



AMÉLIORATION DE L'IMAGE CORPORELLE DES SEINS CHEZ LES FEMMES :

LA PLACE DE LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Par Iv Psalti et Pierre Vico

NOUS ESTIMONS QUE PLUS DE 50 % DE FEMMES N'AIMENT PAS LEURS SEINS, CAR POUR ELLES, ILS NE SONT PAS CONFORMES À LEURS CRITÈRES PERSONNELS DE BEAUTÉ (ELLES LES TROUVENT TROP GROS, TROP PETITS, TOMBANTS, ASYMÉTRIQUES, MOUS, AFFAÎSÉS APRÈS PLUSIEURS GROSSESSES ET ALLAITEMENTS...). ELLES SE SENTENT AUSSI GÊNÉES QU'UN HOMME PUISSE S'Y INTÉRESSER. POURQUOI ? PARCE QU'ELLES ONT UNE MAUVAISE IMAGE CORPORELLE DE LEURS SEINS, NE LES ONT PAS ÉROTISÉS NI INVESTIS SEXUELLEMENT.

INTRODUCTION

La poitrine n'est pas érotisée chez la femme depuis toujours, ni dans toutes les cultures. Chez les Japonaises, pendant longtemps, les seins étaient bandés et écrasés par le vêtement parce qu'ils étaient le contraire d'un objet d'érotisme. Dans beaucoup de populations noires, le sein n'était pas caché, mais sa fonction nourricière empêchait qu'il soit également associé au plaisir. Le sein outre sa dimension symbolique de maternité est un des attributs de la féminité et de la séduction. Le sein de l'allaitement n'a rien à voir avec le sein érotisé de la sexualité. Plus les seins sont proclamés, investis de pouvoir, associés à la beauté, plus ils sont chargés émotionnellement et érotiquement chez les deux sexes. Une étude de l'Université Westminster en Angleterre a montré qu'une majorité d'hommes sont plus attirés par des seins décrits comme étant de taille « moyenne ». Il semblerait que les hommes préférant les gros seins auraient une perception plus traditionnelle des femmes.

IMAGE CORPORELLE ET SEXUALITÉ ⁽¹⁾

L'image corporelle est la représentation mentale que l'on se fait de son propre corps, à laquelle s'ajoutent les sentiments, les pensées et les jugements qu'il engendre. Cette image est créée par les expériences du sujet, à commencer par sa petite enfance et ses expériences du regard : regard de soi dans la glace ainsi que le regard de l'autre.

Pour bien vivre sa sexualité, il faut avoir une image corporelle saine et une estime

de soi, un corps dans lequel la personne se sent au mieux, un corps qu'on a pu apprivoiser dans son évolution et dans son fonctionnement. Une femme qui s'estime non attractive comprend difficilement qu'une autre personne puisse la trouver désirable. La femme ne doit pas seulement constater qu'elle plaît, elle doit aussi se plaire à elle-même.

Nous, sexologues, associons une image négative avec une timidité anxieuse et un évitement d'activités sexuelles. Une faible estime de soi et une perception négative de son corps handicapent le lâcher-prise, nécessaire à la montée du plaisir.

En fait, une image corporelle négative peut influencer différents aspects de la vie, elle peut :

- diminuer l'estime de soi ;
- engendrer de l'anxiété dans les relations sociales ;
- être en lien avec la dépression ;
- conduire à des troubles alimentaires ;
- entraîner des difficultés dans les relations sexuelles.

ÉROTISATION DU CORPS ET SEXUALITÉ ⁽¹⁾

Les zones érogènes sont des parties du corps particulièrement sensibles aux caresses, parce que disposant de plus de récepteurs sensoriels. La stimulation de ces territoires corporels, si la réceptivité est présente, provoque des réactions sexuelles (la femme lubrifie, l'homme a une érection). Les caresses ne suffisent pas à procurer des sensations. La réceptivité de la personne caressée intervient et dépend de la confiance envers le partenaire. On obtiendra plus facilement le lâcher-prise si, à ce moment-là, on se sent

en sécurité et en phase avec l'autre. Les parties du corps les plus excitables varient selon chaque personne. Connaître son corps et ses zones érogènes permet de savoir détecter quelles parties de son corps seront les plus rapidement excitées par le partenaire. Cependant, la première zone érogène est le cerveau, l'endroit où l'on trouve la plus grande concentration de récepteurs aux hormones sexuelles : les androgènes et les œstrogènes. Grâce aux caresses et à la stimulation, tout un chacun peut sensibiliser une zone, la rendre érogène.

En fait, si une personne arrive à érotiser plusieurs parties de son corps, elle fera plus souvent l'amour et améliorera encore plus son image corporelle. Elle entrera alors dans un cercle vertueux : si elle a une bonne image corporelle, elle voudra répéter ses expériences sexuelles plus souvent. L'apprentissage et la découverte de sa sexualité sont nécessaires, mais ne suffisent pas. Une pratique régulière de la masturbation et de rapports sexuels est souvent indispensable.

Comment érotiser son corps ?

En travaillant à améliorer son image corporelle et à érotiser son corps, on est dans « recevoir » du plaisir sur les zones stimulées et « prendre » du plaisir au niveau du cerveau. Érotiser un endroit de son corps se réalise en touchant cette partie ; c'est alors qu'un message part du cerveau pour signaler que cette caresse est érotique ; le corps réagit par une excitation sexuelle : érection chez l'homme et lubrification chez la femme.

Un exemple, la poitrine...

Si une femme veut érotiser sa poitrine,

elle doit la caresser pendant la masturbation tout en fantasmant sur un scénario excitant. L'idée est qu'entre cette partie du corps et le cerveau un circuit se forme. Le cerveau se dit alors : « Attention caresses érotiques ! » Et ensuite, en touchant cette zone, le circuit est activé, le cerveau qui a appris la leçon répète : « Ah, tiens ! une caresse érotique »... et la personne est excitée. Manifestation clinique : lubrification vulvaire et vaginale. C'est comme à la loterie, il faut frotter, gratter... pour gagner. Une femme qui a érotisé ses seins les caresse pendant sa séance de masturbation et elle aime que lors du rapport sexuel, le partenaire les touche, les effleure... Certaines qui ont les mamelons sensibles préfèrent les caresses réalisées avec beaucoup de tendresse. Et d'autres, plus rares, apprécient les pincements forts, les pétrissages brutaux ou les morsures.

Comment améliorer son image corporelle ?

Dans notre société où les standards esthétiques socialement valorisés s'éloignent de plus en plus de l'apparence et de la morphologie de l'individu moyen, il devient difficile d'accepter son apparence physique. Pour pallier ceci, beaucoup ont recours aux régimes amaigrissants, au sport, aux produits cosmétiques et à la chirurgie esthétique. Pourtant, ne faut-il pas d'abord corriger ses pensées et émotions avant de s'attaquer à la rectification physique ?

• Travailler à différents niveaux

Il est important de travailler à différents niveaux, aussi bien sur le cognitif que sur le comportemental. Dans le cognitif, le but est de changer ses pensées et ses

émotions ; dans le comportemental, des exercices sont utilisés pour se réapproprier son corps en utilisant les deux sens les plus aiguisés, le visuel et le toucher.

En pratique, que dire aux patientes ?

« *Votre poitrine peut devenir un symbole de féminité et de séduction. Vous avez probablement déjà acheté des soutiens-gorge sexy, et dans votre façon de vous habiller, vous mettez vos seins en valeur et vous les aimez de plus en plus. Après un bon bain où vous vous relaxez, devant un miroir, caressez vos seins avec une crème. Effectuez des caresses brèves avec la paume de la main, puis avec les doigts. Ensuite, essayez d'entrer dans un fantasme à valeur érotique élevée pour créer dans le cerveau une connexion entre les neurones de la zone sexuelle et ceux de la zone mammaire. Après plusieurs séances d'exercice, la seule stimulation de la poitrine sera associée à l'excitation sexuelle et sera source de plaisir.* »

Certaines rares femmes qui ont érotisé très tôt leur poitrine rapportent la possibilité d'obtenir un orgasme simplement en caressant leurs seins.

L'excitation, provoquée par de légers pincements (certaines femmes préférant des pincements plus forts), modifie l'aspect des tétons qui se gorgent de sang, grossissent et deviennent plus sensibles. Cette stimulation des seins favorise la sécrétion par l'hypophyse de l'ocytocine. Outre qu'elle est décrite comme l'hormone de l'attachement, elle est aussi l'hormone de l'orgasme. Les sensations perçues au niveau de la poitrine s'amplifient, provoquent une onde qui part des

seins et entre en résonance avec la sphère génitale, ce qui provoque la lubrification.

- La place de la chirurgie esthétique
Quand les thérapies émotive-cognitivo-comportementales ne suffisent pas à améliorer l'image corporelle au niveau de la poitrine, la personne peut ou doit avoir recours à la chirurgie esthétique.

Tandis que la chirurgie réparatrice est indiquée pour pallier les conséquences d'une maladie, d'une malformation ou d'un accident, la chirurgie esthétique, elle, est en dehors de toute nécessité thérapeutique. Elle est pratiquée pour des raisons de convenance personnelle. Les gens y ont recours pour mettre en adéquation leur apparence physique avec le ressenti qu'ils ont de leur être et de leur corps, tant émotionnel que psychologique.

Cependant, après chirurgie nous ne pouvons pas prétendre que toutes les personnes seront contentes du résultat, même si une amélioration est perceptible pour tout un chacun... sauf pour la patiente. Certes, le compagnon doit la complimenter, mais ce n'est en général pas suffisant. C'est elle, devant le miroir, qui doit se trouver belle et désirable.

Le « bon cas » est la femme chez qui la poitrine qu'elle a dans la tête ne se trouve pas dans son corps. Dans son imaginaire, elle a fait pousser ses seins, les a désirés, les a construits, c'est comme s'ils existaient déjà. Elle souffre de quelque chose qui existe dans sa tête, mais pas dans son corps. Après opération (à condition que ce soit bien fait), elle se dira « *ces seins sont comme si je les avais toujours eus* »,

« si j'avais su, il y a longtemps que je me serais faite opérée ».

En revanche, une autre patiente qui n'a pas ce désir pourra ne pas les aimer, ne pas les supporter. Si sa demande est basée non pas sur tel ou « tel type de sein », mais plutôt sur « une silhouette », il y a de fortes chances pour qu'elle ne puisse pas intégrer ses implants parce qu'elle veut une silhouette et non une poitrine. Par ailleurs, il ne faudrait peut-être pas oublier la pression du partenaire qui peut induire une demande non motivée, qui pousse à la chirurgie, d'où échec de la chirurgie

• Quid de l'avis du partenaire ?
Comment le partenaire réagit-il après l'opération ? Bien, mal, en fait, tous les cas de figure existent.

Vignette clinique

Jennifer, 42 ans, vient d'abord seule à la consultation. Elle se plaint que son mari souffre d'une dysfonction érectile depuis trois mois. Depuis lors, il ne lui fait plus l'amour. Elle l'a poussé pour qu'il entreprenne une consultation pour son trouble érectile. Lui, 46 ans, à la consultation donne une version différente des faits. Il rapporte un événement que Jennifer a omis de rapporter : « *Je suis parti trois mois à New York. Quand je suis revenu, qu'elle ne fut pas ma surprise : ma femme s'est fait siliconer ! Il faut voir ses seins quand on fait l'amour, ils pointent vers le haut, ne bougent pas. Je ne les trouve pas du tout sexy.* » A la consultation à deux, elle prétend qu'elle a voulu faire un cadeau à son mari et prétend que tous les hommes aiment une femme avec des seins refaits.

Voici le cas parfait où on prend son homme pour un imbécile. C'est nier le fait qu'il aime en sa femme « quelqu'un » et pas « quelque chose ». Des consultations ultérieures, il ressort de cela que Jennifer a peur que son homme aille voir ailleurs. Difficile de lui expliquer que si l'homme va tremper son sucre dans la tasse de café de la voisine, c'est le plus souvent lorsque sa femme n'investit plus la sexualité, et non parce que son corps a perdu d'élasticité ou de fermeté.

Nous conseillons aux partenaires, avant l'opération, de discuter du bien-fondé de ce changement et surtout de visionner ensemble, sur Internet, un film érotico-pornographique où la femme a une poitrine refaite. Ils verront alors la forme que prend la poitrine dans tel ou tel position sexuelle. S'ils sont tous les deux d'accord, il est judicieux que la patiente rentabilise l'opération de la chirurgie esthétique... qu'elle paie de sa poche. Qu'elle améliore l'image de ses seins, qu'elle les érotise et qu'elle les « offre » au compagnon pour que lui aussi puisse les érotiser et les trouver sexy.

LA CHIRURGIE ESTHÉTIQUE DE LA POITRINE ⁽²⁾

Il existe trois cas de figure : l'hypertrophie, l'atrophie ou l'hypotrophie, et la ptose (affaissement) mammaire ⁽²⁾.

1. Hypertrophie mammaire

L'hypertrophie mammaire est un problème fréquent, non nécessairement associé à une surcharge pondérale, et invalidant pour la patiente à trois titres. D'une part, le volume important perturbe l'image de soi, ce qui handicape ces patientes, souvent jeunes, dans leur vie

de tous les jours. Elles ne savent pas comment s'habiller pour dissimuler cette hypertrophie, évitent certaines tenues vestimentaires et les activités sportives ; ont des problèmes, voire une absence de relations, en particulier amoureuses. Elles sont persuadées que les autres ne voient « que cela ». Un autre problème est que cette hypertrophie mammaire, par le poids des seins, est d'une certaine façon contrebalancée par une position compensatrice non physiologique de la colonne vertébrale, responsable de dorsalgies. Enfin, elles présentent souvent des mycoses sous-mammaires, en particulier en période estivale. La solution à ce type de problèmes est la réduction du volume mammaire.

- Techniques chirurgicales

De multiples techniques chirurgicales existent dans ce domaine. Une cicatrice périaréolaire est, dans tous les cas, nécessaire puisqu'il faut repositionner et recalibrer les aréoles qui sont en position trop basse, et sont souvent élargies. Une deuxième cicatrice, verticale, est elle aussi nécessaire puisque la distance entre le pôle inférieur de l'aréole et le sillon sous-mammaire est trop longue. Enfin, une troisième cicatrice est le plus souvent nécessaire ; elle est placée dans le sillon sous-mammaire.

A long terme, la cicatrice périaréolaire devient très peu visible, particulièrement lorsque l'aréole est peu pigmentée. La cicatrice verticale devient également très peu visible un an à un an et demi après l'intervention chirurgicale. Quant à la cicatrice sous-mammaire, elle est localisée dans le sillon et donc très facilement dissimulée (figure 1). Il arrive que les

extrémités de la cicatrice sous-mammaire soient légèrement hypertrophiques, raison pour laquelle, quand cela est possible, on évite le recours à cette incision supplémentaire.



Figure 1. Patiente âgée de 19 ans présentant une hypertrophie importante du volume mammaire avec problèmes de douleurs chroniques du dos et des mycoses fréquentes dans le sillon sous les seins. Résultat à 3 mois (résection de 950 gr à droite et 1010 à gauche).

Dans tous les cas, les pièces opératoires sont envoyées pour examens anatomopathologiques afin d'exclure un éventuel (mais très peu fréquent) cancer du sein occulte.

Dans l'hypothèse d'une éventuelle grossesse ultérieure proche, on préférera postposer la réduction mammaire après la grossesse et l'allaitement. Mais parfois

la situation est tellement difficile à vivre sur le plan physique et psychologique qu'elle est réalisée plus tôt.

2. Hypertrophie ou atrophie mammaire

Compte tenu de tous les éléments qui ont déjà été développés, à savoir les répercussions d'un manque de développement du sein sur l'image de soi et la féminité de la patiente, ces femmes, souvent jeunes, seront demandeuses d'une augmentation du volume mammaire. Encore une fois, le changement physique se traduira par un changement sur le plan psychique et l'on observe une véritable renaissance (voire une naissance) de ces jeunes femmes.

Pour ce faire, deux options sont proposées. La première, la plus fréquente, est la mise en place d'un implant prothétique mammaire. On utilise pour ce faire des prothèses remplies d'un gel de silicone cohésif.

Ces prothèses peuvent être rondes ou anatomiques. Les prothèses rondes se caractérisent par un diamètre unique et une projection plus ou moins marquée. Les prothèses anatomiques ont, comme leur nom l'indique, une forme ressemblant à celle du sein, la hauteur n'étant pas égale à la largeur, la projection étant variable. Il existe de très nombreux modèles de prothèse ce qui permet, après le choix adéquat de celle-ci, d'obtenir le résultat le plus proche des attentes de la patiente.

• Technique 1

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale en chirurgie de jour. L'implant prothétique peut être mis en place en

position pré ou rétropectorale. La position prépectorale a pour avantage d'être techniquement plus simple et moins douloureuse. Elle a pour désavantage que la prothèse est plus superficielle et donc plus facilement palpable. Par ailleurs, l'incidence de coques périprothétiques est plus importante.

En position rétropectorale, la prothèse est plus en profondeur donc moins aisément palpable et l'incidence de capsules périprothétiques est moindre.

L'intervention est sur le plan technique un peu plus difficile pour le chirurgien et la douleur postopératoire plus marquée. Pour ces raisons, la tendance est clairement en faveur de la position rétropectorale (figure 2).

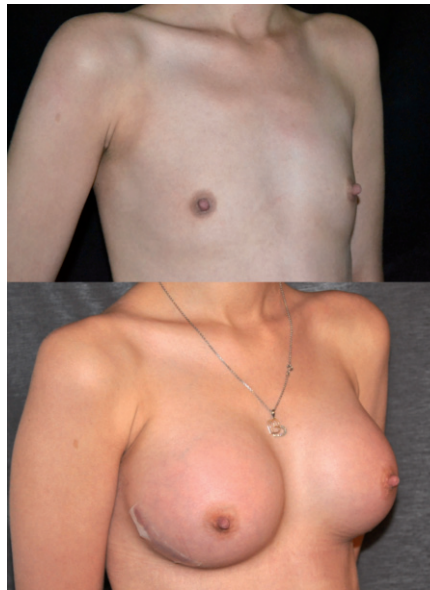


Figure 2. Patiente âgée de 23 ans. Absence totale de développement des seins. Résultat après 12 jours (prothèses anatomiques de 275 ml).

Les prothèses n'ont aucune incidence prouvée sur l'apparition d'un cancer du sein. S'agissant de corps étrangers, il arrive qu'elles doivent être remplacées, soit par la mise en évidence d'une rupture de l'implant, soit pour un résultat qui sur le plan esthétique est allé en se dégradant avec le temps, principalement à cause d'une ptose du sein qui n'est plus positionné en regard de la prothèse (âge, grossesse, allaitement).

- Technique 2

Il existe une alternative à l'utilisation d'une prothèse mammaire, à savoir la greffe de tissu graisseux autologue (lipofilling). Cette technique, si elle permet d'éviter l'utilisation d'un corps étranger, ne permet en revanche pas de choisir le volume qui sera injecté pour augmenter le volume du sein. L'augmentation de volume du sein obtenue par cette technique est en général peu importante, mais si l'indication est bien posée, elle peut pleinement satisfaire la patiente.

3. Ptose mammaire

Avec le temps, à la suite des grossesses, des allaitements, des variations de poids, le sein peut progressivement perdre de sa fermeté, de son volume, et va progressivement s'affaïsser sur la cage thoracique. Les seins apparaissent ainsi vidés de leur substance. Ces femmes veulent récupérer leurs « seins regrettés ».

- Technique

L'intervention pour corriger ce problème consiste en une mastopexie ou remodelage, qui est globalement identique aux techniques de réduction mammaire, si ce n'est que l'on ne résèque pas de parenchyme glandulo-graisseux.

Souvent au contraire les patientes sont demandeuses d'une augmentation concomitante du volume du sein, plus ou moins importante, qui elle sera obtenue par la mise en place d'une prothèse mammaire en position rétropectorale, ou d'une greffe de tissu graisseux autologue au cours du même temps opératoire.

CONCLUSION

Le but de la chirurgie esthétique n'est pas de transformer la patiente en quelqu'un d'autre qu'elle-même, mais de restaurer l'image de soi, de la mettre en accord elle-même. On met ainsi en adéquation le cerveau et le corps ; on soigne le corps imaginaire en modifiant le corps réel ; on répare ainsi physiquement « ce qu'il y a derrière » psychologiquement : vie de couple, vies sexuelle, sportive, sociale... Le but de la chirurgie est ici de transformer une souffrance en une délivrance.

Iv PSALTI

Docteur en Sciences biomédicales (Ph.D.), sexologue clinicien. Auteur, conférencier, chroniqueur et formateur en sexologie, enseignant à l'Université libre de Bruxelles pour le Certificat universitaire en Sexologie clinique.

Pierre VICO

Médecin spécialiste en chirurgie plastique réparatrice et esthétique. Agrégé de l'enseignement supérieur (Ph.D.) et Maître de conférence en chirurgie plastique réparatrice et esthétique à l'Université libre de Bruxelles.



BIBLIOGRAPHIE

(1) Psalti I., « *La sexualité positive* », La Musardine, Paris, 2019.

(2) Vico P., « *Chirurgie plastique réparatrice et esthétique* », Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, MEDI-G-4060_C_2017-18, 2017.