

# Pudeur, dignité et rééducation périnéale

Hélène Colangeli-Hagège  
Centre de soins du Marais  
75003 Paris

## **La rééducation d'une partie du corps appartenant à l'intimité**

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.

## **Le toucher**

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 toute sorte 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.

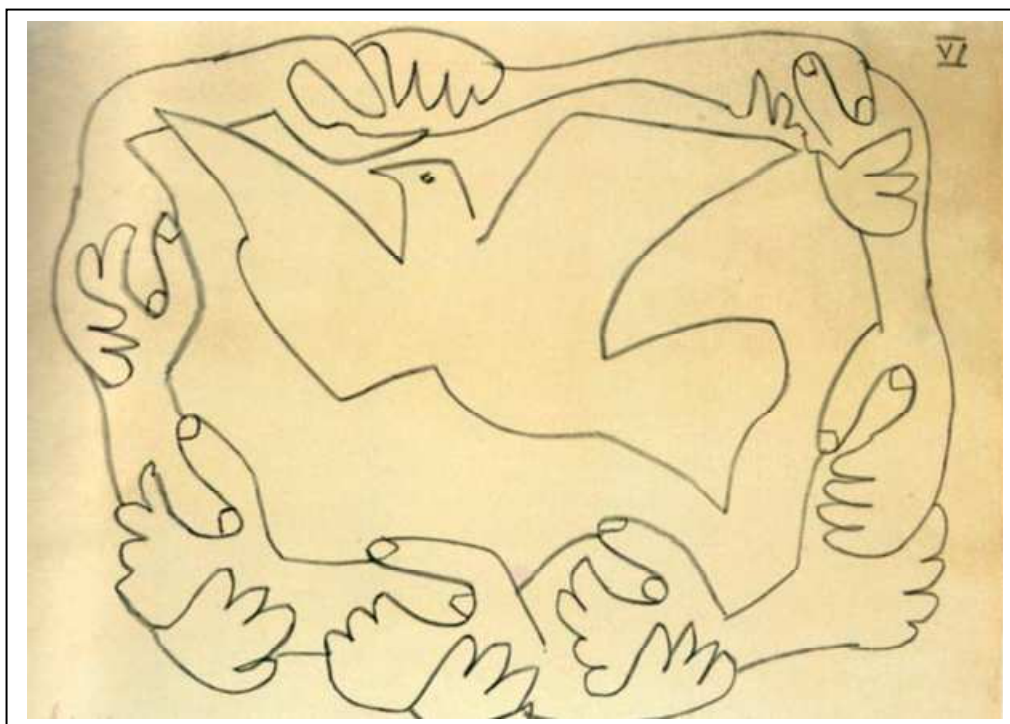
Le périnée appartient à une zone intime, qui ne se voit pas et ne se montre pas. Ni le périnée, ni la gestuelle périnéale ne sont accessibles à la vue. Ce sont les perceptions qui renseigneront donc le sujet, perceptions propres proprioceptives ou contact avec le praticien.

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.



### La 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.



### **La dignité**

Thomas De Koninck nous rappelle avec force que « tout être humain, quel qu'il soit, possède une dignité propre, au sens non équivoque que Kant a donné à ce terme : ce qui est au-dessus de tout prix et n'admet nul équivalent, n'ayant pas une valeur relative, mais une valeur absolue ».

La dignité humaine ne saurait être réduite au libre exercice des fonctions corporelles, cependant les troubles que la rééducation périnéale cherche à traiter ou à prévenir sont toujours sources de honte, de perte de l'estime de soi, de sentiment d'indignité.

La honte est qualifiée de « peste morale » par Malaparte dans le roman *La Peau*.

Les personnes qui perçoivent une gêne n'ont pas toutes envie d'en parler autrement qu'à mots couverts. Certaines évoqueront timidement leur gêne devant le médecin, qui pourra les entendre et les orienter vers un traitement s'ils sont sensibilisés à ces problèmes, mais n'oseront pas répéter, insister, exiger une aide.

L'énoncé d'une incontinence urinaire et plus encore d'une incontinence anale demande une capacité à surmonter l'altération de l'image de soi que ces troubles entraînent. Plus encore que la pudeur, la dignité semble être un obstacle à l'expression de la plainte et à la demande de soin. La plainte du sujet est difficile à exprimer, encore plus difficile à réitérer : si elle est insistante, elle devient indécente. La discrétion est nécessaire autour des troubles de la fonction périnéale et de leur traitement.

Cette nécessaire discrétion doit systématiquement et symétriquement s'accompagner d'une aide à l'expression de la plainte. Mais c'est aussi pour préserver sa dignité que la personne désire être aidée, sollicite notre aide et nos soins.

### **Incontinence et protections**

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 continente.

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 irrépessible. 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 protège leur dignité même après qu'ils ne soient plus

### **Le 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 patient, 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.

### **Bibliographie**

- Commission médicale de la section française d'Amnesty International, *Médecins tortionnaires, médecins résistants*, La Découverte, Paris, 1989.
- Evelyne Courjou, *Le Toucher, premier et ultime dialogue*, Doctorat d'Ethique médicale et hospitalière, Université de Marne-la-Vallée, 2003.
- Boris Dolto, *Le corps entre les mains*, p. 76, Hermann éditeur, Paris, 1996.
- Thomas de Koninck, *De la dignité humaine*, Paris, PUF, 1996.
- Curzio Malaparte, *La Peau*, traduit de l'italien par René Novella, Le Livre de Poche, 1959.
- Philippe Perrot, *Le corps féminin, le travail des apparences, XVIII<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècles*, Editions du Seuil, 1984, Paris.
- Alain Rey, Dictionnaire historique de la langue française, Paris, Robert.
- Max Scheler, *La pudeur*, traduit de l'allemand par M. Dupuy, Ed. Aubier, Paris, 1952.
- Monique Selz, *La pudeur, un lieu de liberté*, Ed. Buchet/Chastel, Paris, 2003.