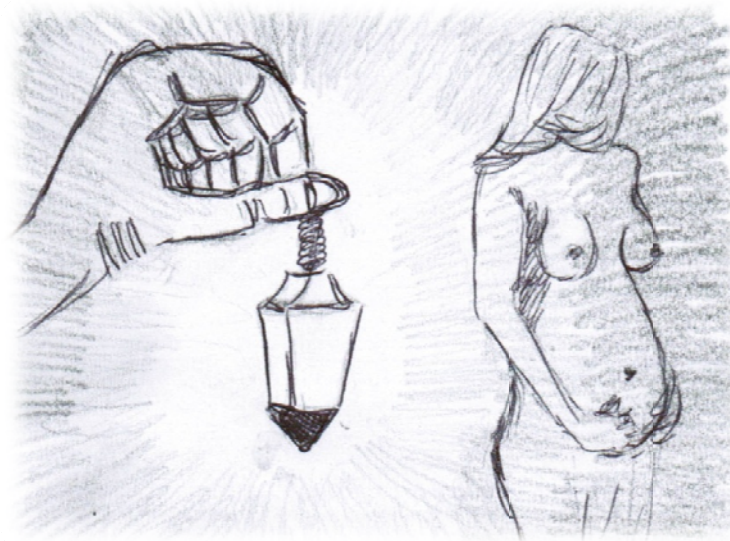


UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

La place de la pudeur pendant la maternité

(Etude rétrospective réalisée auprès de 303
femmes accouchées au CHU de Nantes)



Mémoire présenté et soutenu par
Tiphaine TABOUY
née le 24 juin 1988

Sous la direction de Madame Valérie PHILIPPE
Année universitaire 2009-2013

REMERCIEMENTS

En témoignage de ma reconnaissance, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue durant ces cinq années.

A Madame Valérie Philippe, pour avoir accepté d'être la directrice de ce mémoire et fait partager son expérience.

A Madame Pascale Garnier, sage-femme enseignante à l'école de Nantes, pour sa disponibilité et ses conseils.

A Monsieur Bernard Branger, médecin coordinateur du Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" des Pays de la Loire, pour sa disponibilité.

A toutes les personnes que j'ai pu rencontrer durant mes études, qui m'ont guidée, et qui ont su me transmettre un peu de leur savoir et de ce qu'elles sont. Un grand merci en particulier à toutes les femmes qui ont participé à l'étude

A l'Ecole de Sages-Femmes de Nantes, pour son accueil, et à chacun de ma promotion pour sa joie de vivre.

A Bénédicte, Célia, Marie-Thé, Norbert, Gilles et Véronique à qui je dédie ce mémoire.

A ma famille et mes amis pour leur présence tout au long de ce parcours.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION.....1

I GENERALITES 2

I.1 Qu'est-ce que la pudeur ? 2

I.1.1 Définition et origine 2

I.1.2 Approche sociologique..... 3

I.1.2.1 Selon le caractère du sujet..... 4

I.1.2.2 Selon la société 5

I.1.3 La pudeur dans la législation..... 7

I.1.3.1 Dans la législation française 7

I.1.3.2 Dans le Code de déontologie des sages-femmes 8

I.2 La pudeur dans les soins 8

I.2.1 Entre le soignant et le soigné : quelle place pour ce sentiment ? 8

I.2.2 Le toucher relationnel 9

I.2.2.1 Aujourd'hui, dans la relation sociale en Occident 10

I.2.2.2 Dans la relation soignant/soigné, sage-femme/patiente..... 10

I.2.3 Le regard face à la pudeur 11

I.2.3.1 La honte et la pudeur..... 11

I.2.3.2 Le vêtement et la pudeur 12

I.3 La pudeur et la maternité 12

I.3.1 L'histoire de la pudeur 12

I.3.1.1 Une histoire de femmes..... 12

I.3.1.2 Les « sages-femmes en culotte »..... 13

I.3.1.3 L'accouchement du XVII^{ème} au XXI^{ème} siècle 13

I.3.2 L'éveil des consciences 14

II MATERIEL, METHODE ET RESULTATS 15

II.1 Elaboration de l'étude..... 15

II.2 Distribution des questionnaires..... 15

II.3 Analyse statistique 16

II.4 La population étudiée 17

II.5 Résultats 19

II.5.1 Les caractéristiques des femmes pudiques	20
II.5.2 Les facteurs gênants pendant les consultations de suivi de grossesse..	22
II.5.3 Les facteurs gênants lors de l'accouchement	23
II.5.3.1 Selon des critères de gêne définis	23
II.5.3.2 Autour du port de la chemise de bloc	24
II.5.3.3 En rapport avec la personne accompagnante	25
II.5.3.4 Le toucher vaginal	26
II.5.4 Lors de la césarienne.....	27
II.5.5 L'allaitement	27
II.5.6 Le toucher.....	28
II.5.7 Satisfaction des femmes	28
II.5.8 Qu'est-ce que la pudeur pour les femmes enceintes ?	31
II.5.9 Conseils donnés par les femmes aux professionnels	32
III ANALYSE, DISCUSSION ET PROPOSITIONS.....	35
III.1 Analyse de la méthode.....	35
III.2 Analyse et discussion des résultats	37
III.2.1 La pudeur au quotidien.....	37
III.2.2 Rôle du professionnel et particulièrement de la sage-femme.....	48
III.3 Réflexion pour une adaptation des pratiques	50
III.4 Dans l'enseignement à l'école de sage-femme.....	53
CONCLUSION.....	54
BIBLIOGRAPHIE.....	56
ANNEXE 1.....	60
QUESTIONNAIRE	61

INTRODUCTION

La notion de pudeur est très présente pendant la maternité. Elle concerne à la fois la femme, le couple et les professionnels. Le respect de la pudeur des patientes est un des principes de base lors de la prise en charge d'un soin ou lors d'un examen. Lors du suivi d'une grossesse ou d'un accouchement, les sages-femmes entrent dans l'intimité des femmes et des couples. Ce suivi médical marque une situation particulière de leur vie, tant physiquement que psychiquement.

Lors de mes études de sage-femme, j'ai pu observer que la pudeur des femmes n'avait pas toujours été vraiment respectée. Certaines réactions de leur part m'ont quelquefois surprise, ainsi que l'attitude de certains professionnels.

C'est pourquoi, nous avons axé ce travail de fin d'étude sur cette notion, en nous demandant si la pudeur des femmes à la maternité est préservée lors de leur prise en charge. L'objectif principal de ce mémoire est d'évaluer comment les femmes vivent le dévoilement de leur corps et de leurs sentiments, pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Nous avons émis deux hypothèses :

- La pudeur des femmes à la maternité serait diminuée par la répétition des examens médicaux.
- Cette même pudeur serait aussi diminuée par la grossesse et la perspective de l'enfant à naître.

Dans un premier temps, nous tenterons de définir la pudeur et de comprendre sa place dans les soins et la maternité. Ensuite, notre étude portera sur le vécu de la pudeur pendant la maternité. Enfin, grâce à l'analyse des résultats, nous aborderons une réflexion sur la pratique du métier de sage-femme.

I GENERALITES

I.1 Qu'est-ce que la pudeur ?

I.1.1 Définition et origine ^[1]

La pudeur a existé bien avant d'être nommée. En effet, l'histoire de ce sentiment ne semble pas se réduire à l'histoire du mot.

Apparu au XVI^{ème} siècle, le mot « pudeur » existe aujourd'hui en peu de langues. En grec, il se traduit par *aidôs* (du verbe *aideomai*) qui signifie « avoir honte ». En latin, le mot *pudor* (du verbe *pudere*) a la même signification.

Nous ne pouvons pas nier que la honte et la pudeur sont deux émotions liées : la pudeur étant un signe avant-coureur de la honte. Elles se différencient dans le sens où la pudeur inhibe en laissant une liberté d'action, elle vient d'une manière d'être dont l'homme n'est pas coupable, mais qui le gêne ^[2]. La honte, elle, accable voire paralyse.

En français il existe deux termes différents pour parler de honte et de pudeur, tandis qu'en allemand *die Schame*, en anglais *modesty* ou *sense of decency* un seul mot désigne les deux termes à la fois.

La pudeur est définie dans le dictionnaire comme « *un sentiment de honte, de gêne qu'une personne éprouve : à faire, à envisager ou à être témoin des choses de nature sexuelle, de la nudité* » ^[3]. Ce mot signifie aussi « *la discrétion, la retenue qui empêche de dire ou de faire ce qui peut blesser la décence, l'honnêteté, la délicatesse* » ^[4]. Toute d'intériorité, la pudeur est tout d'abord une appréhension par rapport à ce qui blesse ^[5], par rapport aux sentiments, au souci de soi et de l'autre ^[6]. C'est en même temps un malaise naissant d'un regard, et non d'un jugement, posé sur le corps ; sur ce qui est de l'ordre du sexuel.

Apparaissant à la fois comme un sentiment et un comportement (une pudeur physique, sexuelle et une pudeur des sentiments), cette notion de pudeur n'apparaît pas évidente à définir, même si elle semble claire à l'esprit.

La pudeur, qui émerge de l'intime, est une résistance, un voile, qui permet de garder en réserve ce qui est de l'ordre de l'Etre, ce qui est profond. Il n'y aurait pas une mais plusieurs formes de pudeur. Elle permet de séparer le monde intérieur et extérieur, et de façonner son identité. La pudeur respecte la liberté de chacun de s'ouvrir ou non à l'autre. Le sujet n'existe pas sans pudeur car la pudeur est subjective. Une enquête Tena/IFOP en 2009 montre que 88% des Français se disent pudiques, la notion de pudeur ne serait donc pas démodée ^[7].

L'apparition de ce mot correspondrait à la montée du sentiment de pudeur dans la société ^[8]: l'histoire de ce sentiment se ferait à travers l'histoire d'attitudes et de comportements. Pour certains, la pudeur serait transmise et acquise par l'éducation ou la tradition, et donc culturelle ^[9]. Pour d'autres, elle est naturelle, innée, et de ce fait universelle ^[1].

Tout au long des siècles, les philosophes débattent : la pudeur est-elle innée car naturelle, ou est-elle acquise car apprise ?

« L'homme ne rougit de rien quand il est seul ; la pudeur ne commence en lui que quand on le surprend » ^[2]. La pudeur prend son sens en société, en présence d'autrui. Elle est caractéristique de l'Homme, que l'on pourrait appeler « *l'animal pudique* » ^[2].

I.1.2 Approche sociologique

Chaque société établit ses codes visant à empêcher tous débordements humains dans le champ de la pudeur (fautes, infractions, tabous et péchés) ^[10].

Il existe dans l'expression de la pudeur des attitudes qui se retrouvent : le rougissement, la fuite, la gêne, le stress, l'accélération de la fréquence cardiaque et respiratoire. Cependant, la pudeur variant selon la société, quelques paramètres l'influencent : la culture, l'éducation, l'expérience personnelle, la personnalité.

Cet espace d'intimité et cette notion de pudeur codifiés sont en éternel mouvement. La pudeur n'est pas un état figé, mais sans cesse en recul ou en avancée.

I.1.2.1 Selon le caractère du sujet

- *selon le sexe* ^[1, 11]

Il semblerait que la pudeur féminine ait été prise en considération bien avant celle des hommes. Pourtant, ce sentiment existe chez les personnes des deux sexes mais a souvent été associé aux femmes. Les parties génitales de la femme étant considérées comme honteuses, les femmes sont longtemps restées entre femmes. Cette pudeur féminine retient l'attention, et devient une vertu inséparable de la nature féminine.

La pudeur a longtemps été considérée comme la manière propre aux femmes de se constituer comme objet de désir. Il n'y a rien de plus naturel à la femme que la pudeur, c'est comme « *un voile naturel* » ^[11].

- *selon l'âge* ^[8]

Les plus jeunes enfants courent facilement nus. Pour qu'un enfant se veuille pudique, il faut déjà qu'il se sache nu, et donc qu'il en ait conscience. Il se sent libre et à l'aise, et sent que l'attention est portée sur lui.

La pudeur naîtrait généralement entre 4 et 7 ans : c'est le temps de l'ouverture vers le monde des autres. Le sentiment de pudeur serait lié au besoin de cacher une partie de soi aux autres : de son corps, de ses émotions. Il aurait donc une forte connotation sociale.

A l'adolescence la pudeur s'expliquerait par les modifications corporelles vécues. Certains adolescents auraient du mal à assumer que leur corps change. Ainsi, la pudeur serait plutôt associée à un mal-être du moment.

I.1.2.2 Selon la société

- *selon l'époque* ^[1, 8]

Au Moyen Age, le sentiment de pudeur se cache sous les termes de honte et vergogne. A cette époque, les bains nus étaient autorisés, et surprenaient davantage si ils étaient pris seul plutôt qu'à plusieurs. « *La pudeur reste une question d'acte et non de vue* » ^[1].

A la Renaissance, le corps perd son caractère sacré et sa dignité humaine. Les mots honte et pudeur sont associés dans ce qui deviendra le slogan de ce siècle : « *sans honte et sans pudeur* » ^[8].

Au XVII^{ème} siècle, c'est sous le terme de *modestie* que la pudeur est nommée pour les femmes, et *décent* pour les hommes. La pudeur-chasteté est alors soumise à la modestie souveraine.

Du XVI^{ème} au XVIII^{ème} siècle, la pudeur s'applique tant à des actes qu'à des sentiments. La pudeur féminine est alors considérée comme naturelle. La ligne de conduite du XVIII^{ème} est « *touchez mais ne regardez pas* » ^[1].

Au XIX^{ème} siècle, apparaît la pudeur masculine. Les bains nus sont démodés voire interdits, et naissent les longs costumes de bain et les salles de bain privées.

Le XX^{ème} et le XXI^{ème} siècle sont un tournant dans l'histoire de la pudeur. La publicité, le cinéma, la télévision montrent de plus en plus la nudité : la société s'y habitue et cela entre dans les mœurs. Monique Selz, (médecin psychiatre) explique que cette manière de tout montrer entre dans la société de consommation. La nudité par écran interposé ou sur papier glacé ne ferait plus vraiment débat.

- *selon la culture*

Le sentiment de ce qui serait décent, de ce qui devrait se faire, de ce qui se serait toujours fait dans la passé, est lourd. Le poids des cultures induit des attitudes très façonnées ^[8] peu remises en question.

En Chine par exemple, où *xiu chi* signifie la honte et la timidité rougissante, il n'est pas indécent de cracher ou de faire ses besoins naturels en public, alors que dire « *je t'aime* » est considéré comme impudique.

Par opposition, dans les pays arabes la pudeur est une vertu cardinale qui doit être respectée sous peine de punition ^[12].

- selon l'éducation ^[8]

Chaque personne est façonnée par ce qu'elle vit et est influencée par son éducation.

Des parents, eux-mêmes influencés par les leurs, vont transmettre à leurs enfants certaines valeurs. Les enfants vont grandir et leur image de la pudeur changera avec eux. Ils se feront ainsi leur propre conception de la pudeur, modulée par leurs rencontres, leurs vécus, leurs croyances, qu'ils transmettront à leur tour. Chaque famille étant unique, les valeurs transmises le sont aussi.

- selon les croyances

La pudeur et l'Islam ^[13, 14]

Le corps humain créé par Dieu et confié à chaque homme exige la pudeur. Il est dit dans le Coran que le sentiment de réserve et de retenue empêche l'homme de faire ou de dire des choses pouvant choquer. Ce livre sacré punit l'atteinte à la pudeur. Ainsi, l'Islam impose que certaines parties du corps soient couvertes, et donc qu'elles ne soient pas vues par des médecins hommes pour les femmes.

L'accouchement est une affaire de femmes exclusivement. La pudeur impose à la femme une attitude chaste, et impose au couple de ne pas parler des choses de nature sexuelle ouvertement.

La pudeur et le Christianisme ^[1, 8, 14]

Dieu pour les chrétiens se manifeste au monde en prenant corps. Il se révèle alors aux hommes et le corps prend une place centrale. Les chrétiens pensent que l'âme et le corps sont inséparables, c'est pourquoi il faudrait respecter le corps humain. Ils recherchent la pureté du corps jusque dans la sexualité.

La pudeur apparaît dès le début dans la Bible, avec Adam et Eve chassés du paradis, prenant conscience de leur nudité et se cachant, car se sentant faibles et vulnérables.

La pudeur serait perçue comme un voile permettant de se protéger face au regard de l'autre, et ainsi laisser l'autre exister dans tout ce qu'il est.

I.1.3 La pudeur dans la législation

I.1.3.1 Dans la législation française

La notion de pudeur a évolué au cours du temps. Instituée dès la Renaissance, la loi qui interdisait la nudité dans les bains publics a changé (les personnes se montrant nues étaient condamnées par quelques années d'emprisonnement). Au-delà du désir du respect de sa pudeur et de celle de l'autre, ce serait un enjeu pour la liberté qui se mènerait. La pudeur naîtrait alors comme gardienne de la chasteté ^[1], le respect de l'intimité apparaissant vital.

En 1810, le Code pénal punit le délit d'outrage public à la pudeur, respectant ainsi la liberté individuelle, et protégeant la décence nécessaire dans les rapports sociaux de la population ^[15]. Il punit un acte, une attitude, un geste, commis dans un lieu public, ou en public dans un lieu privé. Ce délit a ensuite disparu du Code pénal et a été remplacé par le délit d'exhibitionnisme ^[16], punissant l'exhibition sexuelle dans un lieu accessible aux regards du public. Le délit d'outrage public à la pudeur reste un délit civil, pouvant être puni, si il a causé un préjudice à une personne.

I.1.3.2 Dans le Code de déontologie des sages-femmes

Ni la pudeur ni l'atteinte de celle-ci ne sont mentionnées explicitement dans le code de déontologie des sages-femmes, rassemblant leurs droits et leurs devoirs. La sage-femme doit cependant respecter la personne humaine ^[17], et prodiguer des soins avec une attitude correcte et attentive, en respectant la dignité de la patiente ^[18].

I.2 La pudeur dans les soins

I.2.1 Entre le soignant et le soigné : quelle place pour ce sentiment ? ^[19]

Depuis quelques dizaines d'années, au cinéma, à la télévision ou dans les publicités, le corps est davantage montré. La vision du corps dénudé devient quotidienne. Comme nous l'avons vu précédemment, la pudeur varie selon différents critères : selon le caractère du sujet et selon la société.

L'influence sociale fait varier le mode vestimentaire, le style de vie, l'alimentation, et à travers cela la forme et la taille du corps, c'est-à-dire l'aspect physique. Aujourd'hui, la représentation physique semble être un symbole sur le plan social. Or, une personne est un être corporel. Lors des soins, le soignant prend en charge le corps d'autrui, non seulement en tant qu'objet, pour se protéger lui-même et protéger le patient, mais aussi en tant que sujet, en ne le désincarnant pas. N'être plus qu'un corps est dépersonnalisant ^[6]. En respectant la pudeur de l'autre, on le respecterait en tant qu'être humain et on l'aiderait à s'humaniser ^[8]. Cela apparaîtrait comme une preuve d'attention à l'autre.

A la première rencontre, les regards croisés et les interrogations, traduiraient les appréhensions de la personne soignée ^[20], (la gêne se trouvant au cœur du système social des conduites). Le professionnalisme et la technique maintiennent une distance rassurante et symbolique. L'usage de gants pour

certaines soins (une toilette intime par exemple), serait « *comme une membrane entre la peau du soignant et celle du soigné* » ^[20], entre l'intime des deux personnes. Si l'intimité et la pudeur sont peu respectées, la personne se sentira davantage victime, blessée, meurtrie, comme si son corps ne lui appartenait plus.

Le respect laisse les êtres se dévoiler les uns aux autres, se dévoiler en vérité ^[21]. La relation entre ces deux êtres corporels devrait se faire dans la confiance, dans le respect et dans l'accueil de l'autre dans sa globalité. Il apparaît que le soignant doit apprendre à s'effacer suffisamment, pour permettre à la personne soignée d'exister dans son intimité, sans qu'il puisse sentir, en plus de la présence physique du soignant, une présence critique et gênante ^[20]. La pudeur vient créer une distance, qui permettrait aux deux personnes différentes de se respecter, se rencontrer et de communiquer ^[8]. Durant sa formation, le personnel soignant apprend à couvrir les patients et à expliquer ce qu'il va faire, car la personne soignée face à l'inconnu des soins peut ressentir davantage de gêne.

Le soignant comme le soigné peut être gêné. Pour pallier cette gêne il faut savoir la reconnaître et avec délicatesse aider l'autre à en sortir (l'humour serait souvent utilisé, mais le contexte ne s'y prête pas toujours). Pour respecter jusqu'au bout l'intimité du patient, le soignant peut être amené à faire sortir, ou du moins à demander à la personne soignée, si elle voudrait que les personnes accompagnantes sortent de la chambre durant les soins. De cette manière, la chambre du patient resterait un lieu privé et propice à la rencontre du soignant et du soigné.

I.2.2 Le toucher relationnel

Le toucher est un moyen de communication qui permet de réduire la distance entre soi et l'autre, sans nécessairement avoir besoin de parler. Selon la culture et l'éducation, chacun sera plus ou moins réceptif et tactile ^[22]. Toucher quelqu'un signifie « *faire impression* » sur lui, « *agir sur sa sensibilité* » ^[3]. Le toucher relationnel entrerait dans le cadre des relations sociales et

thérapeutiques, et ainsi, dans la prise en charge des patientes en salle de naissance et suites de couches.

I.2.2.1 Aujourd'hui, dans la relation sociale en Occident^[3, 19, 22, 23]

La culture occidentale semble nous détacher du toucher, car il existe de nombreux tabous autour du corps. Il serait soumis à des règles de bienséance, permettant d'entrer en contact avec une autre personne, en respectant principalement les aspects culturels. Ces règles définissent où, quand et comment le toucher est socialement acceptable ^[19].

Il semblerait que l'Espagne, l'Italie, la France et les pays du bassin méditerranéen ont des populations considérées comme très tactiles ; contrairement à celles d'Angleterre et d'Allemagne, marquées davantage par une culture « anti-toucher ».

I.2.2.2 Dans la relation soignant/soigné, sage-femme/patiente ^[2, 23, 24, 25]

Dans la relation thérapeutique, la réalisation d'un soin peut nécessiter un « *toucher réconfort* » ^[23] pour essayer de diminuer la douleur. Le contact physique doit se faire avec tact ^[2], pour essayer de faire comprendre que c'est un toucher respectueux, adapté à la situation, et si la personne en face l'autorise.

Historiquement, la sage-femme se servait du toucher comme thérapeutique. La médicalisation de l'accouchement se faisant, sa pratique tend à être remplacée par la technique, et il semblerait que le « *toucher réconfort* » tend à perdre sa place en salle de naissance. Pour une femme enceinte, un toucher vaginal ou une prise de tension par exemple sont bien acceptés, car ils font partie des soins médicaux et ont un caractère « obligatoire ».

La patiente douloureuse, par exemple en travail, peut être soutenue par un « *contact soutien* » ^[23] : un accompagnement tactile permettant la prise en charge de la patiente dans sa globalité, et ainsi la considération de tout ce qu'elle est. Le

contact peau à peau d'une main posée sur une autre semble alors réconfortant : il apparaît comme un soutien tant physique que moral.

Comme une patiente le raconte : « *On est pris par la main et on se dit, on se laisse guider, et on est rassuré, on a l'impression de donner notre fardeau, notre stress [...] le toucher pour vous dire que tout va bien* »^[23].

La communication non verbale garde une place importante. Le seul toucher peut faire naître une complicité, et une réponse peut être apportée par un sourire, une grimace ou un serrement de main^[24].

On retrouve aussi cette importance du toucher dans la relation mère/enfant, dès la naissance, par le contact peau à peau, souvent désiré par la maman. La femme semble passer au-delà des tabous, et avec ses mains touche son enfant : des mains légères, qui simplement sont là^[25].

I.2.3 Le regard face à la pudeur

La pudeur jetterait un voile sur la nudité du corps ou sur l'expression des sentiments. Là où l'on pressent un risque d'effraction ou une curiosité sans égards, la pudeur semble maintenir le silence et la réserve. En cela, elle s'oppose au voyeurisme et à l'exhibitionnisme.

La pudeur serait une résistance au dévoilement du corps et au dévoilement du désir. Elle serait ainsi une résistance au dévoilement du corps humain qui est un corps de désir. La nudité du corps perçue provoquerait la pudeur, voire la honte. Cette pudeur en appelle à la discrétion du regard et à sa retenue^[21].

I.2.3.1 La honte et la pudeur

Il apparaît que ces deux sentiments sont sous la dépendance du regard. Le regard honnisseur juge, le sujet est réduit au rang d'objet ; tandis que le regard de la pudeur protège et module le désir. La pudeur voile. La honte dévoile^[26].

Regarder avec respect semble être l'autre manière de regarder le vivant. Ce serait en contemplant ce qui ne se voit pas dans ce qui se voit, ou en entendant ce qui ne se dit pas dans ce qui se dit, que les êtres pourraient se dévoiler les uns aux autres en vérité et dans le respect. Ce respect serait davantage accompagné de pudeur ^[21].

I.2.3.2. Le vêtement et la pudeur

Le vêtement est apparu progressivement. Il classe, il distingue, il hiérarchise, selon l'époque, les catégories sociales et les cultures. Les Règles de bienséance de Jean-Baptiste de La Salle (1711) disent qu'il faut couvrir toutes les parties du corps en dehors des mains et de la tête : il en est de la bienséance et de la pudeur. Le vêtement apparaît comme une barrière contre les regards furtifs ^[27]. Il protégerait du regard d'autrui, de la convoitise et d'être réduit à l'état d'objet ^[7].

I.3 LA PUDEUR ET LA MATERNITE

I.3.1 L'histoire de la pudeur

I.3.1.1 Une histoire de femmes

L'accouchement est un événement intime. Jusqu'aux années 1960 il se vivait entre femmes, selon un ordre féminin qui présidait : matrones, voisines, parentes, sages-femmes ^[28]. C'était une affaire de femmes, une affaire privée qui remettait en question l'identité de la personne ^[29]. C'était un moment exceptionnel où l'histoire de la communauté et l'intimité de la femme se confondaient. En effet, l'accouchement expose le sexe de la femme qui devient public : son sexe, qui est ce que la femme a de plus intime, de plus secret, de plus vulnérable ^[30]. Par le poids de la tradition et de la complicité des femmes, l'homme semble rester un intrus dans cette communauté, car il a toujours été éloigné de la femme en travail ^[31].

I.3.1.2 Les « sages-femmes en culotte »

Au XVII^{ème} siècle, à la cour royale, le roi Louis XIV remplace les sages-femmes par des médecins-accoucheurs. Après Louise Bourgeois qui assistait les dames de la cour, c'est au tour de Julien Clément de les accoucher. C'est une révolution dans les mœurs qui ne se fit pas sans heurts. La présence d'un homme autre que le mari est une épreuve pour la pudeur féminine ^[28].

La totalité des parties génitales de la femme est un lieu de honte. Pour cela et pour ne pas rendre jaloux les maris, on invente les accoucheurs avec « *des yeux au bout des doigts* » ^[32]. Pour préserver la pudeur de la femme, elle doit être couverte d'un drap et les examens faits sont dits « *sous la robe* » ^[32] (comme le montre la gravure en annexe 1).

I.3.1.3 L'accouchement du XVII^{ème} au XXI^{ème} siècle

La femme quittera sa maison qui était dans les mœurs l'espace où l'on vit, où l'on enfante et où l'on meurt pour aller accoucher en clinique. Elle quitte donc la chaleur de la communauté familiale, féminine et amicale pour un univers médicalisé, plus froid et plus masculin ^[33]. Les conditions d'accouchement changent. Au XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles, les hommes accoucheurs apparaissent. Puis au XIX^{ème} siècle, l'obstétrique, l'anesthésie et l'hygiène se développent et améliorent ainsi les conditions d'accueil dans les hôpitaux. La majorité des accouchements à domicile bascule ensuite vers le milieu hospitalier au XXI^{ème} siècle ^[34].

Depuis la fin de la Renaissance et jusqu'au début du XX^{ème} siècle, la naissance a été médicalisée, de telle sorte qu'au XVII^{ème} siècle la femme « *s'accouche* », alors qu'au XX^{ème} la femme « *accouche* » ^[31].

Cependant, grâce à la médicalisation de l'accouchement, la mortalité maternelle et infantile a diminué. Les femmes ne sont pas les victimes de cette évolution vers la médicalisation, elles ont souhaité ces modifications qui signifiaient la vie sauve pour elle et leur bébé ^[34].

I.3.2 L'éveil des consciences

Les bienfaits de la médicalisation sont reconnus mais on semble prendre conscience de ses nuisances. L'humanisation des soins apparaît possible, car elle relève d'un accompagnement sensible et compétent ^[35]. Le plan périnatalité 2005-2007, dont l'un des axes s'intitulait « plus d'humanité », prévoyait différentes mesures pour prendre en charge la patiente dans sa globalité. L'enquête nationale périnatale de 2010, identifiant les progrès, permet de dire que le suivi des patientes est plus global, pluridisciplinaire si nécessaire, mais que cela dépend du lieu où elles habitent, de la maternité où elles choisissent d'accoucher et de leurs conditions socio-économiques ^[36]. Après une hyper-médicalisation de l'accouchement, les patientes tentent de revenir au naturel (par exemple en exprimant leurs désirs dans un projet de naissance), et amènent le corps médical à revoir ses pratiques pour davantage de respect pour la personne.

II MATERIEL, METHODE ET RESULTATS

II.1 Elaboration de l'étude

Comme nous l'avons vu précédemment, la pudeur est difficile à définir. C'est un sentiment subjectif, variable d'une personne à l'autre. Nous nous sommes donc demandé comment interroger les patientes sans être trop intrusives mais en obtenant des réponses ciblées.

Pour cela, nous avons choisi de faire une étude rétrospective, en distribuant un questionnaire anonyme. Il comprend 6 parties, afin d'interroger la patiente sur sa situation, sa grossesse, son accouchement, ses suites de couches, le toucher « contact soutien » et ses impressions générales. La patiente pouvait aussi répondre à deux questions ouvertes : qu'est-ce que la pudeur pour elle, et quel(s) conseil(s) donnerait-elle aux professionnels de santé pour améliorer sa prise en charge.

L'accouchement est un événement intime dans la vie d'un couple et les suites de couches sont un moment propice pour reparler de ce qui a été vécu et y mettre des mots. Nous avons trouvé intéressant d'avoir les réactions « à chaud » des accouchées, le temps transformant voire effaçant en partie les souvenirs. L'idée de permettre aux femmes de « relire » leur grossesse et accouchement nous a aussi plu.

II.2 Distribution des questionnaires

Nous avons distribué notre questionnaire en suites de couches, aux patientes qui venaient d'accoucher au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. Aucun critère de sélection n'a été retenu. Les patientes le recevaient un jour ou

deux après leur accouchement, pour leur permettre d'avoir le plus de temps possible pour y répondre. La patiente était libre d'accepter ou pas d'y répondre.

L'étude a été réalisée du 08 août au 20 septembre 2012. Nous avons distribué 328 questionnaires dont 303 ont été remplis et analysables, soit 92.4 %. Les 25 autres ont été peu remplis ou, pour des contraintes organisationnelles, non récupérés. Sur cette même période, il y a eu 498 accouchements au CHU de Nantes.

Certaines patientes n'ont pas pu répondre, ne parlant pas français, étant très fatiguées ou bien ne le voulant pas.

II.3 Analyse statistique

Nous avons établi le questionnaire à l'aide de données retrouvées dans la littérature et issues de notre expérience. Il a ensuite été introduit sur Epidata Entry. Après le recueil, une analyse des données quantitatives et qualitatives a été faite. Les variables qualitatives ont été analysées en pourcentage, les variables quantitatives ont été comparées à l'aide de la moyenne et de l'écart-type de la population. Pour la comparaison des données, le logiciel Epidata Analysis 2.0 a été utilisé. Les tests ont été effectués avec un seuil de significativité $p < 0.05$. Les pourcentages sont comparés avec la méthode de χ^2 ou le test de Fisher, et les moyennes par le test « t » de Student. L'analyse multivariée a été effectuée avec une régression logistique en modèle complet avec le logiciel SPSS 14.0.

II.4 La population étudiée

303 patientes ont été interrogées. La moyenne d'âge est 29.6 ans $\pm$ 5.2 (l'écart type allant de 17 à 45 ans).

➤ Tableau I : Les nationalités

Nationalité	N	%
Française	265	87.5
Autres pays européens	5	1.6
Afrique du nord	13	4.3
Afrique noire	9	3.0
Asie	3	1.0
Autres	7	2.3
Non réponse	1	0.3
Total	303	100

Il apparaît que 77.8% des femmes de nationalités étrangères sont en France depuis plus d'un an.

➤ Tableau II : Les activités professionnelles

Activité	N	%
Agricultrice	2	0.6
Commerçante	6	2.0
Cadre	42	13.8
Professions intermédiaires	58	19.4
Employée de la fonction publique	66	21.8
Employée de commerce	28	9.2
Personnel de service pour les particuliers	15	4.9
Ouvrière	9	3.0
Etudiante	9	3.0
Sans profession	64	21.1
Non réponse	4	1.2
Total	303	100

➤ L'indice de masse corporel (IMC en kg/m²)

La moyenne des IMC des patientes avant l'accouchement est : 24.8 ± 4.6 (l'écart type allant de 16.9 à 42.9).

➤ Tableau III : L'éducation religieuse

Education religieuse	N	%
Aucune ou non réponse	124	40.9
Catholique	134	44.2
Musulmane	31	10.2
Autre	14	4.7
Total	303	100

➤ Tableau IV : Les croyances

Croyance	N	%
Croyantes non pratiquantes	120	39.6
Pratiquantes	32	10.6
Athées ou non réponse	151	49.8
Total	303	100

➤ Tableau V : L'impression d'être pudique ou pas dans la vie courante

Pudique	N	%
Pas du tout	29	9.6
Parfois	105	34.6
En général	114	37.6
Beaucoup	47	15.5
Non réponse	8	2.7
Total	303	100

90.2% de la population étudiée se dit pudique.

Nous regrouperons les femmes non pudiques et celles qui le sont « parfois » (n=134), pour les considérer comme non pudiques ; et les femmes pudiques « en général » et « beaucoup » (n=161) que nous considérerons comme pudiques. Nous équilibrerons ainsi les taux de femmes pudiques et non pudiques.

➤ La parité

167 patientes interrogées sont des multipares, soit 55.1%. 121 d'entre elles ont déjà accouché au CHU de Nantes, soit 72.5%.

➤ Tableau VI : La grossesse et l'accouchement

Mode d'accouchement	N	%
Accouchement par voie basse (AVB) sans extraction	218	72.0
Accouchement par voie basse avec extraction instrumentale	21	6.9
Césarienne programmée	21	6.9
Césarienne en urgence	39	12.9
Non répondu	4	1.3
Total	303	100

Il y a donc eu 19.8% de césariennes versus 78.9% d'accouchements par voie basse, avec un total de 78.2% d'accouchements à terme.

61.1% des patientes ont fait de la préparation à l'accouchement, dont 81.1% en libéral.

Le taux d'allaitement maternel est de 68.0%.

II.5 Résultats

Nous présenterons les résultats en neuf points, comportant différents critères de jugement :

- les caractéristiques des femmes pudiques
- les facteurs gênants pendant les consultations de suivi de grossesse, l'accouchement, et la césarienne
- l'allaitement
- le toucher contact soutien
- la satisfaction des femmes
- ce qu'est la pudeur pour les femmes enceintes
- conseils donnés par les femmes pour améliorer leur prise en charge

II.5.1 Les caractéristiques des femmes pudiques

Variables	Femmes pudiques N=161	Femmes non pudiques N=134	p
Age (ans)	29.4 ± 5.2	29.8 ± 5.2	0.52
Nationalité française (%)	142 (88.8)	122 (91.0)	0.22
Cadres et prof. intermédiaires (%)	58 (37.7)	40 (30.8)	0.22
IMC (kg/m ²)	24.8 ± 4.6	24.8 ± 4.6	0.92
Education religieuse			
- catholique (%)	79 (50.3)	51 (39.2)	0.01
- musulmane (%)	20 (12.7)	9 (6.9)	
- autre (%)	4 (2.5)	10 (7.7)	
- pas d'éducation religieuse (%)	54 (34.4)	60 (46.2)	
Croyants et pratiquants (%)	88 (54.7)	58 (43.3)	0.05
Pendant la grossesse (%) :			
- moins pudique	56 (34.8)	33 (24.6)	0.00
- comme avant	78 (48.4)	85 (63.4)	
- plus qu'avant	25 (15.5)	14 (10.4)	
Grossesse (%)			
- impudeur ou gêne	9 (5.7)	5 (3.8)	0.04
- dévoilement du corps	22 (13.8)	6 (4.6)	
- plaisir	100 (62.9)	96 (73.3)	
- aucun	28 (17.6)	24 (18.3)	
Grossesse redoutée par gêne de dévoiler son corps (%)	19 (11.8)	3 (2.2)	0.00
Gênées par les modifications du corps pendant la grossesse (%)	84 (52.2)	60 (44.8)	0.01

Pudeur non respectée ou pas tout le temps aux accouchements précédents (%)	N=90 23 (25.6)	N=70 13 (18.6)	0.29
Gênées pas la présence d'un professionnel homme (%)			
- pendant les consultations	20 (12.4)	17 (12.7)	0.20
- à l'accouchement	11 (6.8)	2 (1.5)	0.42
- pendant la césarienne	8 (5.0)	3 (2.2)	0.20
Gênées par le port de la chemise de bloc (%)	41 (25.4)	16 (11.9)	0.00
Auraient préféré porter un tee-shirt à elle (%)	39 (24.2)	18 (13.4)	0.00
Femmes qui ont été gênées par l'ouverture inopinée de la porte de la salle d'accouchement (%)	23 (14.3)	7 (5.2)	0.00
Femmes gênées par le changement d'équipe (%)	20 (12.4)	11 (8.2)	0.09
Femmes gênées par les touchers vaginaux (%)	63 (39.1)	32 (23.9)	0.00
Acte le plus gênant (%)			
- Toucher vaginal	59 (36.6)	28 (20.9)	
- Sondage urinaire	24 (14.9)	21 (15.7)	0.00
- Rasage	3 (1.9)	1 (0.7)	
- Rupture artificielle de la poche des eaux	6 (3.7)	3 (2.2)	
Gêne de la position gynécologique (%)	17 (10.5)	11 (8.2)	0.04
Gêne de la lumière (%)	13 (8.1)	1 (0.7)	0.00
Gêne de la nudité (%)	28 (17.4)	8 (6.0)	0.00
Préparation à l'accouchement (%)			
n=185			
Oui	96 (51.9)	89 (48.1)	0.19

Tableau VII : Comparaison des femmes pudiques et non pudiques en fonction de différents critères

Les femmes pudiques seraient en majorité cadres ou exerçant une profession intermédiaire, catholiques ou musulmanes, et croyantes. Elles seraient davantage gênées par les modifications de leur corps pendant la grossesse et associeraient un peu plus la grossesse à une gêne. Elles ressentiraient aussi plus de

gêne lors des touchers vaginaux et en chemise de bloc. Elles seraient plus attentives et donc gênées par ce qui les entoure (la porte de la salle d'accouchement, la lumière, ...)

II.5.2 Les facteurs gênants pendant les consultations de suivi de grossesse

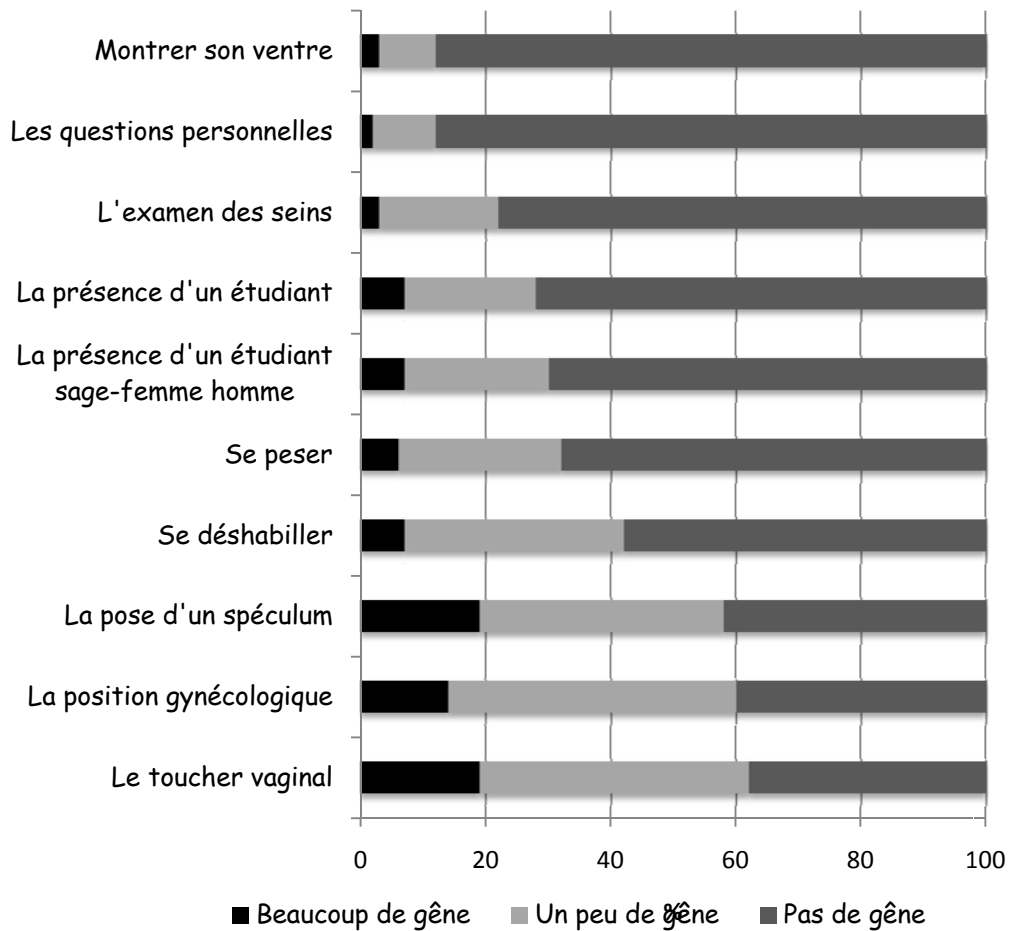


Figure I : Gênes des femmes enceintes lors des consultations

Pendant les consultations, les femmes enceintes sont le plus souvent gênées par le toucher vaginal, la position gynécologique et la pose d'un spéculum. Le rapport au corps est aussi difficile, ce qui se traduirait par une gêne importante lors du déshabillage ou de la pesée.

30,0% des femmes parlent avec leur conjoint des gênes qu'elles peuvent ressentir, et surtout de la gêne de dévoiler son corps.

Pendant la grossesse, 30.7% des femmes se déclarent moins pudiques qu'avant, versus 13.3% plus pudiques.

II.5.3 Les facteurs gênants lors de l'accouchement

II.5.3.1 Selon des critères de gêne définis

Critères	Nombre de réponses	Femmes gênées n (%)
Gestes		
- toucher vaginal	287	87 (30.3)
- Sondage urinaire		45 (15.7)
- Rupture artificielle de la poche des eaux		9 (3.1)
- Rasage		4 (1.4)
- Autre		17 (5.9)
- Aucun ou pas de réponse		125 (43.6)
Le changement d'équipe	159	34 (21.4)
Ouverture inopinée de la porte de la salle d'accouchement	97	26 (26.8)
La position gynécologique	219	28 (12.8)
La lumière	138	13 (9.4)
La nudité	225	36 (16.0)
La présence de professionnels hommes	71	12 (16.9)
Lors de la poussée, le sentiment d'être regardée ou exposée	243	13 (5.4)

Tableau VIII : Femmes gênées pendant l'accouchement selon différents critères de gêne

Le toucher vaginal et le sondage urinaire sont les deux principaux actes gênants. De plus, une femme sur six est gênée par la nudité et la présence d'hommes lors de l'accouchement. Enfin, une femme sur quatre environ est gênée par le changement d'équipe ou l'ouverture accidentelle de la porte de la salle d'accouchement.

La grande majorité des femmes (94.3%) disent que le nombre de personnes présentes à l'accouchement ne les dérange pas, car elles sont concentrées sur la

poussée. En moyenne, il y avait, selon les femmes, entre 3 et 4 personnes à l'accouchement.

99 femmes ont eu une épisiotomie, et 13.1% d'entre elles pensent que l'on n'a pas respecté leur pudeur au moment de la suture.

Par rapport à la porte de la salle d'accouchement, la majorité des femmes remarquent qu'elle est coulissante, et pour plus d'un quart d'entre elles (26.8%), la porte s'est ouverte sans que personne ne rentre. Cela en a gêné 27.3%.

Le paravent placé devant la porte les fait se sentir dans un environnement plutôt intime. Seulement 3.5% se sentent mal à l'aise.

44.8% des femmes rapportent que l'on ne frappait pas avant d'entrer dans la salle.

A leur accueil aux urgences, 4% des femmes rapportent que le personnel médical ne s'est pas présenté.

II.5.3.2 Autour du port de la chemise de bloc

Variables	Nombre de réponses	Port de chemise n (%)
Proposition de se déshabiller :	287	
- aux toilettes		22 (7.7)
- derrière le paravent		30 (10.4)
- on ne leur a rien dit		235 (81.9)
Gêne par le port de la blouse	287	57 (19.8)
Auraient préféré garder un tee-shirt à elle et :	287	
- ont été gênées par le port de la chemise		38 (13.2)
- n'ont pas été gênées par le port de la chemise		18 (6.3)
Ont eu une péridurale et :	204	
- la blouse tombait (%)		37 (18.1)
- la femme la tenait (%)		32 (15.7)
La douleur faisait oublier :	204	
- leur pudeur (%)		125 (61.3)
- leur intimité (%)		122 (59.8)

Tableau IX : La gêne autour du port de la chemise de bloc

Pour la majorité des femmes, aucune proposition ne leur a été faite pour se déshabiller. De plus, une femme sur quatre est gênée par le port de la chemise de bloc et 19.5% des femmes auraient préféré porter un tee-shirt à elle, qu'elles aient été gênées ou pas par le port de la chemise de bloc.

On note aussi que la douleur fait oublier l'attention à la pudeur et à l'intimité chez plus d'une femme sur deux.

Pour 20.2% des femmes la chemise a été retirée après la naissance, pour permettre le peau à peau. Leur avis préalable n'avait pas été demandé pour 64.4% d'entre elles. D'ailleurs, cette nudité en a gêné 20.3%

II.5.3.3 En rapport avec la personne accompagnante

Variables	Femmes accompagnées n=246 (%)
Sortie de la personne accompagnante avant un acte pouvant atteindre la pudeur de la femme :	
-toujours	31 (12.6)
-parfois	47 (19.1)
-rarement	27 (11.0)
-jamais	141 (57.3)
Moments d'intimité :	
-en ont eu assez	219 (89.0)
-en aurait aimé plus	10 (4.1)
-n'en ont presque pas eu	17 (6.9)

Tableau X : L'intimité entre l'accompagnée et l'accompagnant

246 femmes ont été accompagnées dans notre enquête, soit 81.2% des femmes.

Nous supposons que les femmes qui ont eu un accouchement rapide n'ont pas eu autant de moments d'intimité qu'elles l'auraient souhaité. Cela peut expliquer en partie le nombre de femmes qui n'en ont presque pas eu.

Pour plus de la moitié des femmes, nous notons qu'il n'est pas proposé de faire sortir la personne accompagnante avant un acte pouvant atteindre leur pudeur.

II.5.3.4 Le toucher vaginal

Variables	Nombre de réponses	Touchers vaginaux n=287 (%)
<i>Gêne</i>	287	118 (41.1)
Non prévenues avant un toucher vaginal	287	5 (1.7)
Non recouvertes par un drap	287	36 (12.5)
Ressenti lors des touchers vaginaux :	287	
-une appréhension		106 (36.9)
-une perte de dignité		12 (4.2)
-rien ou pas de réponse		139 (48.4)
-une gêne par rapport à la personne accompagnante		30 (10.5)
Toucher vaginal fait par une sage-femme et un étudiant sage-femme	232	
<i>Gêne</i> différente entre les deux touchers vaginaux		30 (12.9)

Tableau XI : La gêne autour du toucher vaginal

41.1% des femmes sont gênées pendant les TV, et plus d'une femme sur trois ressent de l'appréhension lors de cet examen.

II.5.4 Lors de la césarienne

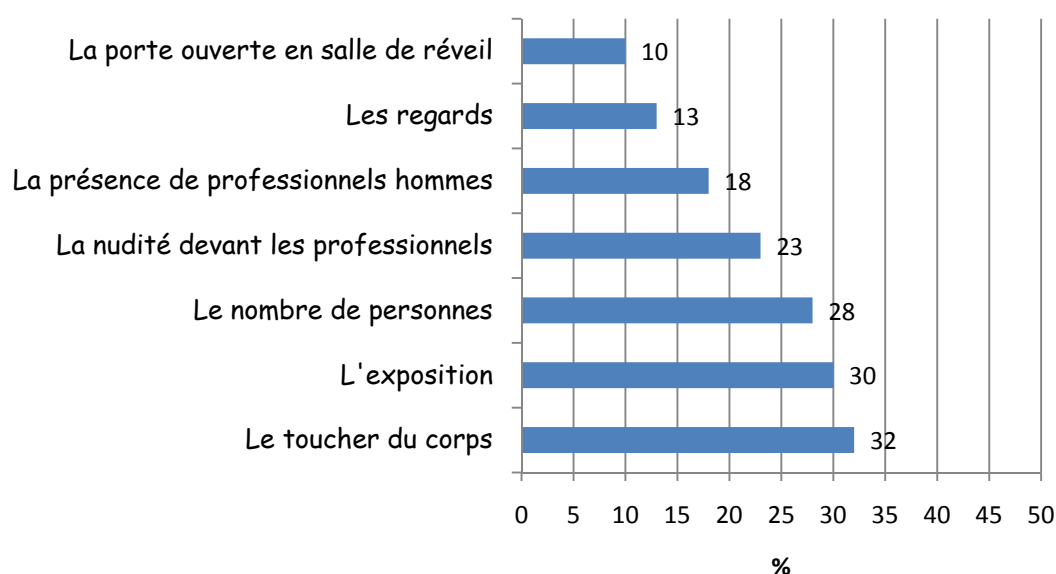


Figure II : Les facteurs gênants lors de la césarienne

Les facteurs identifiés comme les plus gênants lors d'une césarienne sont le toucher du corps, le sentiment d'être exposée et le nombre de personnes autour.

En salle de réveil, 45% des femmes se sentent dans un environnement intime et 41.7% se sentent comme cachées, tandis que 13.3% se sentent mal à l'aise.

II.5.5 L'allaitement

Variables	Nombre de réponses	Allaitement n (%)
Allaitement artificiel par gêne de montrer le sein	93	47 (50.5)
Gêne d'allaiter devant les professionnels de santé	198	8 (4.1)

Tableau XII : Gênes par rapport au mode d'alimentation

La décision de l'allaitement artificiel est, non significativement, en rapport avec la gêne éprouvée par la femme enceinte à allaiter devant d'autres personnes

et à montrer son sein. Il est possible que d'autres facteurs gênants entrent en compte dans le choix de l'allaitement.

II.5.6 Le toucher

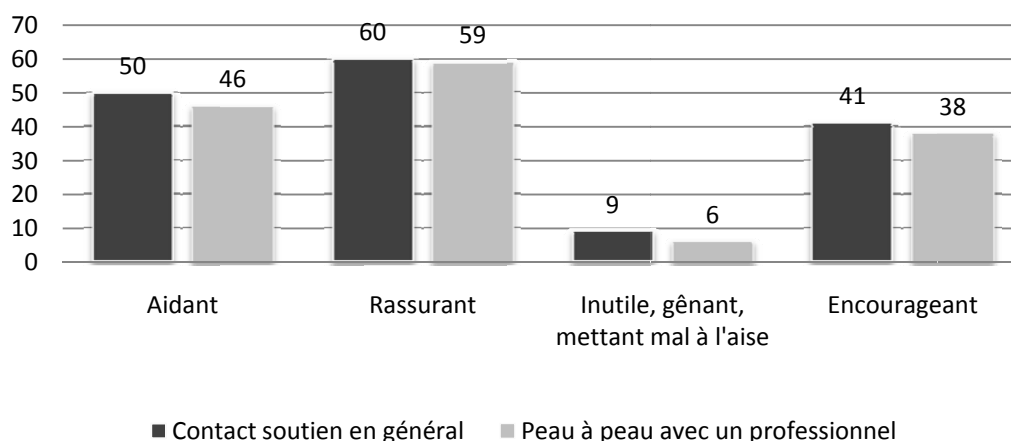


Figure III : Ressenti par rapport au « contact soutien »

Pour la majorité des femmes, le « contact soutien » aide, rassure et encourage. 83.3% des femmes se sentent soutenues par des paroles et des gestes, contre 3.2% par des gestes seuls et 13.5% pas des paroles seules.

II.5.7 Satisfaction des femmes

Critères	Oui n (%)	Non n(=)	Pas tout le temps n(=)
Nombre de réponses = 303			
Confiance en les professionnels	301 (99.3)	2 (0.7)	
Se sont senties respectées	282 (93.1)		21 (6.9)
Leur pudeur a été respectée	269 (88.8)		34 (11.2)
Se sont senties « comme un corps »	52 (17.2)	251 (82.8)	

Tableau XIII : Critères de satisfaction des femmes

Nous remarquons que certaines femmes ne se sont pas senties respectées, ou pensent que leur pudeur ne l'a pas tout le temps été. De surcroît, plus d'une femme sur six s'est sentie considérée « comme un corps » à un moment donné.

Pour 96.0% des femmes, le soignant est à sa juste place. Pour 3.3% il est parfois trop intrusif et pour 0.7% il est toujours gênant.

Critères	Pudeur respectée n=269 (%)	Pudeur « pas tout le temps » ou non respectée N=34 (%)
<u>Profession</u> : n=303		
Cadres et prof intermédiaires n=100	85 (31.6)	15 (44.1)
Artisanes, employées, ouvrières n=126	114 (42.4)	12 (35.3)
Sans emploi, étudiantes, non réponse n=77	70 (26.0)	7 (20.6)
<u>Education religieuse</u> : n=303		
-Non n=124	111 (41.3)	13 (38.2)
-Musulmane n=31	26 (9.7)	5 (14.7)
-Catholique, autres n=148	132 (49.0)	16 (47.1)
<u>Croyantes</u> : n=303		
Oui n=152	132 (49.1)	20 (58.8)
Non n=151	137 (50.9)	14 (41.2)
<u>Parité</u> : n=303		
Primipares n=136	113 (83.1)	23 (67.6)
Multipares n=167	156 (82.6)	11 (32.4)
<u>Mode d'accouchement</u> : n=303		
Voie basse spontanée ou non réponse n=222	196 (72.8)	26 (76.5)
Extraction instrumentale n=21	19 (7.1)	2 (5.9)
Césarienne programmée n=21	18 (6.7)	3 (8.8)
Césarienne en urgence n=39	36 (13.4)	3 (8.8)
<u>Présence d'un praticien homme</u> : n= 303		
Oui n=91	81 (30.1)	10 (29.4)
Non n=212	188 (69.9)	24 (70.6)
<u>Le sentiment d'être pudique hors grossesse</u> : n=303		
Parfois ou pas du tout ou non réponse n=142	128 (47.6)	14 (41.2)
Beaucoup ou en général n=161	141 (52.4)	20 (58.8)
<u>Age</u> : n=303		
<20 ans n=6	5 (1.9)	1 (2.9)
20-29 ans n=129	118 (43.8)	11 (32.3)
30-39 ans n=162	141 (52.4)	21 (61.7)
>40 ans n=6	5 (1.9)	1 (2.9)

Tableau XIV : Respect de la pudeur à la maternité

L'éducation religieuse, le fait de croire, ou pas, la profession, la parité, le sentiment d'être pudique ou pas en dehors de la grossesse, le mode d'accouchement et l'âge influenceraient légèrement la vision du respect de la pudeur. Par contre, la présence d'hommes en tant que professionnels, ou non, ne modifieraient pas la vision du respect de la pudeur.

II.5.8 Qu'est-ce que la pudeur pour les femmes enceintes ?

Lorsque l'on demande aux femmes interrogées de citer deux synonymes de la pudeur, le champ lexical le plus cité est celui de l'**intimité** (171 fois). Le mot *intimité* est retrouvé 117 fois, ainsi que les mots *discretion* (19 fois), *se cacher* (9 fois), *préserver son intimité* et *protection* (8 fois chacun), *personnel* (7 fois), *privé* et *secret* (2 fois chacun).

Le deuxième champ lexical le plus retrouvé est celui du **respect** (120 fois). Le mot *respect* est cité 107 fois : pour le respect du corps, de l'autre, de soi, des choix, de la nudité, des coutumes, des parties intimes, ..., puis apparaît *la retenue* (5 fois), *la décence* (4 fois), *le savoir-vivre*, *la droiture*, *l'éducation* et *la considération* (1 fois chacun).

Ensuite, vient celui de la **gêne**, de la **honte**. Les mots les plus retrouvés sont *la gêne* (25 fois) et *la honte* (4 fois).

Puis, nous retrouvons le champ lexical de l'**appréhension**, avec les mots *timidité* (14 fois), *malaise* (5 fois), *l'embarras*, *les complexes* et *la peur de se montrer* (1 fois chacun).

Le caractère sexuel de la pudeur est retrouvé ensuite, avec les mots *nudité*, *corps nu*, *nu*, *dévoilement de soi et du corps*.

Les femmes assimilent aussi la pudeur à *la dignité*, *la modestie*, *la douceur*, *la politesse*, *l'humilité*, *l'inhibition*, *la retenue*, *l'écoute de l'autre* et *l'explication des actes*.

II.5.9 Conseils donnés par les femmes aux professionnels

Après avoir regroupé les conseils recueillis, nous avons mis en évidence cinq thèmes : la communication, la psychologie, la salle d'accouchement et les suites de couches, la personne accompagnante et la pudeur.

1- La communication

Les femmes interrogées disent n'avoir pas assez d'informations sur ce qui va se passer ou être fait. Elles aimeraient, qu'elles et leurs conjoints, soient davantage impliqués, et que la priorité soit un peu plus l'attention aux couples et un peu moins à la technique. Elles demandent aussi plus d'écoute et de dialogue, pour ainsi pouvoir verbaliser leur ressenti. Elles rappellent qu'expliquer permet de savoir et comprendre les choses, et ainsi rassure. Elles demandent aussi qu'on leur donne plus de conseils (positions d'accouchement, comment retrouver « son corps d'avant », ...) en gardant une attitude professionnelle et sans imposer son savoir. Elles aimeraient plus d'attention par rapport à leur sensibilité.

2- La psychologie

Les femmes interrogées rappellent l'importance de la psychologie. Elles aimeraient plus d'attention et de compréhension par rapport à leur vécu et leurs antécédents. Il ne faut pas penser que « *si le corps va, alors tout va* » (paroles de femmes), et que les paroles et les sourires (même pendant les touchers vaginaux ou autres actes un peu dérangeants) sont inutiles. Elles se sentent de temps en temps considérées comme un corps, et aimeraient plus de considération pour la personne qu'elles sont.

3- La salle d'accouchement et les suites de couches

Par rapport à la blouse de bloc : elle tombe souvent car elle est mal boutonnée, et les femmes disent être gênées ainsi que leur conjoint. Elles aimeraient un vêtement plus personnel, ou bien pouvoir la fermer devant pour ne pas exposer leurs « *fesses à l'air* » (paroles de femmes).

Les femmes expriment un sentiment d'anonymat quand elles voient beaucoup d'intermédiaires (consultations de grossesse, suivi intensif de grossesse, changement d'équipe). C'est, pour elles, plus rassurant et mieux vécu quand elles retrouvent des visages connus.

Certaines soulèvent la question des grandes baies vitrées, sans rideau mais teintées, dans les chambres du service de suites de couches. Elles demandent si, lors du passage de la sage-femme ou lors de l'allaitement, elles ne peuvent pas être vues, par les personnes travaillant dans les bureaux des bâtiments qui sont en vis-à-vis. Dans le doute, il conviendrait, selon elles, de baisser les stores.

4- La personne accompagnante

Les femmes interrogées demandent aussi à ce que les professionnels fassent plus attention à la personne qui les accompagne (qui est souvent leur conjoint), et ne l'oublie pas. En particulier face à la gêne ressentie à la vue du placenta, du sang sur la chemise ou sur les draps, ou encore lors de la toilette post-accouchement. Les femmes aussi sont gênées, leur conjoint les voyant dans des positions inhabituelles. Elles demandent à ce que les professionnels soient plus vigilants par rapport à ce que peut voir leur conjoint, et à ce que seront leurs souvenirs de couple après l'accouchement. Elles demandent si un fauteuil plus confortable ne pourrait pas être mis à disposition pour la personne accompagnante en salle d'accouchement.

5- La pudeur

Les femmes interrogées disent qu'il y a parfois trop de concentration sur la technique, et que de ce fait, le souci du respect de la pudeur est oublié. Elles remarquent notamment que pendant le toucher vaginal, toutes ne sont pas recouvertes par un drap, et que les professionnels ne frappent pas toujours avant d'entrer. Elles remarquent aussi que lors du déshabillage, le soignant attend devant elles, ce qui les trouble. Certaines femmes rapportent que le paravent était mal placé et qu'elles avaient « *les jambes écartées à la vue de tous* » (paroles de femme), et conseillent de positionner le lit dos à la porte.

Cependant, d'autres disent que la douleur prend le dessus sur la pudeur, et que « *pour donner la vie rien ne compte* » (paroles de femme).

III ANALYSE, DISCUSSION ET PROPOSITIONS

Cette enquête a montré que le respect de la pudeur n'est pas un enjeu médical d'importance majeure, mais qu'il a probablement davantage d'importance pour les femmes et les couples, lors de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Les femmes interrogées posent la question du respect de leur pudeur pour les gestes pratiqués (le toucher vaginal, l'accouchement, ...) et par rapport à l'environnement où elles sont accueillies (consultation, salle d'accouchement, chambre en suites de couches).

III.1 ANALYSE DE LA METHODE

Les questionnaires

Les limites, les biais :

- Le contexte :

L'enquête a eu lieu dans une maternité de niveau 3. Il est possible que les résultats aient été différents dans une maternité de niveau 1 ou 2.

- La méthodologie :

Le questionnaire distribué était long, car nous avons choisi d'aborder la maternité largement. Certaines femmes n'ont ainsi pas pu répondre entièrement, ce qui explique quelques questionnaires incomplets.

De plus, nous n'avons retrouvé aucune étude sur ce thème dans la littérature. Nous avons cependant retrouvé des mémoires d'étudiants sages-femmes ^[38, 42, 46, 47], mais aucun livre d'obstétrique ou de préparation à l'accouchement traitant de la pudeur en maternité. Le questionnaire a donc été réalisé à partir de ressentis, d'échanges sur les expériences personnelles, et de témoignages recueillis auprès des femmes.

Il aurait été intéressant d'interroger la personne accompagnante sur son vécu et son ressenti par rapport au respect de la pudeur de l'accouchée, et aussi les professionnels de santé par rapport à leurs pratiques quotidiennes et leurs points de vue.

- La population :

Les femmes de culture étrangère ne lisant et ne parlant pas le français (et n'ayant personne dans leur entourage pour les aider), n'ont pas pu répondre au questionnaire. Elles ont donc été exclues alors qu'il aurait été intéressant de recueillir leur vécu et leur ressenti, surtout du fait des différences culturelles, religieuses et sociales. De plus, en suites de couches, les femmes sont fatiguées après leur accouchement ou césarienne, et certaines n'avaient ni le temps ni la force de répondre au questionnaire.

Les atouts :

- La méthodologie :

Malgré cela, nous avons été très présentes dans le service de suites de couches pour distribuer tous les jours notre questionnaire. Interroger les femmes dans ce service nous a permis d'en obtenir un nombre conséquent, entièrement remplis et analysables. Nous avons ainsi pu faire une analyse statistique.

- La population :

Les femmes interrogées semblaient très intéressées par le sujet. De plus, elles viennent de milieux variés, avec des expériences et des vécus différents. Nous n'avons retenu aucun critère de sélection, ce qui nous a permis d'avoir une vision globale de la population générale.

III.2 Analyse et discussion des résultats

III.2.1 La pudeur au quotidien

- **Dans la vie courante :**

Dans notre enquête, 90.2% des femmes se sont qualifiées de pudiques. On est un peu au-dessus des 88% annoncés par l'enquête TENA/IFOP en 2009 ^[7]. Cette pudeur est fortement liée à l'aspect corporel. Il en découle ainsi une gêne à montrer son corps.

Catherine Potel (psychomotricienne et thérapeute en relaxation analytique), nous rappelle que la notion de pudeur renvoie chacun à la question de son identité : son identité propre, en tant qu'être vivant, unique mais pour autant descendant de quelqu'un. Il apparaît nécessaire de se construire en tant que sujet pour connaître son intimité et celle de l'autre ^[6].

Les résultats de notre enquête nous montrent que la pudeur est définie par la culture, la religion et le contexte social de la personne (tableau VII). Son intimité lui est donc propre et varie d'une personne à l'autre.

La pudeur n'est pas un sujet de conversation habituel. Monique Selz (médecin psychiatre), dit que la profusion d'images (publicités, télévision, ...) s'accompagne d'une diminution de la communication orale. Dans le couple d'aujourd'hui, il semble plus facile de montrer son corps que de dévoiler ses pensées et ses sentiments ^[37]. Nous pouvons l'appeler la pudeur des sentiments.

Dans cette enquête, trois synonymes de la pudeur se sont dégagés : l'intimité (50%), le respect (35%) et la gêne (14%). Dans son mémoire d'étudiante sage-femme ^[38], S. Lemaire avait identifié les mots gêne (50%) et intimité (45%).

- Dans un cadre médical :

Le franchissement de la porte d'un cabinet médical ou d'un hôpital est synonyme de dévoilement : dévoilement de soi, de son corps. C'est peut-être ce sentiment de vulnérabilité, de dépossession de soi qui provoquerait la gêne, et le fait d'être face à une personne qui va regarder et poser des questions. Tout dépend aussi de la façon dont le praticien le fait, de son attitude.

Si, dès l'accueil, le patient se sent en confiance et respecté, alors la consultation se passera sûrement bien, et avec moins d'appréhension.

La maternité, pour la grande majorité des femmes, est synonyme de plaisir. Elle n'est pas considérée comme une maladie, mais nécessite tout de même une surveillance médicale. Il apparaît alors important de limiter les situations où la pudeur peut être heurtée, pour permettre aux patientes d'avoir un suivi optimal.

Quasiment la moitié des femmes sont gênées par les modifications de leur corps pendant la grossesse (47.5%). Selon S. Lemaire ^[38], 41% sont gênées, et 40% appréhendaient de dévoiler leur corps avant la grossesse.

Nous nous sommes donc demandé comment les femmes vivaient la nudité lors des consultations et l'accouchement.

La majorité des femmes rapportent qu'aucune indication ne leur a été donnée pour se déshabiller. En effet, peu vont dans les toilettes ou se mettent derrière le paravent. Sachant qu'une femme sur deux est déjà gênée par son corps, bien plus seront sûrement gênées de se déshabiller devant d'autres personnes. En consultation, se déshabiller est le quatrième geste le plus gênant : 42% sont gênées, contre 40% selon S. Lemaire ^[38].

Plus de femmes sont gênées par la nudité lors d'une césarienne que lors d'un accouchement par voie basse : 16% versus 23%.

Il apparaît que « *des périodes particulièrement éprouvantes* » ^[39] semblent attendre les femmes pudiques, annonce le site Internet Terre de Femme. « *Mais*

rassurez-vous », peut-on y lire, « souvent, la timidité s'évapore au fil des semaines ... eh oui ! L'habitude prend le dessus et occulte la pudeur » ^[39].

Et puis, il y a les femmes qui paraissent moins gênées, qui disent : « *La pudeur n'existe pas à l'accouchement* », et « *pour donner la vie, rien ne compte* » (paroles de femmes). La pudeur serait alors reléguée au second plan.

Il serait possible d'éviter, par des petits gestes, que la femme et même le conjoint ne soient gênés. Comme le montrent les 12.5% de femmes non recouvertes par un drap, lors du toucher vaginal, et qui sont gênées.

Les femmes déclarent accorder moins d'importance au respect de leur pudeur devant la multiplicité des examens médicaux.

L'allaitement peut apparaître parfois comme un choix difficile pour les femmes. Allaiter c'est, de temps en temps, mettre son bébé au sein devant sa famille, ses amis. 50.5% des femmes disent choisir de donner le biberon par gêne de montrer leur sein, ou par gêne de s'isoler pour allaiter. La pudeur reste régulièrement une cause évoquée par les femmes en préparation à l'accouchement pour ne pas allaiter ^[40]. Les femmes, qui choisissent de donner le sein à leur enfant, sont rassurées par le fait d'être accompagnées dans leur démarche par les professionnels de santé. Cependant, il apparaît qu'elles seraient plus gênées lorsqu'une mise au sein est faite en présence d'une personne de leur entourage. La mère aura « *toujours à gérer pour elle-même, sa manière de prendre sa place en tant que mère et femme allaitante au regard du monde extérieur* », explique B. Thomas, consultante en lactation ^[40].

L'acte le plus pratiqué pendant la grossesse et l'accouchement est le toucher vaginal. Il devient un acte commun, mais il est malgré tout désagréable.

Une étude chinoise, menée par C. Ying Lai et V. Levy, montre que le toucher vaginal serait une source d'anxiété et d'embarras pour la femme examinée. Il serait intrusif ^[41].

Notre enquête montre significativement que 41.1% des femmes sont gênées pendant un toucher vaginal. 36.9% d'entre elles ressentiraient de l'appréhension, et 10.5% une gêne par rapport à la personne accompagnante. Cela va dans le même sens que l'étude chinoise.

S. Lemaire fait ressortir, dans son mémoire ^[38], que 56% des femmes seraient gênées par le toucher vaginal, soit un peu plus d'une femme sur deux.

Dans l'enquête chinoise ^[41], il ressort aussi que la femme serait plus anxieuse et embarrassée lorsque le toucher vaginal serait pratiqué par un professionnel homme.

Or, à Nantes, il n'y a pas de sage-femme homme. Cependant, les étudiants sages-femmes hommes, les internes et médecins hommes peuvent être amenés à examiner une femme en consultation ou pendant le travail. 30% des femmes apparaissent gênées par la présence d'un étudiant sage-femme homme en consultation : deux fois plus qu'à l'accouchement (voie basse ou césarienne).

S. Lemaire rapporte que 40% des femmes seraient gênées ^[38].

La différence de gêne entre les consultations et l'accouchement peut s'expliquer par le fait qu'à Nantes, il y a peu d'étudiant sage-femme homme. Donc, à l'accouchement ou pendant la césarienne, les hommes seraient plutôt des internes, médecins ou infirmiers. Le regard de la femme peut être différent entre un étudiant sage-femme homme et un autre professionnel de santé homme.

Dans un Centre Hospitalier Universitaire, la présence d'étudiants est normalement connue des personnes venant consulter. Nous pouvons différencier un étudiant qui serait uniquement dans un rôle passif d'observation, d'un étudiant qui au côté du professionnel réaliserait la consultation. Le premier se placerait davantage comme spectateur qu'acteur, ce qui justifie moins le dévoilement. Le

second intervient plus comme un professionnel, dont les actes sont motivés d'un point de vue médical, et non pas simplement comme de l'apprentissage. Il serait alors un peu moins à risque de déranger la patiente. Dans notre enquête, 28% des femmes paraissent gênées par la présence d'un étudiant sage-femme pendant les consultations : un peu plus d'une femme sur quatre. C'est largement moins que ce que F. Friederich avait mis en évidence en 2010 à Toulouse, dans son mémoire d'étudiante sage-femme (58% des femmes) ^[42].

Il apparaît enfin, que le professionnel a un rôle essentiel à jouer dans la préservation de la pudeur. Nous y reviendrons un peu plus loin.

De surcroît, nous nous sommes demandé si la personne accompagnante pouvait être gênante pour la patiente. Il n'existait pas de question spécifique sur la présence de l'accompagnant dans notre questionnaire, mais nous avons retrouvé un résultat dans le mémoire de F. Friederich ^[42]. Selon elle, 41% des femmes seraient gênées par la présence de l'accompagnant. On pourrait croire qu'il ne les dérange pas, or ce n'est pas toujours vrai.

Pendant l'accouchement, plus de 80% des femmes étaient accompagnées (le plus souvent par leur conjoint, mais aussi par leur sœur, leur mère, une amie, ...). La grande majorité d'entre elles estime avoir eu assez de moments d'intimité, tandis qu'une femme sur dix environ en aurait aimé plus.

Le travail et l'accouchement peuvent être des moments parfois délicats. La patiente est dans un état souvent inconnu de l'accompagnant. Cependant, plus de la moitié des femmes disent qu'on ne leur a jamais demandé si elles voulaient que l'accompagnant sorte pendant un acte pouvant atteindre leur pudeur. Ce serait aux professionnels d'y faire attention et de demander à la patiente.

Pendant la maternité, les femmes peuvent ressentir une intrusion sur leur corps, à la fois par le toucher et par le regard.

Connaître la femme le plus tôt possible dans sa grossesse permettrait d'instaurer une autre relation. La confiance établie entre le professionnel et la patiente va aider, car le professionnel de santé pénètre dans l'intimité de la femme. Toutes les femmes devraient être soignées sans aucune distinction. Il apparaît alors important de permettre à la femme de s'exprimer, et mettre en place des moyens de communication. Pour les femmes, la parole semble prioritaire. Le regard et le toucher seraient plutôt agressifs. Elles se sentent honteuses et jugées par un regard insistant, et davantage embarrassées par le toucher car il y a effraction du corps. C'est pourquoi, le regard et le toucher devraient être accompagnés de paroles pour expliquer.

En obstétrique, le soin implique le toucher. S'immiscer dans l'intimité de la femme, toucher son sexe, nécessite son consentement. Pour le professionnel, le toucher vaginal est un geste technique, mais pour les femmes cela reste inhabituel.

Le toucher relationnel est une pratique ancestrale de la sage-femme ^[23]. *« La bonne accoucheuse rassure et met à l'aise. Elle sait faire les gestes qu'il faut, prononcer les paroles de réconfort et d'encouragement qui aident la femme. A défaut d'être efficace, elle a le sens de la relation »*, raconte C. Trébos, sage-femme ^[23]. Il s'agirait pour le professionnel d'être efficace, tout en accompagnant tactilement, s'il est à l'aise avec cela, pour rassurer, et redonner au corps toute son intégrité.

Il existe deux sortes de touchers, d'après la théorie de Watson ^[19] :

- le toucher instrumental, pour effectuer certains gestes ;
- le toucher expressif, pour une action affective.

Le toucher instrumental dérangerait davantage les femmes. Lors d'une césarienne, la première gêne pour un tiers des femmes est le toucher de leur corps. Peut être est-ce parce qu'elles ne voient pas, et que cela augmente leur stress. Tandis que le toucher expressif, que l'on peut aussi appeler le toucher relationnel ou le contact soutien, serait apprécié. Il apparaît comme aidant, rassurant et encourageant.

Il permettrait de prendre quelques secondes gratuites, en relation directe avec la femme, pour lui offrir notre soutien. Cela pourrait être une force pour la femme qui veut bien s'en saisir, et pour le professionnel qui veut bien prendre ce temps.

Nous avons déjà un peu parlé du regard, quand une femme choisit d'allaiter son enfant et qu'elle doit accepter que sa pudeur évolue avec son allaitement. Lors des soins, le regard peut gêner et amener un sentiment de malaise. La dyade femme/professionnel, et même la triade accompagnant/femme/professionnel, doit trouver ses marques, et chacun doit s'adapter à l'autre. Les femmes se sentent davantage gênées par les regards lors d'une césarienne que lors d'un accouchement par voie basse. D'ailleurs, la deuxième des gênes ressenties lors d'une césarienne, est le sentiment d'être exposée aux regards. Une femme sur trois dit en être gênée. Adapter son regard ne semble pas toujours facile, car il ne faut pas juger. Dans l'étude chinoise ^[41], il est suggéré de regarder dans les yeux la femme lors du toucher vaginal et de lui parler, pour diminuer tous sentiments de vulnérabilité. Il apparaît que c'est au professionnel et au couple de s'adapter.

Nous nous sommes ensuite interrogées sur les moyens mis en place pour respecter la pudeur des femmes.

Dans la charte de la personne hospitalisée, il est dit que « *le respect de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, ...et à tout moment de son séjour* » ^[43].

Bien que la porte de la salle d'accouchement s'ouvre souvent, sans que personne n'entre, « *le paravent cache bien, s'il est bien placé* » (paroles de femme). Parfois, il peut être un peu décalé et alors la femme a « *les fesses à la vue de tous, les jambes écartées* » (paroles de femme). Le professionnel doit donc faire attention à la disposition de la salle d'accouchement. Les salles ont été pensées ainsi : elles sont fonctionnelles pour les professionnels. En cas d'urgence, le professionnel qui entre dans la salle a directement accès à ce qui se passe

(difficulté à l'expulsion, saignements, anomalies du rythme cardiaque fœtal). Le professionnel apparaît alors comme le veilleur. Lorsque la porte s'ouvre, ce sont les frontières de la salle de naissance qui sont agrandies. Le va-et-vient du couloir, les paroles, les regards indiscrets, ... peuvent alors perturber les relations et les gestes réalisés à l'intérieur.

Il en est de même pour les personnes qui entrent dans une salle : une femme sur deux estime que l'on n'a pas frappé à la porte. Il est possible qu'elles n'aient pas entendu ou qu'elles se focalisaient sur leur douleur. Cependant, chaque professionnel devrait faire davantage attention, et trouver des astuces pour préserver la pudeur des patientes.

La blouse de bloc dont « *on se retrouve affublée à l'arrivée* », est aussi appelée « *chemise de malade* », (dixit le site Internet en faveur de chemises d'hôpital respectant la pudeur et la dignité des patients) ^[44]. Cette blouse a gêné 20% des femmes interrogées, et 20% aurait préféré porter un tee-shirt à elle, qu'elles aient été gênées ou pas. Il se pourrait qu'en expliquant à la femme les raisons du port de cette blouse, (même si une femme enceinte n'est pas considérée comme malade), elles seraient moins gênées. Cependant, une étude suédoise rapporte que porter cette blouse dépersonnalise et stigmatise la personne ^[45]. Elle conclut en disant qu'il faudrait considérer à la fois les avantages et les inconvénients du port de cette blouse. En effet, la blouse semble pratique pour le personnel médical, surtout en cas d'urgence, et pour le respect de l'hygiène. Néanmoins, elle serait contraignante et inconfortable pour la personne qui la porte, majorant son mal-être.

Dans notre enquête, 33% des femmes disent que leur blouse tombait ou qu'elles la tenaient, pendant la pose de la péridurale. Il semblerait alors qu'elles soient davantage gênées quand leur blouse tombe.

Il existe une discordance entre la vision du couple et des professionnels concernant la place que chacun accorde à la pudeur. Dans l'étude faite par A.Millet, étudiante sage-femme, qui a interrogé les femmes et les professionnels, elle met en évidence que 58.2% des professionnels, versus 75% des femmes, pensent que la pudeur a été respectée en salle de naissance ^[46].

Elle montre qu'un tiers des femmes sont gênées par la nudité, alors que le personnel médical pense que 89% des femmes sont gênées. Dans notre enquête, 16% des femmes le sont, soit deux fois moins que dans la sienne.

On peut formuler deux hypothèses pour comprendre cette différence de point de vue :

- le personnel médical serait plus habitué à la nudité que le couple, il en aurait conscience, et penserait que celui-ci serait beaucoup plus dérangé ;
- d'autre part, la majorité des personnes accompagnantes est le mari ou le compagnon de la parturiente. Il existerait donc au sein du couple une gêne moins importante concernant la nudité face à son partenaire.

Le contexte de la naissance repousse les limites habituelles de la pudeur. Cependant, même si la pudeur semble un peu moins importante, nous avons vu qu'elle n'a pas pour autant disparu.

En salle d'accouchement, les femmes semblent moins gênées par des gestes ou des positions qui les dérangent plus, par exemple, lors des consultations. La position gynécologique gêne 12.8% des femmes en salle, contre 60% lors des consultations. Notre hypothèse est qu'au moment de l'accouchement les femmes sont concentrées sur la venue proche de leur enfant, et donc moins focalisées sur la position et leur environnement.

A.Millet rappelle que le personnel médical, avant même d'effectuer ses gestes, en connaît la finalité, en comparaison avec les couples. Les professionnels ont un ressenti global de la pudeur plus péjoratif que celui des couples ^[46]. Par exemple, selon elle, les professionnels estiment un peu moins enlever totalement le drap qui recouvre les femmes pour les examiner, que ne le pensent celles-ci (5%

versus 25%). Dans notre enquête, il y a moitié moins de femmes qui ne sont pas recouvertes lors de l'examen, soit 12.5%.

De plus, se présenter est l'acte premier à avoir à l'accueil en consultation, aux urgences et en salle d'accouchement. 4% des femmes pensent que le personnel médical ne s'est pas présenté dans notre enquête, contre 17% dans l'étude d'A.Millet ^[46]. Elle dit aussi qu'aucune personne soignante n'estime ne s'être jamais présentée.

Parallèlement, quasiment toutes les femmes ont eu confiance en le personnel médical. 93.1% d'entre elles se sont senties respectées, et 88.8% ont pensé que leur pudeur avait été respectée.

Nous pouvons penser que les barrières de la pudeur sont abaissées du fait de la maternité. En effet, un peu moins d'un tiers des femmes se déclarent moins pudique pendant la grossesse. M.Leman, étudiante sage-femme, met en évidence dans son mémoire ^[47], que la pudeur face au soignant diminuerait avec la grossesse. En effet, 57.6% des femmes sont gênées lors de la première consultation, contre 48.7% en fin de grossesse. Par ailleurs, les femmes disent qu'il semblerait y avoir une dimension différente entre un examen gynécologique classique et un examen dans le cadre de la grossesse : il n'est pas uniquement question d'elle-même mais également du fœtus. Face à l'enjeu de la vie de l'enfant et donc de sa bonne santé, la pudeur apparaît alors comme secondaire. Néanmoins, même si les femmes auraient tendance à passer outre, ce n'est pas pour autant que la gêne disparaît totalement.

Ainsi, notre seconde hypothèse se retrouverait validée : la pudeur de la femme serait diminuée par la grossesse et la perspective d'un enfant à naître.

Il existe des différences de ressenti entre les femmes de l'étude. Il ressort, non significativement dans notre enquête, que les femmes, ayant reçu une éducation religieuse, ont le sentiment que leur pudeur, et celle de leur couple, a été légèrement moins bien prise en compte que celle des femmes n'en n'ayant pas reçu. Il apparaît que 61.8% des femmes ayant reçu une éducation religieuse pensent que leur pudeur n'a pas été correctement respectée, versus 38.2%.

Dans ces deux religions les plus représentées ici, la pudeur est la vertu primaire à posséder. Ce sentiment, peut-être plus présent chez les femmes ayant reçu une éducation religieuse, a plus de risque d'être malmené au cours de la maternité, moment où le corps et les sentiments sont plus exposés.

En outre, nous notons une différence entre les femmes croyantes ou pas : 58.8%, versus 41.2%, pensent que leur pudeur n'a pas été correctement respectée.

Les femmes qui ont accouché à l'aide d'une extraction instrumentale ont, non significativement, une vision plus négative. Différentes explications peuvent être données. L'extraction instrumentale, réalisée en urgence le plus souvent, rend plus difficile le respect de la pudeur. De plus, l'angoisse présente à ce moment-là expliquerait que les informations, (si elles sont données), peuvent être moins bien comprises. Le nombre de personnes est augmenté en salle de naissance, et cela pourrait accroître le sentiment d'inconfort.

De manière non significative, la présence d'homme en tant que professionnel n'augmente pas le sentiment que la pudeur n'a pas été correctement respectée.

Nous nous sommes ensuite interrogées sur l'association de la pudeur et de la douleur. Dans notre étude, plus de la moitié des femmes qui ont eu la péridurale, disent oublier leur pudeur et leur intimité avant la pose de celle-ci.

Ces deux notions peuvent-elles s'associer, ou doivent-elles être davantage traitées l'une après l'autre ?

Les femmes qui éprouvent de la douleur seraient plus concentrées sur la gestion de leur douleur que sur leur pudeur. A ce moment là, l'environnement leur paraîtrait dérisoire, mais c'est à posteriori qu'elles pourraient ressentir une gêne. Le personnel médical a ici un rôle à jouer. Si la femme ne veut pas être recouverte, et même si elle ne supporte plus sa blouse, alors respectons son désir. Cependant, veiller à ce que sa blouse soit bien fermée, qu'elle ne soit pas nue dessous, qu'elle puisse se recouvrir avec un drap si elle le souhaite, ... sont des petits gestes simples et rapides, pour son confort. Ce n'est pas parce qu'une femme a mal qu'elle devrait être privée d'attention pour préserver son intimité et sa pudeur.

Parallèlement, certaines femmes qui ont pu s'exprimer à la fin de notre questionnaire disent ceci : *« la douleur prend le dessus sur la pudeur »*, *« la pudeur n'existe pas à l'accouchement »* ou encore *« l'objectif est l'accouchement, donc la pudeur importe peu »*. Nous avons vu que les femmes peuvent être moins dérangées par les gestes ou les allers et venues pendant l'accouchement qu'à d'autres moments de leur grossesse. Mais pour les accompagner dans le respect de ce qu'elles sont, de ce qu'elles vivent et de leur corps, ne faudrait-il pas simplement les renvoyer à leur pudeur ? Les questionner et leur demander ce qu'elles voudraient, car le regard du soignant reste différent de celui de la personne **qu'il** accompagne.

III.2.2 Rôle du professionnel et particulièrement de la sage-femme

Comme nous l'avons déjà vu, le rôle du professionnel dans le respect de la pudeur de la patiente est essentiel. En effet, lors d'un acte mettant en jeu la pudeur de la patiente, il est possible que la gêne soit amoindrie par l'attitude bienveillante du professionnel. La sage-femme éveille la pudeur, elle la révèle, la met à jour. Nous parlerons ici de son rôle en particulier, même si cela concerne tous les professionnels de santé.

En général, les femmes ont été satisfaites de leur prise en charge. Pour avoir des commentaires négatifs, il faut lire ce qu'elles écrivent dans le champ laissé libre à leurs conseils et leurs observations. Ces remarques négatives portent plutôt sur l'attitude du professionnel que sur les actes en eux-mêmes. Le fait que la femme ne se sente pas assez écoutée, pas assez mise en confiance ou pas assez impliquée, a un mauvais impact sur le vécu de leur pudeur et sur le sentiment du respect de celle-ci. Elles disent qu'elles aimeraient plus de considération en tant que sujet, et pas seulement pour leur corps. Ce qui est vérifié par les 17.2% des femmes qui se sont senties considérées « *comme un corps* » dans certaines situations.

Deux choses sont à prendre en compte. La première est la capacité de la sage-femme à instaurer une relation de confiance et de bienveillance, et une ambiance limitant la gêne chez la patiente. La deuxième est l'environnement. Ce serait ce qui peut nuire et modifier le bon déroulement de l'examen. Nous avons déjà parlé des portes ouvertes en salle d'accouchement, du paravent, des allers et venues, du bruit, ... Tout ce qui écarte le soin de sa réalisation idéale perturberait la patiente et l'installerait dans une gêne.

Les femmes sont très attachées à la communication et à l'information. Il est possible qu'en connaissant le déroulement d'une consultation, de l'accouchement et du séjour en suites de couches, cela rassurerait la patiente et diminuerait sa gêne. Pour cela, la sage-femme a un rôle de veilleur et d'accompagnant : elle veille au bien-être de la femme, et l'accompagne dans ces instants hors de son quotidien. Elle va créer une alliance avec la femme, future mère. Elle l'amène à ce « *rendez-vous avec soi-même, ... un rendez-vous qui change profondément la vie de chacune* »^[48].

III.3 Réflexion pour une adaptation des pratiques

Grâce à ce travail, nous avons mis en évidence des situations à risque de heurter la pudeur des patientes lors de leur prise en charge. Nous pouvons essayer de suggérer des alternatives pour pallier ces gênes. Nous les rappelons, même si certaines sont déjà appliquées par des praticiens.

- **En ce qui concerne les personnes autour du soin ou de l'examen :**

Les personnes accompagnantes : Il est important de se rappeler que même si la patiente a souhaité sa venue, elle peut être gênée par un regard connu. Il serait donc intéressant de proposer systématiquement à la patiente de les faire sortir au moment de l'examen.

L'accompagnant est très souvent le conjoint ou le compagnon, et demande à prendre une place dans le suivi. Il est bon de l'y intégrer et de prendre un petit temps pour l'écouter. Il faut toutefois faire attention à ce qu'il pourrait voir et donc protéger son regard.

La sage-femme : son rôle est très important. Elle touche à l'intimité de la personne. Pour cela, elle doit créer une relation de confiance où la communication est possible. Se présenter est le premier contact avec la patiente.

La sage-femme doit aussi prendre le temps d'expliquer et d'écouter le couple pour l'impliquer. Avant tout acte, la sage-femme devrait recueillir le consentement de la personne, et ainsi montrer son respect pour sa patiente. Elle doit essayer de ne pas banaliser les actes, les réaliser dans le plus grand respect possible, et prévenir en cas d'urgence que la pudeur ne sera peut-être pas très bien respectée. La sage-femme pourrait, au prix de petits gestes simples, continuer d'améliorer sa prise en charge pour le respect de la pudeur de sa

patiente. Pendant les actes médicaux : continuer de lui parler, la regarder dans les yeux, la soutenir, sont des éléments qui l'aident à se sentir considérée comme sujet. Le fait que la sage-femme soit connue de la patiente pourrait aider à diminuer la gêne durant l'examen. Ainsi, essayer autant que possible de faire un accompagnement global de la patiente avec la même sage-femme, permettrait d'approfondir la relation de confiance entre elles, et d'assurer au mieux le respect de sa pudeur.

La sage-femme doit continuer de conseiller les cours de préparation à l'accouchement. Le thème de la pudeur serait très intéressant à aborder. Cela lèverait le voile sur des gênes ressenties, et aiderait les femmes à investir leur grossesse avec une appréhension de la nudité moindre.

Un autre temps important est l'entretien du 4^{ème} mois. Son atout est qu'il est en début de grossesse. La patiente chemine, pendant toute sa grossesse, avec ce qui a pu lui être conseillé au début de celle-ci. Le thème de la pudeur pourrait y être abordé pour écouter et relativiser les gênes.

D'une façon générale, la sage-femme doit constamment s'interroger sur sa pratique, et en particulier sur les gestes simples qu'elle fait, mêmes les plus anodins.

Les étudiants : Rappeler aux patientes qu'elles vont être en partie prises en charge par des étudiants paraît nécessaire. Il est important de leur rappeler, si nécessaire, la mission de formation du CHU.

Les hommes : prévenir les femmes qu'elles pourraient être prises en charge par un professionnel homme limiterait leur gêne au premier abord. Cela permettrait aux femmes d'anticiper cette éventualité et ainsi diminuer l'effet de surprise probable.

- **En ce qui concerne la réalisation du soin ou de l'examen :**

Prévenir : il apparaît nécessaire d'avertir la femme des gestes que l'on va poser, d'attendre un peu si nécessaire, d'expliquer et même de réexpliquer, de valoriser le soin, d'accompagner la patiente dans son ressenti et de réaliser les gestes avec douceur sans les faire durer trop longtemps.

Préserver : la nudité et l'intimité sont souvent mises à mal sans le vouloir. Veiller à ce que la femme soit recouverte par un drap lors des examens, la découvrir avec son accord, utiliser les paravents ou les toilettes pour le déshabillage, lui permettre de garder ses vêtements ou sous-vêtements en début de travail en salle de naissance, veiller à ce que sa blouse soit fermée, paraissent important.

De plus, la préserver face à un environnement parfois agressif pourrait limiter la gêne : frapper avant d'entrer et attendre une réponse, veiller à ce que la lumière ne soit pas trop agressive (en salle de naissance et en suites de couches), veiller aussi aux bruits dérangeants, ...

Nous proposons également de faire réévaluer le seuil de détection d'ouverture des portes en salle d'accouchement, pour éviter qu'elles ne s'ouvrent inopinément et provoquent de la gêne.

En outre, en suites de couches, il paraît important d'allumer la « présence » pour signaler qu'une personne est déjà dans la chambre. On pourrait également, si par hasard quelqu'un entre, ouvrir la porte de la salle de bain, pour faire « paravent », et ainsi protéger la patiente du regard de la personne entrante, et donc d'une gêne probable.

Enfin, il est important de préciser que les actes courants pour une sage-femme ne le sont pas forcément pour ses patientes.

III.4 Dans l'enseignement à l'école de sage-femme

A l'école de sage-femme, il n'y a pas d'enseignement formel traitant du respect de la pudeur. Des conseils de bonnes pratiques sont distillés dans plusieurs unités d'enseignement. On nous l'enseigne dans les cours théoriques : par exemple, lors du cours sur les soins généraux infirmiers (traitant de la relation au corps, du consentement des soins, du devoir d'information de la part des professionnels, ...), ou bien dans les cours d'obstétrique (dans la conduite d'un interrogatoire, l'installation de la patiente dans les étrières, ...).

Par ailleurs, dans la formation pratique, l'un des item de l'évaluation clinique concerne le « respect des règles de confort », qui comprend le respect de la personne dans sa globalité, et donc de sa pudeur.

De plus, dans la pratique avec les sages-femmes cliniciennes, on observe des exemples de praticiens particulièrement attentifs au respect de la pudeur, mais également des contres exemples qui ont amenés cette réflexion.

A l'école de sages-femmes de Nantes, la formation sur le respect de la pudeur dépend aussi des sages-femmes enseignantes qui en parlent dans leurs cours. Les étudiants sage-femme seraient alors plus ou moins sensibilisés.

CONCLUSION

La grossesse en elle-même tend à minimiser la pudeur de la femme. Nos deux hypothèses semblent validées par ce que déclarent les femmes. En effet, la prise en charge médicale, avec la répétition d'actes et d'examens, amènerait les femmes à accorder moins d'importance à leur pudeur. De même que la perspective de l'enfant à naître, et qu'il soit en bonne santé, amèneraient les futures mères à repousser les limites de leur pudeur, et même à l'oublier.

L'accouchement est un moment particulier, où l'on peut observer l'augmentation des fonctions archaïques. Pour accoucher, la femme cherche un lieu sécurisant, calme et qui la protège des regards indiscrets. Chaque femme tenterait donc de construire son « nid ». Pour cela, elle dispose de la salle d'accouchement, ce lieu qui lui est attribué, pour en faire son espace, son lieu où donner vie. En tant que sages-femmes, nous devons continuer de veiller à cette ambiance calme et sécurisante, dans un espace accueillant. C'est à nous de préserver l'intimité des femmes et des couples.

Ce travail a montré que les patientes attendent principalement d'être écoutées, consultées et prises en considération, et ainsi établir une relation de confiance avec la sage-femme. La confiance reste la première des thérapeutiques.

Nous avons entendu ici le point de vue des patientes en milieu hospitalier. Il serait bon aussi de se demander comment les professionnels (sages-femmes, médecins, étudiants, ...) abordent le sujet, et quelles en sont les conséquences dans la prise en charge de leurs patientes. Il serait important de connaître leurs ressentis et questionnements.

De la même façon, il serait très intéressant d'avoir le point de vue des personnes accompagnantes sur leur vécu en tant que « spectateur » de certaines situations.

Enfin, pour que les orientations du plan périnatalité 2005-2007, (sécurité, qualité et humanité des soins), restent une réalité à l'hôpital de Nantes, CHU de niveau 3, nous pensons qu'il est essentiel de continuer à renforcer la dimension humaine, notamment par les sages-femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOLOGNE J-C., Histoire de la pudeur, Paris, Hachette littératures, 1986, 419 pages.
2. FIAT E., Pudeur et intimité, in *Gérontologie et société*, 2007, n°122, p. 23-40.
3. Le Petit Robert, Paris, Dictionnaire Le Robert, 2006, 2844 pages.
4. Le Petit Larousse, Paris, Ed Larousse, 1959, 1799 pages.
5. Pudeur, in *Etudes*, 2001, n°394, p. 180-96.
6. POTEL BARANES C., Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi, in *Enfances et Psy*, 2008, n°39, p. 106-118.
7. DAULIN R., La pudeur ou le droit à l'intime dans les massages bien-être, juin 2011, [consulté le 02/02/2013]. Disponible à partir de l'URL : http://www.ffmbe.fr/fileadmin/user_files/publications/LA_PUDEUR_DANS_LES_MBE.pdf.
8. MOREL CINQ-MARS J., Quand la pudeur prend corps, Paris, Presses Universitaires de France, 2002, 307 pages.
9. DIDEROT D., Supplément au voyage de Bougainville, Paris, Gallimard, 2001, 190 pages.
10. PY B., Le sexe et le droit, Paris, PUF, 1999, 128 pages.
11. HECQUET P., De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes, troisième édition, Paris, côté -femmes, 1990, 184 pages.
12. FRANCIS B., La pudeur [consulté le 20/10/2012]. Disponible à partir de l'URL : <http://fran6.deport.free.fr/dotclear/index.php?q=la+pudeur>.
13. GADEA N., Le corps dans les traditions monothéistes, in *Le corps : ce qu'en disent les religions*, Ed de l'Atelier, 1999, p. 31-103.
14. LEVY I., Soins et croyances, Paris, Ed Estem, 1999, 210 pages.
15. Article 330 relatif à l'outrage public à la pudeur, Code Pénal, Paris, Dalloz, 2012.
16. Article 222-32 relatif à l'exhibition, Code Pénal, Paris, Dalloz, 2012.
17. Article R 4127-302, sous-section 1 : « Devoirs généraux des sages-

femmes », Code de déontologie des sages-femmes [consulté le 21/05/2012]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>.

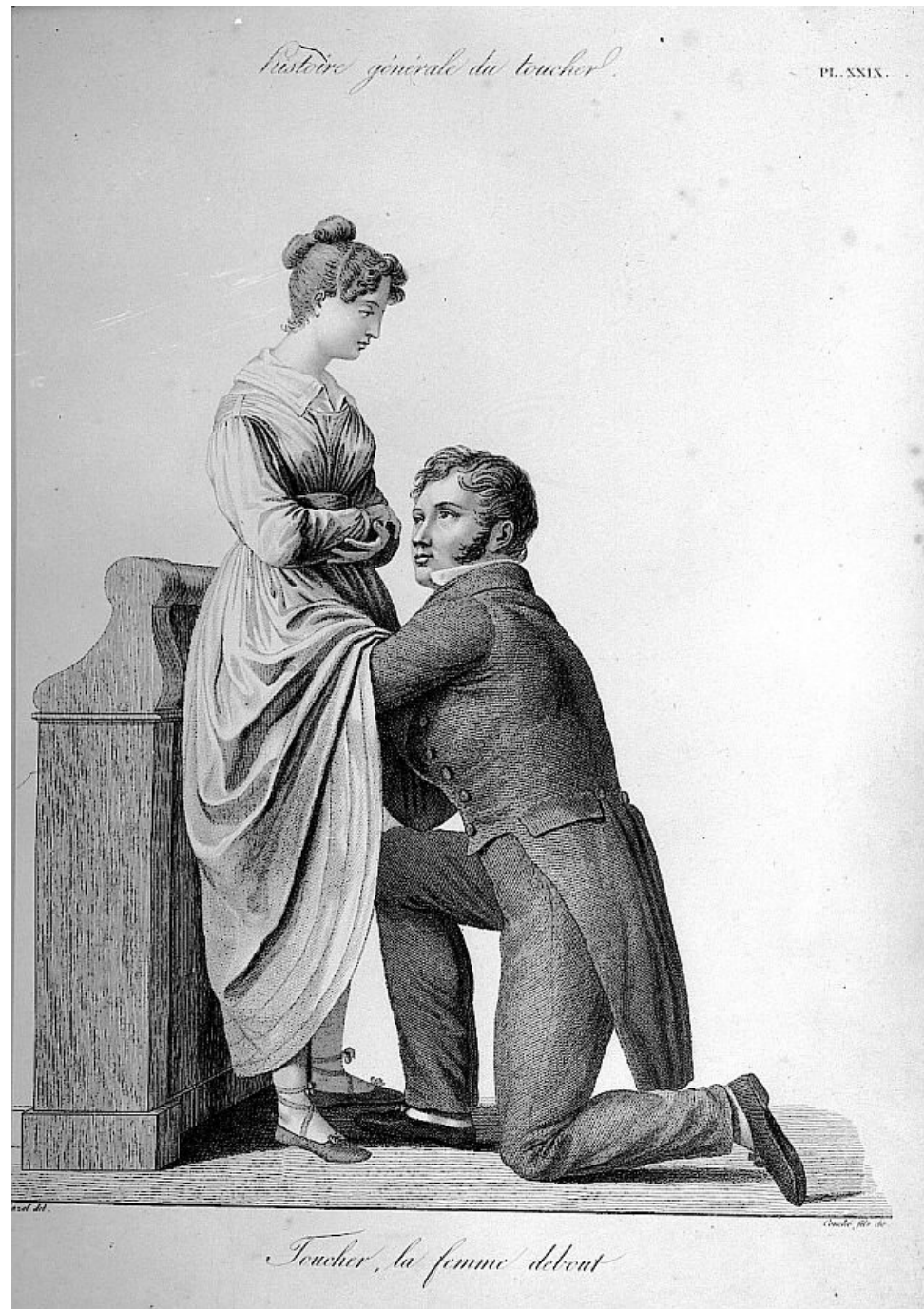
18. Article R 4127-327, sous-section 2 : « Devoirs envers les patientes et les nouveau-nés », Code de déontologie des sages-femmes [consulté le 21/05/2012]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>.
19. LAWLER J, COLLIERE M-F., La face cachée des soins : soins au corps, intimité et pratique soignante, Paris, Seli Arslan, 2002, 288 pages.
20. HAUTENAUVE L., L'intime, in *Gérontologie et société*, 2007 n°122, p. 211-214.
21. VASSE D., Un monde sans pudeur ? In *Etudes*, 2002, n°396, p. 197-205.
22. Accompagner les patients de cultures différentes, in *Soins aides soignantes*, février 2010, n°32, p. 1-12.
23. TREBOS C., Le toucher relationnel en salle de naissance, le vécu des femmes, in *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n°391, mars 2010, p. 9-19.
24. KNIBIEHLER Y., Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^{ème} siècle, Rennes, Ed ENSP, 2007, 186 pages.
25. LEBOYER F., Pour une naissance sans violence, Paris, Seuil, 1974, 154 pages.
26. SELZ M., Clinique de la honte. Honte et pudeur : les deux bornes de l'intime, in *Le coq-héron*, 2006, n°184, p. 48-56.
27. BERTRAND R., La nudité entre culture, religion et société, in *Rives nord-méditerranéennes*, 2008, p. 11-24.
28. RAPOPORT D., Corps de mère corps d'enfant, Paris, Stock, 1980, 227 pages.
29. KNIBIEHLER Y., Maternité, affaire privée, affaire publique, Paris, Bayard, 2001, p.23-26.
30. LEBOYER F., Si l'enfantement m'était conté, Paris, Seuil, 1996, 285 pages.
31. LAGET M., Naissances : l'accouchement avant l'âge de la clinique, Paris, Seuil, 1982, 329 pages.
32. GELIS J., Accouchement de campagne sous le roi-soleil, Paris, Imago, 1989, p. 31.

33. JACQUES B., Sociologie de l'accouchement, Paris, Le Monde, 2007, 190 pages.
34. MOREL M-F., Autour de la naissance. Il était une fois... une histoire d'orées..., in *Elserevue*, 2010, n°230, p. 47-49.
35. CESBRON P, KNIBIEHLER Y., La naissance en occident, Paris, Ed Albin Michel, 2004, 341 pages.
36. Ministère de la santé et de la protection sociale, plan périnatal 2010 [consulté le 31/09/2012]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-maternites-en-2010-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale,9631.html>.
37. SANCHEZ-CARDENAS M., La pudeur un lieu de liberté ? de Monique Selz, in *Revue française de psychanalyse*, 2004, n°68, P. 699-702.
38. LEMAIRE S., La pudeur en obstétrique : pour une adaptation des pratiques ?, mémoire d'école de sages-femmes, 2007, Tours, 96 pages.
39. Site internet Terre de Femme [consulté le 16/01/2013], disponible à partir de l'URL : <http://www.hellocoton.fr/pudeur-et-grossesse-une-alliance-improbable-5178636>
40. THOMAS B., La pudeur et le plaisir d'allaiter, mémoire de consultante en lactation, 2006, p. 2-15
41. YING LAI C, LEVY V., Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour, *Midwifery*, n°18(4), décembre 2002, p. 296-303.
42. FRIEDERICH F., Pudeur et prise en charge médicale de la grossesse, de l'accouchement, et de ses suites, mémoire d'école de sages-femmes, 2010, Toulouse, 51 pages.
43. La charte de la personne hospitalisée, du 2 mars 2006, [consulté le 17/01/2013], disponible à partir de l'URL : <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html>.
44. Farfadoc, Pour des chemises d'hôpital respectant la pudeur et la dignité des patients, [consulté le 06/01/2013], disponible à partir de l'URL : <http://farfadoc.wordpress.com/2012/07/31/pour-des-chemises-dhopital-respectant-la-pudeur-et-la-dignite-des-patients/>
45. EDVARDSSON D., Balancing between being a person and being a patient-A qualitative study of wearing patient clothing, [consulté le 04/01/2013],

disponible à partir de l'URL :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18799159>.

46. MILLET A., Pudeur en salle de naissance, mémoire d'école de sages-femmes, 2008, Poitiers, 76 pages.
47. LEMAN M., Evaluation de la pudeur pendant la grossesse, à l'accouchement et durant l'hospitalisation, mémoire d'école sages-femmes, Angers, 2009, 63 pages.
48. BIRMAN C., Au monde, ce qu'accoucher veut dire, Paris, La Martinière, 2003, 336 pages.

ANNEXE 1



Toucher, la femme debout. Maygrier, planche 01837

QUESTIONNAIRE

Madame, Mademoiselle

Actuellement étudiante sage-femme en quatrième année d'étude, je dois réaliser un travail de fin d'étude.

J'ai choisi d'axer ce mémoire sur le vécu du dévoilement du corps et des sentiments par la femme pendant sa grossesse, son accouchement et dans les suites de couches.

Pour cela j'ai réalisé un questionnaire.

Si vous acceptez de participer à ce travail, je vous demanderais de bien vouloir répondre au questionnaire anonyme ci-joint.

Je vous remercie par avance du temps et de l'attention que vous aurez accordés à mon étude. Je vous souhaite un très bon séjour à la maternité et beaucoup de bonheur pour la suite.

Tiphaine Tabouy

VOTRE SITUATION :

1- Quel âge avez-vous ?.....

2- De quelle nationalité êtes-vous ?

- ☐ Française ☐ autre pays européen ☐ Afrique du nord
☐ Afrique noire ☐ pays d'Asie ☐ autre

3- Si vous n'êtes pas française, depuis combien de temps êtes-vous en France ?

- ☐ Moins de 6 mois ☐ entre 6 mois et 1 an ☐ plus d'un an

4- Quelle est votre activité ?

- ☐ Agricultrice
☐ Artisan, commerçante
☐ Cadre (profession libérale, professeur, ingénieur ...)
☐ Profession intermédiaire (instituteur, infirmier, technicien ...)
☐ Employée de la fonction publique ou administrative des entreprises
☐ Employée de commerce
☐ Personnelle de service pour les particuliers

- ☐ Ouvrière
- ☐ Etudiante
- ☐ Sans profession

5- Avez-vous reçu une éducation religieuse ?

- ☐ Aucune ☐ Catholique ☐ Musulmane ☐ Autre

6- Aujourd'hui, êtes-vous : ☐ Croyante ☐ Praticante ☐ Athée

7- Combien avez-vous eu d'enfants (y compris celui-ci) ? ____

8- Avez-vous déjà accouché au CHU de Nantes ? ☐ oui ☐ non

9- Pensez-vous que votre pudeur ait été bien respectée lors de vos accouchements précédents ? ☐ oui ☐ pas tout le temps ☐ non

10- Quel était votre poids avant l'accouchement ? ____

11- Quelle est votre taille ? ____

LA PUDEUR POUR VOUS :

12- Qu'est-ce que la pudeur pour vous ? Donnez 2 synonymes :

-

-

AVANT votre grossesse :

13- Etre enceinte était synonyme de *(une seule réponse)* :

- ☐ Impudeur ☐ gêne ☐ dévoilement de son corps
- ☐ Plaisir ☐ aucun

14- Redoutiez-vous une grossesse pour cette gêne de dévoiler votre corps ?

- ☐ Oui ☐ non

15- En avez-vous parlé avec votre conjoint ? ☐ oui ☐ non

16- Etes-vous une personne pudique en général ? ☐ beaucoup ☐ en général

- ☐ Parfois ☐ pas du tout

PENDANT VOTRE GROSSESSE :

17- Votre grossesse a été suivie par : *(vous pouvez-cocher plusieurs cases)*

- ☐ Un gynécologue de ville

- ☐ Un gynécologue de l'hôpital
- ☐ Votre médecin traitant
- ☐ Une sage-femme libérale
- ☐ Une sage-femme de l'hôpital

18- Avez-vous participé à des cours de préparation à l'accouchement ?

- ☐ Oui ☐ non

Si oui : ☐ en libéral

☐ à l'hôpital

19- Le thème de la pudeur a-t-il été abordé ?

- ☐ Oui ☐ non

20- Avez-vous été gênée par les modifications de votre corps durant votre grossesse ? ☐ Oui ☐ non

21- Pendant votre grossesse étiez-vous :

- ☐ plus pudique ☐ comme avant ☐ moins qu'avant

22- Pendant les consultations de suivi de grossesse, avez-vous été gênée par :

- Les questions personnelles ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup
- Vous peser ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup
- Vous déshabiller ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup
- Montrer votre ventre ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup
- L'examen des seins ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup
- La position gynécologique ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup
- La pose d'un spéculum ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup
- Les touchers vaginaux ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup
- La présence d'un étudiant ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup

Si il y avait un étudiant, était-il un homme ? ☐ oui ☐ non

Si oui, cela vous a-t-il gêné ? ☐ oui ☐ non

POUR LA NAISSANCE :

23- Etes-vous passée par les urgences gynécologiques et obstétricales ?

- ☐ Oui ☐ non

24- Par qui avez-vous été accueillie en salle de naissance ?

- ☐ La sage-femme ☐ l'étudiant(e) sage-femme ☐ l'aide soignante
☐ Autre ☐ vous ne savez pas

25- La personne en question s'est-elle présentée ? ☐ oui ☐ non

26- A quel terme avez-vous accouché ? _____ (en semaines d'aménorrhée)

27- Avez-vous accouché ☐ normalement ☐ par forceps, ventouse
☐ par césarienne programmée ☐ par césarienne en urgence

Si vous avez accouché par césarienne programmée, allez à la question 56, sinon continuez.

28- On vous a demandé de vous déshabiller et de mettre une chemise. Etait-ce :

- ☐ Aux urgences ☐ dans une salle d'expectante
☐ Dans la salle d'accouchement

29- Vous a-t-on proposé de vous déshabiller :

- ☐ Aux toilettes ☐ derrière le paravent ☐ on ne vous a rien dit

30- Le port de cette chemise vous a-t-il gênée ?

- ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup

31- Auriez-vous préféré garder un tee-shirt à vous ? ☐ oui ☐ non

32- Avez-vous eu une péridurale ? ☐ oui ☐ non

Si oui : pendant la pose de péridurale, votre blouse :

- ☐ Tombait sans cesse ☐ vous la teniez ☐ elle était attachée

Si oui : avant la pose de péridurale, la douleur vous faisait-elle oublier

- votre pudeur ? ☐ oui ☐ non
- votre intimité ? ☐ oui ☐ non

33- Votre travail (contractions utérines qui modifient le col) a duré :

- ☐ Moins de 4h ☐ entre 4 et 12h ☐ plus de 12h

34- Avez-vous remarqué que la porte de la salle où vous avez accouché était coulissante ? ☐ oui ☐ non

S'est-elle ouverte sans que personne ne rentre ? ☐ oui ☐ non

Cela vous a-t-il gênée ? ☐ oui ☐ non

Il y avait normalement un paravent devant la porte : vous êtes-vous sentie :

☐ Cachée ☐ dans un environnement intime ☐ mal à l'aise

35- Frappait-on avant d'entrer ? ☐ oui ☐ non

36- Etiez-vous accompagnée par quelqu'un de votre entourage ? ☐ oui ☐ non

37- Avant un acte pouvant atteindre votre pudeur, vous a-t-on demandé si vous vouliez que la personne accompagnante sorte ?

☐ Toujours ☐ parfois ☐ rarement ☐ jamais

38- Avez-vous eu pendant le travail assez de moment d'intimité avec votre compagnon ?

☐ oui, assez ☐ vous en auriez aimé plus ☐ vous n'en avez presque pas eu

39- Avez-vous été présente lors d'un changement d'équipe ? ☐ oui ☐ non

Si oui, était-ce : ☐ au cours du travail ☐ au cours de l'accouchement

Cela vous a-t-il gênée ? ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup

Lors des touchers vaginaux :

40- Etiez-vous gênée ? ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup

41- Avez-vous été examinée par une sage-femme ET un(e) étudiant(e) sage-femme ? ☐ oui ☐ non

42- Si vous avez-été gênée, la gêne était-elle différente ? ☐ oui ☐ non

43- Vous avait-on recouverte avec un drap ? ☐ oui ☐ non

44- Que ressentiez-vous lors des touchers vaginaux ? *(une seule réponse)*

☐ Une appréhension avant chaque examen ☐ une perte de dignité

☐ rien ☐ une gêne par rapport à la personne qui vous accompagnait

45- Vous prévenait-on lors des examens ? ☐ oui ☐ non

46- Qu'est-ce qui a été pour vous le plus gênant ? *(une seule réponse)*

☐ sondage urinaire ☐ toucher vaginal ☐ rasage

☐ rupture artificielle de la poche des eaux ☐ autre ☐ aucun

47- Dans quelle position avez-vous accouché ? *(si accouchement par voie basse)*

☐ Gynécologique ☐ sur le côté ☐ autre

48- Cette position vous a-t-elle été : ☐ proposée ☐ imposée

☐ Vous l'avez demandée

Cette position vous a-t-elle gênée ? ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup

49- A-t-on enlevé votre chemise et exposé votre nudité au moment de la naissance ? ☐ oui ☐ non ☐ je ne me souviens plus

Si oui : vous a-t-on demandé votre avis ? ☐ oui ☐ non

☐ je ne me souviens plus

Cela vous a-t-il gênée d'être alors nue ?

☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup

50- Combien de personnes étaient présentes pour l'accouchement ? ____

☐ vous ne savez pas

51- Lors de la poussée :

☐ Le nombre de personnes ne vous importait pas, vous étiez concentrée

☐ Vous vous sentiez exposée ☐ les regards vous gênaient

52- Avez-vous remarqué qu'une lumière éclairait votre périnée lors de l'expulsion ? ☐ oui ☐ non

Etait-ce gênant ? ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup

53- La nudité vous a-t-elle dérangée ? ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup

54- Y avait-il un ou des hommes ? ☐ oui ☐ non

Cela vous a-t-il gênée ? ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup

55- Avez-vous eu une épisiotomie ? ☐ oui ☐ non

Si oui : pensez-vous que l'on ait respecté votre pudeur pour réaliser la suture ? ☐ oui ☐ non

Si vous avez accouché par césarienne programmée ou en urgence :

La question de la pudeur est aussi délicate voir plus. Nous vous posons quelques questions sur votre ressenti lors de votre passage en salle de césarienne et en salle de réveil.

56- Avez-vous été gênée par :

Votre nudité devant les professionnels :

☐ Non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup

Si certains professionnels étaient des hommes, cela vous a-t-il gênée ?

☐ Non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup

Le touché de votre corps lors de la césarienne

☐ Non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup

Le nombre de personnes autour de vous :

☐ Non ☐ oui un peu ☐ oui beaucoup

Les regards portés sur vous ? ☐ oui ☐ non

Vous êtes-vous sentie exposée ? ☐ oui ☐ non

57- Y avait-il une autre patiente en salle de réveil lorsque vous y étiez ?

☐ Oui ☐ non

58- Avez-vous remarqué que la porte de la salle de réveil était restée ouverte ?

☐ Oui ☐ non

Si oui, cela vous a-t-il gênée ? ☐ non ☐ oui, un peu ☐ oui, beaucoup

59- Comment vous sentiez-vous ?

☐ Cachée ☐ dans un environnement intime ☐ mal à l'aise

POUR TOUTES LES PATIENTES, LORS DES SUITES DE COUCHES :

60- Quel mode d'allaitement avez-vous choisi ? ☐ allaitement artificiel

☐ Allaitement maternel ☐ allaitement mixte

61- Si vous donnez le biberon à votre enfant :

Le fait de devoir « montrer » le sein pour allaiter a-t-il joué dans votre décision de donner le biberon ? ☐ oui ☐ non

62- Si vous donnez le sein à votre enfant :

Le fait d'allaiter devant un professionnel de santé vous a-t-il gênée ?

☐ Oui ☐ non

63- Etes-vous dans une chambre seule ? ☐ oui ☐ non

Si non : lors du passage de la sage-femme ou de l'auxiliaire de puériculture, tirent-elles le rideau ? ☐ oui ☐ non

LE TOUCHER : (vous pouvez cocher plusieurs cases)

64- Que pensez-vous du « contact soutien », c'est-à-dire du soutien par les gestes, et par le contact peau à peau (par exemple pendant des contractions utérines douloureuses, un moment de stress, ...) ? C'est :

- ☐ Rassurant ☐ aidant ☐ gênant ☐ inutile
☐ Cela met mal à l'aise ☐ encourageant

65- La sage-femme ou l'étudiant(e) sage-femme vous ont peut-être encouragée et soutenue par ce contact de peau à peau. Cela vous a :

- ☐ Rassurée ☐ aidée ☐ gênée ☐ mise mal à l'aise
☐ Encouragée

66- Vous vous sentez soutenue par :

- ☐ Des paroles ☐ des gestes ☐ les deux

QUESTIONS DE CONCLUSION :

67- Comment avez-vous trouvé le soignant ?

- ☐ Parfois trop intrusif ☐ toujours gênant
☐ A sa juste place

68- Aviez-vous confiance en les professionnels qui vous entouraient et ceux qui vous entourent encore aujourd'hui ? ☐ oui ☐ non

69- Vous êtes-vous sentie respectée ? ☐ oui ☐ non ☐ pas tout le temps

70- Votre pudeur a-t-elle selon vous été respectée ?

- ☐ Oui ☐ non ☐ pas tout le temps

71- Vous êtes-vous sentie considérée comme seulement un corps dans certaines situations ? ☐ oui ☐ non

72- Quels conseils nous donneriez-vous pour améliorer votre prise en charge ?

.....
.....
.....
.....

Merci pour vos réponses

RESUME

Objectif : Evaluer le vécu du dévoilement du corps et des sentiments par les femmes pendant la maternité et mettre en évidence les éléments les plus gênants pour elles.

Matériel et méthode : Réalisation d'une enquête rétrospective à partir de questionnaires anonymes, distribués aux femmes ayant accouché au CHU de Nantes, du 8 août au 20 septembre 2012, sans aucun critère de sélection retenu.

Résultats : Une femme sur deux déclare être gênée par les modifications de son corps pendant la grossesse. La prise en charge médicale des femmes (et notamment la douleur pendant le travail), les amènent à accorder moins d'importance à leur pudeur.

Conclusion : La sage-femme doit, dans sa pratique quotidienne, veiller à respecter la pudeur des femmes, à l'aide de gestes simples et rapides, sans diminuer l'efficacité et la performance des soins.

Mots-clés : maternité, respect de la pudeur, sage-femme, vécu