

INTRODUCTION

En ces temps de libéralisme mercantile où le corps dénudé d'hommes et de femmes est devenu l'objet d'un culte d'images et où la nudité des parties sexuelles est exacerbée, il peut apparaître d'emblée assez surprenant d'écrire un énième article sur la nudité et le corps.

En effet, sur les réseaux sociaux ne cessent de pulluler des stories dénudées, vulgarisées, banalisées et dénaturées de tout sens...

Comme pour la prise en charge de la douleur il y a 30 ans, l'atteinte de la santé sexuelle ne doit plus être le prix à payer du silence et de l'évitement. Au contraire, l'information et la prise en charge des troubles de la santé (sexuelle ou non) et l'amélioration de la qualité de vie font partie des obligations déontologiques, médico-légales et éthiques (Vican 2).

Pour les personnes en proie aux démons de la nudité, il y a donc une quadruple peine, problématiques corporelles, monde du silence, isolement psychosocial et isolement affectif.

Il y a une sous-évaluation de ces difficultés car nous sommes face à une sous-expression.

E.Hirsch dit « le matériel sexologique, si on ne va pas le chercher, ne se dévoile pas spontanément ». Est-ce une utopie ou un devoir que de dévoiler cela ? Droit des patients, devoir des soignants ?

Le patient est expert dans sa problématique, le soignant dans les solutions d'adaptation.

Notre angle de vue a été mené en considérant l'angle de la représentation mentale de soi et de la représentation des corps comme un élément déterminant du vécu sexuel pour les patient(e)s.

Il y a une perte non acceptable pour le patient en termes de qualité et de quantité de vie. La santé sexuelle est le marqueur de la santé globale (Lindau, 2010).

Le corps est silencieux, la plupart du temps. Mais, si on apprend à l'écouter, il peut se révéler bruyant.

Fidèle compagnon de route, c'est un être en général timide. Mais quand il parle, sa voix fait autorité sur tout notre être. Apprendre à mieux connaître son corps, c'est apprendre à mieux se connaître. Apprendre à l'écouter, c'est apprendre à mieux communiquer.

Comment dès lors, aimer sa nudité, aimer son corps et ses cicatrices de la Vie ?

I- CORPOREITE OU LANGAGE DES CORPS

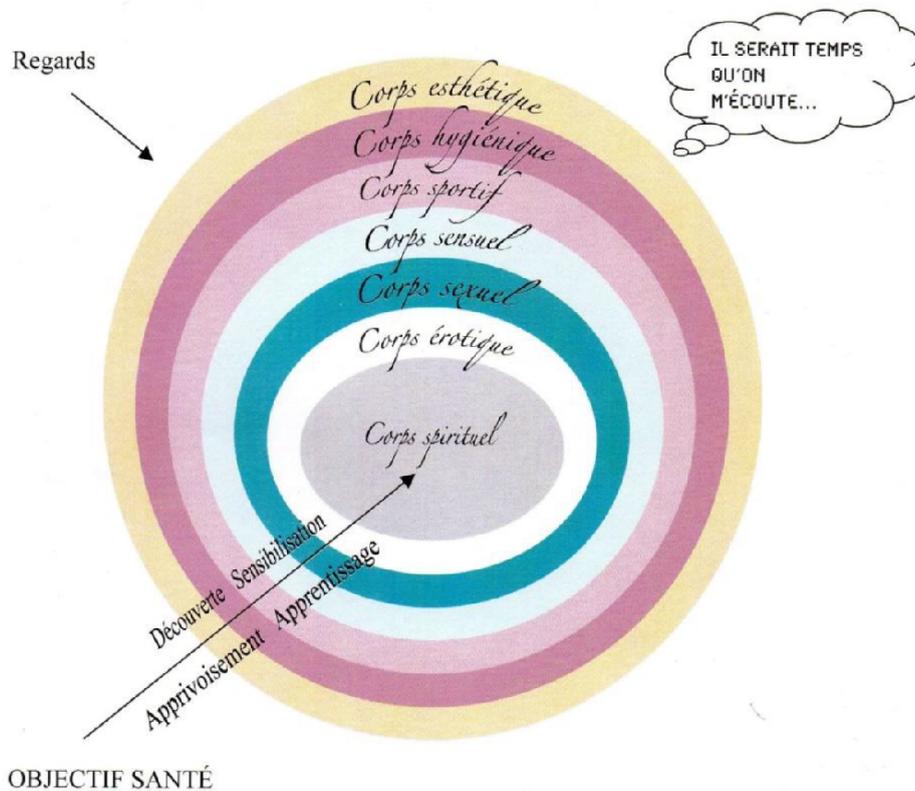
En quoi une mauvaise image du corps pourrait être un facteur d'inhibition à l'origine de dysfonctions sexuelles ?

Les problèmes psychosociaux significatifs de l'estime de soi négative et des changements de personnalité associés à un changement perçu de l'image corporelle vont impacter la santé sexuelle.

Nous supposons qu'il faut un corps qui nous parle pour le faire parler pour soi d'abord et aussi vers et pour l'autre.

Parfois, le corps parle pour dire ce qu'on n'ose pas dire, le corps qui exprime les maux, les maux pour les mots. Il est donc toujours intéressant de pouvoir donner la parole au corps afin de toujours mieux décoder les langages cachés du corps et de l'esprit.

Parfois le corps est parlant, parfois il est silencieux. Quelle lecture corporelle pouvons-nous faire ? Nous souhaitons éclairer tous les humains à la même étincelle. Transmuer les mots en chair et la chair en mots.



Le schéma, issu du travail de Xavier Poudat et Noëlla Jarousse, est une succession de cinq cercles concentriques. Nous avons trouvé ce schéma simple et didactique (Melchior-Maren, 2008).

Le schéma met en relief que le corps, trop souvent oublié, peut refléter la vie intérieure d'une personne.

Notre santé passe par la santé de tous nos corps, nos corps esthétique, hygiénique, sportif, sensuel (approche du monde par les 5 sens), sexuel, érotique (corps qui vit et qui est engagé dans la relation avec autrui) et spirituel.

Il y a autant de nudités que de corps.

Les maux du corps peuvent être de trois types, psycho-somatiques, psychotraumatiques et pathologiques. En 1893, Bonnier émet l'hypothèse qu'il existe un schéma corporel, sous la forme d'une représentation spatiale du corps. Les termes d'« image spatiale du corps » ou de « modèle postural du corps » seront ensuite utilisés au début du 20ème siècle par des chercheurs (Pick 1915 et Head 1920). Cette terminologie se réfère donc essentiellement aux réalités et limites de notre corps charnel. Dans cette notion de schéma corporel, nous pouvons inclure aussi la notion d'image du corps et de schéma postural (le corps tel qu'il nous apparaît). C'est un processus dynamique en constante évolution, en interaction avec le monde. En effet, le monde change notre interaction à notre propre corps, il y a une construction de l'image du corps à partir d'expériences de plaisir/déplaisir, frustration

etc..., et de circonstances où l'émotion, l'affect, le désir, le plaisir et la douleur jouent un rôle essentiel.

Les expériences corporelles se font dans la triade « se toucher, toucher, être touché ».

L'environnement module notre image du corps. La perception de notre corps que les autres nous renvoient, la relation à l'autre et les expériences qui s'y rattachent, la modulent aussi.

Le corps se construit dans l'échange et la perception.

« Le visible de la féminité est en fait un voile mis sur le creux informe, insaisissable, irréprésentable du sexe féminin, sur son inquiétante ouverture, sur ses débordements de liquidités, sur le sang qui s'en échappe », (Schaeffer, 2015).

Le 20ème siècle ouvre, avec Freud et l'avènement de la psychanalyse, une nouvelle dimension : le corps fantasmé, représentation mentale de ce corps sensible. Schilder, Lacan, Dolto, Anzieu, Winnicott et bien d'autres prendront en compte cette notion de corps fantasmé.

Le corps est parfois une image idéalisée, symbole du culte de l'apparence. La femme et l'homme croient dépendre de leur corps pour réussir leur vie (Mary Del Priore, 2017).

La société véhicule certains idéaux esthétiques contemporains où la croyance que le succès et le bonheur relèvent de l'acquisition d'un corps modelé selon des critères de beauté culturellement institués.

En témoigne le nombre croissant de coach(e)s sportifs sur les réseaux sociaux. Tout comme la bronzette du périnée qui se trouve mise en avant comme une nouvelle tendance bien être des instagrammeuses, popularisée par l'influenceuse américaine Meagan Whitson. C'est la tendance du « perineum sunning ». Tout comme aussi le bronzage des testicules qui permettrait de booster la testostérone !!

Or, comment garder une estime de soi quand son corps n'obéit plus aux diktats de la société. Quand on a tout misé sur celui-ci pour remplir ses failles narcissiques ? Comme le signale Mary Del Priore, l'histoire des femmes passe par l'histoire de leur corps. Le sexe féminin est-il un beau sexe ou un sexe fragile ? Que deviennent la femme et l'homme face à ce corps fragilisé par les épreuves de vie ?

C'est la Nudité Performative versus la Nudité Humaine et Fragile.

Pourquoi s'occuper de notre corps va renforcer notre image du corps et notre estime de soi ?

II- LA NUDITE ET SON IMPACT SUR L'ESTIME DE SOI ET L'INTIMITE SEXUELLE

L'image de soi va de pair avec l'image du corps.

Une mauvaise image de soi peut entraîner une mauvaise relation à soi et par conséquent une mauvaise relation à l'autre.

Or, le désir est ce qui nous pousse à avoir une relation à soi et à l'autre.

La construction d'une image de soi positive et d'un sentiment d'identité solide est indispensable à la réalisation du désir (Colson, 2017).

Comment l'humain construit la perception qu'il a de lui-même entre le psychique et le corporel. Cette articulation entre corps et esprit est une question intemporelle.

Qui précède qui ? Qui gouverne quoi ? Comment aménager une cohabitation entre réalités corporelles, source de plaisir comme de douleur et les réalités psychiques, elles aussi si ambiguës ? Les liens entre corps et esprit étaient déjà décrits chez Hérodote (484/425) « quand le corps est gravement dérangé, il n'est pas surprenant que l'esprit le soit aussi »

En effet, l'estime de son corps influence l'influence de soi ainsi que notre désir.

Il y a une relation significative entre satisfaction de son corps et satisfaction sexuelle.

Quand le vécu sur le corps comporte dégradation de l'image du corps, insatisfaction de son corps, image du corps et image de soi abimées, conscience et perception corporelle difficilement acquises, rapport à soi et à l'autre compliqué, cela va impacter le vécu sur la sexualité avec diminution: désir, pensées sexuelles, plaisir, fréquence des rapports sexuels, perte de masculinité/ féminité...

III- LES NUDITES MULTIPLES POUR UN CORPS UNIQUE

Nous avons la Nudité crue pornographique silhouette culte de l'apparence, la Nudité suggérée, dévoilée, sensuelle, érotique, la Nudité plaisir. La Nudité fusionnelle a été mise en mots par Marguerite Duras.

« Je ne pouvais plus entrevoir la moindre différence entre son corps et le mien.

Je ne pouvais plus voir entre son corps et le mien qu'une similitude hurlante.

Son corps était devenu le mien, je n'arrivais plus à l'en discerner.

J'étais devenue la négation vivante de la raison.

Et toutes les raisons qu'on aurait pu opposer à ce manque de raison, je les aurai balayées, et comment, comme châteaux de carte, et comme, justement, des raisons purement imaginaires.

Que ceux qui n'ont jamais connu d'être ainsi dépossédés d'eux-mêmes me jettent la première pierre. Je n'avais plus de patrie que l'amour même. »

On peut parler également de Nudité émotionnelle ou clivée.

La Nudité post accouchement, en effet après un accouchement, les patientes ont une faible image corporelle (Pauls, 2008), une baisse de l'estime de soi et de la qualité de vie (Saldana, 2017). Une étude montre qu'il y a une difficulté à la reprise du désir pour une patiente ayant une incontinence anale post-accouchement au-delà de 12 mois (Leader-Cramer, 2016). L'accouchement vaginal avec épisiotomie n'augmente pas le risque d'incontinence urinaire et anale mais diminue les rapports sexuels, le désir, l'excitation et l'orgasme pendant 5 ans après l'accouchement (Doğan, 2017). Une autre étude fait état d'un taux activité sexuelle identique mais une fonction sexuelle plus faible (Pauls, 2015).

Le rapport au corps sur un modèle de souci de l'apparence physique aggrave la perte d'image corporelle (Caremél, 2012).

L'association de l'incontinence urinaire et de l'incontinence anale a un impact plus important que n'importe quelle condition seule en post partum à 6 mois (Handa, 2007).

La Nudité traumatique concerne les violences sexuelles, les chirurgies, les traumatismes accidentels, les violences transgénérationnelles inconscientes, etc... Le corps peut alors se fermer vaginisme (« 9 portes » Apollinaire). Nous retrouvons une sensation de perte de féminité et une dégradation de l'image du corps.

D'autres nudités apparaissent telles la Nudité enfantine, sans pudeur, la Nudité incestuelle, sans limites, la Nudité sportive, dans les vestiaires et douches, la Nudité dans les prisons, la Nudité féminine, masculine, transgenre.

Et si la Nudité secrète et privée peut se parer de pudeur. Quand le désir de voile vient s'opposer à la tyrannie du désir de voir, le sien comme celui de l'autre, un autre chemin paraît possible, celui de la pudeur de la nudité.

Quand la Nudité est soumise à des vulnérabilités primaires ou constitutionnelles, affectives et psychologiques, il peut y avoir un impact sur l'estime de soi et donc sur la manière de vivre sa nudité puis son intimité et sa sexualité.

Il y a une relation significative entre types d'attachement dysfonctionnels et symptomatologie sexuelle. Nous avons des troubles de l'attachement : avec peur d'abandon et relation de dépendance avec attitude d'évitement (Brassard, 2013), des syndromes anxieux (Kaplan 1975, Granot, 2011), des troubles de la construction de l'image de soi et du sentiment d'identité (Brennan, 1997) entraînant des dysfonctions d'intimité et de séduction (Colson, 2008, Ciocca, 2015), des tabous et cognitions négatives (Hautekeete, 1997), des représentations menaçantes de la masculinité (Colson, 2014), des abus sexuels et des violences (Sawers and Durlaks, 1995).

IV- LA NUDITE DOULOUREUSE OU NON CONSCIENTE

La nudité devient parfois une arme pour se faire mal ou faire mal à l'autre, ou les maux psycho-somatiques.

Parfois, certaines mauvaises images de soi s'accompagnent de souffrances et de douleurs somatiques. La douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles ou décrites en des termes évoquant de telles lésions », (Radat, 2014). Quel est le but de cette souffrance ? Quel est le sens derrière « vivre à travers la douleur » ? La douleur peut être nécessaire parfois comme limite structurante psychologique. La douleur peut être, à ce moment-là, un point d'ancrage, une manière de rester malgré tout en contact avec soi. Anzieu dit qu'« une enveloppe réelle de souffrance est une tentative de restituer la fonction de peau contenant, je souffre donc je suis (Anzieu, 1985). La douleur peut donc être une fonction d'équilibre psychique de la patiente.

Mais cette douleur peut perturber l'image de son corps. L'alliance corps/esprit est indispensable pour toutes les étapes de la réponse sexuelle, il faut pour cela une bonne connaissance anatomique et physiologique de son propre corps.

Nous parlons du corps douloureux, avec effraction du corps et ambivalence face au corps. Ces phénomènes induisent un renfermement du sujet en limitant ses interactions à soi et aux autres. Dans cette image du corps, nous parlons précédemment de cette notion de prise de conscience et de perception. Le dictionnaire, le nouveau petit Larousse 2009, donne cette définition de la conscience : « c'est la faculté qu'a l'homme de connaître sa propre réalité et de la juger ». En psychologie, selon Goblot, « avoir conscience c'est sentir que l'on sent et prendre conscience c'est devenir conscient ». En philosophie, c'est « l'acte ou l'état dans lequel le sujet se connaît en tant que tel et se distingue de l'objet qu'il connaît. C'est une connaissance immédiate, spontanée, intuitive et plus ou moins vague. Prendre conscience c'est réaliser, s'apercevoir, connaître ». La perception, quant à elle, correspond d'une manière générale au traitement de l'information sensorielle (la sensation) par le cerveau. Elle se définit par l'acte qui permet de capter des informations soit sur le monde extérieur soit sur le monde intérieur, le corps. C'est l'intégration sensitivo-sensorielle dans un cadre dynamique du mouvement en interaction avec son environnement.

Il n'est pas rare de constater lors de l'examen clinique des patient(e)s une non-conscience du périnée. On peut parler d'insensibilité, d'immobilité et d'imperceptibilité. Un travail de proprioception peut s'avérer utile pour amener une conscience représentative par un processus de reconnaissance et d'intégration. Il s'agit de rendre cohérente l'image du corps, d'utiliser les sensations pour affiner la commande motrice. Il y a une coopération en interaction constante entre la commande sensorielle et la commande motrice.

C'est une approche d'éducation somatique, de conscience du corps. Le point de départ étant la référence anatomique, nous chercherons ensuite à développer la conscience que l'on en a. La prise de conscience périnéale est une question d'éducation, il s'agit d'apprendre à érotiser son vagin ou son pénis, tout comme les autres parties de son corps. Simone de Beauvoir dit, dans le 2ème sexe en 1949, « on ne naît pas femme, on le devient ». Elle dit également « la sexualité c'est le corps vécu par le sujet ».

En conclusion, quand le corps sexuel et sexué impose ses pertes, on peut dire qu'il met en danger la construction identitaire sexuelle et affecte le sens singulier de la sexualité à vivre. Le corps handicapé garde, cependant, des ressources et des résiliences pour servir ce sens et le partager dans le contact à soi et à l'autre.

V- QUAND LA NUDITE SE TROUVE MEURTRIE

L'accompagnement du couple s'avère être un facteur de résilience par excellence. La ligne de force qui se dégage est la prise en compte du partenaire, la confiance conjugale étant un net facteur d'adaptation au changement.

Ce qui distingue une relation satisfaisante d'une relation non satisfaisante, ce n'est pas tant la nature des difficultés à dépasser, mais bien les stratégies et les habiletés employées pour les résoudre (Hahlweg, 1988).

De plus, une étude de relance montre que ces effets d'entraînement à la communication demeurent statistiquement significatifs 11 ans après (Hahlweg, 2010).

En tant que soignant, nous pouvons aider ces patient(e)s souffrant de difficultés dans leurs nudités à constituer de nouveaux repères pour favoriser un sentiment identitaire sécurisé et à développer des mécanismes d'acceptation des changements de vie et de vécu.

Sur le plan corporel et somatique, il s'agit de mettre en place la rééducation périnéale.

Sur le plan du confort psycho-émotionnel, il s'agit de développer les qualités d'écoute, de partage et de dialogue avec des explications, des conseils et des informations, permettant l'évolution des représentations corporelles. Mettre des mots sur ce qu'on l'on sent, ce que l'on ressent.

La parole est libératrice, elle permet la réassurance, la confiance en soi et l'apaisement dans la relation à soi-même et dans la relation à l'autre. Une étude montre que l'intérêt sexuel et la satisfaction sont liés à l'expressivité émotionnelle, à l'estime de soi, aux sentiments de dépression et de solitude ainsi qu'à la fonction cognitive (Ratner, 2011).

L'immobilité périnéale peut être corrélée à l'immobilité psychique.

Il faut pouvoir emprunter d'autres chemins de vie, accepter de vivre une autre sexualité, différente de celle d'avant.

Charles Darwin disait, au XIX^{ème} siècle, « ce n'est pas le plus fort de l'espèce qui survit, ni le plus intelligent, mais c'est celui qui sait le mieux s'adapter au changement ».

Informer, repérer, prévenir, anticiper, évaluer, oser investiguer, organiser, conseiller, rassurer, accompagner, c'est aussi mettre des mots sur les maux. Informer, autorise la parole, déculpabilise et agit sur les trois degrés de prévention, primaire en évitant la survenue des dysfonctions sexuelles, secondaire en empêchant l'aggravation des dysfonctions sexuelles et, enfin, tertiaire, pour éviter la rechute. Cette information « incombe à tout professionnel de santé », (Kouchner, loi du 4 mars 2002)

VI- LA NUDITE, INCONTINENCE ET PERSONNES ÂGÉES

Lorsque l'incontinence de l'adulte n'a pas pu être prise en compte et traitée, elle évolue vers l'incontinence de la personne âgée. L'âge entraîne par ailleurs des altérations spécifiques de la fonction périnéale et de l'autonomie motrice : la sensation de besoin s'émousse, se lever du fauteuil ou du lit pour arriver à temps aux toilettes devient plus aléatoire. Des fuites sur le chemin des toilettes peuvent apparaître sans que la personne soit totalement incapable de tout contrôle sphinctérien.

A l'occasion d'un problème de santé aigu, une maladie, une chute, une fracture, la personne âgée sera hospitalisée, désorientée, traumatisée, parfois immobilisée. La perte d'autonomie transitoire peut faire perdre à la personne âgée ses repères, ses réflexes, ses capacités à contrôler ses sphincters.

Placer une protection de façon systématique peut faire perdre définitivement à une personne âgée toute possibilité de rester continent. Les personnes aujourd'hui âgées ont vécu le plus souvent avec un sentiment de pudeur très fort. La zone génitale peut alors être vécue pour eux comme la partie honteuse du corps. Les protections proposées – ou parfois imposées – aux personnes âgées semblent promettre la sécurité, la mise à l'abri du danger de fuites, de pertes involontaires. Le mot protection vient du latin *protegere* qui désigne l'action de protéger, de défendre. Pourtant, la protection, souvent appelée « change complet » et assimilée aux couches pour bébés, est plus souvent matérialisation de la déchéance, symbole d'incontinence et de sénilité, que protection pour la dignité de la personne. Les toilettes intimes nécessaires lors de chaque change seront d'autant plus mal supportées que la personne sera pudique : elle a honte d'être vue nue, elle a honte d'être vue sale.

A la maison ou en institution, il est possible de proposer d'accompagner la personne aux toilettes à heures fixes, avant que le besoin soit irrépensible. La nuit il est possible de proposer le bassin ou d'accompagner aux toilettes, ou même de pratiquer un sondage évacuateur. Certaines équipes hospitalières mettent en place une prise en charge spécifique, avec un personnel formé et en nombre suffisant pour assurer la régularité des mictions, qu'il s'agisse de mictions volontaires ou de sondages. La protection de jour ou de nuit garde ses indications et peut permettre de maintenir la dignité d'une personne dont les fonctions intellectuelles sont trop altérées pour qu'elle puisse coopérer à sa continence. Lorsqu'une personne a perdu la conscience de ce qui est propre et sale, c'est bien la protéger que de l'équiper de protections. Les contacts avec les proches, lors des visites, avec le personnel soignant ou les autres personnes malades, montrent une personne qui n'a pas perdu toute dignité. Les protections préservent alors une pudeur dont la personne n'a plus conscience mais dont elle a toujours besoin pour conserver sa dignité humaine. De la même façon, la toilette et les soins accordés aux morts, la sépulture, témoignent de leur inscription dans la communauté humaine et protègent leur dignité même après qu'ils ne soient plus.

VII- LA NUDITE POSITIVE

Emmanuel Dongala « l'érotisme c'est quand l'imagination fait l'amour avec le corps »

Cette vision positive et humaniste du plaisir sexuel est réaffirmée dans la dernière déclaration des droits sexuels publiés par la WAS en 2014 : « ...reconnait que la sexualité est une source de plaisir et de bien-être, et qu'elle contribue à l'épanouissement global et à la satisfaction de l'être humain. » L'idée que le plaisir sexuel, quand il est vécu dans la sécurité et dans le respect de l'autre, est sain et contribue à l'épanouissement de la personne est en soi une première clé fondamentale de la santé sexuelle.

Vision « positive de la sexualité » et « perspectives d'harmonisation et de plaisir partagé » en ouvrant la possibilité de changements, sont les principes essentiels de notre accompagnement des personnes et des couples en difficulté.

La prise en charge du partenaire et du couple se doit d'être systématique dans le programme de réhabilitation afin de les accompagner dans l'adaptation de leurs scripts sexuels.

La santé corporelle et sexuelle est la santé de Demain, d'autant qu'elle est une priorité de santé publique, une santé porteuse d'une vision humaniste.

VIII- REEDUCATION D'UNE PARTIE DU CORPS TOUCHANT A LA NUDITE

Les questions de pudeur et de dignité sont au centre de la rééducation périnéale.

Les troubles de la fonction périnéale sont source de honte, de sentiment d'indignité. Le patient peut avoir des difficultés à exprimer sa plainte, sa demande de soins. Quand le processus de soin est amorcé, la pudeur et la dignité sont de puissants facteurs de motivation, d'adhésion.

Pour le praticien, les questions de pudeur et de dignité de leur patient auront un impact direct sur le choix des techniques qui seront parfois écartées faute de savoir comment les adapter. Certains rééducateurs sont tentés de limiter le recours aux techniques manuelles ou même d'y renoncer parce qu'ils les présupposent mal vécues. D'autres au contraire perçoivent les techniques instrumentales comme une instrumentalisation du sujet et se limitent aux techniques manuelles.

Or la raison d'être de cette rééducation est son utilité, son efficacité sur des symptômes toujours très pénibles à vivre. La rééducation périnéale est nécessaire. Cette utilité, cette efficacité, sont liées aux techniques utilisées, qui sont irrégulièrement mises en œuvre par les rééducateurs.

Le questionnement éthique nous accompagne et nous permet de découvrir les ajustements qui nous permettent de transposer nos techniques à la région périnéale tout en respectant la pudeur de nos patients. La rééducation ne peut donc pas être un processus normatif standardisé mais se propose de guider le sujet dans cette rencontre avec une fonction restaurée.

Les moyens mis en œuvre pour restaurer les capacités fonctionnelles du sujet sont la mise en mouvement (thérapie du mouvement, thérapie par le mouvement), ces capacités et leurs modifications doivent être perçues, les perceptions sont apportées, précisées, amplifiées par le toucher. Le toucher est le moyen privilégié par lequel le masseur-kinésithérapeute va guider le sujet vers la découverte de ses perceptions, de ses savoir-faire, de ses capacités à progresser.

IX- NUDITE ET LE TOUCHER EN THERAPEUTIQUE

La main est le premier outil de l'homme, la main du praticien est son premier outil, un instrument d'instruments pour Aristote. Le toucher est toujours doublement perçu, par celui qui touche et par celui qui est touché, mettant en jeu les perceptions de deux sujets : il a cette particularité d'être réflexif. La main qui touche est touchée, sans qu'il soit possible de dire qui touche qui.

Le toucher est une rencontre, un échange, un langage.

Il favorise la circulation d'émotions, de toutes sortes d'émotions, et dans la relation thérapeutique il appartient au praticien de poser et de maintenir en place le cadre thérapeutique. Le propre du toucher est de rendre indubitable la réalité de ce qui est touché, son existence, sa localisation, sa forme, mieux encore que par la vue. Le toucher renseigne les autres sens, notamment le sens proprioceptif : la pression, l'étirement, la résistance appliqués par le praticien permettent de préciser l'image corporelle et l'image du mouvement du sujet.

Le périnée appartient à une zone intime, qui ne se voit pas et ne se montre pas. Ni le périnée, ni la gestuelle périnéale ne sont accessibles à la vue. Ce sont les perceptions qui renseigneront donc le sujet, perceptions propres proprioceptives ou contact avec le praticien. En rééducation périnéale, le moyen privilégié de connaître et de faire connaître sera le toucher, au travers des examens cliniques et des techniques manuelles de rééducation, qui sont en continuité les unes avec les autres.

Il existe une distinction entre toucher diagnostique, qui collecte les informations, et toucher thérapeutique, qui délivre l'information. Toucher diagnostique et toucher thérapeutique s'associent pourtant toujours dans ce soin particulier qu'est la rééducation. Nos explications accompagnent les perceptions et permettent au sujet de les interpréter, de leur donner un sens.

Cependant le toucher est toujours une invitation dans l'intimité d'autrui et peut être vécu comme une agression, une intrusion, la menace d'intrusion est inévitablement renforcée lorsqu'il s'agit de toucher endo-cavitaire, et demandera des ajustements des soins et du cadre thérapeutique.

X- INTÉRÊT DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE DANS LE REGARD PORTE SUR SA NUDITE

On peut travailler les images, les défauts de représentations de son corps et les limites du corps pour recentrer la patiente sur soi. Dolto parle de l'image du corps comme une « représentation immanente inconsciente où se source notre désir » (1984).

En tant que kinésithérapeute et sexologue, la rééducation périnéale peut apporter certains bénéfices comme l'amélioration du ressenti de la fonction périnéale et donc du confort périnéal. Être bien avec soi-même pour être bien avec l'autre est un élément clé à la satisfaction sexuelle et conjugale.

La rééducation permet un travail sur le corps avec de la tonification, du renforcement, l'acquisition de meilleures sensations, une amélioration du contrôle de son périnée, une reprise en main de son corps, une visualisation au bio feed back, une amélioration des perceptions corporelles et du plaisir sexuel, plus de facilité au lâcher prise et moins de sensations douloureuses.

Cela renvoie à la définition de kinésithérapie : cette spécialité consiste en l'utilisation de mouvements actifs et passifs dans un but thérapeutique et de rééducation.

Ainsi le mouvement c'est la vie et la vie c'est le mouvement. Kinésithérapie vient de kinesthésie, du grec kinesis signifiant mouvement et aisthesis signifiant sensibilité.

L'efficacité de la rééducation a été plusieurs fois démontrée et n'est plus à faire (Bellon, 1988), (Bartlett, 2015).

XI- FREINS ET LEVIERS SUR LA SANTÉ SEXUELLE ET L'IMAGE CORPORELLE

En effet, en cas de perte de la fonction sexuelle liée aux défaillances du corps, celle-ci peut être alourdie par les représentations des rôles masculins et féminins acquises au prisme de l'influence plus ou moins forte de la culture. Cette part de vie devenue absente...prend alors l'étendue d'un vide existentiel.

Plus le clivage est fort entre le monde des hommes et le monde des femmes, plus faible est l'émancipation personnelle par rapport aux impératifs culturels, moins nombreux sont les piliers de la construction identitaire, plus important risque d'être l'impact psychique et relationnel de la perte sexuelle. Il est toujours intéressant de pouvoir analyser les facteurs liés à l'ajustement sexuel. Tout d'abord, dans les facteurs de risque, nous relevons : conjugopathies, schémas de conditionnement, symptômes dépressifs et anxieux ainsi que les troubles de l'image du corps.

Nous relevons dans les facteurs de protection : la satisfaction relationnelle et conjugale, l'estime du corps, l'estime de soi, le partenaire soutenant qui favorise plus de créativité et d'adaptation face aux symptômes sexuels.

Ce qui confirme le modèle bio-psycho-sexo-social sur lequel doit s'appuyer toute prise en charge (Damon, 2008).

Une autre étude met en évidence l'intérêt de questionner le lien entre sexualité et vécu biopsychosocial. Une matrice de corrélation a mis en évidence des liens entre dimensions de la sexualité, âge, image corporelle, relation entretenue avec le partenaire sexuel et qualité de vie (Facky 2018), (Dany, 2001).

Par contre, de nombreuses études montrent que satisfaction conjugale et satisfaction sexuelle vont bien souvent de pair dans une dynamique d'auto renforcement réciproque. Bien qu'interagissant, on ne peut toutefois les assimiler l'une à l'autre, chacune comprenant ses propres déterminants. On peut définir la satisfaction conjugale comme une évaluation subjective et globale faite par l'individu ou son/sa partenaire et sa relation de couple (Fincham, 1988). Plusieurs auteurs considèrent que la satisfaction conjugale représente l'expérience subjective et affective d'un individu à propos du niveau de bonheur et de contentement qu'il éprouve à faire partie de son couple (Huston, 1991). Il est à noter qu'une relation conjugale satisfaisante n'est pas nécessairement caractérisée par l'absence d'insatisfaction : les éléments positifs de la relation y seraient tout simplement prépondérants (Bradbury 1996).

Les capacités d'évolution demandent aussi de se libérer des schémas pré fabriqués et des fausses représentations de la sexualité et des relations homme-femme, elles-mêmes malmenées par les coutumes, la pudeur et les tabous qui rendent la « mise à mots » difficile.

Ainsi il y a donc, trop de tabous, de retenue, de non-dits, de conflits dans les relations interhumaines. Comme s'il était difficile de savoir comment se parler, comment s'aimer.

Le dysfonctionnement sexuel ne serait-il pas alors le reflet d'un mal être bien plus profond ? Un mal d'ordre psycho-socio-culturel ?

Faciliter la communication devient, dès lors, un rôle majeur de la santé corporelle et mentale. La communication, la qualité de la relation, ou encore la capacité du conjoint(e) à appréhender le vécu de son partenaire constituent des facteurs d'ajustement du couple à la situation de maladie/corps et à de moindres dysfonctionnements sexuels (Anllo, 2008), (Fobair, 2006), (Lichtman, 1987).

On peut relier cela à une étude qui met en relief que la qualité de la relation est l'un des indicateurs les plus importants de santé sexuelle des patients (Emilee, 2010).

En effet, des études suggèrent que la détresse conjugale peut augmenter le risque de dépression, alors qu'un fonctionnement conjugal satisfaisant est un facteur de protection contre la détresse psychologique (Earle, 1998). Une étude montre que le plus important dans la vie pour les personnes interrogées consiste à avoir une relation de couple satisfaisante (Roberts and Robins, 2000). Les modifications au sein du couple sont à prendre en compte. Certains conjoints rapportent un sentiment de culpabilité et de résignation pouvant aboutir à une séparation (Hannoun, 2005). Dans une recherche, les auteurs ont montré qu'une femme sur trois déclarait que des problèmes liés à la maladie correspondaient aux problèmes les plus significatifs de la relation avec le partenaire sexuel actuel (Waldir, 2005)

XII- NUDITE ET CONSENTEMENT

C'est l'établissement d'une relation thérapeutique pleine d'empathie et de respect qui permet au sujet d'accorder sa confiance au praticien, et qui constitue le préalable donnant au consentement toute sa place et toute sa valeur.

Obtenir le consentement suppose de demander l'autorisation, la permission, d'interroger, d'examiner. Cela suppose non pas une égalité, une symétrie entre le soignant et le soigné, mais un respect réciproque, une égale liberté, une égale dignité. S'il n'est pas toujours possible d'éviter totalement les abus de pouvoir ou d'influence, si on peut sous-estimer la gêne non exprimée d'une patiente plus fragile, plus réticente, c'est le temps et les explications données, l'attention accordée, qui permettent de réduire l'espace d'incertitude du consentement.

Le toucher est facteur de proximité. Cette proximité rend d'autant plus nécessaire le maintien d'une distance et sa matérialisation.

Dans l'abord périnéal, le gant symbolise cette distance, s'interposant entre le soignant et l'intimité du soigné. Le port d'une blouse, le maintien du vouvoiement, peuvent également aider à matérialiser cette distance. Par-dessus tout, le temps offert au sujet, pour expliquer et expliciter, mais aussi pour lui laisser un espace pour donner son consentement, même implicitement, agit lui aussi comme une forme de distance, d'épaisseur, s'opposant à la précipitation qui agresse et viole.

La position dans laquelle est réalisée le soin a un impact sur son confort : la position en latérocubitus sera préférée à la position gynécologique pour les soins s'adressant aux hommes. La position en quadrupédie sera utilisée avec la plus grande réserve. Même les soins en position debout peuvent être moins bien vécus qu'en position allongée. Il faut respecter la limite du consentement qui n'autorise pas tout et sans fin, qui n'est jamais obtenu une fois pour toutes mais reste à solliciter pour chaque geste. D'autre part, la durée d'un examen ou d'une technique peut les rendre pénibles : le consentement est à solliciter pour poursuivre, mais le praticien doit savoir écourter l'examen ou l'exercice.

L'abord de la région périnéale n'est jamais neutre, mais les soins peuvent et doivent être proposés sans ambiguïté parce qu'ils sont des soins. Chaque geste du praticien, chaque technique, doit être expliqué, explicité, justifié, et adapté à la gêne du sujet (honte et symptômes).

Comme pour toute rééducation le projet thérapeutique est construit à partir du bilan qui nécessite toujours un examen et donc un toucher. Cet examen pourra être différé lorsque le sujet est réticent, mais il est le préalable incontournable à tout traitement en kinésithérapie. Le soin est une activité asymétrique mettant en relation deux individus, le soignant agissant sur le soigné et visant son bien-être.

Le sens de l'agir est à prendre au sens large, paroles, toucher, mise en mouvement. Agir sur autrui comporte le risque de nuire, parce que cela donne un pouvoir sur le corps d'autrui, risque « paradoxalement dérivé du souci même de faire vivre et de soigner ». Parmi toutes les activités de soin, la rééducation place le praticien au plus près du sujet, à travers le toucher. D'autre part la rééducation, pour restaurer une fonction corporelle, modifie la perception qu'un sujet a de son corps et de ses mouvements et donc l'image qu'il a de lui-même, son identité.

Cet accès à l'intimité du sujet est redoublé dans le cas d'une rééducation qui s'adresse à la partie du corps la plus intime. La rééducation périnéale peut donc être dite rééducation à risque. C'est l'attitude du praticien exprimant clairement l'intention de soigner avec respect qui distingue radicalement le soin de la caresse où l'intention est d'érotiser, et de la torture où l'intention est de faire souffrir et d'humilier. L'interrogation éthique accompagne nos soins et nous accompagne, nous et notre patient, en nous permettant de découvrir les ajustements et les adaptations du traitement à la pudeur de chacun. Le tact, le respect inconditionnel de la dignité de chaque personne, le droit à la confidentialité et à la discrétion, l'empathie, accompagnent nos soins. La rigueur du cadre thérapeutique s'associe à l'écoute et la disponibilité du praticien. La zone abordée par la rééducation n'est pas accessible au regard du patient ni à celui du praticien et rend indispensable le recours au toucher. La première justification des soins, c'est le caractère pénible des symptômes, et l'espoir pour le patient, espoir partagé avec le praticien, de pouvoir y remédier.

La première adaptation des soins à la pudeur de nos patients, c'est le temps accordé au patient : qu'il s'agisse d'un geste thérapeutique, de décider d'une chirurgie, ou de mettre en place une protection, l'éthique nous demande de prendre notre temps et de respecter celui du patient.

XIII- NUDITE ET PUDEUR

Le mot pudeur vient du latin pudere, avoir honte, causer de la honte.

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 vu et n'aurait pas dû l'être ».

Pour Max Scheler, l'homme se serait d'abord recouvert par pudeur, c'est la pudeur qui serait à l'origine du vêtement. Ce même auteur souligne le lien entre pudeur et honte, entre pudeur et estime de soi, la pudeur étant une protection de l'intimité et de la dignité : « Une fonction constante de la pudeur corporelle est en effet de couvrir et pour ainsi dire d'envelopper l'individu vivant ».

L'abord du périnée pourra susciter plusieurs « mouvements » de pudeur : à travers la rééducation, le sujet expose son périnée au regard puis au contact du praticien. La mise en mouvement du périnée accentue le mouvement de pudeur, dévoilant une gestuelle appartenant à l'intimité sexuelle, suscitant la peur de la manifestation de l'incontinence d'autre part. L'attention focalisée du sujet et du praticien accentue la gêne et la pudeur. Le praticien de sexe opposé suscitera inévitablement un mouvement de pudeur supplémentaire qui, s'il est accueilli avec bienveillance, sera surmonté dès le premier contact. Par contre, il pourra parfois, mieux encore qu'un praticien du même sexe, guider le sujet dans la restauration de l'estime de soi, par exemple, le regard ou la parole d'un praticien homme sur une femme qui ne se sent plus désirable, d'un praticien femme sur un homme opéré de la prostate.

La rééducation périnéale aborde une zone corporelle protégée par le tabou sexuel.

Ce tabou, présent dans toutes les sociétés humaines, est un interdit de voir, de toucher, de connaître, et n'est pas à transgresser ni à dénier. Il nécessite une certaine ritualisation, des marques de respect, une totale confidentialité (verrou, discrétion), le maintien d'une distance (blouse, gants, vouvoiement), un

abord progressif caractérisé par la lenteur, la sollicitation du consentement pour chaque geste qui aura été au préalable expliqué, justifié, explicité.

La pudeur aujourd'hui ne s'exprime plus de la même manière qu'il y a quinze ou vingt ans. Elle est à respecter toujours, elle est parfois à encourager, à susciter : certaines patientes oublient de fermer la porte et semblent déposer toute pudeur en même temps que leurs vêtements.

Le praticien doit poser le cadre thérapeutique et signifier qu'il n'oublie que la nudité est justifiée par le soin, lorsque les patientes s'excusent de ne pas retirer leurs chaussettes ou de ne pas être épilées. Un respect inconditionnel est dû au sujet, même s'il ne se respecte pas lui-même : face à une patiente provocante, exhibitionniste, ambivalente, la clarification du praticien permet d'aider la patiente à sortir de la confusion.

La pudeur recouvre et protège la dignité de la personne.

CONCLUSION

Se préoccuper des conséquences des difficultés corporelles sur la qualité de vie et la qualité de la santé sexuelle fait partie intégrante des soins de support ainsi que d'un travail de prévention primaire et secondaire de l'évolution de la problématique.

Il s'agit d'être proactif et informatif dans le dépistage des dysfonctions corporelles, pas seulement consultatif. Il s'agit également d'essayer de sortir de l'organicité et du tout-médical, en mettant en relief les composantes psychogènes qui peuvent être des facteurs d'inhibition dans l'amélioration de la qualité de vie de nos patient(e)s.

Notre devoir de soignant est de diminuer les freins et de favoriser les leviers afin de maintenir et préserver la vie et la santé sexuelle de nos patients. Nous sommes habilités à les accompagner sur le chemin de réappropriation de leur nudité.

Un travail somatique paraît également primordial de façon à pouvoir essayer de contribuer à la « réparation corporelle » et aussi à la « réparation » psychique. Le sexologue pourra aussi inclure le partenaire dans une prise en charge du couple afin de les accompagner à trouver par eux-mêmes leurs facteurs de résilience et d'adaptation.

Dans notre pratique, nous pouvons observer que : les freins à la qualité de vie sexuelle concernent - tout ce qui peut toucher de près ou de loin le désir, - tels que les vulnérabilités psychologiques et somatiques primaires de la patiente ainsi que - les réactions négatives du partenaire, en termes d'écoute et d'habiletés relationnelles. Les leviers, quant à eux, sont - une bonne image de soi et de son corps, - des capacités d'adaptation au changement - une relation de couple épanouissante et plutôt longue.

En effet, dans une société où tout est dans l'immédiateté et les relations éphémères, la durabilité de la relation de couple apparaît comme un levier de la qualité de vie.

Restaurer une image de soi et de son corps positive et dynamique permettrait donc de ressentir plus de désir et d'augmenter sa satisfaction sexuelle. Cette réalité inconsciente de soi, l'image de soi, semble bien être au carrefour entre le vécu corporel et le vécu psychique.

Le vécu corporel renvoie aux aspects anatomo-physiologiques propres au travail du kinésithérapeute-périnéologue et le vécu psychique renvoie aux aspects psycho-somatiques propres, quant à lui, au travail du sexologue.

Relier le corps à l'esprit, l'esprit au corps, la science sexuelle est un labyrinthe dans lequel nous voulons bien nous aventurer.

Cesser d'être figé, voilà l'étymologie du verbe désirer. Se remettre en mouvement implique en premier lieu d'accepter de voir « l'ampleur des dégâts », comme le décrit (Pinkolaestes, 1996).

Dans ses commentaires concernant le conte de barbe-bleu, elle évoque l'importance d'avoir le courage d'ouvrir la porte interdite, afin de savoir ce qui se cache derrière et ce à quoi l'on a à faire.

Il meurt lentement celui qui ne change pas. Inertie quand tu nous tiens. A nous de lutter contre elle.

Comme dit Nelson Mandela, « ce qui fait de moi un optimiste, c'est ma capacité à mettre un pied devant l'autre tout en regardant le soleil ».

Libérer notre parole, c'est libérer la parole de nos patient(e)s. Nous sommes dans une obligation de moyens, pas de résultats.

« Être libre, c'est rendre l'autre libre » (Nelson Mandela).

Libérer les mots

Libérer les maux

Libérer les corps

Thanatos n'a qu'à bien se tenir. Eros a de nouveau droit de cité !

RÉSUMÉ

A une époque où la nudité s'affiche partout sans complexe, quel est notre rapport au corps ?

La nudité sans complexe, est-ce le corps sans complexe ?

Devons-nous remettre à l'ordre du jour la nudité dans sa pudeur ?

Pouvons-nous remettre la nudité et le corps dans ce qu'ils ont de plus créatif et artistique ?

Y-a-t-il des normes concernant la nudité ?

Les questionnements sur la nudité ne peuvent être que féconds.

A travers cet article, nous tenterons de dégager des pistes de réflexions sur ces questions hautement d'actualité au temps d'une polarisation du débat entre extravagance digitale où les images véhiculant la liberté des corps ne cessent de fleurir et ces questions politiques sur le port du voile dans l'espace public....

La nudité n'a jamais cessé de faire couler l'encre dans la société.

MOTS CLÉS

Nudité

Corps

Pudeur

Image du corps

Estime de soi
Satisfaction sexuelle
Rééducation périnéale

PHOTOS D'alain

« Le corps porteur de vie ...et l'art comme sublimation » Christian Loubet- 2018- Assises de Santé Sexuelle

BIBLIOGRAPHIE

- Ait boughima F., Benhaich H., « Les violences sexuelles intra-conjugales », 2011
- Anllo L., 2000, « Sexual life after breast cancer », J sex marital therapie, 26 :241-8
- Apollinaire Guillaume, « Les 9 portes », 1915
- Birnbaum GE., 2006, « When sex is more than just sex: attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. Journal of personality and social psychology, 91(5), 929- 943
- Bondil P., Habold D. (2012). « Cancers et sexualité : les médecins ne doivent plus faire l'impasse ». La lettre du cancérologue, 21, 165-70
- Bosselet S., « Petite philosophie du cul, liberté, vérité, volupté », Bread ed. 2018
- Colson MH., « Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France », J Sex Med, 2006 Jan; 3(1):121-31
- Colangeli Hélène, « pudeur, dignité et rééducation périnéale », 2019
- Courjou Evelyne, Le Toucher, premier et ultime dialogue, Doctorat d'Ethique médicale et hospitalière, Université de Marne-la-Vallée, 2003.
- Etude Ifop/Cam4 – les françaises et l'orgasme Décembre 2014, cette enquête internationale réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 8 000 femmes vivant dans les principaux pays d'Europe (France, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Allemagne, Pays-Bas) et d'Amérique du Nord (États-Unis, Canada)
- Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E. « Sexual Behavior in the Human Male ». Philadelphia, W.B. Saunders, 1948 ; traduction française, Le Comportement Sexuel de l'Homme, Paris, Éditions du Pavois, 1948
- Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E., Gebaardht P.H. « Sexual Behavior in the Human Female ». Philadelphia, W.B. Saunders, 1953; traduction française, Le Comportement Sexuel de la Femme, Paris, Amiot-Dumant, 1954
- Mauroy B, Bollal JL. « Bases anatomo-radiologiques de l'incontinence urinaire et de l'incontinence fécale, de la statique pelvienne et du traumatisme obstétricale ». In : Villet R et al. eds. Incontinences urinaire et fécale. Paris : éditions scientifiques L and C ; 2001. p. 17-43
- Montella-Lefort Laurence 2018 –Sexualités humaines- « Liens entre sexualité humaine et périnée chez la femme »- p 66/79

Parpaix F.2010. Sexualités humaines n°5-p6/15- « Oui oui oui oui! ou l'orgasme au féminin : fascinant, mystérieux, complexe »

Pauls, Rachel N., John A. Occhino, Vicki Dryfhout, and Mickey M. Karram. « Effects of Pregnancy on Pelvic Floor Dysfunction and Body Image; a Prospective Study ». *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction* 19, no. 11, November 2008: 1495–1501

Raymond J., mémoire « Incontinence anale, corporéité et sexualité, DIU Aix-Marseille, 2018

Watier, « Implication à long terme des abus physiques sexuels en pelvi-périnéologie », *Kinésithérapie scientifique*. N°499 (2009). Pages 33 à 42

LIVRES

Bajos N., Bozon M. « Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé ». La découverte. 2008.

Benhamou Olivia, « jouir d'avoir mal », 2021

Brenot P., « Eloge de la masturbation », 1998

Brenot P., « L'esprit du temps », 2013

Del Priore Mary, « histoires intimes », 2017

Desmond Morris, « magie du corps », 1992

Dolto Boris, *Le corps entre les mains*, p. 76, Hermann éditeur, Paris, 1996.

Hurni M., Stoll G., « La psychanalyse et la violence familiale, le mystère Freud », L'harmattan, 2014

José Morel Cinq-Mars, « quand la pudeur prend corps », 2003

Lopes P, Poudat F-X, « Manuel de sexologie ». 4^{ème} édition, Masson; 2021

Melchiorre-Marien Sophie : « Avoir et être un corps occidental aujourd'hui ». 2008

Ovide, « L'art d'aimer Mille et une nuits », 2000

Philippe Brenot « les violences ordinaires des hommes envers les femmes », 2011

Picq P., Brenot P., « Le Sexe, l'Homme & l'Évolution », Odile Jacob, 2009

Pinkolaestes Clarissa, « Femmes qui courent avec les loups », Paris grasset, 1996

Scheler Max, *La pudeur*, traduit de l'allemand par M. Dupuy, Ed. Aubier, Paris, 1952.

Selz Monique, *La pudeur, un lieu de liberté*, Ed. Buchet/Chastel, Paris, 2003.

Tahar ben jelloun « l'ablation », 2014

SITE INTERNET

« De fille à femme, impasses de la féminité dans la culture contemporaine » February 1, 2017. Le corps image idéalisée, culte de l'apparence. La femme croit dépendre de son corps pour réussir sa vie. <http://docplayer.fr/21748732-De-fille-a-femme-impasses-de-la-feminite-dansla-culture-contemporaine.html>

« Evaluation de L'Impact Des Atteintes de La Sphère Périnéale Sur L'Image de Soi et Le Vécu Sexuel Des Femmes » Accessed February 1, 2017.
<http://docplayer.fr/1425734-Evaluation-del-impact-des-atteintes-de-la-sphere-perineale-sur-l-image-de-soi-et-le-vecu-sexuel-desfemmes.html>.