

**INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DU
NORD DE LA FRANCE**



Mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28 :
Diplôme d'État de Masso-kinésithérapie

**Propositions de réflexion dans le cadre de la prise en charge d'une femme lors de la
relation de soin en
masso-kinésithérapie : réfléchir, penser et améliorer les conditions de prise en charge.**

Présenté par :
GRAFF Marie

Directeur de mémoire : Docteur Jean-Michel HENNEBEL

Enseignant universitaire : Monsieur Sylvain JOURDAIN

Masseur-kinésithérapeute expert : Monsieur Nadir LAÏD

Année universitaire 2021-2022

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. CADRE CONCEPTUEL	4
2.1. Le féminin.....	4
2.2. Le féminisme	5
2.2.1. La lutte pour la reconnaissance des droits civils, économiques et politiques	6
2.2.2. La lutte contre le patriarcat	6
2.2.3. La lutte pour les libertés	7
2.2.4. L'éco-féminisme.....	8
2.2.5. L'impact du féminisme dans notre société actuelle	9
2.3. La relation de confiance	9
2.3.1. Définition	9
2.3.2. Le rapport à l'intime	10
2.3.3. Une relation asymétrique	11
2.3.4. Le domaine de la masso-kinésithérapie.....	12
2.4. Le consentement	13
3. MATERIEL ET MÉTHODES	14
3.1. Revue de littérature.....	14
3.1.1. Méthode	14
3.1.2. Flux Prisma [67].....	14
4. INEGALITE DES TRAITEMENTS EN FONCTION DU SEXE ET DU GENRE	18
4.1. Définitions.....	18
4.2. Repères historiques	19
4.3. Généralités	19
4.4. Impact du sexe et du genre	20
4.4.1. Sur l'appartenance sociale.....	20
4.4.2. Sur la santé.....	20
4.5. Stéréotypes	22
4.5.1. L'ostéoporose	22
4.5.2. Santé mentale.....	23
4.5.3. Cancers.....	23
4.5.4. Maladies cardio-vasculaires	24
4.6. Les parcours de vie	24
4.6.1. La femme	25
4.6.2. Les personnes transsexuelles et intersexes	25
4.7. L'influence du genre sur les comportements à risque.....	26
4.7.1. Le tabac.....	26
4.7.2. L'alcool	27
4.7.3. Les substances illicites	28
4.7.4. Activité physique et troubles alimentaires	29
4.8. L'accès aux soins.....	30
4.9. L'importance d'une prise de conscience.....	31
5. RÉFLEXION ÉTHIQUE DE LA RELATION DE SOIN EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DANS LE RESPECT DU DROIT.....	31
5.1. Le toucher.....	31

5.1.1.	Définition	32
5.1.2.	Le toucher dans le soin	32
5.1.3.	L'intérêt du toucher pour la personne soignée en masso-kinésithérapie	33
5.1.4.	L'intérêt du toucher pour le masseur-kinésithérapeute.....	33
5.1.5.	Le toucher : une approche relationnelle.....	34
5.2.	Conduite éthique en masso-kinésithérapie	34
5.2.1.	La relation soignant-soignée	34
5.2.2.	L'intime, le corps et la relation de soin.....	35
5.3.	Le respect des principes éthiques liés à la fragilité et la vulnérabilité des femmes	38
5.3.1.	Définition	38
5.3.2.	La fragilité et la vulnérabilité des femmes.....	38
5.3.3.	L'hypersexualisation du corps féminin	39
6.	SITUATIONS À RISQUES CHEZ UNE FEMME VENANT CONSULTER UN MASSEUR-KINESITHERAPEUTE	39
6.1.	Définition	39
6.2.	La rééducation périnéale	40
6.2.1.	Le périnée	40
6.2.2.	Déroulement de la rééducation périnéale.....	41
6.2.3.	Aspects éthiques de la rééducation périnéale.....	42
6.3.	Rééducation kinésithérapique et mastectomie	44
6.3.1.	Définition	44
6.3.2.	Une atteinte à l'intimité physique	45
6.3.3.	L'aptitude du masseur-kinésithérapeute.....	45
6.4.	La prise en charge d'une femme victime de violences physiques ou sexuelles.....	46
6.4.1.	Définition	46
6.4.2.	Conduites à tenir.....	46
6.5.	Relation homme soignant-femme soignée	48
6.5.1.	L'influence des représentations sociales sur la relation soignant-soignée.....	48
6.5.2.	La relation soignant-soignée	49
7.	DISCUSSION	51
7.1.	Réponse à la problématique posée	51
7.2.	Droits de la patiente lors d'une consultation de soin en masso-kinésithérapie.....	55
7.3.	Biais et limites du mémoire	56
7.3.1.	Biais méthodologiques.....	56
7.3.2.	Biais de sélection	56
7.3.3.	Biais de langue de publication	57
7.3.4.	Biais lié au sexe	57
7.3.5.	Des pistes à envisager	57
7.4.	Projection dans notre future pratique professionnelle.....	58
8.	CONCLUSION	59
	BIBLIOGRAPHIE	61
	ANNEXES.....	78

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à la contribution de plusieurs personnes auxquelles je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Tout d'abord, j'aimerais remercier mon directeur de mémoire, Docteur Jean-Michel Hennebel, pour sa disponibilité, sa patience et surtout ses conseils judicieux qui ont alimenté mon travail. Son expérience, sa rigueur ainsi que nos longs échanges ont été pour moi d'une grande aide dans la réalisation de ce mémoire de fin d'études.

Je remercie ensuite Monsieur Frédéric Thomas et Madame Nadège Buisine pour leurs topos riches d'enseignements et motivants qui ont contribué au succès de mon stage de clinicat.

Je remercie également Monsieur Alain Chevutschi, responsable pédagogique de quatrième année de l'IFMKNF pour sa pédagogie et son accompagnement au cours de cette dernière année de formation.

Enfin, je tiens particulièrement à témoigner toute ma reconnaissance à mes parents, mon frère, ma sœur, ma famille, pour leur soutien constant et leurs encouragements au cours de ces cinq dernières années en étude supérieures. Je pense à mes grands-parents, Pauline ma colocataire, Baptiste et mes amis pour leur écoute, leur présence et leur bienveillance.

1. INTRODUCTION

Lors d'un de mes stages précédents, effectué en cabinet libéral, certaines situations m'ont interpellée. Les séances de rééducation périnéale avaient lieu dans une salle qui me paraissait assez grande avec un miroir positionné face à la patiente, soit face à la table de rééducation où s'installe le sujet. Une lumière vive, non tamisée, éclairait la pièce et il me semblait faire frais. La grandeur de la salle rendait cet endroit peu propice à une relation de soin optimale, manquant peut-être de chaleur pour la patiente qui doit se sentir la plus à l'aise possible et en confiance afin d'assurer le bon déroulement de la séance. Le miroir laissait également une visibilité crue sur les parties intimes ce qui peut être choquant pour certaines personnes voire même inhiber leur envie de venir et continuer leur rééducation au point de l'arrêter définitivement. Cette salle pouvait présenter un aspect agressif pour la patiente qui se sent « violentée » lors de sa rééducation par le manque de respect de son intimité [1] de la part du thérapeute.

Pourtant, selon Franck Gatto et Jean Ravestein, masseurs-kinésithérapeutes, « *la kinésithérapie utilise des savoirs issus de différentes disciplines (biologie, médecine, pharmacologie [...]) pour répondre à un double objectif, soulager la douleur et favoriser l'autonomie de connaissance, de compréhension et d'action du sujet par rapport à ses troubles fonctionnels* » [2] Quant au conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, il définit la kinésithérapie comme « *une discipline de santé et une science clinique. Elle est centrée sur le mouvement et l'activité de la personne humaine [...] pour favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé physique, psychique et sociale* » [3]. Ces deux définitions nous permettent de prendre conscience de la dimension humaine du masseur-kinésithérapeute qui font appel à des pratiques et notions théoriques primordiales notamment aux niveaux anatomique et biologique [2]. Cependant, il est important d'accompagner ces savoirs d'une dimension relationnelle. La masso-kinésithérapie est donc une discipline qui s'appuie sur les relations humaines, pour s'assurer de l'efficacité de la prise en charge du patient. Il est de ce fait essentiel de prendre en compte la dimension humaine dans toute sa globalité [4].

Les buts premiers du masseur-kinésithérapeute sont de soigner, d'accompagner, de prendre en charge le patient qui le consulte afin d'améliorer sa qualité de vie, lui permettre de retrouver son état de santé antérieur lorsque cela est possible, d'avoir le meilleur état de santé possible dépendamment de sa situation. Le masseur-kinésithérapeute doit donc soigner tous ses patients avec la même conscience qu'importe l'origine, la religion, le handicap, le sexe ou encore le

genre : « *la question de soin se doit d'être pensée dans son horizon étymologique et sémantique, historique et socio-anthropologique* » [5].

En réalité, des inégalités de santé persistent en France malgré l'enjeu social et sanitaire de santé publique [6]. Les raisons sont multiples : la culture, l'accès à l'éducation, le niveau de revenu, le sexe ou encore le genre [7]. En effet, les inégalités entre les hommes et les femmes dans l'accès aux soins et la prise en charge ont longtemps été ignorées. Les représentations sociales de l'homme et de la femme sont en partie responsables de ces inégalités de santé. Ainsi certains préjugés présents chez les soignants, liés au sexe et au genre, peuvent jouer sur la prise en charge des patients et l'interprétation des signes cliniques (biaisement des diagnostics médicaux par les stéréotypes de genre, par exemple) [8].

Nous nous sommes alors intéressés à la spécificité de la prise en charge masso-kinésithérapique des femmes. Nous avons tout d'abord voulu connaître l'impact des inégalités de traitement sur la santé des femmes et les conséquences que cela pouvait engendrer. Ensuite, nous avons pu observer et ressentir lors des stages réalisés au cours de ces trois dernières années d'études cette différence de traitement lors de prises en charge des femmes auprès de certains masseurs-kinésithérapeutes. À ce titre il nous semblait nécessaire de connaître les limites d'une séance ainsi que les précautions à prendre afin d'assurer son bon déroulement et d'éviter toute situation non adaptée ou sortant du domaine des soins. De plus la libération de la parole des femmes, les mouvements « *#MeeToo* » ou « *balance ton porc* » ont permis de prendre conscience de la problématique qui s'impose à nous : les rapports de pouvoirs multiples qui s'exercent sur le corps des femmes [9]. Enfin en France, la physiologie féminine n'est enseignée principalement que dans les formations de gynécologie-obstétrique. Or, pour chaque professionnel de santé il nous semble important de connaître la physiologie féminine afin d'adapter sa prise en charge et le traitement aux spécificités biologiques et anatomiques de la femme. En effet, en institut de formation en masso-kinésithérapie, l'apprentissage théorique s'effectue majoritairement sur un sujet de sexe masculin, vu comme un standard de la physiologie humaine. Cette fausse croyance ne permet pas de prendre en compte les spécificités du corps féminin.

La relation thérapeute-patient lors d'une séance de masso-kinésithérapie est une relation basée sur la confiance [10]. Il est difficile, voire impossible d'effectuer des soins sur notre patient si la confiance ne règne pas car le rapport au corps, à l'intimité dans la relation de soin en masso-kinésithérapie est particulier [11]. Le masseur-kinésithérapeute possède un large

panel de moyens qu'il utilise dans le domaine de la rééducation. Le toucher est au cœur de notre profession ce qui sous-entend que le patient doit laisser au praticien un libre accès à certaines parties de son corps : « *À travers l'énoncé d'une pratique du quotidien, les petits gestes prennent toute leur importance et font naître la confiance, reconnaissent l'autre comme personne humaine, préalables indispensables à toute pratique du soin* » [12]. Le thérapeute se doit également de prendre toutes les précautions nécessaires auprès du patient lors de la pratique des soins et doit s'assurer du consentement de celui-ci à chaque séance, pour chaque geste thérapeutique effectué [13].

Ces précautions sont d'autant plus importantes auprès des femmes. Le corps de la femme est hypersexualisé par la société. Cette hypersexualisation se caractérise par le fait de donner à un produit ou un comportement, un caractère sexuel qui n'en a pas en soi [14]. De nos jours, l'hypersexualisation est partout. Ainsi chaque fait et geste peut être interprété. Il est donc important pour le thérapeute d'expliquer tout ce qu'il va faire et dans quel but, afin d'éviter toute ambiguïté car certaines situations de soins pourraient amener à croire que l'on sort du domaine paramédical [11]. La singularité de ces situations et la spécificité de ce public exigent donc du masseur-kinésithérapeute une adaptation de sa pratique professionnelle courante.

Nous pouvons ainsi nous poser les questions suivantes : **Y a-t-il des particularités dans la prise en charge de la femme lors d'un soin en masso-kinésithérapie ? Comment réfléchir, penser et améliorer ses conditions de prise en charge ?**

2. CADRE CONCEPTUEL

2.1. Le féminin

Le corps féminin et le corps masculin sont différents du genre féminin et du genre masculin. Les différences entre un homme et une femme sont caractérisées par la fonction reproductrice ainsi que les aspects physiques et physiologiques (primaires et secondaires). Ces informations sexuelles peuvent par la suite être transformées aboutissant au genre : différenciation sociale des sexes. [15]

La différenciation sociale des sexes est asymétrique. En effet, elle affecte beaucoup plus le corps des femmes que le corps des hommes : « *Le corps n'est pas symbolique, il vit, se meut, souffre et meurt* » [16]. Cette différenciation va varier en fonction des contraintes imposées par la société sur l'homme et la femme.

La construction des corps est principalement sociale. Le corps féminin présente de nombreuses limites face au corps masculin : « *contraintes dans le vêtement et dans la présentation de soi, entraves à la motricité, limitations de la nourriture, de l'occupation de l'espace public, de l'utilisation du temps, de l'extériorisation des sentiments violents, interdiction des armes, fabrication d'un corps « proche » et disponible pour les autres* » [16]. Il y a donc un rapport de pouvoir sur le corps de la femme permettant une appropriation mentale, physique et affective de celui-ci dans le but de l'exploiter sans limites ainsi que sa force de travail. Se présente donc un rapport de classe des sexes [15].

Les modèles d'appropriation du corps tels que l'esclavage ou le servage ont permis la création du concept de sexage par C. Guillaumin. Selon lui, si « *les femmes sont des objets dans la pensée et l'idéologie, c'est que d'abord elles le sont dans les rapports sociaux [...] dont l'intervention sur le corps est l'un des éléments clés. Ces mêmes interventions jouent pour les hommes dans le sens de la construction d'un sujet, sujet de décision et d'intervention sur le monde* » [17].

Le corps des femmes étant si possédé par toutes ces interventions qu'il peut alors disparaître au monde et du monde. De plus certaines actions (coups, meurtres, viols) des hommes envers les femmes sont normalisées dans la majorité des sociétés (selon l'organisation mondiale de la santé, un tiers des femmes subissent des violences aux mains d'un homme,

situations non exceptionnelles, répandues dans toutes les classes sociales et dans tous les pays), afin de contrer toutes les manifestations du genre féminin (et non de la femme) lui imposant obéissance et passivité à l'homme [17].

De nombreux travaux ont permis de prouver que les rapports de classes de sexes sont caractérisés par l'appropriation du corps des femmes par les hommes, l'exploitation du travail reproductif et productif des femmes accompagné des disparités économiques et sociales et la violence envers les femmes. Il existe donc une hiérarchisation des corps sexués : « *Ainsi passe-t-on dans l'analyse de l'idée de deux catégories dites «de sexe » au sens biologique à celle d'une réalité corporelle et mentale entièrement socio-sexuée »* [18].

2.2. Le féminisme

Il nous semble important de regarder brièvement l'histoire du féminisme afin de comprendre et justifier la place particulière des femmes dans notre société actuelle pour donner une explication aux comportements et interprétations de celles-ci.

L'entrée du mot féminisme dans la langue française s'est effectuée en 1837 [19]. Selon le dictionnaire Larousse, le féminisme est « *un mouvement militant pour l'amélioration et l'extension du rôle et des droits des femmes dans la société »* [20]. Cette doctrine s'accompagne de nombreuses actions ayant pour but d'élargir le rôle et le droit de la femme dans la société. Son objectif principal est de promouvoir et d'atteindre l'égalité sociale, juridique, politique, économique et scientifique entre les hommes et les femmes [19].

En quelque sorte, le féminisme étudie la situation des femmes et dénonce le sexisme défini comme « *une attitude de discrimination à l'égard du sexe féminin »* [21]. Le sexisme est la conséquence de la phallocratie : domination des hommes sur les femmes [22]. Elle ne se limite pas seulement à une domination. C'est un système utilisant tous les mécanismes idéologiques et institutionnels : la médecine, le droit, la culture, les médias, la politique, l'économie, la science afin de reproduire la domination des hommes sur les femmes [23]. Les combats et luttes féministes se divisent en quatre grandes époques successives appelées vagues.

2.2.1. La lutte pour la reconnaissance des droits civils, économiques et politiques

La **première vague** se situe au début du XIX^{ème} siècle [19]. À cette époque, les femmes ne possédaient aucun droit civique. Le code civil les plaçait sous tutelle de leur père en premier lieu puis de leur mari dans un second temps. Les deux guerres mondiales ont permis un changement des rapports sociaux : les femmes ont su démontrer leurs capacités à effectuer les mêmes rôles et assumer les mêmes fonctions que les hommes [24].

Le mouvement « *Les suffragistes* » est le plus connu de cette vague. L'objectif principal étant d'obtenir les mêmes droits civiques que les hommes sur le principe du suffrage universel : combat central de cette première vague [25].

Afin d'organiser le combat pour le droit de vote des femmes, deux organisations vont se créer au début du XX^{ème} siècle : les suffragettes, mouvement utilisant des actions chocs et désobéissantes aux lois dans le but de faire parler du féminisme et, les suffragistes, branche légale et non violente du mouvement [26]. À travers plusieurs actions « coup de poing » comme des manifestations ou des grèves de la faim, ces deux organisations vont donner de la voix au mouvement féministe [23].

À la suite de ces mouvements et de la prise de conscience de la nécessité et de l'efficacité des femmes lors de la première guerre mondiale, celles-ci vont être entendues [24]. En 1918, le droit de vote sera accordé aux femmes de plus de 30 ans en Angleterre puis en 1928 pour les femmes majeures [27]. Cet exemple va ainsi inspirer plusieurs pays comme l'Allemagne et les États-Unis. Ce n'est qu'en 1944 que les femmes françaises pourront bénéficier du droit de vote [28]. Cette prise de conscience de l'après-guerre donnera également aux femmes un droit à l'éducation et le droit de participer aux institutions publiques [24]. Ainsi, cette première vague aura permis sur les plans de l'éducation, de l'accès aux droits civiques et politiques des avancées considérables.

2.2.2. La lutte contre le patriarcat

Les féministes de la première vague se consacraient à leurs droits civiques et sociaux, celles de la **deuxième vague** vont principalement se concentrer sur le travail domestique et la sexualité [29]. Les années 1960 annoncent le début de cette seconde vague [30].

L'égalité sociale (droit à un compte en banque, égalité de salaire, droit à une même éducation) est revendiquée par les féministes [25]. Dans les années 70, la place des femmes dans les industries ne cessera de croître ainsi que dans les services qui se développent. Certaines vont même jusqu'à percer dans des métiers réservés aux hommes et se voient occuper de hautes fonctions dans la société (juge, ministre, etc.) [31]. Une autonomie financière ainsi qu'une amélioration de leurs conditions de vie seront permises grâce à leurs revenus. C'est également la période qui voit naître les études universitaires féministes avec l'accès aux études supérieures pour un grand nombre d'entre-elles [32]. Les féministes se consacrent alors sur de nouveaux sujets comme le patriarcat, système social qui organise la domination des hommes sur les femmes, afin d'identifier les obstacles qui nuisent à l'égalité des sexes [25]. Le féminisme va donc déconstruire toutes les idéologies participantes à cette inégalité.

Les féministes vont également lutter pour obtenir le droit de disposer de leur corps avec la création de mouvements comme le MLF (Mouvement de Libération des Femmes) par la diffusion de slogan tel que « notre corps nous appartient » ou encore la création de groupes de réflexion dans le but d'élaborer des stratégies autour de la libéralisation des femmes [33]. En 1949, « Le deuxième sexe » de Simone de Beauvoir entraînera un changement radical des esprits et permettra une dissociation de la mère et de la femme : « *on ne naît pas femme, on le devient* » [34]. Livre qui réclame le droit à l'avortement libre et gratuit et instaure la création du Planning Familial (association qui défend le droit des femmes, le droit à l'avortement et à la contraception). Toutes ces revendications permettront aux femmes en 1974 le droit d'accès à la contraception et en 1975 le droit à l'avortement [35].

2.2.3. La lutte pour les libertés

Cette **troisième vague** qui débute dans les années 90 est beaucoup plus inclusive et délaisse l'universalisme des vagues précédentes [32]. Le droit des femmes est toujours le sujet principal des féministes mais cette fois-ci en y intégrant les minorités oubliées : femmes noires, femmes au foyer, femmes en situation de handicap, femmes travailleuses du sexe, femmes du tiers-monde, femmes invalides ou encore membres LGBT [36].

De nombreux mouvements vont permettre de prouver que les femmes subissent d'autres discriminations que celles du genre : grossophobie, racisme, sexisme, transphobie,

homophobie, etc. Cette diversité de femmes entraîne donc une multiplication des mouvements féministes menés par des femmes aux parcours, genres, orientations sexuelles, cultures et origines différentes allant parfois jusqu'à s'opposer entre mouvements [37].

Le combat autour de la transidentité (identité de genre différente du sexe assigné à la naissance [38]) fait également partie des causes défendues par les féministes lors de cette vague et reste toujours d'actualité [36].

La notion de genre est primordiale au cours de cette troisième vague car elle confirme les relations de pouvoir entre les sexes [23]. Elles peuvent ainsi être remises en cause en remettant en cause le genre. Nous nous rapprochons donc de la première vague avec la déconstruction des hommes et des femmes en revendiquant la mixité sociale contrairement à la deuxième qui souhaitait avant tout l'émergence d'une parole indépendante de celle des hommes [39]. La féminité (pour une femme) et la virilité (pour un homme) ne sont plus un passage obligatoire.

Le féminisme de cette troisième vague (féminisme actuel) est essentiellement inclusif et encore trop souvent confondu avec la deuxième vague. En effet, il prend en compte la dimension sociale et reste bien moins radical [37]. Cette deuxième vague est responsable de l'image négative donnée au féminisme. Mais la lutte est toujours d'actualité malgré les véritables progrès concernant les droits et la condition des femmes d'où l'importance de ne pas se reposer sur les acquis [32].

2.2.4. L'éco-féminisme

Françoise d'Eaubonne, femme de lettre et militante féministe, est à l'origine du terme « Eco-féminisme » introduit en 1972. L'éco-féminisme est un courant politique, philosophique et éthique né de la conjonction des pensées écologiste et féministe, constituant la **quatrième vague** féministe. [40]

La réflexion principale de ce courant est d'effectuer un lien entre la domination des hommes sur la nature et la domination qu'ils exercent sur les femmes, de prouver que le capitalisme et le patriarcat oppriment à la fois la nature et les femmes. L'objectif de ces femmes est la gestion égalitaire d'un monde à renaître, de lutter contre la domination patriarcale sur les femmes et sur la nature, soit repenser l'écologie avec une égalité des genres. [40]

2.2.5. L'impact du féminisme dans notre société actuelle

Le féminisme a permis le changement de la société occidentale. Nous vivons dans un pays où l'on ne peut parler de l'homme sans parler de la femme et de la femme sans parler de l'homme. Selon Delphine Gardey, historienne et sociologue française, « *les féminismes ont permis aux femmes de devenir sujet de droit, sujet politique, devenir actrice de leur vie sexuelle et pouvoir la choisir, faire advenir des formes nouvelles de la subjectivité* » [42].

Aujourd'hui les femmes que nous rencontrons lors d'une prise en charge en masso-kinésithérapie sont de cultures, de croyances et de classes sociales diverses et variées. Ainsi leur rapport au corps, à l'intimité et à la pudeur est aussi diversifié qu'il y a de femmes.

2.3. La relation de confiance

2.3.1. Définition

« Du latin « *confidere* : *cum*, « avec » et *fidere* « fier » », le verbe *confier* signifie qu'on remet quelque chose de précieux, en se fiant à quelqu'un et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi » [43]. L'étymologie nous permet de rendre compte des liens étroits qui existent entre la foi, la confiance, la confidence, la croyance et le crédit à travers cette étymologie.

La confiance se retrouve à de multiples niveaux : étatique, organisationnel, institutionnel, relationnel et n'est uniquement possible qu'entre deux êtres humains (ou plus) [44]. L'encyclopédie de philosophie de l'université de Stanford définit la confiance comme « *une attitude à l'égard d'autres personnes dont nous espérons qu'elles se révéleront fiables* » [43]. L'Oxford English Dictionary en donne une définition plus complète « *l'espoir d'un individu ou d'un groupe que la parole, la promesse, engagement écrit ou oral d'un autre individu ou groupe sera tenu* » [43].

La confiance est aussi l'élément de base de toute relation, notamment la relation patient-thérapeute. Il ne peut y avoir de relation thérapeutique sans confiance [44]. Si la confiance est fondée sur de mauvaises bases alors la relation thérapeutique laissera place à de la méfiance, à de la défiance, à l'incompréhension voire à de la souffrance chez le patient rendant difficile

toute prise en charge. Notre capacité à faire confiance va varier avec chaque individu selon notre histoire, nos expériences positives ou négatives, notre vécu mais également en fonction de la personne qui se trouvera face à nous. Notre capacité à la donner va se construire, en partie, grâce à la rigueur du thérapeute, à l'honnêteté, l'authenticité et au respect mutuel. Nos rencontres et nos a priori vont également influencer cette relation de confiance entre patient et thérapeute [44].

2.3.2. Le rapport à l'intime

Ce terme est apparu au XIX^{ème} siècle à partir de son origine latine *intimus*, il désignait « *l'ami confiant, dont on est sûr, en qui l'on a foi* » [45]. Au XVIII^{ème} *intim* a été connoté de superlatif : « *est intim, ce qui est au plus profond, le plus intérieur, le plus en dedans, le plus familier* » [45]. Aujourd'hui, sa signification s'étend au domaine de la relation et du corporel. En effet il est employé pour parler des relations sexuelles.

Dans le soin, la confiance est en rapport avec l'intime, à la fois physique et psychique. Chaque geste est important, chaque geste compte afin d'instaurer cette confiance et permettre de reconnaître le patient avant tout comme un être humain, ce qui est indispensable dans la pratique des soins [46]. En effet dans la relation de soin thérapeute-patient, le patient va remettre son corps entre les mains du soignant, sa vulnérabilité ainsi qu'une partie de sa confiance [47]. Le patient nous autorise alors à accéder à une partie de son histoire par ses cicatrices, ses stigmates de traumatismes (physiques et parfois psychologiques) et/ou pathologies. Il nous dévoile la chose la plus personnelle qu'il ait, son corps.

Il consulte afin de trouver de l'aide, d'être soigné, soulagé, entendu et non dans le but de s'exhiber. Mais pour soigner, le thérapeute doit toucher son patient, le regarder, l'examiner dans sa plus grande intimité. Il est également important de prendre conscience que contrairement au thérapeute, le patient n'est pas habitué au monde médical. En plus de devoir accepter sa souffrance, les conséquences de la maladie sur son corps, son quotidien ou encore sur sa vie, le patient doit s'en remettre à d'autres personnes dans un état de grande vulnérabilité [48].

2.3.3. Une relation asymétrique

La relation de soin est basée sur une asymétrie multidimensionnelle [49] qui se traduit pour le masseur-kinésithérapeute du pouvoir vers l'abus de pouvoir et pour le patient de la demande de soin à la soumission.

Tout d'abord dans la présentation des corps : le thérapeute est habillé tandis que le patient peut parfois se retrouver en sous-vêtements. Dans la posture physique ensuite, par les techniques de rééducation : le masseur-kinésithérapeute est debout ou assis et le patient est allongé, et enfin dans les connaissances du domaine de la masso-kinésithérapie. Il est donc important pour le thérapeute de s'assurer qu'une relation de pouvoir ne s'installe pas entre lui et son patient d'où la nécessité de prendre en compte l'ensemble des vécus de celui-ci [50]. En effet, si le soignant ne respecte pas l'ensemble des mœurs, valeurs, croyances et limites du soigné, celui-ci pourrait alors se sentir envahi, voire même agressé.

La confiance demeure donc fragile dans la relation de soin. En effet, elle peut rapidement se transformer en un sentiment de défiance « *crainte méfiante envers quelqu'un ou quelque chose dont on n'est pas sûr ou qui semble présenter un risque, un danger* » [51] ou de méfiance « *Disposition d'esprit qui conduit à se méfier de quelqu'un ou de quelque chose ; état d'une personne qui se méfie* » [52] de la part du patient envers son thérapeute.

La relation de confiance thérapeute-patient se construit et se structure sur la réciprocité : « *L'action exercée étant équivalente à l'action reçue* » [53]. Quand le patient donne sa confiance au soignant, il accepte la démarche clinique et permet au soignant de travailler. Lorsque le soignant accorde sa confiance au soigné, il approuve et respecte sa demande de soin. En effet ne pas donner sa confiance et demander celle du patient est délétère pour la relation. « *La vulnérabilité de chacun ne peut être niée tant celle du malade qui s'en remet au soignant, que celle du soignant soumis à la difficulté de l'exercice médical* » [54]. La réciprocité assure un engagement mutuel et permet l'ouverture à l'autre. Le lien doit donc être réciproque pour permettre l'existence de cette relation de soin dans sa plénitude [54]. En effet cette relation serait à sens unique et perdrait son sens d'échange en raison de l'absence de confiance envers celui qui est partie prenante dans cette relation de soin.

2.3.4. Le domaine de la masso-kinésithérapie

Lors d'une séance de masso-kinésithérapie, le thérapeute va au travers de la peau toucher le corps du patient assez longuement et fréquemment à des fins thérapeutiques ou parfois préventives. Le massage a une place primordiale dans la masso-kinésithérapie [55], or masser « *c'est entrer dans la sphère privée de la personne malade, c'est « entrer en contact » dans tous les sens du terme* » [56]. Ainsi à travers le massage, le thérapeute rentre totalement dans l'intimité du patient. Le questionnement à la fois sur la perception et le vécu du patient est donc fondamental pour le masseur-kinésithérapeute afin de s'assurer de l'absence d'ambiguïté dans tout ce qui est proposé au patient. Certaines situations (massage décontractant des muscles adducteurs à la suite d'une contracture par exemple) pourraient être mal interprétées ou vues comme une invitation sortant du cadre de soin. Le masseur-kinésithérapeute doit donc également se préoccuper du domaine de la sexualité [11].

En effet, la relation de soin en masso-kinésithérapie implique « *une rencontre intime entre deux êtres sexués* » [57] pouvant légitimement être qualifiée de « non-neutre » au regard des pulsions qui animent l'être humain. Ceci est critiquable « *dans le cadre d'un exercice médical qui expose à un grand nombre de rencontres au cours d'une carrière professionnelle* » [57].

Cette relation impose de nombreux facteurs « de risques ». Séances répétitives, de longue durée, patient plus ou moins dénudé avec contacts corporels, tactiles et physiques. La kinésithérapie est donc perçue comme une pratique « à risque » pouvant parfois conduire à une ambiguïté voire des débordements : « *interprétations inadaptées, gestes équivoques, voire passage à l'acte, etc.* » [57]. « *En Australie 74% d'hommes et 41% de femmes kinésithérapeutes disent avoir déjà été sexuellement attirés par une personne soignée, et 6% de l'ensemble des confrères déclarent avoir eu un comportement inapproprié sur le plan sexuel* » [58]. Il est donc primordial d'en être conscient, d'intégrer et de prévenir ces risques.

Lors de l'anamnèse, le thérapeute recueille toutes les informations nécessaires à une bonne prise en charge et à un traitement adapté comme les vécus traumatiques (agression sexuelle, psychique, somatique, identitaire, maltraitance, etc.) , recueil possible grâce à la relation de confiance instaurée [10]. Certaines techniques ou examens peuvent être perçus comme douloureux voire réveiller de désagréables souvenirs pour le patient, d'où l'importance d'être attentif afin d'éviter à travers la relation asymétrique de jouer un rôle d'agresseur [59].

2.4. Le consentement

« Du latin *cum-sentire* : « sentir avec », la notion de consentement désigne un accord, une conformité ou une uniformité d'opinion » [60].

La relation de soin est caractérisée par deux principes fondamentaux, celui de tenir informé son patient de la situation médicale actuelle et celui de rechercher son consentement lors de chaque pratique thérapeutique, sauf exception : l'urgence médicale mettant en danger la vie du patient. Ces deux principes sont obligatoires dans la relation de soin thérapeute-patient [13].

Le consentement est une des notions de base de notre système de droit dans le domaine de la santé. Il est défini comme l'expression de subir ou ne pas subir, faire ou ne pas faire, un acquiescement donné, une décision de ne pas s'opposer. Cette manifestation peut être « expresse », c'est-à-dire exprimée de manière apparente comme la signature d'un écrit ou par une déclaration faite devant un témoin, ou « tacite » quand l'accord du patient n'est pas manifesté par écrit ou formellement exprimé mais accordé à travers des éléments apparents : tape dans les mains, attitude particulière, circonstances particulières [60].

Selon l'article L1111-4 du code de la santé publique, « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne [...]* » [61]. En effet, le consentement du patient ne doit pas être obtenu sous l'effet de la contrainte mais exprimé par le patient lorsque l'information donnée par le thérapeute est compréhensible, appropriée à la situation et claire pour le patient. Un consentement tacite est suffisant dans le domaine de la masso-kinésithérapie cependant certains actes paramédicaux (touchers pelviens : vaginal et rectal, dans le cadre de la prise en charge d'une rééducation périnéo-sphinctérienne sous prescription médicale), nécessitent un consentement écrit pour fixer des modalités particulières [62]. (Annexe 1)

Le patient est en droit de refuser un soin ou de retirer son consentement à tout moment, art. L1111-4 du code de la santé publique : « *[...] ce consentement peut être retiré à tout moment* » [63]. Dans cette situation, il est important au thérapeute d'expliquer l'intérêt du soin et son importance afin de s'assurer de la compréhension de celui-ci. Le patient est en droit également de solliciter un autre thérapeute. Le kinésithérapeute a l'obligation de respecter la volonté et le choix du patient après l'avoir informé des conséquences de l'arrêt du traitement [64].

Lorsque le patient n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté ou sa décision, le professionnel de santé doit alors se rapprocher de la personne de confiance, la famille ou un proche avant d'effectuer tout geste thérapeutique sauf en cas d'extrême urgence. En effet selon l'art. R. 4321-84 consentement du malade, du code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes, « *Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le masseur-kinésithérapeute ne peut intervenir sans que la personne de confiance désignée ou ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.* » [65].

3. MATERIEL ET MÉTHODES

3.1. Revue de littérature

3.1.1. Méthode

La recherche bibliographique a commencé en Juin 2021 sur 10 bases de données : « kinédoc », « EM consult », « kinésithérapie scientifique », « Cairn info », « Pubmed », « science direct », « Pedro », « Cochrane », « HAS » et « BNDS ». Les recherches ont été effectuées à l'aide des mots clés suivants : « femme », « prise en charge » et « kinésithérapie ». Chaque mot clé a été séparé d'un opérateur booléen « AND ». Afin d'augmenter le champ de recherche, les mots clés ont également été traduits en anglais : « women », « care » et « physiotherapy » donnant l'accès à des articles provenant de sites anglophones. Cependant il est important de prendre en compte que la notion de physiothérapie n'est pas la même d'un pays à un autre [66]. Ici nous nous intéresserons à la pratique de la masso-kinésithérapie en France. Pour approfondir nos recherches, d'autres mots clés ont pu être utilisés comme « sexe », « genre », « inégalité », « accès au soin ».

3.1.2. Flux Prisma [67]

La réalisation de notre diagramme de flux Prisma a été effectuée grâce à un travail de recherche associant nos différents mots clés afin d'obtenir le plus d'articles possibles dans les résultats de recherche. 5642 références ont été présélectionnées dont 3 références

supplémentaires, seulement 12 articles ont été retenus pour nos résultats. Voici les critères d'exclusion : articles parus avant 2010, articles provenant d'une autre langue que le français ou l'anglais et articles ne répondant pas à la problématique.

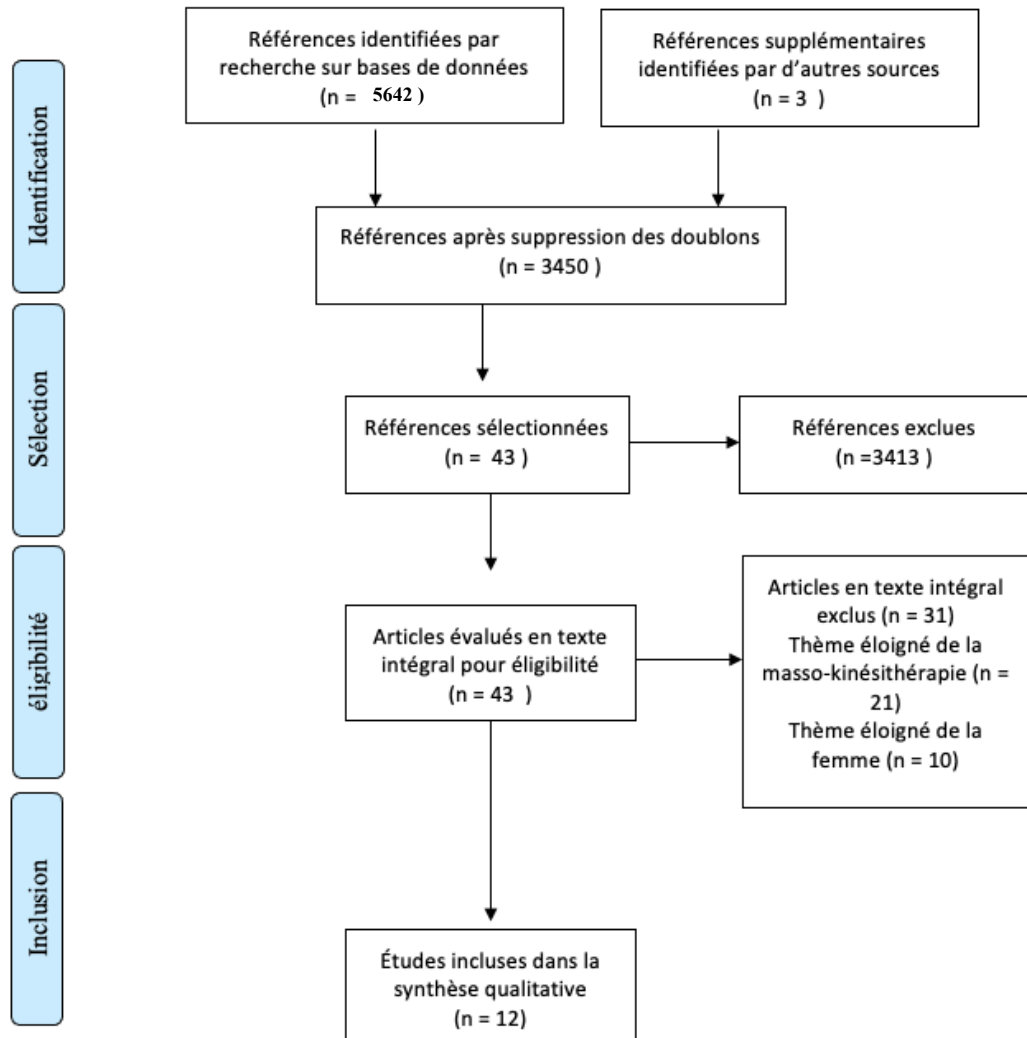
De plus, la qualité d'une étude est définie par la réputation d'un auteur, les écrits antérieurs d'un auteur, une rigueur méthodologique, une objectivité dans la discussion ainsi qu'une clarté dans les hypothèses exposées. Ainsi la sélection des articles s'est également faite à l'aide des recommandations de la HAS selon les grades A,B et C [68] (Annexe 2).

Tableau I : Aperçu des recherches d'articles effectuées

Base de données	Mots clés utilisés	Résultats obtenus
Kinédoc	Femme AND soin AND kinésithérapie	23
EM consult	Femme AND soin AND kinésithérapie	1056
Kinésithérapie scientifique	Femme AND soin AND kinésithérapie	18
Cairn info	Femme AND soin AND kinésithérapie	734
Pubmed	Women AND care AND physiotherapy	1045
Science direct	Femme AND soin AND kinésithérapie	258

Pedro	Women; care ; physiotherapy	65
Cochrane	Femme AND soin AND kinésithérapie	4
HAS	Femme AND soin AND kinésithérapie	250
BNDS	Femme AND soin AND kinésithérapie	3
Kinésithérapie la revue	Femme AND soin AND kinésithérapie	2190

Tableau II. Diagramme de flux Prisma



4. INEGALITE DES TRAITEMENTS EN FONCTION DU SEXE ET DU GENRE

4.1. Définitions

Le sexe et le genre sont deux catégories à distinguer [69]. Le sexe correspond aux caractéristiques physiques et biologiques d'une personne. Il est typiquement classé comme masculin, féminin ou intersexe soit « *des combinaisons atypiques de caractéristiques qui distinguent habituellement le mâle et la femelle* » [70]. Les chromosomes sexuels, les gonades, les organes reproducteurs internes et génitaux externes sont des indicateurs du sexe biologique. Les différences sexuelles nombreuses et souvent ignorées, peuvent être la source d'un grand nombre d'injustices notamment chez les personnes de sexe féminin.

Le genre correspond à une catégorie sociale du sexe [71]. Il se définit par les rôles, les comportements, les expressions ainsi que les identités qui sont propres à la personne. Il s'agit d'une assignation de l'identité de genre aux rôles et aux statuts ainsi qu'aux stéréotypes des comportements associés au sexe biologique [71]. D'une certaine manière ce terme désigne le sexe « social ». John Money, psychologue pédiatrique le définit comme « *tout ce qu'une personne dit ou fait pour révéler son statut de garçon ou d'homme, de fille ou de femme. Ce qui inclut, sans y être restreint, la sexualité au sens de l'érotisme. Un rôle de genre n'est pas établi à la naissance, mais est construit cumulativement à travers les expériences rencontrées et les transactions, à travers l'apprentissage occasionnel et non planifié, à travers l'instruction explicitée et l'inculcation, en mettant spontanément deux et deux ensemble pour faire parfois quatre, et parfois de manière erronée cinq. En bref, un rôle de genre s'installe largement de la même manière que la langue maternelle* » [72].

Les différences de genre sont ainsi induites par une inégalité sociale et agissent sur la santé du patient, d'où l'importance d'une meilleure intégration de stratégie dans le domaine de la santé publique [73].

4.2. Repères historiques

Les particularités féminines ont longtemps été ignorées. Ce n'est qu'à la fin du XX^{ème} siècle que le corps féminin a pris sa place dans le domaine scientifique et médical avec l'intégration des caractéristiques propres au sexe féminin dans le diagnostic et le traitement médical [74]. Durant de nombreux siècles, l'être humain était représenté par le sexe masculin, cela paraissait donc tout à fait normal qu'une femme soit plus sujette aux maladies qu'un homme [75].

4.3. Généralités

La société actuelle est encore trop pensée à travers et pour l'homme. Dans les domaines de la santé et de la recherche, il reste la référence [75]. Par exemple, la reconnaissance vocale comprend mieux la voix des hommes, les claviers sont conçus à partir des mains des hommes et les crash-tests sont réalisés dans des laboratoires composés exclusivement d'hommes (les femmes devraient être incluses aux tests en 2024 or celles-ci sont beaucoup plus sujettes aux accidents) [76]. Au niveau des traitements pharmaceutiques, le dosage est identique qu'il s'agisse d'une femme ou d'un homme. Les femmes sont donc plus sensibles aux effets secondaires que les hommes car le dosage est adapté à la morphologie masculine [77].

Les causes de l'exclusion des femmes dans le domaine de la recherche sont nombreuses : grossesses, cycles hormonaux variables qui rendent les résultats complexes, coût des recherches beaucoup plus élevé qu'auprès des hommes ce qui conduit à freiner leur recrutement [78]. L'ignorance des caractéristiques morphologiques et biologiques propres à la femme n'est pas sans conséquence sur leur vie quotidienne ainsi que sur leur santé. En effet, les situations liées au sexe et au genre ne sont pas prises en compte à la hauteur de leurs effets sur la santé du patient [69].

4.4. Impact du sexe et du genre

4.4.1. Sur l'appartenance sociale

Les femmes sont beaucoup plus touchées par la précarité professionnelle alors qu'elles réussissent mieux que les hommes [79] : en 2016, 83,8% des filles étaient bachelières contre 74% pour les garçons, soit un écart de 10 points en faveur des filles [80]. Cela entraîne des conséquences sur l'état de santé ainsi que des écarts d'espérance de vie. L'état de santé influe sur l'appartenance sociale : arrêt des études, perte ou accès difficile à un emploi [81]. Selon l'OMS, la vie professionnelle aurait un lien avec l'inégalité de santé. En effet la France est le pays le plus marqué par les inégalités de revenus entre les hommes et les femmes malgré les nombreuses évolutions, le revenu est un déterminant majeur des inégalités de santé [82].

Les personnes transsexuelles sont également touchées par les difficultés sociales et subissent un traitement différencié dans le domaine juridique et de la protection infantile [83].

4.4.2. Sur la santé

En fonction du sexe, les symptômes et les maladies vont différer. En effet, celui-ci va agir sur de nombreuses caractéristiques comme les propriétés biomécaniques des tendons et ligaments, les caractéristiques cardio-vasculaires, la force et la résistance du patient, les troubles du mouvement par exemple dans la lombalgie aiguë.

Le taux de mortalité variera également : l'espérance de vie d'une femme s'élève à 85,3 ans contre 79,4 ans pour un homme [84]. Ainsi d'un point de vue démographique, le nombre de femmes augmente avec l'âge tandis que chez les hommes le risque de décès s'accroît. Cet écart est causé par les comportements à risque plus nombreux chez les hommes, les événements de la vie, les pathologies rencontrées, les vulnérabilités propres à la personne ou encore le suivi médical plus régulier chez les femmes dû aux différents événements de leur vie (adolescence, grossesse(s), ménopause) [78].

Certaines études montrent que les hommes sont plus nombreux à déclarer une pathologie et les jeunes présentent peu de problèmes de santé. Entre 25 et 64 ans, les femmes ont plus de problèmes de santé que les hommes. Au-delà de 65 ans, les principales pathologies

rencontrées sont l'arthrose, la lombalgie et l'hypertension artérielle. Le diabète touche principalement les hommes de plus de 65 ans et les femmes sont d'avantage touchées par les maladies du système ostéoarticulaire et l'incontinence urinaire [85].

	Moins de 25 ans			25 à 64 ans			65 ans ou plus		
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
Asthme	9,0	9,3	9,1	6,7	8,6	7,7	11,2	12,0	11,6
Bronchite chronique, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou emphysème	2,1	4,7	3,4	3,7	4,8	4,3	10,2	10,7	10,5
Infarctus du myocarde				0,9	0,3	0,6	4,1	2,4	3,2
Maladies des artères coronaires, angine de poitrine ou angor	0,3		0,1	1,3	0,5	0,9	8,6	4,4	6,3
Hypertension artérielle	0,9	0,1	0,5	9,9	10,5	10,2	34,9	35,2	35,0
Accident vasculaire cérébral ou attaque cérébrale	0,1	0,2	0,1	0,4	0,4	0,4	3,4	3,3	3,4
Arthrose hors colonne vertébrale	0,1	0,5	0,3	10,1	17,4	13,9	39,3	57,8	49,5
Lombalgie ou autre atteinte chronique du dos	9,2	16,5	12,9	29,3	31,1	30,2	35,1	40,6	38,1
Cervicalgie ou autre atteinte cervicale chronique	2,5	9,0	5,8	11,7	19,2	15,6	16,5	27,4	22,5
Diabète	2,1	4,6	3,4	7,0	8,9	8,0	22,1	17,9	19,8
Allergie	14,3	16,0	15,2	11,5	16,9	14,3	9,6	15,7	13,0
Cirrhose du foie				0,1	0,0	0,1	0,4	0,4	0,4
Incontinence urinaire, fuites urinaires ou problème de contrôle de la vessie	0,5	1,7	1,1	1,5	4,8	3,2	11,7	16,8	14,5
Problèmes rénaux	0,4	0,5	0,5	1,8	1,5	1,7	3,9	4,1	4,0
Dépression	2,2	3,1	2,7	4,4	8,0	6,3	3,3	9,3	6,6
Autre maladie chronique	3,0	3,7	3,4	7,7	10,8	9,3	14,9	18,0	16,6
Aucune pathologie ou problème de santé déclaré	67,7	58,4	63,0	41,2	36,3	38,6	14,1	11,7	12,8

Fig 1 : Principales causes de morbidité déclarée selon le sexe et l'âge, en 2014 (en %)[86]

Concernant les personnes transgenres et intersexes, peu de données existent ce qui renforce la méconnaissance d'un point de vue médical. Certaines études démontrent que le genre agirait plus particulièrement sur les douleurs chroniques (conséquences des opérations subies au cours de leur enfance afin de corriger les variations de leur développement sexuel) ainsi que les programmes de réadaptation pour les lombalgiques (pronostic, diagnostic et traitement) [87].

Les spécificités sexuées sont trop faiblement prises en charge sur le plan médical et certains besoins non considérés. Il est donc important de différencier le traitement selon le sexe et le genre afin d'optimiser l'efficacité de la prise en charge de notre patient.

4.5. Stéréotypes

De nombreuses pathologies restent encore ignorées car « réservées » au sexe opposé [88]. Certains symptômes sont de ce fait sous-estimés voire non pris en charge en raison de l'absence d'études et d'un manque de connaissances concernant la maladie. Cette ignorance ou mauvaise prise en charge peut avoir de lourdes conséquences sur la santé du patient allant parfois jusqu'au décès.

Pendant longtemps, l'infarctus était considéré comme une crise d'angoisse chez la femme et a causé la mort d'un grand nombre de patientes en raison d'une prise en charge non adaptée [89].

Il en est de même pour l'endométriose, maladie gynécologique caractérisée par la présence de tissus semblables à la muqueuse utérine en dehors de la cavité utérine. Elle est de nos jours encore bien trop sous-estimée, méconnue et mal prise en charge entraînant un retard de diagnostic avec de lourdes conséquences. Pendant longtemps, la douleur des femmes atteintes d'endométriose était qualifiée de psychosomatique ou influencée par une détresse émotionnelle et n'était donc pas traitée [90].

4.5.1. L'ostéoporose

Cette pathologie est exclusivement féminine [91] et se caractérise par une diminution de la densité osseuse accompagnée d'une modification interne du squelette. Elle est responsable d'une fragilité osseuse augmentant le risque de fracture en cas de chute. La fracture du col du fémur ou du trochanter est une fracture fréquente chez la femme âgée en raison de la ménopause et peut conduire à une perte d'autonomie [91].

Il n'existe aujourd'hui aucun seuil de la densitométrie osseuse de l'homme permettant d'affirmer qu'il est atteint d'ostéoporose. L'ostéoporose est pour cette raison beaucoup moins bien traitée que chez la femme car moins reconnue [92]. Aucun indicateur de risque de fractures n'est à ce jour défini. Les causes sont multifactorielles et donc difficiles à déterminer. De plus, l'absence d'essais cliniques sur l'homme ne permet pas de donner des indications de traitements qui ont été validés chez la femme [92].

En conséquence la prise en charge des hommes atteints d'ostéoporose n'est pas adaptée malgré les fractures multiples et leur profil à risque. Les effets sont beaucoup plus délétères et entraînent parfois d'importantes conséquences sur la santé des hommes [93].

4.5.2. Santé mentale

Les facteurs de risques des maladies psychiatriques sont beaucoup plus nombreux chez la femme que chez l'homme.

Elle est plus facilement soumise à la charge mentale familiale, au burn out professionnel et parental, aux harcèlements professionnels ainsi qu'aux violences conjugales et sexuelles. L'infertilité ou encore la ménopause la rendent vulnérable et peuvent parfois conduire à une perte d'identité du rôle sexuel. En raison de leur espérance de vie plus longue, les femmes doivent également faire face à un isolement, à la perte d'un proche ou encore à un handicap.

Il y a donc une inégalité économique et sociale entre l'homme et la femme qui se ressent au niveau des troubles rencontrés [94]. La femme est plus sujette aux troubles anxieux, alimentaires ou aux démences tandis que l'homme est plus sensible aux troubles de consommation d'alcool ou de drogues (comportements à risques) [95].

4.5.3. Cancers

Les personnes transsexuelles sont éloignées des conduites préventives et ne sont donc pas assez considérées dans le domaine des questions de santé. En effet le risque d'augmentation de cancers suite à l'administration d'hormones n'est pas mentionné chez ces personnes [96].

La chimiothérapie reste le traitement le plus fréquemment utilisé à la suite d'un cancer afin d'éradiquer ou de ralentir la prolifération des cellules cancéreuses. Les effets secondaires sont fréquents et nombreux. Ils incluent la fatigue, la perte de cheveux, les vomissements ou encore les nausées. Cependant, les femmes présentent une gêne plus importante, causée par leur cancer, dans leur vie quotidienne : plaintes et séquelles plus nombreuses. L'identité corporelle des patientes va ainsi être mise en péril [97].

En effet, l'alopecie par exemple, sera plus difficile à assumer chez les femmes en raison des critères de beauté qui règnent dans notre société actuelle. En cas de cancer du sein, la mastectomie (ablation totale ou partielle d'un sein) aura un affect à la fois moral, émotionnel et physique avec de lourdes conséquences sur l'image de soi [98]. D'autres symptômes comme la fatigue, les troubles de la mémoire, l'anxiété ou l'image négative du corps seront rencontrés chez les femmes atteintes de cancer [97].

Le sexe serait un facteur explicatif de la fatigue [99].

4.5.4. Maladies cardio-vasculaires

La cardiologie est l'une des spécialités médicales la plus avancée dans la compréhension des différences biologiques entre les sexes. Malgré tout, ces différences sont encore ignorées lors de la prise en charge d'une femme [100]. En effet, les pathologies cardiovasculaires restent la première cause de mortalité prématurée chez les personnes de sexe féminin : AVC, infarctus du myocarde [101].

Un homme présentant une douleur à la poitrine sera directement envoyé en service de cardiologie tandis qu'une femme se verra prescrire des anxiolytiques. L'hypertension artérielle, le diabète, le tabac, le stress, l'inactivité physique ou encore la mauvaise alimentation font partie des nombreux facteurs de risque des pathologies cardiovasculaires [102].

Les hormones sexuelles jouent également un rôle majeur chez les femmes dans le développement d'une maladie cardiaque ou vasculaire : contraception, grossesse(s), ménopause [103]. Le dépistage sera donc de moins bonne qualité chez la femme, ceci est dû à une absence de signes spécifiques conduisant à une prise en charge et un rétablissement plus long ainsi que des chances de survie moins nombreuses.

4.6. Les parcours de vie

En fonction du sexe et du genre les maladies chroniques, la préoccupation de sa propre santé, les comportements à risque ainsi que les événements de la vie (chirurgie, décès, expositions à risque) vont varier.

4.6.1. La femme

La vie d'une femme est une succession d'étapes, entre adolescence (contraception), grossesse, accouchement, changement hormonal, ménopause. Celle-ci est amenée à être en lien avec le monde médical en permanence [73].

La femme est quotidiennement soumise à une pression de réussite aussi bien au niveau scolaire qu'au niveau social ce qui la mène parfois à avoir des comportements à risque : consommation de drogue ou encore absence de protection lors de ses rapports sexuels. L'équilibre au travail et au sein de sa famille prend une place considérable dans sa vie et peut détériorer sa santé physique et mentale.

Elle est également plus sujette aux violences physiques et psychiques au sein de son couple, ceci agissant sur sa santé mentale (tentative d'autolyse, anxiété, dépression) [104].

De plus, les changements hormonaux peuvent entraîner le développement de nombreuses maladies comme le cancer du sein, la dépression ou encore l'anxiété [105].

Les normes de la féminité imposées par la société souvent inatteignables réduisent son estime personnelle entraînant parfois des épisodes de dépression voire d'anorexie [106]. L'idéologie du rôle passif de la femme dans son activité sexuelle entraîne une santé sexuelle plus mauvaise : « *Selon une étude menée aux États-Unis en 2011, les jeunes femmes plus exposées à cette idéologie présentaient une moins bonne connaissance des risques liés à la sexualité, une moins bonne assurance durant les rapports et une moindre estime de leur corps lors des premiers rapports* » [107].

Enfin, les chances de se retrouver veuve et d'être isolée sont nombreuses en raison de son espérance de vie plus longue que celle des hommes et peuvent donc conduire à l'apparition de maladies chroniques, d'une sensation d'insécurité ou encore d'un handicap.

4.6.2. Les personnes transsexuelles et intersexes

Les problèmes vont dépendre de la variation des développements sexuels et de la santé spécifique à l'homme ou la femme. Cependant ces personnes sont plus sujettes aux souffrances

physiques et aux effets psychologiques négatifs liés à la puberté, dus aux opérations effectuées dès le plus jeune âge. Les personnes intersexes manquent cruellement d'informations notamment sur leur sexualité. Cela peut conduire à des états de choc, traumatismes ou encore des comportements à risque et une souffrance psychologique importante [108].

Le parcours de santé des personnes transsexuelles n'est pas sécurisé en raison de leurs nombreuses opérations mais également de leurs traitements hormonaux (conséquences négatives et effets secondaires) [109]. Cela les pousse à s'éloigner du système de santé à cause des difficultés d'accès et de leurs mauvaises expériences comme l'incongruence administrative par exemple (absence de carte vitale appropriée à leur appartenance) [110].

4.7.L'influence du genre sur les comportements à risque

4.7.1. Le tabac

Le tabac est la première cause de décès évitable en France [111]. Les hommes ont tendance à commencer plus tôt que les femmes et à réaliser des inhalations beaucoup plus profondes. Le taux de décès lié au tabac est donc plus élevé chez les hommes mais augmente chez les femmes avec le temps. La fréquence de consommation est beaucoup plus faible chez les femmes et l'usage reste le plus souvent expérimental [112]. Les trois principales pathologies rencontrées chez les fumeurs sont la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), le cancer du poumon et l'infarctus du myocarde [111].

Nous avons pu observer au cours de ces dernières années une diminution de la prévalence du tabagisme aussi bien chez les personnes de sexe masculin que féminin.

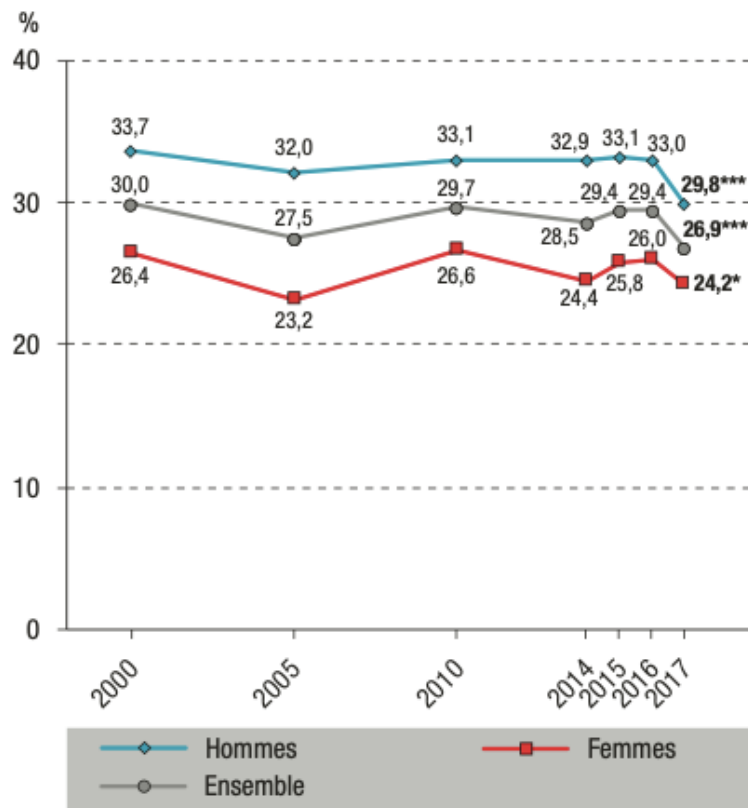


Fig 1 : prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2017 [113]

Cependant, le phénomène de tabagisme n'est pas seulement marqué par les différences de sexe ; l'âge et les inégalités sociales sont également des déterminants importants dans la consommation de tabac.

4.7.2. L'alcool

Le genre est aussi un facteur explicatif dans la consommation d'alcool. En effet la forte consommation est exclusivement masculine. Quotidiennement, les hommes sont trois fois plus nombreux à boire que les femmes.

	Ensemble	Hommes	Femmes	Sex-ratio
Fréquence de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois				
Abstinent vie	5,4%	3,9%	6,9%	0,6
Abstinent année	8,1%	6,7%	9,4%	0,7
Moins d'une fois par mois	27,2%	17,7%	36,2%	0,5
Au moins une fois par mois mais moins d'une fois par semaine	19,3%	19,1%	19,5%	1,0
Une à trois fois par semaine	25,0%	29,8%	20,3%	1,5
Quatre à six fois par semaine	5,1%	7,6%	2,6%	2,9
Tous les jours	10,0%	15,2%	5,1%	3,0
Nombre de verres consommés un jour de consommation*	2,3	2,8	1,8	1,6
Nombre de jours de consommation d'alcool / an*	98	129	66	2,0
Fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes**				
Au moins une fois au cours des 12 derniers mois	35,2%	49,6%	21,4%	2,3
Au moins une fois par mois	16,2%	25,2%	7,6%	3,3
Au moins une fois par semaine	4,6%	7,6%	1,6%	4,7
Ivresses**				
Au moins une fois au cours la vie	63,4%	78,5%	49,1%	1,6
Au moins une fois au cours des 12 derniers mois	20,7%	28,6%	13,2%	2,2
Au moins trois fois au cours des 12 derniers mois	9,7%	14,5%	5,1%	2,8
Au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois	4,1%	6,5%	1,8%	3,6

* Parmi les consommateurs d'alcool dans l'année.

** Les modalités ne sont pas exclusives : 35,2% des 18-75 ans ont connu une alcoolisation ponctuelle importante dans l'année, incluant les 16,2% qui en ont connu tous les mois.

Fig 2 : Usage d'alcool en France métropolitaine en 2017, selon le sexe parmi les 18-75 ans [114]

L'alcool reste aujourd'hui la deuxième cause de décès évitable en France, derrière le tabac. Son impact sur la santé va différer selon le sexe. Les femmes qui consomment de l'alcool seront principalement touchées par les pathologies cardiovasculaires tandis que les hommes auront plus de risques de développer un cancer [114].

4.7.3. Les substances illicites

Comme pour le tabac et l'alcool, le sexe et l'âge restent des facteurs déterminants dans la consommation de substances illicites. En effet, les jeunes générations (garçons et filles confondus) ainsi que les hommes sont les principaux concernés par l'usage de substances illicites [115].

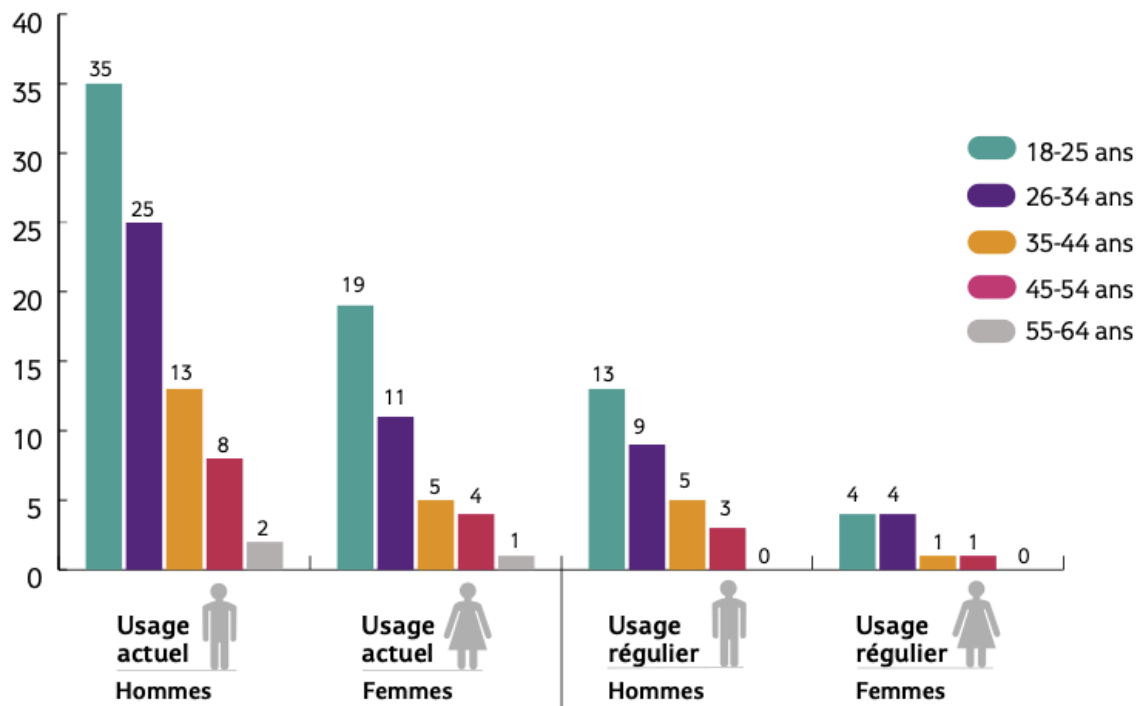
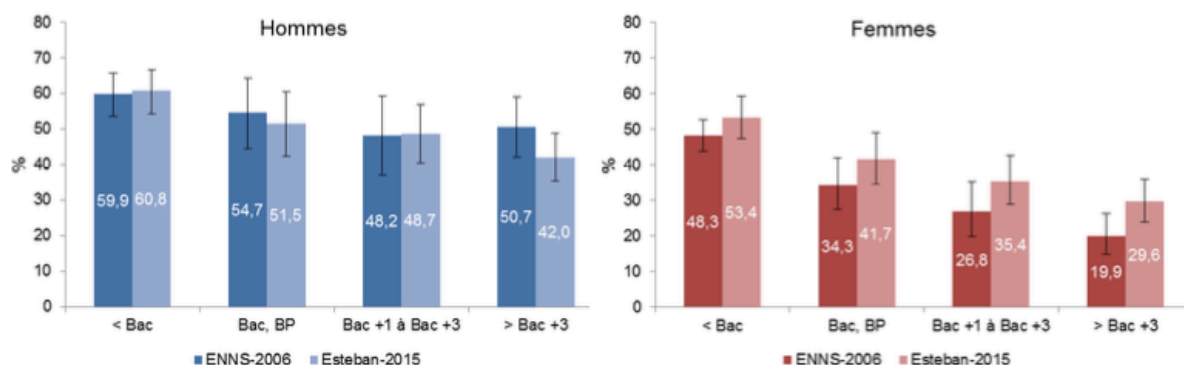


Fig 3 : proportion d’usagers dans l’année et d’usagers réguliers de cannabis par sexe et groupe d’âge en 2017 (%) [115]

4.7.4. Activité physique et troubles alimentaires

L’alimentation ainsi que l’activité physique peuvent être à la fois un marqueur de protection ou un facteur de risque dans le développement de nombreuses maladies chroniques [116]. Les catégories sociales et professionnelles ont également une grande influence sur la prévalence de l’obésité et du surpoids. En effet, les personnes en situation précaire auront plus de risques d’être atteintes d’obésité ou de surpoids face aux personnes les plus diplômées, par leur mode de vie et leur comportement qui diffèrent [117].



* Le surpoids est défini par un IMC $\geq 25,0$ selon les références de l'OMS.

** Le diplôme rend compte du diplôme d'enseignement général ou technique le plus élevé que la personne a obtenu. Il est exprimé en 4 classes : < Bac (aucun diplôme, certificat d'études primaires, CAP, BEP, BEPC, brevet élémentaire, brevet de compagnon) ; Bac, BP (baccalauréat général, technologique ou professionnel, brevet professionnel ou de technicien, BEA, BEC, BEI, BEH, capacité en droit) ; Bac +1 à Bac +3 (diplôme de 1^{er} cycle universitaire, bac +3, licence, BTS, DUT, DEUG, diplôme des professions sociales ou de la santé, diplôme d'infirmier) ; > Bac +3 (diplôme de 2^{ème} ou 3^{ème} cycle universitaire [y compris médecine, pharmacie, dentaire], master, doctorat, diplôme d'ingénieur, diplôme d'une grande école).

Fig 4 : Prévalence du surpoids (obésité incluse*) chez les hommes et les femmes de 18-74 ans selon le sexe et le diplôme**, comparaison ENNS2006 / Esteban 2015 [117]

Cependant les jeunes femmes restent les plus concernées par la sédentarité et l'inactivité physique tandis que les hommes sont plus facilement atteints de surpoids. La raison principale de leur surpoids serait liée aux jeux en ligne. En effet, le temps passé devant les écrans chez les adolescentes a considérablement augmenté ces dernières années. [118]

Chez les jeunes filles, la prévalence de la maigreur ne cesse de croître avec les idéaux véhiculés de beauté et de féminité, souvent inaccessibles, et conduisant à des anorexies mentales dans le but d'atteindre ces idéaux[106].

4.8. L'accès aux soins

Malgré la couverture quasi-universelle de notre pays, les inégalités d'accès aux soins entre les différentes catégories de population ne cessent de croître notamment en fonction du sexe, mais aussi du niveau social et d'éducation.

Selon l'Observatoire des non-recours aux droits et services « 64% des personnes ayant reporté ou renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois sont des femmes contre 36% d'hommes ». Les raisons sont multiples : précarité, conditions de travail rendant l'accès à la médecine du travail difficile voire impossible ou encore la situation familiale, leur santé passe après celle de leurs enfants et de leur conjoint.

4.9. L'importance d'une prise de conscience

La prise de conscience des points fondamentaux dans la prise en charge d'une patiente va agir sur sa santé globale. Il est donc important de ne pas limiter les femmes à leur fonction reproductive, de même la surmortalité des hommes à partir de 65 ans n'est pas une fatalité et la santé des personnes intersexes n'est pas uniquement basée sur leurs opérations d'assignations de sexe et de changement de sexe pour les personnes transsexuelles [119].

Intégrer le féminin, la féminité et le genre lors du traitement permet une amélioration de la santé des populations en définissant une universalité et en induisant les différences liées au sexe et au genre. Ce nouveau regard sur l'état de santé physique, mental et social permet de lutter contre les stéréotypes qui sont un frein à la reconnaissance de l'influence du sexe et du genre sur la santé [73].

Les inégalités de prise en charge d'une patiente ne sont évidemment pas exclusivement liées au sexe et au genre mais ont un impact encore trop souvent sous-évalué sur leur santé.

5. RÉFLEXION ÉTHIQUE DE LA RELATION DE SOIN EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DANS LE RESPECT DU DROIT

5.1. Le toucher

Depuis de nombreux siècles, les mains permettent de construire, d'édifier, de réaliser des œuvres d'arts mais également de soigner, calmer, apaiser et réchauffer. Nombreux sont les

métiers ou le toucher est essentiel : dentistes, chirurgiens, infirmiers ou encore masseur-kinésithérapeutes.

En effet chacun des masseur-kinésithérapeutes est amené à poser sa main sur un corps blessé : le toucher, le soutenir, le caresser ou accompagner un patient physiquement. Le toucher fait donc partie intégrante de notre métier.

5.1.1. Définition

« Toucher » vient du latin « *toccare* » qui signifie « *heurter* ». « *C'est mettre la main sur, se mettre en contact avec quelque chose ou quelqu'un [...]. C'est donc le sens par lequel nous percevons, par contact physique ou palpation, certaines propriétés physiques des corps* » [120]. Ainsi à travers le toucher, un contact physique est établi avec notre patient.

Le toucher est un sens omniprésent « *dans l'histoire individuelle le toucher est le sens le plus ancien, le plus ancré, déjà présent in utero après le deuxième mois de gestation, et ensuite de manière privilégiée dans les premières années de vie* » [5], qui nous permet de percevoir le contact, la pression, la chaleur, le froid ainsi que toutes les sensations douloureuses.

Il est également utile pour la communication et permet une meilleure compréhension de la parole. Selon le dictionnaire du corps, « *la peau est d'abord, pour toute la durée de l'existence, l'organe premier de la communication* » [120]. Le toucher est donc un lien relationnel indispensable car il possède un langage infra-verbal assurant la communication avec autrui. À travers sa main, le masseur-kinésithérapeute crée un dialogue tactile.

5.1.2. Le toucher dans le soin

Dans le soin, le toucher assure une certaine communication, un geste bienveillant envers le patient, un enchaînement de techniques [121].

En masso-kinésithérapie, le toucher améliore la communication qu'elle soit verbale ou non, soulage, détend, rassure, apaise, instaure un climat de confiance, accompagne le patient et grâce à diverses techniques, le soigne [122]. Il participe à la création d'une relation privilégiée patient-thérapeute, un climat idéal pour l'expression du vécu du patient. Le soin ne pourrait exister sans le toucher [121].

5.1.3. L'intérêt du toucher pour la personne soignée en masso-kinésithérapie

Les bénéfices du toucher pour la personne soignée sont nombreux. En effet le toucher participe à prévenir ou soulager la douleur grâce à diverses techniques de massages, mobilisations passives ou étirements. Il aide à diminuer le seuil du stress par la pratique de la respiration abdomino-diaphragmatique en pleine conscience [56]. Il améliore également l'estime de soi par le biais d'activités physiques réalisées avec le thérapeute.

Le vécu de la lourdeur de certains soins peut être facilité par le toucher comme lors d'une séance de rééducation périnéale, les gestes chaleureux, faits d'attention, de tendresse ou de disponibilité pourront accompagner et faciliter la rééducation parfois difficilement vécue par certaines patientes en raison d'une intrusion dans leur intimité [121].

A travers le toucher, la patiente peut intégrer les modifications progressives de son schéma corporel. En effet, après une amputation, deux tiers des personnes vont percevoir des douleurs du membre fantôme : l'algohallucinose. Le toucher du moignon par différentes techniques, permet une prise de conscience de l'absence du membre amputé et de l'intégrer dans son schéma corporel [123].

Et enfin, certaines techniques de massages entraînent une libération des émotions cachées et selon leur intensité, la patiente exprime ou non le besoin d'échanger avec le thérapeute [56].

5.1.4. L'intérêt du toucher pour le masseur-kinésithérapeute

Les bénéfices du toucher sont aussi nombreux pour la patiente que pour le masseur-kinésithérapeute. Le premier contact non verbal du thérapeute avec la patiente, s'effectue à travers le toucher. Il témoigne de la présence de l'autre et prépare la patiente aux soins, débute le soin. C'est un véritable moyen de communication utilisé par les thérapeutes pour détendre, rassurer et apaiser [121].

Grâce au toucher, le masseur-kinésithérapeute prévient ou soulage la douleur à la fois physique et morale, et peut participer dans certains cas à la diminution des traitements médicamenteux parfois conséquents.

Les choix thérapeutiques du masseur-kinésithérapeute seront orientés par le toucher. En fonction des informations reçues, la température corporelle, les tensions musculaires, les rétractions cutanées, le thérapeute établit une partie du bilan diagnostique kinésithérapique afin d'adapter sa prise en charge [124].

5.1.5. Le toucher : une approche relationnelle

Toucher un corps malade, le corps d'autrui nécessite en partie un sens pratique, une certaine aptitude. Il est nécessaire que le thérapeute se mette en capacité d'écoute, se rende disponible pour sa patiente. L'analyse de la situation est essentielle pour repérer les besoins de la personne soignée afin d'apporter une réponse personnalisée, adaptée. Ainsi cela suppose que le professionnel de santé possède un certain nombre de connaissances pour une maîtrise de la pratique adaptée à la situation à laquelle il est confronté [121].

5.2. Conduite éthique en masso-kinésithérapie

5.2.1. La relation soignant-soignée

Avant d'établir un premier contact avec la patiente, il est nécessaire de créer une réelle relation soignant-soignée [54]. Comme cité précédemment, cette relation est basée en partie sur la confiance mais également sur l'empathie, la compréhension, le soutien, l'absence de jugement, la valorisation, l'aide, les conseils, et l'objectivité face à la situation. Le soignant doit avoir un certain recul sur sa vie personnelle, ses expériences semblables à celle qu'il vit, dans l'objectif d'intégrer le cadre de référence de l'autre et s'éloigner de son cadre de référence habituel [49].

En effet la relation de soin implique deux personnes : la patiente et le thérapeute, dans une relation d'intimité. Il est donc essentiel à celui qui décide de toucher de s'assurer du consentement de la patiente, qu'elle n'y est pas opposée et ce pour chaque partie du corps touchée, à chaque nouvelle séance [121]. En l'absence du consentement et d'une intention bienveillante, respectueuse de la part du thérapeute, le soin ne peut exister [64].

Mais le toucher impose une réelle connaissance de soi : sa capacité à entrer en contact avec la patiente, ses limites et son savoir-faire, « *ressentir ce que procure le fait d'être touché et de toucher consciemment à son tour (du plaisir au déplaisir) induit ce travail de connaissance de soi aidant à respecter autrui* » [121].

En dehors de la relation de soin, l'installation d'une relation amicale n'est pas à envisager d'un point de vue éthique. Il en est de même pour une relation sexuelle. Malgré un consentement réciproque, une relation sexuelle ne doit être installée en parallèle de la relation de soin. En effet, cette dernière expose les deux partenaires à « *des conséquences dramatiques, avec un risque de litige, de souffrance personnelle et de diminution de la qualité de soin* » [125].

5.2.2. L'intime, le corps et la relation de soin

La relation de soin est marquée dans un rapport à l'intime de soi : « *toucher à l'intimité de l'homme, c'est rejoindre dans cette part la plus intérieure, la plus secrète de son existence* » [126] . Cette intimité est mise en jeu à chaque nouvelle relation.

5.2.2.1. L'intimité physique

5.2.2.1.1. Le corps preuve de l'identité

Les travaux d'Edward Twitchell HALL montrent que « *les gestes de soins se situent la plupart du temps dans la distance intime, au cœur de cette bulle dans laquelle l'être humain se sent d'emblée en confiance ou en insécurité, en résonance avec la manière dont l'autre s'est approché de lui* » [127].

L'intimité corporelle est liée à des systèmes éducatifs, aux modèles culturels, aux traditions sociales et leurs rituels : le toucher dépend donc des cultures, des ethnies et de l'éducation [11]. Cette intimité n'est pas innée, elle se construit par la capacité de chacun à « *investir son corps comme sien, différencié, individualisé, séparé du corps de l'autre* » [128].

Le corps est un véritable témoin du temps qui passe, de notre histoire personnelle, des agressions subies, du stress, des maladies, des traitements, du handicap ou encore des

expériences vécues tout au long de notre vie [129]. A travers le toucher, l'image perturbée de notre corps peut être restaurée par la prise de conscience des modifications de notre schéma corporel [122].

5.2.2.1.2. La violation de l'intimité physique

Ainsi l'intimité des patients est mise à mal dans de nombreux soins : technique de massages nécessitant de dénuder certaines parties du corps ou encore la pénétration d'une sonde vaginale pour la rééducation périnéale. L'ensemble de ces soins pénètrent dans la sphère la plus intime du patient habituellement protégée des autres [130]. Certaines règles sont essentielles dans la prise en charge d'un patient encore plus chez une femme comme nous le verrons par la suite. Fermer la porte lors d'un soin, masquer la nudité autant que possible, informer le patient de la réalisation d'un soin, expliquer l'intérêt des techniques ou encore décrire les gestes utilisés [131]. Toutes ces attitudes prévenantes sont à adopter dès l'entrée du patient dans la salle et à maintenir tout au long de la prise en charge.

Les nombreux soins nécessitant au patient de dénuder une, voire plusieurs parties de son corps, sont des situations à risques et peuvent en fonction de la relation instaurée, du geste, de l'approche relationnelle (culture, âge, sexe, vécu du patient) être interprétés de différentes manières : agression, violence, érotisation, sexualisation, tendresse ou comportement de protection [130]. La prise de contact doit s'effectuer progressivement et il est essentiel pour le thérapeute de porter attention à la position de ses mains et de son corps sur le patient.

De plus, un même toucher n'aura pas le même impact selon le patient. Un même geste peut être perçu comme rassurant ou agressif par la personne soignée. D'où l'importance d'organiser et réfléchir nos faits et gestes : un toucher calme, réfléchi et organisé sera perçu comme apaisant. Chaque toucher est à appréhender. [121]

Il est également important d'identifier la réaction du patient pour s'assurer de la perception de l'intentionnalité du geste et réajuster la technique, la position, en cas de besoin. Ce dernier peut se retrouver mal à l'aise vis-à-vis de la situation, du soin et des questions qui lui sont posées. En effet, rares sont les patients qui dénoncent les soins, la violation de leur intimité, de par leur situation vulnérable et par peur des conséquences de leurs plaintes sur leur prise en charge à venir [132].

5.2.2.1.3. L'intimité psychique

L'intimité ne se limite pas au corps, elle renvoie également à l'intimité de la conscience, tout ce qui est vu, dit ou entendu [133]. En effet, du fait de sa proximité, le masseur-kinésithérapeute est amené à recevoir certaines confidences de la part de ses patients, d'accéder à leur intimité familiale ou leur vie privée [134]. Il est essentiel pour le masseur-kinésithérapeute de ne pas aller au-delà de ses fonctions, d'être neutre face aux différentes situations auxquelles il peut être confronté.

L'intimité psychique fait intervenir de nombreux déterminants comme les croyances religieuses ou philosophiques. Elle se rapporte au vécu du patient, ses angoisses, ses craintes, ses peurs et sa nécessité ou non de parler [128]. Ainsi le respect de cette intimité correspond aux limites entre les questions nécessaires à la prise en charge et la curiosité. Nombreux sont les patients qui ne souhaitent pas s'exprimer devant leur thérapeute.

Le secret professionnel est également une protection à l'atteinte de l'intimité psychique : « *le masseur-kinésithérapeute protège contre toute indiscretion les documents professionnels, concernant les personnes qu'il soigne ou a soignées, examinées ou prises en charge, quels que soient le contenu et le support de ces documents* » [135]. Il est important, lors d'échanges entre différents thérapeutes pour le devenir du patient, de transmettre uniquement les informations nécessaires à son suivi.

5.2.2.1.4. L'intimité de l'autre : une responsabilité individuelle

La violation ou le manque de respect de l'intimité d'autrui repose donc sur des choses infimes. Le soignant est en possession des solutions de lutte contre les atteintes de l'intimité physique et psychique. Le respect de l'intimité est un besoin et un droit propre à chacun permettant au patient de montrer ce qu'il souhaite dévoiler et préserver ce qu'il souhaite garder pour lui-même [136].

5.3. Le respect des principes éthiques liés à la fragilité et la vulnérabilité des femmes

5.3.1. Définition

Du nom commun « *voulu* » en latin qui signifie « *la blessure* », « *la vulnérabilité traduit une situation de faiblesse à partir de laquelle l'intégrité d'un être est ou risque d'être affectée, diminuée, altérée* » [137]. Dans le domaine médical, « *la vulnérabilité désigne l'exposition du corps, sa perpétuation ou son intégrité à une menace exogène et humaine* » [137].

La vulnérabilité décrit certains corps (son apparence, ses éléments, son intimité) comme menacés d'une effraction. Elle est donc intimement liée à la problématique du sexe et du genre. Les corps les plus vulnérables aux agressions ou autres atteintes sont, aujourd'hui, les corps sexués et naturalisés. Certains individus sont effectivement plus exposés que d'autres par les institutions humaines [138].

5.3.2. La fragilité et la vulnérabilité des femmes

En effet selon Martin Winckler, les femmes sont les principales victimes de « violence » dans le soin car se sont « *les principales usagères du système de santé* » [139]. La femme consulte tout au long de sa vie de la puberté en passant par la grossesse jusqu'à la ménopause (médecins, sages-femmes ou encore masseur-kinésithérapeutes). Ainsi elles sont plus exposées aux nombreux risques que leur font encourir les soins médicaux et paramédicaux.

Pendant longtemps les douleurs liées aux règles ont été banalisées par les médecins, attribuant ces douleurs à un déséquilibre hormonal. Cette banalisation a parfois entraîné un retard de diagnostic de l'endométriose [140]. La parole des femmes est donc peu entendue. Il en est de même pour l'accouchement, nombreuses sont les femmes victimes de violences obstétricales [141]. Les hommes ne sont eux pas confrontés à ce genre de situation, de violences.

De plus, les adolescentes, les femmes en situation de précarité, les immigrantes, les séropositives, les mères seules et les femmes en situation de handicap sont beaucoup plus exposées à un mauvais traitement ou un manque de respect de la part du personnel soignant [142]. En effet, ces femmes sont plus en mesure d'accepter la position autoritaire de leur

thérapeute de par leur situation et n'ont parfois pas conscience des actes violents qu'elles subissent.

5.3.3. L'hypersexualisation du corps féminin

Nombreuses sont les campagnes publicitaires qui affichent en gros plan les jambes, les cuisses ou encore les seins des femmes. Tous ces affichages renforcent l'idée que les femmes ne sont pas des êtres humains à part entière mais bien des objets sexuels. Ces clichés ne font qu'augmenter l'acceptation des violences envers les femmes entraînant un accroissement des risques d'agression sexuelle. De plus cela joue sur l'atteinte de l'égalité homme-femme [143].

L'hypersexualisation est présente partout. Prenons l'exemple de l'allaitement en public. Cette pratique fait encore débat de nos jours. En effet, nombreux sont les regards gênés et interrogateurs envers toutes ces femmes qui allaitent leurs enfants dans des lieux publics. Or il n'y a rien de plus naturel que de nourrir son enfant. Ces réactions sont dues à la sexualisation du corps des femmes. En effet un sein nu est vu comme un objet de désir, il « appartient » aux hommes et doit rester un outil de séduction. Or, les seins sont des organes à part entière et leur principale fonction est de sécréter du lait afin de nourrir le nouveau-né [144].

6. SITUATIONS À RISQUES CHEZ UNE FEMME VENANT CONSULTER UN MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

6.1. Définition

Le risque est défini comme « *un danger éventuel plus ou moins prévisible* » [145]. Le risque est donc prévisible et peut être évité afin de limiter les dommages et les dégâts qu'il est susceptible de causer aux personnes.

6.2. La rééducation périnéale

Au fil du temps la masso-kinésithérapie a évolué et les pratiques se sont étendues grâce à la spécialisation des masseurs-kinésithérapeutes. Parmi toutes ces spécialités, l'une d'entre elles a pour objectif le traitement des organes génitaux-urinaires : la rééducation périnéale [146].

Cette rééducation concerne aussi bien les femmes qui viennent d'accoucher que les femmes atteintes de troubles de leur fonction urinaire avec quelquefois une connotation sexuelle. Une réflexion plus profonde qu'une simple stratégie de soin est nécessaire pour cette technique singulière remplie de pudeurs et de tabous [147].

6.2.1. Le périnée

Le périnée se situe au niveau de l'extrémité inférieure de l'abdomen et ferme la cavité abdominale. Il est formé par un ensemble de muscles, de ligaments et de membranes en forme de triangle étendus de la symphyse pubienne aux coccyx s'insérant sur les ischions. Il entoure trois orifices : le vagin, l'anus et l'urètre [148].

6.2.1.1. Fonctions du périnée

Le périnée a un rôle essentiel dans la continence urinaire et fécale, la miction, la grossesse, l'accouchement mais également dans le maintien d'une sexualité épanouie. L'équilibre des structures périnéales et la participation des systèmes musculaires, ligamentaires et fasciaux assurent l'ensemble de ces actions.

La fonction principale du périnée est de soutenir les organes viscéraux soumis à la gravité lors de la position debout. En cas de dysfonctionnement dans l'un des systèmes, une adaptation des autres systèmes doit être mise en place afin d'assurer une stabilité [148].

Tout au long de leur vie, le périnée des femmes va subir d'importantes modifications en fonction des différentes phases hormonales (grossesse, accouchement, ménopause). Il est donc

important de prendre conscience des fonctions du périnée pour une meilleure maîtrise et une rééducation efficace.

6.2.1.2. La rééducation périnéale

La rééducation périnéale a pour objectif de renforcer les muscles du plancher pelvien pour prévenir et lutter contre les troubles urinaires et autres dysfonctionnements relatifs au périnée. Elle est primordiale après un accouchement afin de retrouver une tonicité suffisante des muscles pelviens pour assurer leurs rôles de maintien et de soutien, et d'éviter d'éventuelles fuites urinaires [149].

6.2.2. Déroulement de la rééducation périnéale

6.2.2.1. L'interrogatoire

Lors du premier rendez-vous, la séance se déroule en deux parties. Pour commencer le thérapeute va effectuer un bilan diagnostic kinésithérapique afin de recueillir les informations nécessaires à la rééducation, facteurs de risques (surpoids) et symptômes pelvi-périnéaux ressentis (fuites urinaires, pesanteur pelvienne) à l'aide de questions. Il s'assurera ensuite des connaissances de sa patiente sur le périnée et ses fonctions. Il est important durant cet échange d'exprimer toutes les interrogations présentes à ce sujet ainsi que l'impact des symptômes sur la vie quotidienne. Une fois cet échange terminé, pourra commencer l'examen clinique [150].

6.2.2.2. L'examen clinique

L'examen clinique débute par une évaluation de la posture, de la respiration ainsi que de la sangle abdominale. Vient ensuite l'examen pelvien. Cet examen se déroule en deux temps. L'examen externe, observation à l'œil nu de la contraction périnéale et du relâchement ainsi que la synergie abdomino-périnéale. Puis l'examen interne par la réalisation d'un toucher vaginal ou ano-rectal en fonction des informations reçues lors de l'interrogatoire. Cet examen permet une évaluation plus précise du périnée (fonction musculaire, trophicité, cicatrice) [150].

6.2.2.3. La séance de rééducation

Il existe trois méthodes de rééducation du périnée utilisées par les masseurs-kinésithérapeutes [150]. La rééducation manuelle, le thérapeute va à l'aide d'un toucher vaginal ou ano-rectal guider la contraction par le biais d'images, réaliser des résistances à la contraction. Cette méthode permet de suivre l'évolution de la récupération et stimuler les zones précises à travailler.

Le biofeedback utilise une sonde vaginale ou anale. La contraction est effectuée en fonction des consignes illustrées sur un écran par des schémas et est visible à l'écran. Cette technique permet une meilleure maîtrise des contractions et permet une rééducation plus fonctionnelle [151].

Enfin l'électrostimulation à l'aide d'une sonde vaginale ou anale qui envoie un courant électrique non douloureux qui en fonction des réglages effectués va renforcer ou réguler une activité inadaptée des muscles vésicaux par exemple [151].

6.2.3. Aspects éthiques de la rééducation périnéale

La rééducation périnéale concerne donc une zone corporelle appartenant à l'intimité de la patiente, zone intime non visible, qui ne s'expose pas. Cette partie du corps est protégée par « *le tabou sexuel* » [147]. En aucun cas ce tabou n'est à dénier mais un ajustement et une ritualisation des soins sont nécessaires, ainsi que du cadre thérapeutique.

La rééducation est donc centrée sur le questionnement de la dignité et de la pudeur. En effet les troubles de la fonction urinaire et anale sont perçus comme une honte pour la patiente, un sentiment d'indignité. Ces questionnements auront un impact direct sur la prise en charge des patientes. Certaines techniques sont à écarter car peuvent être mal vécues par la patiente et il est parfois difficile voire impossible de les adapter [152].

6.2.3.1. La dignité

Du latin « *dignitas* », la dignité correspond au « respect que mérite quelqu'un ou quelque chose ». Selon Thomas De Koninck, « tout être humain, quel qu'il soit, possède une dignité propre » [153].

La rééducation périnéale cherche à traiter certains troubles pouvant être source d'indignité, d'une perte d'estime de soi. En effet faire part de ses troubles urinaires voire anaux demande une certaine « *capacité à surmonter l'altération de l'image de soi* ». Cette dignité est donc un obstacle à la prise en charge à temps des troubles présents et la réalisation de soins. L'expression de ses troubles est donc difficile à partager et demande une discrétion extrême de la part du thérapeute [147].

6.2.3.2. La pudeur

Pudeur vient du latin « *pudere* » qui signifie avoir honte [154]. La pudeur renvoie à un sentiment de honte, de gêne éprouvée par une personne suite à l'évocation de choses intimes voire sexuelles. Monique Selz explique : « *que la pudeur pose la question du regard sur la nudité, plus particulièrement des parties sexuelles du corps, mais aussi des organes de l'élimination : quelque chose est vue et n'aurait pas due l'être* » [155].

Lors de la rééducation la patiente affiche son périnée au regard puis au contact du praticien, éveillant un sentiment de pudeur de la part de la patiente. Sentiment qui peut être accentué lors des mouvements effectués par le périnée pendant les contractions musculaires. Ces mouvements peuvent en effet renvoyer à une gestuelle de l'intimité sexuelle. De plus, la situation nécessite une attention toute particulière sur le périnée par la patiente et le praticien participant à l'accentuation de cette gêne [147]. Malgré l'évolution de notre société, avec l'hypersexualisation du corps féminin par exemple, la pudeur est fondamentale et se doit d'être respectée.

La séance se déroule dans une totale confidentialité, en toute intimité et discrétion, dans une salle fermée. Le port de gants, d'une blouse ainsi que le vouvoiement de la patiente permettent d'imposer et de respecter une distance entre le soignant et le soigné. Chaque fait et geste est effectué avec l'accord de la patiente (consentement oral ou écrit) et expliqué, détaillé,

justifié au préalable. Ces gestes sont à réaliser progressivement et en douceur afin de ne pas brusquer la patiente. Il est essentiel pour le thérapeute de définir un cadre thérapeutique dès l'entrée de sa patiente, justifiant la nudité par la nécessité du soin. Le thérapeute doit avoir un respect inconditionnel envers sa patiente [147].

Les soins périnéaux doivent donc être accompagnés d'empathie, de tact, de discrétion, d'un respect de la dignité de la personne soignée et de confidentialité. Le cadre thérapeutique est à poser avant même que la séance débute. Comme pour tous les autres soins, le masseur-kinésithérapeute se doit d'être à l'écoute et disponible pour sa patiente. Il est important de prendre le temps pour chaque séance afin de s'assurer du consentement de la patiente, de la compréhension et l'intérêt des techniques utilisées par le praticien [131].

6.3. Rééducation kinésithérapique et mastectomie

6.3.1. Définition

La mastectomie ou chirurgie mammaire non conservatrice est réalisée sous anesthésie générale à la suite d'un cancer du sein. Elle peut être totale, ablation du sein dans son intégrité : mamelon et aréole, ou partielle, retrait uniquement de la tumeur. Cette dernière peut entraîner une modification de la forme du sein. En fonction des situations, des traitements de chimiothérapie ou radiothérapie peuvent s'ajouter à la suite de l'opération [156].

Ici, la kinésithérapie sera essentielle afin de préserver ou restaurer la mobilité de l'épaule et du bras du côté de l'opération, de se réappropriier son corps, de diminuer les adhérences cicatricielles, de résorber les éventuels œdèmes, d'optimiser la cicatrisation et d'améliorer le plus possible de confort de la patiente pour lui permettre de reprendre une vie normale. En cas de prothèse, la masseur-kinésithérapeute accompagne la patiente dans le placement de sa prothèse et travaille la souplesse du sein facilitant la pose de sa prothèse [157]. La capacité d'écoute et de dialogue du masseur-kinésithérapeute sera primordiale auprès des patientes ayant subi une mastectomie.

6.3.2. Une atteinte à l'intimité physique

A la suite d'un cancer du sein, l'image de soi est souvent altérée. Perte de cheveux, prise de poids, stomies urinaires ou digestives. Toutes ces modifications perturbent le rapport au corps et le rapport au corps à l'autre. Ainsi les patientes peuvent parfois se sentir dépossédées de leur intimité, atteintes dans leur féminité. Sentiments douloureux sur le plan psychique voire source de détresse psychologique ou de troubles anxio-dépressifs chez certaines patientes [158].

Lors des séances de kinésithérapie, la patiente dénudée est en tête à tête avec son thérapeute pendant au moins une demi-heure. Elle se retrouve en position de vulnérabilité. En effet la patiente dévoile une partie intime de son corps à un « inconnu ». En plus de la difficulté d'accepter son nouveau corps, la patiente doit l'exposer au thérapeute. Il y a donc une atteinte à sa pudeur. Son corps est à la merci du thérapeute dont elle devient dépendante de ses soins.

6.3.3. L'aptitude du masseur-kinésithérapeute

Le masseur-kinésithérapeute se doit d'être inscrit dans une démarche d'attention envers sa patiente et de reconnaître ses besoins. Encore plus dans cette situation où les femmes traversent une épreuve difficile et doivent réapprendre à accepter leur « nouveau » corps [97]. Il est important de susciter la parole et d'être à l'écoute de la souffrance de la patiente. Par la rencontre, le dialogue, il accompagne la patiente dans le cheminement de sa reconstruction. En effet, le thérapeute doit faire place aux sentiments et aux soucis de l'autre afin de rendre réciproque la relation asymétrique [49].

Un soin ne doit pas faire offense à la pudeur. Cela va dépendre du point de vue de la patiente bénéficiant du soin mais également du regard du thérapeute. « *S'il s'affiche trop ostensiblement, s'il affiche trop ostensiblement sa gêne, voire son dégoût, il induit le malaise et le sentiment d'une obscénité, d'une violation* » [159].

En cas d'atteinte à la pudeur, elle est visible dans le regard, l'attitude de l'autre. En effet, certains gestes, regards peuvent être perçus comme imposants, pénétrants, salissants.

L'utilisation de gestes bienveillants permet de soigner la personne à sa juste valeur. L'inscription dans une ritualisation des gestes touchant à l'intimité de la patiente permet de la

rassurer. La parole apaisée aide également à diminuer l'appréhension des faits et gestes lors des soins effectués par le masseur-kinésithérapeute [46].

6.4. La prise en charge d'une femme victime de violences physiques ou sexuelles

6.4.1. Définition

Selon l'ONU, « *La violence faite aux femmes désigne tout acte de violence fondé sur l'appartenance au sexe féminin, causant ou susceptible de causer aux femmes des dommages ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, et comprenant la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.* » [160]. Les conséquences sont nombreuses, physiques, émotionnelles, psychologiques, psychosomatiques, cognitives ou encore addictives. Sans oublier les conséquences gynécologiques voire obstétricales en cas de viol, infections urinaires, infections sexuellement transmissibles, troubles de la sexualité, traumatismes génitaux, grossesse non désirée, interruption volontaire de grossesse, infertilité et toutes les complications que peuvent entraîner une grossesse [161].

Certaines personnes sont plus à risque que d'autres. C'est le cas des personnes âgées, des enfants, 1 enfant sur 10 est victime de pédocriminalité, des femmes enceintes, 20% d'entre elles sont victimes de violence et des femmes handicapées [162].

6.4.2. Conduites à tenir

Lors de la prise en charge d'une femme victime de violence physiques ou sexuelles, il est primordial d'inverser le schéma de l'agresseur en faisant preuve de bienveillance et d'être à l'écoute de notre patiente. En effet l'un des buts premiers de l'agresseur est d'isoler la patiente. Le kinésithérapeute doit créer une relation de confiance avec sa patiente pour l'aider et l'orienter vers des spécialistes adaptés à la situation. La dévalorisation de sa victime est également une des qualités de l'agresseur. En tant que professionnel de santé nous nous devons de rappeler à la patiente qu'elle est courageuse de parler. Il est également important de lui rappeler que nous la croyons à l'aide de phrases courtes mais simples : « Je vous crois ». En

effet lors d'un acte de violence, l'offenseur inverse la culpabilité dans l'objectif de faire culpabiliser sa victime pour qu'elle se remette en question. Nous nous devons d'être présent pour l'aider en lui proposant des contacts d'associations ou encore rester à sa disposition pour discuter, la soutenir et l'aider à témoigner si nécessaire [163].

A l'aide du bilan, le thérapeute doit faire le lien ou non entre les violences subies et la pathologie pour laquelle la patiente consulte. Cela peut se faire de manière indirecte via des questionnaires pour détecter les signes de traumatismes, des entretiens approfondis menant la patiente à en parler ou en demandant si quelque chose aurait pu interférer. La méthode directe reste la plus délicate et nécessite une certaine aisance. Voici quelques exemples de questions à poser aux patientes susceptibles d'être victime de violence, «Avez-vous déjà vécu dans votre vie des événements qui vous ont fait du mal ou vous font encore aujourd'hui du mal ? », « Avez-vous déjà été victime de violences psychologiques, physiques ou sexuelles ? », « Comment ça se passe quand vous vous disputez avec votre conjoint, quand votre conjoint veut un rapport sexuel, comment ça se termine ? ». Cette méthode est utile lorsque le tableau clinique n'est pas compréhensible. En cas de nécessité, le thérapeute peut s'orienter vers les numéros nationaux, violence femme info (3919), la police (17) pour une urgence extrême, ou spécialisés (114). Des « chats » en ligne existent et permettent de signaler une situation de violence sexiste ou sexuelle et demander de l'aide (<https://www.service-public.fr/cmi>) [163].

L'HAS recommande donc aux masseurs-kinésithérapeutes se retrouvant face à une patiente victime de violence, de montrer leur implication dans la situation, de questionner systématiquement, même en l'absence de signes d'alerte, d'expliquer les spécificités des violences au sein du couple pour déculpabiliser la patiente et l'aider à agir, d'évaluer les signes de gravité, de signaler en cas de besoin, d'établir un certificat médical ou une attestation professionnelle, d'informer et d'orienter la victime en fonction de la situation et de s'entourer d'un réseau sanitaire multidisciplinaire [161].

6.5. Relation homme soignant-femme soignée

6.5.1. L'influence des représentations sociales sur la relation soignant-soignée

6.5.1.1. Définition

Le concept des représentations sociales permet une meilleure compréhension des groupes et des individus par l'analyse de leur représentation à eux-mêmes, aux autres et au monde [164]. Cette analyse est essentielle pour l'étude des relations sociales au sens large. La scientifique Denise Jodelet définit les représentations sociales comme « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » [165].

Le monde du soin, des soignants, est particulièrement ancré par ces représentations sociales [166]. Elles auront donc une influence sur la relation homme soignant-femme soignée à travers les idées communes véhiculées sur l'homme masseur-kinésithérapeute mais aussi la femme patiente.

6.5.1.2. Représentation sociale de l'homme

Nous pouvons observer depuis ces dernières années, une mutation anthropologique de la place de l'homme dans notre société actuelle. Les mouvements féministes ainsi que la place de la femme dans la société sont en lien avec cette mutation. L'homme macho et dominant laisse peu à peu place à un homme beaucoup plus soucieux, se détachant des rôles traditionnels donnés. Mais certaines qualités spécifiques de l'homme sont encore et toujours associées à la masculinité : force, autorité, courage, virilité [167].

Les philosophes Bergeron et Gaudreau ont remarqué que l'Occident favorise une « conception bipolaire » des rôles sexués, « *l'homme doit être autonome, très conscient de son identification sexuelle, fort, confiant en soi, actif, capable d'assertion, compétitif, rationnel et orienté vers un but* ». L'analyse de leur étude permet donc de constater que la masculinité est associée à la « virilité », impliquant une notion de force physique [167].

En effet, ces comportements restent ancrés dans les représentations sociales de l'homme. Ainsi la représentation de l'homme semble loin de la représentation du « prendre soin » du masseur-kinésithérapeute.

6.5.1.3. Représentation sociale de la femme

Malgré le combat d'un grand nombre de femmes et mouvements féministes qui tentent de défendre les droits de la femme, les représentations de la femme ont du mal à évoluer. Schopenhauer disait : « *Les femmes ne sont que des êtres inférieurs et séduisants, dont la mission est de conspirer aux fins de la nature en assumant, par l'attrait qu'elles exercent sur l'homme, la perpétuation de l'espèce* » [167].

A travers leurs travaux, les philosophes Pellet et Guichard démontrent que cette image associée à la femme perdure : « *la femme est toujours ce petit animal, à l'instinct maternel développé, destiné à de petits travaux subalternes, de préférence chez elle et qui est par nature aussi, de toute faiblesse* » [167]. La femme est donc perçue comme un être fragile, vulnérable, aux traits séduisants et dévouée à ses enfants .

6.5.2. La relation soignant-soignée

Tous ces préjugés, stéréotypes et idées reçues ont une influence sur la relation homme soignant-femme soignée. En effet la relation de soin va principalement être influencée par un facteur physique : le sexe du patient et du soignant [165].

Comme beaucoup de relations, la relation de soin comporte des limites : le toucher, la gêne voire le refus de soin. C'est une relation qui se construit avec le temps et débute dès la prise en charge de la patiente jusqu'à la fin des soins de la patiente.

6.5.2.1. La gêne

Le dictionnaire Larousse définit la gêne comme « *un état ou une sensation de malaise physique, de peine, de trouble, de difficulté, éprouvés dans certaines actions ou fonctions* »

[168]. Elle peut donc être ressentie à la fois par la patiente mais également par le masseur-kinésithérapeute.

Selon la nature des soins effectués par le thérapeute, certaines émotions en lien avec l'atteinte de l'intimité peuvent être éprouvées par la patiente comme la gêne. En effet le corps est souvent perçu comme un objet de séduction voire de désir face aux personnes de sexe opposé, dans la majorité des cas. Il est donc primordial d'instaurer une relation de confiance avec la patiente et d'avoir une conduite éthique lors de la réalisation des soins pour éviter cette situation [44]. Parfois il est préférable de laisser la main à un autre thérapeute pour éviter cette gêne et s'assurer que le soin se déroule dans les meilleures conditions.

Exposer son corps à une personne de sexe opposé peut rendre la situation difficile des deux côtés. Nombreuses sont les femmes qui n'aiment pas être soignées par un homme notamment pour les examens gynécologiques. La lecture du livre de Martin Winckler permet de voir que cette attitude est partagée et basée sur de faits réels : l'attitude du personnel soignant est loin d'être irréprochable : examens réalisés nus parfois non nécessaires, opérations inutiles ou encore abus réels [169].

6.5.2.2. Le refus de soin de la patiente

Le refus de soins s'entend par « *tout comportement qui conduirait, directement ou indirectement, à une absence de soins ou de traitements adaptés à l'état de santé du patient* » [170].

De nos jours, le refus de soins se fait de plus en plus rare mais reste un droit de la patiente. En effet, elle est en droit de refuser les soins qui lui sont proposés et de choisir le thérapeute qui les lui prodiguera. Ainsi en cas de soins touchant à son intimité, la patiente peut demander qu'ils soient réalisés par une femme plutôt qu'un homme [170].

Nombreuses sont donc les situations encourageant des risques, à la fois pour la patiente et pour le masseur-kinésithérapeute.

7. DISCUSSION

7.1. Réponse à la problématique posée

Dans le domaine de la santé, les femmes et les hommes ne sont pas logés à la même enseigne. Accompagnement, diagnostic, traitement, prise en charge : ils ne sont pas égaux dans leur parcours de soins. Les causes sont nombreuses : biologiques, représentations sociales liées au sexe et au genre, rapport au corps et recours aux soins des personnes malades.

En effet, le sexe et le genre ont tout d'abord un impact sur l'appartenance sociale. Les femmes seraient plus touchées par la précarité professionnelle malgré une meilleure réussite scolaire que les hommes. Le niveau socio-économique est un des déterminants majeurs de l'état de santé d'un individu. Les symptômes et les maladies vont également varier en fonction du sexe. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes et sont donc plus souvent amenées à consulter au cours de leur vie.

Les stéréotypes de genre nuisent à la fois sur la santé des femmes et des hommes car ils jouent sur l'attitude du corps médical et des patients. Ainsi l'infarctus du myocarde est sous-diagnostiqué chez les femmes car cette pathologie est considérée comme « masculine ». Il est en de même pour l'ostéoporose, malgré les fractures multiples rencontrées chez les hommes, leur prise en charge n'est pas adaptée à la pathologie. Les stéréotypes de sexe et genre influent également sur la santé mentale des hommes car les femmes seraient plus susceptibles aux maladies mentales que les hommes et conduisent à sous-estimer ces pathologies chez les hommes.

Les parcours de vie diffèrent en fonction du sexe et du genre et vont exposer différemment les hommes et les femmes aux risques de santé. La pénibilité des conditions de travail, les charges domestiques et familiales, une plus grande exposition aux violences physiques et psychiques au sein du couple, les changements hormonaux, exposent plus les femmes aux problèmes de santé mentale et physique.

Les comportements à risque vont également être influencés par le sexe. En effet, les hommes affichent un comportement à risque bien plus élevé que les femmes. Ils sont plus nombreux à mourir du tabac et de l'alcool et restent les principaux concernés par l'usage de substances illicites. L'alimentation, l'activité physique et la sédentarité sont des facteurs de

protection ou de risque dans de nombreuses maladies. Ils vont être influencés par les catégories sociales et professionnelles. Les femmes étant plus touchées par la précarité sont les principales concernées par la sédentarité et l'inactivité. De plus cette précarité influence l'accès aux soins des femmes. En effet les femmes sont les premières touchées par le report ou le renoncement aux soins pour diverses raisons.

Dans la relation de soin en masso-kinésithérapie, le toucher est omniprésent. Les intérêts sont nombreux tant pour le masseur-kinésithérapeute que pour la patiente. En effet, il prévient ou soulage la douleur, facilite la communication, diminue le seuil du stress, améliore l'estime de soi, accompagne certains soins, intègre les modifications progressives du schéma corporel, entraîne une libération des émotions cachées par la patiente. À travers le toucher, le kinésithérapeute établit un premier contact non verbal, prévient et soulage la douleur, recueille les informations corporelles nécessaires à la réalisation du bilan et cible ses capacités et ses limites dans le champ de la distance intime. Le toucher est un véritable moyen de communication et nécessite un sens pratique. Il est essentiel d'analyser la situation pour repérer les besoins de la patiente afin d'apporter une réponse adaptée à la situation.

Avant d'établir un contact physique, il est nécessaire de créer une relation soignant-soignée basée sur la confiance, l'empathie, la compréhension, le soutien, l'absence de jugement, la valorisation, l'aide et le conseil. De plus le consentement de la patiente est primordial. En l'absence de celui-ci, la relation de soin ne peut exister. Et enfin une réelle connaissance de soi, ses limites et son savoir-faire, permet au masseur-kinésithérapeute d'entrer en contact avec sa patiente.

Le toucher induit un rapport à l'intime de la patiente. L'intimité physique est atteinte. Celle-ci est liée aux systèmes éducatifs, aux modèles culturels, aux ethnies et à l'éducation. La patiente remet son corps entre les mains du soignant et nous autorise à accéder à une partie de son histoire à travers ses cicatrices, ses traumatismes et/ou ses pathologies. Elle nous dévoile donc la partie la plus personnelle qui lui appartient : son corps. Cette intimité est mise à mal dans de nombreux soins. Certaines règles sont essentielles dans la prise en charge d'une patiente pour protéger son intimité physique et lutter contre sa violation. Fermeture de la porte dès l'entrée de la patiente dans la salle de soin, masquer la nudité lorsque cela est possible, informer la patiente de la réalisation des soins, les techniques utilisées et leur intérêt. Ces précautions sont à associer au consentement éclairé de la patiente dans la réalisation des soins et la création d'une relation de confiance soignant-soignée.

De plus le toucher n'aura pas le même impact sur les mêmes personnes. Chaque fait et geste doivent donc être appréhendés, organisés et réfléchis afin que la patiente ne se sente pas agressée, violentée ou sexualisée. Il en est de même pour la position du corps et des mains du thérapeute. En fonction de la réaction de sa patiente, il est essentiel pour le masseur-kinésithérapeute de réajuster ses techniques et sa position afin de s'assurer de la perception et de l'intentionnalité de ses gestes.

L'intimité physique n'est pas la seule intimité abordée dans la relation de soin. En effet par sa proximité, le masseur-kinésithérapeute est amené à recevoir certaines confidences et à accéder à l'intimité familiale et privée de ses patientes. Il ne doit pas aller au-delà de ses fonctions et rester neutre face aux situations auxquelles il peut être confronté. Le secret professionnel assure la protection de cette intimité. Ainsi en cas d'échanges entre différents professionnels de santé sur le devenir de la patiente, seules les informations nécessaires à son suivi doivent être transmises.

Ces principes éthiques sont d'autant plus importants à respecter auprès des femmes en raison de leur possible vulnérabilité. La sexualisation et la naturalisation de leur corps, les rend plus vulnérables aux agressions et autres violences. En effet, l'hypersexualisation de leur corps à travers les campagnes publicitaires par exemple, renforce l'idée que les femmes sont bel et bien des objets sexuels. Ces clichés participent donc à l'augmentation de l'acceptation des violences subies par les femmes et accroissent les risques d'agression sexuelle. D'ailleurs, elles sont plus souvent amenées à consulter au cours de leur vie en raison des différentes étapes qu'elles traversent. L'adolescence, la maternité ou encore la ménopause, les exposent aux nombreux risques des soins médicaux et paramédicaux.

Certaines situations font encourir plus de risques que d'autres à une femme venant consulter un masseur-kinésithérapeute. C'est le cas de la rééducation périnéale nécessitant un accès à une zone corporelle intime, protégée par le « tabou sexuel ». Cette rééducation remet en question la dignité et la pudeur de la patiente qui auront un impact direct sur sa prise en charge. La séance doit donc être réalisée en toute intimité et discrétion. De plus l'installation d'un cadre thérapeutique sécurisant est primordiale afin de lutter contre une situation embarrassante voire ambiguë entre le thérapeute et sa patiente et justifier aussi la nudité par la nécessité du soin. Port de gants, d'une blouse et vouvoiement de la patiente permettent d'imposer une distance entre le soignant et la soignée. Dans cette situation, il est préférable de

privilégier le consentement écrit. L'empathie, le tact, la discrétion, le respect de la dignité de la soignée et la confidentialité sont les principes de bases de la rééducation périnéale. À tout cela s'ajoute une conduite éthique de la part du masseur-kinésithérapeute dans la relation de soin.

La rééducation masso-kinésithérapique chez une femme ayant subi une mastectomie est également une situation à risque. Ici, la capacité d'écoute et de dialogue seront primordiales pour le masseur-kinésithérapeute. En effet, l'opération peut entraîner une détresse psychologique ou des troubles anxio-dépressifs chez certaines patientes. Elles ont donc un grand besoin d'échanger sur leur situation et cherchent des conseils et des informations auprès de leur thérapeute sur leur vie future. Sans oublier que les femmes sont victimes d'un grand nombre de modifications de leur corps qui ont pour conséquence une perturbation du rapport au corps et du rapport au corps de l'autre. Elles se sentent atteintes dans leur intimité et leur féminité. En plus de devoir accepter son « nouveau » corps, la patiente doit l'exposer à son thérapeute. Le masseur-kinésithérapeute doit donc s'inscrire dans une démarche attentive et reconnaître les besoins de sa patiente en suscitant sa parole et en l'écouter. Le kinésithérapeute a une place primordiale quant à la reconstruction des femmes ayant subies une mastectomie.

Au cours de sa pratique professionnelle, le masseur-kinésithérapeute sera amené à prendre en charge des femmes victimes de violences physiques ou sexuelles. Lors de la rééducation de ces patientes, le masseur-kinésithérapeute doit montrer son implication face à la situation. Même en l'absence de signes d'alerte, il questionne la patiente systématiquement. Le thérapeute doit être d'autant plus vigilant chez une femme enceinte ou en post-partum et considérer l'impact sur les enfants du foyer afin de les protéger. Pour aider sa patiente à déculpabiliser et agir dans le but de se protéger, il est primordial de rappeler les spécificités des violences au sein du couple. L'établissement d'un certificat médical ou d'une attestation professionnelle permet en cas de nécessité de faire un signalement. En fonction de la situation, le thérapeute informe ou oriente la victime vers les numéros nationaux ou des « chats » en ligne pour signaler une situation de violence et demander de l'aide. Le masseur-kinésithérapeute a donc un rôle fondamental dans le dépistage des violences faites aux femmes.

Pour conclure, le monde du soin est particulièrement influencé par les représentations sociales qui ont un effet direct sur la relation homme soignant-femme soignée. Le facteur physique, sexe du patient et du soignant, influence particulièrement cette relation. Selon la nature des soins effectués, un sentiment de gêne peut être éprouvé par la patiente et par son thérapeute également. En effet, le corps est souvent perçu comme un objet de séduction et de

désir pour les personnes de sexe opposé. Ainsi, exposer une partie de son corps dénudée à une personne de sexe opposé peut rendre la situation difficile. L'existence d'une relation de confiance soignant-soignée et la conduite éthique du masseur-kinésithérapeute permettent de lutter contre cette gêne. Dans certaines situations, il est préférable pour le thérapeute de passer le relai pour éviter cette gêne et assurer le déroulement du soin dans les meilleures conditions possibles.

7.2. Droits de la patiente lors d'une consultation de soin en masso-kinésithérapie

Une consultation chez un professionnel de santé peut être vécue comme un moment de stress et certains gestes peuvent être difficiles voire pénibles. Voici donc quelques conseils afin de rendre la consultation aussi facile que possible

- 1) Il faut garder en tête que le masseur-kinésithérapeute a des obligations à l'égard de sa patiente et non l'inverse, comme l'indique le code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes. Sa lecture permet de l'évoquer au moment voulu. Il est essentiel de rester calme car cela sera toujours plus efficace que la colère
- 2) Si vous avez le sentiment de vous retrouver face à une situation de discrimination qu'importe la nature de celle-ci, signalez-la au masseur-kinésithérapeute concerné, peut-être que celui-ci n'en a pas conscience
- 3) Une consultation ne doit jamais être réglée à l'avance
- 4) Ne vous déshabillez jamais tant que le thérapeute ne vous a pas écouté et qu'il ne vous a pas expliqué l'intérêt de cet examen. Votre consentement doit être donné avant tout acte. De plus vous n'êtes pas dans l'obligation de vous déshabiller entièrement et encore moins lorsque vous n'en voyez pas l'utilité. Souvent, il est largement possible de réaliser les soins partiellement habillé ou en sous-vêtements.
- 5) Refusez tout geste instrumental dont vous ne connaissez pas l'intérêt et sans avoir eu d'explications précises sur son but et son déroulement. La plupart des gestes peuvent être indolores s'ils ne sont pas précipités. Il est important de prévenir le masseur-kinésithérapeute si celui-ci vous fait mal afin d'interrompre le geste.
- 6) Vous êtes en droit de réclamer une explication précise de ce qui a pu être constaté, vu ou diagnostiqué par le thérapeute. Même s'il ne sait pas, il doit vous le dire.

- 7) Il en est de même pour les examens réalisés, demandez toujours que le professionnel de santé vous remette le compte rendu et/ ou les images des examens qui vous appartiennent.
- 8) Vous êtes en droit de lire les lettres transmises entre professionnels de santé à votre égard

7.3. Biais et limites du mémoire

Écrire un mémoire d'éthique, c'est entamer en grande partie une discussion sur un sujet particulier. Ainsi réaliser la discussion de ce mémoire est une situation épineuse. Nous pouvons dans un deuxième temps faire part des biais de cette étude et exposer certaines propositions.

7.3.1. Biais méthodologiques

Comme il est démontré précédemment, un grand nombre d'articles se sont présentés à nous. En effet les recherches ont débuté en juin 2021. À cette période, nous ne possédions pas les connaissances nécessaires pour la réalisation d'un travail à la rigueur scientifique indispensable. De plus, nous n'avons pu étudier l'ensemble des articles sortants des différentes bases de données à l'aide des mots clés utilisés en raison du temps limité pour la réalisation de ce mémoire. Cette problématique conduit à un premier biais méthodologique.

7.3.2. Biais de sélection

Les résultats de cette étude ont été obtenus à l'aide de mots clés et de combinaisons spécifiques de ces mots clés, conduisant à un biais de sélection. Nos recherches se sont limitées à quelques bases de données et auraient pu être élargies afin d'obtenir un maximum de résultats pour répondre à notre problématique.

7.3.3. Biais de langue de publication

Certains articles sélectionnés ont été publiés dans une autre langue que l'anglais ou le français et ont dû être exclus à cause de la barrière de la langue. En effet ne maîtrisant que ces deux langues, ces articles n'ont pu être inclus dans nos recherches. De plus nous ne maîtrisons pas l'anglais comme notre langue maternelle, le français, ainsi la traduction et l'interprétation des informations ont pu être déformées ou faussées.

7.3.4. Biais lié au sexe

Un mémoire de recherche n'a pas pour vocation de venir exposer les ressentis ou les opinions morales mais d'élaborer des analyses fondées, en partie, sur des données scientifiques. Il est donc primordial de ne porter aucun jugement de valeur sur les recherches effectuées. Exigence difficile à tenir lorsque nous sommes une femme et que nous réalisons un mémoire portant sur les femmes. Ainsi la réflexion peut être biaisée par certains partis pris implicites, ici, liés au sexe. Pour lutter contre cela, nous nous sommes appuyés le plus possible sur les revues, articles et tout autre type de documents étudiés.

7.3.5. Des pistes à envisager

Une des grandes difficultés dans la réalisation de ce mémoire était de rester sur cette thématique principale sans se détourner du sujet en raison de ses multiples aspects. En effet la grande richesse que couvre le thème du soin en masso-kinésithérapie chez la femme rend le champ du mémoire extrêmement vaste.

En plus des études menées, nous aurions également pu travailler sur les types de litiges recensés auprès de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, les raisons principales des plaintes des patientes envers leur thérapeute et/ou relever les chiffres pour une meilleure prise de conscience, des conduites à tenir pour une patiente victime de harcèlement, de viol ou d'agression sexuelle de la part de son masseur-kinésithérapeute. Ou encore l'apprentissage de la conduite éthique dans la relation de soin en masso-kinésithérapie chez la femme, dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie.

Notre travail peut donc donner lieu à d'autres études, recherches, à la fois quantitatives et qualitatives comme la réalisation d'entretiens auprès d'étudiants sur leur apprentissage de la

relation de soin en masso-kinésithérapie envers les femmes par exemple ou de masseurs-kinésithérapeutes sur leur pratique, si celle-ci diffère ou non entre un homme et une femme.

7.4. Projection dans notre future pratique professionnelle

La réalisation de ce mémoire aura permis de nous informer sur la prise en charge d'une femme dans la relation de soin en masso-kinésithérapie, sujet essentiel pour notre future pratique professionnelle. L'approfondissement des sujets comme le consentement éclairé, la dignité, la pudeur, le toucher, la confiance ou encore le rapport à l'intime nous a apporté les connaissances nécessaires à la maîtrise de leur définition et l'intérêt de chacun de ces termes dans la relation de soin. Nous sommes donc maintenant plus aptes à intégrer les conduites éthiques nécessaires dans notre prise en charge.

Ce travail aura également permis de nous familiariser avec les différentes techniques et conduites à tenir lors d'un soin en masso-kinésithérapie chez une femme : instauration d'un cadre thérapeutique, grande appréhension dans la réalisation de certains gestes, explications claires et concises des soins effectués, intérêt de chaque geste, consentement de la patiente et respect inconditionnel envers elle. Il nous incombe à présent d'utiliser l'ensemble de ces principes dans notre future pratique afin de s'assurer de la qualité de notre prise en charge.

Les exemples de situations à risque rencontrées pour une femme venant consulter un masseur-kinésithérapeute nous permettront également de porter une attention toute particulière sur ces situations et d'augmenter notre vigilance sur la réalisation de certains soins afin d'éviter toute ambiguïté, gestes déplacés ou inappropriés de la part du thérapeute envers sa patiente.

Dans l'espoir que ce travail permettra aux lecteurs de clarifier leurs idées sur les différentes notions abordées et leurs connaissances sur la prise en charge d'une femme dans la relation de soin en masso-kinésithérapie.

8. CONCLUSION

Même si les femmes ont une espérance de vie plus longue, elles ne sont pas exemptées des défis de santé publique auxquels doit faire face la société (cancer, maladies chroniques, alcool, tabac, etc.) et sont de ce fait plus confrontées au monde médical ainsi qu'aux risques qu'engendrent la relation de soin.

Notre problématique était de définir les particularités de la prise en charge des femmes dans la relation de soin en masso-kinésithérapie dans le but d'améliorer les conditions de la rééducation. Des réponses ont pu être données grâce aux différentes parties abordées dans ce mémoire.

Dans un premier temps, nous avons pu voir que le sexe et le genre influent à la fois sur nos parcours de vie et de santé mais également sur nos comportements. En effet, la biologie et les caractères sociaux ont un rôle déterminant sur la santé de chaque individu. Il est donc essentiel de prendre en compte les différences et spécificités de chacun et chacune lors d'une prise en charge paramédicale afin d'adapter au mieux le traitement.

Dans une deuxième partie, les particularités de la prise en charge d'une femme dans la relation de soin en masso-kinésithérapie ont été abordées. La pratique de la masso-kinésithérapie passe par l'établissement d'une relation à l'autre, relation particulière du soin. Cette relation est évolutive et dépend du vécu de chaque personne. À travers le « prendre soin », le masseur-kinésithérapeute instaure un climat de confiance avec sa patiente afin de faciliter la communication et le recueil d'informations nécessaires à sa prise en charge. La relation doit être maintenue dans la sphère thérapeutique par le contrôle constant et rigoureux du soignant.

Enfin, certaines situations rencontrées dans le domaine de la masso-kinésithérapie auprès des femmes, sont plus à risque que d'autres. En effet l'intimité physique et/ou psychique de la patiente peut être entravée dans la relation de soin en masso-kinésithérapie. La personnalité de la patiente est donc atteinte. Aborder ces situations, nous permet de limiter les dommages et les dégâts successibles d'être causés auprès de ces femmes grâce aux conseils donnés aux lecteurs. Une prise de conscience de ces situations particulières, rencontrées dans notre pratique professionnelle, est nécessaire afin d'anticiper et empêcher les risques qu'elles peuvent faire encourir.

Ce travail peut être enrichi par d'autres études, comme l'interrogation des masseurs-kinésithérapeutes sur leur pratique, des patientes sur leur ressenti mais également des étudiants sur leurs connaissances en matière d'éthique. Il serait également intéressant de se questionner sur l'intérêt de développer une compétence éthique dans les études de masso-kinésithérapie afin d'évaluer les modalités et les finalités de nos prises en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. La perception de la nature sexuelle d'un acte de soin en kinésithérapie - EM consulte [Internet]. [cité 12 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1272742/article/la-perception-de-la-nature-sexuelle-d-un-acte-de-soin>
2. Gatto F, Ravestein J. Approche anthropologique du développement des compétences des masseurs-kinésithérapeutes. Conception d'un environnement informatique pour l'apprentissage en masso-kinésithérapie. :474.
3. ceerrf-admin. Le kinésithérapeute [Internet]. CEERRF. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://ceerrf.fr/masso-kinesitherapie/profession-de-kinesitherapeute/kinesitherapeute/>
4. La dimension humaine, un levier dans l'approche de la qualité par les soignants - EM consulte [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1436436/la-dimension-humaine-un-levier-dans-l-approche-de>
5. Marzano M. Dictionnaire du corps. Quadrige/ Puf ; 2017 dec. 876 p.
6. Masson E. État des lieux des inégalités sociales de santé en France [Internet]. EM-Consulte. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1128750/etat-des-lieux-des-inegalites-sociales-de-sante-en-france>
7. Masson E. Inégalité de santé et déterminants sociaux de la santé [Internet]. EM-Consulte. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1096445/inegalite-de-sante-et-determinants-sociaux>
8. Masson E. Inégalités sociales de santé, missions d'une agence régionale de santé [Internet]. EM-Consulte. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1128733/inegalites-sociales-de-sante-missions-d-une-agence>
9. Villeneuve C de. #MeToo et la galanterie à la française. Etudes. 5 mars 2019;Mars(3):43-54.

10. Masson E. De la confiance dans la relation de soin [Internet]. EM-Consulte. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1209476/de-la-confiance-dans-la-relation-de-soin>
11. Colcanap B. Corps et intimité dans la relation de soin, point de vue d'un masseur-kinésithérapeute: Intervention au 8e colloque « Éthique » de Bicêtre, vendredi 14 octobre 2005. Kinésithérapie Rev. 1 juin 2007;7(66):21-3.
12. Mauduit L ; Ferring V. La confiance dans la relation patient-thérapeute. Kinésithérapie la revue. 2016 Dec ; 180 (16) : 60-64.
13. Ponte C. Principe et modalités du consentement aux soins. Vocat Sage-Femme. nov 2013;12(105):43-4.
14. Mardon A. La génération Lolita. Reseaux. 16 sept 2011;n° 168-169(4):111-32.
15. Busby C., « Permeable and Partible Persons : a Comparative analysis of gender and body in south india and melanesia », Journal of the Royal Anthropological Institute, 1997. p.261-278.
16. Counts D, Brown J, Campbell J. To have and to hit. cultural perspectives on wife heating, Chicago, University of Illinois Press, 1999.
17. Godelier M, Panoff M, la production du corps. Approches anthhropologiques et historiques; Le corps humain. Supplicié, possédé, cannibalisé, Amsterdam, Archives contemporaines, 1998.
18. Tabet P. La construction sociale de l'inégalité des sexes. des outils et des corps, Paris, L'Harmattan, 1998; LA Grande Arnaque. Sexualité des femmes et écahnge économique-sexuel, Paris, L'Harmattan, 2004.
19. Universalis E. FÉMINISME - Histoire du féminisme [Internet]. Encyclopædia Universalis. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/feminisme-histoire-du-feminisme/>

20. Larousse É. Définitions : féminisme - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/f%C3%A9minisme/33213>

21. Masson E. Sexisme, encore et encore ... [Internet]. EM-Consulte. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1344704/sexisme-encore-et-encore-?>

22. Larousse É. Définitions : phallocratie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/phallocratie/60104>

23. Tapia C. Féminisme et sexisme : comprendre les évolutions. *J Psychol.* 27 mars 2019;n° 365(3):14-14.

24. Riot-Sarcey M. V. L'entre-deux-guerres ou le triomphe d'un féminisme féminin. *Reperes.* 24 nov 2015;3e éd.:70-82.

25. Le féminisme et les mouvements de femmes [Internet]. *Questions de genre.* [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/feminism-and-women-s-rights-movements>

26. Delessert T. Christine Bard (dir.): *Les féministes de la première vague.* *Nouv Quest Fem.* 21 juin 2017;Vol. 36(1):118-21.

27. Park J. Les caractéristiques des militantes britanniques pour le droit de vote des femmes au début du siècle. *Actes Rech En Sci Soc.* 1990;n° 84(4):57-62.

28. Première vague féministe: égalité des droits [Internet]. *La Ligue de l'Enseignement.* 2019 [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://ligue-enseignement.be/premiere-vague-feministe-egalite-des-droits/>

29. Riot-Sarcey M. I. *Des femmes en révolution.* *Reperes.* 24 nov 2015;3e éd.:5-19.

30. Mosconi N. Mai 68 : le féminisme de la « deuxième vague » et l'analyse du sexisme en éducation. *Sci Educ - Pour Ere Nouv.* 2008;Vol. 41(3):117-40.

31. Fougeyrollas-Schwebel D. Controverses et anathèmes au sein du féminisme français des années 1970. *Cah Genre*. 2005;n° 39(2):13-26.
32. Riot-Sarcey M. VII. De la libération des femmes au féminisme en devenir. *Reperes*. 24 nov 2015;3e éd.:95-106.
33. Le MLF, histoire d'un combat féministe | INA [Internet]. ina.fr. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ina.fr/ina-eclair-actu/le-mlf-histoire-d-un-combat-feministe>
34. Beauvoir S de. Le Deuxième Sexe et le féminisme américain. *Temps Mod*. 2008;n° 647-648(1):413-20.
35. Nizard S. Bibia Pavard, Florence Rochefort, Michelle Zancarini-Fournel, Les lois Veil. Les lois événements fondateurs. Contraception 1974, IVG 1975. *Arch Sci Soc Relig*. 2013;n° 164(4):266-266.
36. Dagorn J. Les trois vagues féministes – une construction sociale ancrée dans une histoire. *Divers Ville Éc Intégr* [Internet]. juill 2011 [cité 20 sept 2021]; Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02053657>
37. Michel A. Mouvements féministes et situation des femmes au XXe siècle. *Que Sais-Je*. 2007;9e éd.(1782):77-112.
38. Masson E. Transidentités et réassignation de sexe : le rôle des psychologues au sein d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée [Internet]. EM-Consulte. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1355558/transidentites-et-reassignation-de-sexe -le-role-des-psychologues-au-sein-d'une-equipe-pluridisciplinaire-specialisee>
39. Gerhard U, Jenson J, Devreux A-M, Heinen J. Féminismes : théorie et politique. *Cah Genre*. 2006;HS n° 1(3):159-79.
40. Goldblum C. Françoise d'Eaubonne, à l'origine de la pensée écoféministe. *Homme Soc*. 26 sept 2017;n° 203-204(1):189-202.

41. Rochefort F. Chapitre III. Pour l'égalité des sexes et la libération des femmes (1945-2000). Que Sais-Je. 1 oct 2018;75-110.
42. Gardey D. Le féminisme change-t-il nos vies ?. Paris /Textuel ; 2011 sep. 142p.
43. Laurent É. I. Les définitions de la confiance. Reperes. 20 juin 2019;Nouvelle édition:17-24.
44. Mauduit L, Ferring V. La confiance dans la relation patient–thérapeute. Kinésithérapie Rev. déc 2016;16(180):60-4.
45. Chevalérias M-P. Resumen. Divan Fam. 2003;11(2):11-23.
46. Masson E. Proximité, intimité et promiscuité dans les soins [Internet]. EM-Consulte. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/968534/proximite-intimite-et-promiscuite-dans-les-soins>
47. Relation soigné soignant : réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie - EM consulte [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/900349/relation-soigne-soignant%C2%A0-reflexions-sur-la-vulner>
48. Zielinski A. Reconnaissance de la vulnérabilité : vers une éthique de la sollicitude [Internet]. Érès; 2019 [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-ethique-de-la-dependance-face-au-corps--9782749263458-page-251.htm>
49. Marmilloud L. Donner vie à la relation de soin [Internet]. Érès; 2019 [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/donner-vie-a-la-relation-de-soin--9782749264394.htm>
50. Philosophie.ch - Ethique et relation de soin: pour nuancer l'asymétrie [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.philosophie.ch/fr/articles-fr/philosophie-et-sante/ethique-et-relation-de-soin-pour-nuancer-l-asymetrie>
51. Défiance : définition de « défiance » | La langue française [Internet]. [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/defiance>

52. Méfiance : définition de « méfiance » [Internet]. La langue française. [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/mefiance>
53. Hénaff M. Mauss and the Invention of Reciprocity. *Rev MAUSS*. 2010;36(2):71-86.
54. La relation de soin : une question de confiance ? | editorial | Espace éthique/Ile-de-France [Internet]. [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance>
55. Masson E. La séance de massage [Internet]. EM-Consulte. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/225128/la-seance-de-massage>
56. Bollondi-Pauly C, Boegli M. Les bénéfices du Toucher-Massage© : lien avec la spiritualité. *Rev Int Soins Palliatifs*. 2016;Vol. 31(4):157-62.
57. Gedda M. Kinésithérapie sexuée : les limites de nos rapprochements obligés. *Kinésithérapie Rev*. févr 2021;21(230):1-3.
58. Cooper I, Jenkins S. Sexual boundaries between physiotherapists and patients are not perceived clearly : an observationnal study. *Aust J Physiother* 2008;54:275-9.
59. Jaunait A. La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient. *Sci Soc Sante*. 2007;Vol. 25(2):67-72.
60. BAUMANN SB-A. Consentement - Définition [Internet]. Dictionnaire Juridique. [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/consentement.php>
61. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056/.
62. Recueillir le consentement de mon patient [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/recueillir-consentement-patient>

63. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 17 sept 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056/
64. François-Purssell I. Le consentement aux soins, une nécessité éthique pour une meilleure relation médecin-patient. :3.
65. R. 4321-84 Consentement du malade > Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes [Internet]. [cité 17 déc 2021]. Disponible sur: <https://deontologie.ordremk.fr/devoirs-envers-les-patients/r-4321-84-consentement-du-malade/>
66. Equivalence et différences entre les pays – FNEK [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.fnek.fr/services-a-letudiant/formations/parcours-thematiques-fnek/parcours-international/equivalence-et-differences-entre-les-pays/>
67. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinesither Rev* 2015; 15(157): 39–44.
68. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc.* avr 1998;28(2):151-5.
69. Bourgeois M-L. La différenciation des sexes et des genres. II – Aspects psychosociaux. Débats et polémiques actuelles. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* juill 2010;168(6):471 7.
70. Tumanishvili GG. Le concept du système universel d'enregistrement du sexe/genre. *Médecine Droit.* juill 2017;2017(145):98-103.
71. Bernard PM. Étude des représentations, des psychiatres, de la transidentité. : p 21.
72. Chiland.C : changer de sexe, aux éditions Odile Jacob 2011, ISBN : 273819933X, 9782738199331.
73. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Sexe et genre. Mieux soigner les femmes et les hommes. *Science et Santé* 2017;(38):24-35.

74. Hanafi N. Les femmes lettrées du siècle des Lumières face à leurs soigneurs : des rapports de pouvoirs, de savoirs et de genre dans la relation thérapeutique. Bull centre Etude Histoire Med 2000 : 21-46.
75. Xenius – inégalités de genre : un monde pensé pour les hommes. ARTE n.d <http://www.arte.tv/fr/videos/092139-023-A/xenuys-inegalites-de-genre-un-monde-pense-pour-les-hommes/> □ consulté le 12 sep, 2021 □.
76. L'intelligence artificielle se mêle de vos décisions et de vos choix. Women Today 2020. <https://womentofay.fr/intelligence-artificielle-se-mêle-de-vos-décisions-et-de-vos-choix/> □ consulté le 30 aou, 2021 □.
77. Schmid Y, Navarini A, Thomas Z-RM, Pflleiderer B, Krähenbühl S, Mueller SM. Sex differences in the pharmacology of itch therapies-a narrative review. Curr Opin Pharmacol 2019;46:122-42.
78. Sexe, genre et santé – Rapport d'analyse prospective 2020. Haute Autorité de Santé n.d. https://www.has-santé.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020 □ consulté le 02 sep, 2021 □.
79. La précarité des femmes sur le marché du travail [Internet]. Observatoire des inégalités. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.inegalites.fr/La-precarite-des-femmes-sur-le-marche-du-travail>
80. Filles et garçons sur le chemin de l'égalité, de l'école à l'enseignement supérieur, édition 2019 [Internet]. Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 14 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/filles-et-garcons-sur-le-chemin-de-l-egalite-de-l-ecole-l-enseignement-superieur-edition-2019-11861>
81. Rosa EL. Santé, précarité et exclusion. FeniXX; 1998. 193 p.
82. Lutter contre les inégalités [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/about-us/regional-director/regional-directors-emeritus/dr->

zsuzsanna-jakab,-2010-2019/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020/strategic-objectives/reducing-inequalities

83. Alessandrin A. La transphobie en France : insuffisance du droit et expériences de discrimination. Cah Genre. 4 avr 2016;n° 60(1):193-212.

84. TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE - Décès – Mortalité – Espérance de vie [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/23_DME

85. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

86. L'OMS lève le voile sur les principales causes de mortalité et d'incapacité dans le monde : 2000-2019 [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>

87. Hamel C. Patients transgenres en médecine générale. Bull SNJMG 2019;(25):24-33.

88. Genre et Santé : attention aux clichés ! · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/genre-et-sante-attention-cliches/>

89. Accueil [Internet]. FFC. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://fedecardio.org/>

90. Endométriose et urologie - EM consulte [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1054781/endometriose-et-urologie>

91. Masson E. Ostéoporose [Internet]. EM-Consulte. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/2956/osteoporose>

92. Les médicaments de l'ostéoporose [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1751307/fr/les-medicaments-de-l-osteoporose
93. Biver E, Uebelhart B. Ostéoporose chez l'homme. Rev Méd Suisse 2013;9:1260-4.
94. Danet S, Olier L. La santé des femmes en France. Paris: la Documentation française; 2009. (Collection Études et statistiques).
95. Papanikola G, Borcan D, Sanida E, Escard E. Santé mentale au féminin : entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psycho- sociaux ? Rev Méd Suisse 2015;11:1750-4.
96. Desvigne N. L'hormone de croissance : un dopant ? Is Growth Hormone really doping? 2005;9.
97. Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique | Cairn.info [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-3-page-247.htm>
98. Francequin G. Cancer du sein : Une féminité à reconstruire [Internet]. Érès; 2012 [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/cancer-du-sein-une-feminite-a-reconstruire--9782749234229.htm>
99. La vie cinq ans après un diagnostic de cancer. :362.
100. Juliette P. D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE D.E.S MEDECINE GENERALE. :125.
101. Les causes de mortalité chez la femme, entre cœur et cancer [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-487/les-causes-de-mortalite-chez-la-femme-entre-caeur-et-cancer>

102. Masson E. Épidémiologie des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires [Internet]. EM-Consulte. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/705486/epidemiologie-des-facteurs-de-risque-de-maladies-cardio-vasculaire>
103. Antakly-Hanon Y, Bachelot A, Baguet J-P, Bequet L. GROUPE DE TRAVAIL Claire MOUNIER-VÉHIER (Cardiologue, Médecin vasculaire) Coordination du groupe, Theodora BEJAN-ANGOULVANT (Cardiologue, Pharmacologue), Jean-Marc BOIVIN (Médecin Généraliste), Jacques AMAR (Cardiologue, Thérapeute), Pierre LANTELME (Cardiologue), Jacques BLACHER (Cardiologue, Thérapeute), Laurence AMAR (Endocrinologue, Médecin Vasculaire), Geneviève PLU-BUREAU (Gynécologue). 2018;12.
104. Aïach P, Cresson G, Cèbe D, Philippe C. Femmes et hommes dans le champ de la santé. 2019.
105. Charlap C. La fabrique de la ménopause: genre, apprentissage et trajectoires. :471.
106. Steeves V. “Pretty and just a little bit sexy, I guess”: publicity, privacy, and the pressure to perform “appropriate” femininity on social media. Dans: Bailey J, Steeves V, ed. eGirl, eCitizens: putting technology, theory and policy into dialogue with girls’ and young women’s voices. Ottawa: University of Ottawa Press; 2015. p. 153-73.
107. Curtin N, Ward LM, Merriwether A, Caruthers A. Femininity ideology and sexual health in young women: a focus on sexual knowledge, embodiment, and agency. *Int J Sex Health* 2011;23(1):48-62.
108. Des chiffres – Collectif Intersexes et Allié.e.s-OII France [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://cia-oiifrance.org/2019/05/01/des-chiffres/>
109. Meidani A, Alessandrin A. Cancers et transidentités : une nouvelle « population à risques » ? *Sci Soc Santé* 2017;35(1):41-63.
110. Scime S. Inégalités des soins aux personnes transgenres atteintes du cancer : recommandations en faveur de changements. *Can Oncol Nurs J* 2019;29(2):92-6.

111. DGS_Anne.M, DGS_Anne.M. Lutte contre le tabagisme [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme>
112. Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bull Épidémiol Hebd 2018;(14-15):265-73.
113. Zoom - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/zoom/zoom_Art1-Fig1.html
114. Richard J-B. LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES ADULTES EN FRANCE EN 2017 / ALCOHOL CONSUMPTION IN ADULTS IN FRANCE IN 2017. :9.
115. BECK F., SPILKA S., NGUYEN-THANH V., GAUTIER A., LE NÉZET O., RICHARD J.-B. et GROUPE BAROMÈTRE SANTÉ «Cannabis : usages actuels en population adulte. Résultats de l'enquête Baromètre santé 2016 », Tendances, OFDT, n° 119, 2017, 4 p.
116. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Geneva ; 2004. 1-23 p.
117. Masson E. P266 Lien entre précarité sociale et obésité [Internet]. EM-Consulte. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/705941/p266-lien-entre-precarite-sociale-et-obesite>
118. Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-corpulence>
119. Bourgeois M-L. La différenciation des sexes et des genres. II – Aspects psychosociaux. Débats et polémiques actuelles. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. juill 2010;168(6):471-7.

120. Toucher | Cairn.info [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-320.htm>
121. Grousset S. Définition et concepts liés au toucher dans les soins. 2020;2.
122. Apprendre le toucher Du toucher à la perception par Arnaud Choplin Juin 2011 [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: http://www.cfdrm.fr/These_Apprendre-le-toucher-Du-toucher-a-la-perception-par-Arnaud-Choplin-Juin-2011.htm
123. Ks - LA REEDUCATION DES PERSONNES AMPUTEES [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ks-mag.com/article/7618-la-reeducation-des-personnes-amputees>
124. JEANLOUISE STRADE. Pourquoi toucher les patients ? [Internet]. 2019 [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://kinotes.fr/2019/08/19/le-toucher-en-therapie-manuelle-quel-est-son-role-en-fait/>
125. Relations thérapeutiques, relations intimes, relations non consenties. [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/publication/rerelations-therapeutiques-rerelations-intimes-rerelations-non-consenties/>
126. Mattray B. La présence et le respect, éthique du soin et de l'accompagnement. Edition Desclée de Brouwer. Juin 2004.
127. HALL ET. Le langage silencieux. Seuil. 1984.
128. Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi [1] | Cairn.info [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2008-2-page-106.htm>
129. Masson E. Corps du patient : les dimensions du corps dans le soin. Le corps est au centre du soin en rééducation et kinésithérapie, mais quel corps soignons-nous ? [Internet]. EM-Consulte. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1199447/corps-du-patient-les-dimensions-du-corps-dans-le-soin>

130. Dumont M. L'intimité à l'épreuve du soin [Internet]. Érès; 2019 [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-intimite-menacee--9782749262567-page-95.htm>
131. Boudrahem S, Morel-Lab V. Conduite éthique de la relation en masso-kinésithérapie dans le respect du droit. *Kinésithérapie Rev.* févr 2021;21(230):51-7.
132. Nadine. Appréhender le toucher : vers une éthique du soin ? Analyse des représentations par profession sur un territoire de santé – Un temps pour ressentir [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.nadineloncar.com/2018/03/27/apprehender-le-toucher-vers-une-ethique-du-soin-analyse-des-representations-par-profession-sur-un-territoire-de-sante/>
133. Masson E. De l'intimité à l'intime [Internet]. EM-Consulte. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/251649/de-lintimite-a-lintime>
134. Colcanap B. Corps et intimité dans la relation de soin, point de vue d'un masseur-kinésithérapeute. *Kinésithérapie Rev.* juin 2007;7(66):21-3.
135. R. 4321-116 Secret professionnel > Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://deontologie.ordremk.fr/exercice-de-la-profession/regles-communes-a-tous-les-modes-d-exercice/r-4321-116-secret-professionnel/>
136. Masson E. Respect de l'intimité du patient [Internet]. EM-Consulte. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1380994/respect-de-l-intimite-du-patient>
137. Vulnérabilité | Cairn.info [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-304.htm>
138. Schumacher BN. Le corps vulnérable, révélation de l'éthique de la dépendance [Internet]. Érès; 2019 [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-ethique-de-la-dependance-face-au-corps--9782749263458-page-275.htm>
139. Winckler M. Les brutes en blanc. France : Flammarion; 2016. 353 p.

140. Didierjean-Jouveau C-S. Endométriose. 1001 Bebes. 2018;62-3.
141. Winckler M. Les brutes en blanc. France : Flammarion; 2016. 210 p.
142. HCE. rapport EGATER. juin 2014.p.40.
143. Khemilat F. Le corps des femmes : une assignation à (par)être. Cah Dev Soc Urbain. 2018;68(2):34-6.
144. L'allaitement dans l'espace public: un droit méconnu qui pèse sur les femmes | Mouvement allaitement du Québec (MAQ) [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://mouvementallaitement.org/allaitement-espace-public-droit-meconnu/>
145. Zolla É. Introduction. Guid Sante Soc. 2017;1-4.
146. Remondière R, Durafourg M-P. Regards sur la kinésithérapie en 2018. Sante Publique (Bucur). 2018;30(6):869-76.
147. Colangeli-Hagege H. D4 – Rééducation périnéale, aspects éthiques. Kinésithérapie Rev. 1 févr 2016;16(170):44.
148. Blanc, B., Siproudhis, L., 2005. Pelvi-périnéologie. Springer Science & Business Media.
149. Masson E. Intérêt de l'éducation périnéale en rééducation périnéale chez la femme [Internet]. EM-Consulte. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1349894/interet-de-l-education-perineale-en-reeducation-perineale>
150. Masson E. Rééducation périnéale de la femme [Internet]. EM-Consulte. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1073139/reeducation-perineale-de-la-femme>
151. Masson E. Guide pratique de la rééducation périnéale [Internet]. EM-Consulte. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/3273/guide-pratique-de-la-reeducation-perineale>

152. Colangeli-Hagège H. H. Colangeli-Hagège. Pudeur, dignité et rééducation périnéale. Centre de soins du Marais. Paris. Dec.2013. :7.
153. Gruat F. Dignité [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-156.htm>
154. Fiat É. MODESTY AND INTIMACY. Gerontol Soc. 2007;30122(3):23-40.
155. SELZ M., 2003, La pudeur, un lieu de liberté, Paris : Buchet/Chastel.
156. Institut national du cancer. (2021a). Définition mastectomie. e-cancer. Consulté 24 juin 2021, à l'adresse <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/M/mastectomie>.
157. Pourquoi la rééducation après un cancer du sein ? [Internet]. Institut de kinésithérapie. 2020 [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.institut-kinesitherapie.paris/actualites/pourquoi-faire-de-la-reeducation-apres-un-cancer-du-sein/>
158. Hecquet, M. (2018). Après le cancer : Reconnaître la détresse émotionnelle et l'anxiété pour avancer. Le Journal des psychologues, 353, 62-66. In.
159. Le Breton D. La pudeur à l'hôpital et dans les soins. Soins. déc 2018;63(831):32-5.
160. 25 novembre : Journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes | La préfecture et les services de l'État en région Bretagne [Internet]. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/bretagne/Actualites/25-novembre-Journee-internationale-de-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes>
161. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple

162. Une femme sur trois dans le monde est victime de violence physique ou sexuelle [Internet]. ONU Info. 2021 [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://news.un.org/fr/story/2021/03/1091282>
163. CUVILLIER B. Violences, sous le prisme des violences sexistes et sexuelles. CIFEPK. 2022.
164. Deswarte E. Les représentations sociales [Internet]. Psychologie-sociale. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.psychologie-sociale.net/images/football.jpg>
165. Les représentations sociales [Internet]. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130537656.htm>
166. Jeoffrion C. Resumo. Cah Int Psychol Soc. 2009;82(2):73-115.
167. Deswarte E. Stéréotypes de genre [Internet]. Psychologie-sociale. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <http://www.psychologie-sociale.net/images/football.jpg>
168. Larousse É. Définitions : gêne - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/g%C3%AAn/36502>
169. Winckler M. Les brutes en blanc. France : Flammarion; 2016.
170. Daver C. Le refus de soins : une information spécifiquement adaptée par les praticiens. *Hegel*. 2014;2(2):202-7.

Résumé :

En tant que future professionnelle de santé et femme, j'ai souhaité travailler sur l'élaboration d'un protocole de prise en charge des femmes dans le soin afin de lutter contre les risques ou dérives que peuvent générer une relation de soin. Lors de mes différents stages professionnels, j'ai été interpellée par des prises en charge parfois agressives voire exceptionnellement brutales. Particulièrement surprise, peut-être même choquée, il me fallait comprendre l'origine de ces écarts et tenter d'y trouver une explication. Les femmes sont principalement concernées par ces violences en raison de leur vulnérabilité et le nombre important de consultations médicales durant leur vie. Dix bases de données ont été interrogées avec les termes « femme », « kinésithérapie » et « soin » afin d'illustrer, de structurer et de mieux répondre à mon propos. À cette recherche s'ajoute la lecture du livre de Martin Winckler « les brutes en blanc » qui m'a permis d'établir l'importance de créer une véritable et indispensable relation de confiance soignant-soignée, d'obtenir le consentement de la patiente lors de la réalisation de soins et de respecter son intimité physique et psychique. Certaines situations encourent plus de risques que d'autres, les repérer est primordial pour prévenir et empêcher les conséquences que celles-ci peuvent encourir.

Mots-clés : Femme, relation de soin, masso-kinésithérapie, éthique

Abstract :

As a future health professional and a woman, I wanted to work on the development of a protocol for dealing with women in care in order to fight the risks or abuses that can be generated in a care relationship. During my different internship, I was challenged by sometimes aggressive or even exceptionally brutal treatment. Particularly surprised, perhaps even shocked, I had to understand the origin of these deviations and try to find an explanation. Women are mainly concerned by this violence because of their vulnerability and the large number of medical consultations during their lives. Ten databases were searched with the terms "woman", "physiotherapy" and "care" in order to illustrate, structure and better answer my point. In addition to this research, I read Martin Winckler's book "les brutes en blanc" which allowed me to establish the importance of creating a true and indispensable relationship of trust between the caregiver and the patient, to obtain the patient's consent when carrying out care and to respect her physical and psychic intimacy. Some situations are more risky than others, and it is essential to identify them in order to prevent and avoid the consequences that they may entail.

Keywords : Women, care relationship, physiotherapy, ethics