



## *Sexologie clinique*

- *Les maladies de la pudeur,*
- *La pudeur dans les maladies,*
- *La pudeur de la personne malade.*

Texte développé paru dans la revue [Synapse](#) N° 227 septembre 2006

Ces quelques notes ne prétendent pas épuiser ce vaste sujet. Elles souhaitent uniquement apporter quelques illustrations vis-à-vis des hypothèses avancées dans des [pages précédentes](#). Dans ce but nous retiendrons ici deux aspects **dans la pathologie de la pudeur** :

**Les maladies de la pudeur**, c'est à dire les difficultés de vie directement causées par des réactions pudiques non appropriées à la circonstance.

**La pudeur dans les maladies**. Nous aurons en vue ici les affections mentales qui perturbent les gestes et attitudes pudiques convenant à un milieu culturel déterminé.

Une autre page nous évoquera **la pudeur de la personne malade**, c'est à dire les problèmes posés par les soins infirmiers ou médicaux lorsqu'ils ne peuvent éviter d'affecter la pudeur des patients.

### **1.- Les maladies de la pudeur.**

Nous illustrerons ce thème par deux exemples choisis dans un grand nombre, mais qui illustrent au mieux le jeu contradictoire de la parole et du corps.

**a) Phobie et timidité : la langue délie le sexe...** - Ce couple, qui avoisinait la quarantaine, était lié depuis près d'une année. Lui avait déjà connu une vie conjugale. Elle, au contraire, avait toujours vécu auprès de son père et sa mère dans un milieu religieux. Ils consultèrent se trouvant dans l'impossibilité d'avoir, entre eux, des relations sexuelles.

Lui ne souffrait d'aucun problème, mais toute approche corporelle provoquait chez sa compagne des réactions insurmontables d'allure phobique. Toute tentative de pénétration tournait court. Le compagnon était désarmé devant ces réactions qui laissaient transparaître chez elle beaucoup de bonne volonté et autant de déception devant les échecs.

La thérapeute n'eut aucun besoin de multiplier les séances. Une seule suffit qui consista à énoncer dans le détail le déroulement d'une approche érotique, puis, plus intimement, la pénétration. Sans oublier la dynamique masculine et l'explication des désirs de l'homme, les éléments de sa jouissance. Enfin la thérapeute s'attacha, autant que possible, mettre des mots sur l'excitation et les sensations intimes qu'une femme peut attendre de cet acte naturel.

Au décours de l'entretien, le compagnon par délicatesse proposa une promenade avant de rejoindre le domicile et d'en venir au fait.

La réponse fut nette : "Allons immédiatement chez nous. Maintenant je sens que c'est possible. Il vaut mieux ne pas attendre, ce soir ce ne sera peut-être moins facile". Effectivement, "dans la foulée", tout de passa au mieux, pour le bonheur du couple.

Qu'avait-il été dit à cette consultante ? Rien d'autre que le savoir le plus commun, qu'elle ne pouvait réellement ignorer, et qu'aurait pu lui confirmer toute amie intime. Mais cette personne vivait confinée dans le milieu familial où l'on ne parlait pas de ces choses là. Il fallait que cela fût formulé, énoncé, et qu'un sens fut imprimé aux séquences corporelles spécifiques de l'acte sexuel. Notons que ce discours, familier aux cliniciens, n'était pas totalement "aseptisé" pour celle qui l'a reçu. Il se situait à la frontière du scientifique et de l'érotique, voire du pornographique, tout en légitimant l'émotion intime qu'il ne manquait pas de provoquer... et qu'il convenait d'abord de faire naître.

***b) Le langage inhibait la pulsion.*** - L'autre cas est identique dans ses effets, inverse dans ses causes. Mais cette opposition vient illustrer ce jeu contradictoire de la parole et du corps si souvent évoqué dans notre texte.

Après 9 ans de vie conjugale, ce couple d'intellectuel n'avait jamais pu consommer le mariage. Le problème concernait le mari qui, loin d'être impuissant, souffrait cependant d'une défaillance irrémédiable au moment de la pénétration. Le secret de cette non consommation était lourd à porter pour ce couple qui menait une vie sociale et professionnelle active (Ni l'un ni l'autre n'avaient eu préalablement de relations sexuelles). Ils ressentaient durement leur situation, disaient-ils, lorsque de banales discussions dérivait vers les thèmes de la sexualité, ce qui n'est pas rare, et lorsque les plaisanteries légères circulaient entre les interlocuteurs. La religion

les aidait et ils faisaient toujours confiance en la science. Ils avaient beaucoup consulté, effectué des stages dans des cliniques spécialisés, en France et dans d'autres pays d'Europe. Ils avaient subi tous les examens existants et entendu tous les discours.

Malgré un premier échec, le mari (avec l'accord de son épouse) nous posa la question de l'opportunité d'un nouvel essai avec une partenaire occasionnelle. Il fut possible de contacter cette personne avant qu'ils ne fissent connaissance et de transmettre ainsi à chacun la consigne suivante : La rencontre convenue aura lieu dans une pénombre constante mais surtout sans aucun échange préalable de paroles. En aucun moment, ni avant, ni pendant, ni après, ils n'entendront une voix articulée ou des paroles venant de l'autre.

Ainsi fut fait et pour la première fois, chez ce patient, la relation sexuelle fut normalement accomplie (au bénéfice des deux protagonistes). L'acquisition fut définitive et la vie de couple put enfin commencer. On ne peut nier que cette personne, à son insu, avait tiré bénéfice des thérapies antérieures sans quoi le résultat n'aurait pas été aussi aisément acquis. Il paraît cependant plus qu'évident que la suspension du langage fut décisive, en même temps que l'absence de toute communication autre que visuelle et corporelle entre les protagonistes.

Si le premier cas illustre la nécessité d'un sens, nécessairement supporté par un verbe intérieur, le deuxième cas laisse penser que l'intellectualisation de l'acte ne laissait aucune place au sensible : Ainsi que nous l'avons vu dans une [autre page](#), le verbe peut fonctionner comme écran. On peut aussi se demander si cette intellectualisation n'a pas été renforcée par les thérapies antérieures, assurément riches en langage mais relativement aseptisantes pour ce type de personnalités, promptes à les utiliser à cette fin. On peut dire cela autrement et choisir d'autres analyses. Il demeure que les conditions du succès paraissent résider dans la création artificielle de l'indispensable lacune linguistique. Peut-être aussi a-t-on introduit cette lacune comme une loi médicale, alors qu'elle est normalement une loi de nature.

## 2.- La pudeur dans les maladies mentales

Les représentations populaires ont toujours admis que les maladies de l'esprit perturbaient le comportement pudique. Se promener nu en public, si ce n'est pas un défi, est assurément un signe de folie. Effectivement les connexions sont trop étroites entre les inhibitions pudiques et l'interdit incestueux pour que l'on n'y trouve pas un terrain commun.

**a) l'alcoolisme.** - l'exemple le moins connu, mais le plus vérifiable concerne la pudeur verbale des alcooliques. Cette question, dramatiquement ignorée de la plupart des intervenants en alcoologie a été abordée ailleurs et nous renvoyons à la

[page Web](#) correspondante (§ Des indices de normalité).

**b) L'impudeur dans les maladies mentales** a été décrite par les auteurs classiques lorsqu'ils ont identifié les grands syndromes de la psychiatrie. On l'observe surtout dans la crise maniaque, dans les bouffées délirantes, et dans les schizophrénies. Mais ces trois cas répondent à des problématiques différentes.

\* Une **bouffée délirante** conduira telle patiente se promener dans les rues de son village ayant largement découpé sa robe, devant et derrière, à hauteur du sexe. Il s'agit d'une affirmation subversive dans la logique de la crise.

\* **L'accès maniaque** peut intensifier le comportement pulsionnel, surtout chez les femmes. Telle vertueuse mère de famille, épouse modèle, très religieuse et réservée, se tient à la fenêtre nue et jambes écartées. Par ses mouvements de cuisses elle signale son désir au regard des hommes du pavillon d'en face.

Il s'agit ici de crises et non d'états chroniques.

\* Dans les **schizophrénies**, qui sont des états et non des moments, le langage est souvent peu pudique et, si la pudeur vestimentaire est altérée, c'est plutôt en rapport avec la symbolique dirimante qui caractérise cette affection, jusque et y compris dans le vêtement.

Globalement, dans les affections mentales en général, le réflexe pudique est sauvegardé à la mesure de la richesse linguistique du sujet. A l'extrême et en l'absence de langage, **aucune pudeur spontanée n'existe chez les êtres dépourvus de langage**, dans les arriérations et les autismes profonds. Elle ne se forme ni sur le versant sexuel, ni sur le versant excrémental et les manières de table ne sont jamais acquises.

### 3 ) La pudeur de la personne malade

Quiconque a été hospitalisé, malade ou accidenté, sait que certains soins ou certains examens conduisent à exposer au regard d'autrui les "parties honteuses" de notre corps. A l'extrême, les **actes excrémentiels**, peuvent être totalement dépendants des soignants. Les personnes sont différemment sensibles au fait d'exposer leurs parties anales ou génitales. D'une certaine manière, on peut même dire qu'il y a toujours quelque bénéfique secondaire, sur lesquels il n'y a pas lieu d'insister ici, mais la régression archaïque ne diminue en rien la culpabilité qui y est attaché et que l'on va voir.

Point ultime de la pudeur, **la dynamique sexuelle**, elle-même, est très rarement concernée mais cela n'est pas exclu dans certaines disciplines très spécialisées.

Ce problème de la pudeur, dans la pratique médicale et les soins caritatifs, est aussi

ancien que l'art de guérir. Nous avons vu comment procédaient les médecins de la Chine ancienne. Hippocrate, père de la médecine occidentale, recommandait de ne pas dénuder les malades sans nécessité, surtout en présence des proches. Il conseillait de le faire avec tact. **Les rituels médicaux et les rituels de soins** gèrent assez bien, dans notre culture, ce problème, déjà abordé dans un chapitre précédent. Nous y avons décrit comment, par les vertus du langage et du discours abstrait, se construisent des boucliers nécessaires à la pratique médicale.

Ainsi, la qualité et la formation de l'intervenant, médecin ou infirmier, mais aussi la prévenance, le respect de la personne, doivent enlever toute équivoque au geste qui pourrait l'être, tel un examen pelvien ou un toucher rectal. Il est clair, toutefois que patients ou patientes se voient contraints de vivre des situations impudiques auxquelles ils ne sont nullement préparés comme l'est le praticien, pour la part qui lui revient.

Pour situer notre questionnement, nous retiendrons l'exemple de l'examen gynécologique où deux attitudes linguistiques peuvent se manifester chez une patiente qui s'y soumet : telle sera silencieuse, comme intimidée, telle autre, pourtant timide, sera plutôt bavarde. Ces deux attitudes ont chacune leur sens et sont chacune réactionnelle.

Dans cet examen il n'est pas de mal à admettre **l'analogie de posture avec certaines séquences de la parade érotique** : la pratique clinique reproduit quelques fragments de rites présexuels dans leur déroulement naturel et extralinguistiques. On peut alors concevoir que, le voile vestimentaire retiré, et ne jouant plus son rôle, il soit fait appel à **la parole** pour tenir lieu d'écran. Certaines patientes l'utiliseront pour détourner le climat d'érotisation, ou s'en détourner elles-mêmes. Elles meublent leur discours en rapportant quelques moments de leur vie et souvent quelque autre évènement médical, d'elles mêmes ou de leurs proches.

Ce choix leur permet d'échapper à la culpabilisation. Ce n'est pas le cas des patientes qui restent muettes. La perte de la parole est ici aussi significative que lors d'un attentat à la pudeur. Pour leur éviter ce moment d'une désagréable ambiguïté, le praticien choisira d'alimenter le discours à leur place ; la plupart des intervenants évitent de laisser le silence s'installer. Le commentaire de l'examen, bouclier scientifique idéal, est alors bienvenu. De même quelques questions complémentaires peuvent certes éclairer le praticien sur son diagnostic mais, surtout, restituent à la patiente une parole difficile à énoncer dans ce contexte. Cette régulation du discours (et par le discours) est quasi-spontanée chez les protagonistes, tant peut être pesant le caractère non linguistique de la communication qui s'installe pendant les soins et les investigations.

Mais ce qui n'est qu'un moment, dans un examen ponctuel, aura davantage de conséquences dans des situations appelées à se répéter. **Le problème revêt alors toute son importance lorsque la toilette intime ou l'élimination fécale et urinaire**

affectent jour après jour la pudeur d'un ou d'une malade.

Là encore les deux types de réactions que l'on vient de décrire vont se réitérer : soit le bavardage comme écran, soit le silence et l'inhibition verbale dont on sait qu'elle ouvre la culpabilité. Là encore l'intervenant avisé évitera le silence. Chez les gens âgés, il accompagnera ses soins d'une conversation qui débouche souvent sur les intérêts familiaux de la personne.

#### 4 ) Le déplacement du point focal de la culpabilité

Un point important mérite d'être rappelé. Il réside en ceci que le phénomène de la pudeur n'est pas spécifique de la sexualité mais de tout acte corporel non symbolisé ou non symbolisable. La réaction pudique, quelle qu'en soit l'origine, sexuelle ou non, provoque la même inhibition du langage.

En conséquence, ce qui a été dit à propos de l'outrage reste ici valable : la pudeur étant en jeu, le dévoilement culpabilise le patient au même titre qu'une agression impudique. La cause de cette culpabilisation se trouve dans l'enchaînement déjà décrit :

\* l'antagonisme acte corporel/acte de parole provoque la désactivation du langage et la déchirure symbolique ;

\* cette déchirure provoque les résurgences préverbaux libidinaux, devenues, chez l'adulte, des terreurs archaïques à connotation incestueuse.

Le problème se pose avec d'autant plus d'acuité qu'à la différence du sexuel, qui recherche l'autre activement, les activités excrémentielles, dont il est question ici, n'appellent pas normalement à un rapport interhumain. En la circonstance cependant, le patient ou la patiente, ayant besoin de l'autre, devra communiquer avec lui : il (ou elle) n'échappera pas au sentiment fautif ouvert par la pudeur.

Cela n'est pas anodin pour deux raisons :

a) ce sentiment fautif n'est pas immédiatement partageable sous le signe de quelque Pêché Originel ;

b) il le deviendra, mais sous le signe de la maladie, de la vieillesse, du handicap et par assimilation à ces états.

Ainsi, chez ces personnes nous allons rencontrer un déplacement du point focal de la culpabilité préoedipienne. Ce déplacement, qui paraît bien participer du "syndrome de glissement", ouvre vers un processus fortement invalidant et nettement plus archaïque que le "Pêché Originel". Il contient en lui toutes les lignes de force de la dépression.

Si certains bénéfiques secondaires peuvent émerger, ils sont **dans le champ régressif**, seule issue qui permette d'échapper au vécu dépressif. **On ne perçoit donc d'autre alternative que la régression psychologique ou la dépression**, deux facteurs aggravants qui pèsent lourdement sur les pathologies associées à des troubles excrémentiels. On doit admettre que le problème est difficilement contournables en l'état actuel des études sur le phénomène pudique. Cependant les voies ouvertes sur les rapports de la pudeur et du langage devraient pouvoir conduire à une vision psychothérapique plus adaptée à ces situations redoutées et redoutables.

## 5 ) et soins caratifs

On désigne sous ce terme de *caring* une discipline qui regroupe l'ensemble des concepts que mobilise la pratique soignante et sur lesquels elle doit réfléchir pour se constituer en tant que science.

Le rapport soignant à l'humain doit se concevoir autrement qu'à travers le mode d'emploi de tel ou tel appareillage sophistiqué nouvellement inventé, autrement qu'à travers tel ou tel cadre architectural nouvellement inauguré pour faire oublier l'indignité des locaux préexistant. Les soins caratifs doivent considérer la personne dans la globalité de sa souffrance, de son angoisse mais aussi de ses convictions, si éloignées soient-elle de la logique des soins qu'elle vient rechercher. Les conduites alimentaires, les conduites excrémentielles, la sexualité sont trois domaines qui, avec une certaine urgence appellent une meilleure connaissance du phénomène pudique.

**[Retour à l'Index](#)**

**Site créé le 02 août-1997. - Dr J. Morenon, 8 rue des tanneurs, F-04500 [RIEZ](#)**

Emplacement du Fichier :

<http://jean.morenon.fr/PDF/malapud.pdf>

