'incontinence urinaire et à la sphère recto-anale puis dans le domaine de la sexologie. Les problèmes d'origine périnéale sont multiples et donc les indications nombreuses.

- Pour les sphères urinaires et anales, les principales pathologies féminines du bas appareil que nous sommes amenés à prendre en charge en kinésithérapie sont les incontinences urinaires et anorectales, les prolapsus, la constipation basse ou terminale, les asynchronismes anorectaux.
- Pour la sphère sexuelle et les douleurs pelviennes [37], nous pouvons prendre en charge des déficiences sexuelles comme les dyspareunies. Les spasmes musculaires de type vaginisme peuvent provoquer des douleurs pelvi-périnéales (névralgies pudendales avec ou sans autres névralgies sciatique ou clunéale, vulvodynie, vestibulodynie).
- Pour la sphère gynécologique, la rééducation en pré-partum et en post-partum nécessite une prise en charge globale à la fois au niveau périnéal, pelvi-rachidien et abdominal.

La rééducation périnéale s'envisage selon trois axes thérapeutiques [38] : la rééducation analytique ; le traitement comportemental, l'éducation et les conseils sur l'hygiène de vie ; la réintégration du périnée dans le complexe lombo-abdomino-pelvien. Cette discipline fait appel à de nombreuses techniques. Tout d'abord, le dialogue et l'écoute avec le professionnel doivent permettre l'information sur les causes des dysfonctionnements, les différentes techniques utilisées au cours de la rééducation (comment elles sont appliquées et pour quel objectif) et l'éducation sur les mesures de prévention ou qui visent à limiter les effets des troubles périnéaux

[39]. Nous avons également comme moyens thérapeutiques la rééducation manuelle, instrumentale (par électrostimulation et biofeedback), abdominale et posturale, la mise en place de dispositifs intravaginaux (par exemple les pessaires dans le cas des prolapsus).

La rééducation analytique débute par une phase de prise de conscience des sensations de contraction et de détente musculaire. Elle se poursuit par une phase de renforcement actif du périnée. Pour ce faire, nous disposons de plusieurs techniques :

- **La rééducation manuelle**

Elle se réalise par un toucher vaginal ou rectal. Cette approche nécessite certaines précautions afin de respecter la dignité de chaque patient.e : l'obtention du consentement éclairé (permission d'examiner écrite au début de la rééducation puis avant chaque toucher), l'explication du geste thérapeutique, le port de gants pour une question d'hygiène et le maintien d'une distance. L'examen clinique se décompose en deux temps : l'inspection vulvo-périnéale (aspect de la vulve, trophicité, béance vulvaire, présence d'une cicatrice, présence d'un prolapsus) au cours duquel nous pouvons demander à la patiente de contracter son périnée (afin d'observer une éventuelle inversion de commande, des syncinésies), de pousser (pour voir un prolapsus), de tousser (afin d'apprécier le verrouillage périnéal et l'automatisme de contraction) et le testing des muscles releveurs de l'anus. Par son aspect proprioceptif, le toucher vaginal / rectal permet une prise de conscience de la musculature du plancher pelvien par le patient. Pour le kinésithérapeute, il s'agit à la fois d'un outil d'évaluation de la force et de la qualité de contraction des releveurs de l'anus (tension des faisceaux pubo-coccygiens, inversion de commande et tonicité, endurance, résistance, fatigabilité de la contraction périnéale) et un outil d'éducation par l'apprentissage d'exercices musculaires du plancher pelvien.

- **L'électrostimulation**

Cette technique a différents objectifs selon la pathologie : un effet d'inhibition vésicale en cas d'urgenturie, un effet d'activation musculaire et d'augmentation de la pression de clôture urétrale en cas d'incontinence à l'effort, un effet antalgique notamment sur les cicatrices d'épisiotomie [38]

- **Le biofeedback**

Le biofeedback permet une prise de conscience objective d'une fonction physiologique non révélée au niveau de la conscience par des signaux visuels et auditifs. Il s'agit donc ici de prendre conscience de la contraction périnéale. Pour cela, nous utilisons des capteurs (sondes

endocavitaires munies d'électrodes de surfaces ou d'un ballonnet, d'électrodes de surfaces) qui reliés à un appareil de périnéologie, vont enregistrer et permettre de visualiser la contraction périnéale sur un écran, par deux types de recueil de données : électromyographique par différence de potentiel d'action (µv) ou manométrique par mesure de pression (cmH_20). Il est possible de travailler en biofeedback positif (dans le but de renforcer et d'améliorer la commande musculaire) et en biofeedback négatif (afin de prendre conscience du relâchement périnéal). Cette technique peut s'effectuer dans un premier temps en position allongée puis au fur et à mesure debout, en déstabilisation et double tâche pour être le plus fonctionnel possible.

Le traitement comportemental, l'éducation et les conseils sur l'hygiène de vie : le traitement comportemental est principalement indiqué sur les hyperactivités idiopathiques. Il a pour objectif d'apprendre aux patientes à retrouver une fréquence mictionnelle la plus proche de la normale (5-7 mictions par jour et 0-1 miction la nuit). Il consiste notamment en l'utilisation d'un calendrier d'évaluation mictionnelle et défécatoire afin d'observer les habitudes mictionnelles / défécatoires du patient. A partir des données recueillies sur 2 à 3 jours (nombre, volume des mictions et des fuites urinaires, types et volumes de liquides ingérés), nous pourrons prodiguer des conseils afin de rétablir un équilibre mictionnel (techniques de relaxation, prolonger la durée des intervalles entre chaque miction via le reflexe 3 de Mahony) [39]. Cet axe thérapeutique intègre aussi des conseils d'hygiène de vie faisant appel à notre rôle de prévention et d'éducation. Nous agissons donc sur les sphères urinaire, digestive et anale en dispensant des conseils sur l'hygiène mictionnelle et la lutte contre la constipation. Ainsi, la compréhension du cycle urinaire / de la digestion, des causes et conséquences de l'incontinence urinaire/ de la constipation permet d'identifier les situations à risque pour le périnée (notamment les hyperpressions abdominales exercées sur le périnée lors de l'exonération défécatoire) et d'apporter des conseils pour l'hygiène de vie adéquats et une éducation à la fois diététique, respiratoire, abdominale et périnéale.

La réintégration du périnée dans le complexe lombo-abdomino-pelvien [38] [40] : pour permettre la pérennité des résultats de la rééducation analytique, il est essentiel que la rééducation périnéale s'intègre dans le concept globaliste thoraco-lombo-abdomino-pelvien. Ce sont développées des techniques orientées vers une appropriation de la musculature abdominale. Ainsi, dans les années 1980 est apparue une gymnastique abdominale basée sur l'activation des transverses de l'abdomen : la gymnastique abdominale hypopressive (GAH) du Dr Caufriez et la gymnastique abdominale par l'approche posturo-respiratoire du Dr De Gasquet. L'objectif

est de diminuer la pression exercée sur le périnée grâce à l'engagement du transverse de l'abdomen. La gymnastique abdominale nécessite la maitrise de plusieurs paramètres : un étirement du rachis en auto-grandissement lors du placement (bassin le plus éloigné des épaules selon le Dr De Gasquet) , une coordination abdomino-diaphragmatique (lors de l'inspiration, le diaphragme descend en refoulant les organes vers le bas, le transverse se relâche et le ventre se gonfle ; lors de l'expiration passive, le diaphragme remonte, le transverse se contracte et le ventre rentre) et une synergie périnée-transverse (qui débute par une contraction du périnée, suivie d'une expiration et de l'engagement du transverse. Cette co-contraction permet de soutenir les viscères vers le haut et de diminuer la pression exercée sur le périnée). Pour le Dr Caufriez, l'activation du transverse de l'abdomen se fait grâce à une « aspiration diaphragmatique » (lorsque le patient maintient la position en apnée expiratoire, il doit rentrer le ventre), sur un rachis en position neutre (en conservant les courbures physiologiques) et sans contraction des releveurs associés. Enfin, en 1975, le kinésithérapeute L. Guillarme développe le concept ABDO-MG® et préconise de s'intéresser dans un premier temps à la récupération de la sangle abdominale (cause) avant de traiter spécifiquement le système périnéal (conséquence). C'est un défaut de transmission des pressions au sein de l'enceinte abdomino-pelvienne qui serait en grande partie responsable des incontinences urinaires et des prolapsus. Le traitement selon le concept ABDO-MG® est orienté vers deux objectifs : réduire les résistances à l'écoulement de l'air le long des voies aériennes pour faciliter la régulation du flux expiratoire (expiration guidée) et éveiller de manière proprioceptive et dynamique la sangle abdominale dans son rôle moteur de la transmission des pressions viscérales [41]. Le mouvement s'effectue en trois temps : une expiration thoracique active, une expiration abdominale active (la contraction du transverse apparait en dernier lieu afin d'accentuer la pression abdomino-pelvienne dirigée par le souffle vers les voies aériennes) et une bascule du bassin en rétroversion sur un temps expiratoire et sans apnée en fin de mouvement. D'une manière générale, les exercices proposés devront être progressifs : d'abord en position allongée afin d'obtenir une prise de conscience de la stabilité du bassin, puis en station de quadrupédie, en position assise puis station debout afin d'arriver à des exercices plus fonctionnels.

1.5.3. Bilan objectif : interrogatoire et examen clinique

La prise en charge en rééducation périnéale débute par un bilan initial qui se déroule sur deux séances. La première séance se focalise sur l'interrogatoire qui est une occasion

d'instaurer un climat de confiance entre le professionnel et la patiente [39]. La deuxième séance s'intéresse à l'examen physique.

L'interrogatoire est une source d'informations concernant : les mécanismes et l'importance des troubles et leurs symptômes associés, l'environnement, les habitudes, les attentes et les besoins de la patiente, Cette étape va permettre de rechercher les facteurs de risque ou favorisant en fonction du motif de consultation et ainsi de définir une stratégie thérapeutique. Il doit comporter les éléments suivants :

- Les renseignements généraux : motif de consultation, âge, profession et activités (mode de vie, sports et loisirs), situation familiale, rééducation périnéale antérieure.
- Les antécédents médicaux : pathologies sous-jacentes, traitements médicamenteux et moyens de contraception.
- Les antécédents chirurgicaux : interventions au niveau de la sphère uro-génitale ou pelvienne, autres interventions, présence d'un pacemaker (contre-indication à l'électrostimulation)
- Les antécédents obstétricaux : nombre d'enfants et leur poids à la naissance, poids pris pendant la grossesse, déroulement de l'accouchement : voie basse ou césarienne, déclenchement médical ou non, anesthésie générale ou péridurale, utilisation de forceps ou de ventouse, épisiotomie ou déchirure.
- Le bilan gynécologique : bilan urinaire (incontinences et symptômes urinaires, circonstances d'apparition), bilan anorectal (constipation et incontinence anale), bilan de la ménopause (traitement hormonal de substitution, dyspareunie), bilan sexologique (dyspareunie, sensation de béance vaginale, diminution des sensations aux rapports)
- Le retentissement des troubles sur la vie de la patiente : gène sur l'hygiène, le confort, la vie sexuelle, l'estime de soi, la vie professionnelle et sportive. Le profil psychologique de la patiente est à prendre en compte : motivation, anxiété, confiance.

L'examen physique est effectué en deuxième séance et se compose des étapes suivantes :

- L'examen morphostatique : position du bassin (antéversion, rétroversion, déviation latérale), du rachis (courbures augmentées, attitudes scoliotiques), sangle abdominale (relâchée, tonique, adhérences cicatricielles, diastasis), type de respiration (abdomino-costo-diaphragmatique, paradoxale).

- L'examen loco-régionale débute par l'inspection vulvo-périnéale (cicatrice due à une déchirure, une épisiotomie, aux hémorroïdes ; trophicité, pilosité, couleur, humidité ou sécheresse vaginale, béance vulvaire modérée ou importante et présence d'un prolapsus).
- L'examen neurologique étudie les territoires sensitifs de la région périnéale.
- Le testing musculaire des releveurs de l'anus permet d'évaluer d'une part la force (endurance, résistance, fatigabilité) et la qualité de contraction (inversion de commande, syncinésies) des releveurs de l'anus et d'autre part d'apprécier la présence d'une contraction automatique des releveurs lors de la toux ainsi que l'efficacité de celle-ci sur le prolapsus.

1.5.4. Adaptation du bilan aux violences conjugales

Repérer les signes de violences subies ou en cours lors de nos bilans peut s'avérer utile afin d'évaluer les situations de crise ou d'urgence, un syndrome de stress post-traumatique et donc justifier le besoin d'orienter les patient.e.s vers des spécialistes formés ou des services spécialisés, d'évaluer l'impact du traumatisme sur la douleur et d'adapter nos traitements. Il est nécessaire d'effectuer notre bilan périnéal habituel car les patients viennent nous consulter pour un motif précis autre, tout en sachant l'adapter en cas de suspicions ou de violences avérées. Le thérapeute devra laisser une « porte entrouverte » à la discussion et seul le patient décidera s'il désire la franchir ou pas.

Lors du bilan objectif, nous devons repérer les facteurs de risque :

- A l'interrogatoire, certaines répercussions au niveau de la sphère périnéale doivent nous interroger [40] : douleurs abdominales et ballonnements, constipation et anisme, troubles alimentaires type anorexie, fibromyalgie, problèmes de sexualité (douleurs pelvi-périnéales, vaginisme, dyspareunie, absence de sensation et périnée « sidéré », aversion vis-à-vis de la sexualité). Nous devons déterminer le temps écoulé depuis l'agression et le type d'agression. Si l'agression est récente : le risque de grossesse ou d'infection au VIH ou d'une autre IST, l'état mental de la patiente (aptitude à recevoir les soins, état de déni, état de choc), les antécédents médicaux et chirurgicaux.
- Lors de l'examen physique, nous devons prêter attention à l'apparence générale (crâne, poitrine, abdomen, cuisses, jambes, pieds) et à la recherche d'éventuelles marques corporelles (ecchymose, hématome, plaie, brûlure, morsure, trace de strangulation).
- Lors de l'examen génito-anal, nous devons être attentif au comportement de la patiente (mouvement de recul, fermeture des cuisses, crispation). Nous devons repérer une

éventuelle présence de lésions et de plaies au niveau des organes génitaux externes (mutilations génitales féminines), des signes d'infections génitales et urinaires ; et au niveau anal, des fissures de la marge anale, une disparition des plis radiés au niveau de l'anus, une béance anale ou une hypotonie sphinctérienne [37]

Lors du bilan subjectif, certains éléments doivent être évocateurs de situations de violences et nous inviter à creuser ces pistes :

- Les facteurs de risques : mésusage ou surconsommation médicamenteuse (antidépresseurs, antalgiques), relation familiale difficile, période de grossesse, situation professionnelle précaire.
- Les facteurs de gravité : addiction ou abus de substance (alcool, drogue), absence de suivi médical ou paramédical, santé mentale (état de stress post-traumatique, trouble du sommeil, dépression, idée suicidaire ou tentative de suicide, crise de panique, automutilation)
- Les plaintes gynécologiques : fuites urinaires ou infections urinaires à répétition, dyspareunie, vaginisme, anisme, constipation.
- Les plaintes somatiques : non spécifiques (lombalgie), douleurs pelviennes, céphalée, fibromyalgie.

1.6. Modèles théoriques

Pour nous aider à comprendre quels sont les moyens mis en œuvre par les MK pour repérer les VC, nous allons nous appuyer sur les modèles théoriques de la communication et de la santé.

1.6.1. Modèles de la communication

Il existe différentes théories scientifiques sur la communication dont les deux modèles prépondérants sont : le modèle de communication linéaire et le modèle de communication systématique.

Les premiers modèles sont apparus pendant la seconde guerre mondiale dans un contexte militaire. Ils concernaient la communication interindividuelle ou la communication de masse et se sont basés sur la transmission de signaux dans les télécommunications, principalement sur les problèmes de transmission de messages et de la qualité de réception (problème technique, sémantique et d'efficacité). Le modèle de référence est celui de Shannon

et Weaver (1949) qui présente la communication comme le transfert d'un message d'une source vers un destinataire sous la forme d'un signal pouvant être affecté par des phénomènes parasites appelés « bruits » (toutes sources modifiant le message initial). La source d'information va sélectionner le message à transmettre. L'émetteur va coder ce message en signal qui sera envoyé sur le canal de communication au récepteur qui va à son tour décoder le signal pour transmettre le message au destinataire. Si ce modèle a le mérite de la simplicité, il présente néanmoins la communication comme un processus linéaire asymétrique dans laquelle l'information circule de l'émetteur (qui choisit l'information à transmettre) vers le récepteur (qui est passif, en position d'écoute). Ce modèle est donc peu représentatif des situations humaines [43].

Le second modèle provient de l'Ecole de Palo Alto, un courant de pensée né au milieu du XXème siècle, fondé par G. Bateson et qui a profilé les bases d'une approche systématique et interactionniste des phénomènes humains. La communication systémique se base sur la communication interpersonnelle qui se caractérise notamment par l'interactivité (activité conjointe de l'émetteur et du récepteur) et la multicanalité (mélange à proportions variables de verbal et non verbal) [44]. Elle prend en compte la complexité des interactions entre les individus, l'environnement et le contexte qui peuvent influer sur la communication. La notion de « rétroaction » ou « feedback » est aussi une notion essentielle dans ce type de communication et désigne la réaction du récepteur au message émis et son retour à l'émetteur. Cette notion a permis de franchir le pas allant de la « communication » vers l'« interaction ». Les éléments d'un système ne sont donc pas reliés entre eux de façon causale ou linéaire mais selon les principes de rétroaction et de circularité [45]. Ainsi, lorsque deux individus sont en interaction, le comportement de chacun influence celui de l'autre. Enfin, ce modèle distingue deux catégories de communication : « digitale » et « analogique ». La première se rapporte à la langue et fait référence uniquement au sens des mots. La seconde correspond à l'expression corporelle (gestes, expressions, mimiques, postures) et intègre la communication non verbale (toute compréhension de signes non évoqués par le verbe) et para-verbale (tout élément relatif à la voix). La communication « analogique » est plus imagée, mieux adaptée pour exprimer tout ce qui touche au vécu personnel ou provoquer une émotion chez l'interlocuteur. Plus floue, elle laisse de la place à l'interprétation.

1.6.2. Modèle de la santé

Selon la définition de l'OMS de 1946 « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou*

d'infirmité » [46]. Les principaux modèles théoriques de la santé sont le modèle biomédical et le modèle biopsychosocial.

Le modèle biomédical est centré sur la maladie, l'organe en souffrance et ne prend pas en compte l'ensemble des facteurs sociaux, environnementaux et personnels susceptibles d'interagir dans la maladie [47]. Cette dernière a une cause qu'il est nécessaire de guérir. Le modèle s'intéresse donc à la maladie dans sa dimension médicale et non au vécu et à ses répercussions psychosociales sur le patient. La santé correspond à une absence de maladie et le traitement de celle-ci est uniquement à visée curative « *l'essentiel de l'action clinique consistera à repérer et tenter de corriger des anomalies dans la 'machine corporelle'* » [48]. La relation de soin entre le médecin et le patient est asymétrique et la communication est linéaire. La guérison de la pathologie dépend uniquement du détenteur du savoir, le médecin qui sait ce qui est bon pour le patient. Pour guérir, le patient en position d'agent, doit écouter et appliquer les conseils du médecin, sans manifester son avis ou son ressenti.
En 1977, le médecin et psychanalyste G.L. Engel formule un nouveau paradigme médical : le modèle biopsychosocial. Il critique le point de vue biomédical trop étroit, focalisé sur le patient-objet et qui ignore l'expérience subjective du patient [53]. Sur le plan théorique, ce modèle est « *une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie* » [48]. La maladie est multifactorielle. Elle dépend de déterminants de santé biologiques (élargissement du modèle biomédical), psychologiques (relation avec l'entourage, identité, estime et confiance en soi, capacités d'adaptation), socio-culturels et environnementaux (éducation, cohésion sociale et familiale, travail et revenus économiques). Selon Gatto (2006), « *La santé est déterminée par l'équilibre dynamique et évolutif de l'individu avec son environnement* » [49] Dans ce modèle, le patient est au centre du parcours de soin et se positionne en co-auteur et codécideur de sa prise en charge. Ses émotions, ses ressentis, ses projets de vie, le contexte dans lequel il évolue sont pris en compte. Le soignant grâce à des compétences d'écoute et d'empathie donne les moyens au patient de prendre ses propres décisions. Il adapte sa prise en charge selon les savoirs préexistants, les attentes et les besoins du patient qui est donc considéré dans sa globalité.

1.7. Formulation de la pratique théorique

Suite au développement du cadre théorique et pratique, nous avons vu qu'il y a des connaissances générales à assimiler pour comprendre le phénomène des VC. L'intérêt serait de

transposer ces connaissances à la profession, d'interroger les MK sur les pratiques de terrain en matière de dépistage, sur les difficultés rencontrées et les moyens utilisés (repérage systématique ou ciblé). Le sujet principal est donc d'effectuer un état des lieux afin de comprendre comment les MK repèrent-ils les signes de VC au cours d'une prise en charge en RP.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Les outils d'enquête

Pour réaliser l'état des lieux et répondre à la problématique, nous disposons de plusieurs recueils de données. Nous réalisons une première enquête qualitative s'inscrivant dans un paradigme phénoménologique et d'une démarche déductive, avec une question initiale sans idée préconçue. L'objectif de cette recherche est de comprendre les pratiques et les comportements tout en prenant en compte la subjectivité propre à chacun. Un entretien semi-dirigé a donc été effectué, à l'aide des lignes directrices *COREQ* (Annexe 3) afin d'obtenir des informations de la part d'une professionnelle de terrain et également de servir de base dans la réalisation d'un questionnaire. Ensuite, ce dernier a été conçu à l'intention des MK prenant en charge des patients en RP afin d'évaluer leurs connaissances et leur pratique en lien avec le repérage des VC.

2.2. Méthode de l'entretien

2.2.1. L'entretien comme outil d'enquête

L'entretien individuel consiste en une conversation orale mettant face à face l'enquêteur et la personne interrogée. Cette technique est utilisée pour récolter des données qualitatives sur des thèmes concernant les rôles sociaux et les compétences professionnelles des individus ; les représentations, motivations, ressentis, causes d'un comportement d'un individu face à une situation donnée. L'entretien effectué dans le cadre de ce mémoire est de type semi-dirigé car il permet au participant de s'exprimer relativement librement (tout en ayant une maitrise sur le temps) sur une thématique grâce à des questions préétablies puis rassemblées dans un guide d'entretien.

2.2.2. Population de l'entretien

La professionnelle de santé ayant accepté de participer à l'entretien est une kinésithérapeute francilienne exerçant au sein d'un cabinet médical pluridisciplinaire dédié à la

santé de la femme. D'abord intéressée par l'univers mère-enfant, elle pratique en pelvi-périnéologie depuis 13 ans et est spécialisée en sexologie et dans la prise en charge des douleurs pelviennes.

2.2.3. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été rédigé en amont de la rencontre grâce au cadre pratique et théorique. Il comporte 8 questions principales accompagnées de questions de relance afin de maintenir la conversation si nécessaire (Annexe 4)

TABLEAU III : Guide d'entretien établi au préalable (questions principales)

Thème abordé	Question(s) posée(s)	But de la question
Présentation	1. Pouvez-vous présenter et présentez votre parcours professionnel	Définir le profil
Définition, Estimation de la prévalence des VC	2. Comment définiriez-vous les violences conjugales et avez-vous déjà été confrontée à des patientes victimes de ce genre de violences dans votre pratique ?	Explorer les connaissances et la pratique Vérifier une des questions de départ : les MK sont-ils confrontés à des patiente.e.s victimes de violence ?
Repérage des VC	3. Dans quelles circonstances les patientes sont-elles susceptibles de révéler les violences subies ? si pas de révélation dans l'immédiat, avez-vous des faisceaux d'indices quant à la présence d'éventuelles violences ? 4. Mettez-vous des stratégies en place pour dépister les VC dans votre pratique ?	Explorer la pratique Conformité avec les recommandations de la HAS
Rôle du masseur-kinésithérapeute	5. Pensez-vous que le repérage des VC soit du champ des compétences des kinésithérapeutes, pourquoi ?	Explorer l'avis
Pratique en masso-kinésithérapie	6. Comment adaptez-vous votre prise en charge (interrogatoire, examen physique, traitement) lorsque vous repérez ou soupçonnez une patiente victime de violences ?	Explorer la pratique Vérifier une des questions de départ : freins et facteurs favorisant le repérage des violences ?
Formation sur les violences conjugales	7. Avez-vous suivi des formations sur les violences conjugales en formation initiale ou continue ?	Explorer l'avis Intérêt d'une formation sur les VC
Conclusion	8. Si vous deviez résumer à un étudiant en IFMK les enjeux de la rééducation périnéale, que lui diriez-vous ?	Conclure sur les derniers conseils de la professionnelle

2.3. Méthode du questionnaire

2.3.1. Le questionnaire comme outil d'enquête

L'entretien fût une base préalable à l'établissement d'un questionnaire. Dans le cadre de ce mémoire, cette méthode d'enquête quantitative s'inscrit dans un paradigme positiviste et a pour objectif d'évaluer les connaissances, les pratiques ainsi que l'adhésion à une idée ou thématique, en récoltant des données quantitatives auprès d'une large population.

2.3.2. Population du questionnaire

La population cible concerne les MK diplômés exerçant en France et prenant en charge des patient.e.s en RP.

2.3.3. Présentation du questionnaire théorisé

Le questionnaire comporte 36 questions obligatoires et une question optionnelle. Il a été conçu en cinq parties : la première partie exploratoire permet de déterminer le profil des participants (questions 1-11). La deuxième partie permet d'apprécier les connaissances théoriques des répondants sur les VC (questions 12-16). La troisième partie a pour objectif de préciser les pratiques concernant le repérage des violences (questions 17-25) et la quatrième partie, l'avis des participants quant au rôle que peut jouer le MK concernant cette thématique (question 26-32). La cinquième partie se compose de mises en situations afin d'évaluer les pratiques et vérifier la conformité avec les recommandations de la HAS (questions 33-36). Enfin une dernière partie optionnelle « Conclusion » permet de laisser un commentaire final sur le questionnaire.

Bonjour,

Je suis étudiante en 4ème année à l'IFMK du CEERRF. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'ai réalisé un questionnaire afin d'analyser notre pratique sur le dépistage des violences conjugales particulièrement dans le cadre d'une rééducation périnéale.

La durée moyenne de réponse au questionnaire est de 5 minutes. Le questionnaire doit être rempli en entier pour pouvoir être traité.

La plupart des réponses comportent plusieurs réponses possibles. Certaines questions présentent une case réponse « Autre », n'hésitez pas à la remplir si vous souhaitez préciser ou apporter une réponse complémentaire.

Vos réponses sont anonymes et confidentielles. S'agissant d'un état des lieux de nos pratiques, vos réponses seront analysées sans aucun jugement. Ainsi, vous pouvez répondre en toute franchise et sincérité.

Je vous remercie chaleureusement pour votre participation.

Profil des participants

1) Vous êtes : *

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

2) Quel âge avez-vous (en années) : *

3) Depuis quand êtes-vous diplômé : *

- ☐ 1 - 5 ans
- ☐ 5-10 ans
- ☐ 10 - 20 ans
- ☐ > 20 ans

4) Dans quelle structure travaillez-vous (plusieurs réponses possibles) : *

- ☐ En cabinet libéral
- ☐ En centre de rééducation
- ☐ A l'hôpital
- ☐ Exercice mixte

5) Vous exercez : *

- ☐ En milieu rural
- ☐ En ville
- ☐ Dans une grande agglomération

6) Depuis quand pratiquez-vous de la rééducation périnéale ? *

- ☐ 0-1 an
- ☐ 1-5 ans
- ☐ 5-10 ans
- ☐ 10-20 ans
- ☐ >20 ans

7) En plus de votre diplôme d'état de kinésithérapeute, avez-vous suivi une formation supplémentaire en rééducation périnéale ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

8) En moyenne, à combien estimez-vous le nombre de patient(e)s que vous prenez (ou que vous avez pris) en charge en rééducation périnéale au cours d'une année ? *

- ☐ Entre 0 et 10
- ☐ Entre 11 et 30
- ☐ Entre 31 et 50
- ☐ Entre 51 et 100
- ☐ > 100

9) Quel(s) type(s) de pathologie(s) prenez-vous en charge dans votre pratique en rééducation périnéale ? (Plusieurs réponses possibles) ? *

- ☐ Incontinences urinaires
- ☐ Incontinences anales
- ☐ Prolapsus
- ☐ Troubles sexuels
- ☐ Douleurs pelviennes
- ☐ Pré-partum
- ☐ Post-partum
- ☐ Pathologies digestives

10) Quel(s) type(s) de rééducation(s) périnéale(s) réalisez-vous dans votre pratique quotidienne ? (Plusieurs réponses possibles) ? *

- ☐ Manuelle
- ☐ Biofeedback
- ☐ Stimulation
- ☐ Comportementale
- ☐ Hygiène de vie
- ☐ Posturale
- ☐ Abdominale
- ☐ Autre

11) Avez-vous déjà suivi une formation sur les violences conjugales ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Violences conjugales

12) Comment définiriez-vous les violences conjugales ? * (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Une manifestation d'un rapport de domination que le conjoint instaure sur sa victime — Vrai
- ☐ Les violences conjugales concernent les couples mariés, pacsés, les petits-amis ou les ex-partenaires — Vrai
- ☐ Les violences conjugales se manifestent essentiellement par des violences physiques — Faux
- ☐ Les violences conjugales comprennent des agressions d'ordre physiques, psychologiques et sexuelles — Vrai
- ☐ Deux points de vue qui s'opposent dans des interactions égalitaires entre les deux partenaires — Faux

13) Selon vous, concernant les violences conjugales : (Plusieurs réponses possibles) *

- ☐ Les violences conjugales existent essentiellement dans les milieux socio-culturels les plus défavorisés — Faux
- ☐ Les victimes ne parlent pas spontanément des violences subies — Vrai
- ☐ On estime chaque année que 295.000 personnes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences conjugales — Vrai
- ☐ Les violences conjugales n'ont pas de qualification juridique mais constitue une circonstance aggravante en cas d'homicide ou de violence(s) en général — Vrai

14) Selon vous, quelle est la proportion de femmes et d'hommes victimes de violences conjugales en France ?

- ☐ 92% de femmes / 8% d'hommes
- ☐ 82% de femmes / 18% d'hommes
- ☐ 72% de femmes / 28% d'hommes [Vrai]
- ☐ 62% de femmes / 38% d'hommes

15) Connaissez-vous les recommandations de l'HAS de 2019 sur « le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » à destination des professionnels de santé ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

16) Connaissez-vous les notions suivantes relatives aux violences conjugales ? (Plusieurs réponses possibles) *

- ☐ L'emprise
- ☐ Les stratégies de l'agresseur
- ☐ Je ne connais aucune de ces notions
- ☐ Le cycle de la violence
- ☐ L'état de stress post-traumatique

Dépistage lors du bilan périnéal

17) **Lors de votre bilan initial, à l'interrogatoire, vous préférez** : *
- ☐ Diriger l'entretien pour que le patiente réponde à vos questions *(communication linéaire, modèle biomédical : non conforme)*
- ☐ Laisser la patiente mettre des mots sur ce qu'elle ressent et vous adapter en fonction *(communication systémique, modèle biopsychosocial : conforme)*

18) **Selon vous, quelle est la place de la communication non verbale (émotion, geste, mimique) dans le cadre d'une rééducation périnéale ? ***

Pas importante 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Essentiel

19) **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été confronté à des patient(e)s victimes de violence(s) ? (Plusieurs réponses possibles) ***
- ☐ Violence physique
- ☐ Violence psychologique
- ☐ Je n'ai pas été confronté(e) à de patient(e)s victimes de violence
- ☐ Violence sexuelle
- ☐ Violence économique

20) **Lors d'une rééducation périnéale, estimez-vous qu'il existe un moment opportun pour repérer les violences conjugales ? (Plusieurs réponses possibles) ***
- ☐ Lors de l'interrogatoire (bilan initial)
- ☐ Au cours d'une séance de rééducation périnéale
- ☐ Lors de l'examen clinique (bilan initial)
- ☐ Autre

21) **Lors de votre bilan périnéal, cherchez-vous à savoir si vos patient(e)s sont victimes de violences conjugales ? ***
- ☐ Oui, de manière systématique
- ☐ Oui, de manière ciblée (indices physiques, psychologiques, comportementaux)
- ☐ Non, car je ne pense pas les dépister
- ☐ Non, car je ne sais pas comment m'y prendre

22) **Quel(s) type(s) de violence(s) repérez-vous en majorité ? (Plusieurs réponses possibles) ***
- ☐ Violence physique
- ☐ Violence psychologique
- ☐ Je ne dépiste pas les violences conjugales
- ☐ Violence sexuelle
- ☐ Violence économique

23) **Sur un échantillon de 100 patient(e)s pris(e)s en charge en rééducation périnéale dans votre pratique, selon vous combien sont victimes de violence conjugales ? ***

- ☐ 0%
- ☐ Entre 0-25%
- ☐ Entre 25-50%
- ☐ Entre 50-75%
- ☐ Entre 75%-100%

24) Comment procédez-vous pour aborder le sujet des violences conjugales avec votre patient(e) ? *

- ☐ Vous abordez vous-même le sujet en posant une question directe.
- ☐ Vous abordez vous-même le sujet en posant une question indirecte
- ☐ Je n'aborde pas le sujet des violences conjugales

25) Lors de votre bilan, pensez-vous à d'éventuelles violences conjugales dans les cas suivants ? (Plusieurs réponses possibles) *

- ☐ Comportement du / de la patient(e) (regard fuyant, dépression…)
- ☐ Traces corporelles (hématomes, ecchymoses, strangulation ect)
- ☐ Troubles de la sexualité
- ☐ Douleurs pelviennes
- ☐ Anisme
- ☐ Période de grossesse
- ☐ Interruption involontaire de grossesse
- ☐ Antécédents d'IST
- ☐ Conduite addictive (tabac, alcool, drogue)
- ☐ Jeune âge
- ☐ Aucun de ces signes
- ☐ Autre

Le rôle du Masseur-Kinésithérapeute

26) Pensez-vous que le masseur-kinésithérapeute a un rôle à jouer dans le repérage des violences conjugales ? *

Non pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Oui tout à fait

27) A votre avis, en tant que masseur-kinésithérapeute, pour quelle(s) raison(s) est t-il utile de repérer les violences conjugales (plusieurs réponses possibles) ? *

- ☐ Pour pouvoir adapter notre pratique
- ☐ Pour montrer aux patient(e)s que vous êtes à son écoute en cas de besoin
- ☐ Pour aider les patient(e)s à mettre des mots sur ce qu'ils/elles ont vécu
- ☐ Pour que les patient(e)s puissent sortir de la situation de violence conjugale
- ☐ Pour que l'auteur des violences soit condamné
- ☐ Je ne trouve pas utile de repérer les violences conjugales
- ☐ Autre

28) Actuellement, comment évaluez-vous votre aptitude à repérer les violences conjugales dans le cadre d'une rééducation périnéale ? *

Pas du tout à l'aise 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait à l'aise

29) Actuellement, comment évaluez-vous votre aptitude à repérer les violences conjugales pour toutes types de rééducation ? *

Pas du tout à l'aise 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait à l'aise

30) Selon vous, pour quelle(s) raison(s) le masseur-kinésithérapeute a-t-il des difficultés à effectuer le repérage des violences conjugales ? (Plusieurs réponses possibles) *

- ☐ Le manque de formation
- ☐ La relation avec le / la patient(e) n'est pas assez développée
- ☐ La question est difficile à poser
- ☐ Le réseau d'aide local n'est pas connu
- ☐ La peur des conséquences (médicale, psychologique, judiciaire)
- ☐ Une histoire personnelle avec la violence
- ☐ Vous ne savez pas comment réagir si la patiente se confie
- ☐ Autre
- ☐ Le manque de temps
- ☐ Le sentiment d'intrusion dans le couple
- ☐ Le sujet est tabou
- ☐ Une absence de procédure claire
- ☐ La peur de la réaction de la patiente (la mettre mal à l'aise)
- ☐ Vous ne savez pas quoi faire de l'information
- ☐ Ce n'est pas le rôle du kinésithérapeute de repérer les violences conjugales

31) Selon vous, pour quelle(s) raison(s) un(e) patient(e) a-t-il / t-elle des difficultés à parler des violences conjugales subies au masseur-kinésithérapeute ? (Plusieurs réponses possibles) *

- ☐ Pas d'identification de l'acte de violence subi
- ☐ Le secret
- ☐ L'isolement
- ☐ La peur des répercussions sur la famille et les enfants
- ☐ La vision du rôle du kinésithérapeute
- ☐ La peur du jugement, de ne pas être crue
- ☐ Le sentiment de honte et de culpabilité
- ☐ L'emprise
- ☐ La méconnaissance des conséquences sur la santé
- ☐ Autre

32) Si on vous proposait d'effectuer une formation sur les violences conjugales, quels sont les thèmes que vous voudriez aborder pour pouvoir les repérer ? (Plusieurs réponses possibles) *

- ☐ L'historique des violences conjugales
- ☐ Les signes à repérer
- ☐ L'orientation des victimes
- ☐ Autre
- ☐ Les impacts des violences sur la santé
- ☐ Les questions à poser aux patient(e)s
- ☐ Une meilleure définition de notre rôle en tant que kinésithérapeute

Mises en situation

**Conformité : Recommandation HAS 2019 / C : Conforme / NC : Non Conforme*

33) Lors de votre examen clinique, vous remarquez une marque de scarification sur le bras droit de votre patiente : (Plusieurs réponses possibles) : *

- ☐ Vous ne relevez pas car vous ne savez pas comment aborder le sujet NC *(Difficulté : ne pas savoir comment aborder le problème)*

- Vous constatez cette marque à haute voix et indiquez à votre que ce n'est pas en concordance avec son motif de consultation *(C : reconnaitre un signe d'alerte, exprimer son désarroi face à la situation)* C
- La patiente déclare que c'est parce qu'elle s'est égratignée en tombant, vous acquiescez et changez de sujet *(Difficulté : la patiente cache la cause de sa blessure physique. Nécessité d'engager le dialogue).* NC
- La patiente a vu que vous aviez remarqué sa marque sur le bras, elle vous dit que « c'est 3 fois rien ». Vous n'insistez pas mais lui dites que vous restez à son écoute pour en parler quand elle le souhaitera *(C : respecter le rythme, la temporalité de la patiente)* C

34) Vous souhaitez effectuer un toucher vaginal, mais la patiente a un mouvement de recul et ferme ses cuisses (communication non verbale) : *

- Vous dites que vous comprenez son inquiétude et que vous pouvez effectuer l'examen quand elle l'aura décidé *(C : attitude bienveillante, à l'écoute, respect du rythme de la patiente)* C
- Vous demandez à la patiente les raisons qui pourraient expliquer cette réticence *(C : Engager le dialogue, comprendre le contexte)* C
- Vous lui dites que cet examen fait partie de la routine et qu'il s'agit juste d'un mauvais moment à passer *(NC : communication linéaire, modèle biomédical)* NC
- Vous lui dites qu'il faut être à l'aise avec son corps pour pouvoir avec des résultats efficaces *(NC : communication linéaire. Nécessité ne pas porter de jugement).* NC

35) Une patiente vient vous consulter pour vaginisme, à l'interrogatoire, vous lui posez la question suivante « avez-vous vécue quelque chose à un moment de votre vie qui puisse expliquer des problèmes sexuels d'aujourd'hui » ? La patiente vous répond que « c'était il y a longtemps » : *

- Vous lui dites d'aller consulter un psychologue ou un médecin et terminer l'interrogatoire *(NC : modèle biomédical. Nécessité de comprendre le contexte).* NC
- Vous lui demandez si elle en a déjà parlé à quelqu'un, que ce soit son entourage ou un professionnel de santé *(C : Communication systématique, compréhension du contexte)* C
- Vous lui dites d'aller porter plainte *(NC : modèle biomédical, communication linéaire. Nécessité de respecter l'autonomie et laisser la patiente décider d'elle-même).* NC
- Vous lui indiquez qu'il est possible d'en parler avec vous et que l'échange restera confidentiel *(NC : respect de la confidentialité de l'échange, favoriser le dialogue)* C

36) Une patiente vous révèle que depuis 1 mois, son conjoint la rabaisse, l'insulte et remet en cause ses capacités intellectuelles et professionnelles. Elle pense que son conjoint a raison et qu'elle doit changer son comportement pour améliorer la situation de son couple : *

- Vous lui dites que vous la croyez *(C : marquer son soutien, montrer son adhésion ; reconnaitre la validité du récit)* C
- Vous lui dites qu'elle est victime d'agressions psychologiques de la part de son conjoint *(C : Aider la patiente à identifier l'acte de violence subi)* C
- Vous lui conseillez de quitter son conjoint *(NC : Une séparation est situation à risque)* NC
- Vous êtes pris(e) d'empathie pour la patiente et lui dites « oh ma pauvre » pour marquer votre soutien *(NC : Nécessité de ne pas porter de jugement).* NC

Conclusion

Vous pouvez laisser un commentaire final sur ce questionnaire, quelque chose que vous voudriez ajouter. Au plaisir de vous lire. Merci de votre participation !

3. RESULTATS

3.1. Résultat de l'entretien

3.1.1. Recueil et analyse des données de l'entretien

La rencontre s'est déroulée le 26 février 2020, en présentiel sur le lieu de travail de la kinésithérapeute interrogée. L'entretien a été enregistré et a duré 58 min. Il a été retranscrit mot à mot sur un document *Word*, les lignes numérotées et représente 613 lignes et 8837 mots (Annexe 5). Une première lecture « flottante » a servi de préanalyse afin d'avoir une impression globale sur le déroulement de l'entretien. Une analyse de contenu a ensuite été réalisée pour déterminer les notions et les thèmes abordés durant l'entretien.

3.1.2. Présentation des résultats de l'entretien

TABLEAU IV : Présentation des résultats relatifs au repérage des violences conjugales

Thème	Le repérage des violences conjugales
Le type de violence	Lignes 49-51 *: « Je parle un peu de violences sexuelles sur les femmes qui ont certains problèmes sexo types vaginisme surtout, effectivement là on essaye d'aller chercher s'il y a une cause traumatique ou s'il y a eu problèmes d'agressions sexuelles »* Lignes 178-180 *: « Dans le cadre des douleurs, je vais en parler et principalement des violences sexuelles […] Les violences conjugales, c'est pas quelque chose que moi je vais aborder de prime à bord avec mes patientes »* Lignes 108-110 *: « J'aborde les violences sexuelles mais quasiment qu'elles, pas autres choses […], souvent les problèmes anciens, je vais pas parler à un instant t. C'est plutôt est ce qui s'est passé quelque chose qui l'explique, mais je ne suis pas dans l'instant présent »*

Estimation de la fréquence	Lignes 205-207 *: « Sur les femmes que je vois pour des douleurs pelviennes, du vaginisme, de l'hypertonie ect, je pense qu'il y en a bien une sur quatre qui a eu des problèmes de violences sexuelles »* Lignes 209-211 *: « Effectivement violences conjugales […] Quand on connait les chiffres, forcément qu'entre les mains, tous les jours je vois des femmes qui subissent des violences mais en fait je ne le sais pas, je ne cherche pas »*
Contexte / Indices	Lignes 114-116 *: « J'ai tendance à poser la question quand je vois une patiente qui est très stressée par un examen vaginal »* Lignes 216-218 *: « Les indices que je verrais […] visibles à l'examen, oui s'il y a de hématomes en gros »* Lignes 271-272 *: « Il y a certainement des douleurs pelviennes qui sont à l'origine liées à des violences sexuelles »*
Réflexion sur le dépistage systématique	Lignes 351-355 *: « Je pense que ça mérite d'être réfléchi effectivement […] je pense que c'est important de le faire puisque […] ça veut dire qu'il y a une place pour le professionnel de santé dans le dépistage des violences conjugales mais encore une fois, à quel moment on nous en parle, à quel moment on nous le dit et à quel moment on nous forme »* Lignes 298-301 *: « Est-ce que c'est approprié aujourd'hui sur un bilan périnéal de systématiquement demander à une patiente si elle a été victime de violence, je pense que ce serait hyper invasif comme questionnaire sans forcément qu'elle comprenne pourquoi »*
Questionnement sur les violences conjugales et sexuelles	Ligne 68 *: « Je ne suis pas directe parce que je la laisse mettre des mots sur ce qu'elle vit » / Lignes 79- 80 : « Je me suis rendue compte qu'entre la perception de nous, ce qui s'est passé dans la vie d'une femme et sa perception à elle, il y a de grosses différences » / Lignes 83-85 : « On voit que ça touche […] mais peut pas forcément dire les choses et dans ce cas-là, je vais guider » /* Lignes 71-73 *: « Est-ce que vous avez vécue quelque chose dans votre enfance ou à un moment de votre vie qui puisse expliquer les problèmes sexuels d'aujourd'hui donc du coup c'est assez large et en fonction de sa réponse j'affine » /* Lignes 90-92 *: « Je vais guider : est-ce qu'il y a des problèmes d'ordre sexuels ? Est-ce qu'il y a eu des attouchements ? Est-ce qu'il y a eu des violences ».* Lignes 104-109 *: « Est-ce que vous avez des problèmes relationnels avec votre conjoint, ça arrive chez certaines au fur et à mesure d'aborder comment ça se passe dans votre couple ? Est-ce que ça se passe bien ? Est-ce qu'il respecte vos envies, vos désirs ? […], ça vient au fur et à mesure, mais sur mon bilan initial, je suis plus attachée à comprendre et à savoir ce qui s'est passé, à être dans le passé, que vraiment le présent à un instant t ».* Lignes 239-243 *: « Ça fait partie des questions, je laisse la patiente parler tant qu'elle a des choses à dire, je lui demande aussi si […] c'est des*

	choses dont elle a parlé à quelqu'un d'autre, à son conjoint ou des professionnels […] du coup où elle en est par rapport à cette situation-là, est-ce que pour elle, c'est quelque chose de digéré […] ou quelque chose de pesant »
Facteurs freinateurs	Ligne 149 *: « On a nos limites en tant que kiné »* Lignes 176-177 *: « Le fait est que les patientes, si on n'en parle pas, ne l'abordent pas »* / Lignes 178-180 *: « A une époque où je n'étais pas apte à recevoir l'information, je ne crois pas que j'ai déjà eu des patientes victimes de violences conjugales qui m'aient ouvertement dit qu'elles étaient victimes de violences de la part de leur conjoint »* Lignes 252-255 *: « Parce que les violences sexuelles, beaucoup de femmes les perçoivent à l'extérieur de leur couple mais très rarement, elles le perçoivent à l'intérieur de leur couple. Quand on demande à une femme si elle subit une agression sexuelle ou quelque chose qui puisse expliquer les problèmes qu'elle a aujourd'hui, elle va pas forcément dire que oui parce que pour elle c'est son ressenti […] Alors que si on lui demande est ce que vous êtes systématiquement consentante pour tout ce qui se passe avec votre conjoint, là elle va répondre que non, mais sans aucun moment faire le lien entre le fait de ne pas être consentante ça veut dire être victime d'une violence sexuelle » /* Lignes 267-268 : *« Il y a aussi des femmes qui subissent des choses enfants qui leur paraissent pas si grave »* Lignes 484-486 : *« Les victimes elles sont souvent enfermées et tout est fait pour les inciter à ne pas parler par le conjoint qui a la mainmise sur elle ».* / Ligne 487-490 *: « En tant que kiné, on n'a pas forcément le sentiment d'avoir un rôle à jouer dans tout ça. Autant si c'est notre sentiment à nous c'est forcément celui de la victime aussi qui se dit que c'est pas son kiné qui va faire quoi que ce soit pour elle et que ça sert pas à grand-chose de venir lui parler de violences qu'elle a subi ou qu'elle subit »*
Facteurs favorisants	Ligne 119 *: « La confiance s'instaure aussi, du coup c'est plus facile »* Lignes 122-123 *: « Je pense que ça vient avec le temps, quand elle voit que j'écoute, que je réponds à ses questions et qu'il n'y a aucun tabou et aucune question bête en fait »* Lignes 165-167 *: « Le fait de travailler avec d'autres professionnels ou même sur des formations, c'est hyper enrichissant parce qu'on échange beaucoup entre personnes présentes »*

TABLEAU V : Présentation des résultats relatifs à la pratique en masso-kinésithérapie

Thème	Pratique en masso-kinésithérapie
Attitude vis-à-vis des violences	Lignes 272-274 : *« Ma réaction […] dépend de ce que j'entends mais j'essaye de faire comprendre aux femmes qu'on peut pas tout accepter, que tout n'est pas normal […] quand elles ont pas la sensation que c'est un abus »* / Lignes 284-289 : *« Quand elles ont la sensation vraiment que ça été un abus, là je vais me renseigner pour savoir si elles ont parlé, si elles sont ouvertes avec ça, si la famille est au courant, si le conjoint est au courant, je vais les inviter à extérioriser tout ça auprès de professionnels compétents parce que je pense que pour le coup, c'est pas ma compétence »* Lignes 406-408 : *« Je ferai quelque chose, j'ai jamais été confrontée […] je me renseignerai justement sur quelles sont mes obligations, sur comment je peux l'aider, sur les numéros d'aides »*.
Communication verbale et non verbale	Ligne 88 : *« Je la laisse mettre des mots sur ce qu'elle vit »* Ligne 118 : *« Je vois une patiente qui est stressée »* / Ligne 219 : *« Quand je vois qu'elles sont toutes crispées »* Lignes 224-224 : *« Un examen gynéco c'est pas agréable et du coup il y a une petite appréhension »* / Ligne 501 : *« Réticence dans les yeux d'une patiente »* Lignes 507-510 : *« Alors le visage c'est très altéré par les masques, c'est catastrophique mais beaucoup de choses se lisent dans le visage […] il y a le corps qui parle. Clairement la position du bassin et des cuisses sur une femme qui appréhende un examen vaginal, ça parle »* Lignes 515-517 : *« J'ai pris l'habitude de faire en sorte que le premier contact physique avec la patiente, même sur un examen vaginal, ne soit pas justement vaginal […] je vais avoir une main sur la cuisse. Le premier contact ça va être ça »*
Communication pluridisciplinaire	Lignes 134-137 : *« J'ai essayé de chercher des informations auprès de professionnels qui avait l'habitude pour savoir comment je devais réagir quand une patiente avait subi des violences sexuelles et comment je me positionnais en tant que thérapeute pour ne pas être violente avec elle »* Ligne 157 *: « La première fois que ça m'est arrivée, j'ai appelé une sage-femme qui travaillait dans le même cabinet »* Lignes 254-255 : *« J'ai beaucoup échangé […] avec une assistante sociale qui est spécifiquement formée aux violences conjugales et sexuelles »*
Evolution de la pratique	Lignes 96-99 : *« La première fois qu'une patiente m'a parlé spontanément de violences sexuelles, j'ai pas su quoi faire de l'information, clairement, parce que j'avais beau être formée en rééducation périnéale et avoir fait déjà plusieurs formations, à aucun moment on m'en avait parlé, du coup je me suis renseignée, j'ai discuté avec des collègues »* / Lignes 100-102 : *« J'ai un peu évolué sur le côté*

	violences sexuelles par contre sur tout ce qui violences conjugales […] et bien je me rends compte que c'est pas des sujets que je vais aborder avec les patientes » Ligne 249-250 : *« Je pense que je vais modifier aussi ma façon de poser les questions »*
Signalement	Lignes 381-383 : *« Si jamais une patiente […] me parle et d'une violence qui est actuelle […] légalement, je suis dans l'obligation de faire un signalement et c'est pareil c'est très flou »* Lignes 395-496 : *« L'obligation, c'est peut-être plus nuancé, c'est peut-être dans le cas où il y a un danger immédiat […] encore une fois, si on n'est pas formé, qu'est-ce qu'un danger immédiat »*

TABLEAU VI : Résultats relatifs à la pratique en rééducation périnéale

Thème	Pratique en rééducation périnéale
Prérequis Qualités Compétences	Lignes 237-240 :*« J'ai toujours été dans le non jugement […], je suis hyper-tolérante […] j'ai toujours essayé d'être dans la bienveillance, j'aime l'échange, […], j'ai plutôt un discours rassurant »* Lignes 315-318 : *« L'écoute, puis la transmission du savoir. Je pense qu'une rééducation périnéale efficace c'est surtout d'arriver à comprendre la patiente et quelles sont ses attentes et à la positionner au centre de sa rééducation »* / Lignes 322-326 : *« Je dis carrément à des patientes, je suis votre coach en fait, le boulot c'est vous qui le faite, moi je vous donne toute les cartes et je vous explique tout ce qui faut pour que vous puissiez comprendre votre corps et travailler toute seule […] C'est pas le travail qu'on fait ensemble, pendant la séance qui compte, c'est tout ce que vous allez faire vous à coté de toutes ces informations-là »* Lignes 476-480 : *« Les qualités […] C'est l'écoute, dès qu'on est dans l'humain… les prérequis et les compétences [...] c'est de savoir dépister les signes, savoir quoi faire des informations, est ce qu'il y a besoin d'orienter, orienter vers qui ? signaler, signaler vers qui ? Voilà toute la partie théorique. Et puis les qualités c'est la partie humaine, c'est l'écoute, c'est l'empathie »*
Adaptation de la pratique	Lignes 142-144 : *« Par exemple, il y a certaines personnes qui vont préférer un travail purement manuel parce que l'introduction d'une sonde c'est impossible pour elles. D'autres, ça va être l'inverse. Le coté impersonnel d'une sonde c'est plus rassurant pour quelqu'un qui a été abusé »* Lignes 594-599 : *« Je vais être plus attentive […] à mon examen clinique, à pas reproduire des violences avec elle. Je le suis déjà avec toutes mes patientes à demander le consentement, à être douce à toujours expliquer ce que je vais faire. Je pense quand je sais qu'une patiente a subi des violences sexuelles, je vais être encore plus attentive à tout ça et vraiment*

	chercher dans ses yeux le moindre signe qui pourrait me laisser penser que même si elle ne dit pas non enfin son oui c'est pas un vrai oui » Lignes 501-504 : *« Si je vois de la réticence dans les yeux d'une patiente, je fais pas, on fait autre chose, moi je quitte mes gants, on se rhabille, on va faire des étirements, on va respirer, on va discuter, on va faire n'importe quoi mais je ne fais jamais de toucher vaginal sur une patiente chez qui j'ai le sentiment que ça va être une torture »*
Traitement	Lignes 521-522 : *« J'essaye d'être la plus externe possible, large et global au début pour être le plus fin et le précis au fur et à mesure […] ça se décide avec les patientes »* Lignes 326-528 : *« Travailler sur la respiration, c'est hyper important d'aller détendre le ventre, de faire des étirements pour aller détendre tous les muscles du bassin […] ça va les apaiser, les rendre moins stressée par la suite »* Lignes 529-534 : *« Dès qu'on passe à des techniques plus invasives, j'en parle avant comme ça je les laisse se préparer […] c'est elles qui vont revenir, comme ça, elles sont pas en position de ne pas oser dire non car c'est un geste thérapeutique, j'ai peut-être pas le droit de refuser »*

TABLEAU VII : Présentation des résultats relatifs au rôle du kinésithérapeute

Thème	Rôle du kinésithérapeute
Limites de compétence	Lignes 558-560 : *« On a nos limites, l'idée c'est plus d'orienter vers des personnes compétentes pour aider […]. Mais nous, aider à proprement parler, je dirais je sais pas, je pense pas »* Lignes 576-579 : *« Se poser comme conseillère logique avec nous ce qu'on connait de la vie, en se disant mais Madame, faut pas rester, faut pas subir ça, faut le quitter votre mari, si trois jours après elle est morte, je pense qu'on a pas fait notre travail correctement »* Lignes 582-585 : *« A titre personnel, je pense que je suis pas suffisamment formée aujourd'hui pour informer ces patientes sur quels sont leurs droits et qu'est-ce qu'elles devraient faire parce que je vis pas ce qu'elle vit et aller porter plainte oui et non en fait […] est ce que c'est vraiment le conseil à donner à chaque femme. J'en suis pas certaine »*
Orientation	Ligne 150 : *« J'envoie très facilement vers des psychologues ou autres et j'invite les patientes à parler »* / Ligne 570 : *« Pour moi aider c'est orienter vers quelqu'un de compétent »* Lignes 564-569 : *« Quand on a l'information, on la prend en compte pour travailler avec nos patientes dans la bienveillance et on réoriente vers des professionnels plus compétents pour aider ces patientes-là. Donc vers des psys si elles n'ont pas eu l'occasion d'en parler, qu'elles ont besoin d'échanger quand ce sont des choses qui sont passées ou vers des*

	personnes qui sont dans le social pour mettre en place toutes les démarches d'aides aux victimes »

TABLEAU VIII : Présentation des résultats relatifs à la formation

Thème	La formation
Violences conjugales et sexuelles	Lignes 65-67 : *« Ça va être plus de l'information sur […] un des derniers congrès où j'ai assisté il y avait une intervention sur les violences familiales »* Lignes 90-91 : *« Je me suis souvent faite la remarque qu'on était pas suffisamment formé en tant que kiné » (lignes 96-97). « Sur notre formation, c'est pas des choses qu'on nous invite à faire et sur lesquelles on nous guide »* Lignes 437-443 : *« Quand j'étais face à ma première patiente qui m'a dit avoir victime d'un viol, j'aurai peut-être aimé qu'à l'école de kiné […] parmi tous ce que vous pouvez rencontrer, vous aurez peut-être un jour des personnes qui vous parlerons de violences conjugales, de violences sexuelles et faut savoir que ça existe, faut savoir comment réagir […] avoir un listing des numéros d'urgence, de groupe d'entre-aide […] pour être capable de faire quelque chose de l'information. Et pas se sentir bête parce qu'on en a jamais entendu parler avant, même si on sait que ça existe »* Lignes 461-470 : *« J'ai fait une formation […] en périnéo chez l'enfant […] on a tous les chiffres possibles et imaginables sur les violences faites sur les enfants. La formation était construite comme ça parce qu'ils partaient du principe que certains problèmes chez l'enfant étaient liés justement à des abus et qu'il fallait être capable de les dépister […] J'ai jamais jamais jamais eu ce genre […] de contenu sur des formations en rééducation périnéale chez la femme. Donc même si c'était pas fait en formation initiale, quand on commence à faire de la rééducation périnéale, je comprends pas qu'à un moment on nous parle pas d'abus sexuels […] et du coup de violences conjugales au sens plus large oui »*
Contenu souhaité	Lignes 593-597 : *« Quelle est ma place exactement, quelles sont les questions à poser aux patientes, quel est notre rôle une fois qu'on reçoit l'information pour aider ces patientes-là […] Savoir repérer, savoir poser les questions et savoir quoi faire des infos »*

3.2. Résultat du questionnaire

3.2.1. Recueil des données du questionnaire

Le questionnaire a été conçu avec *Google Form*®. Il a été publié à partir d'un lien internet via un réseau social sur des groupes de MK puis envoyé par mail au conseil de l'ordre

et à des MK libéraux pratiquant la rééducation périnéale. Le temps de recueil des données a duré un mois, du 22/03/2020 au 22/04/2020. Lors de la clôture du questionnaire, 42 réponses ont été enregistrées. Un doublon a été exclu, ce qui fait 41 réponses analysées. Les données ont été traitées par *Excel*®.

3.2.2. Partie descriptive (questions 1 à 11)

La population ayant répondu au questionnaire est majoritairement féminine (98%) et a entre 23 et 80 ans, avec une moyenne d'âge de 36,7 ans. La majorité des MK ont obtenu leur diplôme entre 2000-2010 (Fig.3) et exercent en cabinet libéral (98%) dont la moitié en ville, 32% dans une grande agglomération et 22% en milieu rural.

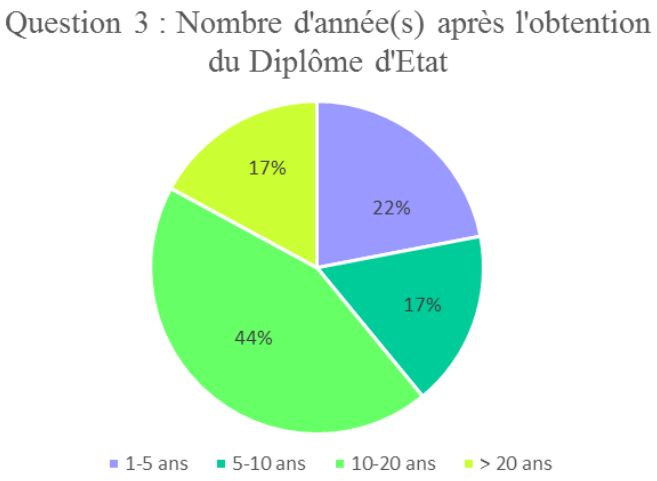

Figure 3 : Répartition de la population en fonction du nombre d'année(s) post-DE

En ce qui concerne la pratique en RP, 98% des MK diplômés ont suivi une formation supplémentaire pour pratiquer en pelvi-périnéologie. Pour le nombre d'années de pratique (Fig.4) : 27% ont plus de 10 ans de pratique, 29% entre 5 et 10 ans et 24% ont moins de 5 ans d'exercice dans ce domaine (figure). Ensuite, les pathologies prises en charge par les MK sont principalement les incontinences urinaires (100%), le post-partum (95,1%), les prolapsus (83%) et les douleurs pelviennes (83%). Nous notons une mention dans la case « Autre » de douleurs post-traumatiques et d'agression. Les techniques utilisées en rééducation par la population sont notamment les techniques manuelles (95%), la rééducation abdominale (93%) les conseils sur l'hygiène de vie (90%), le biofeedback (85%), le traitement comportemental (78%). Dans la case « Autre », nous constatons également l'utilisation de radiofréquence et de dispositifs intravaginaux (pessaires, cônes, dilatateurs) (Fig.6).

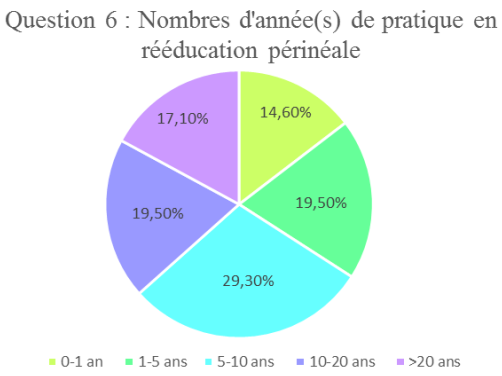

Figure 4 : Répartition de la population en fonction du nombre d'année(s) de pratique en RP

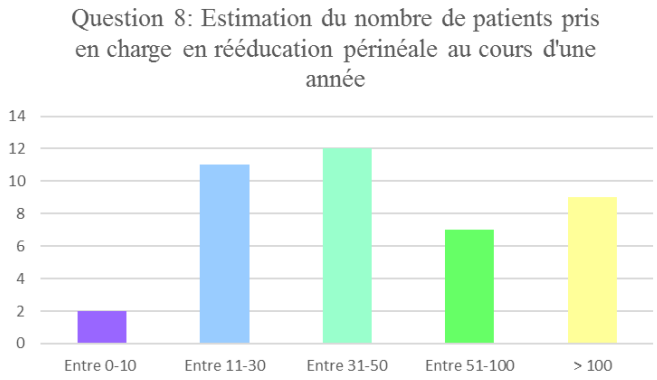

Figure 5 : Répartition de la population en fonction de l'estimation du nombre de patients pris en charge au cours d'une année en RP

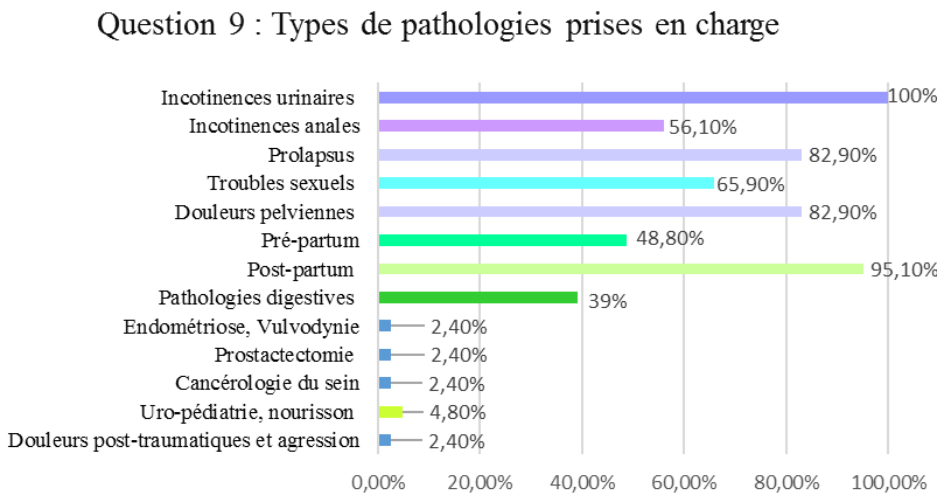

Figure 6 : Fréquence des différents types de pathologies prises en charge

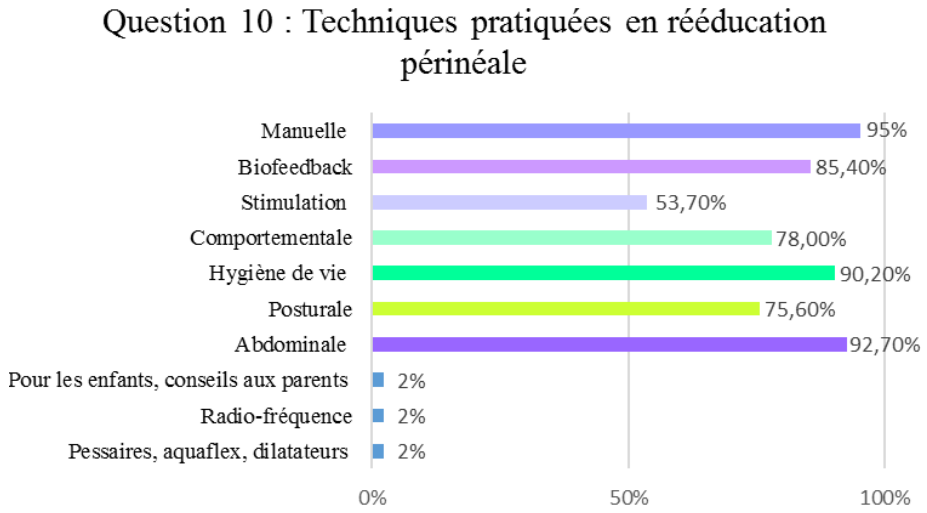

Figure 7 : Fréquence des techniques utilisées RP

Pour finir, les résultats de la question 11 montre que 81% des MK n'ont pas suivi de formations concernant le sujet des VC

3.2.3. Violences conjugales (questions 12-16)

Les questions 12 et 13 permettait d'appréhender les connaissances de la population sur les VC. A la question 12, il y avait six propositions de réponses dont trois étaient conformes à la définition des VC. Concernant les réponses conformes : 98% des MK pensent que les VC intègrent plusieurs types de violences (physiques, psychologiques et sexuelles), 83% définissent ces violences comme un rapport de domination que le conjoint instaure sur victime et 68% pensent que les VC concernent à la fois les couples mariés, pacsés, les petits-amis et ex-partenaires. En revanche, 22% pensent que les conflits conjugaux font parties des VC, ce qui est une réponse non conforme (Fig.8). A la question 13, il y avait quatre propositions de réponses dont trois étaient conformes. Parmi les réponses conformes, 95% des MK pensent que les victimes ne parlent pas spontanément des violences qu'elles subissent, 61% ont coché la bonne proposition concernant la prévalence des victimes estimée chaque année. Seule la moitié des répondants pensent que les VC n'ont pas de qualification juridique mais constituent une circonstance aggravante, cette affirmation étant conforme. Aucun MK n'a coché la seule réponse non conforme. Un taux de conformité a été calculé pour ces deux questions, la réponse étant conforme quand toute les propositions conformes étaient cochées. Le choix d'une réponse non conforme ou l'oubli d'une réponse conforme annule la conformité de la réponse. Ainsi, le taux de conformité aux questions 12 et 13 sont respectivement de 39% et 29%.

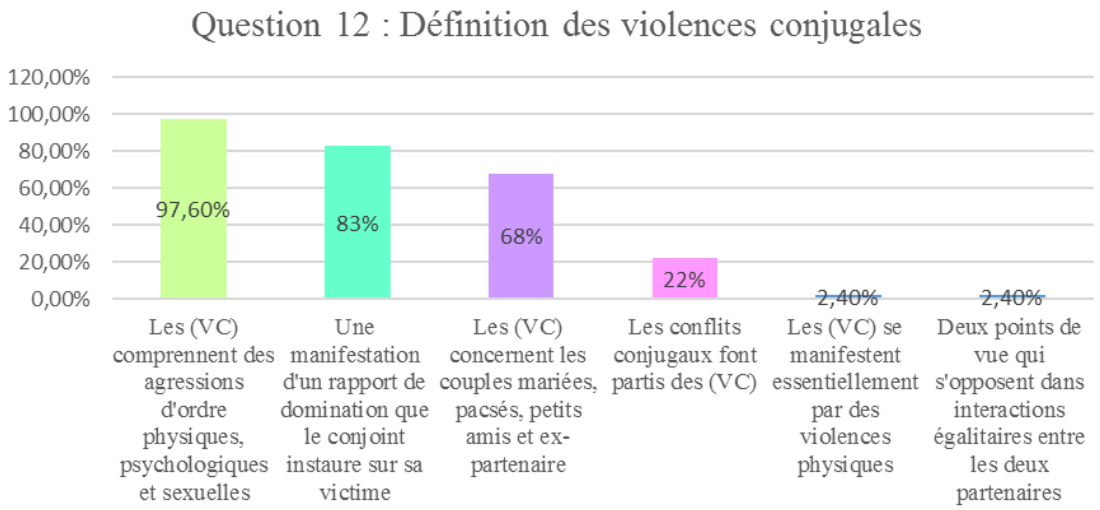

Figure 8 : Définitions des violences conjugales selon les MK

La question 14 avait pour objectif de déterminer si les MK connaissaient la proportion de femmes et d'hommes victimes de VC chaque année. Les résultats montrent que la majorité des MK répondants (36,6%) pensent que 92% de femmes / 8% d'hommes sont victimes de VC, cette réponse étant non conforme. 32% des MK ont répondu de manière conforme à cette question puisqu'en effet, nous estimons que parmi les victimes, 72% de femmes / 28% d'hommes subissent des VC chaque année (Fig.9)

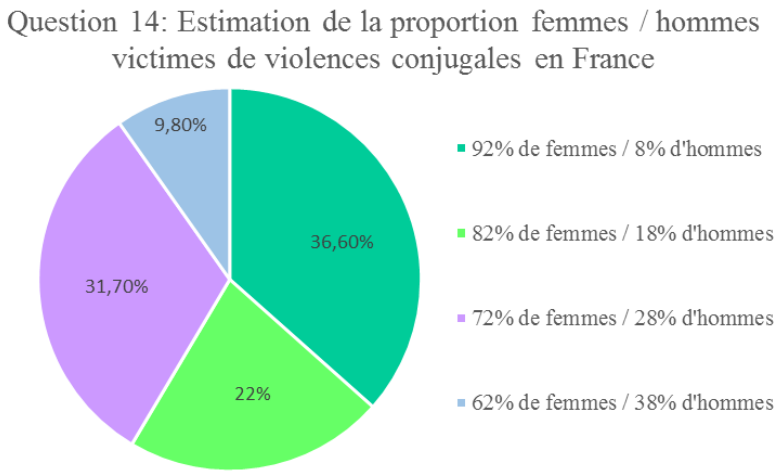

Figure 9 : Estimation de la proportion femmes / hommes victimes de VC en France

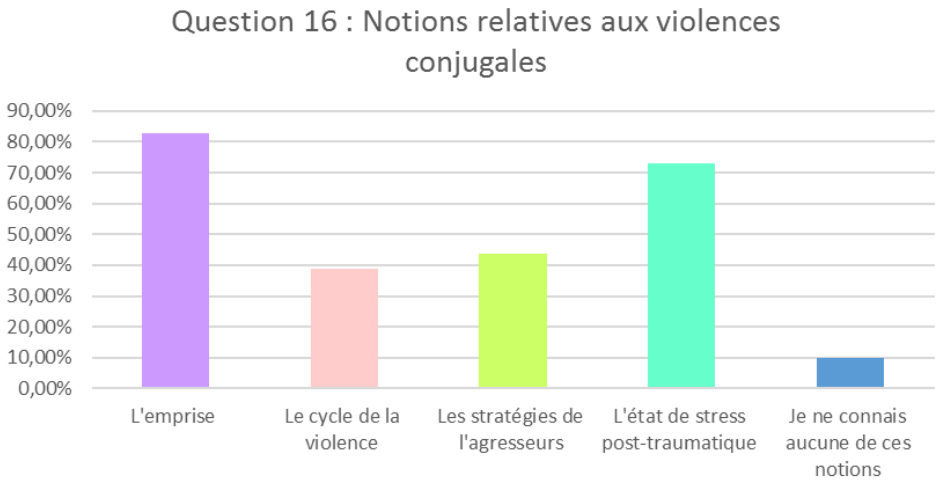

Figure 10 : Pourcentage de connaissances sur les notions relatives aux VC

3.2.4. Bilan périnéal et repérage des violences (questions 17-25)

A la question 17, lors de l'interrogatoire, 78% des MK privilégient une communication systémique et se placent dans un modèle biopsychosocial en laissant les patients mettre des mots sur ce qu'ils ressentent. Cette réponse est donc conforme. Ensuite 22% des MK préfèrent diriger l'entretien pour que les patients répondent à leurs questions. Ils communiquent de manière linéaire et se situent dans un modèle biomédical.

Les résultats de la question 18 montrent que les MK attribuent une place importante de la communication non verbale au cours d'une RP avec une moyenne de 8,02/10 (Fig.11) (TAB IX).

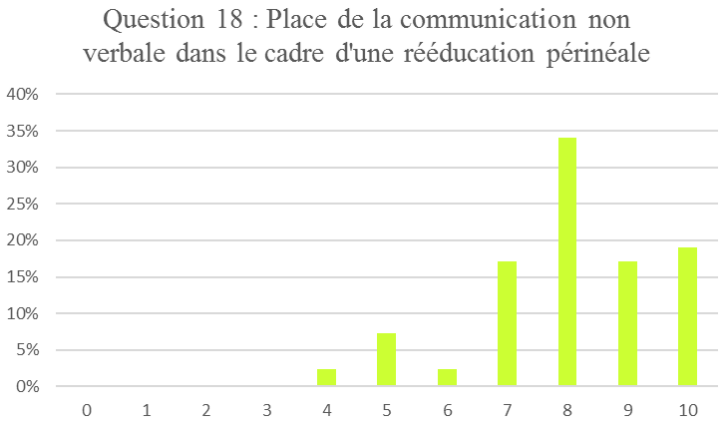

Figure 11 : Auto-évaluation de la place de la communication non verbale en rééducation périnéale selon les MK

Q18 : Données statistiques	
Moyenne	8,02
Ecart type	1,10
Mode	8,00
Max	10,00
Min	4,00

TABLEAU IX : Données statistiques de la question 18

La question 19 montre qu'aux cours des douze derniers mois, les MK ont été confrontés à des patients victimes des violences psychologiques (70%), sexuelles (34%), physiques (32%), économiques (12%). Enfin, 20% MK disent ne pas avoir rencontré de patients victimes de violences.

A propos du repérage des violences lors d'une prise en charge en RP, à la question 20, 78% des MK estiment qu'une séance de rééducation serait un moment opportun pour repérer les violences en dehors du bilan initial, bien que d'après les résultats de la question 15, 78% d'entre eux ne savent pas que le repérage des VC fait partie des recommandations de la HAS (2019). L'interrogatoire et l'examen clinique semblent être des moments favorables pour respectivement 61% et 44% des MK. Dans la case « Autre », nous notons également quand *« la relation de confiance s'établit », « Dès que la patiente semble vouloir aborder le sujet », « les 3 phases peuvent exister »*

La question 23 avait pour objectif d'estimer, sur un échantillon de 100 patients pris en charge en pelvi-périnéologie, le pourcentage de victimes de violences (Fig.12)

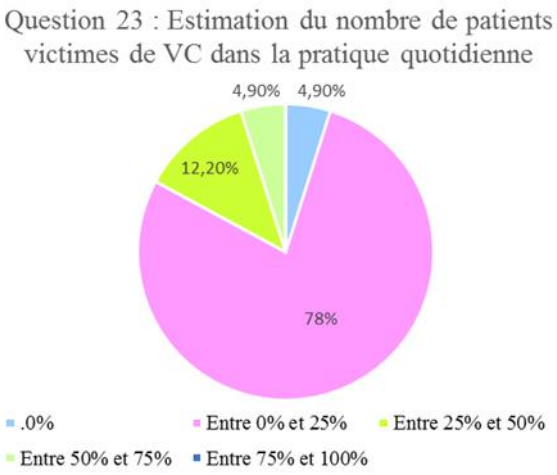

Figure 12 : Estimation de la fréquence de patients victimes de VC en RP.

Lors du bilan en rééducation périnéale, les MK déclarent repérer les violences de manière systématique dans 20% des cas, de manière ciblée dans 39% des cas. Parmi les MK qui ne repèrent pas les violences, 15% ne pensent pas à dépister et 27% ne dépistent pas car ils ne savent pas comment s'y prendre (Fig.14). Les résultats de la question 24 montrent que 56% des MK qui abordent par eux-mêmes le sujet des violences avec les patients, le font en posant une question indirecte, 10% par grâce à une question directe, 34% des MK disent ne pas aborder le sujet (Fig.13).

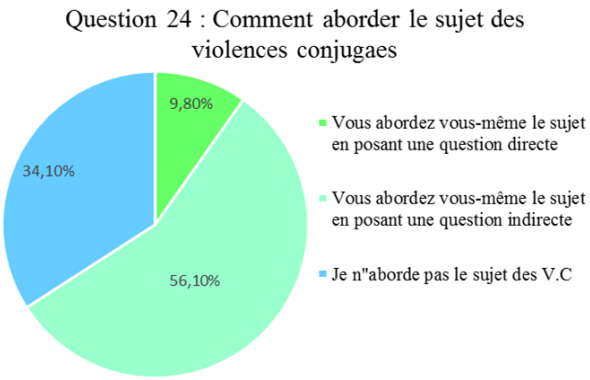

Figure 13 : Répartition de la population en fonction du type de repérage effectué

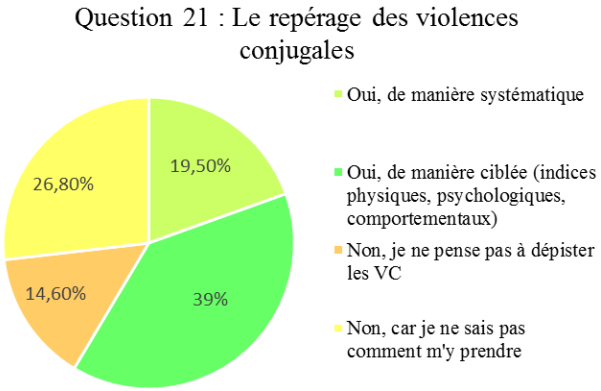

Figure 14 : Répartition de la population en fonction du type de questionnement effectué pour dépister les VC

Enfin, à la question 25 il était demandé aux MK les différents signes, tableaux cliniques et situations qui pouvaient leur faire penser à la présence de VC (Fig.15). Dans la case « Autre », nous notons les remarques de certains MK *« On les repèrent souvent au cours des séances quand la confiance s'installe […] Doucement je pousse un peu plus loin et enfin elle se libère… c'est très difficile et délicat »*, *« Certains phrasés de type 'mon mari / conjoint m'a dit qu'il fallait que je renforce mon périnée car il n'a plus de sensation au rapport' mais moi j'ai pas de différence »*, *« Périnée hypertonique ou asymétrie musculaire »*, *« Troubles cognitifs »*.

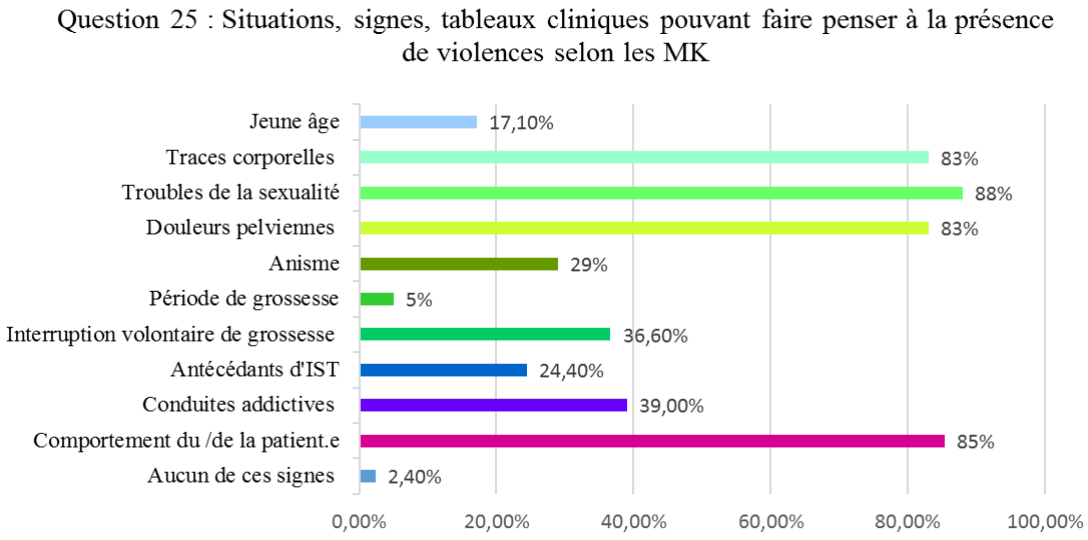

Figure 15 : Les situations, signes et tableaux cliniques pouvant faire penser à la présence VC

3.2.5. Rôle du masseur-kinésithérapeute (questions 26 à 32)

Les MK interrogés pensent que notre profession à un rôle à jouer dans le repérage des VC (TAB X) notamment pour :

Montrer aux patients que nous sommes à leur écoute en cas de besoin (95%), que les patients puissent sortir de cette situation de violence (83%), aider les patients à mettre des mots sur ce qu'ils ont vécu / adapter la pratique (73%), pour que l'auteur des violences soit condamné (27%)

TABLEAU X : Données statistiques de la question 26 - Autoévaluation de l'importance du rôle du MK dans le repérage des VC.

Q26 : Données statistiques	
Moyenne	8,83
Ecart-type	1,43
Mode	10,00
Valeur max	5,00
Valeur min	10,00

Dans la case « Autre », des MK ont également mentionné *« pour la diriger vers un psychologue ou autre thérapeute si elle le souhaite »*, *« pour éviter un homicide » « L'important c'est l'écoute, que la patiente trouve une certaine confiance en elle pour pouvoir agir et se rendre compte que ce n'est pas normal »*.

Pour les questions 28 et 29, les MK devaient autoévaluer leur capacité à repérer les VC dans le cadre d'une rééducation périnéale et pour tout autre type de rééducation. Nous remarquons que les résultats de l'auto-évaluation s'étendent de 0 à 10 dans les deux situations et que la note la plus attribuée est 4/10. L'aptitude des MK à repérer les VC est modeste puisque la note globale est de 5,09/10 dans la cadre d'une rééducation périnéale et de 4,68/10 pour tout type de rééducation (Fig.16) (TAB XI).

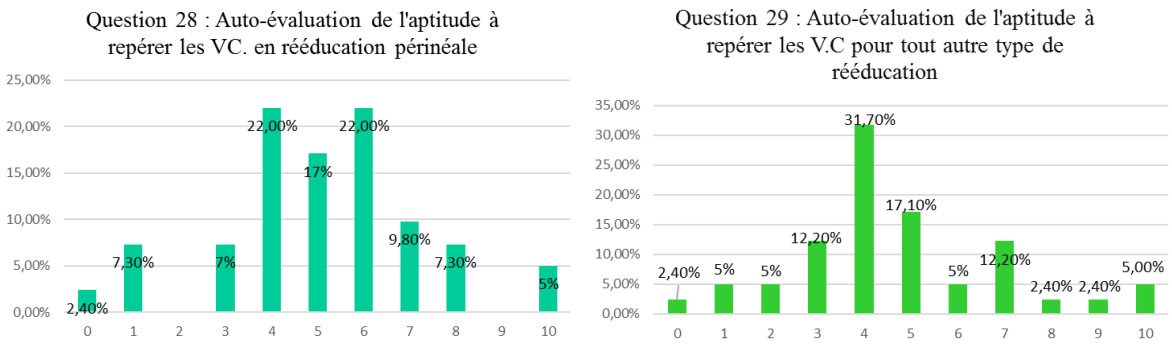

Figure 16 : Répartition de la population selon l'aptitude à repérer les V.C en rééducation périnéale ou pour tous type de rééducation

Données statistiques	Q28	Q29
Moyenne	5,09	4,68
Ecart type	2,21	2,24
Mode	4 et 6	4
Etendue	10	10

TABLEAU XI : Donnée statistiques des questions 28 et 29

Pour les questions 30 et 31, les kinésithérapeutes autoévaluaient les potentiels obstacles et barrières au repérage des violences (TAB XII et XIII). Ainsi, les résultats montrent que les barrières propres aux MK sont principalement le manque de formation (88%), la difficulté à poser la question au sujet des VC (73%), une absence de procédure claire (68%). Nous retrouvons également la méconnaissance du réseau local d'aide (49%), la peur d'une mauvaise réaction de la patiente (46%), le sentiment d'intrusion dans la vie de couple (37%) et le fait que le sujet soit tabou (31%) (TABXII). Dans la case « Autre », nous retrouvons la notion d'adaptation *« Faire selon »*, *« On rentre dans l'intimité du patient […] être précautionneux sans être trop intrusif il faut que la patiente ou le patient se livre sans se brusquer, c'est difficile de trouver le bon équilibre pour nous »*. De plus, selon les répondants, les barrières propres aux victimes sont notamment le sentiment de honte et de culpabilité (90%), la peur du jugement et de ne pas être cru (85%), l'emprise (81%), le fait que la victime n'identifie pas l'acte de violence subi (68%), l'isolement (TABXIII). Dans la case « Autre », la *« confiance en son kiné »* ou *« la peur que l'agresseur sache »* sont aussi des propositions de barrières propres aux victimes.

Tableau XII : Barrières propres aux MK

Le manque de formation	87,80%
La question est difficile à poser	73,20%
Une absence de procédure claire	68,30%

Tableau XIII : Barrières propres aux patients

Le sentiment de honte et de culpabilité	90,20%
La peur du jugement, de ne pas être cru	85,40%
L'emprise	80,50%

Le réseau d'aide local n'est pas connu	48,80%
La peur de la réaction de la patiente	46,30%
Le sentiment d'intrusion dans le couple	36,60%
Le sujet est tabou	31,70%
Vous ne savez pas comment réagir si la patiente se confie	26,80%
La peur des conséquences (médical, psychologique, judiciaire)	24,40%
Vous ne savez pas quoi faire de cette information	22,00%
La relation avec le patient n'est pas assez développée	12,20%
Une histoire personnelle avec la violence	9,80%
Le manque de temps	9,80%
Ce n'est pas le rôle du MK	0%

Pas d'identification de l'acte de violence subi	68,30%
La peur des répercussion sur la famille	63,40%
L'isolement	53,70%
Le secret	48,80%
La méconnaissance des conséquences sur la santé	46,30
La vision du rôle du MK	41,50

Pour finir, les résultats de la question 32 montre que les thèmes que voudraient aborder les MK au cours d'une formation sur les VC sont les signes à repérer (100%), l'orientation des victimes *« Où et comment diriger les patient(e)s victimes »* (98%), les questions à poser aux patients (83%), les impacts des violences sur la santé (59%), une meilleure définition du rôle du kinésithérapeute sur cette thématique (44%) et l'historique des violences conjugales (15%).

3.2.6. Mises en situation

Pour les résultats des questions pratiques, la réponse à la question a été considérée comme « conforme » lorsque l'ensemble des propositions été sélectionnée. Le choix d'une proposition non conforme ou le manque d'une proposition conforme annule la conformité de la réponse. Nous pouvons observer que les taux de conformité de chaque question sont peu élevés. La moyenne de ces taux de conformité est de 34%

Pour la conclusion, quatorze kinésithérapeutes ont laissé des commentaires finaux (Annexe 6)

TABLEAU XII : Taux de conformité des mises en situation

Questions	Taux de conformité
Q 33	7,3%
Q 34	26,8%
Q 35	63,4%
Q 36	39,0%
Moyenne	34,1%

4. DISCUSSION

4.1. Analyse des résultats de l'entretien

- **Le repérage des violences**

Notre MK aborde principalement le sujet des violences sexuelles quand les patientes présentent des douleurs pelviennes, des troubles sexuels de type vaginisme ou quand elle voit « *une patiente qui est stressée par un examen vaginal* ». Elle distingue les violences selon une temporalité, les VC étant subies à l'instant présent et les violences sexuelles plutôt dans le passé. Elle cherche principalement à déterminer s'il y a une « *cause traumatique* » ou des « *problèmes d'agressions sexuelles* » dans le passé qui pourraient expliquer l'expression des troubles actuels. Elle n'aborde donc pas les VC de prime abord avec les patientes lors de son bilan périnéal initial mais questionne sur d'éventuels « *problèmes relationnels* » avec le conjoint au fur et à mesure de la prise en charge, quand « *la confiance s'instaure* ». Elle semble privilégier un repérage ciblé en s'adaptant au contexte (motif de consultation, résultat du bilan) et en fonction de ses observations (dédie de l'importance à la communication non verbale « *beaucoup de choses se lisent dans le visage* », « *toute crispée* », « *réticence dans les yeux* » « *il y a le corps qui parle* »). Concernant le dépistage systématique, elle pense que « *ça mérite d'être réfléchi* » mais estime qu'actuellement ce serait *« hyper invasif comme questionnaire sans qu'elle [la patiente] comprenne forcément pourquoi* ».

- **La pratique professionnelle**

Notre kinésithérapeute indique avoir évolué vis-à-vis de la thématique des violences. Si au début, elle ne savait pas comment réagir quand une patiente lui a spontanément dit avoir subi des violences sexuelles, elle laisse à présent les patientes « *mettre des mots sur ce qu'elle vit* » et va les « *guider* » selon leur perception de la situation « *quand elles ont pas la sensation que c'est un abus* » ou l'inverse. Le questionnement sur les violences sexuelles est intégré dans sa pratique *« Ça fait partie des questions », « Est-ce que vous avez vécue quelque chose dans votre enfance ou à un moment de votre vie qui puisse expliquer les problèmes sexuels d'aujourd'hui donc du coup c'est assez large »*.

La kinésithérapeute possède des qualités humaines certaines et est impliquée dans son exercice de la profession. Elle met en avant des valeurs comme « *l'écoute, puis la transmission du savoir* », *« l'empathie »*, « *le non-jugement* », « *la bienveillance* », la tolérance et l'intention. Elle cherche à s'adapter et échanger avec ses patientes *« ça se décide avec les patientes »* et *« à comprendre la patiente, quelles sont ses attentes et à la positionner au centre de sa*

rééducation ». En ce qui concerne la pratique en pelvi-périnéologie, selon notre interviewée, les deux qualités primordiales sont l'écoute et l'échange pour définir des attentes de la patiente. Sa pratique se place donc dans un modèle biopsychosocial et elle privilégie une communication systématique

Elle a conscience qu'elle peut changer sa pratique vis-à-vis du repérage des violences *« je vais modifier ma façon de poser les questions »* et ne va pas hésiter à consulter des collègues pour savoir comment réagir et se positionner en tant que thérapeute *« j'ai appelé une sage-femme » « j'ai beaucoup échangé avec une assistante sociale »*. Estimant que la prise en charge spécifique des violences sort de notre domaine de compétences, elle oriente vers des professionnels compétents, vers des psychologues si les patientes n'ont pas eu l'occasion de parler ou vers *« le social pour mettre en place toutes les démarches d'aides aux victimes »*.

- **Les facteurs favorisants et freinateurs au repérage des violences**

Enfin nous remarquons des facteurs favorisant le repérage des violences : le travail en équipe pluridisciplinaire, les qualités humaines comme l'écoute et la bienveillance ainsi que l'instauration progressive d'une relation de confiance avec les patientes *« pas de sujet tabou »*. Nous notons des facteurs freinateurs comme des barrières propres aux patientes : elles ne parlent pas spontanément des violences subies, ces dernières ne sont pas perçues comme 0telles « *pas si grave* », le déni, l'isolement *« elles sont souvent enfermées et tout est fait pour les inciter à ne pas parler »*. La principale limite au repérage pour le kinésithérapeute est le manque de formation (que ce soit en formation initiale et continue), « *on est pas suffisamment formés, pas suffisamment sensibilisés à ça donc instinctivement, on le fait pas » « « En tant que kiné, on n'a pas forcément le sentiment d'avoir un rôle à jouer dans tout ça »*

Actuellement, notre kinésithérapeute *« invite à parler »* et prend *« en compte l'information pour travailler avec nos patientes dans la bienveillance »*. Il reste cependant de nombreux points à éclaircir : la place du kinésithérapeute dans le processus de prise en charge des victimes, notre rôle une fois que l'on reçoit l'information et que faire de celle-ci, les procédures d'orientation (psychologues, médecins, assistant.e.s sociales, instances judiciaires, numéros d'urgence ?) et le signalement (danger immédiat ?) des victimes, les signes à repérer, les questions à poser.

4.2. Analyse des résultats du questionnaire

4.2.1. Description de la population étudiée

La population ayant participé à l'enquête se constitue de 41 MK pratiquant en pelvi-périnéologie. Il s'agit quasiment exclusivement des femmes exerçant en cabinet libéral, l'âge moyen étant de 36 ans. Ces différents points pourraient s'expliquer de la manière suivante.

Tout d'abord, selon l'étude de l'ONDPS (2009) sur *« le métier de masseur-kinésithérapeute »*, le domaine de la pelvi-périnéologie serait plutôt le domaine réservé aux femmes car souvent réduit à la rééducation périnéale du post-partum [50] et aux pathologies féminines du bas appareil. Nous n'avons pas trouvé d'étude démographique sur les MK exerçant en RP mais les résultats du questionnaire supposent qu'effectivement, les principales pathologies prises en charge sont les incontinences urinaires, les prolapsus, le post-partum et les douleurs pelviennes. De plus, nous pouvons présumer que le genre puissent influencer la pratique de certaines spécialités comme la RP. Dans cette même étude, une jeune femme interrogée de 23 ans, exerçant en mi-temps salarié et mi-temps libéral, déclare *« j'ai suivi une formation en uro-gynécologie parce que ça m'intéressait mais aussi parce que mes collègues qui sont des hommes ne voulaient pas le faire »*. A cela, nous pouvons également penser que la thématique des VC intéresse et s'intéresse davantage aux femmes. En effet, ce sont les femmes qui sont majoritairement victimes de violences de la part de leur partenaire masculin [12]. De plus, les études, rapports et campagnes de prévention et d'information parlent quasi-exclusivement des femmes. D'un point de vue terminologique, les violences conjugales sont associées aux *« violences faites aux femmes »*, *« violence à l'égard des femmes »*, *« violences sexistes et sexuelles »* et les crimes conjugaux aux *« féminicides »*.

Ensuite, l'exercice privilégié par les MK en France est le libéral (85%), ce qui également le cas dans la population étudiée (98%). Concernant l'âge de la population, la pyramide des âges montre que la proportion des MK âgés de 30-39 ans en exercice libéral est la plus importante [51], ce qui semble correspondre avec l'âge moyen la population étudiée. De plus, la pelvi-périnéologie est un domaine du métier que l'on n'apprend pas à pratiquer durant la formation initiale [50]. Nous pourrions donc supposer que l'exercice de cette spécialité nécessite des formations supplémentaires (98% des cas dans la population), de la maturité et un certain nombre d'années d'expérience (61% sont diplômés depuis au moins 10 ans et 37% ont au moins 10 ans d'expérience en pelvi-périnéologie). Tous ces éléments réunis pourraient expliquer que 77% de population étudiée soit âgée de plus de 30 ans. Enfin, le point important à retenir est que 81% des MK ne sont pas formé sur les VC, ce qui est similaire aux résultats de l'enquête nationale de la MIPROF où 91% des MK diplômés ne sont pas formés sur les

violences au sein du couple, les violences sexuelles, les mutilations sexuelles féminines et mariages forcés [8].

4.2.2. Le repérage des violences et la pratique professionnelle

Concernant le repérage de violence, les MK exerçant en périnéologie déclare rechercher de manière systématique si les patient.e.s subissent des violences conjugales dans 20% et 39% d'entre eux privilégient un repérage ciblé. De plus, 10% d'entre eux déclarent aborder eux-mêmes ce sujet par un questionnement direct et 39% par une question indirecte. Nous remarquons que sur les 7 MK formées aux violences conjugales, 6 déclarent effectuer un dépistage systématique. Ces chiffres sont similaires à l'enquête de la MIPROF où 18% des répondants effectuent un questionnement systématique. Dans 34% des cas, les MK ont des soupçons et dans 14% des cas, ils abordent eux même le sujet sur l'existence de violences passées ou présentes (sans préciser s'il s'agit d'un questionnement direct ou indirect).
Dans notre population, les MK sont confrontés à des patients victimes de violences psychologiques dans 71% des cas, sexuelles dans 34% des cas et physiques dans 31% des cas. D'après l'enquête nationale, 24% des MK diplômés ont été confronté à des victimes de violences sexuelles au cours des 12 derniers mois. Les MK en rééducation périnéale pensent avoir un rôle à jouer dans le repérage des violences avec une note globale élevée de 8,83/10, ce qui est cohérent avec les résultats de l'enquête nationale où 94% des MK sont intéressés à repérer les violences. Les MK exerçant en RP évaluent modestement leur capacité à repérer les violences : 5,09/10 dans le cadre d'une rééducation périnéale et à 4,68/ 10 pour tout type de rééducation. Nous n'observons pas une grande différence entre ces deux situations, ce qui pourrait s'expliquer par le manque de formation sur cette thématique à l'égard de notre profession. Ce manque de formation représente un frein au repérage pour 88% des MK interrogés, ce pourcentage étant au-dessus de celui retrouvé à l'échelle nationale où 66% des répondants estime que l'obstacle majeur au repérage des violences est l'absence de formation. Cela induirait donc que d'autres facteurs rentreraient en compte. Nous pouvons retrouver des freins à différents niveaux :

- Au niveau intentionnel, les VC étant un problème systémique, cela fait intervenir une multitude de0 partenaires dont certains n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, ce qui est une source majeure de dysfonctionnement. Lorsqu'une victime porte plainte, cela fait intervenir de nombreux acteurs : urgences d'un hôpital, médecin généraliste ou

médecin légiste, forces de l'ordre, avocats, psychologues, intervenants sociaux, associations de défense des victimes [52].

- Il existe des barrières propres aux victimes : le repli sur soi même d'une victime souffrant de traumatisme psychique et qui par conséquent ne va pas chercher de l'aide, *« laisser ici la victime à son libre arbitre, c'est ne pas lui offrir l'aide dont elle est susceptible d'avoir besoin »* [52]. D'après notre population, les raisons qui empêcheraient une victime de révéler les violences sont : le sentiment de honte et de culpabilité, la peur du jugement, l'emprise, le fait de ne pas identifier l'acte de violence subi, l'isolement, la peur des répercussions sur la famille et les enfants.
- Enfin, il existe des barrières propres aux professionnels de santé. Chez les MK, cela se manifeste par un manque de formation certes, mais aussi la difficulté à poser la question face à la délicatesse de la situation, une absence de procédure de suivi claire et une méconnaissance du réseau d'aide (ce qui est cohérent avec la diversité des acteurs agissant dans le cadre des violences).

Concernant le repérage des signes, il s'agit avec l'orientation et le questionnement des victimes, des thèmes principaux que les MK souhaiteraient aborder au cours d'une éventuelle formation. D'après notre enquête, les MK déclarent avoir des soupçons de violences dans les cas suivant : troubles de la sexualité, comportement de la patiente, traces corporelles, douleurs pelviennes En revanche, seulement 5% des MK interrogés pensent à une potentielle situation de VC en cas de grossesse et 12% en cas d'anisme. Or, il s'avère que lorsque les violences sont déjà présentes au sein du couple, elles vont être exacerbées à l'annonce d'une grossesse, représentant un risque pour la santé de la mère et de l'enfant. En l'absence de conflit antérieur avec le conjoint, l'annonce d'une grossesse peut également être le commencement d'un processus de violence au sein du couple [34]. Enfin, il n'y a pas forcément de traumatisme sexuel à l'origine du vaginisme, contrairement à l'anisme qui est presque toujours le signe d'une violence sexuelle [40].

4.2.3. Le rôle du masseur-kinésithérapeute

Les MK pensent qu'il serait nécessaire de repérer les violences pour les raisons suivantes : montrer aux patients que nous sommes à leur écoute en cas de besoin (95%), adapter sa pratique professionnelle (73%), aider les patients à mettre des mots sur ce qu'ils vivent ou ont vécu (73%) et pour que les patients puissent sortir de la situation de violence (82%). Sur ce

dernier point, cela devra induire que pour être efficace, les professionnels de santé en général, soit formés sur l'orientation des victimes vers des acteurs et professionnels compétents (médecins, urgences, psychologues ou psychiatres, intervenants sociaux, association d'aide aux victimes) tout en prenant compte du contexte (violences passées, présentes, nécessité d'un plan d'urgence). En effet, le dépistage seul permet d'augmenter l'identification des femmes victimes de VC mais ne réduirait pas la violence exercée par le partenaire et par conséquence serait sans effet favorable sur la santé de victimes [34]. Le dépistage doit donc être suivi d'un processus de prise en charge et d'orientation adéquat.

4.2.4. Connaissances sur les violences conjugales et mises en situations

Les résultats de la question 14 nous montrent que la majorité des MK pensent que 92% de femmes et 8% d'hommes sont victimes de VC en France. Comme cité plus haut, ce chiffre pourrait s'expliquer par le fait que les VC touchent en effet majoritairement les femmes. De plus, les VC étant généralement associées aux termes de *« violences faites aux femmes »*, cela pourrait laisser penser que ces violences touchent exclusivement les femmes. La réponse conforme était 72% de femmes et 28% d'hommes. Ainsi, sur les 295.000 victimes majeures (18-75 ans) de VC chaque année, nous retrouvons environs 213.000 femmes et 82.000 hommes.

Ainsi, M. Delage propose d'aborder les VC comme un problème systémique, en passant d'une logique linéaire à une logique circulaire afin d'appréhender le phénomène dans sa globalité. Concernant l'aide aux victimes, selon lui, les VC ne pourraient être réduites à un problème de genre, même si nous ne pouvons nier que la majorité des auteurs soient des hommes. Au sens large, les VC concernent la cellule familiale : la femme, l'homme et les enfants pouvant tous être victimes / témoins ou auteurs [15]. Nous pouvons alors parler de violences intrafamiliales qui regroupent la VC, la violence faites aux enfants, la maltraitance des personnes âgées ou à tout membre de la famille élargie.

Concernant les violences faites aux hommes : il existe également des hommes victimes de VC. Les chiffres sont sous évalués pour les mêmes raisons que les femmes : difficulté à engager les poursuites, difficultés d'accueil par les forces de l'ordre. Surtout, la plupart des hommes ne cherchent pas à recevoir d'aide extérieur et il n'est pas dans la mentalité masculine d'aller porter plainte contre son conjoint puisque dans les représentations, cela est perçu comme un aveu de faiblesse honteux. Enfin, les violences exercées par des femmes prennent des formes différentes de celle des hommes, moins physiques, s'agissant surtout de violences psychologiques, chroniques et répétées sur de longues périodes [15] [52]. Enfin les violences

sexuelles à l'égard des hommes et des garçons sont un problème important souvent négligé par la recherche. Nous estimons qu'en France, 5% des hommes ont subi un viol ou une tentative de viol au cours de leur vie dont 67% pendant leur enfance (CST INSERM 2008) [22].

Pour les mises en situations, à la vue du faible taux de conformité global, nous avons décidé d'analyser les résultats des questions 33 à 36 selon deux variables : la formation sur les violences conjugales et l'expérience en rééducation périnéale (TAB XIII et XIV). De plus, nous avons calculé un nouveau taux de conformité en estimant qu'une réponse est conforme quand toutes les propositions ou au moins une des propositions conformes est sélectionnée (TAB XV).

TABLEAU XIII : Taux de conformité en fonction de la formation sur les violences conjugales

	Formé	Non formé	Total
Nombre de sujets	7	34	41
Q33	14,3%	5,9%	10,1%
Q34	83,3%	14,70%	49%
Q35	71,4%	61,8%	66,6%
Q36	57,1%	35,3%	46,2%
Total	56,53%	29,43%	42,98%

TABLEAU XIV : Taux de conformité en fonction de l'expérience en rééducation périnéale

	0-1 ans	1-5 ans	5-10ans	<10 ans	Total
Nombre de sujets	6	8	12	15	41
Q33	0%	0%	8,3%	13,3%	5%%
Q34	16,7%	25%	41,7%	13,3%	24,1%
Q35	66,7%	50%	58,3%	73,3%	62%
Q36	33,3%	25%	25%	53,3%	34,2%
Total	29%	25%	33,3%	38,3%	31%

TABLEAU XV : Taux de conformité global selon la proposition conforme sélectionnée

Questions	Deux propositions conformes	Proposition relative à l'attitude vis-à-vis du repérage et questionnement des violences	Proposition relative à l'attitude adoptée vis-à-vis du patient	Total
Q33	7,3%	4,9%	58,5%	70,7%
Q34	26,8%	2,4%	68,3%	97,5%
Q35	63,4%	14,6%	12,2%	90,2%
Q36	39,0%	41,5%	12,2%	92,7%

A propos des questions de mises en pratique, il y avait des propositions relatives :

- Aux attitudes vis-à-vis du repérage et questionnement sur l'existence de potentielles violences « Vous constatez cette marque à haute voix » « Vous demandez à la patiente les raisons qui pourraient expliquer cette réticence », « Vous lui demandez si elle en a déjà parlé à quelqu'un », « Vous lui dites qu'elle est victime d'agressions psychologiques »
- Aux attitudes vis-à-vis des patients « Vous n'insistez pas mais lui dites que vous êtes à son écoute » « Vous comprenez son inquiétude » « Vous lui indiquez qu'il est possible d'en parler avec vous » « Vous lui dites que vous la croyez ».

Les MK qui ont suivi une formation sur les VC ont un taux de conformité plus élevé que les MK qui n'ont pas suivi de formation. En revanche, le niveau d'expérience en rééducation périnéale ne semble pas avoir d'influence sur le taux de conformité. Nous supposons que des facteurs individuels tels que les qualités humaines (empathie, écoute, bienveillance) peuvent également rentrer en ligne de mire. Le tableau (XX) nous montre que le taux de conformité augmente lorsque toutes les propositions ou une des propositions conformes est sélectionnée. Ainsi, nous supposons que même si la grande majorité des MK exerçant en rééducation périnéale ne sont pas spécifiquement formés aux repérages des VC la plupart d'entre eux adoptent dans leur pratique courante une attitude bienveillante vis-à-vis des patients. Selon la HAS, le professionnel de santé se doit d'adapter ses attitudes en fonction du contexte : attitude d'écoute, de non-jugement, preuve d'empathie et de soutien à la victime. Il est également recommandé de reconnaitre la validité du récit et de la légitimer la situation de la victime. Tous ces facteurs permettent de créer un environnement favorable qui aident les patients à se confier [34]

4.3. Biais et limites des méthodes utilisées

4.3.1. L'entretien

Concernant l'entretien, il aurait été également pertinent de s'entretenir avec un.e kinésithérapeute formé.e sur les violences conjugales afin d'avoir une approche globale de la problématique (repérage, prise en charge, orientation) et d'appréhender les apports d'une formation sur les VC dans la pratique courante. Ne connaissant pas la kinésithérapeute interrogée avant l'entretien, il n'était pas possible de savoir si cette dernière était formée sur cette thématique. Cet entretien fut formateur puisque cela a permis d'échanger sur la pratique, les ressources internes et externes, les interrogations, les doutes d'une kinésithérapeute non formée aux VC (comme la majorité d'entre nous).

4.3.2. Le questionnaire

- **Biais méthodologiques**

Les biais de méthode concernent la formulation des questions et le recueil d'informations. Malgré la contribution de 41 participants, l'échantillon peut s'avérer ici insuffisant.

Concernant la réalisation du questionnaire, celui-ci était constitué à majorité de questions fermées à réponses multiples. Ce type de réponses permettent de faciliter l'analyse statistique des données contrairement à des questions ouvertes. Cependant, cette démarche présente des inconvénients comme laisser une moindre autonomie aux répondants puisque certaines propositions de réponses sont induites et il n'y a pas de possibilité d'approfondir sa réflexion.

Pour la question 26 par exemple, il aurait été intéressant d'avoir une question ouverte afin de savoir pour quelle(s) raison(s) les MK estiment qu'ils ont un rôle à jouer dans le repérage des violences. Pour la question 16 concernant sur les notions relatives aux violences conjugales, il aurait également été pertinent d'ajouter une question de mise en situation pour déterminer s'il y avait une différence entre les connaissances théoriques et pratiques. Enfin certains MK ont laissé des commentaires en rapport avec la longueur et la compréhension du questionnaire : *« Questionnaire beaucoup (X3) trop long », « La question 30 questionne le kiné en général puis propose des réponses personnelles donc difficile de savoir s'il faut répondre pour soi ou pour tous les kinés », « Question 36, aucune réponse ne me parle ».*

- **Biais de sélection**

Les biais de sélection désignent les facteurs qui peuvent conduire à ce que les sujets observés ne soient pas représentatifs de la population étudiée. Dans le cas présent, l'utilisation d'un questionnaire envoyé par internet ne permet pas un échantillonnage aléatoire. Les résultats de l'enquête sont sûrement amplifiés puisque les MK qui ont répondu au questionnaire ont participé de manière volontaire et se distinguent de l'ensemble de la population pour leur intérêt porté sur le sujet des VC.

Nous notons que la population de l'étude est constituée quasi-exclusivement de femmes (et un homme). Ceci peut s'expliquer principalement par le fait que la pratique de la pelvi-périnéologie est à majorité féminine. Dans une seconde mesure, les violences conjugales étant un phénomène touchant majoritairement les femmes, ces dernières peuvent se sentir plus

concernées par cette problématique que les hommes. Nous remarquons cependant que dans l'enquête national de la MIPROF, 1/3 des répondants diplômés étaient des hommes.

- **Biais de désirabilité sociale**

Les biais de désirabilité sociale désignent les phénomènes conscients ou inconscients se produisant lorsqu'une personne interrogée veut montrer une facette positive d'elle-même. Ce comportement est limité par l'anonymat du questionnaire et de l'absence d'enquêteur. Il est par contre favorisé par la formulation de certaines questions qui peuvent induire les participants à répondre de manière biaisée en utilisant ce phénomène pour se valoriser.

- **Biais de cognition**

Le biais de cognition consiste à ce que deux personnes accordent une différence d'importance lors d'une expérience similaire. De nombreux facteurs peuvent donc influencer l'interprétation des kinésithérapeutes : représentations socio-culturelles, éducation, croyances, religions, expériences antérieures, l'humeur. A partir de quand, en se basant sur des signes cliniques, un kinésithérapeute estime t'il qu'un.e patient.e présente un risque de subir des violences ? A quel moment considère t'on qu'une situation présente un danger immédiat pour le patient ?

4.4. Réponse à la question de recherche

Comment les MK repèrent les violences conjugales dans le cadre d'une rééducation périnéale : devons-nous privilégier un dépistage systématique ou ciblé ? Telle était la question qui nous a conduit à mener ce travail de réflexion. Il a été nécessaire d'effectuer une recherche rigoureuse sur les VC : les caractéristiques, les mécanismes, les types de violences, les conséquences sur la santé et par conséquent les signes que le MK peut être amené à repérer dans un contexte de rééducation périnéale. Pour répondre à la question, nous avons conduit un entretien avec une kinésithérapeute spécialisée en douleurs pelviennes et adressé un questionnaire à l'attention des MK exerçant en pelvi-périnéologie. L'objectif était de déterminer les connaissances des MK sur ce sujet, d'appréhender leur pratique en matière de repérage (systématique, ciblé, pas de dépistage effectué / signes cliniques), de comprendre les freins et les facteurs favorisants d'une telle démarche (barrières propres aux masseurs-kinésithérapeutes et aux patients).

Le principal constat que nous pouvons faire est que les MK ne sont pas suffisamment formés à la problématique desVC, représentant le frein principal à l'initiation d'un dépistage.

Actuellement, le dépistage systématique, bien que recommandé par la HAS, n'est pas pratiqué par les MK et les professionnels de santé en général. En effet, l'absence de formation des professionnels de santé concernant les signes à repérer, le questionnement, l'orientation des victimes, la multiplicité des acteurs (associations, médecins, instances judiciaires, forces de l'ordre, acteurs sociaux) ne permet pas de réunir toutes les conditions nécessaires pour initier une démarche de dépistage systématique. De plus, si ce dernier augmente l'identification des victimes, il ne permet pas de réduire les violences exercées et n'améliore pas la santé physique et mentale des victimes. Il faut donc qu'un dépistage soit suivi d'une démarche de prise en charge et d'orientation adéquat pour favoriser la sortie de la situation de violence. Les violences conjugales sont un problème systémique, elles associent différents types de violences (psychologiques, physiques, sexuelles, économiques), se manifestent par une diversité de signes cliniques non spécifiques, touchent tous les milieux socio-professionnels. Le contexte a un rôle prépondérant, puisqu'il peut être freinateur ou favorable, ce qui fait la complexité du repérage. La prise en charge des VC est globale et nécessite l'intervention et la coordination de multiples acteurs selon les besoins de la victime. Ainsi, la formation des kinésithérapeutes doit s'intéresser à la fois au dépistage mais aussi l'orientation.

Les résultats du questionnaire nous montrent que la majorité des MK, soit ne repèrent pas les violences conjugales, soit privilégient un repérage ciblé en fonction du contexte (indices physiques, psychologiques, comportementaux). L'entretien que nous avons effectué a permis de préciser les éléments qui font qu'un contexte est favorable ou non au repérage des violences. Nous supposons que dans un contexte de prise en charge en rééducation périnéale, le questionnement sur l'existence de violences notamment sexuelles est favorisé puisque que dans ce cadre, nous pouvons être amenés à poser des questions sur la sexualité, les causes relatives au motif de consultation (douleurs pelviennes, troubles sexuels), la douleur et à effectuer des examens cliniques nécessitant le consentement éclairé des patients. De plus, l'abord de la zone périnéale nécessite de mettre en place un environnement sécurisant, préservant l'intimité et la confidentialité des échanges. Des compétences non spécifiques comme les qualités humaines (l'écoute, la bienveillance, le non-jugement), la mise en place d'une relation de confiance, le travail en équipe pluridisciplinaire permettent aussi d'installer un climat favorable à la discussion. En revanche, nous notons aussi des éléments qui rendent un contexte moins favorable comme les barrières propres aux patients : pas d'identification de l'acte de violence subi, déni, emprise (lune de miel), isolement, sentiment de honte. Le fait que les MK ne savent pas comment aborder la question des violences conjugales est aussi une limite, la question étant

difficile en absence de signe d'appel. Nous constatons que certains facteurs ne sont pas identifiés comme à risque (périodes de grossesse) bien que la majorité des MK ont des soupçons en cas d'indices comportementaux, de présence d'une marque corporelle, de douleurs pelviennes et de troubles de la sexualité. Cependant, les réponses du questionnaire montrent que quand les kinésithérapeutes observent une réticence lors d'un examen clinique ou d'une marque type scarification par exemple, ils n'osent pas en parler aux patients.

4.5. Intérêts

4.5.1. Professionnels

Ce mémoire a permis de faire un premier état de lieux sur le thème des VC dans la pratique de la masso-kinésithérapie. Nous avons choisi de nous placer dans le cadre d'une rééducation périnéale, partant du principe qu'aborder une zone intime du corps nécessite d'instaurer une relation de confiance et un environnement sécurisant et favorable à l'échange. Il serait pertinent de transposer le repérage des VC à d'autres spécialités en kinésithérapie. Concernant les ouvertures professionnelles potentielles, nous espérons que ce mémoire permettra :

- De prendre conscience du besoin majeur de formation de notre profession sur la thématique des VC : définition, conséquences sur la santé, signes à repérer, attitudes à adopter (bienveillance, écoute, non jugement), orientation des victimes en fonction du contexte et de leurs besoins.
- De servir de support d'information concernant la compréhension du phénomène des VC (les mécanismes avec le cycle des violences, la stratégie de l'agresseur et l'emprise) et leurs caractéristiques.
- De sensibiliser à cette problématique afin que chacun puisse s'interroger sur son rôle en tant que professionnel de santé et citoyen.

Ainsi la première approche de ce mémoire était de faire prendre conscience de la problématique des VC qui est un sujet actuel dans notre société. En effet, il n'existe que peu de littérature spécifique à destination de notre profession contrairement aux médecins, gynécologues, sages-femmes et infirmières. Dans le domaine de la kinésithérapie, la question des violences conjugales est à développer lors de futures recherches pour envisager un changement de mentalité sur le long terme. Ainsi quelques pistes restent à approfondir comme : la formation des MK au repérage des VC, le place du MK dans la procédure d'orientation des victimes (en

effectuant un état des lieux puis un protocole d'orientation), les représentations sociales des VC et leur impact sur la société, la vision et les attentes des victimes vis-à-vis de leur thérapeute.

4.5.2. Personnels

La rédaction de ce mémoire fut un travail enrichissant pour ma future pratique professionnelle. En effet, dans le cadre de ce mémoire, j'ai effectué mon clinicat en pelvi-périnéologie au cours duquel j'ai acquis les bases de cette spécialité. Après l'obtention du Diplôme d'Etat, je souhaite donc me former en rééducation périnéale. Tout d'abord, je voudrais effectuer des formations tournées vers la pratique : une formation sur les bases en pelvi-périnéologie dans le but de consolider les acquis vus en stage, puis une formation permettant d'intégrer la prise en charge des douleurs pelviennes et la sexologie. Enfin je souhaiterai effectuer un D.U en pelvi-périnéologie afin obtenir un point de vue plus médical.

Grâce à ce mémoire, j'ai pu me bâtir un argumentaire personnel sur les violences conjugales et sexuelles dans le but d'adopter une attitude pédagogique et compréhensive face à un thème souvent sujet aux aprioris. Pour cela, j'ai participé à trois formations différentes pour avoir le point de vue le plus global possible. Chacune des formations proposait des contenus très différents : une formation avec une association féministe, une formation spécifique aux kinésithérapeutes sur la prise en charge biopsychosociale des violences qui m'a notamment servi de support pour ce mémoire, un séminaire sur le rôle des professionnels de santé avec l'intervention de multiples acteurs (médecins, avocats, magistrat, députée, prise en charge des victimes et des auteurs).

5. CONCLUSION

La question des violences conjugales est un sujet actuel et médiatisé dans notre société. Une prise de conscience générale a permis de faire évoluer les lois dans le but d'initier un changement de mentalité sur le long terme. Concernant les professionnels de santé, la MIPROF fut décrétée 2013 pour proposer un plan national de formation des professionnels de santé. Depuis 2019, les MK font officiellement partis du processus de repérage, de prise en charge et d'orientation des victimes de VC. Ce thème est très vaste, souvent sujet à l'émotion du fait de son ampleur au sein de nos sociétés actuelles. Il a donc fallu effectuer un travail de recherche rigoureux et se former sur cette thématique afin de proposer une vision la plus globale et la plus objective possible pour que les personnes puissent adhérer à ce sujet délicat.

Nous avons décidé de réaliser une enquête auprès des masseurs-kinésithérapeutes exerçant en pelvi-périnéologie afin de d'établir un état des lieux des pratiques professionnelles concernant le repérage des violences conjugales. Les résultats montrent que les MK ne sont pas formés sur la thématique des VC, ce qui représentent un frein au repérage des personnes victimes de violences. En effet, bien qu'ils estiment avoir un rôle à jouer dans le dépistage des violences, ils évaluent modestement leur capacité à repérer les violences. Nous observons donc un écart entre les recommandations la HAS et les compétences des kinésithérapeutes sur le terrain. Bien que ces derniers ne soient pas formés sur cette thématique, nous observons au travers de l'entretien et des résultats du questionnaire qu'ils ont développé des compétences relationnelles et de communication. De plus, la pelvi-périnéologie est une discipline où nous avons le privilège de passer du temps avec les patients et d'instaurer une relation de confiance. Autant de qualités qui permettent aux kinésithérapeutes d'échanger avec les patients même si pour la plupart, aborder le sujet des violences reste délicat.

Effectuer mon mémoire sur les violences conjugales m'a permis de rencontrer des personnes bienveillantes et intéressées par ce sujet. Elles m'auront apporté à la fois leurs conseils, leur soutien face à un sujet difficile à appréhender, leurs expériences, leur vision du problème et leur perspective d'amélioration. Grâce à cette expérience, j'ai pu définir mon futur projet professionnel en tant que kinésithérapeute en me tournant vers la pratique de la pelvi-périnéologie. Dans l'idéal, je voudrai me former sur les bases en pelvi-périnéologie féminine pour prendre en charge les pathologies « classiques » comme les incontinences urinaires, les prolapsus, les prises en charge en pré et post partum. Ensuite, j'aimerai intégrer dans ma pratique la prise en charge des douleurs pelviennes et la sexologie. Pour finir, je voudrai faire un D.U en pelvi-périnéologie pour obtenir un point de vue médical. Effectuer un D.U sur les violences conjugales pourrait être également pertinent sur le long terme, après avoir acquis de la confiance et de l'expérience.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Article L4321-1 modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 – Code de la santé publique – Légifrance [En Ligne]

[2] Conseil national de l'Ordre des masseur-kinésithérapeute. Le référentiel de la profession. Edition 2013

[3] Roquet P, Gatto F, Vincent S. L'identification et la reconnaissance des rôles et des identités des masseurs-kinésithérapeutes : évaluation des pratiques professionnelles des masseurs-kinésithérapeute (rapport de recherche). CNAM. 2015

[4] Cappelletti MC. La rééducation périnéale : de sa naissance à aujourd'hui. Kinésithérapie Scientifique. 2009 ; 498 : 5-7

[5] Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. JORF n°0204, 4 septembre, 134

[6] Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Méthode Recommandation pour la pratique clinique (texte de recommandations) 2019

[7] Ordre des Masseur-Kinésithérapeute. Devoir envers les patients - R.4321-90 Protection des personnes victimes et / ou privation. Code de déontologie des masseur-kinésithérapeutes. Disponible : https://deontologie.ordremk.fr/devoirs-envers-les-patients/

[8] Loi du 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales. Légifrance [Internet].

[9] Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. 8ème rencontre interprofessionnelle de la MIPROF. Se former pour mieux protéger, la formation des professionnels : un enjeu majeur de la lutte contre les violences faites aux femmes. Résultats des enquête auprès des étudiant.e.s en masso-kinésithérapie & masseurs-kinésithérapeutes en activité. 2020

[10] Michaud Y. Définir la violence. Les cahiers dynamiques. 2014 ; 60 : 30-36. https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2014-2-page-30.htm 2014

[11] Wormser G. Violence and History: Historic evolution of the representation of violence. Sens Public. 2008

[12] Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : 2002

[13] Charageat M. Décrire la violence maritale au Moyen Âge. Exemples aragonais et anglais (XIVe -XVIe siècles). Tracés. Revue de Sciences humaines. [En ligne] ; 2010. http://traces.revues.org/4891 ; DOI : 10.4000/traces.4891

[14]. Vanneau V. L'invention juridique des violences conjugales au XIXème siècle. Les cahiers de la justice. 2016 ; 2 : 305-318.

[15] Daligand L, Les violences conjugales. 2ème Ed. Paris : Puf ; 2020

[16] MIPROF. La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes n°14 : les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2018, indicateurs nationaux annuels. 2019

[17] Jaspard, M & l'équipe ENVEFF. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population et Société. 2001 ; 364 : 1-4

[18] Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieur. Rapport d'enquêtes « Cadre de vie et sécurité ». 2019.

[19] Hamel C. Debauche A. Brown E. Lebugle A. Lejbowicz T. Mazuy M … Dupuis J. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. Population et Société. 2016 ; 538.

[20] Bajos, N. Bozon, M et l'équipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Population et Société. 2008 ; 445.

[21] Organisation Mondiale de la Santé. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes : vue d'ensemble. 2012.

[22] Salmona M. Le livre noir des violences sexuelles. 2ème Ed. Malakoff : Dunod ; 2019.

[23] Salmona M. Mémoire traumatique et victimologie [Internet]. https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/mecanismes.html

[24] Salmona. Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales. 2016 [Internet] http://memoiretraumatique.org

[25] Institut national de santé publique Québec. Trousse média sur la violence conjugale : de quoi parle-t-on ? [Internet] https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/de-quoi-parle-t-on

[26] Mémoire traumatique et victimologie. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte : déni de protection, de reconnaissance et de prise en charge : enquête nationale auprès des victimes (enquête de reconnaissance) 2015.

[27] Article 222-22-2. Création LOI n°2013-711 du 3 août 2018 – art.2 (2018) – Code pénal, 3 août. Legifrance [En ligne]

[28] Article 222.23 modifié par LOI n°2018-703 du 3 août 2018 – art.2 (2018) – Code pénal, 3 août. Legifrance [En ligne]

[29] American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé. Paris : Masson ; 1996

[30]. Sugar NF, Fine DN, Eckert LO. Physical injury after sexual assault: Findings of a large case series. American journal of Obstetrics and Gynecology. Elsevier. 2004; 190: 71-6. doi:10.1016/S0002-9378(03)00912-8

[31] Hassam T. Sexual assault as a risk factor for gynaecological morbidity: an exploratory systematic review and meta-analysis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive Biology Elsevier. 2020; 255: 222-230.
DOI https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.10.038

[32] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Guide méthodologique : comment évaluer à priori un programme de dépistage ? 2004

[33] Société Scientifique de Médecine Générale. Détection des violences conjugales (Guide de pratique clinique) 2018

[34] Haute Autorité de Santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple : Méthode « recommandation pour la pratique clinique (argumentaire scientifique) 2019

[35] Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé 2001. Rapport commandité par le Ministère de la Santé

[36] Nouri M, Nouri M, Tligui M. La rééducation pelvi-périnéale : techniques et indications. Médecine du Maghreb. 2001 ; 90 : 29-31.

[37] Guérineau M. Les douleurs pelvi-périnéales : où en est-on ? Kinésithérapie scientifique. 2017 ; 583 : 9-14.

[38] Galliac Alanbari S. Rééducation périnéale féminine. Malakoff : Dunod ; 2019

[39] Agence Nationale D'accréditation et d'Evaluation en Santé. Bilan et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques (services de recommandation et références professionnelles) 2000.

[40] De Gasquet B. Périnée : Arrêtons le massacre. Paris : Marabout ; 2011

[41] Guillarme L, Xhardez Y. Rééducation abdomino-expiratoire par le concept abdo-MG®. Kinésithérapie scientifique. 2007 ; 476 : 35-49

[42] Senéjoux, A. Traumatismes sexuels anorectaux : aspects épidémiologiques, cliniques et paracliniques. Orientations thérapeutiques. Correspondance en pelvi-périnéologie. 2005 ; 5 (2) : 15-20.

[43] Picard. D. De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles. Communication et langages. 1992 ; 93 : 69-83.

[44] Cosnier, J. (1996). Les gestes du dialogue, la communication non verbale. Psychologie de la motivation. 1996 ; 21 : 129-138

[45] Picard D, Marc E. L'école de Palo Alto. 3ème Ed. Paris : Puf ; 2020

[46] Constitution de l'Organisation Mondial de la Santé - adopté par la Conférence internationale sur la Santé, signée par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. New York : 1946

[47] J, Foucaud JA, Bury M, Balcou-Debussche C, Eymard. Education thérapeutique du patient : modèle, pratique et évaluation. Saint Denis : INPES ; 2010.

[48] A. Berquin. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Revue Médicale Suisse. 2010 ; 6 : 1511-3.

[49] Gatto F. Enseigner la santé. Paris : Harmattan ; 2006

[50]. Matharan J, Micheau J, Rigal. Le métier de masseur-kinésithérapeute. ONDPS ; 2009

[51] Observatoire de la démographie du conseil national de l'ordre des masseur-kinésithérapeute. Démographie des kinésithérapeutes 2020. Ordre des MK ; 2020.

[52] Delage M, Sanchez A, Bruno JL, Degiovani M. Les violences conjugales, phénomènes sociale, problème systémique. Médecine & Hygiène. 2012 ; (33) 2 : 105-121.

[53] Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999) – Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. Le Journal des psychologues. 2008 ; 260 : 52-55

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Extrait de l'arrêté du 2 Septembre 2015 relatif au Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute – Référentiel de compétences – Compétence 3 I

Annexe 2 : Transposition des recommandations de l'HAS avec la compétence 3 « Concevoir et conduire une démarche de promotion de santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage » II

Annexe 3 : Evaluation de l'enquête à partir des lignes directrices *COREQ* III

Annexe 4 : Présentation du guide d'entretien IV

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien complet VI

Annexe 6 : Retranscription des commentaires dans la section « Conclusion » du questionnaire. XX

Annexe 1 : Extrait de l'arrêté du 2 Septembre 2015 relatif au Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute – Référentiel de compétences – Compétence 3

Compétence 3

Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage

1. Intégrer les politiques de santé et les priorités de santé publique dans sa pratique professionnelle, et proposer des démarches de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, d'éducation à la santé, de prévention et de dépistage.
2. Placer le patient en qualité de coauteur, de codécideur des objectifs, des moyens de soins et de gestion de sa santé.
3. Acquérir et développer une posture éducative, notamment pour élaborer des objectifs partagés avec le patient et/ou son entourage.
4. Conduire une démarche d'éducation thérapeutique ou d'éducation à la santé, de prévention et de dépistage à partir d'un diagnostic éducatif, en identifiant les besoins d'apprentissage du patient, des personnes et des groupes et les actions à entreprendre.
5. Concevoir, choisir et utiliser des outils pédagogiques adaptés et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de la maladie, particulièrement dans le cadre des maladies chroniques.
6. Intégrer et coordonner ses actions éducatives dans le cadre de programmes pluridisciplinaires avec les partenaires de santé.
7. Évaluer les effets de la démarche d'éducation thérapeutique, d'éducation, de prévention ou de dépistage et définir et mettre en œuvre les réajustements nécessaires.
8. Concevoir des protocoles kinésithérapiques dans le cadre de la prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée des pathologies chroniques, des polypathologies ou pathologies complexes.
9. Dépister et prévenir des problèmes de santé dans le champ de la masso-kinésithérapie, repérer et analyser les situations susceptibles d'entraîner des dysfonctions et des déficiences chez la personne ou des groupes de personnes.
10. Élaborer et organiser des actions de prévention, dépistage, conseils et formation de populations ciblées, notamment en lien avec les priorités de santé publique.
11. Conduire des actions d'entraînement des patients et /ou de leur familles en vue de leur permettre de s'approprier les techniques d'intervention proposées par le masseur-kinésithérapeute.
12. Accompagner par des techniques de communications appropriées, le patient et/ou son entourage vers des changements de comportement, de modes de vie et d'habitude en prenant mieux en compte sa santé.
13. Conseiller, informer ou former à la prévention en masso-kinésithérapie les professionnels et les autres partenaires en fonction de leurs responsabilités.

Annexe 2 : Transposition des recommandations de l'HAS avec la compétence 3 « Concevoir et conduire une démarche de promotion de santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage »

Compétence 3 « Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage » (Modalités)	**Recommandation de l'HAS « Repérage des femmes victimes de violences ».** (Compétence 3 appliquée au dépistage des violences conjugales).
Intégrer les politiques de santé et les priorités de santé publique dans sa pratique professionnelle. Proposer des démarches de dépistage	La violence conjugale est un problème de santé publique nécessitant une approche médicale pluridisciplinaire […] impliquant de plus en plus les médecins et tous les personnels de santé.
Développer une posture éducative – Démarche proactive – Signes d'appel et dysfonctions sont perçues (aspect clinique) – Mise en œuvre structurée et adaptée aux besoins du patient, à sa communication, la participation et prise de décision éclairée est favorisée. – Adopter une vision systémique	– Créer un environnement favorable : Nécessité d'une écoute empathique et active, soutien et absence de jugement. – Repérer les signes d'alertes pendant l'anamnèse (troubles psychiques, psychologiques, santé sexuelle et reproductive), les facteurs de risques et les comportements inhabituels ou inadaptés. – Les conséquences des violences sont systémiques : psychologiques, somatiques, gynécologique et obstétrical, sociales et professionnelles, état de stress post-traumatiques.
Placer le patient en qualité de co-auteur, codécideur des objectifs, des moyens de soins et gestion de sa santé. Analyse des besoins du patient	– Si révélation de la violence : accueillir la parole en respectant le rythme de la patiente. – Respecter l'autonomie, la prise de décision de la patiente, en respectant ses souhaits et ne pas la presser à prendre une décision. – Besoin de parler des violences, d'être écoutée, d'aide psychologique, d'une mesure de protection ?
Dépister des problèmes de santé dans le champ de la masso-kinésithérapie, repérer et analyser des situations susceptibles d'entrainer des dysfonctions et des déficiences chez la personne	Savoir dépister : troubles physiques, psychologiques, sexuels, les facteurs de risques associés, les comportements inadaptés, les signes de gravités et les conséquences de violences.
Accompagner le patient vers des changements de comportement, de mode de vie et d'habitude en prenant en compte sa santé, grâce à une communication appropriée	– Informer et orienter la patiente : structures associatives, judiciaire et sanitaire – Mettre en place des mesures de protection : conseiller de déposer plainte, réaliser un signalement auprès du procureur de la république pour la protection des enfants. – Etablir une attestation professionnelle après un examen clinique pour faire valoir le droit de la victime.

Annexe 3 : Evaluation de l'enquête à partir des lignes directrices *COREQ*

N°	Item	Guide questions / description
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur / animateur	Plumas Cloé
2.	Titre académique	-
3.	Activité	Etudiante M.K
4.	Genre	Femme
5.	Expérience et formation	4ème année de M.K
Relation avec les participants		
6.	Relation antérieure	Non
7.	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Motifs de recherche : mémoire
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	-
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorique	Cf. Introduction
Sélection des participants		
10.	Echantillonnage	Dirigé
11.	Prise de contact	Téléphone (SMS)
12.	Taille de l'échantillon	1
13.	Non-participation	-
Contexte		
14.	Cadre et collecte des données	Lieu de travail du sujet
15.	Présence de non-participants	Non
16.	Description de l'échantillon	Expérience en rééducation périnéale
Recueil de données		
17.	Guide d'entretien	Oui
18.	Entretiens répétés	Non
19.	Enregistrement audio / visuel	Enregistrement audio
20.	Cahier de terrain	Non
21	Durée	58 minutes
22.	Seuil de saturation	Non
23.	Retour des retranscription	Oui
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	1
25.	Description de l'arbre de codage	Non
26.	Détermination des thèmes	A partir des données
27.	Logiciel	-
28.	Vérification par les participants	Non
Rédaction		
29.	Citations présentées	Oui
30.	Cohérence des données et résultats	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Oui
32.	Clarté des thèmes secondaires	Oui

Annexe 4 : Présentation du guide d'entretien

Je m'appelle Cloé Plumas, je suis étudiante en 4ème année de kinésithérapeute à l'IFMK du CEERRF. Je me permets de vous interroger dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude qui porte sur le dépistage des violences conjugales dans le cadre d'une rééducation périnéale.

Présentation

1. **Pouvez-vous vous présenter et présentez votre parcours professionnel ?**

Questions de relance

- Depuis quand pratiquez-vous de la rééducation périnéale ?
- Quels types de douleurs pelviennes prenez-vous en charge ?
- Comment prenez-vous en charge ce type de douleurs : éléments spécifiques de l'interrogatoire, de l'examen clinique et traitements ?
- Avez-vous suivi des formations en lien avec la communication, la psychologie, la relation thérapeutique ?

Les violences conjugales dans le cadre de la rééducation périnéale

2. **Comment définissez-vous les violences conjugales et avez-vous déjà été confrontée à des patientes victimes de ce genre de violence dans votre pratique ?**

3. **Dans quelles circonstances les patientes sont-elles susceptibles de révéler les violences subies ?**
   Si pas de révélation dans l'immédiat, avez-vous des faisceaux d'indices quant à la présence d'éventuelles violences ?

Questions de relance

- Les violences étaient-elles en cours ? Les violences étaient-elles passées ? Pour chacun des deux cas : Comment avez-vous réagi ? Qu'avez-vous fait ?
- D'après vous, quelles peuvent être les conséquences des violences sur la santé (mentale, physique, gynécologique…) de la patiente ?
- Selon vous, y a-t-il un lien entre douleurs pelviennes et le fait de subir ou d'avoir subi des violences ?
- Selon vous, quels sont les qualités et compétences que l'on doit acquérir pour effectuer une rééducation périnéale efficace ?

Le dépistage des violences

4. **Mettez-vous des stratégies en place pour dépister les violences conjugales dans votre pratique ?**

Questions de relance

- Est-ce que vous recherchez de manière systématique si la patiente a été ou est victime de violences ? Que pensez-vous du dépistage systématique ?
- En cas de soupçons, abordez-vous le sujet sur l'existence de violences passées ou présentes ?
- Quelle question posez-vous ? Quel type de questions posez-vous ? (Directe / Indirecte / Générale / Précise)

Le rôle du masseur-kinésithérapeute

5. **Pensez-vous que le repérage des violences conjugales soit dans le champ de compétences des kinésithérapeutes ? Pourquoi ?**

Questions de relance

- Pensez-vous que ce soit notre rôle de repérer les violences conjugales ? Pourquoi ?
- D'après vous, quelles sont les prérequis, les compétences et les qualités que le masseur-kinésithérapeute doit avoir pour pouvoir repérer et prendre en charge des patientes victimes de violences ?
- Selon vous, pourquoi la patiente a-t-elle des difficultés à parler des violences qu'elle subit à son kinésithérapeute ? Quels sont les éléments qui empêcherait la patiente de se confier ?
  - Barrières propres aux victimes
  - Barrières propres aux kinésithérapeutes et relation soignant & patient.

La pratique en masso-kinésithérapie

6. **Comment adaptez-vous votre prise en charge (interrogatoire, examen physique, traitement) lorsque vous repérez ou soupçonnez une patiente d'être victime de violences ?**

Question de relance

- Selon vous, si une patiente est victime de violences, Y a-t-il influence-t-il la prise en charge ?
- L'OMS utilise l'acronyme LIVES, en Français : Ecouter, Demander, Valider, Amorcer un plan de sécurité, Soutenir et Aider. Pensez-vous que ces étapes soient applicables dans notre pratique ?
- Une fois le repérage effectué : quelle stratégie pouvons-nous adopter pour aider la patiente ?

Formations

7. **Avez-vous suivi des formations sur les violences conjugales (physiques, psychologiques et sexuelles) en formation initiale ou continue ?**

Questions de relance

- Ces formations vous ont-elles aider à mieux appréhender les situations de violence dans votre pratique quotidienne ?
- Si on vous propose une formation sur les violences aujourd'hui, quels sont les éléments clés que vous voudriez aborder au cours de cette formation pour vous aider dans votre pratique ?

Conclusion

Si vous deviez résumer à un étudiant en fin de formation en IFMK les enjeux de la rééducation périnéale avec une patiente victime de violence : que lui diriez-vous de retenir ??

Annexe 5 : Retranscription de l'entretien complet

- Je m'appelle Plumas Cloé, je suis étudiante en 4ème année de kinésithérapie à l'IFMK du CEEERRF à Saint Denis, je me permets de vous interroger dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude qui porte sur le dépistage des violences conjugales dans le cadre d'une rééducation périnéale. Alors est ce que vous avez des questions avant de commencer l'entretien ?
- Bah non
- Donc je vais vous poser la première question : **pouvez-vous vous présenter et présenter votre parcours professionnel (1)** ?
- Alors du coup moi je suis X, je suis kinésithérapeute depuis 17 ans, je suis formée à la rééducation périnéale depuis 13 ans. A la base, ce qui m'intéressais, c'était vraiment l'univers maman-bébé donc j'avais une formation en pédiatrie, une formation en uro-gynéco et je faisais en plus des ateliers portage et physiologique et massage. Et puis finalement, je pense que j'ai eu plus d'opportunités, plus d'affinités du côté des gynécologues que du côté des pédiatres donc j'ai réorienté ma pratique beaucoup plus après vers la rééducation périnéale. Ce qui fait qu'aujourd'hui, ça représente la quasi-totalité de mon activité.
- Et donc on m'a dit que **vous étiez spécialisée en douleurs pelviennes, donc quels types de douleurs vous prenez en charge** ?
- Alors, bin, beaucoup de choses hein, parce que des fois, il n'y a pas d'étiquette, dès qu'une femme a mal. Donc, le plus basique on va dire c'est les cicatrices d'épisiotomie, de déchirure après un accouchement, après je prends beaucoup en charge des patientes qui ont de l'endométriose, je vois quelques patientes pour des névralgies pudendales, et puis après des douleurs on va dire un peu plus, un peu plus, un peu moins ciblées, un peu moins étiquetées, de type vulvodynies, vestibulodynies, des choses comme ça, ou même des douleurs neuropathiques autres que les névralgies pudendales, sur lesquelles on trouvait par forcément les causes.
- D'accord, et du coup les névralgies, on m'avait dit que la plupart du temps, c'était des fausses névralgies ? Le diagnostic était plutôt difficile.
- Le diagnostic des névralgies pudendales n'est pas évident, après il y a quand même des critères diagnostics assez précis. Souvent, on a des patientes qui sont adressées pour des névralgies pudendales et effectivement quand on regarde les critères précis, c'est pas forcément ça. C'est des douleurs sur un territoire qui pourraient faire penser que c'est une N.P. Bien souvent, ça peut être des petites tensions musculaires ou autres qui vont titiller ce nerf la et ce n'est pas une vraie névralgie effectivement.
- Hmm d'accord, et du coup, **comment vous prenez en charge ce type de douleurs ? Alors j'avais mis éléments spécifiques de l'interrogatoire, de l'examen clinique et du traitement**.
- Alors qu'est-ce qu'il y a de spécifiques dans tout ça par rapport aux patientes que je traite en périnéo plus classique sans douleur ?
- Oui c'est ça.
- C'est ça, alors déjà éléments spécifiques il y a pas, enfin, moi dans mon bilan quel que soit la patiente que je reçois, je parle toujours de douleurs et je parle toujours de sexologie.
- D'accord
- Parce que même si c'est pas le motif de consultation, et bah je me rends compte que, il y a parfois des problèmes dont elles n'auraient pas forcément parlé si on n'avait pas posé les questions
- D'accord
- Voilà, après qu'on met le doigt sur des douleurs, là j'ai des questions plus précises sur la euh, depuis quand, les conditions d'apparition de la douleur, qu'est ce qui la soulage, qu'est ce qui

l'accentue, euh… et puis la localisation précise, le type de douleur, enfin voilà après c'est un bilan de la douleur hein, voilà. Et effectivement puisque j'imagine que la question aussi est sous-jacente pour vous, heu, je parle un peu de violences sexuelles mais voilà sur les femmes qui ont certains problèmes sexo types vaginismes surtout et effectivement là on essaye d'aller chercher s'il y a une cause traumatique ou s'il y a eu problèmes d'agressions sexuelles ou …

- Ok et donc ça viendra après en plus ce genre de questions
- D'accord il y pas de soucis.
- **Après j'avais mis, est ce que vous avez suivi des formations spécifiques en communication, en psychologie,** justement pour traiter ce type de douleurs ou ce genre de situation avec tout ce qui est agressions sexuelles …
- Non, pas assez
- Pas assez ? Alors quelques-unes ?
- En fait, non non, euh, enfin, disons que sur certaines formations, on en parle, notamment, les formations sexo qui aident beaucoup à tout ce qui est communication justement, communication psychologie, savoir parler tout naturellement de sexualité avec les patientes, que ce soit dans le positif ou le négatif en fait.
- D'accord
- Donc voilà les seules formations où il y a vraiment de la communication dans ce sens-là, c'est ça. Et sinon après ça va plus être de l'information sur des congrès, par exemple, où effectivement, un des derniers congrès où j'ai assisté il y avait une intervention sur les violences familiales
- Ok
- Donc plus largement que … voilà. Mais sinon je n'ai pas fait de formation spécifique liées à ça.
- Ok donc du coup hmm, oui j'avais une question, à quoi ça consiste la sexologie parce que nous, on avait un cours, et la prof a traité vaginisme et hypertonie périnéale
- Oui
- Et c'est deux seules pathologies qu'elle a traitées, elle a parlé un petit peu du bilan et voilà
- Oui, bah c'est ça la sexo, quand on a un problème purement sexo, c'est souvent vaginisme, hypertonie, ou la même chose quelque part, vaginisme c'est juste une hypertonie un peu plus prononcée qui empêche la pénétration. Mais après, enfin, la sexo je dirais que c'est parti intégrante des rééducations plus classiques. A partir du moment où on a une femme qui a des douleurs pelviennes, elle a très souvent des douleurs à la pénétration, donc bah c'est de la sexo quelque part, on va essayer de soulager les douleurs et d'assouplir pour qu'elle essaye d'avoir des rapports sexuels normaux. Donc pour moi ça fait partie de la sexologie aussi.
- Ok, et euh du coup, on va revenir sur tout ce qui est violences : une fois que vous parlez donc de violences quand elles viennent pour vaginisme, une fois que vous que … **vous posez comment la question ? Vous êtes directe, vous êtes plus indirecte** ?
- Alors je non, je suis pas directe parce que je la laisse mettre des mots sur ce qu'elle vit parce qu'en plus je me suis rendue compte qu'entre ce que … la perception de nous ce qui s'est passé dans la vie d'une femme et sa perception à elle, il y a de grosses différences. Donc moi je vais plutôt dire est ce que que vous avez vécue quelque chose dans votre enfance ou à un moment de votre vie qui puisse expliquer des problèmes sexuels aujourd'hui donc du coup c'est assez large et en fonction de sa réponse, j'affine. Parce que du coup, on voit … on voit quelqu'un qui … que ça touche mais qui peut pas forcément dire les choses et dans ce cas-là, je vais guider : est ce qu'il y a des problèmes d'ordre sexuel ? Est-ce qu'il y a eu des attouchements ? Est-ce qu'il y a eu des violences ? voilà. Mais c'est que euh, alors moi ça m'a pas mal fait réfléchir de

savoir qu'on allait se voir et qu'on allait discuter de tout ça, je me suis souvent faite la remarque qu'on était pas suffisamment formé en tant que kiné.

– D'accord

– A tout ça, la première fois qu'une patiente m'a parlé spontanément euh de …. Violences sexuelles, j'ai pas su quoi faire de l'information, clairement, parce que j'avais beau être formée en rééducation périnéale et avoir fait déjà plusieurs formations, à aucun moment on m'en avait parlé en fait donc bah du coup je me suis renseignée, j'ai discuté avec des collègues et voilà, ça m'a … et donc j'ai un peu évolué sur le côté violences sexuelles par contre sur tout ce qui est violences conjugales …

– Hmm Hmm

– Non sexuelle du coup, et bien je me rends compte que c'est pas des sujets que je vais aborder avec les patientes

– D'accord ok

– J'ai surement pas raison mais voilà, de base, sur notre formation, c'est pas des choses qu'on nous invite à faire et sur lesquelles on nous guide. Donc moi j'aborde les violences sexuelles mais quasiment qu'elles, pas autres choses souvent, les problèmes anciens, je vais pas forcément parler à un instant t c'est plutôt est ce qui s'est passé quelque chose qui l'explique mais je suis pas dans l'instant présent, est ce que vous avez des soucis relationnels avec votre conjoint, ça arrive sur certaines enfin au fur et à mesure d'aborder comment ça se passe dans votre couple ? Est-ce que ça se passe bien ? Est qu'il respecte vos envies, vos désirs ? Est-ce qu'il respecte un non ? Est-ce que… ça vient au fur et à mesure, mais sur mon bilan initial, et bah je suis plus attachée à comprendre et à savoir ce qui s'est passé, à être dans le passé que dans vraiment le présent à un instant t.

– Donc quand vous dite ça vient au fur et à mesure, c'est au fur et à mesure des séances ?

– Oui

– D'accord

– Oui parce que la confiance s'instaure aussi, du coup c'est plus facile

– Donc du coup, la relation thérapeutique … Comment vous la développer cette confiance la patiente.

– Je pense que ça vient avec le temps quand elle voit que j'écoute, que je réponds à ses questions et qu'il n'y a aucun tabou et aucune question bête en fait.

– Ok, bien, super, est ce que vous pouvez, je vais rebondir sur ce que vous avez dit, vous pouvez expliquer votre **évolution quant à la prise en charge, votre évolution quant aux violences sexuelles** ? Parce que vous avez parlé d'évolution

– Oui

– D'abord vous ne saviez pas ce que vous deviez faire et maintenant vous avez pris plus de recul et vous vous êtes renseigné …

– Alors j'ai pris un peu plus de recul mais je pense qu'on n'est encore pas suffisamment formés. Il y a un diplôme universitaire qui existe, que j'aurai bien aimé faire mais c'est lourd à force, les formations et les diplômes universitaires, mais il existe un diplôme universitaire sur les violences faites aux femmes, et je trouve que ce serait super intéressant, super enrichissant à faire. Donc en fait, moi je me suis, enfin, euh, j'ai … comment dire … J'ai essayé de chercher des informations auprès de professionnels qui avait l'habitude pour savoir comment je devais réagir quand une patiente avait subi des violences sexuelles et comment je me positionnais en tant que thérapeute pour ne pas être de nouveau violente avec elle. Et au final les conseils que j'ai eus, ça reste du bon sens quelque part, c'est d'être suffisamment ouverte avec les patientes

pour leur poser clairement les questions de ce qu'elles ont … de ce qu'elles peuvent accepter ou non.

– Hmm hmm
– Vous voyez par exemple, il y a certaines personnes qui vont préférer un travail purement manuel parce que l'introduction d'une sonde c'est impossible pour elles. Alors que d'autres, ça va être l'inverse. Le coté impersonnel d'une sonde c'est plutôt rassurant pour quelqu'un qui a été abusé … et voilà. Donc déjà, bah je suis un peu plus, je pense, au fil du temps, de plus en plus à l'écoute de mes patientes, pour m'adapter à elles et juste à elles. Et puis après, enfin, je ne sais pas comment dire, je pense que c'est en lisant des choses, en lisant des statistiques, en discutant avec les patientes euh … j'arrive à plus percevoir, à plus lire entre les lignes, du coup à pouvoir poser les questions et à pouvoir à réorienter. Parce qu'à un moment, on a nos limites en tant que kiné et j'envoie très facilement vers des psychologues ou autres et j'invite les patientes à parler.
– D'accord, ok
– Donc en gros, les deux trucs c'est ça. J'ai pas de prise en charge spécifique à faire mais je vais les insister à en faire une et moi de mon côté, je vais être beaucoup plus attentive à mes gestes et à mes paroles quand je sais qu'une patiente a subi des abus.
– Ok, vous aviez dit, vous avez discuté avec les professionnels qui ont l'habitude. C'était quel type de professionnels ?
– Alors la première fois que ça m'est arrivée, j'ai appelé une sage-femme qui travaillait dans le même cabinet que moi, en mode « allo C. J'ai un problème » et donc du coup c'est elle qui m'a expliqué que voilà si ma patiente m'en a parlé c'est qu'elle a confiance, et que du coup faut garder cette confiance entre nous pour arriver à trouver la meilleure solution, alors, elle c'était juste une rééducation en post partum, elle ne venait pas me voir pour des problèmes de douleurs ni quoi que ce soit mais du coup voilà elle m'a vraiment conseillé d'être à l'écoute de la patiente et d'échanger avec elle, pour savoir quelles étaient ses attentes et quelles étaient ses limites.
– D'accord
– Et puis après, le fait de travailler du coup avec d'autres professionnels ou même sur des formations, en fait, c'est hyper enrichissant les formations parce qu'on échange beaucoup entre euh … personnes euh … présentes et du coup bin voilà quand on a des soucis euh… telles ou telles interrogations, on arrive à trouver des réponses aussi. Et puis, on trouve aussi pas mal de réponses sur les réseaux de kinés spécialisés.
– Quel type…, quel site du coup ?
– Alors moi je vais beaucoup sur Facebook, sur kiné et périnée
– D'accord.
– Enfin rééducation et périnée ou autre.
– Du coup, je vais passer à la deuxième question : **comment définissez-vous les violences conjugales et avez-vous déjà été confrontée à des patientes victimes de ce genre de violence dans votre pratique ? (2)**. Et du coup je voulais savoir à quelle fréquence aussi ?
– Et bin, ça, je pense que je dois être relativement naïve là-dessus, parce que c'est un peu ce que je vous disais tout à l'heure, dans le cadre de douleurs, je vais en parler et principalement des violences sexuelles. Après les violences conjugales, et bin, c'est pas quelque chose que moi je vais aborder de prime à bord avec mes patientes et le fait est que les patientes, si on n'en parle pas, ne l'abordent pas. Et je crois pas ou alors il y a très très très longtemps à une époque où je n'étais pas apte à recevoir l'information, mais je ne crois pas que j'ai déjà eu des patientes victimes de violences conjugales qui m'aient ouvertement dit qu'elles étaient victimes de violences de la part de leur conjoint.
– Et maintenant ça change un petit peu ?

– Comment ça ? ça change un peu
– Vous aviez dit que vous recherchiez pas l'information, maintenant vous m'avez dit au niveau sexuel vous la cherchiez ?
– Moi je la cherche au niveau sexuel, mais pour le coup, je ne la recherche toujours pas sur les violences conjugales. Donc peut être que ça va changer après notre entretien du coup.
– Peut-être … et du coup **vous pouvez me dire un chiffre sur les violences sexuelles, combien de patientes vous avez à peu près par an dans le cabinet qui sont victimes de genre de problème** ?
– Whoua, euh … des patientes dont je suis au courant qu'elles ont subi des violences sexuelles ?
– Que vous suivez
– Que je suis, je saurais pas dire, peut-être une vingtaine de patients par an, de patientes par an
– D'accord et vous suivez combien de patientes en général ?
– Et bien ça aussi c'est compliqué à dire parce que comme c'est des suivis euh … jusque-là, j'étais deux jours on va dire par semaine, je vois 30 patientes par semaine, ouai je suis 30 patientes en même temps, je me rends pas compte en fait de de combien de je vois de patients exactement. En fait comme c'est des rendez-vous enfin voilà, 30 rendez-vous par semaine sur 50 semaines … je dois avoir 150 patientes je dirais quelque chose comme ça
– Ok, donc c'est comme même une fréquence pas négligeable
– Ah oui, ah non, bah c'est vrai que c'est très fréquent quand il y a des problèmes de douleurs de toute façon. Sur les femmes que je vois pour des douleurs pelviennes, du vaginisme, de l'hypertonie ect, je pense qu'il y en a bien une sur quatre qui a eu des problèmes de violences sexuelles.
– D'accord, ok
– Mais effectivement violences conjugales, je me rends compte que je suis pas au courant et quand on connait les chiffres, forcément qu'entre les mains, tous les jours je vois des femmes qui subissent des violences mais en fait je ne le sais pas, je ne le cherche pas.
– D'accord, **dans quelles circonstances les patientes sont-elles susceptibles de révéler les violences subies et si elles ne le relèvent pas, avez-vous des faisceaux d'indices quant à la présence d'éventuelles violences lors de l'examen physique par exemple (3)** ?
– Alors bah ça aussi, c'est assez compliqué, parce que donc dans quelles circonstances elles sont susceptibles de les révéler ? … bah je pense que si je pose pas la question c'est pas forcément des choses qui viennent naturellement et après les faisceaux d'indices, alors j'ai tendance à poser la question quand je vois une patiente qui est très stressée par un examen vaginal. Là je ... en principe quand je vois qu'elles sont toutes crispées euh voilà j'ai beau … même si j'ai expliqué que j'ai leur consentement, je m'en vais, je m'éloigne un peu et puis je les rassure et puis je pose des questions et à la limite on voit ça la prochaine fois peut-être le temps de se préparer un petit peu plus psychologiquement, et là ça peut amener justement à pourquoi elles ont cette réticence de l'examen gynéco. Chez certaines, c'est juste parce qu'un examen gynéco c'est pas très agréable et du coup il y a une petite appréhension mais on arrive à percevoir quand même dans les yeux de la patiente si c'est juste une petite appréhension, s'il y a vraiment quelque chose qui est du domaine de… pas l'impossible mais presque. Et après les indices, alors bah les seuls indices que je verrais, enfin qui sont visibles à l'examen, oui s'il y a des hématomes en gros et ça il y a toujours des bonnes raisons d'avoir des hématomes.
– Je pense que cette question on l'a déjà abordée : **les violences étaient-elles en cours ou étaient-elles passés** ?
– Donc ça pour le coup j'ai jamais eu de patientes qui m'aient avoué qu'elles subissaient des violences actuellement

– Ok du coup quand elles étaient passées ? comment avez-vous réagit ? avec le recul que vous avez maintenant ?
– Comment j'ai réagi ? Bin je sais pas, je saurais pas répondre à cette question …
– Ça vous a mis mal à l'aise ? dans le non jugement ?
– Alors j'ai toujours été dans le non jugement ça c'est une certitude parce que de toute façon je suis quelqu'un d'hyper-tolérante et tout ce qu'on peut me dire je l'ai toujours pris sans aucun jugement et j'ai toujours essayé d'être dans la bienveillance, j'aime l'échange j'ai … voilà donc j'ai plutôt un discours rassurant après je pense que j'ai été étonnée effectivement les premières fois où là je savais pas trop comment réagir et quoi dire, quoi faire ? mais maintenant bah voilà ça fait partie des questions, je laisse la patiente parler tant qu'elle a des choses à dire euh je lui demande aussi si elle … c'est des choses dont elle a parlé à quelqu'un d'autre, à son conjoint ou à des professionnels et du coup où elle en est par rapport à cette situation-là, est-ce que pour elle, c'est quelque chose de digéré entre guillemet ou quelque chose de pesant. Et parfois, elles se rendent même pas compte que … qu'il s'est passé quelque chose et que et ça aussi, alors j'ai, j'ai beaucoup échangé la semaine dernière avec une assistante sociale qui pour le coup est spécifiquement formée aux violences conjugales et sexuelles, si ça vous intéresse de la rencontrer. Je lui ai parlé de vous parce que c'est pour ça qu'on a échangé forcément. Et je pense que je vais modifier aussi ma façon de poser les questions. Parce que les violences sexuelles, beaucoup de femmes les perçoivent à l'extérieur de leur couple mais très rarement, elles le perçoivent à l'intérieur de leur couple. Et du coup quand on demande à une femme si elle subit une agression sexuelle ou quelque chose qui puisse expliquer les problèmes qu'elle a aujourd'hui, elle va pas forcément dire que oui, parce que c'est, parce que pour elle c'est son ressenti, alors que si on lui demande est ce que vous systématiquement consentante pour tout ce qui se passe avec votre conjoint, là elle va répondre ah bah non mais sans aucun moment faire le lien entre le fait que ne pas être consentante ça veut dire être victime d'une violence sexuelle. Donc ça je pense que je vais modifier aussi la façon de poser mes questions suite à l'échange que j'ai eu avec cette femme là. Et dans la même idée, il y a aussi des femmes qui subissent des choses enfants qui leur paraissent, qui leur paraissent pas si grave. Et je sais j'ai eu une patiente que je suivais pour du vaginisme, il a fallu quand même revenir sur le sujet plusieurs fois avant qu'elle parle, et quand elle m'a expliqué son histoire de vie, enfin ce qui s'est passé quand elle était enfant, le… avant même de me l'expliquer elle m'a dit mais c'est pas si grave parce que … il n'y a pas eu de pénétration. Je fais oui mais c'est pas parce qu'il y a peu eu pénétration que euh, il doit se passer ça sur une petite fille de 7 ans, qui a subi des attouchements de la part d'autres enfants, qui étaient plusieurs donc clairement, c'était clairement un abus d'une petite fille, mais elle, elle l'a pas vécue comme ça. Ça l'a quand même impacté parce qu'elle en parle et ça surement impacté son corps beaucoup plus que son esprit, ce qui fait qu'elle a des problèmes mais qu'elle … de prime à bord pas capable de dire que c'était peut-être ça la source de son problème. Mais le premier truc qu'elle dit c'est, c'est pas si grave en fait, voilà, ils se sont juste frotter à moi, il s'est rien passé. Bah non il s'est pas rien passé. Donc ma réaction face à ce que j'entends bah ça dépend de ce que j'entends mais j'essaye de faire comprendre aux femmes qu'on peut pas tout accepter, que tout n'est pas normal, que … voilà. Quand elles, elles ont pas la sensation que c'est un abus. Après quand elles ont la sensation vraiment que ça été un abus et qu'elles l'ont vécu comme ça, là je vais plus me renseigner pour savoir si elles ont parlé, si elles sont ouvertes avec ça, si la famille est au courant, si le conjoint est au courant et je vais les inviter à extérioriser tout ça en fait auprès de professionnels compétents parce que je pense que pour le coup c'est pas de ma compétence de euh ….

– Très bien, oui vous avez dit des fois que c'était pesant pour les patientes donc voilà c'est vraiment le schéma je l'a fait parler et il faut la réorienter derrière …
– Oui c'est ça
– D'accord, ok, et d'après vous quelles peuvent être **les conséquences des violences sur la santé de la patiente**
– Ah bah je pense que sur la santé, je vois mental, je pense que ça pense que ça peut avoir un sacré impact et que c'est des femmes qui se retrouvent renfermées en fait, qui doivent se sentir seules, je pense
– Ensuite, donc pour vous oui **lien entre douleurs pelviennes et le fait de subir des violences, il est établi pour vous ?**
– Oui, oui
– Dans quel sens ?
– Je pense qu'il y a certaines douleurs pelviennes qui sont à l'origine liées à des violences sexuelles et ça euh, alors, après c'est vrai que je vais pas … oui faudra que je pose la question systématiquement, c'est peut-être biaisé ce que je dis. Parce que je pose la question principalement aux femmes qui ont des douleurs, donc j'ai des oui dans cette catégorie-là. Peut-être que si je posais la question à toutes les femmes, je me rendrais compte qu'il n'y a peut-être pas de lien mais, je sais pas en fait du coup. Oui peut-être pourquoi pas. Bah après voilà je sais que tout ce qui est problème de vaginisme, il y en a quand même pas mal qui ont subi des violences, je pense que j'ai pas de chiffre mais euh en cherchant je pense qu'il doit y avoir un lien établi là pour le coup. En pratique, pour se rendre compte s'il y a un lien, il faudrait que je pose la question à toutes les patientes. Est-ce que c'est approprié aujourd'hui sur un bilan périnéal de systématiquement demander à une patiente si elle … si elle a été victime de violences, si … je pense que ce serait hyper invasif comme questionnaire sans forcément qu'elle comprenne pourquoi …
– Le but
– Oui c'est ça.
– C'est bien vous répondez à toutes mes questions d'après. C'est très très bien (rire). Ok et selon vous, quelles sont les **qualités et les compétences que l'on doit acquérir pour pouvoir effectuer une rééducation périnéale efficace** ?
– En tant que thérapeute ?
– Oui
– Les qualités et compétences ? Déjà je pense que l'écoute (rire). Et puis la transmission de son savoir (rire). Et bah moi je pense qu'une rééducation périnéale efficace c'est surtout d'arriver à comprendre la patiente et quelles sont ses attentes et à la positionner au centre de sa … rééducation. Et ça c'est quelque chose que je fais de plus en plus, je… des fois je dis carrément à des patientes je suis votre coach en fait, le boulot c'est vous qui le faite, moi je vous donne toutes les cartes et je vous explique tout ce qui faut pour que vous puissiez comprendre votre corps et travailler toute seule. Et en fait, c'est pas le travail qu'on fait ensemble pendant la séance qui compte, c'est tout ce que vous allez faire vous à coté de toutes ces informations-là.
– Et du coup, comment vous faites pour faire comprendre le corps à une femme, c'est une question intéressante parce qu'on ne sait pas, on est toute des femmes mais comment on fait pour comprendre notre corps ?
– Bah en fait, quand je dis comprendre comment elles fonctionnent et comment est leur corps, ça passe par pleins de chose et encore une fois, ça va dépendre de mon bilan. Mais par exemple, expliquer à une patiente comment marche la miction, comment se remplie la vessie … enfin déjà l'anatomie et la base de comment lui expliquer comment elle est faite d'un point de vue

anatomique, comment sont organisés les organes du petit bassin et qu'est-ce que représente le périnée, à quoi il sert. Voilà, la base un peu à toutes les patientes.

– Vous utilisez des planches ?
– Oui des dessins et puis des fois, je fais des dessins à mes heures perdues (rire) et après, quand il y a besoin, j'explique comment se passe la miction, comment la vessie se remplie, pourquoi le besoin arrive, pourquoi il faut le respecter, pourquoi il faut écouter son corps. Pareil pour tous les problèmes de constipations, pourquoi il faut aller à la selle quand le besoin est là et sans attendre alors que c'est pas forcément vrai quand il s'agit de faire pipi. Pourquoi on adopte telle position plutôt qu'une autre ? qui est mieux pour … Pourquoi la constipation ça a un impact sur le périnée et que finalement c'est pas juste un état bah c'est pas grave vous êtes constipez oui, vous faites quelque chose, bah non depuis le temps. Bah non en fait, je vais vous expliquer pourquoi vous l'êtes, qu'est ce qui se passe, comment faire pour aller mieux et pourquoi ça a un impact sur le périnée. Et en fait en expliquant toutes ces choses-là, les patientes elles comprennent quand on leur dit de mettre un marchepied dans leur toilette, elles vous disent une fois sur deux ah bah oui j'ai vu ça, et vous les faites ? bah non. Et forcément qu'elles le font pas, elles ont vu que c'était bien de mettre un marchepied mais à aucun moment on leur a expliqué pourquoi. Et donc je pense que les patientes elles ont besoin de comprendre pourquoi elles font les choses. Et après, tous les mécanismes de la douleur et pourquoi leur corps va réagir par une hypertonie quand euh… il y a telles ou telles douleurs. Enfin voilà, ce… moi j'essaye en fonction des patientes, de leurs attentes, de leurs pathologies encore une fois, j'essaye de leur expliquer un petit peu de physiologie qui… enfin comment elles fonctionnent en fait et du coup comment euh re-fonctionner normalement quand il y a quelque chose qui est un peu déréglé.
– Ok super, la prochaine thématique : le dépistage de violences. **Mettez-vous des stratégies en place pour dépister des violences conjugales et dans votre pratique (4)** ?
– Bah du coup non …
– Non …
– Non je pense qu'on est pas suffisamment formés à ça et pas suffisamment sensibilisés à ça donc instinctivement, on le fait pas.
– D'accord, et oui donc on parlait du dépistage systématique dont vous m'aviez dit que vous le faisiez pas parce que c'était trop invasif
– Je… oui
– Et du coup vous pensez quoi du dépistage systématique parce que ça fait partie des recommandations de l'HAS.
– Ça fait partie des recommandations ?
– Oui
– D'accord bah j'apprends quelque chose (rire)
– Vous en pensez quoi ?
– Je sais pas, je pense que ça mérite d'être réfléchi effectivement, mais ça fait partie des recommandations, c'est … je pense que c'est important de le faire puisque je pense ça veut dire qu'il y a une place pour le professionnel de santé dans le dépistage des violences conjugales mais encore une fois, à quel moment on nous en parle, à quel moment on nous le dit et à quel moment on nous forme ? Voilà
– Bonne question
– Et bin c'est ça, c'est que si on va pas chercher les informations, et bin on les a pas.
– D'accord, hmm, on va revenir sur la question que vous posiez, vous aviez dit du coup avec l'assistante sociale, vous allez changer votre manière d'aborder …

– … Je pense que je vais … oui changer la manière de poser les questions bah du coup elle vous en dira plus elle si jamais vous arrivez à l'avoir mais elle pose vraiment les questions directes et elle me dit le fait de poser des questions très directes, le … les patientes elles répondent sans aucuns soucis. Après c'est un peu particulier son travail, elle travaille euh, elle est rattachée aux urgences d'un hôpital donc forcément du coup euh, elle, elle touche à des personnes qui sont en pleins dedans et qui subissent euh voilà aussi bien pour des enfants d'ailleurs que sur des violences conjugales, des violences familiales, plus large
– Oui, parce que je me disais qu'on pouvait classer les violences soit passées, soit présentes, et effectivement quand c'est présent, il y a peut-être des plans d'urgence à effectuer …
– Tout a fait, et là légalement en plus, si jamais une patiente pour le coup me parle et d'une violence qui est actuelle, là je … légalement, je suis dans l'obligation de faire un signalement et c'est pareil, ça, c'est pareil c'est très flou.
– D'accord oui parce que signalement, obligation mais tout ce qui est secret médical ? Comment ça se passe ?
– Et bin, ça aussi c'est à chercher (rire), si c'est pas déjà fait, je sais pas si vous avez cherché des choses là-dessus donc à priori, notre obligation, enfin l'obligation d'un médecin ou d'un professionnel de santé c'est de faire un signalement s'il a connaissance de violences familiales et il y a pas de secret médical dans ce cadre-là.
– Parce que moi j'avais compris que c'était si on avait le consentement de la personne majeure.
– Bah moi c'est ce que je pensais aussi et en échangeant avec ma patiente assistante sociale, elle m'a, elle m'a dit que même sans le consentement, on est obligé de faire un signalement.
– Ça j'irai chercher, parce que pour les enfants, c'était obligatoire de faire un signalement au procureur mais euh je … alors faudrait que je cherche parce que même dans le …
– Alors non l'obligation c'est peut-être nuancé. C'est peut-être dans le cas où il y a un danger immédiat mais du coup, danger immédiat, encore une fois, si on est pas formé, qu'est-ce qu'un danger immédiat, donc que voilà, c'est … la nuance est peut-être là. C'est peut-être pour ça que vous aviez pas vu qu'il y avait une obligation euh… systématique.
– Parce que le danger immédiat c'est déjà est ce qu'on le repère mais… aussi qu'est-ce qu'on fait après …
– Comment on l'évalue ? et puis on n'est pas compétent encore une fois pour évaluer qu'il y a un danger immédiat.
– Et si jamais une patiente vous le dit qu'elle est en danger, par exemple dans le cabinet, vous, qu'est-ce que vous mettriez en place ?
– Honnêtement je serai perdue (rire), je pense que j'appellerai mon assistante préférée et que je lui dirai qu'est-ce que je fais là A. (rire). Je ferai quelque chose, ça c'est certain mais j'ai jamais été confrontée et du coup je sais pas ce que je ferai pour le moment. Je … je me renseignerai justement sur quelles sont mes obligations, sur comment je peux l'aider, sur les numéros d'aide éventuellement pour appeler si elle est consentante et qu'elle veut que je l'aide à mettre des choses en place, mais je pense que c'est des choses que je ferai à un instant t euh à l'heure actuelle, je suis pas capable de répondre sur ce qui se passera.
– D'accord, pas de soucis. Ensuite, **le rôle du masseur-kinésithérapeute, pensez-vous que le repérage des violences conjugales soit dans le champ des kinésithérapeutes ? oui, non et pourquoi ? (5).**
– (Hésitation) Je pense que ça pourrait l'être mais que le manque de formation et d'information sur le sujet fait que ça l'est pas franchement.
– D'accord, donc en gros le frein qui fait que ce ne soit pas de notre domaine c'est qu'on est pas formé.

– Oui, après je peux pas parler pour tout le monde hein mais moi je parle pour moi.
– Oui bien sur
– J'ai jamais reçu la moindre formation ou information concernant les violences conjugales, c'est, c'est, si ça m'intéresse, je sais que je peux aller chercher les infos, je sais que je peux faire des formations mais on n'est pas incité à le faire, il y a rien d'obligatoire, il y a pas … il y a pas de campagne d'information pour les kinés, il y a pas, il y a rien de tout ça. On nous en parle absolument jamais en fait
– D'accord, ça me va.
– Vous en parlez en formation initiale, des violences conjugales ?
– Non on n'en parle pas. Par contre, j'ai parlé à un kiné qui est assez sensible sur le sujet, il a dit que si une école devait mettre en place ce genre de formation, il m'a dit qu'il serait préférable que ce ne soit pas obligatoire comme ça, ça inciterait vraiment les personnes qui sont intéressées à y aller.
– Mais oui pour quelle raison ce ne serait pas obligatoire ?
– C'est son point de vue, mais d'après ce que j'ai compris, on ne doit obliger personne et ça ne sert à rien d'aller en parler à des personnes que de toute façon ça n'intéressera pas. Sujet très sensible
– Oui mais il y a un moment où ça nous intéresse pas parce qu'on nous en parle pas. Moi quand j'étais face à ma première patiente qui m'a dit avoir victime d'un viol, et bin … j'aurai peut-être aimé à l'école de kiné bah voilà parmi tout ce que vous pouvez rencontrer, vous aurez peut-être un jour des personnes qui vous parlerons de violences conjugales, de violences sexuelles, et bin faut savoir que ça existe, faut savoir comment réagir, faut peut-être avoir un listing de numéros d'urgence, de …. De groupes d'entre-aide ou de choses comme ça pour être capable de faire quelque chose de l'information. Et pas sentir juste bête parce qu'on en a jamais entendu parler avant même si on sait que ça existe… Donc moi je trouve que ça serait pas idiot qu'on nous en parle sur la formation initiale ou même ne serait-ce que euh… enfin vous dites que ça fait partie des recommandations de la HAS
– Depuis 2019
– Voilà et bin à aucun moment, enfin c'est peut-être à moi de chercher les infos, je dis pas, mais je découvre. Donc peut-être, on reçoit quand même souvent des infos, des pubs, des trucs, des machins, pourquoi on nous envoie pas dans ces cas-là euh une campagne de sensibilisation sur les violences, quelle est la place du kiné et quelles sont vos obligations en tant que kiné. Pour qu'on sache. Et du coup ceux que ça intéresse pas, ça passe à la poubelle et ceux que ça intéresse, et bin ils peuvent aussi aller chercher plus loin dans ces cas-là. Mais les infos sont je trouve pas si facile que ça à aller chercher et puis il y a tellement de choses qu'on veut faire, apprendre, et voir que …
– C'est ce qu'on me disait, on fait dans ce cas-là de la rééducation périnéale et ça vient en plus, les problèmes de violences, mais est ce qu'il faut vraiment se spécialiser dans cette voie en tant que kiné ? Par exemple, traiter que des femmes qui ont subi des violences ?
– Ah non
– Non
– C'est pas ça l'idée, mais au moins … enfin si c'est pas fait sur la formation initiale, je veux dire, à un moment c'est pas fait non plus sur la formation en uro-gynéco. J'ai fait une formation en uro-gynéco enfin en périnéo chez l'enfant. J'ai jamais pratiqué parce que la formation m'a pas apporté ce que j'estimais nécessaire pour mettre en place. N'empêche sur cette formation-là, je suis rentrée chez moi j'avais envie de pleurer (rire) parce que là on a eu tous les chiffres possibles et imaginables sur les violences faites sur les enfants. Et en fait, c'est logique et voilà

c'est comme ça, la formation était construite comme ça parce qu'ils partaient du principe que certains problèmes chez l'enfant étaient liés justement à des abus et qu'il fallait être capable de les dépister ect. Mais ça j'ai jamais jamais jamais eu ce genre de … parti de contenu sur des formations de rééducation périnéale chez la femme. Donc même si c'était pas fait en formation initiale, quand on commence à faire de la formation en rééducation périnéale, je comprends même pas qu'à aucun moment on nous parle pas d'abus sexuels. Et du coup, pour le coup de violences conjugales au sens plus large oui.

– Ok, du coup, selon vous**, quels sont les prérequis, les compétences, les qualités que nous devons acquérir pour pouvoir repérer et prendre en charge les patientes victimes de violences en tant que kiné** ?

– Bah les qualités, c'est toujours pareil, c'est l'écoute dès qu'on est dans l'humain… et après prérequis et compétences c'est ça c'est de savoir, de… les prérequis c'est de … de enfin de savoir dépister les signes et de savoir quoi faire des informations, est ce qu'il y a besoin d'orienter, orienter vers qui, signaler, signaler à qui ? Voilà toute la partie théorique on va dire à connaitre. Et puis après les qualités, c'est la partie humaine, c'est l'écoute, c'est l'empathie, c'est …

– Et selon vous donc, **pourquoi une patiente aurait des difficultés à parler des violences et quels sont les éléments qui l'empêcheraient de se confier ? que ce soit les barrières propres au professionnel ou barrières propres à la patiente** ?

– Alors je pense que les barrières propres aux victimes c'est souvent, enfin les victimes elles sont souvent enfermées et tout est fait pour les inciter à ne pas parler par le conjoint qui a la mainmise sur elle. Donc je pense qu'il y a des barrières de ce côté-là et après je pense que autant en tant que kiné on n'a pas forcément le sentiment d'avoir un rôle à jouer dans tout ça. Autant si c'est notre sentiment à nous c'est forcément celui de la victime aussi qui se dit que c'est pas son kiné qui va faire quoi que ce soit pour elle et que ça sert pas à grand-chose de venir lui parler de violences qu'elle a subi ou qu'elle subit.

– D'accord ok, donc ensuite **en ce qui concerne vous pratique, comment adaptez-vous votre prise en charge lorsque vous avez repérez une patiente victime de violence (6).**

– Et bin je vais être beaucoup plus attentive à … surtout à mon examen clinique, à pas reproduire des violences avec elle, donc je vais être… je le suis déjà avec toute mes patientes à demander le consentement, à être douce, à toujours expliquer ce que je vais faire. Je pense quand je sais qu'une patiente a subi des violences sexuelles, je vais être encore plus attentive à tout ça et vraiment chercher dans ses yeux le moindre signe qui pourrait me laisser penser que même si elle ne dit pas non enfin son oui c'est pas un vrai oui. Voilà

– Et si c'est pas un vrai oui ?

– Ah je fais pas, moi si je vois de la réticence dans les yeux d'une patiente, je fais pas, on fait autre chose, moi je quitte mes gants, on se rhabille, on va faire des étirements, on va respirer, on va discuter, on va faire n'importe quoi mais je vais jamais faire un toucher vaginal sur une patiente chez qui j'ai le sentiment que ça va être une torture quoi.

– Et quand vous dites, justement vous regardez dans les yeux, est ce qu'il y a d'autres éléments de la communication non verbale que vous regardez ?

– Alors le visage c'est très altéré par les masques, c'est catastrophique mais beaucoup de choses se lisent dans le visage et après en communication non verbale, oui il y a le corps qui parle. Clairement la position du bassin et des cuisses sur une femme qui appréhende un examen vaginal, ça … voilà ça parle.

– Le fait qu'elle puisse sursauter…

– Oui par exemple, oui effectivement. Mais ça c'est pareil, c'est des choses qu'on fait, qu'on voit avec le temps même chez toutes les patientes, je pense qu'elles méritent aussi ce respect-là. Même des patientes qu'ont pas subi des violences, un examen gynéco c'est pas toujours évident, et c'est vrai que moi j'ai pris l'habitude de faire en sorte que le premier contact physique avec la patiente, même sur un examen vaginal, ne soit pas justement vaginal. Et souvent, moi je vais avoir une main sur la cuisse de ma patiente. Le premier contact ça va être ça, ce qui y'a pas cet effet de sursauter si y'a pas une raison de le faire.
– Et dans les traitements, du coup comment vous traitez tout ce qui est douleurs pelviennes, c'est à base de massage, vous m'avez parlé de la t-car ?
– Bah après ça il y a pleins de chose, j'essaye d'être le plus externe, large et global au début pour être le plus fin et précis au fur et à mesure et pareil ça, je … ça se décide avec les patientes et en fonction la personne qu'on a en face de soi. Chez certaines femmes, je vais faire des séances complétement habillées avant même d'aller euh enfin des femmes qui sont en souffrance, qui se plaignent beaucoup de douleurs, je trouve que les laisser habiller sur les deux, trois premières séances pour prendre le temps d'aller travailler sur la respiration, c'est hyper important d'aller détendre le ventre, de faire des étirements pour aller détendre tous les muscles du bassin, c'est voilà, ça va déjà les apaiser, les rendre moins stressées pour la suite. Et après bah pareil dès qu'on passe sur des techniques un petit peu plus invasives, j'en parle, j'en parle avant comme ça je les laisse se préparer et par exemple, le massage qui est super dans bien des cas, jamais je vais le faire de prime à bord à une patiente, je vais toujours lui dire que ça existe et qu'on peut le faire, lui parler de l'automassage pour qu'elle le mette en place, si ça suffit pas, on peut faire ensemble et du coup bien souvent c'est elles qui vont revenir et euh… et comme ça, elles sont pas en position de pas oser dire non car c'est un acte thérapeutique, j'ai peut-être pas le droit de refuser, mais non je, sur des choses comme ça qui sont vraiment très spécifiques et très invasives je vais leur faire savoir que ça existe, je vais leur dire qu'on peut faire ça, on attaque par autres choses, on fait de l'automassage et souvent c'est elles qui seront demandeuses, qui vont me dire ah au fait vous m'aviez parlé de massage je veux bien quand même qu'on essaye donc voilà sur tout ce qui est traitement des douleurs, plus on est invasif, plus on risque de provoquer la douleur même si c'est pas le but mais il y a certaines techniques qui vont provoquer plus la douleur que d'autres. Et bah dans ces cas-là j'en parle avant, j'explique et on établit les choses un peu en douceur, progressivement et donc d'autant plus si je sais qu'il y a eu des, des abus.
– Donc c'est global puis spécifique après
– Oui moi j'ai tendance à travailler comme ça.
– Très bien, donc il y a forcément une influence sur votre prise en charge
– Oui du coup forcément un peu tout ce qu'on a dit là.
– Ah oui j'avais trouvé cette question intéressante **: l'OMS utilise l'acronyme LIVES, en français, cela veut dire : Ecouter, Demander, Valider, Amorcer un plan de sécurité, Soutenir et Aider, pensez-vous que toutes étapes soient applicables dans notre pratique** ?
– L'OMS utilise ça dans quel contexte ?
– Pour justement aider les professionnels, c'était dans le cadre d'une campagne contre les violences et pouvoir accompagner les professionnels et ils avaient dit l'acronyme LIVES, une fois que vous pensez qu'il y a une femme victime de violence …
– Ah oui en gros est ce que nous on peut être concerné par tout ça.
– Oui
– Ecouter, Demander, Valider, Amorcer un plan de sécurité, Soutenir et aider. Bah je pense qu'il y a des choses qui font peut-être parties de nos champs de compétences et qu'on peut mettre en place et d'autres un petit peu moins parce qu'on a nos limites et l'idée c'est plus d'orienter vers

des personnes compétentes pour aider euh… mais nous aider à proprement parler, je dirais, je sais pas, je pense pas.

- D'accord, je me suis dit écouter, demander ok mais une fois qu'on a l'information, on fait quoi ?
- Oui mais tout à fait
- Ça m'a toujours questionné
- Tout à fait, bah je pense que nous aujourd'hui quand on a cette information, et bin on la prend en compte pour travailler avec nos patientes dans la bienveillance et on réoriente vers des professionnels qui sont compétents pour aider ces patientes-là. Donc vers des psys si elles n'ont pas eu l'occasion d'en parler, qu'elles ont besoin d'échanger quand c'est des choses qui sont passées ou vers des personnes qui sont dans le social pour mettre en place toutes les démarches d'aides aux victimes. Mais ça pour moi, ça fait pas partie de nos champs de compétences. Donc pour moi aider c'est orienter vers quelqu'un qui est compétent.
- Parce que justement, pour le port de plainte, la question que je m'étais posé c'est est ce que dans notre discours, on doit dire à la patiente vous avez la possibilité de porter plainte ou justement on réoriente vers une autre personne qui serait plus à même de le dire.
- Moi je pense que si on n'est pas spécifiquement formé aux violences conjugales il faut faire très attention à ce qu'on dit, parce qu'il ne faut pas oublier par rapport aux chiffres que les féminicides interviennent très souvent au moment de leur séparation, du départ. Donc, se poser comme conseillère logique avec nous ce qu'on connait de la vie, en se disant mais madame faut pas rester, faut pas subir ça, faut le quitter votre mari, si trois jours après elle est morte, je pense qu'on a pas fait notre travail correctement. Donc je pense que tout ça c'est un domaine qui est tellement complexe qu'il y a des personnes qui sont compétentes pour aider correctement ces femmes-là, et du coup je pense qu'il faut qu'on soit très vigilant nous à ce qu'on donne comme information. Moi à titre personnel, je pense que je suis pas suffisamment formée aujourd'hui pour informer ces patientes de quels sont ces droits et qu'est-ce qu'elle devrait faire parce que je vis pas ce qu'elle vit et aller porter plainte oui et non en fait, est ce qu'il faut vraiment, est ce que c'est vraiment le conseil à donner à chaque femme. J'en suis pas certaine en fait.
- Donc la prochaine thématique c'était les formations qu'on a déjà abordé …
- Oui puis du coup non, même j'ai eu des petites infos et notamment c'est principalement sur le dernier congrès de l'IPPP où il y avait une intervention sur les violences familiales.
- Oui, c'est une question que je trouvais intéressante, **si on vous propose une formation sur les violences aujourd'hui, quelles sont les éléments clés que vous voudriez aborder pour que cette formation puisse vous aider dans votre pratique quotidienne (7)**
- Oula, beaucoup (rire), alors quels sont les éléments clés que j'aimerai abordé au cours de cette formation ? et bien déjà de savoir quelle est ma place exactement, qu'est-ce que je peux faire, qu'est-ce que je dois faire. Ensuite comment aborder le sujet, quelles sont les questions à poser aux patientes et euh… et puis enfin quel est notre rôle une fois qu'on reçoit l'info pour aider ces patientes-là. En gros voilà, un peu tout. Mais voilà, savoir repérer, savoir poser les questions et savoir quoi faire des infos
- Et enfin en conclusion, **si vous deviez résumez à un étudiant en fin de formation en IFMK les enjeux de la rééducation périnéale avec une patiente victime de violence, que lui diriez-vous de retenir** ?
- En rééducation périnéale, moi je pense qu'il faut … le truc le plus important à savoir c'est être à l'écoute, encore plus que sur une autre rééducation, ce qu'on va traiter c'est pas une pathologie ou des symptômes, ce qu'on va traiter c'est ce que la patiente, c'est ce qui la dérange. Des fois on va faire des bilans chez des patientes et puis nous on a envie de traiter en priorité ce qui dans notre référentiel est le plus important sauf qu'en fait elle, elle vient avec une demande et je pense

qu'il faut être suffisamment à l'écoute pour savoir quelles sont les attentes des patientes et coller à leurs attentes. Je pense que c'est … une des voies de la kiné où, il faut vraiment être à l'écoute, c'est pas aussi carré que de la rhumato, de la traumato, de la neuro. Voilà je pense que c'est de la rééducation fonctionnelle, que c'est beaucoup plus dans l'humain, dans l'empathie.

610 – Très bien ça me va
– Tant mieux
– Et bien merci beaucoup
– Merci à vous de m'avoir laissé la parole. Et puis de me faire réfléchir

Annexe 6 : Retranscription des commentaires dans la section « Conclusion » du questionnaire

Commentaires relatifs à la réalisation du questionnaire
« Bravo pour ce sujet ! Attention au début dans tes questions tu as mis « < 100 » au lieu de « < 100 » cela pourrait biaiser tes résultats :) ! Bon courage à toi de la part d'une ancienne élève du CEERRF »
« Bon sujet, très intéressant mais questionnaire beaucoup beaucoup beaucoup trop long ! 12 questions est la référence en termes de passage de questionnaire ... Au-delà c'est bien trop languissant »
« La question 30 questionne le kiné en général puis propose des réponses personnelles donc difficile de savoir s'il faut répondre pour soi ou pour tous les kinés »
« Question 36 aucunes réponses ne me parlent je l'écoute et je suis empathique tout en essayant de lui faire prendre conscience de la situation »
Commentaires sur le thème du mémoire
« C'est très intéressant. Je prends conscience que je n'aborde pas la question lors de ma prise en charge sauf quand il y a des preuves »
« Le cas de la question 34 ne m'est jamais arrivé car je ne fais jamais de toucher pelvien la première séance, explique et donne un exemplaire de consentement éclairé à lire et à signer. Sur ce consentement il est notifié que la patiente peut à tout moment refuser tout acte intrusif sans forcément donner de raison et que son souhait sera respecté, que bien que ce soit la méthode la plus efficiente, on se débrouillera pour trouver d'autres solutions pour arriver à un résultat similaire. Jusqu'à présent toutes ont été ravies de cette mise au point et 1 a fait appel à ce retrait de consentement au bout de quelques séances au début de la séance nous avons donc procédé autrement »
« Le sujet de ton mémoire est très intéressant et délicat à la fois.... J'ai 50 ans et l'expérience fait que mon comportement est je pense bien mieux adapté que quand j'étais plus jeune. Bon courage pour ce mémoire et ce sujet tellement nécessaire ! 💪 »
Commentaires d'encouragements et félicitation
« Bon courage pour ton mémoire ! »
Merci !!!
Adresses mails
4 demandes d'envois des résultats du mémoire avec adresses mails

.