

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'État de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : **28 avril 2014**

par

Agnès VIDAL

Née le 11/02/1990

La pudeur aux urgences obstétricales

Évaluation des pratiques professionnelles à Port-Royal

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme WAGENER Valérie Sage-femme

CO DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme DIEUDONNÉ Cécile Sage-femme cadre supérieur

JURY :

Mme VINCENT Aurélie

Représentante du Directeur Technique et d'Enseignement de l'ESF Baudelocque

M. BERTHO Baptiste

Représentant de la directrice de l'ESF Baudelocque

Mme BENJILANY Sarah

Sage-femme psychologue

Mme DELESPINE Mathilde

Sage-femme

Mme DIEUDONNÉ Cécile

Co-directrice du mémoire, sage-femme cadre supérieur

N° du mémoire : 2014PA05MA34

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Un grand merci à Valérie Wagener, pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour son soutien et sa disponibilité, ainsi que ses précieux conseils.

Merci à Mme Dieudonné, pour avoir codirigé ce mémoire jusqu'au bout, pour ses relectures attentives et ses conseils avisés.

Merci aux sages-femmes ayant participé avec entrain à mon étude, et aux patientes, pour leur enthousiasme et leurs mots d'encouragements.

Je remercie ma famille et mes amies pour leur soutien tout au long de ce travail.

Merci à Damien pour m'avoir supportée durant son élaboration, aux ESF5 pour nos enrichissantes discussions, à Abi et Annie pour la relecture, ainsi qu'à Charlotte, pour avoir été un parfait coach durant toute cette dernière année.

Table des matières

Liste des figures	I
Liste des annexes	III
Introduction.....	1
Première partie Cadre conceptuel	3
1.1 <i>La pudeur</i>	3
1.1.1 Les définitions de la pudeur	3
1.1.1.1 De nos jours.....	3
1.1.1.2 Évolution historique de ce mot	3
1.1.3 Les différentes pudeurs	4
1.1.3.1 La pudeur physique	5
1.1.3.2 La pudeur des sentiments	5
1.1.3.3 La pudeur personnelle.....	5
1.1.3.4 La pudeur des mœurs	6
1.2 <i>Évolution de la pudeur dans l'histoire</i>	6
1.2.1 La genèse comme origine de la pudeur.....	6
1.2.2 La pudeur dans l'Antiquité gréco-romaine.....	6
1.2.3 La pudeur au Moyen Âge	8
1.2.4 La pudeur à la Renaissance et au XVIII ^e siècle	8
1.2.5 La pudeur au XIX ^e siècle.....	9
1.2.6 La pudeur aux XX ^e et XXI ^e siècles.....	10
1.3 <i>La pudeur et l'hôpital</i>	11
1.3.1 La pudeur dans les soins.....	11
1.3.2 La pudeur en maternité	12
1.3.2.1 La pudeur corporelle	12
1.3.2.2 La pudeur des sentiments	13
Deuxième partie Méthodologie de l'étude	14
2.1 <i>Objet de l'étude</i>	14
2.1.1 Problématique	14
2.1.2 Hypothèses.....	14
2.1.3 Objectifs	15
2.2 <i>Méthodologie</i>	15
2.2.1 Type d'étude	15
2.2.2 Modalités de l'enquête	15
2.3 <i>Présentation de l'étude : caractéristiques des populations</i>	16
2.3.1 Données sociologiques	16

2.3.1.1 Répartition selon l'âge	16
2.3.1.2 Répartition selon la parité	17
2.3.1.3 Répartition selon l'expérience professionnelle	18
2.3.1.4 Répartition selon l'origine	19
2.3.1.5 Répartition selon la religion	20
2.3.2 Les représentations de la pudeur	20
2.3.2.1 Les définitions personnelles des populations étudiées	20
2.3.2.2 Les degrés de pudeur	23
2.3.2.3 Les variations de la pudeur avec la grossesse	24
2.3.2.4 L'image de soi	27
2.4 Présentation des résultats : la prise en charge aux urgences obstétricales de Port-Royal	28
2.4.1 La structure	28
2.4.2 Les pratiques professionnelles des sages-femmes	31
2.4.3 La place de l'accompagnant	34
2.4.4 La relation sage-femme-patiente	35
2.4.5 Le ressenti personnel des patientes	41
2.4.4.1 Corporel	41
2.4.4.2 Émotionnel	45
Troisième partie Discussion	46
3.1 Discussion de la méthode	46
3.1.1 Forces et limites de l'étude	46
3.1.2 Biais de l'étude	47
3.1.3 Perspective de perfectionnement en regard des résultats obtenus	47
3.2 Discussion et analyse des résultats	48
3.2.1 Représentations de la pudeur et relation sages-femmes - patientes	48
3.2.1.1 Conception de la pudeur	48
3.2.1.2 Relation entre sages-femmes et patientes	49
3.2.2 Infrastructure, matériel et pudeur	49
3.2.3 Respect de la pudeur en consultation d'urgence versus de suivi programmé, et acceptabilité vis-à-vis de la prise en charge	50
3.2.4 Influence de la grossesse sur le seuil de pudeur	51
3.2.5 Constatations	53
3.2.5.1 Décalage entre ressenti des sages-femmes et perception des patientes	53
3.2.5.2 Rapport entre pudeur et image de soi	54
3.2.5.3 Sage-femme, habitude et pudeur	54
3.2.5.4. Pratiques professionnelles des sages-femmes	54
3.2.5.5 Place de l'étudiant en consultation	55
3.2.5.6 Importance accordée à la pudeur	56

3.3 Propositions	57
3.3.1 Concernant la prise en charge par les sages-femmes	57
3.3.2 Concernant le service.....	58
Conclusion.....	59
Bibliographie.....	61
Annexes.....	64

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des sages-femmes selon l'âge	16
Figure 2 : Répartition des patientes selon l'âge.....	16
Figure 3 : Nombre d'enfants des sages-femmes	17
Figure 4 : Parité des patientes	17
Figure 5 : Nombre d'années depuis l'obtention du diplôme de sage-femme	18
Figure 6 : Nombre d'années d'exercice des sages-femmes en structure hospitalière	18
Figure 7 : Nombre d'années d'exercice des sages-femmes aux urgences obstétricales de Port-Royal	19
Figure 8 : Origine géographique des patientes	19
Figure 9 : Conviction religieuse des patientes	20
Figure 10 : Mots définissant la pudeur	21
Figure 11 : Éléments façonnant la pudeur selon les sages-femmes.....	23
Figure 12 : Degré de pudeur des sages-femmes	23
Figure 13 : Degré de pudeur des patientes avant la grossesse	24
Figure 14 : Degré de pudeur des patientes avant et pendant la grossesse	25
Figure 15 : Évolution de la pudeur au cours de la grossesse.....	25
Figure 16 : Évolution de la pudeur avec les grossesses	27
Figure 17 : Image corporelle des patientes	27
Figure 18 : Image corporelle des patientes et évolution avec la grossesse.....	28
Figure 19 : Améliorations à apporter au service selon les sages-femmes.....	29
Figure 20 : Explications des gestes avant de les effectuer.....	31
Figure 21 : Fermeture de la porte du box	31

Figure 22 : Entrée dans un box occupé	32
Figure 23 : Entrée d'un tiers dans un box occupé	32
Figure 24 : Étude de la pudeur lors de la formation initiale ou continue.....	33
Figure 25 : Interrogation sur le lien entre la patiente et l'accompagnant	34
Figure 26 : Vérification auprès de la patiente de l'acceptation de l'accompagnant pendant l'examen.....	34
Figure 27 : Entrée d'un accompagnant dans la salle de monitoring déjà occupée	35
Figure 28 : Influence de l'habitude sur la prise en charge (p-e-c)	36
Figure 29 : Comparaison entre la prise en charge par les sages-femmes aux urgences et celle en consultation de suivi de grossesse	38
Figure 30 : Préférence des patientes pour l'examineur.....	39
Figure 31 : Exposition du corps face à une sage-femme versus un médecin	39
Figure 32 : Raisons d'une gêne moindre en présence d'une sage-femme	40
Figure 33 : Manifestations de la pudeur des patientes lors de la consultation rapportées par les sages-femmes	41
Figure 34 : Réticences à se dévêtir lors de la consultation rapportées par les sages-femmes	42
Figure 35 : Réticences à se dévêtir lors de la consultation pour les patientes.....	42
Figure 36 : Parties du corps difficiles à dévoiler rapportées par les sages-femmes.....	43
Figure 37 : Parties du corps difficiles à dévoiler rapportées par les patientes	43
Figure 38 : Fréquence de patientes réticentes à l'examen gynécologique par pudeur selon les sages-femmes	44
Figure 39 : Réaction des sages-femmes face aux patientes réticentes à l'examen gynécologique	44

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire sages-femmes	65
Annexe II : Questionnaire patientes	70
Annexe III : Caractéristiques sociologiques des populations étudiées	74
Annexe IV : Parties du corps difficiles à dévoiler en consultation	75
Annexe V : Charte des bonnes pratiques	76

Introduction

En entrant à l'école de sages-femmes, nous avons découvert le monde hospitalier. Ce fut une révélation, mais aussi une grande source de questionnements. La gestion de la pudeur à l'hôpital, et plus particulièrement en maternité, nous a interpellées lors des premiers stages, et c'est pourquoi dès la première année d'école, nous avons souhaité réaliser notre mémoire de fin d'études sur ce thème.

Le constat d'une pudeur parfois mise à mal nous a poussé à lire sur le sujet, et à découvrir que celui-ci était traité par les étudiants sages-femmes presque chaque année depuis 2004, dans leurs mémoires en vue de l'obtention du diplôme d'État. Si tant d'étudiants ont écrits sur le sujet, c'est bien que ce dernier préoccupait, or malgré leurs travaux, les mêmes problèmes persistent encore.

Les services d'urgence sont bien souvent décriés dans les médias, sur le plan de l'attente comme de la qualité de la prise en charge humaine. Jusqu'alors, la pudeur n'avait pas été étudiée spécifiquement et uniquement aux urgences obstétricales. Nous avons choisi d'évaluer la prise en charge de la pudeur aux urgences obstétricales de Port-Royal, centre périnatal de type III, avec par conséquent une activité importante, et centre hospitalo-universitaire, impliquant une forte présence d'étudiants au sein des différents services.

Nous avons réalisé une enquête prospective qualitative sur la base du volontariat auprès de patientes consultant aux urgences obstétricales, et de sages-femmes y travaillant. Les patientes pouvaient répondre librement à notre questionnaire, situé en salle de monitoring. Celles venant pour des urgences vitales ou une naissance imminente étant admises directement au bloc obstétrical, notre étude n'inclue donc que des patientes ayant consulté pour des urgences relatives.

Afin de savoir quelle place les sages-femmes de la maternité de Port-Royal accordent au respect de la pudeur des femmes consultant aux urgences obstétricales, nous avons tenté de cerner le concept de pudeur des populations étudiées. Nous avons ensuite cherché à évaluer les pratiques professionnelles concernant la prise en charge de la pudeur dans le service. Enfin, nous avons

recherché les déterminants de l'influence de la grossesse sur le seuil de pudeur des patientes.

Nous verrons d'abord un bref historique de la pudeur, puis exposerons les résultats de notre étude. Ces derniers seront analysés et discutés afin de répondre à notre problématique. Pour finir, nous verrons les différents moyens qui pourraient être mis en œuvre afin d'améliorer les pratiques professionnelles au sein du service étudié.

Première partie

Cadre conceptuel

1.1 La pudeur

1.1.1 Les définitions de la pudeur

1.1.1.1 De nos jours

Le mot pudeur est défini à l'heure actuelle dans la neuvième édition du Dictionnaire de l'Académie française comme suit :

PUDEUR n. f. XVI^e siècle. Emprunté du latin pudor, « sentiment de pudeur, de honte ; réserve, retenue », lui-même dérivé de pudere, « avoir honte ». Sentiment qui fait appréhender ce qui blesse ou peut blesser la décence ; retenue, réserve, gêne montrée pour ce qui touche au corps, plus particulièrement à la sexualité (1).

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales met en lumière deux aspects de la pudeur. Il est question de la pudeur des sentiments comme une « propension à se retenir de montrer, d'observer, de faire état de quelque chose qui touche de près à la personnalité, à la vie intime » et de la pudeur corporelle comme une « propension à se retenir de montrer, d'observer, de faire état de certaines parties de son corps, principalement celles de nature sexuelle » (2).

1.1.1.2 Évolution historique de ce mot

Le mot « pudeur » est pour la première fois défini en 1542 comme l' « appréhension de ce qui peut porter atteinte à la dignité personnelle, au respect de soi-même » (2,3).

En 1580 Montaigne parle d' « appréhension, gêne devant les réalités sexuelles » (2,4), et en 1673, Boileau dit de la pudeur qu'elle est la « retenue qui empêche de manifester ses sentiments, ses idées » (2,5).

Dans la première édition du Dictionnaire de L'Académie française en 1694, la pudeur était définie comme une « Honneste honte, mouvement excité par l'appréhension de

ce qui blesse ou peut blesser l'honnêteté & la modestie. ». L'adjectif *pudique* était quant à lui défini comme ce qui était « Chaste & modeste dans les mœurs, dans les actions & dans les discours. » (6). Cette définition reste la même jusqu'à la sixième édition de 1832 : « Honte honnête, mouvement excité par l'appréhension de ce qui blesse ou peut blesser la décence, la modestie, l'honnêteté. Il se dit encore d'une sorte de discrétion, de retenue ou de modestie qui empêche de dire ou d'entendre ou de faire de certaines choses sans embarras » (7). Dès lors, la définition reste inchangée, si ce n'est le dernier mot *modestie* remplacé dans la huitième édition de 1932 par le mot *délicatesse* (8).

L'Encyclopédie de Diderot et D'Alembert définit en 1751 la pudeur comme « une honte naturelle, sage & honnête, une crainte secrète, un sentiment pour les choses qui peuvent apporter de l'infamie. Les femmes qui n'ont plus que le reste d'une *pudeur* ébranlée, ne font que de foibles efforts pour leur défense. Celles qui ont effacé de leur front jusqu'aux moindres traces de *pudeur*, l'éteignent bientôt entièrement dans le fond de leur ame, & déposent sans retour le voile de l'honnêteté. La *pudeur* au contraire, fait passer une femme qui en est remplie par - dessus les outrages attentés contre son honneur ; elle aime mieux se taire sur ceux qui l'ont outragée, lorsqu'elle n'en peut parler qu'en mettant au jour des actions & des expressions qui seules allument sa vertu. » (9)

Enfin, en 1787, dans le Dictionnaire critique de la langue française de Jean-François Féraud, il est écrit que le mot « *pudeur* a deux sens : Il ne signifie pas seulement *la chasteté*, mais cette honte honnête et louable que donne la vertu, et qui empêche de rien dire et de rien faire de répréhensible. » (10)

1.1.3 Les différentes pudeurs

Il est décrit dans la littérature plusieurs formes de pudeur : la pudeur physique, la pudeur des sentiments, la pudeur personnelle et la pudeur des mœurs.

Le point commun à toutes ces pudeurs est que leurs existences dépendent d'un rapport avec autrui.

1.1.3.1 La pudeur physique

La pudeur physique ou corporelle est la pudeur liée au corps. Le corps est le premier contact qui se crée lors d'une rencontre, car il apparaît à la vue. La pudeur physique consiste en une gêne à montrer son corps d'une façon qui déplaît. Elle est la barrière qui empêche le dévoilement brusque d'une région du corps qui pour la personne concernée doit rester secrète. Sans le regard d'autrui, cette pudeur corporelle n'aurait pas lieu d'être. Elle se manifeste par le rougissement, les yeux qui se baissent ou encore le mouvement des mains essayant de cacher une partie du corps. Ces manifestations ne sont ni intentionnelles ni volontaires, et font émerger dans le domaine du conscient une gêne parfois inconnue. La pudeur physique a pendant longtemps été attribuée à la femme, contrairement à la pudeur des sentiments, plus souvent conférée aux hommes (11,12).

1.1.3.2 La pudeur des sentiments

Le fait de souhaiter cacher ses sentiments, ses pensées intimes ou encore ses émotions relève de la pudeur des sentiments. Celle-ci se caractérise par une peur plus ou moins consciente que ses pensées, ses émotions, soient connues d'autrui, et compromettent le respect envers soi-même, ou que les autres ont pour nous (11). Ainsi, parler de soi et de ce qui nous touche peut-être plus facile avec un psychologue, parfait inconnu qui ne nous jugera pas, qu'avec des proches, dont l'opinion pourrait blesser.

1.1.3.3 La pudeur personnelle

La pudeur personnelle ou individuelle est celle propre à l'individu. Elle se forge et évolue au grès de l'éducation, de l'environnement, des croyances et des expériences (13). Elle varie selon le sexe de l'individu, la culture et l'époque (14). Chaque individu fixe des limites à cette pudeur qui lui sont propres, que ce soit dans la sphère privée ou dans la sphère publique. Ces limites peuvent être ajustées selon les différentes périodes de la vie de chacun et les différents types de relations.

1.1.3.4 La pudeur des mœurs

La pudeur des mœurs est la pudeur imposée par la société, que ce soit de par les normes ou la loi. De ce fait, la société décide de ce qui est conforme à la pudeur dans la sphère publique et de ce qui ne l'est pas (15). Les normes de la pudeur des mœurs diffèrent selon le lieu. Ainsi, il est interdit pour une femme d'être torse-nu en pleine rue ou à la piscine, mais il est possible de l'être à la plage.

1.2 Évolution de la pudeur dans l'histoire

Les normes de la pudeur ont évolué selon les époques et les mœurs, mais aussi selon les classes sociales. Même si le mot n'est apparu qu'au XVI^e siècle en France, le concept existait bien avant (16).

1.2.1 La genèse comme origine de la pudeur

Dans l'Ancien Testament, il est fait allusion à la pudeur dans la Genèse, cette partie expliquant la création de l'homme et de la femme. Mythe fondateur vieux de plusieurs millénaires, ce texte raconte comment le premier homme, Adam, et la première femme, Ève, vivant dans le jardin d'Éden, ont bravé un interdit fixé par Dieu. Ils vivaient dans le jardin d'Éden, « nus sans en avoir honte », le seul interdit portant sur le fruit de l'arbre de la connaissance. Tentés par le diable, ils goûtèrent à ce fruit, et prirent alors conscience de leur nudité. Cette nudité les gêna, et ils la dissimulèrent avec des feuilles. Quand Dieu découvrit qu'ils avaient cédé à la tentation, il expulsa Adam et Ève du jardin d'Éden et les envoya sur terre pour les punir. En différenciant Adam et Ève des animaux par leur connaissance de la nudité, ce récit fait de la pudeur un sentiment propre à l'Homme (17,18).

1.2.2 La pudeur dans l'Antiquité gréco-romaine

Lorsque nous étudions l'Antiquité grecque, force est de constater la place imposante de la nudité dans les représentations, que ce soit dans celles du quotidien ou dans l'art.

Dans le quotidien des grecs, la nudité était surtout présente dans les bains publics et privés. Les bains étaient considérés à l'époque comme une source de plaisir. Ceux-ci étaient séparés, et les femmes s'y adonnaient en portant une culotte de bain.

La nudité masculine dite athlétique était exceptionnelle ; les athlètes devaient prendre des poses décentes et il était interdit aux femmes de regarder les sportifs nus (19).

Le vêtement joue un rôle dans la protection de la pudeur, particulièrement chez la femme, comme une barrière protégeant la femme du regard de l'homme sur son corps (20). Les vêtements devaient être opaques, et les femmes de conditions sociales élevées se devaient de rester chez elles autant que possible, car il était dégradant dans leur société de devoir travailler à l'extérieur. Il n'en est pas ainsi pour les jeunes filles, pour qui sortir de la maison parentale signifiait abandonner leur pudeur (20).

Dans la chambre conjugale, la pudeur de la femme n'a plus lieu d'être, puisque la pièce elle-même protège cette pudeur, mais les relations sexuelles restent du domaine uniquement privé (20).

Chez les romains, il existait des bains dits convenables, où les femmes et les hommes se rendaient séparément, et des bains mixtes. Ces derniers, dans lesquels les femmes et les hommes portaient culotte de bain, bande de poitrine et autre pagne, n'étaient pas considérés comme convenables, et il y régnait une débauche certaine (19).

Les femmes se devaient comme en Grèce de rester chez elles, mais quand il leur arrivait de sortir, elles avaient obligation de porter un voile, couvrants les cheveux voire une partie du visage, et du reste, seules les mains pouvaient être laissées à découvert (20).

Concernant la médecine, Hippocrate (460-370 av. J.C.) marque le début d'une médecine scientifique fondée sur l'observation et l'examen du malade. Cette médecine profite davantage aux hommes qu'aux femmes, ces dernières refusant par pudeur de dire aux médecins leurs symptômes en cas de maladie. De plus, les médecins ne pratiquaient généralement pas les examens gynécologiques, réservés aux sages-femmes. La médecine hippocratique disparaîtra après la chute de Rome et ne commencera doucement à réapparaître qu'au Moyen Âge (21,22).

1.2.3 La pudeur au Moyen Âge

Les bains publics apparaissent en France au XII^e siècle. Dans la plupart des établissements, la fréquentation des hommes et des femmes était séparée, selon l'heure de la journée ou selon les jours de la semaine. Les punitions pour dérogation à cette règle étaient diverses, allant de la simple confiscation des vêtements à la peine de mort, alors même que les hommes y portaient le plus souvent un caleçon et les femmes une longue chemise de bain. Avec cette redécouverte des bains se créent des établissements moins convenables, proposant à la fois bains et services de prostituées (19). La fermeture de ces bains publics ne s'opère qu'avec la Réforme et la Contre-Réforme, même si les épidémies de peste et de syphilis avaient déjà entraîné une nette diminution de leur fréquentation (15).

La nudité des hommes et des femmes n'étaient pas comparables au Moyen Âge. Celle des hommes avaient beau être rare et parfois choquante, il n'en était pas de même pour celle de la femme, qui elle était considérée comme une impudeur la plus complète (19). Les vêtements des hommes comme des femmes variaient avec la mode au cours du Moyen Âge. Les manteaux des hommes oscilleront entre longs et courts au fil des siècles, défrayant ainsi au passage les critiques sur des similarités avec les robes des femmes, qui elles resteront longues durant tous le Moyen Âge. Cependant, au XIII^e siècle, la mode féminine s'attaque aux décolletés. Autrefois cachés, ils se dévoilent, laissant les femmes jouer de leurs atouts de séduction, pendant que leurs trains s'allongent toujours plus, afin de ne pas risquer de montrer leurs jambes (15).

Dans l'intimité, les hommes comme les femmes ne dormaient pas nus, mais en caleçons ou chemises (19).

1.2.4 La pudeur à la Renaissance et au XVIII^e siècle

La fermeture progressive des bains publics avait rendu populaires les bains de rivière, au point que la nudité pouvait être présente dans les villes, aux abords des cours d'eau. La vue d'hommes et de femmes nus indignant noblesse et bourgeoisie, les baignades nues en rivières se voient interdites progressivement à partir du XVI^e siècle. Les villes fluviales multiplient les ordonnances contre ces pratiques, jugées d'autant plus durement lorsqu'elles sont réalisées par des femmes. Les bains privés gardent cependant leur aspect convivial (15).

Les vêtements de ces dames à la Renaissance ne se distinguent guère de ceux de la fin du Moyen Âge. Les décolletés restent visibles, mais il reste notable qu'au XVI^e siècle les jambes se montrent davantage. Les femmes hésitaient moins à soulever leurs jupons, et l'invention de la selle de cheval permettant une montée en amazone concéda à celles-ci de porter des caleçons. Ces derniers avaient plusieurs avantages outre la montée à cheval, entre autres préserver des courants d'air et de la pudeur, en particulier lors des chutes de cheval, fréquentes dans les débuts de la montée en amazone (15).

Dans l'intimité des foyers, la chemise de nuit se généralise à partir du XVII^e siècle pour devenir chose courante au XIX^e siècle (15).

Les représentations du corps se multiplient de façon croissante au XVI^e siècle et attirent de nombreux curieux hors des cercles médicaux. Le corps est vu comme une chose et l'humain mis de côté au nom de la science (23).

Au XVII^e siècle, les sages-femmes ou matrones pratiquent à elles seules la quasi-totalité des accouchements. Un renversement va s'opérer au XVIII^e siècle, permettant aux accoucheurs de remplacer petit à petit les sages-femmes et de les reléguer à une place d'assistante dans les maternités. Les raisons de ce renversement étaient la promotion d'une meilleure technique médicale, comportant des instruments, des équipements modernes au sein des maternités et la possibilité de se déplacer de la campagne vers la ville pour accoucher dans une maternité grâce au développement de transports individuels rapides (24). C'est au XVIII^e siècle que naît l'idée de former les sages-femmes afin de diminuer la mortalité mère-enfant, après un constat alarmant sur les connaissances de celles-ci en obstétrique. Avec le nombre croissant de chirurgiens-accoucheurs formés, les femmes accouchant dans les hôpitaux sont désormais accouchées par des hommes. La pudeur est mise de côté pour le bien de la mère et de l'enfant à naître (24).

1.2.5 La pudeur au XIX^e siècle

Au XIX^e siècle, le port du pantalon s'impose en France chez les femmes comme protection de leur pudeur, les activités sportives en étant en grande partie responsables. Les robes de soirées font leur apparition, aux décolletés des plus échancrés, à distinguer des tenues portées le jour (15).

La Révolution Française en 1791 apporte les premières lois sur l'atteinte à la pudeur, mais uniquement quand cette atteinte concerne les femmes. À cette époque encore,

la pudeur était essentiellement féminine dans l'esprit collectif, et au nom de celle-ci sont mis en question l'exercice de certains métiers par des femmes, tels qu'artiste ou médecin. La loi sera modifiée et la précision sur une atteinte faite aux femmes retirée, même s'il persiste l'idée que c'est elles que la loi protège (20).

Les concepts de pudeur privée et pudeur publique sont désormais intégrés dans la société du XIX^e siècle, ce qui entraîne des lois plus précises et une répression plus aisée.

L'invention de nouveaux instruments tels que le stéthoscope permet un regain d'intérêt pour l'examen clinique (21). L'amélioration de la médecine et la masculinisation presque exclusive des gynécologues-obstétriciens permettent des examens gynécologiques plus poussés, mais qui doivent être faits sans heurter la pudeur des femmes. Ainsi, il est décrit comment pratiquer des examens complets sous les robes des patientes, sans regarder ses gestes (15,20,25).

1.2.6 La pudeur aux XX^e et XXI^e siècles

Jambes et mollets étant désormais montrés sans hésitation, la jupe longue perd de son utilité première, qui était de les cacher. Les jupes et robes raccourcissent donc à partir de 1915. Chemin faisant, les jambes pourront désormais être découvertes jusqu'aux genoux sans que cela porte atteinte à la pudeur de ces dames, puis les vêtements suivront la mode sans que celle-ci ait un lien particulier avec la pudeur (15).

Dans la chambre conjugale, les vêtements se font plus rares, l'arrivée du pyjama ne facilitant pas les relations entre époux. Les limites imposées par la loi sur la pudeur publique entraînent une plus grande libération de la pudeur dans le domaine privé (15).

Le Droit français protège la pudeur individuelle de tout un chacun, mais il se porte aussi garant de la protection de la pudeur publique. Cette protection de la pudeur individuelle se situe au sein même du Code civil, par les notions de protection du domicile et du secret professionnel, mais encore par celles de violation des correspondances et d'écoutes téléphoniques illégales. Le principe du droit au respect de la vie privée, intégré en 1970 au Code civil, marque une mesure encore plus poussée dans la protection de la pudeur individuelle. Ce principe est corrélé à l'évolution des mœurs et aux grandes problématiques de l'époque, telles que la médiatisation du VIH-sida ou encore l'homosexualité (26).

En ce qui concerne la protection de la pudeur publique, il existe de nombreux interdits concernant la nudité et les représentations sexuelles. Le Nouveau Code pénal, bien que supprimant le délit d'outrage aux bonnes mœurs dans le cas des sex-shops, restreint toujours leur installation, qui ne doit pas se faire à moins de 100m d'un établissement d'enseignement maternel, primaire ou secondaire, si le commerce spécialisé propose des publications à caractère pornographique, par définition interdites aux mineurs. En 1950, l'effeuillage sur scène ou strip-tease n'est plus condamné en France, mais le délit d'exhibitionnisme existe toujours dans certains cas, quand la volonté de la personne en faute est d'être vue nue en public dans un lieu inapproprié (26). De nos jours, la nudité est désormais signe de provocation (15), et pourtant, elle est présente au quotidien dans les affiches publicitaires et les médias.

Avec le XX^e siècle apparaît une prise en compte nouvelle du bien-être des patients, qui encourage les professionnels de santé ainsi que les institutions à s'interroger sur la pudeur des patients (20). Pudeur au décours des soins, mais aussi vis-à-vis des autres patients, comme nous pouvons le remarquer avec la création de nouvelles structures hospitalières, dans lesquelles les chambres autrefois partagées sont désormais individuelles.

1.3 La pudeur et l'hôpital

L'hôpital est le lieu qui traite des dysfonctionnements appartenant au corps. La question de la nudité et de la pudeur y tient donc une place importante.

1.3.1 La pudeur dans les soins

Comme nous l'avons constaté précédemment, le souci de la pudeur par les professionnels médicaux au cours de l'histoire a beaucoup évolué.

Lors de soins, la pudeur est souvent en péril du fait du contact avec autrui, qu'il soit physique par le toucher, ou simplement par le regard. Ce contact, vécu comme une obligation plus ou moins acceptée par le patient, doit se faire au sein d'une relation de confiance entre le professionnel de santé et le patient (27).

Le professionnel doit passer outre sa propre pudeur face au patient en maintenant une distance juste, marquée par sa tenue vestimentaire, le vouvoiement, et son

comportement global. Cette distance est nécessaire afin de dispenser les soins tout en préservant au mieux la pudeur des patients (28).

La dernière version du manuel de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) qualifie d'essentiel le respect des droits des patients, concernant notamment le respect de l'intégrité et de la dignité de la personne (29). De plus, la charte du patient hospitalisé stipule que « le respect de l'intimité de la personne doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et, plus généralement, à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards. » (30)

1.3.2 La pudeur en maternité

Lorsque le sujet de la pudeur est abordé dans le domaine de la maternité, la pensée première est celle du corps dénudé de la femme. Il coexiste cependant deux types de pudeur : la pudeur des sentiments et la pudeur corporelle.

1.3.2.1 La pudeur corporelle

En France, la multiplicité des examens médicaux lors de la grossesse entretient l'idée d'une nudité obligée pour le bien-être de la mère et de l'enfant à naître, nécessaire à la réalisation d'un examen obstétrical. Mais cela ne rend pas pour autant le processus de mise à nu facile pour les patientes. Laurence GUYARD, sociologue, démontre qu'une consultation devrait durer au minimum trente minutes, afin de permettre à la patiente de ne pas se sentir brusquée quand arrive l'examen gynécologique. Elle met en lumière ce que les patientes expriment, sous le terme de « négocier un rempart à la nudité » : ces dernières demandent des précisions sur les vêtements qu'elles doivent retirer. De plus, selon Laurence GUYARD, la question d'où laisser la culotte revient de façon récurrente au cours de ses entretiens (31).

Lors du suivi gynécologique ou obstétrical, la position gynécologique, nécessaire à l'examen au speculum, renvoie au registre sexuel, ce qui augmente souvent la gêne que peuvent éprouver les patientes au moment de l'examen. Il est donc important d'avoir pu préparer la patiente à cet examen en instaurant une relation de confiance (31). Lors de la consultation obstétricale, il convient d'établir avec le couple la

présence ou non du conjoint lors de l'examen, en respectant le souhait de la patiente.

Il existe de nombreuses stratégies d'évitement mises en œuvre par les professionnels pour tenter de diminuer la gêne des patientes face à l'exposition de leur nudité, comme détourner le regard lorsque la patiente se dévêt ou s'habille, ou discuter d'autre chose (31). Dans sa thèse de médecine générale, Carine MACH rapporte que ces différents moyens mis en œuvre afin de respecter la pudeur des patients ne sont ni appris ni transmis mais semblent se constituer avec l'expérience. Ils seraient issus du bon sens (13).

Laurence GUYARD montre par ailleurs qu'il est difficile pour les femmes de parler de leur corps, particulièrement quand il s'agit des parties intimes du corps. Or, la prise en charge de ces troubles lors du suivi de la grossesse fait, à l'heure actuelle, partie intégrante de la grossesse (31).

1.3.2.2 La pudeur des sentiments

La pudeur des sentiments est très présente en maternité car la grossesse est une période riche en émotions, en attentes et en représentations imaginaires. Parler de celle-ci équivaut à parler de timidité et de respect. Il peut être difficile pour certaines patientes d'aborder leurs ressentis vis-à-vis de la grossesse, de demander des explications concernant les examens ou encore d'exprimer leurs craintes concernant la santé de leur enfant. Ces questions relèvent de leurs plus grandes angoisses, de leur intime, et prennent parfois une ampleur telle dans leur imaginaire qu'elles n'osent en parler. L'écoute fait partie intégrante de la consultation obstétricale. Le professionnel de santé laisse à la patiente le choix de ce qu'elle partage et exprime. Une des particularités de la grossesse est qu'elle se vit la plupart du temps à deux, au sein d'un couple. Le conjoint doit pouvoir trouver sa place dans la consultation obstétricale, et le professionnel de santé savoir respecter l'intimité du couple en n'intégrant le conjoint qu'avec accord des deux membres du couple afin de ne pas leur imposer une situation à laquelle ils ne seraient pas préparés. Les représentations et les attentes peuvent être communes mais parfois aussi diverger au sein du couple. Dans ce cas encore, la relation de confiance entre le professionnel de santé et le couple est primordiale pour assurer un suivi de grossesse optimal.

Deuxième partie

Méthodologie de l'étude

2.1 Objet de l'étude

2.1.1 Problématique

Nous avons cherché à savoir quelle place les sages-femmes de la maternité de Port-Royal accordaient au respect de la pudeur des femmes consultant aux urgences obstétricales.

2.1.2 Hypothèses

Afin de répondre à notre problématique, nous avons posé quatre hypothèses.

Hypothèse n°1 :

- Les sages-femmes et les femmes enceintes ont une même conception de la pudeur, ce qui explique que les femmes sont moins gênées quand elles sont prises en charge par des sages-femmes.

Hypothèse n°2 :

- Les sages-femmes sont limitées par l'infrastructure et les équipements pour préserver au mieux la pudeur des patientes.

Hypothèse n°3 :

- La perception du respect de la pudeur en consultation d'urgence diffère de celle des consultations programmées mais demeure plus acceptable par les femmes enceintes que par les sages-femmes.

Hypothèse n°4 :

- Les femmes exposent plus facilement leurs corps aux professionnels de santé lors du suivi obstétrical que lors d'un suivi gynécologique ou médical.

2.1.3 Objectifs

Les objectifs de notre étude ont été énoncés comme suit :

- Cerner le concept de pudeur selon les populations étudiées
- Évaluer les pratiques professionnelles à Port-Royal
- Montrer l'influence de la grossesse sur le seuil de pudeur

2.2 Méthodologie

2.2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude prospective, unicentrique et qualitative sur la base du volontariat à la maternité de Port-Royal. Pour ce faire, deux types de questionnaires ont été déposés : un à l'intention des sages-femmes, et l'autre à l'intention des patientes. Les questionnaires comportaient à la fois des questions fermées, permettant de cibler le sujet et d'étudier ensuite les réponses de façon quantitative, et des questions ouvertes, permettant à chacun de s'exprimer sur un sujet aussi personnel que la pudeur. Nous avons testé au préalable nos questionnaires destinés aux sages-femmes auprès de trois sages-femmes et une étudiante sage-femme.

2.2.2 Modalités de l'enquête

L'étude s'est déroulée du 31 octobre 2013 au 21 décembre 2013.

Au total, 38 questionnaires sages-femmes (Annexe I) sur un objectif de 50 ont été récupérés, soit un taux de réponse s'élevant à 76%, et 86 questionnaires patientes (Annexe II) sur un objectif fixé de 100 questionnaires ont été récupérés, soit un taux de réponse de 86%. La totalité des questionnaires remplis étaient exploitables.

Les questionnaires des sages-femmes étaient placés dans le bureau des sages-femmes aux urgences, ceux des patientes dans les deux salles de monitoring des urgences.

2.3 Présentation de l'étude : caractéristiques des populations

2.3.1 Données sociologiques

L'équipe de sages-femmes étant exclusivement féminine, toutes les sages-femmes ayant répondu au questionnaire ne pouvaient être que des femmes.

2.3.1.1 Répartition selon l'âge

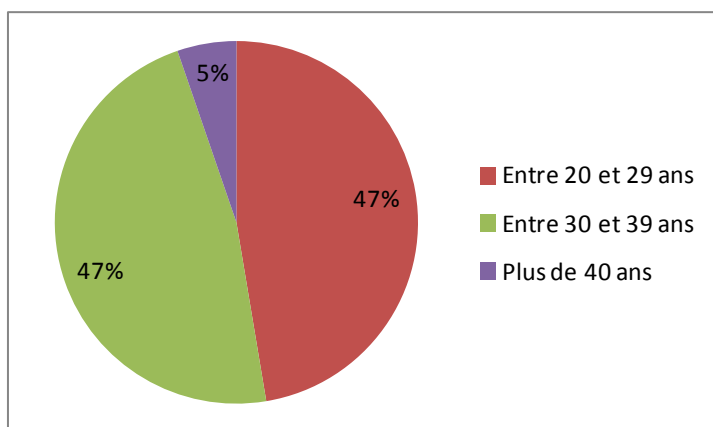


Figure 1 : Répartition des sages-femmes selon l'âge

Parmi les sages-femmes interrogées, 47% (18/38) ont entre 20 et 29 ans, 47% (18/38) entre 30 et 39 ans, et 5% (2/38) plus de 40 ans.

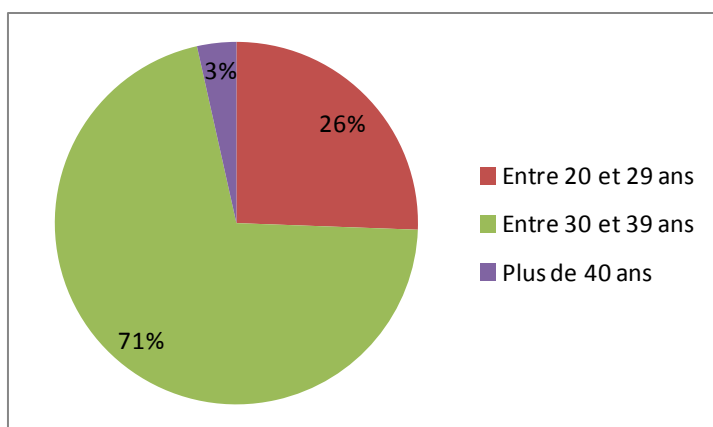


Figure 2 : Répartition des patientes selon l'âge

Dans la population de patientes étudiée, 26% (22/86) ont entre 20 et 29 ans, 71% (61/86) entre 30 et 39 ans, et 3% (3/86) ont plus de 40 ans.

2.3.1.2 Répartition selon la parité

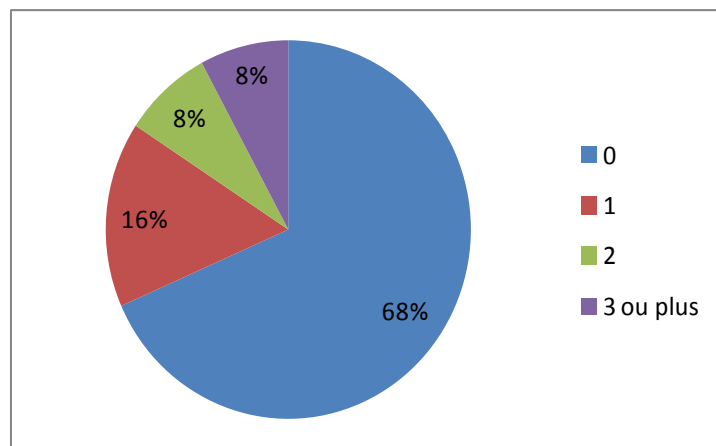


Figure 3 : Parité des sages-femmes

Dans notre population de sages-femmes, 68% (26/38) n'ont pas d'enfants, 16% (6/38) ont un enfant, 8% (3/38) deux enfants, et 8% (3/38) trois enfants ou plus.

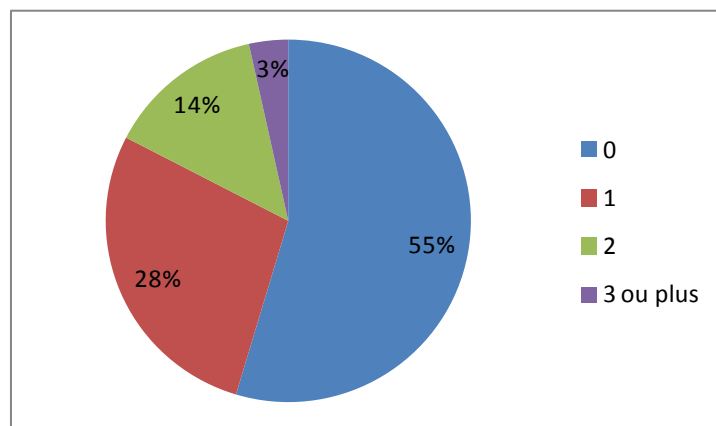


Figure 4 : Parité des patientes

Ce diagramme nous indique que 55% (47/86) des patientes ayant répondu à l'étude sont nullipares. 28% (24/86) sont primipares, 14% (12/86) deuxièmes pares et 3% (3/86) troisièmes pares ou plus.

Les populations de sages-femmes et de patientes sont comparables sur la parité mais les sages-femmes sont significativement plus jeunes que les patientes (Annexe III).

2.3.1.3 Répartition selon l'expérience professionnelle

L'expérience professionnelle est étudiée ici via le nombre d'années depuis l'obtention du diplôme, le nombre d'années d'exercice en structure hospitalière, et le nombre d'années d'exercice aux urgences obstétricales de Port-Royal.

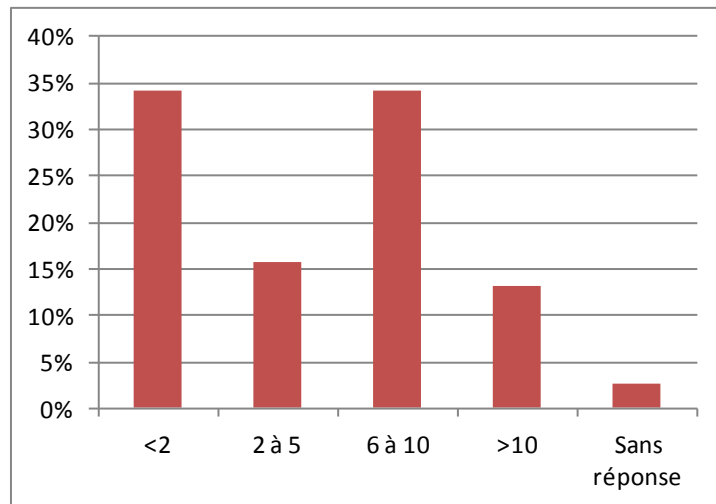


Figure 5 : Nombre d'années depuis l'obtention du diplôme de sage-femme

Le diagramme ci-dessus montre que 34% (13/38) des sages-femmes interrogées sont diplômées depuis moins de deux ans, 16% (6/38) ont entre deux et cinq ans de diplôme, 34% (13/38) entre six et dix ans, et 13% (5/38) sont diplômées depuis plus de dix ans. Une sage-femme n'a pas répondu à cette question.

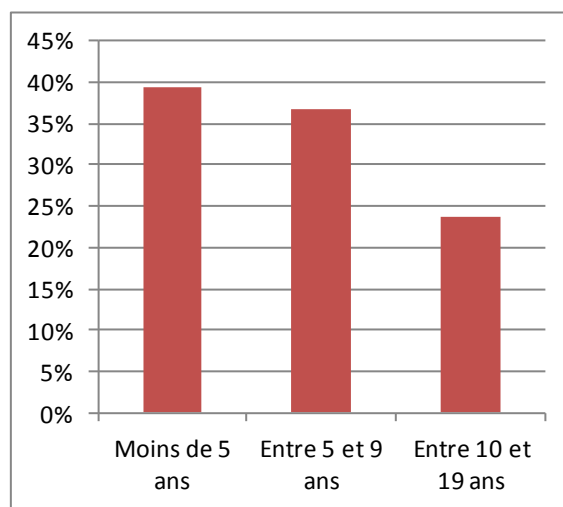


Figure 6 : Nombre d'années d'exercice des sages-femmes en structure hospitalière

Nous pouvons observer sur ce diagramme que la proportion de sages-femmes exerçant dans une structure hospitalière depuis moins de cinq ans (39%, 15/38) et celle entre cinq et neuf ans (37%, 14/38) sont comparables. Ces dernières sont 24% (9/38) à exercer dans une structure hospitalière depuis 10 à 19 ans.

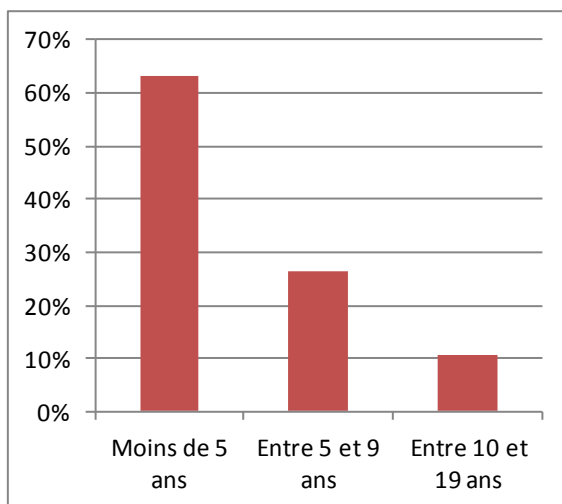


Figure 7 : Nombre d'années d'exercice des sages-femmes aux urgences obstétricales de Port-Royal

Ce diagramme montre que 63% (24/38) des sages-femmes travaillent aux urgences de Port-Royal depuis moins de cinq ans, contre 26% (10/38) entre cinq et neuf ans, et 11% (4/38) entre 10 et 19 ans.

2.3.1.4 Répartition selon l'origine

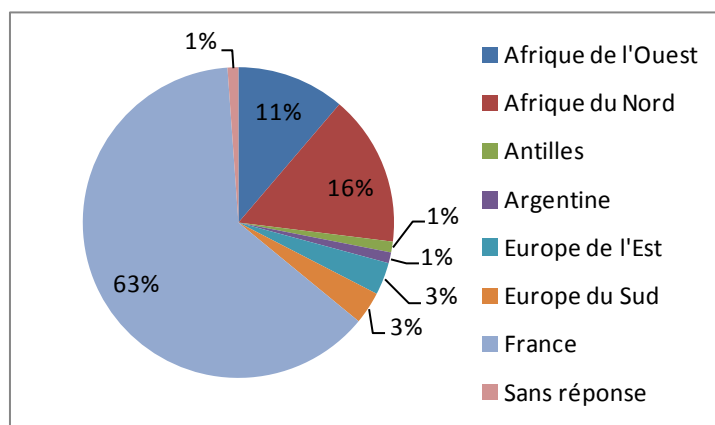


Figure 8 : Origine géographique des patientes

Ce schéma donne une indication sur l'origine géographique des patientes interrogées. Trois patientes ayant cité deux origines géographiques et une n'ayant pas répondu à la question, les pourcentages ont été fait sur une base de 89 réponses. Nous pouvons voir que 63% (56/89) des patientes sont originaires de France métropolitaine, 16% (14/89) sont originaires d'Afrique du Nord et 11% (10/89) d'Afrique de l'Ouest. Les autres régions citées étant en beaucoup plus faible nombre, nous retrouvons 3% (3/89) pour respectivement l'Europe du Sud et l'Europe de l'Est, 1% (1/89) pour les Antilles et l'Argentine.

2.3.1.5 Répartition selon la religion

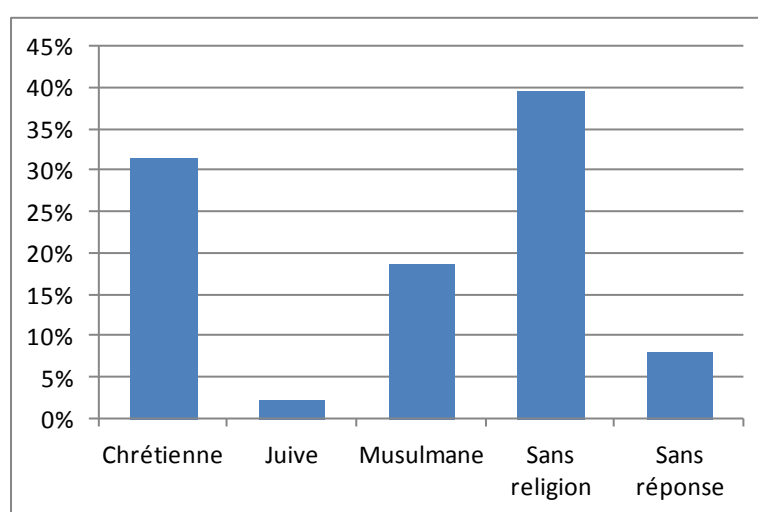


Figure 9 : Conviction religieuse des patientes

Ce diagramme donne une indication sur les convictions religieuses des patientes interrogées. 40% (34/86) d'entre elles ont répondu ne pas en avoir, 31% (27/86) être chrétiennes, 19% (16/86) être musulmanes, 2% (2/86) être juives et 8% (7/86) n'ont pas répondu à la question.

2.3.2 Les représentations de la pudeur

2.3.2.1 Les définitions personnelles des populations étudiées

Nous avons demandé aux sages-femmes et aux patientes de citer trois mots qui leur venaient à l'esprit à propos de la pudeur.

Parmi les sages-femmes interrogées, deux n'ont pas répondu à la question, trois sages-femmes ont écrit deux mots au lieu de trois et une n'a écrit qu'un seul mot, soit un nombre de mots de 103 sur 114 attendus (90%).

Parmi les patientes interrogées, sept patientes (8%) n'ont pas répondu à la question, onze patientes (13%) ont écrit deux mots au lieu de trois et trois patientes (3%) ont écrit un seul mot. Au total, 216 mots ont été classés dans différentes catégories de champs lexicaux sur les 258 mots attendus (83%).

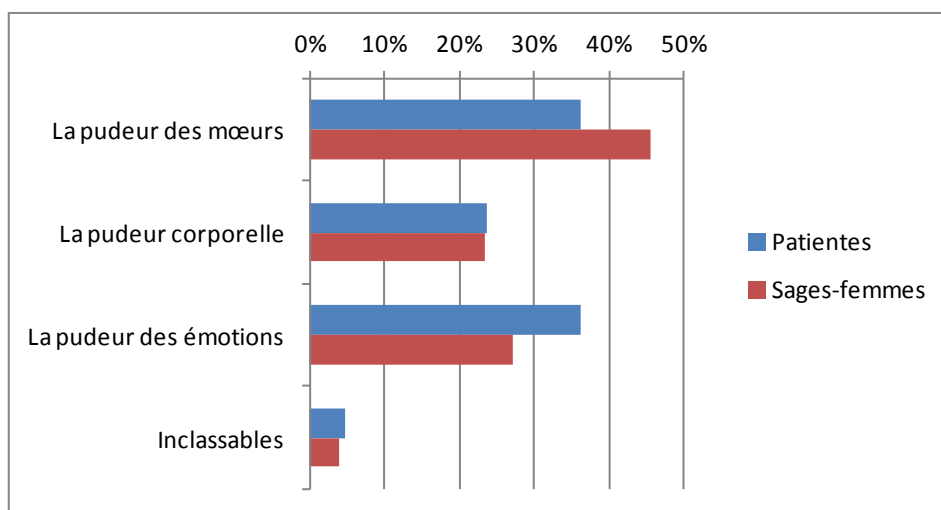


Figure 10 : Mots définissant la pudeur

Les mots ont été regroupés en trois champs lexicaux : la pudeur des mœurs, la pudeur corporelle et la pudeur des émotions. Nous avons également créé une catégorie « inclassables » avec ceux ne se rapportant à aucun des trois champs lexicaux. Cette catégorie rassemble des mots de la pudeur personnelle de chaque répondant.

Parmi les sages-femmes ayant répondu à la question (n=103 mots), 46% (47/103) ont répondu par des mots du vocabulaire de la pudeur des mœurs, qui étaient « confidentialité », « culturel », « discrétion », « féminité », « hygiène », « important », « personnel », « politesse », « respect » et « secret ».

En ce qui concerne les patientes ayant répondu à la question (n=216 mots), 36% (78/216) ont répondu par des termes du champ lexical de la pudeur des mœurs, qui étaient « acceptation », « confidentialité », « dignité », « discrétion », « féminité », « honnêteté », « personnel », « privé », « propreté », « respect », « savoir-vivre », « secret » et « société ».

Le terme de « respect » a été très majoritairement cité, soit 26 fois sur 47 (55%) chez les sages-femmes, et 33 fois sur 78 (42%) chez les patientes.

Nous pouvons également remarquer que sur les 17 mots cités se rapportant à la pudeur des mœurs, six sont utilisés à la fois chez les sages-femmes et les patientes. Le champ lexical de la pudeur corporelle a été relevé pour 23% des mots (24/103) chez les sages-femmes et 24% (51/216) chez les patientes. Les mots communs aux sages-femmes et aux patientes rentrant dans ce vocabulaire étaient « corporel », « couvrir », « nudité » et « regard ». Il était de plus cité les mots « âme » et « examen » chez les sages-femmes, et les mots « chasteté », « confort », « pudique » et « sexualité » chez les patientes. Le mot « nudité » a été employé en majorité par les sages-femmes (61%, 14/23) et par les patientes (43%, 22/51).

Le vocabulaire lié à la pudeur des émotions a été retrouvé dans 27% (28/103) des mots des sages-femmes, et dans 36% (78/216) des mots des patientes. Les mots communs aux sages-femmes et aux patientes étaient « bien-être », « gêne », « intimité » et « timidité ». Chez les patientes, nous avons retrouvé en plus les mots « calme », « confiance », « fierté », « honte », « isolée », « peur » et « tranquillité ». Le mot « intimité » a été retrouvé employé en majorité par les sages-femmes (68%, 19/28) et par les patientes (55%, 42/78).

Nous avons retrouvé quatre mots (sur 103, 4%) donnés par les sages-femmes s'apparentant à la catégorie « inclassables » et cités chacun une seule fois : « complexe », « adapter », « justifiée » et « retenue ». En ce qui concerne les patientes, sept mots sur 216 ont été retrouvés (5%) : « complexe », « compréhension », « contrainte », « douceur », « intelligence », « l'autre » et « soutien ».

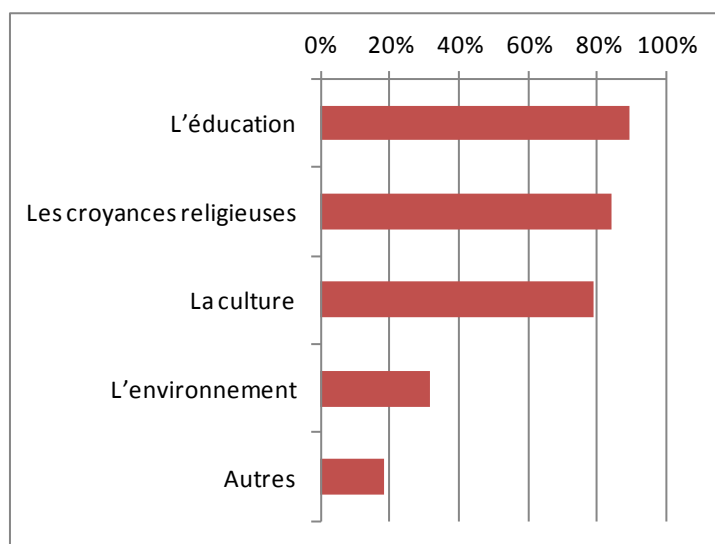


Figure 11 : Éléments façonnant la pudeur selon les sages-femmes

Dans notre panel de sages-femmes, 89% (34/38) pensent que l'éducation est un élément façonnant la pudeur des femmes. Les croyances religieuses, la culture et l'environnement sont également des éléments influençant la pudeur chez respectivement 82% (32/38), 79% (30/38) et 32% (12/38) des sages-femmes. Sept sages-femmes ont ajouté leurs propres termes : « vision de soi », « perception », « propre à chacun », « habitudes de vie : vie en communauté / collocation / sports collectifs », « antécédents de violences sexuelles », « rapport à leur corps » et « vécu personnel ».

2.3.2.2 Les degrés de pudeur

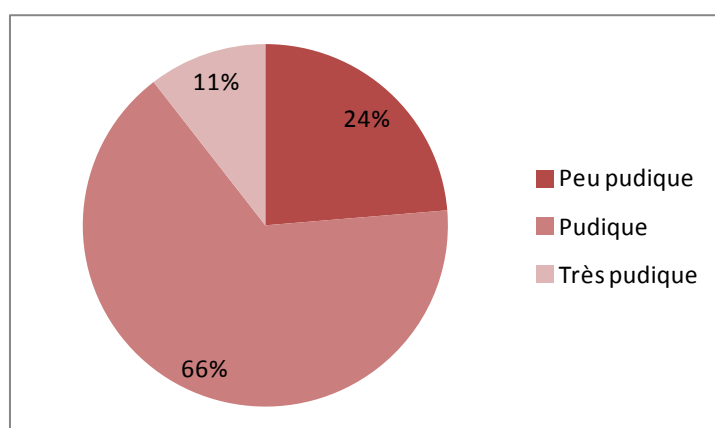


Figure 12 : Degré de pudeur des sages-femmes

Parmi les sages-femmes interrogées, 24% (9/38) se qualifient de peu pudiques, 66% (25/38) de pudiques, et 11% (4/38) de très pudiques.

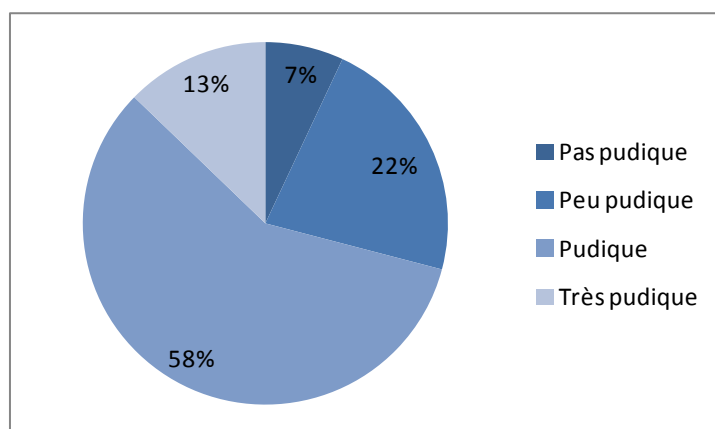


Figure 13 : Degré de pudeur des patientes avant la grossesse

Les patientes interrogées ont dit être avant la grossesse pour 7% (6/86) non pudiques, 22% (19/86) peu pudiques, 58% (50/86) pudiques et 13% (11/86) très pudiques.

2.3.2.3 Les variations de la pudeur avec la grossesse

Dans notre panel de sages-femmes, 79% (30/38) pensent que la pudeur change avec la grossesse contre 21% (8/38) qui pensent que non.

Nous les avons interrogés sur les raisons de l'évolution de la pudeur avec la grossesse. Les réponses des sages-femmes ont été regroupées en quatre catégories : la nécessité de mettre sa pudeur de côté à cause de la multiplicité des examens médicaux pour 43% (13/38), les changements de l'image corporelle pour 37% (11/38), une certaine désinhibition pour 10% (3/38) et le fait de décomplexer vis-à-vis du professionnel suivant la grossesse ou avec la douleur pour 7% (2/38). Une sage-femme n'a pas répondu à la question.

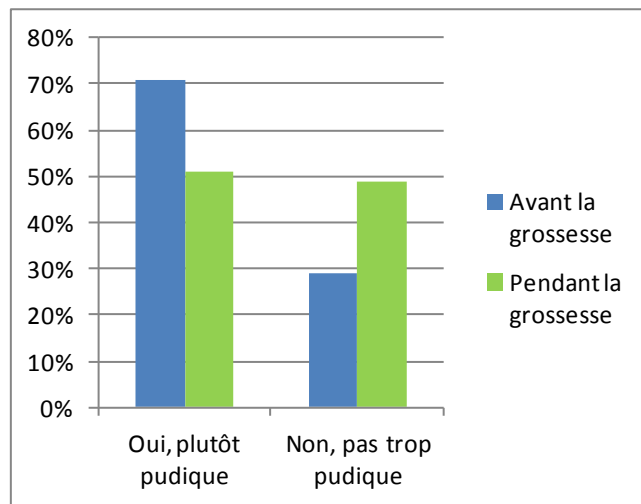


Figure 14 : Degré de pudeur des patientes avant et pendant la grossesse

Nous avons regroupé dans ce diagramme d'une part les items « pudique » et « très pudique » dans la catégorie « oui, plutôt pudique », d'autre part les items « pas pudique » et « peu pudique » dans la catégorie « non, pas trop pudique ». Ce regroupement met en lumière que la majorité des patientes avant la grossesse étaient pudiques (71%, 61/86), alors que pendant la grossesse les proportions entre « plutôt pudique » et « pas trop pudique » sont équivalentes, respectivement 51% (44/86) et 49% (42/86).

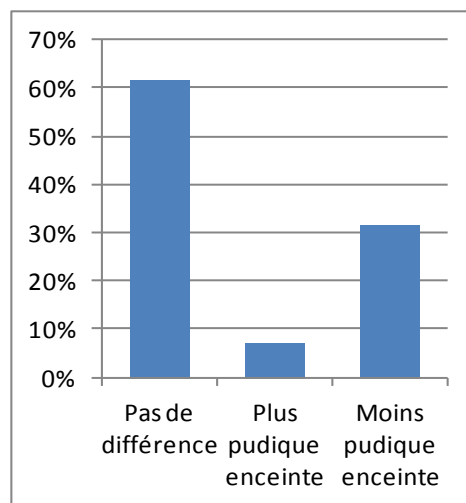


Figure 15 : Évolution de la pudeur au cours de la grossesse

Dans notre échantillon de patientes, 62% (53/86) ne ressentent pas de différence entre leur état de pudeur avant la grossesse et pendant la grossesse. Six d'entre elles (7%) se sentent davantage pudiques pendant la grossesse, 31% (27/86) moins pudiques.

Les patientes justifient leur degré de pudeur pour 64% (15/86) d'entre elles par différents termes, que nous avons regroupé en huit catégories. Quatorze patientes sur 55 (25%) ont signalé des éléments façonnant leur pudeur : le « caractère », l'« éducation », la « personnalité », « par respect », « par religion », « par nature », « parce que cela semble naturel voire normal », « parce que cela concerne les parties intimes » du corps et « l'intimité ». Quinze patientes (27%) ont mis en cause une diminution de leur pudeur liée à la multiplicité des examens pendant la grossesse et à leur caractère « nécessaire » et « obligatoire ». Huit (15%) d'entre elles expriment une diminution voire même une absence de pudeur vis-à-vis du personnel médical de par leur statut de professionnels. Sept patientes (13%) ont expliqué les raisons de la diminution de leur degré de pudeur : par le sentiment de beauté, « par rapport au ventre », parce que « dès qu'elle est enceinte, le corps de la femme est objectivé par les médecins et par la société », « car ce sont des positions inhabituelles (exemple : écarter les cuisses) », car « l'accouchement est un acte naturel. La douleur de l'accouchement me fait oublier ma pudeur. », par le ressenti « d'une certaine fierté de ma féminité ». 5% (3/86) des patientes ont exprimé ce qui entraînait une augmentation de leur sentiment de pudeur avec la grossesse : le fait d'être « plus sensible au regard des autres (dans la rue, les transports,...) et besoin de garder les distances », le fait qu'« enceinte, les gens me touchent davantage » et que « mon corps me paraît un peu étranger. Je suis moins à l'aise. » Trois patientes ont répondu ne pas se sentir davantage pudique pendant la grossesse. Deux patientes (4%) ont indiqué le lien privilégié qu'elles avaient avec leur enfant à naître et le fait que ce dernier passait avant elles et leur pudeur. Enfin, la dernière catégorie regroupe trois réponses isolées, qui étaient « pas de raison, je ne sais pas ! », « par nécessité de maintien d'une distance interpersonnelle » et « enceinte, je ne suis plus une proie des hommes (vulnérable) ».

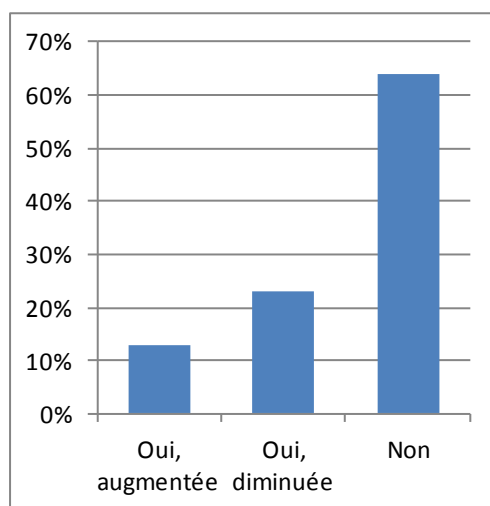


Figure 16 : Évolution de la pudeur avec les grossesses

Ce graphique révèle que parmi les 39 patientes multipares interrogées, 13% (5/39) trouvent que leur pudeur est augmentée par rapport à leur(s) précédente(s) grossesse(s), 23% (9/39) trouvent qu'elle est diminuée, et 64% (25/39) ne trouvent pas de différence.

2.3.2.4 L'image de soi

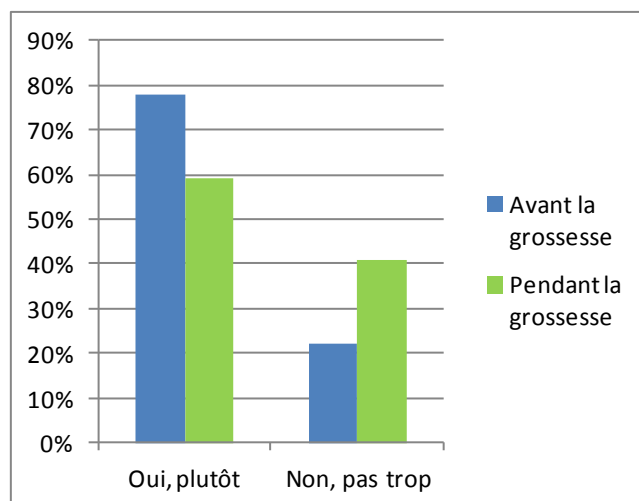


Figure 17 : Image corporelle des patientes

Ce diagramme montre que l'image que les patientes avaient de leur corps avant la grossesse était plutôt plaisante pour 78% (67/86) d'entre elles, contre 22% (19/86) auxquelles elle ne plaisait pas vraiment. Cette tendance reste exacte mais moins marquée pendant la grossesse, puisque nous pouvons voir qu'elles ne sont plus que

59% (51/86) à trouver leur image corporelle plaisante pendant la grossesse contre 41% (35/86).

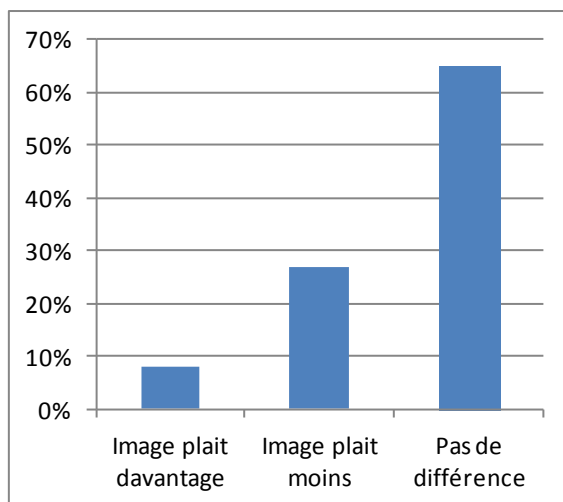


Figure 18 : Image corporelle des patientes et évolution avec la grossesse

Nous pouvons constater sur ce graphique que 65% (56/86) des patientes ne ressentent pas de différence concernant l'appréciation de leur image corporelle avec la grossesse ; pour 27% (23/86) d'entre elles cette image leur plaît moins avec la grossesse, et pour les 8% (7/86) restant cette image leur plaît davantage.

Parmi les patientes interrogées, 48% (41/86) ont répondu que si leur image corporelle était différente elles ne s'habilleraient pas de la même façon. 42% (36/86) ont répondu qu'elles ne changeraient pas leur tenue vestimentaire, et 10% (9/86) n'ont pas répondu à la question.

2.4 Présentation des résultats : la prise en charge aux urgences obstétricales de Port-Royal

2.4.1 La structure

Parmi les sages-femmes interrogées, 82% (31/38) pensent que l'agencement du service ne leur permet pas de respecter au mieux la pudeur des patientes, contre 18% (7/38) pensant que si.

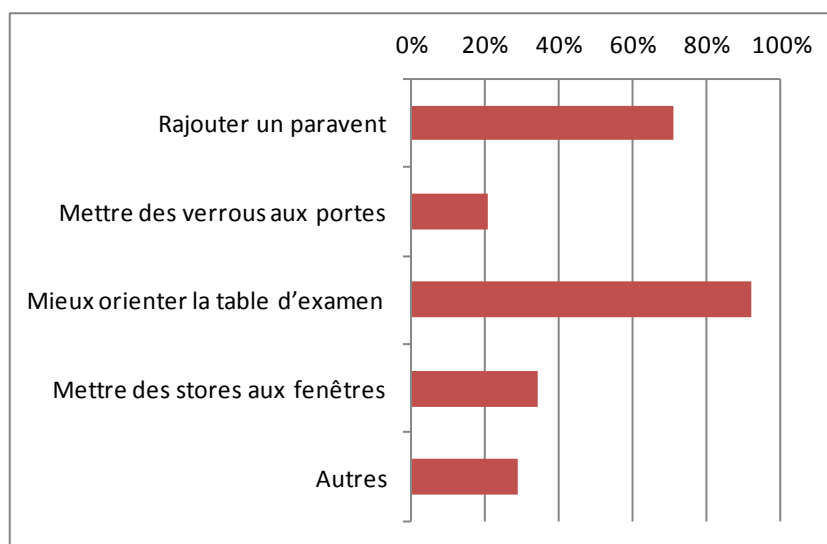


Figure 19 : Améliorations à apporter au service selon les sages-femmes

Pour 71% (27/38) des sages-femmes interrogées, il faudrait rajouter un paravent dans les salles de consultations ; 21% (8/38) d'entre elles aimeraient voir rajouter un verrou, 92% (35/38) avoir une table d'examen mieux orientée et 34% (13/38) des stores aux fenêtres.

29% (11/38) des sages-femmes ont précisé leur demande dans la réponse « autres ».

Elles souhaiteraient davantage de draps (11%, 4/38) et ne pas avoir les salles de consultations en face de la salle d'attente (8%, 3/38). Les autres propositions retrouvées étaient de refaire le service des urgences en entier, d'opacifier les fenêtres pour profiter de la lumière naturelle, de mettre un rideau devant la porte, d'avoir une pièce pour permettre aux patientes de se déshabiller, d'installer un portemanteau pour qu'elles puissent accrocher leurs affaires et d'accrocher une pancarte occupé/libre sur la porte.

71% (61/86) des patientes pensent que l'organisation du service permet de respecter au mieux leur pudeur, contre 22% (19/86) pensant que non. Six (7%) n'ont pas répondu à la question.

Parmi les patientes ayant répondu « non », 32% (6/19) n'ont pas proposé d'améliorations à apporter au service ; 21% (4/19) ont souhaité l'installation d'un paravent entre les patientes dans les salles de monitoring cardio-tocographique, 16% (3/19) ont émis le souhait que les portes soient fermées pendant le monitoring, 21% (4/19) auraient aimé une meilleure prise en charge individuelle, notamment en n'installant pas deux patientes en salle de monitoring simultanément, entre autre

pour éviter la présence de conjoints lorsque deux patientes sont installées. Nous pouvons également observer une demande d'amélioration sur « la prise en compte de la pudeur », « la prise en charge par certains internes, moins respectueux de la pudeur que les sages-femmes », et la délocalisation des salles d'examens pour qu'elles ne soient plus en face de la salle d'attente.

Concernant le respect de la pudeur dans le service des urgences obstétricales, 71% (27/38) des sages-femmes ont trouvé que la pudeur n'était pas respectée dans le box des urgences, contre 29% (11/38).

58% (22/38) des sages-femmes ont précisé que la pudeur était respectée en salle de monitoring contre 42% (16/38).

74% (28/38) des sages-femmes ont mentionné que la pudeur était respectée en salle de soins infirmiers contre 24% (9/38). Une sage-femme n'a pas répondu à la question.

71% (27/38) des sages-femmes ont remarqué que la pudeur était respectée en salle d'attente contre 29% (11/38).

55% (21/38) des sages-femmes ont stipulé que la pudeur n'était pas respectée dans le service en général, contre 45% (17/38).

Dans notre population de patientes, 63% (54/86) ont dit trouver un espace où se déshabiller à l'abri des regards, à l'instar de 33% (28/86) d'entre elles. Quatre patientes n'ont pas répondu à la question.

63% (54/86) des patientes ont dit trouver une séparation entre le bureau et la table d'examen, contre 33% (28/86) signalant que non. Quatre patientes n'ont pas répondu à la question.

Parmi les 63 patientes n'ayant pas trouvé d'espace où se déshabiller à l'abri des regards, n'ayant pas trouvé de séparation entre le bureau et la table d'examen ou n'ayant trouvé aucun des deux, 21% (18/63) ont répondu que cela leur avait manqué, 52% (45/63) ont répondu le contraire, et 6% (5/63) n'ont pas répondu à la question.

2.4.2 Les pratiques professionnelles des sages-femmes

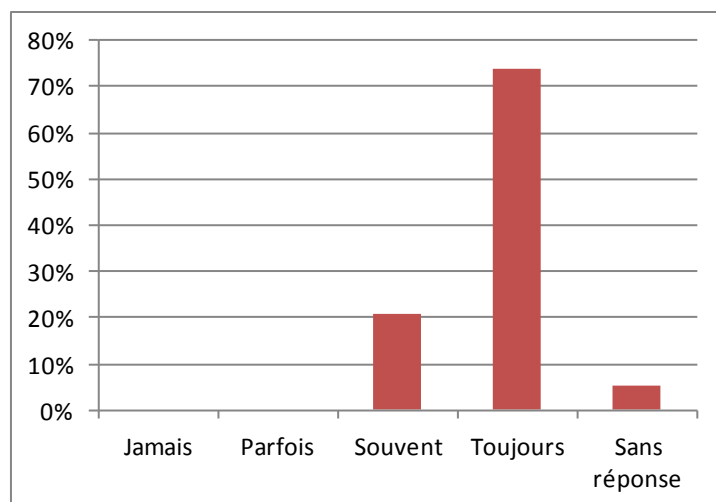


Figure 20 : Explications des gestes avant de les effectuer

Nous pouvons observer sur ce diagramme que parmi les 95% (36/38) des sages-femmes interrogées ayant répondu à la question, toutes ont dit expliquer leurs gestes avant de les effectuer : « souvent » pour 21% (8/38) des sages-femmes, « toujours » pour 74% (28/38).

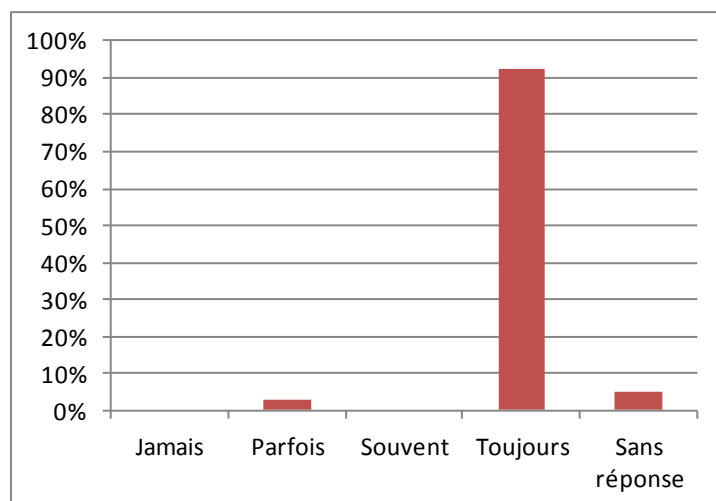


Figure 21 : Fermeture de la porte du box

Ce diagramme nous indique que 92% (35/38) des sages-femmes interrogées ont déclaré toujours fermer la porte du box lors d'une consultation. Une sage-femme a indiqué la fermer parfois, et deux n'ont pas répondu à la question.

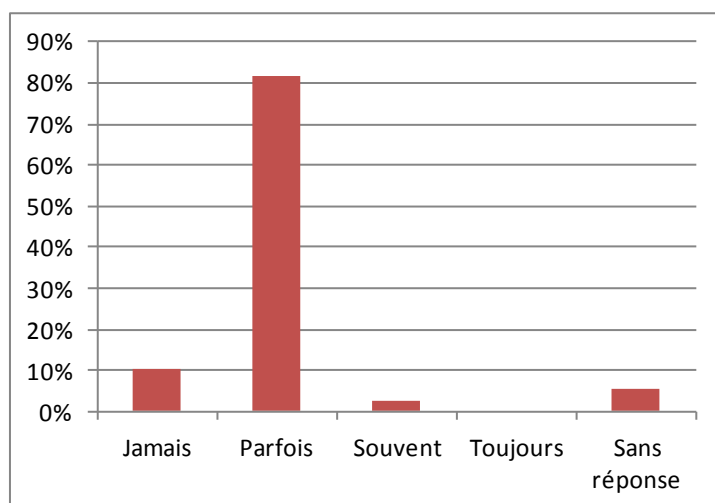


Figure 22 : Entrée dans un box occupé

Dans notre panel de sages-femmes, 11% (4/38) ont déclaré ne jamais entrer dans un box occupé, 82% (31/38) y entrer parfois, et 3% (1/38) y entrer souvent. Deux sages-femmes n'ont pas répondu à la question.

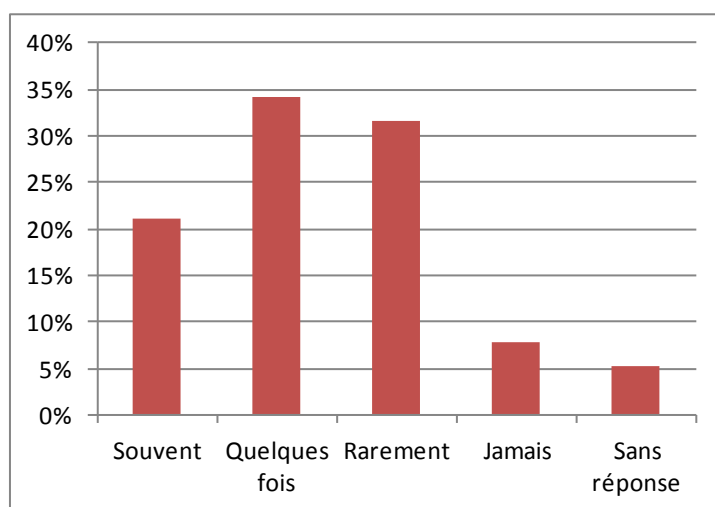


Figure 23 : Entrée d'un tiers dans un box occupé

Ce diagramme nous indique qu'il n'y a pas consensus sur la question de l'entrée d'une personne dans un box alors que celui-ci est occupé : 21% (8/38) des sages-femmes ont répondu que cela arrivait souvent, 34% (13/38) que cela se produisait quelques fois, 32% (13/38) rarement et 8% (3/38) jamais. Deux sages-femmes n'ont pas répondu à cette question.

Pour 86% (73/86) des patientes interrogées, la personne les ayant pris en charge s'est présentée en qualité de sage-femme. 11% (9/86) ont répondu par la négative,

tandis que 4% (3/86) n'ont pas répondu à la question et une patiente n'avait pas encore été vue en consultation.

41% (35/86) des patientes ont déclaré qu'un étudiant était présent lors de la consultation, contre 58% (50/86). Une patiente n'a pas répondu à la question.

Parmi les patientes ayant été en présence d'étudiant lors de la consultation, 51% (18/35) d'entre elles ont répondu que leur accord avait été recherché concernant leur présence, contre 49% (17/35) ayant répondu par la négative. 11% (4/35) des patientes ont répondu avoir été gênées par la présence d'étudiants, tandis que 89% (31/35) ont répondu ne pas avoir été gênées.

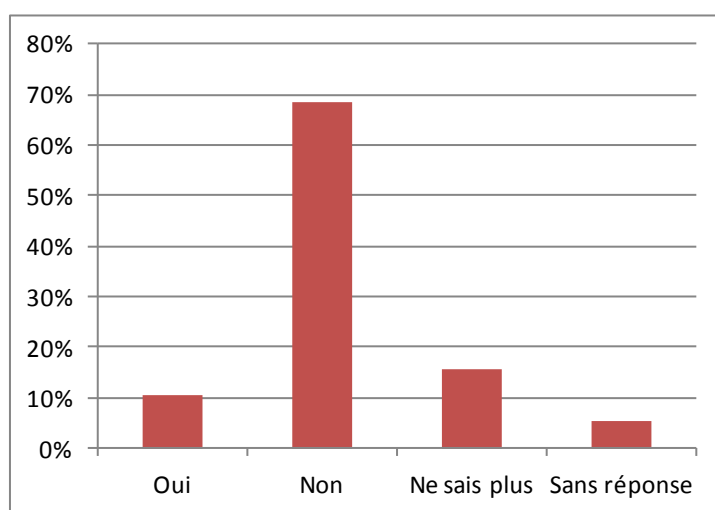


Figure 24 : Étude de la pudeur lors de la formation initiale ou continue

Dans notre échantillon de sages-femmes, 11% (4/38) ont répondu avoir déjà abordé le sujet de la pudeur lors d'une formation, durant les études ou la vie professionnelle. 68% (26/38) ont répondu n'avoir pas abordé ce sujet en formation, 16% (6/38) ne se souvenaient plus et 5% (2/38) n'ont pas répondu à la question.

Parmi les sages-femmes de notre panel, 63% (24/38) aimeraient que le sujet soit abordé ou davantage approfondi, 26% (10/38) ne le souhaitent pas et 11% (4/38) n'ont pas répondu à la question.

2.4.3 La place de l'accompagnant

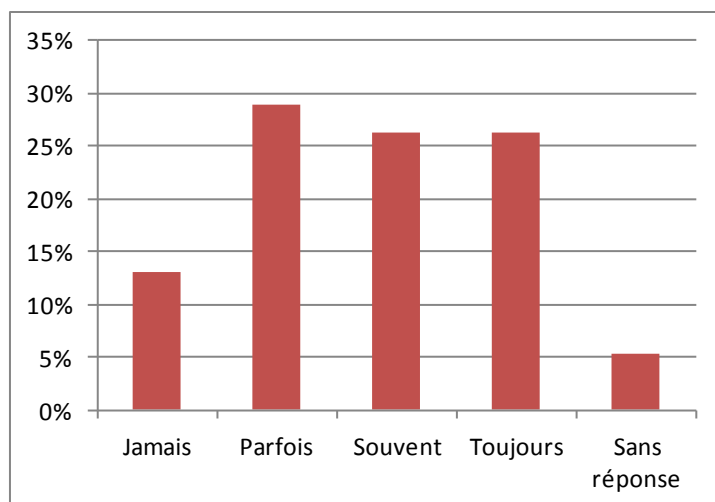


Figure 25 : Interrogation sur le lien entre la patiente et l'accompagnant

Parmi les sages-femmes interrogées, 13% (5/38) ne demandent jamais à la personne accompagnante son lien avec la patiente, 29% (11/38) le demandent parfois, 26% (10/38) souvent, 26% (10/38) toujours et 5% (2/38) n'ont pas répondu à la question.

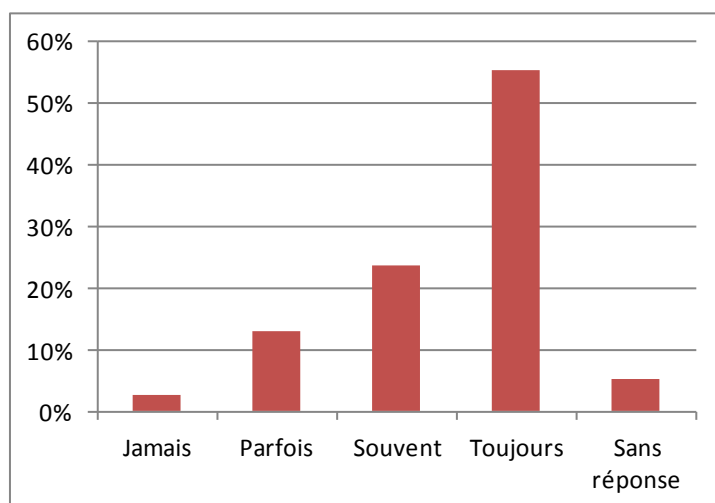


Figure 26 : Vérification auprès de la patiente de l'acceptation de l'accompagnant pendant l'examen

Nous observons sur ce diagramme que 3% (1/38) des sages-femmes interrogées ne demandent jamais à la patiente si elle souhaite que la personne l'accompagnant sorte pour un examen, 13% (5/38) le demandent parfois, 24% (9/38) souvent et 55% (21/38) toujours. Deux sages-femmes n'ont pas répondu à la question.

Parmi les patientes interrogées, 24% (21/86) ont déclaré que la sage-femme leur avait demandé si elles souhaitaient que la personne les accompagnant sorte, 48% (41/86) ont déclaré le contraire. 16% (14/86) n'étaient pas concernées par cette question car elles étaient venues seules, et 12% (10/86) n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les patientes à qui la question n'avait pas été posée, 29% (12/41) auraient aimé qu'elle le soit, contre 63% (26/41) qui ne le souhaitaient pas. 7% (3/4) n'avaient pas répondu à la question.

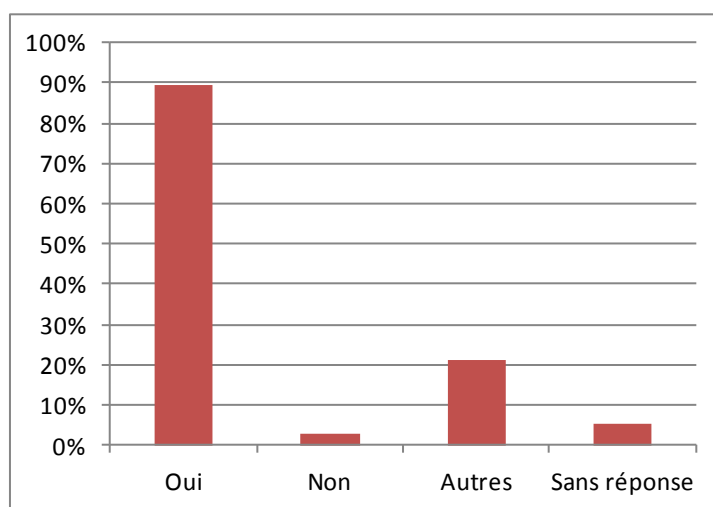


Figure 27 : Entrée d'un accompagnant dans la salle de monitoring déjà occupée

Dans notre échantillon de sages-femmes, 89% (34/38) ont répondu faire entrer la personne accompagnatrice dans le box de monitoring alors qu'une autre patiente était déjà installée. Une seule sage-femme a répondu ne pas le faire et deux n'ont pas répondu à la question. 21% (8/38) des sages-femmes ont précisé leur réponse. Pour cinq d'entre elles, en indiquant qu'elles s'assurent de l'accord de la patiente déjà installée avant de faire entrer un accompagnant, et pour trois d'entre elles que la patiente soit couverte ou « visible » avant de faire entrer un accompagnant. Une sage-femme a dit essayer de s'adapter au comportement de chaque patiente.

2.4.4 La relation sage-femme-patiente

79% (30/38) des sages-femmes interrogées ont dit adapter leur attitude d'une patiente à l'autre, contre 21% (8/38) déclarant que non.

Parmi les sages-femmes de notre échantillon, 82% (31/38) ont répondu que l'on s'habitue à la nudité des patientes contre 18% (7/38).

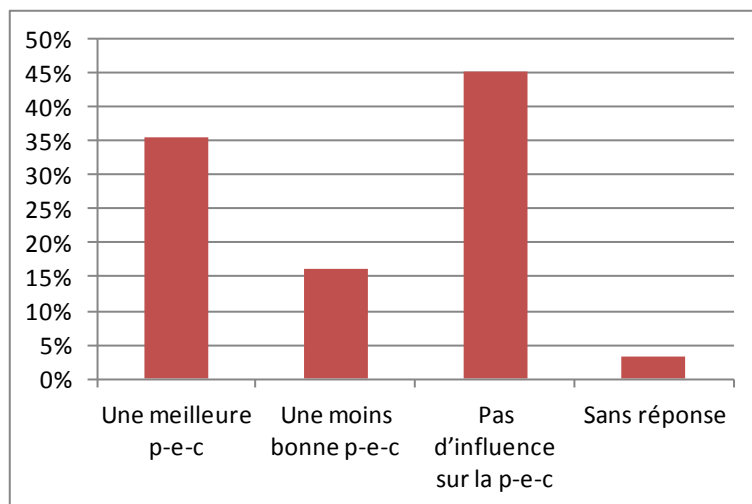


Figure 28 : Influence de l'habitude sur la prise en charge (p-e-c)

45% (14/31) des sages-femmes ayant répondu que l'on finit par s'habituer à la nudité des patientes pensent que cette habitude n'a pas d'influence sur la prise en charge des patientes. 35% (11/31) pensent que l'habitude permet une meilleure prise en charge, et 16% (5/31) pensent que l'habitude entraîne une moins bonne prise en charge.

Toutes les sages-femmes interrogées pensent respecter la pudeur des patientes.

Dans notre échantillon de sages-femmes, 71% (27/38) ont répondu à la question numéro 23 « Qu'aimeriez-vous améliorer dans votre prise en charge ? ». 24% (9/27) d'entre elles aimeraient avoir plus de temps, 21% (8/27) des locaux plus adaptés, avec un meilleur agencement des salles et un endroit pour que les patientes puissent poser leurs affaires et se déshabiller à l'abri des regards. Trois sages-femmes (8%) aimeraient avoir à disposition des draps, serviettes ou blouses non jetables, trois autres (8%) être davantage sensibilisées à la question de la pudeur, améliorer leurs connaissances sur le sujet et pouvoir en discuter avec les patientes. Deux sages-femmes (5%) ont répondu qu'elles ne souhaitaient rien améliorer dans leur prise en charge, deux autres (5%) qu'elles aimeraient pouvoir être davantage à l'écoute et donner plus d'explications. De façon isolée, il a été cité vouloir être plus respectueuse, améliorer l'intimité de la femme et du couple, vouloir plus de

confidentialité, et qu'il soit permis de faire moins d'examens gynécologiques pendant la grossesse en l'absence de facteurs de risque.

Les sages-femmes aimeraient pouvoir améliorer leur prise en charge des femmes aux urgences sur le plan de la pudeur pour 36 d'entre elles (95%). Parmi ces sages-femmes, 36% (13/36) n'ont pas précisé les raisons les empêchant d'améliorer leur prise en charge. Les autres sages-femmes ont indiqué le manque de temps pour 25% d'entre elles (9/36), le manque de matériel pour 17% (6/36), des locaux inadaptés pour 17% (6/36), l'activité trop importante et l'obligation de rendement pour 14% d'entre elles (5/36), et le manque de connaissances et de formation sur le sujet pour 8% (3/36). Quatre réponses ont été citées de manière isolée : « les protocoles », maternité de « niveau 3 », « le manque de personnel », et « tout le monde n'est pas sensible à la pudeur des patientes comme je le suis ».

Les stratégies que les sages-femmes ont dit mettre en œuvre pour préserver la pudeur de la patientes sont au nombre de 62, pour 35 sages-femmes sur 38 ayant répondu à la question (92%).

Les moyens cités sont les suivants : tourner le dos à la patiente pour 21% (13/62), regarder le dossier médical pour 18% (11/62), ne pas regarder la patiente se déshabiller pour 13% (8/62), en se lavant les mains par exemple pour 2% (1/62). Des sages-femmes ont dit utiliser un drap, un habit, du papier ou encore une blouse pour recouvrir la patiente pendant l'examen et/ou pendant qu'elle se change pour 15% (9/62), ouvrir la porte des toilettes ou se placer devant la patiente, pour éviter à un éventuel intrus de voir la patiente pour 10% (6/62). On retrouve le fait de sortir de la salle le temps du déshabillage pour 5% (3/62), laisser la patiente se déshabiller dans les toilettes pour 5% (3/62), fermer la porte, bloquer la porte ou mettre le verrou pour 5% (3/62), discuter avec la patiente et la rassurer pour 5% (3/62), et enfin retarder le moment du déshabillage et ne jamais faire se déshabiller entièrement la patiente pour 3% (2/62).

Parmi les patientes interrogées, 60% (52/86) ont trouvé que les sages-femmes prennent en compte leur pudeur, contre 31% (27/86) pensant que non et 8% (7/86) n'ayant pas répondu à la question.

Les moyens que les sages-femmes emploient pour prendre en compte la pudeur des patientes sont au nombre de 58. Selon ces dernières, il s'agit de mettre à l'aise les

patientes pour 5% (3/58) d'entre elles, de les couvrir à l'aide d'un drap, d'une surblouse, d'un champ, ou de papier pour 10% (6/58) d'entre elles, d'expliquer les examens réalisés pour 7% (4/58), de demander leur autorisation avant de réaliser un examen pour 9% (5/58), de ne pas presser les patientes pour 7% (4/58), de ne pas les regarder se changer pour 7% (4/58), de fermer la porte pour 7% (4/58), et de faire sortir l'accompagnant pendant le monitoring pour 3% (2/58) d'entre elles. Les patientes ont de plus cité des critères de comportement des sages-femmes, tels qu'être « douces » pour 5% des patientes (3/58), pour 9% (5/58) la manière de discuter, dialoguer, être « à l'écoute » et mener la consultation, d'être rassurantes pour 5% (3/58), et l'« attitude générale » des sages-femmes pour 3% (2/58). De façon isolée, les patientes ont mentionné les termes de « prévenantes », « mise en confiance », « prise en compte de l'avis de la patiente », « professionnalisme », « discrètes dans la façon de faire », précision sur « quoi retirer », « la sage-femme se doute que ce n'est pas agréable », « en essayant de détendre la patiente », « grande sérénité, simplicité, chaleur humaine » et « laisse l'espace pour se changer ».

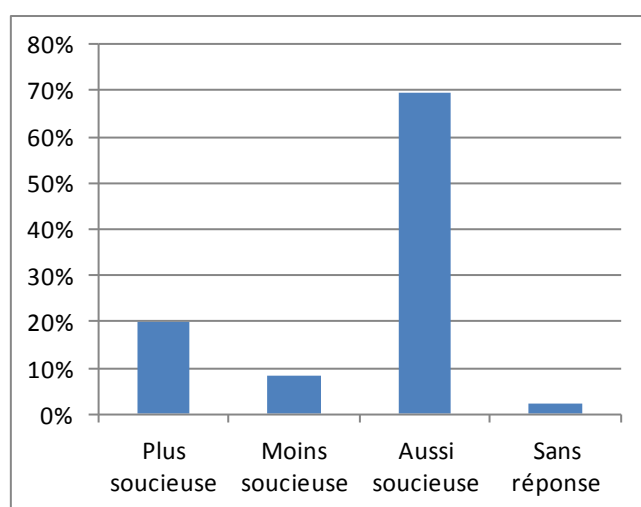


Figure 29 : Comparaison entre la prise en charge par les sages-femmes aux urgences et celle en consultation de suivi de grossesse

Parmi les patientes interrogées, 20% (17/86) trouvent que la sage-femme aux urgences est plus soucieuse du respect de leur pudeur que lors de leur suivi en consultation ; 8% (7/86) la trouvent moins soucieuse du respect de leur pudeur, et 70% (60/86) aussi soucieuse. Deux patientes n'ont pas répondu à la question.

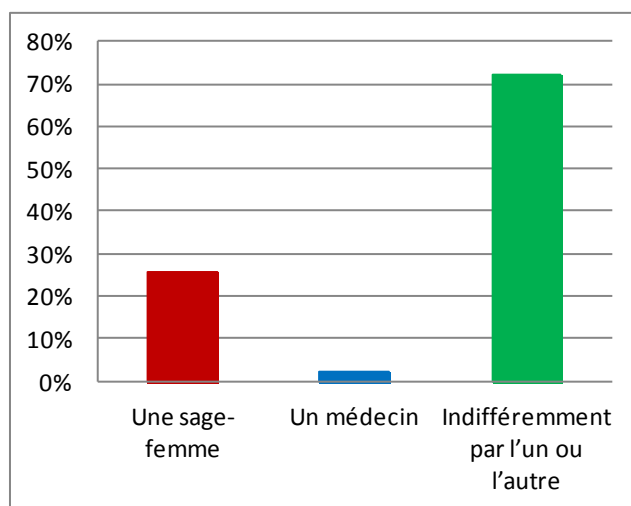


Figure 30 : Préférence des patientes pour l'examineur

Les patientes de notre panel sont majoritairement indifférentes quant au statut de l'examineur (76%, 62/86). 26% (22/86) préfèrent cependant être examinée par une sage-femme et 2% (2/86) par un médecin.

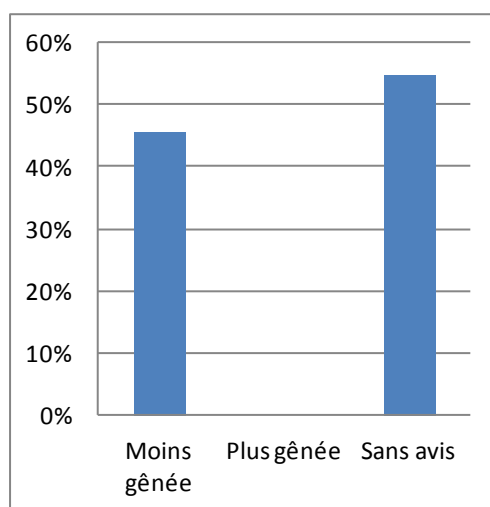


Figure 31 : Exposition du corps face à une sage-femme versus un médecin

Lorsque l'exposition de l'intimité des patientes se fait devant une sage-femme, 45% (39/86) des patientes ont répondu être moins gênées que devant un médecin, et 55% (47/86) ne pas avoir d'avis sur la question.

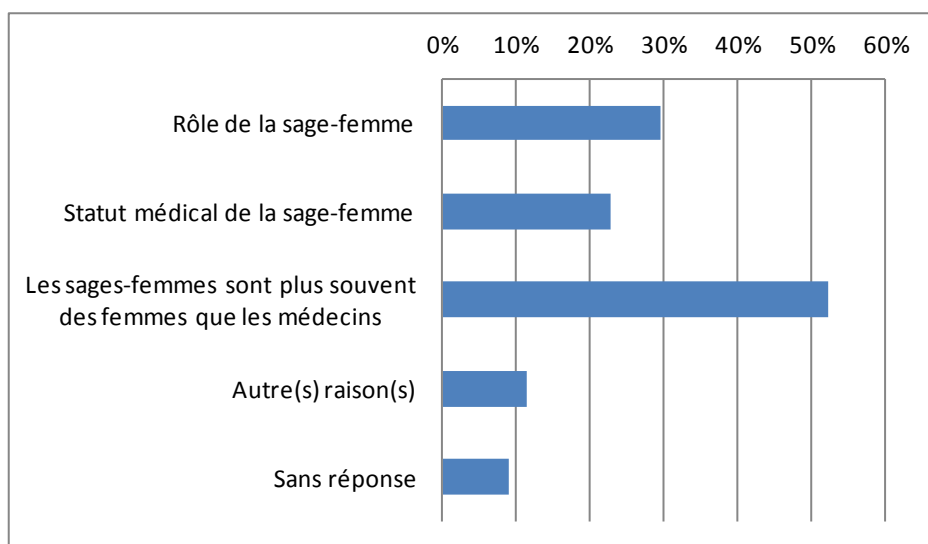


Figure 32 : Raisons d'une gêne moindre en présence d'une sage-femme

Parmi les 39 patientes ayant répondu précédemment être moins gênées lors de l'exposition de leur intimité lorsque le professionnel était une sage-femme plutôt qu'un médecin, 9% (4/39) n'ont pas expliqué pourquoi. 52% (23/39) d'entre elles ont évoqué le fait que les sages-femmes étaient plus souvent des femmes que les médecins. 30% (13/39) d'entre elles ont répondu que leur sentiment était lié au rôle de la sage-femme, 23% (10/39) au statut médical de la sage-femme, et 11% (4/39) ont précisé leur pensée en disant que les sages-femmes « ont une approche plus humaine, plus relationnelle, moins médicale pure », « elles nous regardent dans les yeux! », « la sage-femme semble plus à l'écoute », « les sages-femmes sont plus gentilles que les médecins », il y a un « plus grand respect de l'affect et l'émotionnel dans l'auscultation » et leurs « gestes semblent moins cliniques ».

Parmi les patientes interrogées, 59% (51/86) pensent que leur sentiment de pudeur est diminué si la sage-femme est une femme plutôt qu'un homme, contre 38% (33/86) pensant que non et 2% (2/86) n'ayant pas répondu à la question.

2.4.5 Le ressenti personnel des patientes

2.4.4.1 Corporel

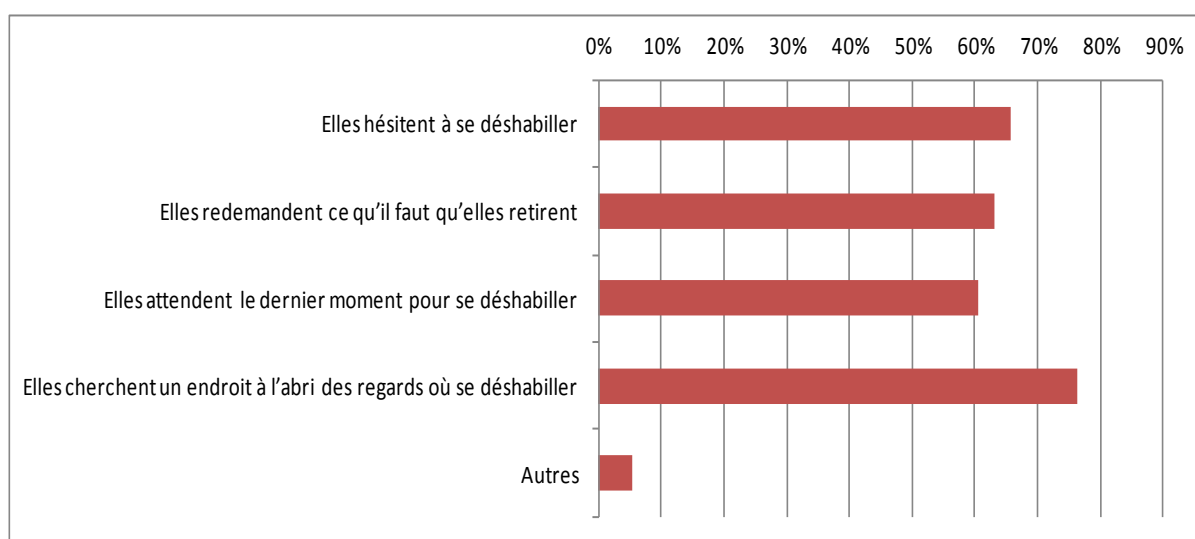


Figure 33 : Manifestations de la pudeur des patientes lors de la consultation rapportées par les sages-femmes

Parmi les sages-femmes interrogées, 66% (25/38) ont répondu qu'une des manifestations de la pudeur des patientes en consultation est qu'elles hésitent à se déshabiller, 63% (24/38) que les patientes redemandent quoi retirer pour l'examen, 61% (23/38) qu'elles attendent le dernier moment pour se déshabiller, 76% (29/38) qu'elle cherchent un endroit à l'abri des regards où se déshabiller, et deux sages-femmes (5%) ont précisé leurs pensées : « elles demandent à leur conjoint de sortir », « elles se cachent et cherchent à se recouvrir avec des vêtements ou draps ».

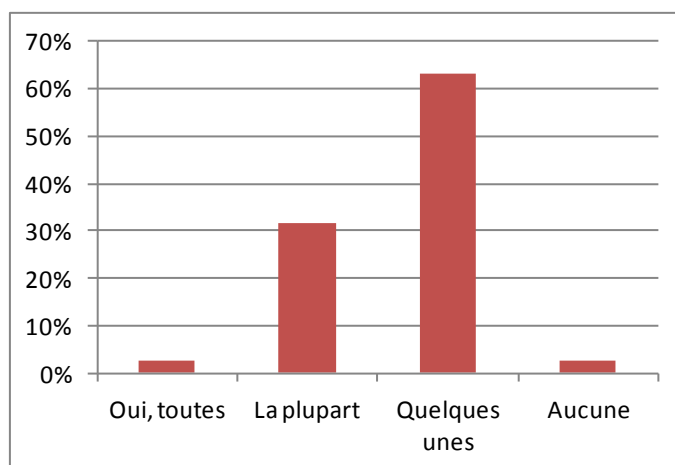


Figure 34 : Réticences à se dévêtir lors de la consultation rapportées par les sages-femmes

Ce diagramme nous indique que 63% (24/38) des sages-femmes interrogées trouvent que seulement quelques patientes sont réticentes à montrer leur corps lors de la consultation ; 32% (12/38) trouvent que la plupart des patientes le sont, une sage-femme trouve qu'elles le sont toutes et une sage-femme qu'aucune patiente ne l'est.

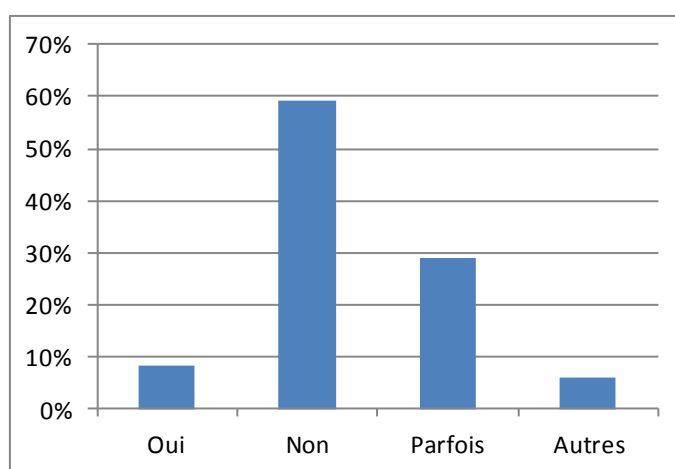


Figure 35 : Réticences à se dévêtir lors de la consultation pour les patientes

Ce diagramme indique que 59% (51/86) des patientes ne sont pas réticentes à montrer leur corps pendant la consultation. 29% (25/86) ont répondu qu'elles le sont parfois, 8% (7/86) qu'elles le sont, et 6% (5/86) ont répondu « autres ». Les patientes ont précisé avec la réponse « autres » qu'elles sont réticentes à montrer leur corps lors de la consultation « lorsqu'il y a plusieurs personnes », « quand l'examineur est un homme », pour « le pubis uniquement » et l'une d'elle qu'elle préfère un seul examineur.

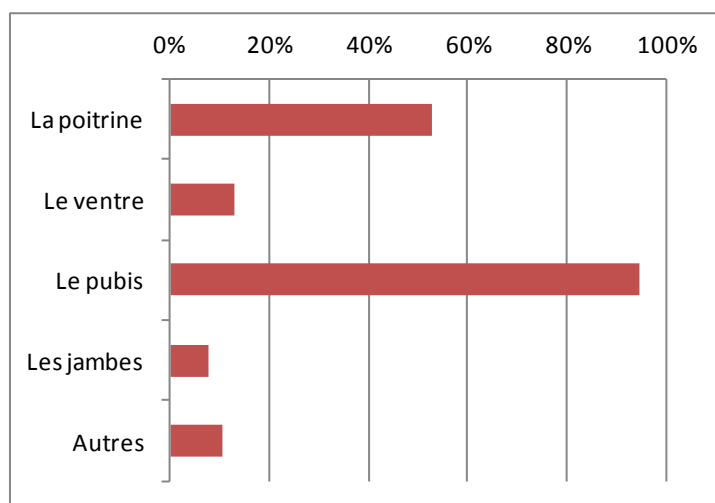


Figure 36 : Parties du corps difficiles à dévoiler rapportées par les sages-femmes

Parmi les sages-femmes interrogées, 53% (20/38) ont indiqué que la poitrine est une partie du corps difficile à dévoiler pour les patientes ; 13% (5/38) ont mentionné le ventre, 95% (36/38) le pubis, 8% (5/38) les jambes et 11% (6/38) ont répondu « autres » à la question. Parmi les précisions apportées par la réponse « autres », 8% (3/38) ont précisé « le sexe » ou « la zone sexuelle », qui était donc différent pour elles du pubis seul, et une sage-femme a mentionné « les cheveux, dans le cas où la femme porterait le voile ».

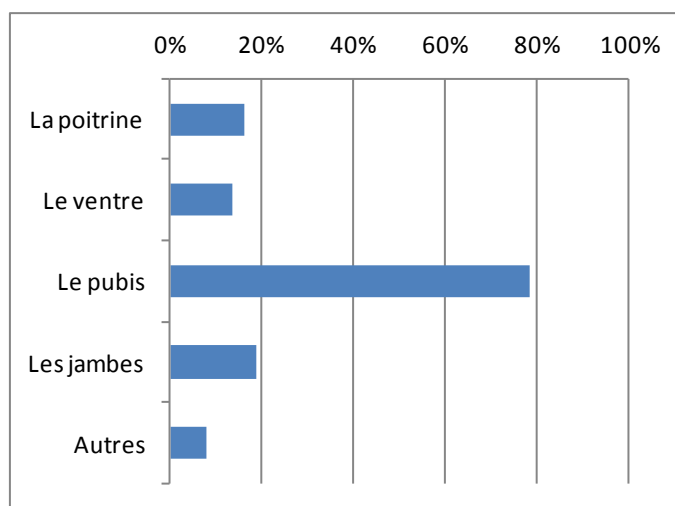


Figure 37 : Parties du corps difficiles à dévoiler rapportées par les patientes

Parmi les patientes ayant répondu être réticentes à montrer leur corps pendant la consultation (n=37), 16% (6/37) ont indiqué que la poitrine est une partie du corps difficile à dévoiler ; 14% (5/37) ont mentionné le ventre, 78% (29/37) le pubis, 19% (7/37) les jambes, 8% (3/37) ont répondu « autres », et 5% (2/37) n'ont pas répondu

à la question. Parmi les précisions apportées par la réponse « autres », une patiente a précisé « les fesses » et une autre « les parties intimes », la troisième n'ayant pas explicité sa pensée.

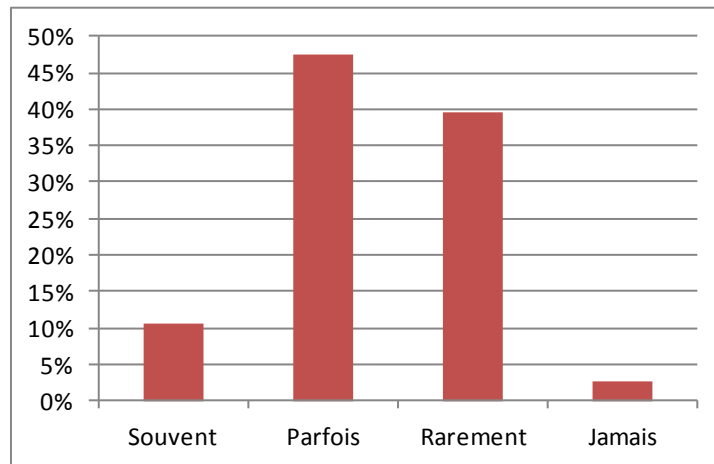


Figure 38 : Fréquence de patientes réticentes à l'examen gynécologique par pudeur selon les sages-femmes

Parmi les sages-femmes interrogées, 11% (4/38) ont indiqué être souvent confrontées à des patientes réticentes à l'examen gynécologique par pudeur, 47% (18/38) parfois, 39% (15/38) rarement, et une sage-femme jamais.

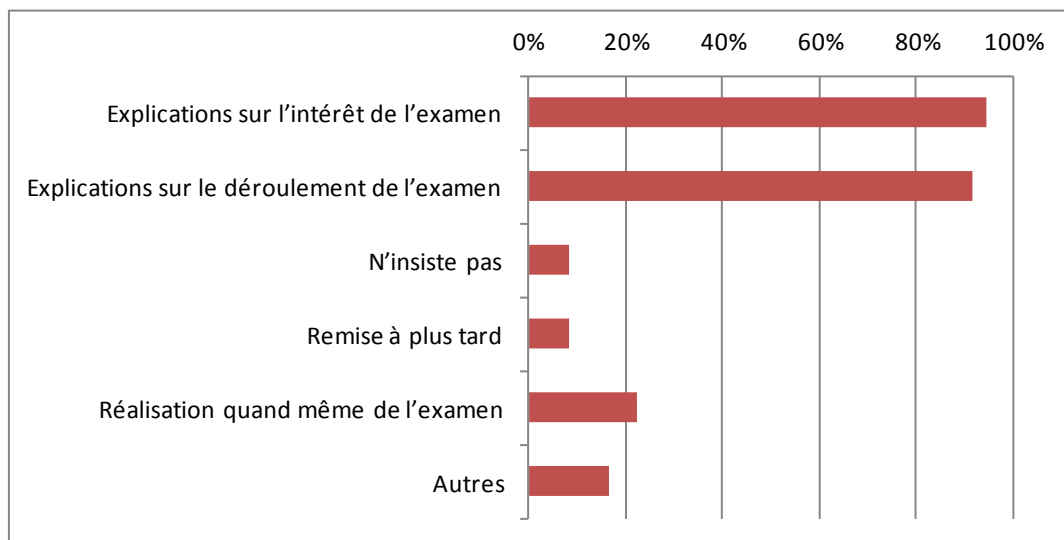


Figure 39 : Réaction des sages-femmes face aux patientes réticentes à l'examen gynécologique

Parmi les 37 sages-femmes ayant répondu avoir été confrontées à des patientes réticentes à l'examen gynécologique par pudeur, 94% (34/37) ont répondu expliquer

l'intérêt de l'examen à la patiente, 92% (33/37) expliquer le déroulement de l'examen, 22% (8/37) réaliser tout de même l'examen, 8% (3/37) ne pas insister et 8% (3/37) le remettre à plus tard. 17% (6/37) des sages-femmes ont précisé leur réponse. Pour deux d'entre elles, « essayer de mettre la patiente à l'aise », et de manière isolée, « rechercher le consentement de la patiente », réaliser l'examen « seulement si nécessaire », « si besoin (sans réelle indication médicale) reporter l'examen », et « prendre plus de temps, rassurer la patiente ».

2.4.4.2 Émotionnel

Parmi les patientes interrogées, 94% (81/86) ont dit ne pas avoir été confrontées à des gestes, des réflexions ou des attitudes des sages-femmes qui les auraient choquées ou gênées. Une patiente n'a pas répondu à la question, et quatre patientes (5%) ont répondu que oui. Une patiente a signalé « avoir été examinée par une étudiante sage-femme maladroite qui lui avait fait mal, sans qu'on lui ait demandé son accord ». Une autre a précisé ne pas avoir été confronté à un comportement choquant concernant la pudeur mais concernant le relationnel. La troisième écrivait : « on nous sort de la chambre de consultation (entre deux examens) et on nous laisse patienter dehors dans le couloir. Puis, quand la patiente sort, la sage-femme ne nous dit rien (si on peut rentrer ou non, si c'est fini ou non). Aucune prise en considération de la femme enceinte ». La dernière patiente a raconté l'histoire de ces précédents accouchements, le premier d'un fœtus décédé in utéro, et comment la sage-femme (d'un autre hôpital) lui avait manqué de considération, avait été « monstrueuse » et « méchante » d'un point de vue humain mais aussi dans la prise en charge de la pudeur.

Troisième partie

Discussion

3.1 Discussion de la méthode

3.1.1 Forces et limites de l'étude

Actuellement, le nombre de sages-femmes travaillant au bloc obstétrical et aux urgences est de six par douze heures : quatre sages-femmes travaillent en salle de naissance, une aux urgences, et une pour le service de grossesses dites à très hauts risques. De plus, il y a cinq roulements de garde, soit un total de 30 sages-femmes fixes. Notre résultat de 38 sages-femmes est donc représentatif des sages-femmes des urgences de Port-Royal.

Le caractère prospectif de notre étude fait partie de ses forces. Interroger les patientes dans la salle de monitoring, juste après la consultation d'urgence proprement dite, a permis de limiter le biais de mémorisation.

Par ailleurs, notre étude est la première réalisée sur le thème de la pudeur à la maternité de Port-Royal, et la seule réalisée en France sur le sujet de la pudeur spécifiquement aux urgences obstétricales, les autres étudiant plus particulièrement la salle de naissance, parfois les consultations de suivi programmée et les suites de couches.

Notre étude comporte des limites. La première de ces limites est le caractère unicentrique de l'étude. En effet, le fait d'interroger des sages-femmes et des patientes aux urgences obstétricales d'une seule maternité, ainsi que la faible taille de nos échantillons, ne permettent pas de généraliser nos résultats à la population générale. La deuxième limite concerne le recrutement des patientes. Ces dernières n'ont rempli le questionnaire que lorsqu'elles étaient en salle de monitoring, c'est-à-dire lorsque l'urgence motivant leur venue était relative, car en pratique, les patientes venant pour des urgences vitales ou une naissance imminente, sont admises directement au bloc obstétrical. De plus, le nombre de questionnaires de patientes récupérés est bien inférieur à celui de la fréquentation des urgences, et le recrutement des patientes au sein même de la maternité biaisé par la prise en charge proposée à Port-Royal, centre périnatal de type III.

3.1.2 Biais de l'étude

Notre étude comporte un biais de sélection. Toutes les sages-femmes interrogées sont des femmes. Quant aux patientes, seules les femmes sachant lire et écrire le français pouvaient répondre au questionnaire. De plus, malgré nos efforts pour rendre la pochette contenant les questionnaires visible, les patientes répondaient davantage quand la sage-femme ou l'étudiante sage-femme signalaient son existence. Notre étude étant basée sur le volontariat, l'intérêt pour le thème du questionnaire a également conditionné le taux de réponses.

Il existe un biais d'information concernant notre population de sages-femmes, puisque nous pouvons penser que celles-ci auraient tendance à sur ou sous-évaluer la qualité de leur prise en charge. Effectivement, il existe un biais lié au comportement des participants lors d'une étude prospective. Appelé l'effet « Hawthorne », cela s'explique par un comportement plus sain ou plus socialement acceptable lorsque les participants se savent observés.

Enfin, il existe un biais de mémorisation, malgré nos efforts pour le limiter, car d'une part nous comparons parfois la pudeur en consultation d'urgence et en consultation de suivi programmé, celle avant et pendant la grossesse, et celle entre différentes grossesses, et d'autre part nous pouvons observer que même si le questionnaire a été rempli dans les minutes suivant la consultation, certaines patientes rapportent avoir trouvé, par exemple, une séparation entre le bureau et la table d'examen. Or, il n'en existe pas dans les salles d'examen du service concerné.

3.1.3 Perspective de perfectionnement en regard des résultats obtenus

Nous avons fait le choix de considérer les sages-femmes sur le plan professionnel, c'est pourquoi nous n'avons pas jugé nécessaire de les interroger sur leurs origines géographiques ou leurs convictions religieuses. Après exploitation des résultats, nous pensons que ces données auraient pu être intéressantes dans l'interprétation des champs lexicaux de la pudeur.

De plus, notre questionnaire destiné aux patientes aborde le point de vue de la femme et non pas celui de la future mère. Il aurait été pertinent de questionner davantage les retentissements que peuvent produire la notion de deux corps dans un seul sur la pudeur de la femme, et l'impact que l'échographie peut avoir sur la femme et sa pudeur. Par ailleurs, notre étude était essentiellement tournée vers la pudeur corporelle. Évaluer davantage l'impact de la grossesse, de son suivi et de la

consultation aux urgences sur la pudeur émotionnelle aurait été un axe plus novateur, ainsi qu'interroger les accompagnants sur leur ressenti, permettant un avis plus objectif car extérieur à la relation sage-femme - patiente pouvant exister en consultation.

Enfin, il aurait été judicieux de poser davantage de questions similaires aux sages-femmes et aux patientes, afin de pouvoir comparer leurs réponses sur un nombre plus important de points.

3.2 Discussion et analyse des résultats

3.2.1 Représentations de la pudeur et relation sages-femmes – patientes

3.2.1.1 Conception de la pudeur

La figure 10 nous montre que les sages-femmes ont majoritairement utilisé des mots de la pudeur des mœurs pour définir la pudeur, alors que les patientes ont utilisé autant de termes de la pudeur des mœurs que de la pudeur des émotions. Viennent ensuite pour les sages-femmes le vocabulaire de la pudeur des émotions, et en troisième pour nos deux groupes le champ lexical de la pudeur corporelle. Les sages-femmes et les patientes ont cité la pudeur corporelle dans les mêmes proportions. Dans ces trois catégories, 15 mots parmi les 38 cités l'étaient à la fois par les sages-femmes et les patientes. Le terme de « respect » était celui majoritairement employé par les sages-femmes et les patientes dans le vocabulaire de la pudeur des mœurs, de même que le terme « nudité » dans le champ lexical de la pudeur corporelle, et celui d'« intimité » dans les mots se référant à la pudeur des émotions.

Par ailleurs, concernant les parties du corps difficiles à dévoiler lors de la consultation, les sages-femmes et les patientes sont plutôt d'accord. En effet, il est cité le pubis chez 95% des sages-femmes et 78% des femmes. Les sages-femmes ont cependant cité la poitrine pour 53% d'entre elles, contre 16% chez les patientes. Le ventre est lui cité en proportions équivalentes, respectivement 13% et 14% par les sages-femmes et les patientes. Enfin, les jambes sont davantage citées par les patientes, à hauteur de 19%, contre 8% par les sages-femmes.

Nous pouvons conclure que les sages-femmes et les patientes interrogées ont une conception de la pudeur similaire (Annexe IV).

3.2.1.2 Relation entre sages-femmes et patientes

Comme nous l'avons vu précédemment, bien que 76% des patientes de notre échantillon soient indifférentes quant au statut de l'examineur, 26% préfèrent être examinées par une sage-femme (figure 30). Les patientes se disent moins gênées pour 45% d'entre elles quand elles ont à se dénuder devant une sage-femme plutôt qu'un médecin, contre 55% sans avis (figure 31). La raison prédominante pour laquelle les patientes sont plus à l'aise avec les sages-femmes qu'avec les médecins est le fait que la profession soit majoritairement féminine (figure 32). De plus, 59% des patientes pensent que leur sentiment de pudeur est diminué si la sage-femme est une femme plutôt qu'un homme. Marie DANGUIN, dans son mémoire pour l'obtention du diplôme d'État de sage-femme en 2005 à Dijon, trouvait un résultat comparable : 58% des 50 patientes interrogées étaient du même avis que celles de notre étude (32).

Même si les sages-femmes et les patientes ont une même conception de la pudeur, la plupart des femmes sont indifférentes quant à une prise en charge par une sage-femme ou un médecin. Quand les patientes expriment une diminution de leur gêne lors d'une prise en charge par une sage-femme, la raison principale de celle-ci est la féminisation de la profession de sage-femme.

Notre première hypothèse est donc partiellement infirmée.

3.2.2 Infrastructure, matériel et pudeur

Nous avons remarqué dans les résultats de notre étude que 82% des sages-femmes interrogées pensent que l'agencement du service ne leur permet pas de respecter au mieux la pudeur des patientes, alors que seulement 22% des patientes sont de cet avis.

Les sages-femmes trouvent majoritairement que la pudeur n'est respectée ni dans la salle d'examen, ni dans le service en général, alors qu'elle le serait en salle d'attente, en salle de soins infirmiers et en salle de monitoring. Pourtant, notre échantillon de

patientes ne cite concernant la structure, que des améliorations à apporter dans les salles de monitoring.

Les sages-femmes souhaitent principalement que la table d'examen soit réorientée, qu'il y ait un paravent dans la salle d'examen et davantage de draps à disposition. Une demande commune aux sages-femmes et aux patientes est la délocalisation des salles d'examens afin qu'elles ne soient plus situées en face de la salle d'attente. Les sages-femmes aimeraient pouvoir améliorer leur prise en charge pour 95% d'entre elles, mais se disent limitées essentiellement par le manque de temps, le manque de matériel, et des locaux inadaptés.

Les sages-femmes sont donc bien limitées par l'infrastructure et les équipements pour préserver au mieux la pudeur des patientes, ce qui valide notre deuxième hypothèse. Cependant, ce résultat peut être nuancé par le fait que les patientes ont une opinion plus favorable que les sages-femmes. Nous pouvons nous interroger sur les raisons de ces divergences. Les patientes sont-elles moins exigeantes que les sages-femmes du fait de la grossesse ou de leur méconnaissance des services de maternité ? Ou les sages-femmes, de par leur fréquentation courante des maternités, ont-elles un regard plus critique ? Valérie WAGENER, dans son mémoire pour l'obtention du diplôme d'État de sage-femme en 2011 à Suresnes, a étudié ces questions en salle de naissance. Son étude a montré que les patientes ont tendance à « pardonner » des éléments bafouant leur pudeur, en échange de la sécurité et du soulagement que peut leur procurer l'environnement hospitalier. Pour ces patientes, la prise en charge à l'hôpital va de paire avec des manquements au respect de leur pudeur, qu'elles choisissent d'accepter (33).

3.2.3 Respect de la pudeur en consultation d'urgence versus de suivi programmé, et acceptabilité vis-à-vis de la prise en charge

Dans notre panel de patientes, 70% trouvent que la sage-femme des urgences était aussi soucieuse du respect de leur pudeur que lors des consultations programmées. 20% la trouvaient plus soucieuse, et 8% moins soucieuse.

Nous avons remarqué dans les résultats de notre étude que seulement 18% des sages-femmes interrogées pensent que l'agencement du service leur permet de respecter au mieux la pudeur des patientes. Même si toutes les sages-femmes de

notre échantillon pensent respecter la pudeur des patientes, elles sont 95% à vouloir améliorer leur prise en charge.

Par ailleurs, parmi les patientes interrogées, 71% pensent que l'organisation du service permet de respecter au mieux leur pudeur. Pourtant, elles sont 60% à trouver que les sages-femmes prennent en compte leur pudeur.

Les sages-femmes et les patientes n'ont donc pas le même ressenti vis-à-vis du respect de la pudeur. Comme nous l'avons vu précédemment, les patientes sont davantage satisfaites de la prise en charge que les sages-femmes. Cette tendance a également été remarquée en salle de naissance par Aurélie MILLET dans son mémoire pour l'obtention du diplôme d'État de sage-femme en 2008 à Poitiers. Ses résultats montraient que 75,7% des 206 patientes interrogées et 73,2% des 168 personnes accompagnantes interrogées trouvaient que la pudeur était globalement respectée, alors que seulement 58,2% des 55 membres du personnel médical participant à l'étude étaient de cet avis (34).

La perception des patientes du respect de la pudeur en consultation d'urgence diffère donc peu de celle des consultations programmées mais demeure plus acceptable par les femmes enceintes que par les sages-femmes. Notre troisième hypothèse est donc partiellement validée.

3.2.4 Influence de la grossesse sur le seuil de pudeur

Dans notre panel de sages-femmes, 79% pensent que la pudeur change avec la grossesse. Pour la plupart d'entre elles, ceci est dû à la nécessité de mettre sa pudeur de côté à cause de la multiplicité des examens médicaux, aux changements de l'image corporelle et à une certaine désinhibition.

La majorité des patientes avant la grossesse étaient pudiques (71%), alors que pendant la grossesse elles étaient aussi nombreuses à être pudique qu'à ne pas l'être (figure 14).

Contrairement à ce que pense les sages-femmes, 62% des patientes de notre échantillon ne ressentent pas de différence entre leur état de pudeur avant la grossesse et pendant la grossesse, 31% se sentent moins pudiques et 7% davantage pudiques (figure 15). Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par Marie DANGUIN concernant l'absence de différence avant et pendant la grossesse, puisque 25 femmes sur les 50 interrogées n'avaient pas ressenti de modifications de leur pudeur avec la grossesse. Cependant, ils diffèrent dans les proportions de

diminution et d'augmentation, car 13 (26%) de ses patientes constataient une augmentation et 12 (24%) une diminution de leur pudeur (32).

La figure 16 nous indique que parmi les 39 patientes multipares interrogées, 64% ne trouvent pas de différence concernant leur degré de pudeur entre la grossesse précédente et celle actuelle. 23% se disent moins pudiques lors de la grossesse actuelle, et 13% davantage pudiques. Nous remarquons donc que, selon leur propre auto-évaluation, la grossesse n'entraîne pas de différence dans le degré de pudeur des patientes pour plus de la moitié d'entre elles, et ce même si les patientes ont déjà eu au moins un enfant. Toutefois, pour les patientes qui ont remarqué une différence, celle-ci se manifeste davantage comme une augmentation du degré de pudeur chez les patientes multipares que dans notre population totale de patientes. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ces patientes n'étant plus dans l'inconnu, leur esprit critique peut se développer et elles peuvent davantage s'attarder aux détails de non respect de la pudeur. La diminution du degré de pudeur reste néanmoins plus fréquente que son augmentation, par l'acceptation du rythme et du déroulement des consultations, où les patientes n'ont pas d'autre choix que de se livrer aux professionnels.

Les patientes de notre échantillon se sentant moins pudiques avec la grossesse ont majoritairement mis en cause une diminution de leur pudeur liée d'une part, à la multiplicité des examens pendant la grossesse et à leur caractère « nécessaire » et « obligatoire », d'autre part à une diminution voire même une absence de pudeur vis-à-vis du personnel médical de par leur statut de professionnels. Les autres ont donné des raisons diverses, parmi lesquelles nous retrouvons « dès qu'elle est enceinte, le corps de la femme est objectivé par les médecins et par la société ». Les raisons données pour expliquer l'augmentation de la pudeur avec la grossesse sont similaires à celles justifiant une diminution de la pudeur, puisque nous retrouvons le regard des autres et le fait qu' « enceinte, les gens me touchent davantage ». Deux patientes seulement ont indiqué le lien privilégié qu'elles avaient avec leur enfant à naître et le fait que ce dernier passait avant elles et leur pudeur. Il est étonnant de constater que c'est la seule allusion au fœtus qui transparait dans les réponses des patientes. S'agissant de la pudeur, elles se considèrent davantage comme femmes que comme futures mères.

Par ailleurs, 59% des patientes ne sont pas réticentes à montrer leur corps lors de la consultation contre respectivement 8% et 29% à l'être et l'être parfois (figure 35). Les 6% ayant répondu « autres » ont précisé qu'elles sont réticentes à montrer leur corps

pendant la consultation « lorsqu'il y a plusieurs personnes », « quand l'examineur est un homme », pour « le pubis uniquement » et l'une d'elle qu'elle préfère un seul examinateur.

Nous pouvons conclure que les femmes exposent plus facilement leurs corps aux professionnels de santé pendant la grossesse qu'en dehors. Même si un tiers seulement des patientes expriment une diminution de leur pudeur avec la grossesse, cette diminution influe sur leur comportement en consultation, et réciproquement, les consultations influent sur la pudeur de certaines femmes enceintes. Notre quatrième hypothèse qui stipulait que les femmes exposaient plus facilement leurs corps aux professionnels de santé lors du suivi obstétrical que lors d'un suivi gynécologique ou médical, est donc partiellement validée.

3.2.5 Constatations

3.2.5.1 Décalage entre ressenti des sages-femmes et perception des patientes

Il semblerait qu'il y ait un biais entre ce que les sages-femmes disent ou pensent avoir dit et ce que les patientes ont entendu ou compris.

Par exemple, concernant la présence de l'accompagnant pendant l'examen clinique, 24% des patientes ont déclaré que la sage-femme leur avait demandé si elles souhaitaient que la personne les accompagnant sorte, contre 48% déclarant le contraire. Pourtant, 55% des sages-femmes disent toujours poser la question, 24% souvent et 13% parfois (figure 26).

Nous retrouvons ce même décalage entre sensation des sages-femmes et perception des patientes dans le mémoire de Marie DANGUIN sur diverses questions (32).

Aurélié MILLET avait aussi remarqué cet écart concernant l'autorisation avant de pratiquer un examen. 67,5% des patientes de son étude estimaient que la demande d'autorisation avait toujours été formulée, tandis que 74,5% du personnel médical estimait toujours demander cette autorisation avant d'examiner les patientes (34). Même si ce constat a été effectué en salle de naissance, le fait qu'il ait été réalisé auprès d'un échantillon important sous-tend notre résultat.

Ce décalage peut-être analysé comme le fait que les patientes vont remarquer chaque manquement au respect de leur pudeur, alors que les sages-femmes pourront considérer certains écarts comme négligeables. Ceci expliquerait que les sages-femmes répondent presque toujours demander une autorisation, alors que des patientes disent qu'on ne leur a pas toujours posé la question.

3.2.5.2 Rapport entre pudeur et image de soi

Il est intéressant de constater que les figures 14 et 17 concernant les évolutions avant et pendant la grossesse, respectivement du degré de pudeur et de l'image corporelle des patientes, sont presque superposables. 71% des patientes se disaient plutôt pudiques et 78% appréciaient leur corps avant la grossesse, contre 51% et 59% pendant la grossesse.

Nous pouvons conclure de cette observation que le degré de pudeur et l'image corporelle seraient liés. Dans notre échantillon de patientes, une image corporelle plaisante entraînerait un sentiment de pudeur plus élevé.

Ce résultat diffère de ceux de Marie DANGUIN, pour qui cette relation était inversée (32). La pudeur est donc bien un sentiment personnel, de construction multifactorielle, et nos résultats non transposables à d'autres établissements.

3.2.5.3 Sage-femme, habitude et pudeur

Les sages-femmes de notre étude sont 82% à penser que les professionnels de santé s'habituent à la nudité des patientes. Dans l'étude de Marie DANGUIN, 87% des 15 sages-femmes interrogées étaient aussi de cet avis (32). Néanmoins, ces résultats sont à nuancer, du fait de la jeune expérience des sages-femmes interrogées, que ce soit dans notre étude ou celle de Marie DANGUIN. En effet, l'expérience professionnelle peut confirmer ou infirmer ce résultat, car l'habitude si elle existe, se crée avec les mois ou les années d'exercice. Il est intéressant de se demander si les jeunes sages-femmes de notre étude parlaient déjà pour elles-mêmes, ou si elles se projetèrent quelques années plus tard.

3.2.5.4. Pratiques professionnelles des sages-femmes

Nous remarquons que pour la grande majorité des sages-femmes interrogées, fermer la porte et expliquer leurs gestes avant de les effectuer étaient toujours

réalisés (respectivement 92% et 74%). Lorsque les sages-femmes sont limitées par la structure dans leur prise en charge, elles adoptent des stratégies pour ne pas regarder les patientes se déshabiller, comme leur tourner le dos, regarder le dossier médical, détourner le regard, ou encore se laver les mains. Elles utilisent quand c'est possible un drap, un habit, du papier ou encore une blouse pour recouvrir la patiente pendant l'examen et/ou pendant qu'elle se change, elles discutent avec la patiente et retardent le moment du déshabillage, sans jamais faire se déshabiller entièrement la patiente.

Il n'y a pas de consensus dans notre population de sages-femmes sur la question de l'entrée d'une personne dans un box quand celui-ci est occupé, puisque 21% ont répondu que cela arrivait souvent, 34% que cela se produisait quelques fois, 32% rarement et 8% jamais (figure 23). Pourtant, 11% d'entre elles ont déclaré ne jamais entrer dans un box occupé, 82% y entrer parfois, et 3% y entrer souvent (figure 22). Cela montre un réel souci dans la prise en charge de la pudeur des femmes, tant corporelle qu'émotionnelle, car la patiente peut être dénudée, et être interrompu dans une consultation ne facilite pas l'échange avec le professionnel de santé. Ce résultat doit être nuancé par le fait qu'il n'y a actuellement pas de moyen mis en œuvre dans le service afin de savoir si une salle d'examen est occupée ou non. Cela pourrait expliquer le nombre important de sages-femmes signalant entrer dans une salle d'examen lorsque celle-ci est occupée.

Il est étrange de constater ainsi que certaines pratiques de respect de la pudeur des patientes paraissent logiques et respectées par les sages-femmes, alors que d'autres, pourtant tout aussi importantes, ne le sont pas. À la question 29 « Auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ou davantage approfondi ? », une sage-femme a écrit en marge du questionnaire que « cela va de soi, question de bon sens et de respect pour la personne ». Nos résultats montrent bien que cela ne suffit pas. Malgré ce constat, les sages-femmes de notre étude ont toutes répondu penser respecter la pudeur des patientes.

3.2.5.5 Place de l'étudiant en consultation

L'enseignement pratique faisant partie intégrante des centres hospitalo-universitaires, il est normal d'y trouver de nombreux étudiants. Leur présence reste néanmoins facultative et doit toujours se faire après accord des patients.

Parmi les patientes de notre échantillon, 41% ont déclaré qu'un étudiant était présent lors de la consultation. La période à laquelle a été réalisée notre étude comportait de nombreuses plages de cours pour les étudiants sages-femmes de Baudelocque, cette proportion n'est donc pas représentative de leur présence moyenne sur un an. Parmi les 35 patientes ayant été en présence d'un étudiant lors de la consultation, 51% d'entre elles ont répondu que leur accord avait été recherché, contre 49% où il ne l'avait pas été.

Par ailleurs, seulement 11% des patientes ont répondu avoir été gênées par la présence d'étudiants.

Marie DANGUIN et Mélanie BOUYER, dans son mémoire pour l'obtention du diplôme d'État de sage-femme en 2005 à Bordeaux, ont trouvé des résultats similaires, au niveau des consultations programmées comme de la salle de naissance. Ces dernière n'ayant pas donné de chiffres, cela nuance d'autant plus la comparaison (32,35). Il reste cependant alarmant de remarquer que l'accord quant à la présence d'étudiants n'est pas recherché, ou n'est pas compris, dans la moitié des cas de notre étude.

3.2.5.6 Importance accordée à la pudeur

L'exemple cité à la fin de la deuxième partie montre à quel point le rôle de la sage-femme et l'attention qu'elle montre à l'égard de la patiente peuvent avoir un impact primordial, puisque trois ans plus tard, la dernière patiente citée a gardé gravé en elle ce souvenir, et a pu trouver dans notre questionnaire un endroit où exprimer son ressenti. Cela témoigne de l'importance de la prise en charge de la pudeur, que ce soit corporelle ou comme ici des émotions.

Nous avons remarqué la place particulière que les patientes accordent à la pudeur. Bien que cela n'apparaît pas dans le traitement de nos données, plusieurs patientes nous ont mis des commentaires en marge du questionnaire, certains pour nous souhaiter « bon courage », d'autres pour dire qu'il n'y avait pas assez de place pour décrire l'évolution de la pudeur avec la grossesse. De plus, lorsque nous récupérons nos questionnaires, nous profitons de notre présence pour proposer aux patientes de remplir le questionnaire, et la plupart du temps, elles exprimaient leur intérêt et acceptaient de participer à notre étude.

Notre échantillon de sages-femmes était aussi très réceptif au sujet de notre mémoire, comme nous l'avons montré au vu du nombre de réponses. De plus, 63%

d'entre elles ont répondu souhaiter que le sujet soit abordé ou davantage approfondi contre 26% ne le souhaitant pas. Malgré cet intérêt, seulement 11% des sages-femmes ont répondu avoir déjà abordé le sujet de la pudeur lors d'une formation, durant les études ou la vie professionnelle.

Nous constatons aussi que les demandes des sages-femmes sur l'agencement du service ont été prises en compte, puisque la structure de ce dernier a été modifiée entre mi-novembre 2013 et janvier 2014. Les salles de consultations gynécologiques et obstétricales ont été séparées, ces dernières n'étant désormais plus situées en regard de la salle d'attente, et les tables d'examen au sein des salles mieux orientées. Les salles d'examen restent néanmoins fort petites, il n'y a pas de paravent, pas de séparation réelle entre le bureau et la table d'examen, pas plus qu'il n'y a de champs, draps et autres blouses de disponibles.

Il est indispensable de relever le manque de temps signalé par les sages-femmes. Parmi elles, 24% aimeraient avoir plus de temps pour réaliser les consultations, citant le manque de temps pour 25% d'entre elles comme une des raisons les empêchant d'améliorer leur prise en charge de la pudeur des patientes.

3.3 Propositions

3.3.1 Concernant la prise en charge par les sages-femmes

Chaque année, les étudiants sages-femmes proposent dans leurs mémoires des axes d'amélioration découlant des résultats de leurs études. Mais la formation initiale n'étant pas extensible, il est important d'émettre des propositions pouvant s'inclure dedans plutôt que s'y ajoutant.

Par conséquent, nous pensons qu'il serait important de proposer des ouvrages sur le thème de la pudeur en maternité pour les fiches de lectures déjà présentes dans le nouveau programme de formation. De plus, introduire à la fin de chaque période de stage de L2 en science maïeutique (anciennement première année d'école de sages-femmes) une réunion de bilan en petit groupe, afin de traiter des pratiques observées en stage, permettrait aux futurs professionnels de réfléchir sur les pratiques professionnelles et leur impact sur les patientes.

Au sujet de la formation continue, proposer une sensibilisation simple sous forme de petite bande-dessinée dans un magazine de professionnel serait un premier pas vers une prise de conscience de la part des sages-femmes diplômées.

Par ailleurs, proposer des formations sur le sujet serait aussi une façon de répondre à la demande des sages-femmes sur le sujet.

Au final, la pudeur concerne tous les temps de notre pratique, il serait important de réfléchir régulièrement à cette question au sein de toutes les formations, afin de l'intégrer concrètement dans la prise en charge.

3.3.2 Concernant le service

Il paraît illusoire de pouvoir suivre l'avis d'une des sages-femmes qui préconisait de refaire le service des urgences en entier. Toutefois, il existe des solutions réalisables pour permettre une meilleure prise en charge de la pudeur.

Installer un écriteau indiquant si la salle d'examen est utilisée ou non permettrait de décourager les intrus d'entrer sans une raison valable, et de ne pas être bloquée par un verrou en cas de situation d'urgence. Il existe aussi des loquets de porte affichant « occupé » ou « vacant », d'installation facile et peu onéreux. Si possible, installer un interrupteur de présence et l'utiliser systématiquement lors des consultations. Mettre à disposition de petits champs jetables tels que ceux utilisés pour les nouveau-nés afin de couvrir le pubis durant l'examen clinique serait une solution moyennement coûteuse. Il existe actuellement trois salles d'examen dans le service des urgences obstétricales. Ajouter un paravent par salle d'examen serait rentable à long terme, mais celles-ci semblent trop étroites pour le permettre. Cependant, installer un rideau serait pratique, peu coûteux et ne nécessiterait pas un espace important. Il reste possible et peu onéreux d'ajouter des patères, afin de permettre aux patientes d'y accrocher leurs affaires. Enfin, se présenter, fermer les portes, et surtout, ne pas entrer dans une salle sachant qu'elle est occupée, sont des solutions qui ne coûtent qu'un peu d'attention et qui concernent tout le personnel.

Conclusion

Notre étude met en lumière la place importante que les sages-femmes de Port-Royal accordent au respect de la pudeur des femmes consultant aux urgences obstétricales. Même si les patientes sont globalement satisfaites de la prise en charge, nous avons constaté que les sages-femmes ont une opinion défavorable sur leurs conditions de travail, se disant limitées essentiellement par le manque de temps, le manque de matériel, et des locaux inadaptés.

Nos résultats soulèvent un décalage entre le ressenti des sages-femmes et la perception des patientes. Nous avons observé qu'il existe un lien entre pudeur et image corporelle. De plus, les sages-femmes pensent que les professionnels de santé s'habituent à la nudité des patientes avec les années.

En outre, nous avons remarqué que les sages-femmes, bien que disant respecter la pudeur des patientes, n'observaient pas toutes des règles simples telles que ne pas entrer dans une salle d'examen occupée, ou demander l'accord des patientes quant à la présence d'étudiants.

Enfin, nous avons constaté que ce sujet d'actualité reste une préoccupation pour les sages-femmes, les patientes et le service. Malgré le nombre conséquent de mémoires sur ce thème, nos résultats sont souvent comparables à ceux de Marie DANGUIN de 2005 et d'Aurélie MILLET de 2006, même si ces dernières ont étudié la pudeur en salle de naissance, et non pas spécifiquement aux urgences obstétricales comme le fait notre étude.

Il existe des axes d'amélioration, concernant la structure du service, mais aussi les pratiques professionnelles. Avec cet objectif à l'esprit, nous avons créé une charte résumant les pratiques à adopter afin de prendre en charge les patientes dans le plus grand respect de leur pudeur (Annexe V).

Notre étude se concentrait presque essentiellement sur la pudeur corporelle par choix, d'une part car celle-ci est plus facile à évaluer, et d'autre part car elle est plus présente aux urgences, comparativement au bloc obstétrical. L'étude du ressenti des accompagnants aux urgences permettrait de confronter davantage les avis, mais

également d'évaluer plus précisément la cause du décalage entre la sensation des sages-femmes et la perception des patientes. Étudier la pudeur en suites de couches serait aussi un axe fort intéressant, et permettrait ainsi de mieux évaluer la pudeur des émotions.

Bibliographie

1. Académie française, ATILF. *Dictionnaire de l'Académie française, neuvième édition* [En ligne], Paris, France: Librairie Arthème Fayard; Imprimerie nationale. [Référence du 27 février 2014]. 2011. <http://atilf.atilf.fr/academie9.htm>
2. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [En ligne]. [Référence du 27 février 2014]. 2012. <http://www.cnrtl.fr>
3. Vives JL, De Changy P. *Livre de L'Institution de La Femme Chrestienne*. Nabu Press, 2010, 428 p.
4. Montaigne. *Les Essais*. Livres I-III. Presses Universitaires de France. Villey P, Saulnier, éditeurs. 2004, 1504 p.
5. Boileau N. *Satires - Épîtres - Art poétique*. Gallimard, 1985, 349 p.
6. Académie française, ATILF. *Dictionnaire de l'Académie française, première édition* [En ligne], Paris, France. [Référence du 27 février 2014]. 1694. <http://artfl.atilf.fr/dictionnaires/ACADEMIE/PREMIERE/premiere.fr.html>
7. Académie française, ATILF. *Dictionnaire de l'Académie française, sixième édition* [En ligne]. Paris, France: Imprimerie et librairie de Firmin Didot Frères, Imprimeurs de l'Institut de France. [Référence du 27 février 2014]. 1835. <http://artfl.atilf.fr/dictionnaires/ACADEMIE/SIXIEME/sixieme.fr.html>
8. Académie française, ATILF, CNRS. *Dictionnaire de l'Académie française, huitième édition* [En ligne]. Paris, France: Librairie Arthème Fayard; Imprimerie nationale. [Référence du 27 février 2014]. 1932. <http://atilf.atilf.fr/academie9.htm>
9. Diderot, D'Alembert. *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*. Paris, France, 1751.
10. Féraud J-F. *Le Dictionnaire critique de la langue française* [En ligne]. France. [Référence du 27 février 2014]. 1787. <http://www.cnrtl.fr/dictionnaires/anciens/feraud/index.php>
11. Vasse D. Un monde sans pudeur? *Études*, 1er février 2002, Vol. 396, n°2: 197-205.
12. Guittard-Maury M-F. « Quand la pudeur prend corps » de José Morel Cinq-Mars. *Revue Française de Psychanalyse*, 2005, vol. 69, n°2: 595-598.
13. Mach C. *Le médecin et sa pudeur: de l'obstacle à la redéfinition du rôle: enquête qualitative auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon*. Thèse d'exercice. Université de Montpellier I, 2009, 142 p.
14. Elias N. *La civilisation des mœurs*. Paris, France: Pocket, 2002, 509 p.
15. Bologne JC. *Histoire de la pudeur*. Pluriel, 2011, 461 p.

16. Deschodt G. La pudeur, un bilan. *Hypothèses*. 2009, n°1: 95 -105.
17. École biblique et archéologique française. *La Bible de Jérusalem*. Paris: Éditions de Cerf, 2005.
18. Fiat E. Pudeur et intimité. *Gérontologie et société*. 2007, n°122: 23-40.
19. Duerr HP. *Nudité et pudeur: le mythe du processus de civilisation*. Paris, France: Édition de la Maison des sciences de l'homme, 1998, 472 p.
20. Bologne J-C. *Pudeurs féminines: voilées, dévoilées, révélées*. Paris: Éditions du Seuil, 2010, 391 p.
21. Guillaume G. *Place de la pudeur physique lors de l'examen clinique en médecine générale. Étude qualitative*. Thèse de doctorat. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, 2012, 197 p.
22. Byl S. *Hippocrate: De la médecine magique et religieuse à la médecine relationnelle*. L'Harmattan, 2011, 322 p.
23. Brancher MD. Les ambiguïtés de la pudeur dans le discours médical (1570-1620). *Cahiers de l'Association internationale des études françaises*. 2003, n°55, 275-297.
24. Gélis J. Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux XVIIe et XVIIIe siècles. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 1977, vol. 32, n°(5): 927-957.
25. Arnaud-Lesot S. *Pudeur et pratique médicale: aspects relationnels de l'examen gynécologique et obstétrical au XIXe siècle en France*. Thèse de doctorat. École pratique des hautes études. Section des sciences historiques et philologiques, 2007, 457 p.
26. Py B. *Le sexe et le droit*. Que sais-je ?, 1999, 127 p.
27. Talvat E. *La pudeur en milieu hospitalier* [En ligne]. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État d'infirmier. Tours, 2005. <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsitfe/memoires-2005.html>
28. Rouméas M-A. *A l'écoute du corps et de la parole des femmes: la pratique quotidienne d'une gynécologue*. Yves Michel, 2006, 223 p.
29. Haute Autorité de Santé. *Manuel de certification V2010 révisé 2011* [En ligne]. [Référence du 25 mars 2013]. 2011. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011
30. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Charte du patient hospitalisé*. [Internet]. [Référence du 4 avril 2013]. <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html>
31. Guyard L. *La médicalisation contemporaine du corps féminin: le cas de la consultation gynécologique*. Thèse de doctorat. Université Paris X Nanterre, 2008, 324 p.

32. Danguin M. *Naissance et pudeur : accompagner et respecter*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme. Université de Bourgogne, 2005, 82 p.
33. Wagener V. *La pudeur en salle de naissance*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme. Versailles - Saint Quentin en Yvelines, 2011, 74 p.
34. Millet A. *Pudeur en salle de naissance : la vision des femmes, des personnes accompagnantes et du personnel médical : étude prospective réalisée au CHU de Poitiers du 14 mai au 1er juillet 2007*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme. Université de Poitiers, 2008, 76 p.
35. Bouyer M. *Pudeur et maternité*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme. Université de Bordeaux II, 2005, 59 p.

Annexes

Annexe I : Questionnaire sages-femmes

La pudeur aux urgences : quelle prise en charge ?

Questionnaire sages-femmes

Actuellement étudiante en dernière année à l'école de sage-femme de Baudelocque, je sollicite votre aide pour réaliser mon mémoire de fin d'études sur la gestion de la pudeur aux urgences obstétricales de la maternité Port-Royal.

Ce questionnaire sera traité de façon anonyme.

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à répondre à ce questionnaire.

Agnès VIDAL

1. Quel âge avez-vous ?

- Moins de 20 ans
- Entre 20 et 29 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Plus de 40 ans

2. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

3. Avez-vous des enfants ?

- Non
- 1
- 2
- 3 ou plus

4. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ? _____

moins de 5 ans	entre 5 et 9 ans	entre 10 et 19 ans	20 ans et plus
-------------------	---------------------	-----------------------	-------------------

5. Depuis combien de temps exercez-vous :

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - à l'hôpital ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - aux urgences obstétricales de Port-Royal ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Citez 3 mots qui vous viennent à l'esprit à propos de la pudeur

7. Pensez-vous être une personne pudique ?

- Très pudique
- Pudique
- Peu pudique
- Pas pudique

8. Selon vous, par quoi la pudeur des femmes est-elle façonnée ? (plusieurs réponses possibles)

- L'éducation
- Les croyances religieuses
- La culture
- L'environnement
- Autre : -----

9. Selon vous, comment se manifeste la pudeur des femmes lors des consultations ? (plusieurs réponses possibles)

- Elles hésitent à se déshabiller
- Elles redemandent ce qu'il faut qu'elles retirent
- Elles attendent le dernier moment pour se déshabiller
- Elles cherchent un endroit à l'abri des regards où se déshabiller
- Autre : -----

10. Selon vous, la pudeur d'une femme change-t-elle avec la grossesse ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

11. Pensez-vous que l'agencement du service vous permette de respecter au mieux la pudeur des patientes ?

- Oui
- Non

12. Que pensez-vous qu'il faudrait améliorer dans l'agencement du service ? (plusieurs réponses possibles)

- Rajouter un paravent
- Mettre des verrous aux portes
- Mieux orienter la table d'examen
- Mettre des stores aux fenêtres
- Autre : -----

13. Si vous n'avez pas les moyens matériels suffisants, quelle stratégie mettez-vous en place afin de laisser les patientes se déshabiller sans qu'elles se sentent observées ?

14. Selon vous, en général, la pudeur des femmes est-elle respectée
- | | | | | |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| - Dans le box des urgences obstétricales | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| - En salle de monitoring | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| - En salle de soins infirmiers | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| - En salle d'attente | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| - Dans le service en général | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
15. Adaptez-vous votre attitude d'une patiente à l'autre ?
- Oui Non
16. Pensez-vous que l'on fini par s'habituer à la nudité des patientes ?
- Oui Non
17. Si oui, l'habitude permet-elle :
- une meilleure prise en charge
 une moins bonne prise en charge
 cela n'a pas d'influence sur la prise en charge
18. Pensez-vous que certaines patientes sont réticentes à montrer leur corps pendant la consultation ?
- Oui, toutes
 La plupart
 Quelques unes
 Aucune
19. Si oui, quelle(s) partie(s) du corps ont-elles plus de difficultés à dévoiler ? (plusieurs réponses possibles)
- Le visage
 La poitrine
 Le ventre
 Le pubis
 Les jambes
 Autre(s) :
20. Rencontrez-vous des femmes réticentes par pudeur à l'examen gynécologique?
- Souvent
 Parfois
 Rarement
 Jamais
21. Si oui, comment réagissez-vous face à la patiente ? (plusieurs réponses possibles)
- Je lui explique l'intérêt de l'examen
 Je lui explique le déroulement de l'examen
 Je n'insiste pas
 Je le remets à plus tard
 Je réalise quand même l'examen
 Autre(s) :
22. De façon globale, pensez-vous respecter la pudeur des patientes ?
- Oui Non

23. Qu'aimeriez-vous améliorer dans votre prise en charge ?

24. Pour quelles raisons ne pouvez-vous pas le mettre en pratique ?

25. Arrive-t-il que quelqu'un entre dans le box pendant une consultation ?

- Souvent
- Quelques fois
- Rarement
- Jamais

26. Les éventuels accompagnants entrent-ils dans la salle de monitoring quand d'autres patientes sont déjà installées ?

- Oui
- Non
- Autre : -----

27. Concernant vos pratiques professionnelles

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Vous expliquez un geste avant de l'effectuer				
Vous fermez la porte du box				
Vous demandez à la personne accompagnante son identité				
Vous demandez à la patiente si elle veut que l'accompagnant sorte pour un examen				
Il vous arrive de rentrer dans un box alors qu'il est occupé				

28. Le sujet de la pudeur a-t-il déjà été abordé lors d'une formation à laquelle vous avez assisté ou lors de vos études ?

- Oui
- Non
- Ne sais plus
- Autre : -----

29. Auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ou davantage approfondi ?

Oui

Non

Le questionnaire est à présent terminé. Je vous remercie pour votre participation. Je reste à votre disposition pour toutes remarques concernant cette étude.

Agnès Vidal

agnes.vidal@yahoo.fr

Annexe II : Questionnaire patientes

La pudeur aux urgences : quelle prise en charge ?

Questionnaire patientes

Actuellement étudiante en dernière année à l'école de sage-femme de Baudelocque, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la gestion de la pudeur aux urgences obstétricales de la maternité Port-Royal. C'est pourquoi, je sollicite votre aide pour réaliser cette étude.

Ce questionnaire vous prendra environ 10 minutes et sera traité de façon anonyme.

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à répondre à ce questionnaire.

Agnès VIDAL

Généralités

1. Quel âge avez-vous ?

- Moins de 20 ans
- Entre 20 et 29 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Plus de 40 ans

2. Avez-vous déjà accouché ?

- Non
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois ou plus

3. De quelle origine êtes-vous ?

4. Avez-vous des convictions religieuses ? Si oui, pouvez-vous préciser lesquelles ?

5. Citez 3 mots qui vous viennent à l'esprit à propos de la pudeur

6. En dehors de la grossesse, vous vous considérez comme une personne :

- Très pudique
- Pudique
- Peu pudique
- Pas pudique

7. Enceinte, vous vous sentez :

- Très pudique
- Pudique
- Peu pudique
- Pas pudique

Pour quelle(s) raison(s) ?

8. L'image que vous aviez de votre corps avant la grossesse vous plaisait-elle ?

- Oui, plutôt
- Non, pas trop

9. Et depuis la grossesse ?

- Oui, plutôt
- Non, pas trop

10. Si cette image était différente, vous habilleriez-vous de la même façon ?

- Oui
- Non

11. Est-ce que votre pudeur est différente au cours de cette grossesse par rapport à la/aux précédente(s) ?

- Oui, augmentée
- Oui, diminuée
- Non

12. Préférez-vous être examinée par une sage-femme ou un médecin ?

- Une sage-femme
- Un médecin
- Indifféremment par l'un ou l'autre

13. Lorsqu'il s'agit d'une sage-femme, l'exposition de votre intimité vous rend :

- Moins gênée
- Plus gênée
- Sans avis

14. Si plus ou moins gênée, cela est dû : (plusieurs réponses possibles)

- Au rôle de la sage-femme
- Au statut médical de la sage-femme
- Au fait que les sages-femmes sont plus souvent des femmes que les médecins
- Autre(s) raison(s) : -----

La consultation aux urgences

15. En consultation aux urgences, avez-vous trouvé

- Un espace où vous déshabiller à l'abri des regards Oui Non
- Une séparation entre le bureau et la table d'examen (paravent,...) Oui Non
- Si non, cela vous a-t-il manqué ? Oui Non

16. Êtes-vous réticentes à montrer votre corps pendant la consultation ?

- Oui
- Non
- Parfois
- Autres : _____

17. Si oui, quelle(s) partie(s) du corps avez-vous le plus de difficultés à dévoiler ?

- Le visage
- La poitrine
- Le ventre
- Le pubis
- Les jambes
- Autres : _____

18. Avez-vous trouvé que les sages-femmes prenaient en compte votre pudeur ?

- Oui Non

Si oui, par quel(s) moyen(s) ?

19. La personne qui vous a pris en charge s'est-elle présentée en qualité de sage-femme ?

- Oui Non

20. Y avait-il des élèves ou des étudiants ?

- Oui Non

21. Vous a-t-on demandé votre accord pour qu'ils assistent à la consultation ?

- Oui Non

22. Leur présence vous a-t-elle gênée ?

- Oui Non

23. a) La sage-femme vous a-t-elle demandé si vous souhaitiez que l'accompagnant sorte pendant l'examen ?
- Oui Non
- b) Si non, auriez-vous aimé que cela vous soit proposé ?
- Oui Non
24. Par rapport à votre suivi en consultation, avez-vous trouvé que les sages-femmes aux urgences étaient :
- Plus soucieuse du respect de votre pudeur
 Moins soucieuse du respect de votre pudeur
 Aussi soucieuse du respect de votre pudeur
25. Y a-t-il des gestes, des réflexions ou des attitudes des sages-femmes qui vous ont choqués ou gênés ?
- Oui Non

Si oui, lesquels ?

26. Pensez vous que votre sentiment de pudeur est diminué selon que la sage-femme est une femme plutôt qu'un homme ?
- Oui Non
27. Pensez-vous que l'organisation du service permette de respecter au mieux votre pudeur ?
- Oui Non

Si non, que pensez-vous qu'il faudrait améliorer ?

Le questionnaire est à présent terminé. Je vous remercie pour votre participation. Je reste à votre disposition pour toutes remarques concernant cette étude.

Agnès Vidal
agnes.vidal@yahoo.fr

Annexe III : Caractéristiques sociologiques des populations étudiées

	Sages-femmes N=38	Patientes N=86	Test de Fisher
Âge			
Entre 20 et 29 ans	18 (45%)	22 (26%)	p = 0,031
Entre 30 et 39 ans	18 (50%)	61 (71%)	
Plus de 40 ans	2 (5%)	3 (3%)	
Parité			
0	26 (68%)	47 (55%)	p = 0,227
1	6 (16%)	24 (28%)	
2	3 (8%)	12 (14%)	
3 ou plus	3 (8%)	3 (3%)	

Annexe IV : Parties du corps difficiles à dévoiler en consultation

	Sages-femmes N=69	Patientes N=50	Test de Fisher
Parties du corps			
La poitrine	20 (50%)	6 (16%)	p = 0,104
Le ventre	5 (13%)	5 (14%)	
Le pubis	36 (95%)	29 (78%)	
Les jambes	3 (8%)	7 (19%)	
Autres	4 (11%)	3 (8%)	

Les questions étant à choix multiple, les effectifs totaux représentent le nombre total d'items cochés dans la population de sages-femmes et dans celle de patientes.

Annexe V : Charte des bonnes pratiques

Avril 2014

Charte de bonne conduite

Afin de respecter au maximum les patientes, il est important de:

Se présenter

Fermer les portes, même pour un monitoring

Frapper aux portes

Ne pas entrer dans une salle d'examen occupée

Demander l'autorisation de la patiente pour la présence d'un étudiant, avant de pratiquer un examen, et expliquer ce dernier avant sa réalisation

S'enquérir du souhait de la patiente quant à la présence de l'accompagnant lors de l'examen clinique

Couvrir les patientes lors du monitoring

Ce document s'adresse à tous les professionnels de santé, étudiants ou en poste, travaillant dans le service des urgences obstétricales.

La pudeur aux urgences obstétricales

Évaluation des pratiques professionnelles à Port-Royal

Depuis 2004, en moyenne un étudiant sage-femme par an traite du sujet de la pudeur dans son mémoire de fin d'études. Malgré cette préoccupation, les pratiques ne semblent pas évoluer. Nous avons cherché à savoir quelle place les sages-femmes de la maternité de Port-Royal accordaient au respect de la pudeur des femmes consultant aux urgences obstétricales.

Nous avons réalisé une enquête prospective qualitative sur la base du volontariat auprès de patientes consultant aux urgences obstétricales pour des urgences relatives, et de sages-femmes y travaillant. Notre étude s'est déroulée du 31 octobre au 21 décembre 2013. Elle recensait 86 patientes et 38 sages-femmes.

Notre étude a mis en lumière la place importante que les sages-femmes de Port-Royal accordent au respect de la pudeur des femmes consultant aux urgences obstétricales. Même si les patientes sont globalement satisfaites de la prise en charge, les sages-femmes se disent limitées essentiellement par le manque de temps, le manque de matériel, et des locaux inadaptés.

Mots-clés : pudeur, service des urgences médicales, obstétrique, profession de sage-femme, image du corps, évaluation des pratiques professionnelles

Modesty in emergency obstetric care services

Evaluation of professional practices in Port-Royal

Since 2004, approximately one student each year write about modesty in his Master Thesis to become a midwife. Despite this concern, practices do not seem to improve. We wanted to know how important the respect of patients' modesty was for the midwives of the emergency obstetric care service of Port-Royal.

We did a prospective qualitative research, using volunteering patients consulting in the obstetric care service and midwives working there.

Our study took place between October, 31 to December, 21, 2013. 86 patients and 38 midwives were selected.

It has been found that the respect of patients' modesty was a real concern for the midwives working there. Despite the fact that patients are globally satisfied of the medical care, midwives think there limited essentially by the lack of time, of material, and by inadequate management of the structure.

Keywords : modesty, emergency medical services, obstetrics, midwifery, body image, formative assessment