

Université de Marne-la-Vallée

Espace éthique de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris

DESS d'éthique médicale et hospitalière

**LA REEDUCATION PERINEALE POSTNATALE
LES RACINES D'UNE CONTROVERSE**

Présenté par Hélène Colangeli-Hagege

Septembre 2004

Responsable pédagogique : M. Eric Fiat

Université de Marne-la-Vallée

Espace éthique de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris

DESS d'éthique médicale et hospitalière

**LA REEDUCATION PERINEALE POSTNATALE
LES RACINES D'UNE CONTROVERSE**

Présenté par Hélène Colangeli-Hagege

Septembre 2004

Responsable pédagogique : M. Eric Fiat

Note aux lecteurs :

Travail réalisé dans le cadre du DESS d'éthique médicale et hospitalière ; de l'université de Marne-la-Vallée, en partenariat avec l'espace éthique de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

Pour reproduire et utiliser ce document, veuillez consulter l'auteur ou le maître de cours.

Remerciements

Je remercie M. Dominique Folscheid et M. Eric Fiat pour leurs conseils et leur enseignement.

Merci à toutes les femmes et à tous les professionnels qui m'accordent leur confiance.

Merci à mes confrères et amis, notamment mes aînés, Chantal Rymer, Gérard Oudin et Max Claude Cappelletti qui s'efforcent depuis trente ans de conjuguer humanité et efficacité.

Merci à Jean-Paul, mon mari, et à mes enfants, Marie, Pauline et Joseph.

SOMMAIRE

Introduction.....	1
Chapitre un : La kinésithérapie et le toucher.....	6
I. La kinésithérapie, 6	
II. Le toucher, 8	
III. La kinésithérapie périnéale, 10	
IV. Rééducation périnéale et toucher, 10	
V. La rééducation périnéale postnatale, 12	
Chapitre deux : La pudeur.....	14
Chapitre trois : Le normal et le pathologique de la fonction périnéale.....	20
Chapitre quatre : Laisser faire la nature.....	25
Chapitre cinq : La fonction périnéale.....	32
I. Le tabou sexuel, 32	
II. La fonction périnéale, 35	
III. Fonction périnéale et rééducation postnatale, 36	
Chapitre six : La natalité.....	40
I. La sexualité, 40	
II. La natalité, 43	
Chapitre sept : La dimension sacrée du périnée.....	46
Conclusion.....	48

INTRODUCTION

Kinésithérapeute spécialisée en rééducation périnéale, j'ai eu l'occasion d'assister à la naissance de cette rééducation puis à son application de plus en plus systématique aux femmes venant d'accoucher. Ces dix dernières années j'ai donc accueilli pour leur rééducation de nombreuses jeunes mères, dont certaines sont revenues après leur deuxième, puis troisième enfant, pour faire avec mon aide ce parcours de récupération qui suit le bouleversement corporel qu'est tout accouchement. La récupération après un accouchement est complexe, concernant tout à la fois la restauration des conditions anatomiques et physiologiques mais tenant compte aussi des bouleversements psychologiques liés aux conditions de la grossesse, de l'accouchement et de leurs suites.

L'objectif de la rééducation postnatale est la récupération de conditions anatomiques et physiologiques les meilleures possibles après l'accouchement. Chacun aura une interprétation personnelle des bonnes ou mauvaises conditions anatomiques, physiologiques et de leur retentissement psychologique. Monsieur Mattéi, alors ministre de tutelle, a mis en doute l'intérêt médical de la rééducation postnatale. Certains gynécologues n'hésitent pas à affirmer le caractère indispensable de la rééducation périnéale après chaque accouchement, rejoignant une partie de la population féminine. L'opinion publique vient à la fois soutenir l'idée d'une récupération spontanée, « ça se remettra tout seul » et l'idée d'une fatalité, « c'est la vie, il faut s'y faire », masquant ainsi sa répugnance à envisager ce type d'aide.

Ces contradictions seront le point de départ et l'objectif de ma réflexion. Comment examiner et prendre soin d'une femme venant d'accoucher au cours d'une rééducation, tout en respectant le caractère sacré et inviolable de son intimité ? Quelle légitimité aurait cette rééducation, sachant qu'elle nécessite pour la personne de confronter la nudité de son sexe au regard et au contact du thérapeute ? Quel sens ou quels sens donner cette prise en charge ?

Pour me guider dans cette réflexion, j'ai choisi un conte africain qui me semble illustrer un des aspects du périnée féminin. Voici ma version de ce conte, entendu un matin à la radio, et dont je n'ai pas retrouvé l'origine.

Ainsi donc, dans une lointaine Afrique il y avait une femme. Cette femme avait un fils qui faisait sa fierté.

Un jour la femme dit à son fils : « Mon fils, voici venu le moment de te marier. Choisis une compagne et amène-la-moi, je te dirai si elle est digne de toi ».

Le fils obéit à sa mère et quelques temps plus tard lui présenta une jeune fille qui lui semblait pouvoir être une parfaite épouse. La mère lui demanda de les laisser seules. Lorsqu'elles furent entrées toutes les deux dans la case, la mère releva son pagne, s'accroupit face à la jeune fille, en disant : « Incline-toi devant le sexe qui a donné naissance à ton mari ». La jeune fille s'enfuit alors en courant. Il en fut ainsi avec toutes les jeunes filles que le fils amena à sa mère. Un jour, pourtant, le fils rencontra une autre jeune femme, qui le troublait beaucoup, et c'est tout tremblant qu'il la fit entrer dans la case et la laissa seule avec sa mère. Lorsque la mère, comme à chaque fois, releva son pagne, s'accroupit et dit : « Incline-toi devant le sexe qui a donné naissance à ton mari », la jeune femme s'inclina, puis releva son pagne à son tour et s'accroupit en disant : « Incline-toi devant le sexe qui donnera naissance à tes petits enfants ».

Alors la mère lui prit la main, sortit de la case et dit à son fils : « Celle-là est digne d'être ton épouse, mon fils ».

Qu'est-ce qui autorise une personne à dévoiler son sexe ? Qu'est-ce qui en autorise une autre à le regarder, à l'examiner ? La rééducation périnéale s'adresse à la zone génitale qu'il convient de garder cachée. Cette rééducation met face à face une personne atteinte dans l'intégrité de cette zone intime, et un ou une kinésithérapeute spécialisé dans cet exercice particulier. La patiente aura à se dévoiler pour ses soins, le soignant aura à aborder une personne dénudée non pas en faisant abstraction de la nudité de son sexe mais en y portant son attention, ses regards et ses gestes.

La kinésithérapie, du grec *kinêsis*, mouvement, et *therapia*, soin, est la thérapie par le mouvement. C'est aussi, nous dit Boris Dolto, la thérapie *du* mouvement¹.

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

Le toucher est le moyen par lequel le kinésithérapeute va guider le patient vers la découverte de ses perceptions, de ses savoir-faire, de ses capacités à progresser. La particularité du toucher est bien de rendre indubitable la réalité de ce qui est touché, son existence, sa localisation, sa forme, mieux encore que par la vue, nous dit Thomas De Konninck². Le périnée, cette musculature interne, est caché, invisible. Seul le toucher pourra renseigner la patiente, par ses perceptions propres et par le contact avec le kinésithérapeute.

La main qui soigne, qui prend contact, est aussi agression, intrusion. La rééducation périnéale peut susciter une double manifestation de pudeur : la patiente confronte la nudité de son sexe au regard et au contact du thérapeute.

Si la pudeur est une honte possible, les troubles qui sont l'objet de la rééducation périnéale, incontinences, béance vaginale, prolapsus, sont sources de honte. « Est sale ce qui n'est pas approprié, ce qui n'est pas à sa place ; est propre ce qui est débarrassé d'une occupation indue, ce qui a fait place nette »³. La plus pudique des femmes sera aussi la plus gênée par des fuites involontaires d'urine ou par l'extériorisation d'un des organes pelviens, vessie ou utérus, en dehors de la vulve. La rééducation périnéale postnatale se présente comme la prévention ou le traitement de ces éventuels troubles consécutifs à l'accouchement.

Le conte nous montre qu'il peut être terrifiant de contempler la marque du temps et des maternités sur un sexe de femme y compris sur le nôtre. Les troubles qui motivent la rééducation périnéale postnatale sont variables, liés aux conditions dans lesquelles se sont déroulés la grossesse, l'accouchement et leurs suites. Plus encore que pour n'importe quelle autre partie du corps, la définition d'une norme, d'une santé pour la fonction périnéale, est impossible. La norme périnéale est à définir pour et par chaque patiente.

La référence à G. Canguilhem permettra d'établir que si, comme il l'explique, la pathologie n'est pas une modification quantitative mais un changement d'état, une nouvelle forme de vie, une adaptation à la vie, alors nous savons qu'il est vain d'attendre une hypothétique récupération spontanée au-delà d'un certain délai.

Depuis toujours les femmes ont mis au monde leurs enfants sans avoir recours aux moyens thérapeutiques actuels. De nombreuses voix expriment leurs doutes quant

2. Thomas De Konninck, *De la dignité humaine*, p. 99 à 113, Paris, PUF, 1996.

à l'utilité de la rééducation périnéale postnatale. L'ordre de la nature est très souvent opposé à la patiente inquiète ou au praticien convaincu, considéré alors comme interventionniste. Parmi ces partisans de laisser faire la nature, il y a ceux qui pensent que tout rentrera dans l'ordre spontanément : c'est la Nature qui guérit. D'autres pensent qu'il existe une fatalité, une sorte de prix à payer pour devenir mère : c'est la Nature qui détruit.

Cet ordre de la nature, qui guérit ou qui détruit, est alors montré comme tout puissant et injonction est faite à la femme de s'y plier : elle doit attendre passivement la guérison ou accepter passivement la destruction. Il est possible de relier cette injonction de passivité, pour la femme, à une tradition philosophique et psychanalytique qui caractérisait la femme par sa passivité : la femme était dite passive *par* nature, cette passivité étant justifiée par sa constitution. Luce Irigaray a montré dans une critique radicale de la pensée de Freud et d'une certaine tradition philosophique comment la femme était pensée par l'homme, pour l'homme, objet et non sujet⁴. Cette référence à la nature de la femme, souligne Luce Irigaray, se fait à partir de la nature masculine.

Geneviève Fraisse a montré l'absence d'une philosophie du féminin ou même d'une philosophie de la différence des sexes.

Aujourd'hui, le rôle de la femme dans la conception n'est plus considéré comme passif. Les femmes ont gagné le statut de sujet, définissent librement leur féminité, choisissent la maternité. C'est la maternité qui pourra être l'occasion d'une assignation : la femme, en devenant mère, a trop souvent perdu son statut du sujet. La rééducation postnatale représente la possibilité pour elles d'agir sur elles. Leur propre vitalité peut agir pour accompagner le processus spontané de réparation, avec l'aide et les conseils du kinésithérapeute, complétant cette récupération et se l'appropriant.

Le toucher est toujours une invitation dans l'intimité d'autrui, et encore davantage lorsqu'il s'agit du périnée. Le kinésithérapeute écoute avec ses mains (on parle d'écoute tissulaire), il voit avec ses mains et peut restituer à la patiente ce qu'il a vu, entendu et perçu. Ce travail rencontre un interdit de voir, de savoir, de

3. Philippe Perrot, *Le corps féminin, le travail des apparences, XVIII^e-XIX^e siècle*, Ed. du Seuil, 1984, p. 13.

4. Luce Irigaray, *Speculum de l'autre femme*, Les éditions de minuit, Paris, 1979.

comprendre et de connaître, de se connaître, pour les femmes. Le kinésithérapeute donne à sentir, à percevoir, à comprendre. Il donne de l'autonomie.

La maternité est toujours un événement intime, unique, pour la femme et pour sa famille. Elle a aussi une dimension publique. Hannah Arendt montre le rapport entre natalité et pluralité, chaque nouveau-né étant le nouveau venu d'une nouvelle génération⁵. Vladimir Jankélévitch compare le caractère incompréhensible de la mort avec le mystère de la naissance⁶.

Toute femme venant de mettre un enfant au monde ressent cela intimement, et a besoin de voir cette dimension métaphysique de la maternité reconnue et respectée.

Le caractère sacré du périnée et de la sexualité a aujourd'hui presque disparu. La maternité peut être l'occasion pour une femme, un homme, de l'approcher. Ce caractère sacré n'est pourtant pas profané par la rééducation périnéale postnatale lorsqu'elle prend en compte toute la richesse symbolique et physiologique de la fonction périnéale. L'intégrité de la paroi périnéale est la condition qui permet cette séparation, cette mise au secret des organes pelviens.

5. Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, Calmann-Levy, 1983.

6. Vladimir Jankélévitch, *La mort*, Flammarion, 1966.

Chapitre premier

LA KINESITHERAPIE ET LE TOUCHER

I. La kinésithérapie

La kinésithérapie, du grec *kinêsis*, mouvement, et *therapia*, soin, est la thérapie par le mouvement. C'est aussi, pour Boris Dolto, la thérapie *du* mouvement⁷. C'est la mise en mouvement qui est, en kinésithérapie, l'agent thérapeutique. Cette mise en mouvement peut être active ou passive, active aidée ou résistée. Même les techniques passives, comme le massage, ainsi que toutes les formes de thérapie manuelle, outils du masseur-kinésithérapeute, réalisent la mise en mouvement des tissus cutanés, musculaires, vasculaires, osseux, articulaires et, simultanément, la mise en circulation de l'information correspondante sous la forme d'influx nerveux sensori-moteur.

La mise en mouvement, thérapie *par* le mouvement, a pour objectif la restauration des capacités de mouvement de la personne, ce qui inclut des propriétés aussi variées que la perception, la souplesse, la force et le tonus musculaire, l'endurance et la résistance à la fatigue. L'ensemble des techniques actives et passives de kinésithérapie aboutit à la récupération des capacités absentes ou perdues, dans la limite de ce qui est possible, c'est la thérapie *du* mouvement.

La kinésithérapie met le patient au cœur du dispositif thérapeutique. Elle ne repose pas sur une relation thérapeutique traditionnelle comme il en existe entre le médecin et son patient ou entre l'infirmière et son patient : la rééducation est un processus dans lequel le patient est l'acteur du soin. Même l'acte le plus passif d'une rééducation, un massage, demande une présence active du sujet à ses perceptions, ses sensations, un lâcher-prise, une écoute à ce qui va changer pour lui pendant cette expérience du massage. Cette relation thérapeutique particulière qui s'établit entre le patient et son rééducateur requiert du patient et de son thérapeute un investissement qui a pour objectif de restaurer l'autonomie du sujet ou de la consolider autant qu'il est possible. Le patient, en fin de traitement, doit

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

en savoir assez pour être son propre thérapeute, connaître les gestes à éviter, ceux à aménager, être à l'écoute de ses sensations et de ses perceptions pour mieux utiliser ses capacités fonctionnelles. Symboliquement, le kinésithérapeute est moins quelqu'un qui soigne et qui guérit que quelqu'un qui initie, accompagne, guide un processus, une évolution dont tous les éléments sont potentiellement présents dans la personne. Thomas De Konninck cite Marcuse : «Le processus de changement est celui "dans lequel le donné progresse en accord avec le possible qu'il contient" »⁸.

L'autre particularité du travail sur le corps tel qu'il est conduit en kinésithérapie est sa référence constante au corps du kinésithérapeute. Il n'est pas un geste, pas un mouvement, pas une technique qui n'ait d'abord été perçu par le kinésithérapeute au cours de sa formation. Le kinésithérapeute ne peut guider le patient vers ses perceptions que dans la mesure où il est à l'écoute des siennes propres. On étudie le massage en se faisant masser, y compris par des mains inexpertes. Pour aider une personne à détendre son diaphragme il est indispensable de percevoir son propre diaphragme. Pour guider une personne dans la découverte de nouveaux savoir-faire, il ne s'agit pas d'appliquer une recette ni de donner un savoir-faire qui est propre au kinésithérapeute, mais de permettre à la personne la découverte en elle-même de sa propre gestuelle.

En ce sens, éducation et rééducation sont des disciplines que l'on pourrait être tenté de rapprocher : la prise de conscience de certaines fonctions du corps, en permettant leur découverte par le patient, relèverait de l'éducation, quand la rééducation serait davantage la restauration d'une fonction préexistante. On parle de pédagogie du mouvement, de cours de gymnastique.

Cependant Boris Dolto rejette ce terme de pédagogie : « Au moyen de la gymnastique, on peut renforcer des muscles, mais on ne peut donner à un patient le style ou la manière de se mouvoir d'un autre »⁹. A propos de l'effet thérapeutique de la rééducation, il précise : « La règle d'action n'est ni pédagogique, ni éducative, mais structurée du dedans et non imposée de l'extérieur. Nous ne devrions pas considérer le patient comme réduit à son

8. Thomas De konninck, *De la dignité humaine*, Paris, PUF, 2002, p. 131.

9. Boris Dolto, *op. cit.*, p. 61.

anatomie, sans initiatives fonctionnelles »¹⁰. Aider à découvrir une fonction ignorée ou à la retrouver après un traumatisme, tel est le rôle du kinésithérapeute.

II. Le toucher

C'est par l'intermédiaire du toucher, sens et outil privilégié de la kinésithérapie, que le praticien pourra guider le patient dans la découverte ou la récupération de ses capacités fonctionnelles. Le colloque singulier, fondement de toute relation thérapeutique, s'établit sur un face à face, un échange de regards et un échange de paroles¹¹. A travers l'expérience du toucher, un autre sens devient source d'informations et d'échanges.

Dans le paragraphe qu'il consacre à la main et au toucher, T. De Koninck établit un lien entre intelligence et toucher qui ont en commun « la quête de certitude et de vérification »¹². « C'est ma main qui m'assure d'abord que le bâton dans l'eau est bien droit, en dépit des assurances contraires, claires et distinctes, de mon œil »¹³. Boris Dolto oppose les mains de l'homo faber, « préfabriquées comme un outil », qui effectuent les gestes du masseur, et les mains de l'homo sapiens, dont « les mains ne sont plus seulement outil » mais qui sont « des mains "de jade" selon l'expression qui désigne des mains aux qualités rares et précieuses et grâce auxquelles le savoir s'actualise »¹⁴.

Le toucher thérapeutique établit un dialogue qui renseigne simultanément celui qui touche et celui qui est touché, informant patient et thérapeute des changements qui se produisent sous l'effet de ce toucher. Cet échange requiert de notre part, comme thérapeute, une disponibilité à l'autre à partir de notre disponibilité à nous-mêmes et conduit l'autre dans sa rencontre avec ses perceptions à partir de notre propre rencontre avec nos perceptions.

10. Boris Dolto, *op. cit.*, p. 33.

11. Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Chap. VII, « Voir, savoir », p. 107.

12. Thomas De Koninck, *op. cit.*, p. 108.

13. *Id.*

14. Boris Dolto, *op. cit.*, p.73.

Le toucher thérapeutique est à distinguer de l'examen clinique qui par la palpation établit un diagnostic : « par le palper on localise ; par le toucher on rend au malade une fonction accidentellement perdue »¹⁵.

T. De Konninck souligne la double polarité du toucher, à la fois touchant et touché : « Dans le toucher, percevoir un objet et se percevoir soi-même ne sont pas séparés ; ils sont même la condition l'un de l'autre »¹⁶.

Ce sont nos perceptions qui nous permettent de construire notre schéma corporel, souvent de manière non homogène et fragmentée. B. Dolto cite Valéry : « La grandeur relative des différentes régions du corps est fonction de l'habitude que nous avons de les toucher, de les voir, de les sentir. Je n'ai aucune idée des relations spatiales entre mon front et mon pied, entre mon genou et mon dos. Il en résulte d'étranges découvertes, ma main droite ignore généralement ma main gauche ; prendre l'une dans l'autre c'est prendre un objet non-moi »¹⁷.

Dolto résume ainsi la spécificité de la main du masseur-kinésithérapeute : « Rassembler, accueillir pour recueillir, telle est l'œuvre première de la main du masseur, et, pourrait-on dire, son éloquence. Seule la main est à la fois touchante et touchée. Les mains du masseur perçoivent vraiment au-delà de toutes les données scientifiques la présence concrète de l'être de chair et de sang. Au cours de cette activité, ce qui touche ce n'est pas la conscience du masseur, c'est sa main ; c'est elle qui réalise la communion des deux consciences. Ce contact, cette pression sont assez différentes d'un acte passif. C'est là que s'instaure la prise en main du corps et que s'effectue la découverte thérapeutique »¹⁸.

C'est l'intervention du kinésithérapeute, témoin actif et attentif, qui « rétablit l'ordre des choses et apporte au malade le sentiment de revivre, de se retrouver »¹⁹.

15. Boris Dolto, *op. cit.*, p.74.

16. Thomas De Konninck, *op. cit.*, p. 110.

17. Paul Valéry, *Réflexions simples sur le corps*, in *Œuvres*, I, Gallimard, coll. «La Pléiade », p. 927.

18. Boris Dolto, *op. cit.*, p. 75.

19. *Id.*, p. 35.

III. La kinésithérapie périnéale

La rééducation périnéale existe en France depuis bientôt trente ans. Ce sont des kinésithérapeutes qui l'ont développée et enseignée. Cette rééducation faisait la synthèse des techniques traditionnelles de rééducation qu'elle appliquait à la musculature périnéale, et des techniques plus récentes d'électrostimulation et d'enregistrement par sondes endo-cavitaires. Son développement s'est fait parallèlement à celui de l'exploration uro-dynamique. Les kinésithérapeutes pionniers de la rééducation périnéale étaient pour la plupart uro-dynamiciens, ce qui leur permettait de mieux comprendre le fonctionnement physiopathologique vésico-sphinctérien et d'en déduire les applications thérapeutiques. Cette rééducation s'est d'abord adressée à la fonction vésico-sphinctérienne, puis très vite elle a pris en compte la statique pelvienne, la fonction génito-sexuelle et la fonction d'évacuation et de continence anale.

Cette rééducation a d'emblée concerné des sujets des deux sexes, de tous âges et de pathologies très diverses. Le grand nombre de spécialités médicales concernées a incité certains spécialistes à se regrouper sous le terme de « périnéologie ».

Deux professions se partagent la compétence pour effectuer les actes de rééducation périnéale après l'accouchement. Ces deux professions, kinésithérapeute, sage-femme, ont des formations distinctes, des cultures et des expériences différentes, ce qui n'est pas sans conséquences, comme nous le verrons sur le contenu de la prise en charge. Lorsque nous envisagerons les différentes façons de mener ces soins, nous retrouverons les conséquences de cette petite histoire de la rééducation périnéale.

IV. Rééducation périnéale et toucher

Ce contact, pour la rééducation périnéale, se fera à travers une partie du corps qui n'est pas comme les autres parce qu'elle appartient à l'intimité de la personne.

Pour de nombreuses patientes, le périnée n'est pas une région du corps perçue et connue. Elles disent ne pas savoir situer cette musculature, posent de nombreuses

questions sur l'anatomie périnéale et sont souvent surprises d'apprendre l'étendue et l'importance fonctionnelle de cette paroi musculaire.

Le périnée, cette paroi musculaire interne, est caché, invisible. Ce qu'il met en mouvement chez la femme, l'élévation de son centre tendineux, la diminution des diamètres vaginaux, la modification des angulations du canal anal, du vagin et de l'urètre échappent au contrôle de la vue. Le toucher permettra à la patiente de percevoir avec précision son périnée, dans sa capacité à être localisé, mobilisé, contracté, relâché par elle-même. Le tact et la bienveillance permettront l'établissement d'une relation thérapeutique de double confiance, dans laquelle le consentement trouvera toute sa place.

L'examen du kinésithérapeute permet à la patiente de porter à sa conscience les altérations de sa fonction périnéale, fatigabilité musculaire, manque de force, de tonus ou bien hypertonie douloureuse, cicatrice sensible, gênante. Au cours du bilan fonctionnel, la patiente repère les déficits qui seront les points de départ du traitement. Les techniques de rééducation proposées seront d'autant mieux acceptées que les troubles seront mieux compris.

La kinésithérapie périnéale, où la mise en mouvement du périnée sera à la fois l'objectif et le moyen, se fera donc par l'intermédiaire de différentes techniques qui ont un rapport avec le toucher. Or le toucher est toujours une invitation dans l'intimité d'autrui : le contact avec l'autre est aussi agression, intrusion, s'il ne s'inscrit pas dans une rencontre.

Lorsqu'il s'agit du périnée qui est un groupe de muscles internes, le contact sera endo-cavitaire, ce qui renforce inévitablement la menace d'intrusion. C'est la rencontre, l'établissement d'une relation éthique impliquant confiance et respect, qui permettra à la patiente d'autoriser ce contact avec son intimité. C'est aussi cet espoir de pouvoir y gagner quelque chose, d'en apprendre quelque chose, d'être guidée vers une amélioration de son état, espoir partagé avec le praticien, qui permet à une personne de se prêter à des examens ou des processus thérapeutiques, quelles que soient les appréhensions ou réticences à surmonter. La gentillesse, la chaleur, la douceur avec lesquelles le praticien accueillera la personne pour ces soins sont indispensables, mais indissociables d'un savoir-faire qui sera le support de cette relation de confiance : la personne a toujours une

double attente vis à vis de son praticien, elle attend de tout praticien humanité et efficacité, il en va de même pour la rééducation périnéale.

La référence à la gestuelle périnéale ne sera pas possible à utiliser sans d'infinies précautions. La définition même de la zone périnéale et de sa fonction appartient à l'intimité, et pour une femme elle exprime de manière extrêmement riche et subtile ce que c'est qu'être femme. Il est exclu d'envisager cette rééducation comme une forme d'« éducation sexuelle ».

V. La rééducation périnéale postnatale

La maternité révélée durant l'expérience de la grossesse et de l'accouchement, vient bouleverser les représentations du corps et du sexe féminin de la jeune mère. Après avoir découvert son corps dans la métamorphose de la grossesse, dans la violence de l'accouchement, la jeune femme ne reconnaît plus tout à fait ce corps changé, qu'elle perçoit souvent comme abîmé. Ce corps qui n'est plus habité par l'enfant est perçu comme vide, et sa réappropriation est lente, laborieuse.

Les sensations que les femmes perçoivent de leur périnée après l'accouchement sont souvent désagréables : pesanteur, béance, douleur. Parfois ce qui gêne, c'est une perte de sensations : les femmes nous disent « c'est mou », « c'est comme mort », « je ne sens plus rien ». Ce flou qui entoure la région périnéale est vécu comme une absence, une perte, un blanc. La paroi abdominale est elle aussi concernée par cette perte de tonus et de perceptions, et le corps est perçu coupé en deux, le haut du corps présent à la conscience, et le bas étant comme mort ou endormi. Ces sensations pénibles ou cette absence de sensations s'accompagnent fréquemment de troubles urinaires, urgences, fuites involontaires, entraînant une perte de confiance et de sécurité.

La rééducation périnéale postnatale va aider la jeune accouchée à renouer avec son propre corps. Elle consiste alors à une prise de conscience de cette paroi périnéale, et à son intégration dans le schéma corporel sous sa forme altérée, avant d'entreprendre le travail de renforcement musculaire, qui sera pris en compte dans cette conscience du corps qu'est le schéma corporel. Elle s'attachera à traiter chacun des troubles recensés lors de l'examen initial. En aidant les femmes à

restaurer leur fonction périnéale, la rééducation leur permet de réparer leur image d'elles-mêmes, d'intégrer leur périnée ou de le réintégrer dans leur schéma corporel, sous la forme de liberté de mouvement et de sécurité retrouvées ou découvertes.

Chapitre deux

LA PUDEUR

La pudeur est pour tous les auteurs liée au besoin de cacher la nudité, et particulièrement les parties sexuelles du corps. Monique Selz donne cette définition : « La pudeur, a-t-on coutume de dire ou tout au moins de penser, est associée aux choses relevant de la sexualité. Elle est une gêne, sincère ou feinte, devant des choses qu'on voit et qu'on ne devrait pas voir ou que l'on montre contre son gré. Dans un cas, c'est celui qui voit qui éprouve la pudeur, dans l'autre cas, c'est celui qui montre. Mais, toujours, le regard est mis au premier plan : quelque chose est vu et n'aurait pas dû l'être. On conçoit bien que la première chose considérée comme devant être cachée, c'est le corps et en particulier les parties sexuelles du corps. La pudeur pose donc la question du regard sur la nudité »²⁰. Pour Max Scheler, l'homme se serait d'abord recouvert par pudeur et c'est la pudeur qui serait à l'origine du vêtement²¹.

Le vêtement sert à cacher les parties sexuelles du corps, à la fois sièges et objets de désir et de plaisir, mais aussi les organes d'évacuation des urines et de défécation, causes de dégoût. Max Scheler souligne ce lien entre pudeur et dégoût, pudeur et honte. Monique Selz, à travers l'analyse étymologique de la pudeur, montre ce rapport à la honte et au corps. Pudeur vient du latin *pudor*, dérivé du verbe *pudere*, avoir honte, causer de la honte. En grec, c'est *speudein*, s'efforcer, se hâter, et *aidôs*, du verbe *aideomai*, avoir honte. En hébreu, il existe deux termes qui traduisent la honte ou la pudeur : *bousha*, dont la racine verbale est *boshesh*, tarder, et *hesed*, inceste, qui veut dire aussi amour, grâce, miséricorde. En allemand, un même mot désigne à la fois honte et pudeur, *die Scham*. *Die Schande* signifie l'opprobre, l'infamie, l'ignominie, et renvoie à la collectivité alors que *die Scham* est strictement individuel. *Die Scham*, par ailleurs est utilisé comme un terme anatomique et désigne dans ce cas les organes génitaux externes,

20. Monique Selz, *La pudeur, un lieu de liberté*, Ed. Buchet/Chastel, Paris, 2003, p. 12.

21. Max Scheler, *La pudeur*, traduit de l'allemand par M. Dupuy, Ed. Aubier, Paris, 1952, p.23.

plus particulièrement féminins, à la différence du français, *pudenda*, employé pour nommer les organes génitaux masculins. L'espagnol, avec les mots *decoro* et *decorum*, «indique que pudeur et honte ont sans doute un rapport avec ce qui se montre – et pas seulement ce qui se cache »²².

Monique Selz note que la notion de temps, suggérée par le grec et l'hébreu, nous indique « que la pudeur institue une distance entre les êtres, illustrée par le temps que nécessite la prise de parole ».

Cette notion de temps, donné comme un espace entre les personnes, permettant la prise de parole, illustre un des aspects de la pudeur, auquel nous sommes confrontés pour solliciter le consentement. Le sentiment de pudeur s'oppose à toute précipitation, et peut surgir lorsqu'on se sent brusqué, pressé. Cet espace entre les êtres dessiné par la pudeur apparaît alors comme une épaisseur.

Pour Monique Selz, la pudeur «détermine une limite entre les individus et vient témoigner de l'existence d'un lieu interne du sujet, condition de sa liberté, c'est-à-dire de son épanouissement individuel dans la collectivité »²³.

Cet espace intérieur, permettant la liberté d'action et la rencontre, est la conscience de soi. Cette conscience de soi est en effet la condition de possibilité de la pudeur que Max Scheler décrit comme «un retour sur soi» : «il appartient essentiellement à la pudeur d'être une forme du sentiment de nous-mêmes, elle relève donc en cette mesure de la sphère des sentiments personnels : je veux dire qu'en tout mouvement de pudeur se produit un acte, qu'on peut nommer acte de "retour sur soi" ». «La pudeur ne se déploie qu'avec la conscience personnelle, la conscience individuelle et la conscience de sa valeur, car elle procède de la perception du rapport qui lie cette conscience à notre existence générique »²⁴.

La pudeur s'exprime essentiellement sous la forme d'un conflit, d'une tension entre deux niveaux de conscience, entre servitude corporelle et exigence spirituelle nous dit Scheler²⁵. Elle réalise donc un lien entre ces deux formes de conscience, Scheler parle de « pont », de « passage » entre deux ordres d'être et d'essence, entre dieu et animal : « Ainsi en la pudeur "l'esprit" et la "chair",

22. Monique Selz, *op. cit.*, p. 41.

23. *Id.*, p. 14.

24. Max Scheler, *op. cit.*, p.29 et 145.

25. *Id.*, p. 12.

l'éternité et la temporalité, l'essence et l'existence entrent en contact d'une façon obscure et remarquable ».

La pudeur ne se limite pas à la pudeur corporelle, il existe une pudeur des sentiments rappelle Jean-Claude Bologne dans son *Histoire de la pudeur* : pleurer, se plaindre, rougir, parler de soi, afficher sa gravité ou poser des questions indiscretes, parler d'argent ou se laisser offrir un verre. Pour Jean-Claude Bologne, le lien entre pudeur corporelle et pudeur psychologique est la honte que l'on ressent à montrer ce qu'on considère comme des faiblesses²⁶. Il conclut : « La pudeur apparaît dès lors comme une honte anticipée, le refus préventif de ce que l'on considère comme une faiblesse ou un ridicule »²⁷.

Pourtant, au sein de la pudeur corporelle, la nécessité de cacher les organes sexuels semble dépasser cette simple idée de faiblesse ou de ridicule. Pour Max Scheler, la pudeur recouvre davantage que la peur du ridicule, ou même que la honte de sa propre corporéité, et il évoque le tabou qui recouvre les organes de la sexualité dans de nombreuses cultures : « Or, si la représentation des organes sexuels comme simple g se cachsen1 TD -0. unnerreatact3.5 0 utru,

²⁷ (s) 1125 r1TDn0srne hieu TDi(52e0, Tc 0 Tw () TjITw -22.25Tj T

Scheler explique que la pudeur disparaît lorsque la femme « se sait donnée au médecin à titre de "cas" » et non comme « individu ». Il compare le regard du médecin, neutre et impersonnel, avec celui du peintre qui verrait en cette femme « un objet visuel qui a une valeur artistique ». Ni le médecin ni le peintre ne verraient une femme en cette femme. Mais « qu'un instant la pensée du peintre, du médecin [...] s'égaré sur l'aspect individuel de la femme, de sorte que le "modèle", le "cas" [...] disparaisse à leurs yeux : si la femme s'aperçoit de ce changement d'attitude, elle opérera ce retour sur elle-même dont nous avons parlé, et aura une vive réaction de pudeur »³⁰.

Nous voyons combien ce regard objectivant est fragile : à tout instant le médecin peut redevenir un homme, et la patiente une femme. Ce type de regard glacé et distant impose au praticien de se couper de lui-même, et compromet l'échange kinésithérapique décrit plus haut qui inclut la personne physique du praticien.

Ce type de relation où l'un objective l'autre n'est pas seulement opposé à l'éthique, en kinésithérapie il compromet l'efficacité du soin. Max Scheler reconnaît combien cette objectivation peut être dégradante pour celui qui la subit, et que l'objectivation, elle aussi, fait naître de la honte et de la pudeur, en réduisant l'être à ce que l'autre observe en lui : « La pudeur paraît résister à tout ce qui appelle trop vivement l'attention... Mais la crainte de devenir l'objet de l'attention n'est pas l'élément principal. C'est bien plutôt la crainte : 1°) de l'*objectivation*, 2°) de l'écrasement de l'image que nous avons *de nous-mêmes*, par l'image que *les autres* s'en font »³¹.

Enfin, Scheler remarque un élément fréquemment responsable des mouvements de pudeur que nous pouvons constater, comme praticien, de la part de nos patientes ou à l'inverse, lorsque le comportement d'une patiente suscite le mouvement de pudeur chez le praticien : une confusion, un étonnement, une surprise, un contraste, « la conscience d'une opposition entre quelque "devoir-être idéal" et la "réalité effective" »³².

29. Jean-Claude Bologne, *op. cit.*, p. 105.

30. Max Scheler, *op. cit.*, p. 30. Max Scheler prenait également l'exemple du serviteur et de sa maîtresse.

31. *Id.*, p. 145.

32. *Ibid.*, p. 12.

La patiente ne sait pas toujours à l'avance comment est censé se dérouler l'examen ou le soin, et peut être surprise de la demande du kinésithérapeute de se dénuder. Il est indispensable d'expliquer et d'expliciter à l'avance chaque geste thérapeutique, dire ce que l'on va faire et pourquoi, et laisser le temps à la personne de donner son assentiment, même tacitement. Parfois, consciente d'avoir à se déshabiller pour ses soins, la patiente est elle-même dans la confusion et nous interroge indirectement sur la nature de ces soins : ces femmes s'excusent de présenter des jambes non épilées ou de garder leurs chaussettes ! La référence est claire à une forme de rapport sexuel, et je rassure toujours ces patientes en leur précisant que « pour ce que nous avons à faire ensemble cela n'a aucune importance ». Le thérapeute doit parfois rappeler à la patiente qu'il n'oublie pas *pourquoi* elle est là. Certaines patientes, en outre, sont très peu pudiques, et vont susciter, consciemment ou non, un mouvement de pudeur chez leur praticien. Ainsi cette jeune femme venue pour sa séance de rééducation postnatale un jour d'été, après avoir retiré les seuls vêtements qu'elle portait, une robe et un slip, s'est installée nue sur ma table d'examen. Il est à noter que ce n'est pas la nudité qui nous choque, lorsqu'elle est prévue et justifiée, mais le franchissement d'une sorte de frontière qui se construit en nous : la vision de ce corps de femme intégralement nu m'a gênée alors que j'étais préparée à examiner sa zone génitale. Cette nudité m'a gênée à la fois parce que je n'y étais pas préparée et qu'elle n'était pas nécessaire.

La pudeur est rarement un obstacle à la rééducation périnéale. Les femmes qui ne peuvent envisager ce type de soins ne viennent sans doute pas jusqu'à nous. De nombreuses femmes, pour les mêmes raisons, ne consultent jamais de gynécologue. Le temps et les explications donnés, en permettant l'instauration d'une relation de double confiance permet de respecter la pudeur de chaque personne.

Cependant si la pudeur est une honte possible, les troubles qui sont l'objet de la rééducation postnatale, incontinences, béance vaginale, prolapsus, sont sources de honte. « Est sale ce qui n'est pas à sa place ; est propre ce qui est débarrassé d'une occupation indue, ce qui a fait place nette », nous dit Philippe Perrot³³. Ainsi la

³³. Philippe Perrot, *Le travail des apparences, le corps féminin, XVIII^e-XIX^e siècles*, Ed. du Seuil, 1984, p. 13.

perte involontaire d'urines en un lieu qui n'est pas approprié, le vêtement, sera toujours vécue comme sale et dégradante. De la même façon, l'extériorisation d'un organe pelvien interne, le prolapsus génital, encore appelé descente d'organe, sera considéré comme impropre. Ces troubles entraînent toujours l'altération de l'image de soi. Les femmes les plus embarrassées par ces troubles ou même par leur éventualité future seront aussi les plus motivées à les prévenir ou à les faire cesser.

Chapitre trois

LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE DE LA FONCTION PERINEALE

La question la plus souvent posée par nos patientes est : « est-ce que c'est normal ? » Les femmes n'ont souvent aucune expérience de la maternité avant d'être mères elles-mêmes pour la première fois. La fonction périnéale reste très mystérieuse. Les transformations corporelles consécutives à la grossesse et à l'accouchement sont des découvertes pour les femmes qui ne savent pas toujours dans quel délai s'inquiéter. Les lésions consécutives à la grossesse et à l'accouchement ne sont pas toujours symptomatiques ou clairement perçues comme telles par les patientes dans un premier temps. Ces femmes ont à faire face à des activités quotidiennes fatigantes comme le port de l'enfant et viennent parfois consulter lorsque les lésions d'étirement ont évolué de manière importante, retardant ou compromettant un retour à la normale même avec l'aide de la rééducation.

Georges Canguilhem a montré qu'il n'est pas possible de définir des normes objectives, au-delà ou en deçà desquelles s'ouvrirait le champ de la pathologie, et que la mesure objective permet tout au plus de définir des moyennes³⁴. « C'est toujours à l'individu qu'il faut se référer ». « Une moyenne, statistiquement obtenue, ne permet pas de décider si tel individu est normal ou non »³⁵. Pourtant, nous dit Canguilhem, « l'état pathologique ou anormal n'est pas le fait de l'absence de toute norme »³⁶ mais est une diminution de la faculté de s'adapter : « la maladie est à la fois privation et remaniement »³⁷, « la maladie reste une sorte de norme biologique »³⁸.

Pour définir la pathologie, G. Canguilhem s'appuie l'étymologie du mot, du grec *pathos*, sentir : « pathologique implique pathos, sentiment direct et concret de

34. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 5^e édition « quadrige », 1994, p.116.

35. Georges Canguilhem, *op. cit.*, p. 118.

36. *Id.*, p. 119.

37. *Ibid.*, p. 122.

38. *Ibid.*, p. 130.

souffrance et d'impuissance, sentiment de vie contrariée »³⁹. L'état pathologique se définit à partir d'une souffrance individuelle, d'une gêne, d'une plainte. Cette gêne individuelle est elle-même ressentie par la personne plus ou moins fortement, en fonction de ce qu'elle croit être une norme. Canguilhem cite Jasper : « C'est l'appréciation des patients et des idées dominantes du milieu social plus que le jugement des médecins qui détermine ce qu'on appelle "maladie" »⁴⁰. La question posée par la patiente, « est-ce que c'est normal ? » est une question à double entente : la patiente cherche à définir une norme par rapport à laquelle elle évaluera son état, et sa question porte à la fois sur son état et sur la validité de sa norme.

Georges Canguilhem a montré qu'il n'y a pas de continuité entre l'état normal et l'état pathologique : l'état pathologique réalise un nouvel état, une adaptation au milieu qui diminue les possibilités d'adaptation et peut aboutir à une infirmité. Cet état pathologique est un nouvel équilibre biologique. En cela il est particulièrement stable, et non spontanément réversible.

Canguilhem évoque le lien entre l'état fonctionnel et les habitudes, et la possibilité d'un traitement par rééducation des troubles fonctionnels. Il cite Th. Brosse : «

la grossesse et à l'accouchement peuvent aboutir à la constitution de ce qu'on appelle un handicap urinaire. Lorsque ce handicap urinaire est sévère, la rééducation devient peu efficace et le traitement chirurgical lui-même n'est pas un retour à la normalité mais un équilibre palliatif.

La guérison n'est pas un retour à l'état antérieur, mais l'acquisition d'un nouvel équilibre, plus ou moins proche de l'ancien, mais parfois supérieur à l'ancien, nous dit G. Canguilhem : « La guérison est la reconquête d'un état de stabilité des normes physiologiques. Elle est d'autant plus voisine de la maladie ou de la santé que cette stabilité est moins ou plus ouverte à des remaniements éventuels. En tous cas aucune guérison n'est retour à l'innocence biologique. Guérir, c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes »⁴².

En dehors des cas où l'état pathologique des femmes est indiscutable, la discussion sur la prescription d'une éventuelle rééducation postnatale tourne autour de cette difficulté à définir une norme, une santé pour la fonction périnéale. Bien entendu, comme le dit G. Canguilhem, « il n'existe pas d'état normal complet, pas de santé parfaite. Cela peut vouloir dire qu'il n'y a que des malades ». « Mais cela pourrait tout aussi bien signifier qu'il n'y a pas de malades, ce qui n'est pas moins absurde »⁴³.

Ni l'accouchement ni la grossesse ne peuvent être qualifiés de maladies, et si l'on définit la pathologie par rapport à la plainte exprimée, ce que recommande l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, l'ensemble des femmes qui ne se plaignent de rien après avoir accouché ne se verront rien proposer comme rééducation postnatale. Encore que si certaines ne se plaignent pas, cela ne veut pas toujours dire qu'elles n'aient pas à se plaindre. Cette attitude attentiste revient à attendre que la pathologie irréversible soit constituée.

G. Canguilhem définit la santé comme une capacité à s'adapter, et la maladie comme un amoindrissement de ces capacités d'adaptation, amoindrissement qui peut être lourd de conséquences possibles pour l'avenir, sans toujours être gênant dans l'immédiat : « la santé c'est un ensemble de sécurités et d'assurances, sécurités dans le présent et assurances pour l'avenir »⁴⁴. En ce sens, la patiente dont le plancher pelvien est affaibli mais qui n'a pas encore de pathologie urinaire

42. G. Canguilhem, *op. cit.*, p. 156.

43. *Id.*, p. 41.

gênante est alors déjà dans le champ de la pathologie, susceptible de bénéficier d'un traitement qui restaurera ses capacités musculaires.

La santé serait donc une absence de pathologie, même sous la forme de pathologie en germe. Canguilhem reprend la formule de Leriche: « Nous pensons avec Leriche que la santé c'est la vie dans le silence des organes »⁴⁵. Ne rien sentir, ne rien savoir, serait la forme idéale de vie corporelle : un corps qui se laisserait oublier.

La fonction périnéale parfaite serait alors un enchaînement de réflexes dont on ne saurait rien, qui se suivraient sans qu'on ait besoin d'y penser. C'est bien ainsi que fonctionne le périnée du nouveau-né : lorsque la vessie est pleine, elle se contracte en même temps que le sphincter se relâche, ce qui lui permet de se vider. La fonction digestive, elle, demande un effort, un certain tonus musculaire dès le début de la vie, et les nouveau-nés ont parfois des difficultés pour émettre un rot, se soulager d'un gaz ou d'une selle. La fonction sphinctérienne normale, telle que nous la vivons, est le résultat d'une éducation, d'un conditionnement qui permet la vie sociale. Elle requiert un minimum d'attention, d'écoute de nos sensations, de respect de nos besoins. La fonction d'élimination est un besoin, qui peut parfois être pressant. Tout organisme vivant naît, croît, se nourrit, élimine, se reproduit, meurt. Se nourrir et éliminer sont des fonctions indispensables à tout individu vivant, sous peine d'entraîner la mort. On parle ainsi de soulager sa vessie, pour la vider. Le silence complet en ce qui concerne la fonction périnéo-sphinctérienne est de l'ordre de la pathologie : il est réalisé malheureusement pour les patients paraplégiques. Ces patients apprennent à vider leur vessie par auto-sondages.

Pour nous la santé est bien cette capacité à s'adapter, à innover, mais plus encore c'est une forme de joie d'être en mouvement. La vie est mouvement, mouvements respiratoires, pulsations cardiaques, succession de mouvements de vie qui ne s'interrompra qu'avec la mort. Sentir son corps en mouvement est une joie, éprouver sa force, sa solidité, sa résistance sont à la fois des sécurités et des joies. Aristote affirme que le propre des êtres de nature est d'être en mouvement⁴⁶. Mettre en mouvement ou remettre en mouvement un périnée pour une personne,

44. Georges Canguilhem, *op. cit.*, p. 131.

45. *Id.*, p. 72.

46. Pierre Aubenque, *Le problème de l'être chez Aristote*, Collection quadriga, Paris, PUF, 2002, p. 420.

porter à sa conscience ou restaurer dans sa conscience une gestuelle périnéale juste, perçue, est la mise en actes de cette conviction que le mouvement vaut mieux que l'immobilité, la perception davantage que l'inconscience, la vie davantage que la mort. Nous sommes loin du silence des organes, et ces organes peuvent témoigner de leur bien-être autrement que par le silence⁴⁷. Quant à la santé de la fonction sexuelle, elle est tout sauf silence. Les conditions d'une sexualité heureuse dépassent de très loin leurs conditions physiques de possibilité. Celles-ci peuvent cependant être un obstacle infranchissable et à ce titre, la rééducation périnéale postnatale a un rôle, modestement et discrètement à jouer. La sexualité n'est pas un silence, même si on peut préférer laisser le silence se refermer sur elle.

47. Christine Michel, sage-femme ostéopathe, souligne : « Lorsqu'il est de "bonne humeur" l'utérus bascule d'avant en arrière et d'arrière en avant en un mouvement lent et régulier ». III^e congrès de périnéologie, La Rochelle, 2003.

Chapitre quatre

LAISSER FAIRE LA NATURE

L'accouchement et la grossesse étant des phénomènes naturels, bien qu'ils soient de plus en plus fortement encadrés par la technique médicale, l'argument de « laisser faire la nature » est souvent opposé à la patiente inquiète, ou au praticien convaincu, qualifié alors d'interventionniste.

Parmi ces partisans d'un ordre de la Nature, il y a ceux qui pensent que tout rentrera dans l'ordre spontanément : c'est la Nature qui guérit.

Cette transformation physique qu'est la grossesse est bien un processus naturel, du moins lorsque tout va bien. L'imprégnation hormonale autorise la dilatation de l'utérus pour accueillir l'enfant au fur et à mesure de sa croissance. Elle permet l'extensibilité des muscles abdominaux pour laisser de la place à un utérus de plus en plus volumineux. Elle assouplit les articulations habituellement fixes du bassin, et les parois périnéale et vaginale pour permettre la mise au monde de l'enfant. Lorsque l'enfant est né sans problème, force est de reconnaître combien la nature est bien faite ! Cette extraordinaire métamorphose qu'est la grossesse se déroule d'elle-même, même aujourd'hui : après la conception les interventions humaines consistent essentiellement en une observation du phénomène. Ce phénomène de grossesse est tellement autonome qu'il faut l'intervention d'un tiers pour le faire cesser et l'empêcher d'aller à son terme. L'accouchement, puis l'allaitement, sont également des processus où l'enchaînement des réflexes peut être favorisé ou perturbé par la volonté, mais qui se déroulent spontanément.

Il est tentant de prêter à la nature la même obstination dans le retour à l'état antérieur. Ainsi, l'utérus se rétracte, l'équilibre hormonal qui a permis et contrôlé la grossesse, l'accouchement puis l'allaitement, reviendra vers l'équilibre antérieur. Et dans une certaine mesure, les parois abdominales et périnéales reprendront leur tonus. Dans une certaine mesure seulement. Les raisons pour lesquelles la récupération musculaire ne se fait que partiellement spontanément sont bien connues, étirements ou compressions nerveuses, conséquences

vasculaires, musculaires et tissulaires, pour reprendre une expression chère à l'un de mes confrères⁴⁸ les modifications anatomiques consécutives à la grossesse et à l'accouchement sont « logiques » et non « patho-logiques ».

La finalité de la nature, si elle existe, elle celle de la préservation de l'espèce : la nature prévoit et organise la possibilité de reproduction. Ni les incontinenances, ni les troubles de la statique abdomino-pelvienne ne sont un obstacle physique à la possibilité d'une autre grossesse. La nature, si elle guérit, n'assure qu'un service minimum !

A l'opposé, certains pensent que la nature détruit, qu'il existe une sorte de fatalité, de prix à payer pour devenir mère. C'est l'écho du fameux « Tu enfanteras dans la douleur »⁴⁹ qui se poursuit jusque dans les suites de couche, douleur étant à prendre au sens physique comme au sens d'affliction. Tenter de refuser ou de s'opposer à la souffrance liée à la maternité relèverait alors du sacrilège. Lorsque la femme exprime sa plainte malgré tout, son bonheur de mère lui est opposé : n'est-elle pas bien heureuse ?

Cet ordre de la nature, qu'il guérisse ou qu'il détruise, est montré comme tout puissant, et injonction est faite à la femme de s'y plier : elle doit attendre passivement la guérison ou accepter passivement la destruction. Il est à noter que dans l'un et l'autre cas, l'état pathologique de la femme en suite de couche est reconnu. Il est fréquent de constater que les partisans de laisser faire la nature passent sans difficulté d'un camp dans l'autre, assurant à la femme inquiète que tout s'arrangera tout seul, puis, si la femme revient à la charge, que c'est la vie et qu'elle doit s'y faire.

Il est possible de relier cette injonction de passivité, pour la femme, à une tradition philosophique et psychanalytique qui caractérisaient la femme par sa passivité : la femme était dite passive *par nature*.

Luce Irigaray a montré dans une critique radicale de la pensée de Freud et d'une certaine tradition philosophique⁵⁰ comment la femme était pensée par l'homme, pour l'homme, objet et non sujet. L. Irigaray appuie sa critique sur un texte de

48. Roland Leclerc, kinésithérapeute à la maternité des Lilas.

49. Le verset exact est : « Je multiplierai ta peine et tes grossesses, c'est dans la peine que tu enfanteras des fils ». Genèse, III, 16. J'ai préféré reprendre cette référence telle qu'elle se présente le plus fréquemment, c'est-à-dire sous sa forme caricaturale.

50. Luce Irigaray, *Speculum de l'autre femme*, Les éditions de minuit, 1979.

Freud, rédigé tardivement, sous la forme d'une conférence fictive⁵¹. Elle cite Freud : « Mesdames, Messieurs, ...Le problème de la féminité vous préoccupe puisque vous êtes des hommes. Pour les femmes qui se trouvent parmi vous, la question ne se pose pas puisqu'elles sont elles-mêmes l'énigme dont nous parlons »⁵². Luce Irigaray commente ainsi cette entrée en matière : « Il s'agirait donc pour vous, hommes, de parler entre vous, hommes, de la femme, qui ne peut être intéressée par l'écoute ou la production d'un discours concernant l'énigme, le logographe, qu'elle représente pour vous. Le mystère qu'est la femme constituera donc la visée, l'objet et l'enjeu d'un discours masculin, d'un débat entre hommes, qui ne lui ferait pas question, ne la concernerait pas. Dont elle n'aurait à la limite rien à savoir »⁵³.

La référence à la nature de la femme par Freud se fait toujours à partir de la nature masculine, souligne L. Irigaray : « Au commencement...la petite fille (n')était (qu')un petit garçon. Autrement dit, IL N'Y A(URA) JAMAIS EU DE PETITE FILLE. Reste à assigner sa fonction sexuelle à ce "petit garçon" dépourvu de pénis, du moins d'un pénis reconnu valeureux. S'impose donc l'épreuve de la castration. Il voit le préjudice que lui réserve son destin anatomique : il n'a qu'un tout petit sexe, un rien de sexe, un sexe quasiment invisible. Le presque imperceptible clitoris. L'humiliation d'être aussi mal doté, de faire aussi piètre figure, par comparaison au pénis, au seul sexe, ne peut qu'induire cette "envie d'avoir un machin comme ça" qui va étayer le "devenir une femme normale" selon Freud. Dans ce parcours, ce qui domine l'après-découverte de la castration c'est l'envie, la jalousie, la haine de la mère – et d'ailleurs de toute femme – qui n'a pas et n'a pas pu donner un pénis »⁵⁴. « Envie, jalousie, convoitise, corréliées à manque de, défaut de, absence de...Tous ces termes décrivent la sexualité féminine comme simple *envers*, et même *revers*, d'un sexualisme masculin »⁵⁵.

L'analyse de L. Irigaray montre que Freud a méconnu « l'envie du vagin, de la matrice », « le dépit d'être en défaut, en manque, par rapport à un hétérogène, à un

51. Sigmund Freud, « La féminité », dans *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, Gallimard, Idées.

52. Luce Irigaray, *op. cit.*, p. 9. C'est Luce Irigaray qui souligne le *nous*.

53. *Id.*, p. 9.

54. *Ibid.*, p. 55.

55. *Ibid.*, p. 58.

autre »⁵⁶ que peut ressentir un homme, notamment pendant la grossesse de sa femme, ou encore lorsqu'elle allaite leur enfant. Pour Luce Irigaray, « chaque sexe aurait à se situer dans une *double* économie – une "*double dialectique*" – *celle du plaisir et de la reproduction* »⁵⁷.

La critique virulente de Luce Irigaray s'adresse ensuite aux textes philosophiques, depuis Platon et Aristote, jusqu'à Descartes, Kant et Hegel où cette même idée de passivité de la femme a été reprise d'un auteur à l'autre sans être remise en question, dans un contexte certes très différent de celui que nous connaissons aujourd'hui, mais même après que l'on ait eu connaissance du rôle de l'ovaire dans la conception. La nature a servi de prétexte à une justification des rôles qui sont assignés à l'un et l'autre sexe. Ainsi ce texte de Hegel, cité par L. Irigaray : « De même que chez le mâle l'utérus dégénère en une simple glande, dans la femelle le testicule demeure enveloppé dans l'ovaire sans passer dans l'opposition, ni devenir pour soi le cerveau actif, et le clitoris représente le sentiment passif en général. Dans l'homme, par contre, on a le sentiment actif, le cœur qui se gonfle, le sang qui remplit les corps caverneux et les mailles du tissu spongieux de l'urèthre. A cet épanchement du sang dans l'homme, correspondent les pertes menstruelles de la femme. De cette façon, ce que reçoit l'utérus en tant que "simple réceptacle" se trouve scindé chez l'homme en substance cérébrale productive et en cœur qui s'épanche au dehors. L'homme est, par suite de cette différenciation, le principe actif tandis que la femme est le principe passif parce qu'elle demeure dans son unité non développée. On ne doit pas réduire la génération à l'ovaire et à la semence du mâle, comme si le produit n'était qu'une réunion des formes ou des parties des deux. Mais c'est bien dans la femme qu'est l'élément matériel et dans l'homme la subjectivité »⁵⁸. On voit bien que dans ces propos l'idéologie remplace la philosophie.

Geneviève Fraisse a montré l'absence d'une philosophie du féminin ou même d'une philosophie de la différence des sexes : « En philosophie, à une ou deux exceptions près, aucun chapitre d'aucun livre ne prend la différence des sexes comme objet théorique. A l'inverse, personne n'est muet sur un tel sujet ». « Absence théorique et présence bavarde, tels sont les deux repères qui nous

56. Luce Irigaray, *op. cit.*, p. 59.

57. *Id.*, p. 118.

obligent à réfléchir »⁵⁹. D'après G. Fraisse, l'absence d'un discours logique sur les sexes et leur différence permet le maintien de la domination masculine et le refoulement du sexe : « Des énoncés d'ordre divers sur la différence des sexes peuvent se relier sans nécessairement ordonner les choses. Constituer des liens logiques sur un tel sujet relève déjà de la provocation car on sait pourquoi ce désordre existe : il y va du refoulement du sexe et de la domination masculine. Refoulement et domination : deux séries de raisons pour expliquer pourquoi le discours sur le sexe a toujours intérêt à se manifester par fragments, par morceaux de sens ; cachant ainsi, à l'évidence, le sens lui-même, celui du pouvoir masculin et celui de la sexualité humaine »⁶⁰.

Le terme de « différence des sexes » renvoyant au sens biologique dans la langue anglaise, les Américaines ont créé le concept « genre », *gender*. L'adoption du concept de genre dans la langue française renvoie, nous dit G. Fraisse, à l'ambiguïté du terme : « genre désigne parfois l'universel, le genre humain, et parfois le particulier, le genre masculin ou féminin ; un genre asexué, ou deux genres sexués. Cette ambiguïté pourrait paraître pleine de promesses, donnant d'emblée au concept de genre une multiplicité de perspectives. Or cette duplicité désigne précisément la difficulté rencontrée dans la tradition par la représentation du sexe féminin : soit exclu dans les propos universels (le suffrage universel signifie au XIX^e le suffrage masculin) ; soit renvoyé au particulier comme lorsque la femme, dans les textes, est à elle seule le sexe du genre humain, le Sexe, le Beau Sexe. De fait, ce glissement permanent du général au particulier est un mécanisme essentiel au discours sur la différence des sexes »⁶¹.

Aujourd'hui, le rôle de la femme dans la conception n'est plus considéré comme passif. Les femmes ont gagné le statut de sujet, peuvent définir librement leur féminité, choisir la maternité. Mais c'est cette maternité même qui pourra être le prétexte d'une nouvelle assignation. Sur l'analyse que Freud fait de la féminité, Luce Irigaray montre que c'est la mère qui va « servir de *paradigme* au féminin dans le débat touchant aux relations entre couplages féminin/masculin et actif/passif ». Freud cherchant à montrer que la mère est passive en tant que

58. *Ibid.*, p. 266.

59. Geneviève Fraisse, *La controverse des sexes*, Quadrige, Paris, PUF, 2001, p.40.

60. *Id.*, p. 19.

61. *Ibid.*, p. 25.

femme mais «à tous points de vue, active vis-à-vis de l'enfant » prend l'exemple de l'allaitement, qu'il réduit à une activité ou plus exactement à une production (de lait), alors que, nous dit Luce Irigaray, la mère qui allaite est aussi l'objet de l'activité du nourrisson qui la tête. « Toute considération de plaisir dans l'allaitement apparaît ici comme exclue, méconnue, interdite. Ce qui, certes, introduirait quelque nuance dans de tels énoncés. Mais il semble bien que l'enjeu soit le monopole de l'²activité² productrice, le départage d'un pouvoir ²phallique². Que la façon dont il s'annonce à propos de l'allaitement fasse question c'est certain, mais plus encore peut-être l'identification du féminin au maternel dont on n'a pas fini de mesurer l'impact, l'impasse et les prescriptions »⁶².

Cette assignation à un rôle maternel est généralement une surprise pour les femmes lorsqu'elles découvrent la maternité : dès leur grossesse, on attend d'elles une forme de soumission dont le pouvoir médical abuse parfois, ne leur donnant pas toujours droit à la parole. L'employeur, ensuite, peut prendre le formidable investissement affectif de la maternité comme une preuve de désinvestissement professionnel et les licenciements pour congé maternité ne sont pas rares, les « récidivistes » étant plus sévèrement jugées. Les femmes qui ignoraient le sexisme vont le découvrir en tant que mères.

La rééducation périnéale postnatale représente pour ces femmes la possibilité de sortir de la prescription et de l'assignation à un rôle passif : elle leur donne l'occasion d'agir par elles-mêmes et sur elles-mêmes, dans ce processus de récupération corporel qui suit la grossesse et l'accouchement.

La définition que donne Hannah Arendt du verbe agir est « mettre en mouvement »⁶³. Hannah Arent rappelle l'existence de deux termes distincts, en grec et en latin, pour traduire "agir" : en grec nous trouvons les deux verbes *archein*, commencer, guider, commander, et *prattein*, traverser, aller jusqu'au bout, achever ; en latin, c'est *agere*, mettre en mouvement, mener, et *gerere*, porter. L'action semblerait, nous dit-elle, « divisée en deux parties, le commencement fait par une personne seule et l'achèvement auquel peuvent participer plusieurs personnes en "portant", en "terminant" l'entreprise, en allant

62. Luce Irigaray, *op. cit.*, p. 13

63. Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne*, Pocket, Paris, 2003, p. 233.

jusqu'au bout »⁶⁴. Ainsi, agir ne peut se faire seul, «être isolé, c'est être privé de la capacité d'agir »⁶⁵. La jeune accouchée a besoin pour agir sur elle, pour se remettre en mouvement ou se remettre tout simplement, d'une aide, d'un guide, d'un témoin. La rééducation est la médiation par laquelle la patiente et le kinésithérapeute peuvent, ensemble, re-naturer la nature dé-naturée, ou achever le travail de récupération effectué par la nature ainsi que l'a montré Aristote. Aristote affirme que l'art humain peut se substituer aux défaillances de la nature et leur suppléer⁶⁶.

La patiente, lors de la rééducation postnatale, guidée et assistée par le kinésithérapeute, accompagne le processus de réparation spontané, le complète et se l'approprie. L'effort de récupération, s'il vient se heurter à ce qui ne pourra guérir ou récupérer, permettra, parce qu'il aura été accompli, de donner toute leur valeur aux progrès obtenus, et sera précisément ce qui pourra permettre à cette femme d'accepter ces séquelles si elles existent.

64. *Id.*, p. 247.

65. Hannah Arendt, *op. cit.*, p. 246.

66. Pierre Aubenque, *op. cit.*, p. 498 et 501.

Chapitre cinq

LA FONCTION PERINEALE

I. Le tabou sexuel

Présence « bavarde », dans les textes, du féminin, sans qu'il ait « droit de cité », ordre de la nature opposé à la femme, comme si elle n'en faisait pas intimement partie et au nom de sa nature à elle, les réticences qui tendent à freiner l'accès à la rééducation périnéale postnatale de la part d'une certaine partie du corps médical, sont à relier au Tabou qui pèse sur la sexualité et à la domination masculine sur les femmes, au nom de ce tabou.

Si toutes les sociétés humaines ont fait peser un tabou sur la sexualité, sur le désir sexuel, c'est pour tenter de contenir la violence du désir sexuel – le plus violent de tous les appétits pour Platon⁶⁷. René Girard a montré le caractère mimétique du désir, qui rend désirable un objet parce qu'il est déjà désiré par un autre. Cette structure mimétique entraînant la rivalité et la violence, il est nécessaire de poser des interdits pour contenir cette violence. Ainsi, l'interdit de l'inceste est fondateur, portant sur les femmes les plus menacées de désir mimétique parce que les plus proches, la mère, la sœur, la fille⁶⁸. Dominique Folscheid, dans son analyse du sexe comme discours et comme système déshumanisant a montré comment la logique du sexe se dissimule derrière une revendication de liberté, reprenant et symbolisant « l'interdit d'interdire »⁶⁹. Les interdits ne sont plus vus comme des limites visant à protéger la société de la violence du désir mimétique, mais interprétés comme sources de cette violence par ceux qui soutiennent le sexe comme système, ou qui s'y soumettent. « Avec l'apparition du sexe, on a si bien éliminé le sacré que l'idée même de tabou a perdu son sens, bien qu'elle ait

67. Dominique Folscheid, *Sexe mécanique*, Editions de La Table Ronde, Paris, 2002, p. 310.

68. René Girard, *Des choses cachées depuis la fondation du monde*, Paris, Grasset, 1978, cité par Dominique Folscheid, *op. cit.*, p. 106 et 312.

69. Dominique Folscheid, *op. cit.*, p. 228 et 231.

encore un emploi, ce qui n'est pas la même chose », nous dit D. Folscheid⁷⁰. Avant d'étudier ce qui peut encore subsister de sacré dans notre sexualité, et comment la rééducation périnéale pourrait prendre en compte ce caractère sacré, penchons-nous sur le sens d'un tabou sexuel pour ces femmes qui viennent d'accoucher.

Durant sa grossesse, si tout va bien, une femme est soumise à un suivi médical, qui en France comporte en moyenne une dizaine d'examens gynécologiques, trois échographies ou davantage, des examens répétés de sang et d'urine. Nous ne parlerons pas des cas où ce suivi nécessite des actes invasifs, comme l'amniocentèse, la chirurgie fœtale in-utero ou l'interruption médicale de grossesse. Cette femme, lorsqu'elle est enceinte, est auscultée, scrutée, examinée, mais aussi suivie, surveillée, soignée. Chacun de ces examens a un sens, une visée, qui cherche à assurer la sécurité de la mère et de son enfant. Mais qu'en est-il de la rééducation et des rééducateurs, qui peuvent accueillir ces femmes six à huit semaines après la naissance de leur enfant ? Sont-ils par avance légitimés par le fait que la femme a renoncé une fois pour toutes à sa pudeur et à ses réticences ? Un peu plus ou un peu moins, cela n'aurait-il alors plus d'importance ?

Est-ce que ce corps médical tout entier affairé à scruter la vie en train de se faire, la femme en train de la donner, l'enfant de la prendre, fait naître une « envie d'aller y voir », pour les rééducateurs qui auraient à intervenir, une fois tout terminé, comme des charognards se disputent ce qui reste après que les fauves se soient taillé leur part ? La rééducation périnéale postnatale est-elle obscène ?

Le mot obscène, du latin *obscenus*, est issu de la langue augurale et signifie « de mauvais augure, sinistre ». Il est passé dans le langage courant au sens de « qui a un aspect affreux, que l'on doit cacher, immonde, sale, indécent ». Le mot a été repris avec son sens moderne « qui révolte la pudeur » en parlant d'une chose, d'un spectacle, d'une personne⁷¹. Pour Max Scheler, l'obscénité vise à offenser la pudeur, volontairement, et à tirer de cette offense une jouissance⁷².

70. Dominique Folscheid, *op. cit.*, p. 174.

71. *Dictionnaire historique de la langue française*, dirigé par Alain Rey, Paris, Dictionnaires Le Robert, 1998, p. 2419. L'étymologie du mot obscène est inconnue ; Alain Rey souligne que de même que le mot obscur, le mot obscène n'est pas *ob* « devant » *scaena* « la scène ».

72. Max Scheler, *op. cit.*, p. 57.

Michel Foucault , comme le remarque D. Folscheid, a eu ce soupçon à l'égard de la médecine : « ce ne sont pas les découvertes de la *scientia sexualis* qui motivent l'intérêt que le public manifeste à leur endroit. Dans ce domaine, la curiosité scientifique n'est que le cache-sexe de la curiosité sexuelle ». « Bien naïve est la médecine qui croit être parvenue à médicaliser le sexe, alors que c'est plutôt le sexe qui a mis la médecine à son service ». C'est de sa biologisation que le sexe aurait tiré sa naturalisation, et de là sa banalisation et la banalisation de sa banalisation⁷³, ce qui mettrait la kinésithérapie périnéale postnatale au service du sexe et non des femmes.

Ces questions, ces soupçons, ont accompagné la rééducation périnéale depuis sa naissance, suscitant étonnements polis, sourires en coins ou rires gras.

Pourtant, ce sont les femmes qui souhaitent effectuer cette rééducation. Jamais la rééducation postnatale n'aurait connu un tel essor sans l'appui, le soutien des femmes, qui ont réclamé une aide pour elles ou pour leurs sœurs. C'est leur mère, leur belle-mère, leur collègue ou amie qui les y invite, ainsi que pourrait le faire la mère du conte africain: « Fais tes séances, tu verras, c'est important pour plus tard ».

Car ce sont celles qui ont été atteintes dans l'intégrité de leur fonction périnéale, souffrant d'une incontinence ou d'un prolapsus, qui ont alerté les plus jeunes des conséquences futures de la maternité. Ainsi, cette patiente, mère d'un unique enfant de dix ans, disant : « cet accouchement m'a détruite ».

Les jeunes femmes expriment leur demande de soins. Elles espèrent accéder à un moyen de restaurer et de consolider leur fonction périnéale, malmenée par la maternité. La rééducation périnéale postnatale leur en offre la possibilité. Les femmes sentent que loin de les offenser, cette rééducation peut les aider à restaurer leur dignité. Le tabou sexuel demande une certaine ritualisation pour permettre aux femmes de le transgresser : on ne montre pas son périnée comme on montre son visage. Il y a une manière de faire qui permet ces soins dans le respect de la pudeur et de la dignité de chacune, il y a une manière de faire qui les rend obscènes. La marge est étroite entre les deux.

73. Dominique Folscheid, *op. cit.*, p. 39, 47, 222.

Aristote nous apprend que l'éthique portera toujours sur les moyens⁷⁴ et non sur les fins de l'action. En matière de rééducation périnéale, les divergences sur les manières de procéder sont sous-tendues par des façons radicalement opposées de concevoir la fonction périnéale.

II. La fonction périnéale

Le périnée, du grec, *perineos*, était au départ un terme familier pour désigner la partie du corps située entre l'anus et les testicules⁷⁵. Aujourd'hui le périnée désigne la partie du corps située entre coccyx et pubis pour les deux sexes. Si sa localisation ne nous donne pas d'indication sur sa fonction, l'expression « plancher pelvien », *pelvic floor* en anglais, ou « paroi périnéale », est plus éclairante.

La paroi périnéale limite l'extrémité inférieure du tronc et constitue son plancher, sa base. On l'appelait également le fondement.

Le plancher pelvien chez la femme est une nappe musculaire qui tapisse tout le pourtour du bassin osseux, dont les fibres convergent, s'entrecroisent autour du canal anal puis se dirigent vers l'avant où elles vont se séparer en deux faisceaux qui délimitent la fente ano-vulvaire, par laquelle passent le vagin et l'urètre, puis se fixent sur le pubis. Sans plancher, le bassin n'en serait plus un : l'espace que délimite le bassin est un cylindre creux ou plus exactement un cône tronqué, le plancher pelvien en referme l'extrémité inférieure.

Cette cloison musculaire constitue donc une limite, qui sépare le corps de l'extérieur, qui sépare le dedans du dehors, jouant le rôle de contenant, et sépare le dehors du dedans, comme le ferait une porte pouvant être ouverte ou fermée.

C'est l'intégrité de cette structure musculaire qui s'oppose à la béance, béance vulvaire ou béance vaginale.

La paroi périnéale, en tant que plancher, doit porter, supporter, le poids des organes pelviens, vessie, utérus, rectum. Ce rôle est essentiel durant la grossesse car l'utérus s'alourdit au fur et à mesure du développement de l'enfant. Pour bien

74. Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Livre I, chap. IV.

75. Dictionnaire historique de la langue française, p. 2664.

jouer ce rôle, le périnée doit être tonique. C'est sa tonicité qui s'oppose aux pesanteurs pelviennes et à l'extériorisation d'un des organes pelviens.

C'est pourtant son rôle sphinctérien qui a été reconnu et étudié en premier lieu. L'entrecroisement des fibres musculaires autour de l'urètre et du canal anal, ainsi que l'interaction de nombreux réflexes, font du périnée le garant de la continence – capacité à contenir – et de l'élimination par les sphincters. C'est sa capacité à se contracter et à se relâcher qui permet l'alternance des phases de remplissage et de vidange : la fonction périnéale s'oppose à l'incontinence et à la rétention.

La paroi périnéale féminine est ouverte en avant par la fente ano-vulvaire, laissant le passage au vagin et à l'urètre. C'est ce hiatus uro-génital qui est la spécificité du périnée féminin : il dessine une porte, une ouverture, qui rend possible la pénétration par le sexe masculin, et ménage une issue pour les enfants à naître. C'est cette perméabilité du périnée pour la femme, qui permet la sexualité et la reproduction. Les qualités requises pour remplir ce rôle sont la souplesse : une musculature crispée, une cicatrice, vont compromettre sa capacité à se laisser étirer. En ce qui concerne la fonction sexuelle, elle requiert des perceptions préservées, l'altération de l'innervation entraînant une diminution de la sensorialité vaginale pour la femme, le relâchement de la musculature entraînant une diminution de la stimulation pour la femme comme pour l'homme.

Pour résumer, la fonction périnéale est complexe, assurant à la fois un rôle de fermeture du corps, de soutien actif des organes pelviens, un rôle sphinctérien, un rôle dans la sexualité et la reproduction. Pour faire face à ses multiples tâches, il doit être intact dans son anatomie, tonique et fort, conscientisé c'est-à-dire bien perçu et commandé, et souple.

III. Fonction périnéale et rééducation périnéale postnatale

Lorsque le praticien prend en compte la totalité des fonctions altérées du périnée, il cherche à corriger tous les déficits retrouvés au cours du bilan, et sa prise en charge est à la fois analytique et globale. C'est l'examen clinique soigneux et précis qui l'orientera dans le choix des techniques de rééducation à utiliser pour chaque personne en accord avec celle-ci. Le traitement se construit en fonction

des résultats du bilan fonctionnel: à un déficit doit correspondre une technique appropriée.

Parmi les reproches qui sont faits à la rééducation périnéale postnatale, se retrouve celui du manque d'efficacité de ces soins. L'image caricaturale qui est donnée de cette rééducation est celle, hélas, trop fréquente, de la patiente « branchée » en moins de temps qu'il ne faut pour le dire, une sonde dans le vagin reliée à un appareil qui délivre un courant électrique, seule, le praticien présent uniquement au moment de « brancher » sa patiente et de la « débrancher » une vingtaine de minutes plus tard. Ce comportement inacceptable mais malheureusement banal a suscité par réaction une autre forme de rééducation tronquée, vidée de son contenu essentiel, qui est tout de même de soulager efficacement des symptômes toujours très pénibles à vivre: la rééducation exclusivement manuelle, répétition d'exercices stéréotypés assortis de l'injonction de s'entraîner.

Le refus radical que ces praticiens expriment lorsqu'ils évitent de recourir à des techniques instrumentales illustre une confusion entre techniques instrumentales et instrumentalisation du sujet. C'est oublier que la main est un instrument, le premier outil de l'homme. Ces praticiens critiquent les techniques d'électrostimulation, et cherchent à supprimer l'intermédiaire technique entre le soignant et le sujet, sans remplacer ces techniques de gain musculaire par d'autres, comme la contraction contre la résistance de charges par exemple.

Mais lorsque nous examinons chacun de ces types de prise en charge ou de non prise en charge, nous retrouvons une logique qui les sous-tend. Le périnée n'est souvent vu que par fragments: il sert à « faire », faire ses besoins, faire du sexe, faire des enfants. Lorsque le périnée féminin est pris en charge de façon fragmentaire, l'aspect privilégié par cette prise en charge n'est pas le reflet d'un choix de la patiente mais celui d'une idéologie de la part du praticien.

Si l'on considère le périnée féminin uniquement dans sa fonction de permettre une sexualité passive, alors la rééducation périnéale postnatale n'est pas nécessaire: si la femme est un trou, peu importe qu'il soit béant pourvu qu'on puisse y entrer. C'est la logique du sexe phallocrate et phallocentrée⁷⁶.

Si c'est la fonction sphinctérienne que l'on souhaite privilégier, la prise en charge sera limitée aux techniques instrumentales, de préférence passives, comme la

76. Dominique Folscheid, *op. cit.*, p. 99 et 100.

stimulation électrique, en se gardant de toute prise de conscience possible de sa musculature par la femme pour elle-même. Le praticien est alors une sorte de super plombier qui répare les fuites. Il construit une force périnéale, sans conscience, une force aveugle, presque stupide. En cas d'échec, la sanction est chirurgicale. Ce praticien ne méconnaît pas la fonction tonique du périnée, lorsqu'il constate son insuffisance il va jusqu'à plaindre le mari, qui « ne doit pas s'amuser tous les jours » : pour lui, la femme est passive, dans la sexualité comme dans la rééducation. Il fait ce qu'il peut pour elle, mais omet tout ce que la femme pourrait faire pour elle-même si elle était guidée dans ce sens.

A l'opposé, nous l'avons vu, se tiennent les prises en charge uniquement manuelles, qui privilégient la prise de conscience du mouvement, sans offrir la possibilité aux patientes de renforcer leurs muscles : c'est la conscience sans force, sans solidité. Ce refus des techniques de renforcement musculaire – il en existe qui ne soient pas instrumentales – indique que la fonction qui serait vraiment importante pour ce périnée n'est pas sphinctérienne mais maternelle. On ne s'étonnera pas de retrouver une majorité de sages-femmes dans ce camp. Ces praticiens ne méconnaissent pas la gêne et la souffrance entraînées par les troubles sphinctériens, ni même l'importance de la musculature périnéale dans la fonction sphinctérienne. Simplement reconnaître l'horreur dont s'accompagne parfois le bonheur d'être mère risquerait de trop ébranler le mythe de la maternité triomphante. Les troubles urinaires sont donc minimisés, dédramatisés. Les patientes sont sommées de multiplier les exercices effectués seule : la persistance des symptômes sera l'échec de la femme, qui ne se sera pas entraînée suffisamment pour guérir, et non l'échec du praticien ou de ses techniques.

Périnée pour faire des enfants, ne pas faire sur soi ou faire du sexe, le périnée féminin pour soi, pour soi-même, est oublié. Alors qu'il est inévitable que cette paroi soit moins tonique, puisqu'elle a été étirée pour laisser le passage à un enfant, les recommandations de l'ANAES sont formelles : la rééducation postnatale ne devra pas être systématique⁷⁷. La femme devra, pour avoir le droit de bénéficier d'une prescription de rééducation, présenter des symptômes, sphinctériens de préférence. L'incontinence urinaire coûte cher, en terme de santé

77. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, *Rééducation dans le cadre du post-partum, texte des recommandations*, Saint-Denis la Plaine, Paris, 2002.

publique, sur ce point là au moins, l'accord est unanime. Mais plus que son aspect économique, l'incontinence a un coût humain, social. Le mot même d'incontinence évoque pour de nombreuses femmes l'image du vieillard sénile, portant des couches. Ces femmes qui mettent leurs enfants au monde sont-elles condamnées à attendre l'incontinence ? Ce phénomène intime et privé qu'est la maternité ne concerne-t-il pas la société toute entière, lui donnant simultanément un caractère public ? La société dispose, avec la rééducation périnéale, d'un moyen de témoigner aux femmes qui ont porté des enfants sa solidarité. C'est le moyen pour ces femmes de restaurer leur fonction périnéale dans toute sa richesse, de retrouver un périnée qui joue pour elles le rôle d'une paroi tonique, active, vivante et solide.

Chapitre six

LA NATALITE

La naissance d'un enfant est toujours un événement à la fois public, qui concerne la société toute entière et privé, qui concerne l'intimité d'une femme, d'un couple, d'une famille.

I. La sexualité

La naissance d'un enfant est le résultat d'un phénomène naturel et organique, la reproduction, qui pour l'espèce humaine, est assurée par la fécondation d'une femme par un homme au cours d'un rapport sexuel. Dans l'acte sexuel fécondant, les corps de l'homme et de la femme s'unissent et c'est cette union qui rend possible l'union des gamètes qui donnera naissance à l'embryon. L'enfant naît de la rencontre des gamètes, rendue possible par la rencontre d'un homme et d'une femme, rencontre qui peut être éphémère ou durable.

La sexualité humaine est le reflet de la singularité de chaque homme, de chaque femme, et de chaque couple. Dominique Folscheid la définit comme «un système de médiations réciproques» qui «réussit en effet l'intégration d'éléments aussi disparates que le biologique et l'humain, le charnel et le spirituel, la liberté et la nature, le pulsionnel et l'affectif. Le corps organique (*Körper*) y devient chair (*Leib*) par investissement langagier, psychique, culturel, sentimental et spirituel. Ce qui fait qu'un homme n'est pas réductible à un mâle ni une femme à une femelle. Ainsi se jouent, au cœur de notre sexualité, les relations du Même et de l'Autre»⁷⁸. Le terme de sexualité apparaît tardivement dans la langue française pour qualifier la vie sexuelle, et servait à l'origine à désigner «ce qui est sexué et l'ensemble des caractères propres à chaque sexe»⁷⁹.

L'apparition de la contraception a modifié la sexualité, qui peut être rendue infertile. L'union des êtres et des corps n'est plus systématiquement associée à

78. Dominique Folscheid, *op. cit.*, p. 30.

l'éventualité d'une grossesse. Dominique Folscheid souligne l'impact de cette révolution sur l'identité des femmes, et par effet de miroir, sur celle des hommes : avec la pilule, la femme est devenue « comme un homme »⁸⁰. En fait, elle devient comme ménopausée, à ceci près que cette pause hormonale reste réversible. La contraception, en dissociant jouissance et fécondité, a autorisé les femmes à accéder à la jouissance, ce qui renforce pour l'homme le pouvoir de donner cette jouissance. Elle a donné aux femmes le contrôle de leur fertilité : elles peuvent prendre la pilule ou ne pas la prendre, sans en informer leur partenaire, de même, la femme peut porter ou faire retirer un stérilet en secret : la contraception a privé les hommes de leur pouvoir de domination sur les femmes⁸¹. C'est la dissociation entre le moment de la contraception et le moment du rapport sexuel qui renverse le rapport de forces, ce que ne fait pas le préservatif.

Il est impossible de passer sous silence les conséquences de la procréation médicale assistée. Les avancées technologiques qui permettent à des couples infertiles de concevoir un enfant dissocient sexualité et procréation. Il y a « d'un côté un corps de jouissance, de l'autre côté un corps reproductif, voué à la dispersion. Les organes sexuels eux-mêmes se trouvent divisés par ce nouveau clivage, le génital se retrouvant séparé et isolé du génésique, et réciproquement »⁸². La procréation médicalement assistée n'entraîne pas des suites particulièrement plus difficiles que celles des grossesses spontanées, mais les complications, lorsqu'elles existent, sont moins bien supportées par des femmes déjà éprouvées par ce parcours long et difficile.

Dans le couple, la contraception permet une sexualité sereine, sans craindre des grossesses non désirées. Elle a donc changé le rapport qu'ont les couples à l'enfant, qui ne survient que lorsqu'il est expressément désiré. Mais elle prive la sexualité de son plus profond mystère : ce que la sexualité du couple gagne en légèreté, elle le perd en profondeur. Dominique Folscheid insiste sur la disparition de l'érotisme lié à la fécondité, que nous ne pourrions plus comprendre⁸³. Pourtant, les couples qui viennent d'avoir un enfant ont approché pour certains

79. Dominique Folscheid, *op. cit.*, p. 34. La définition est issue du Dictionnaire historique de la langue française dirigé par Alain Rey, Editions Robert.

80. *Id.*, p. 307.

81. *Ibid.*, p. 336.

82. *Ibid.*, p. 30.

83. *Ibid.*, p. 112.

cette dimension érotique de la fécondité. Le père est gonflé d'orgueil à l'annonce de la grossesse, il peut ressentir du désir pour le corps plein, arrondi, de sa femme. La difficulté qu'ont certaines femmes à reprendre une pilule qu'elles toléraient parfaitement avant la grossesse montre que l'arrivée d'un enfant remet en cause l'évidence de la contraception. Le désir de fécondité n'est pas toujours un désir d'enfant, conscient et programmé et la possibilité d'oubli pour la pilule ménage un espace d'incertitude qui permet de vivre la sexualité sans qu'elle soit totalement dissociée de la fécondité.

La reprise d'une vie sexuelle pour le couple, après la naissance d'un enfant, comporte certaines difficultés à surmonter. La contraception n'est pas toujours assurée dès la naissance, bien que la tendance actuelle soit à la reprise d'une pilule peu dosée même en cas d'allaitement, pour éviter aux femmes les grossesses non désirées. Sans contraception, les couples redoutent l'éventualité d'une grossesse, sous contraception, les femmes ne repèrent plus leur retour de couche, les repères sont brouillés et elles n'osent pas toujours reprendre les rapports. La contraception et son arrêt étaient concertés, mûrement réfléchis, dans le couple. La reprendre peut être difficile, pour la femme, pour l'homme ou pour le couple : un nouvel équilibre est à trouver avec parfois des réticences inconscientes et imprévues.

Le désir sexuel peut ne pas être au rendez-vous, l'homme a été bouleversé par la violence de l'accouchement, qu'il y assiste ou qu'il l'imagine. La femme peut être accaparée par son enfant, se sentir peu désirable ou exténuée, tout simplement. Le bébé qui les premiers mois occupe souvent un berceau dans la chambre des parents ne leur laisse que peu de répit. La vie sexuelle ne se limite pas aux rapports sexuels, mais pour les jeunes parents la fatigue et le surmenage ne sont pas favorables à l'installation d'un climat érotique.

Les conditions physiologiques, enfin, du désir et du plaisir sexuel, peuvent être durablement compromises : une cicatrice mal placée peut interdire toute pénétration ou la rendre très douloureuse. L'équilibre hormonal des suites de couches diminue la lubrification vaginale. Le tonus périnéal est modifié, les sensations transformées, pour le père comme pour la mère.

La rééducation périnéale est l'occasion pour les femmes de traiter les éventuels troubles physiologiques gênant leur sexualité. Ces séances sont l'occasion de questionner le praticien, de se rassurer.

Les hommes n'ont malheureusement pas de lieu où trouver cette écoute, les questions qu'ils peuvent se poser restent sans réponse. Les hommes assez téméraires pour questionner directement le corps médical sur l'opportunité de reprendre une sexualité ne sont pas toujours bien accueillis. Ainsi, ce jeune père, questionnant maladroitement le médecin obstétricien, en salle d'accouchement, sur le délai à respecter pour reprendre les rapports après la naissance de son enfant, auquel le médecin avait répondu, exaspéré : « Vous permettez que je retire le placenta d'abord ? ».

Aujourd'hui, la femme est souvent très seule dans les jours et les semaines qui suivent l'accouchement. Les difficultés rencontrées pour la reprise de la vie sexuelle ne sont pas au premier plan de ses préoccupations, mais elles peuvent contribuer à constituer un sentiment de solitude et d'incommunicabilité.

II. La natalité

La naissance d'un enfant est un miracle banal et familier, toujours attendu avec crainte et espoir.

Vladimir Jankélévitch décrit ce contraste entre la banalité renouvelée de l'enfantement et son irréductible nouveauté⁸⁴ : « la femme qui va subir à son tour ces douleurs vieilles comme le monde ne peut aucunement prétendre à l'originalité ; mais elle sent obscurément que dans cette banalité immémoriale à laquelle toutes les créatures sans exception doivent de naître et le genre humain de se perpétuer un profond mystère de nouveauté s'accomplit ». Il compare le caractère incompréhensible de la mort avec le mystère de la naissance, faisant de la naissance un événement surnaturel : « la naissance n'est pas un miracle moins étonnant ni moins surnaturel que la mort ! »⁸⁵. Le phénomène abstrait de la mortalité tout comme celui de la natalité, est médical, biologique, sociologique, démographique : « dans les mairies, le bureau des décès est un bureau comme les autres, et à côté des autres, et une subdivision de l'état civil, tout de même que le bureau des naissances et le bureau des mariages » ; « la collectivité entretient

⁸⁴. Vladimir Jankélévitch, *La mort*, Nouvelle bibliothèque scientifique, Flammarion, Paris, 1966, p. 283.

indistinctement des maternités et ses cimetières, ses écoles et ses hospices. La population augmente par les naissances, diminue par les décès : nul mystère en cela, mais simplement une loi naturelle et un phénomène empirique normal, auquel l'impersonnalité des statistiques et des moyennes enlève tout caractère de tragédie »⁸⁶. Pourtant la disparition d'une personne est irremplaçable, incompensable, elle est une tragédie⁸⁷ que Jankélévitch qualifie d'irrationnelle, tout autant que l'apparition par la naissance de celui qui n'était pas, mais dont l'arrivée rend sa disparition encore plus absurde⁸⁸. C'est bien parce que c'est le hasard qui a présidé à l'apparition de cette personne là qu'elle est unique et irremplaçable : il n'y en aura jamais d'autre comme elle.

Cet être singulier qui arrive au monde prend place dans ce que Hannah Arendt appelle le monde commun : « la naissance et la mort des êtres humains ne sont pas de simples événements naturels ; elles sont liées à un monde dans lequel apparaissent et d'où s'en vont des individus, des entités uniques, irremplaçables, qui ne se répéteront pas »⁸⁹. Ce monde commun est le lien entre les humains, entre ceux qui ont à vivre ensemble et donc à agir ensemble, mais aussi lien avec ceux qui ont précédé les générations actuelles et ceux qui leur succéderont : « le monde commun est ce qui nous accueille à notre naissance, ce que nous laissons derrière nous en mourant. Il transcende notre vie aussi bien dans le passé que dans l'avenir ; il était là avant nous, il survivra au bref séjour que nous y faisons. Il est ce que nous avons en commun non seulement avec nos contemporains, mais aussi avec ceux qui sont passés et avec ceux qui viendront après nous »⁹⁰.

Hannah Arendt a montré comment ces nouveaux venus d'une nouvelle génération, qui réalisent le phénomène de natalité, prennent place dans le monde commun de façon inédite, singulière, dans une pluralité qui permet l'action humaine : « La pluralité est la condition de l'action humaine, parce que nous sommes tous pareils, c'est-à-dire humains, sans que jamais personne soit identique à aucun homme ayant vécu, vivant ou encore à naître »⁹¹. « C'est l'action qui est le plus étroitement liée à la condition humaine de natalité ; le

85. Vladimir Jankélévitch, *op. cit.*, p. 363.

86. *Id.*, p. 5.

87. *Ibid.*, p. 6.

88. *Ibid.*, p. 368.

89. Hannah Arendt, *op. cit.*, p. 142.

90. *Id.*, p. 95.

commencement inhérent à la naissance ne peut se faire sentir dans le monde que parce que le nouveau venu possède la faculté d'entreprendre du neuf, c'est-à-dire d'agir »⁹².

A l'opposé, le caractère privé d'un événement est, pour Hannah Arendt, d'abord privatif, en isolant cet événement et son sujet du monde commun : « Vivre une vie entièrement privée, c'est être avant tout privé de choses essentielles à une vie véritablement humaine : être privé de la réalité qui provient de ce que l'on est vu et entendu par autrui, être privé d'une relation « objective » avec les autres, qui provient de ce qu'on est relié aux autres et séparés d'eux par l'intermédiaire d'un monde d'objets commun, être privé de la possibilité d'accomplir quelque chose de plus permanent que la vie. La privation tient à l'absence des autres ; en ce qui les concerne l'homme privé n'apparaît point, c'est donc comme s'il n'existait pas. Ce qu'il fait reste sans importance, sans conséquences pour les autres, ce qui compte pour lui ne les intéresse pas »⁹³.

Considérer la naissance d'un enfant comme un événement uniquement d'ordre privé que les parents auraient à assumer seuls, dont la femme aurait à se remettre seule, revient à nier ce monde commun qui nous est transmis, que nous avons à transmettre, ainsi que le lien qui nous rattache les uns aux autres parce que nous avons le pouvoir d'agir ensemble. Isoler la jeune mère, isoler les parents, c'est, nous l'avons vu, les priver de la capacité d'agir.

La rééducation périnéale postnatale est un signe fort de lien entre cette femme qui vient d'avoir un enfant et le reste de la société. Le lien qui s'établit, par l'intermédiaire du praticien, est un lien avec les autres femmes, « sœurs aînées » qui ont accouché avant elles et s'en sont remises.

91. Hannah Arendt, *op. cit.*, p. 42.

92. *Id.*, p. 43.

93. *Ibid.*, p. 99.

Chapitre sept

LA DIMENSION SACREE DU PERINEE

Le terme sacré dérive du verbe latin *sacer, sacra, sacrum*. Le *sacrum* désigne ce qui appartient au monde du divin, par opposition à ce qui est propre à la vie des hommes, le *profanum* (profane), le passage de l'un à l'autre s'effectuant par des rites.

Sacer désigne ce qui ne peut être touché sans souiller ou être souillé, d'où le double sens de « sacré » et de « maudit ». Sacré qualifie ce qui appartient à un domaine interdit et inviolable par opposition à profane.

Le mot profane vient du latin *profanus*, formé de *pro*, « devant », et *fanum*, « lieu consacré, temple », « qui est devant le temple » ou « hors du temple »⁹⁴.

La cavité vaginale est profane, et n'est pas profanée par l'examen gynécologique. C'est la paroi périnéale qui établit la limite entre superficie et profondeur, entre vagin et utérus, entre profane et sacré. Si la vocation du sacré est de rester séparé du profane, d'une part, et de rester inviolable, d'autre part, c'est l'utérus qui serait l'organe sacré. Jusqu'à l'arrivée des nouvelles techniques médicales, amniocentèse, amnioscopie, échographie, l'utérus était inviolable.

La sexualité a perdu presque tout caractère sacré, comme nous le précisons plus haut. Dans l'Antiquité grecque et latine, ce que nous désignons aujourd'hui sous le terme de sexualité s'appelait *aphrodisia* ou *venera*. Les « choses d'Aphrodite » contenaient un fond profondément religieux, faisant référence au culte de la déesse Aphrodite : « Dire d'Aphrodite qu'elle est la déesse de l'amour ne veut pas dire que l'amour est une idole mais que l'amour est divin »⁹⁵ nous dit Dominique Folscheid. Ce culte sacré s'inscrit « dans le cadre d'un *cosmos*, un "ordre" où les dieux, les hommes et les animaux sont unis par les liens les plus étroits »⁹⁶.

La rééducation périnéale peut respecter chaque femme dans son intimité, sa pudeur, sa dignité et sa liberté. Le temps offert sera ce qui permettra la prise de parole par la patiente, pour dire ses inquiétudes, sa plainte, ses questions et ses refus. Le praticien prendra aussi le temps d'expliquer, d'expliciter, de solliciter, et

94. Dictionnaire historique de la langue française, dirigé par Alain Rey.

95. Dominique Folscheid, *op. cit.*, p. 76.

pourra laisser une place pour le silence. La rééducation périnéale postnatale, en refermant la « porte », l'issue par laquelle est né l'enfant assure pour la femme un retour à la santé périnéale. C'est sa qualité de paroi qui est première pour le périnée. Ses autres qualités assurant la fonction sphinctérienne et la fonction génito-sexuelle sont secondes, conséquences de la première. Celle-ci est donc à prendre en compte au premier plan au cours de la rééducation périnéale postnatale, sans exclure aucune des autres fonctions. Si une dominante devait être donnée à la rééducation, ce devrait toujours être du fait d'un choix éclairé de la patiente et non à cause d'une prise de position de nature idéologique de la part du praticien.

Un cas à part

Le miracle de la naissance, espéré, attendu, n'a pas toujours lieu. La grossesse n'aboutit pas à son terme ou n'évolue pas vers une issue heureuse. La douleur que provoque la perte d'un enfant est indicible, incommunicable.

Le courage que montrent ces mères privées de leur enfant lorsqu'elles entreprennent une rééducation postnatale force l'admiration et le respect. Elles peuvent être portées par un projet de nouvelle grossesse et souhaitent alors se préparer. Le tact, la prudence et la patience seront nécessaires face à ces femmes pressées d'aller de l'avant.

Parfois, c'est la marque d'un long processus de deuil, deuil impossible et jamais achevé, mais entrepris, qui pousse ces femmes à demander de l'aide pour elles. Ainsi cette patiente, mère de deux enfants ayant été de grands prématurés, souhaitant avoir un troisième enfant, venue me voir après avoir perdu un enfant né à cinq mois de grossesse, puis ayant décidé l'interruption de la grossesse suivante, pourtant désirée : il s'agissait de jumeaux, qu'elle avait très peu de chances d'amener à leur terme. Ce qui était important pour cette femme, c'était la prise en compte de ces deux grossesses infructueuses, la prise en compte de chacun de ces trois enfants dans son existence, à travers leur inscription dans son corps.

CONCLUSION

La rééducation périnéale postnatale répond à l'attente forte des jeunes accouchées de connaître leur état, et de l'évaluer par rapport à celui des autres mères. Davantage que la question « comment allez-vous, comment vous sentez-vous », les femmes devenues mères attendent du praticien qu'il leur dise comment elles sont, comment elles vont. Elles sont à la recherche d'une norme qui leur permettrait d'évaluer les dommages qu'elles ont subi lors de leur grossesse et de leur accouchement.

Les femmes attendent de nous que nous regardions leur sexe, sans nous enfuir en courant, et que nous leur disions les changements qu'il a subi, les espoirs de récupération possibles.

Les femmes n'attendent pas de nous que nous exhibions notre sexe à notre tour mais que, parce que nous avons examiné des centaines de femmes, nous établissions un lien entre elles et celles qui les ont précédées. Le praticien peut aider chaque femme à construire sa norme, en respectant toute sa singularité, mais en l'incluant dans une communauté de femmes.

Si les exigences de la patiente sont un retour intégral à l'état antérieur, le praticien aura à conduire sa patiente vers l'acceptation d'un changement inéluctable, qui sera accepté parce qu'il aura abouti à un équilibre confortable.

Si les altérations sont minimes, mais qu'elles génèrent une vive inquiétude, le travail de récupération d'une part, et l'assurance que les altérations sont peu marquées d'autre part, vont rassurer très vite la patiente.

Si les soucis sont marqués, par malchance, gros bébé lent à sortir, fragilité tissulaire, la femme attend du praticien sincérité et compassion. Inutile de chercher à la leurrer : elle sent bien que quelque chose ne va pas, à sa souffrance s'ajouterait celle de ne pas être entendue. L'espoir peut lui être donné de regagner un équilibre fonctionnel acceptable, si elle sait que d'autres ont souffert autant, et se sont remises. Tout progrès est accueilli avec soulagement et c'est cette reconquête de ses fonctions altérées au fil des séances qui nourrit sa capacité à espérer : elle se sent en mouvement vers un autre état, et non plus figée, bloquée dans ses dysfonctionnements.

Enfin, il y a toutes les femmes qui ne savent vraiment pas dans quelle mesure leur fonction périnéale est altérée. Celles qui lorsqu'on les interroge, disent n'éprouver aucune gêne particulière, aucun changement d'état. Parmi ces femmes, une sur trois présente un examen franchement pathologique, périnée hypotonique, prolapsus ou périnée descendant, muscles très faibles et mal commandés. L'examen systématique serait l'occasion d'alerter ces femmes, de leur faire prendre conscience de la fragilité de leur équilibre pelvien, de les informer des risques que la reprise d'une activité sportive pourrait leur faire courir. Il ne s'agit pas d'imposer à toutes une rééducation, mais de tenter de prévenir les troubles avant qu'ils ne soient constitués de manière irréversible et de donner un vrai choix à ces patientes.

Le praticien peut accueillir chaque femme avec sa singularité sans l'exclure du général de la maternité. Le général ne s'oppose pas ici au particulier, il l'entoure, il l'englobe, l'accompagne. Ce sont des symptômes pires ou identiques aux siens qui permettent à une femme de sortir de la honte de ses symptômes. C'est l'espoir de retrouver pour elle-même un équilibre acceptable, espoir partagé avec le praticien, et conforté par les progrès, qui lui permettent de retrouver sa dignité de femme. C'est en sa capacité à agir sur elle, à ne pas subir passivement, que réside sa dignité, même en cas d'échec.

Jamais dans l'histoire des femmes et dans les sociétés humaines les femmes n'ont vécu la maternité dans une telle solitude, un tel isolement. Une mère a besoin pour vivre sa maternité que d'autres mères la précèdent, l'entourent et l'accompagnent, sans pour autant lui retirer le droit de choisir pour elle-même ce qui lui convient.

La rééducation postnatale ne doit pas être l'occasion d'une prescription de passivité ni d'une assignation à un rôle maternel. Elle a un rôle dans l'accompagnement des femmes à la reconquête de leur dignité, de leur identité et de leur féminité. Elle leur assure la solidité de leur périnée qui s'accompagne de la possibilité d'y accueillir librement un homme et plus tard d'autres enfants, dans le don de soi.

Des arguments pour et contre une prise en charge systématique en rééducation après l'accouchement s'entrecroisent. Cette controverse révèle de profondes divergences sur la façon de concevoir la fonction périnéale féminine.

Cette réflexion s'efforcera d'étudier les arguments opposés aux femmes et aux praticiens qui souhaitent effectuer ensemble ces soins : la pudeur, la norme périnéale, la nature, le tabou sexuel.

Derrière ces arguments, nous retrouverons l'assignation à un rôle passif pour la femme, à l'occasion de la maternité. La rééducation postnatale elle-même sera, sous certaines de ses formes, une assignation à la passivité et à la maternité.

Lorsqu'elle prend en compte la globalité de la fonction périnéale, la rééducation périnéale postnatale offre aux femmes la possibilité d'agir par elles-mêmes sur elles-mêmes, avec l'aide du kinésithérapeute, dans la récupération qui suit l'accouchement.