

Respect de la pudeur de la patiente en salle d'accouchement à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble par le personnel hospitalier

Chloé Salvaggio

▶ **To cite this version:**

Chloé Salvaggio. Respect de la pudeur de la patiente en salle d'accouchement à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble par le personnel hospitalier. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01176516

HAL Id: dumas-01176516

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01176516

Submitted on 15 Jul 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

Université
Joseph Fourier
GRENOBLE
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

Respect de la pudeur de la patiente en salle d'accouchement à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble par le personnel hospitalier

Mémoire soutenu le : 10 Juin 2015

Par SALVAGGIO Chloé

Née le 18 Mai 1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2015

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

Respect de la pudeur de la patiente en salle d'accouchement à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble par le personnel hospitalier

Mémoire soutenu le : 10 Juin 2015

Par SALVAGGIO Chloé

Née le 18 Mai 1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année 2015

Remerciements

Je remercie les membres du jury :

Madame Nadine VASSORT,

Sage-femme Enseignante Département de maïeutique UFR médecine Grenoble, Présidente du Jury ;

Madame le Pr Pascale HOFFMANN,

PU PH HCE CHU de Grenoble, Co-Présidente du Jury;

Madame Chantal SEGUIN,

Directrice Département de maïeutique, UFR médecine Grenoble ;

Madame Chrystèle CHAVATTE,

Sage-femme Cadre Enseignante à l'école de Sage-femme de Grenoble, Guidante de ce mémoire ;

Monsieur Pierre CARQUILLAT,

Sage-femme Enseignant HES Genève.

Je remercie plus particulièrement :

Madame Marianne JEANNIN,

Sage-femme Cadre de la salle d'accouchement de l'HCE de Grenoble, Directrice de ce mémoire,

Pour le temps consacré à l'élaboration de ce mémoire et ses précieux conseils ;

Madame Chrystèle CHAVATTE,

Sage-femme Cadre Enseignante à l'école de Sage-femme de Grenoble, Guidante de ce mémoire,

Pour sa disponibilité, ses conseils et son investissement dans la réalisation de ce mémoire ;

L'ensemble du personnel hospitalier du CHU de Grenoble,

Pour leur accueil et leur participation à cette étude ;

Je remercie également :

Camille CHARUN,

Pour son aide précieuse tout au long de ce travail ;

Ma famille et mes proches,

Pour leur soutien au cours de ces cinq années d'études ;

Robin,

Pour son soutien sans faille et sa patience.

Table des matières

ABREVIATIONS **1**

INTRODUCTION **2**

1 MATERIEL ET METHODE **5**

1.1 Type d'étude 5

1.2 Site d'étude 5

1.3 Population 5

1.4 Recueil de données 6

1.5 Critères de jugements 7

1.6 Nombre de sujets nécessaire 8

1.7 Traitement des données et analyses statistiques 8

2 RESULTATS **10**

2.1 Caractéristiques de la population 11

2.1.1 Caractéristiques du personnel hospitalier observé 11

2.1.2 Caractéristiques des patientes prises en charge par le personnel hospitalier 12

2.2 Description du respect de la pudeur de la patiente pendant la phase active du travail en salle d'accouchement 14

2.3 Comparaison du respect de la pudeur entre une situation urgente versus non urgente ... 15

3 DISCUSSION **17**

3.1 Biais et limites de l'étude 17

3.2 Discussion des résultats 19

3.2.1 Caractéristiques de la population 19

3.2.2 Caractéristiques d'observation du respect de la pudeur 20

3.2.3 Objectifs et perspectives d'amélioration 26

4 CONCLUSION **28**

5 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES **30**

ANNEXE 1 ..... **31**

ANNEXE 2 ..... **32**

ANNEXE 3 ..... **33**

RESUME **34**

ABRÉVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

APD : Analgésie Péridurale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DMO : Dossier Médical-Obstétrical

HCE : Hôpital Couple-Enfant

SA : Semaine d'Aménorrhée

TV : Toucher Vaginal

INTRODUCTION

La salle d'accouchement fait partie d'un des lieux où le respect de la pudeur des femmes peut être remis en question. A commencer par le simple fait que dans de nombreux hôpitaux, dès son arrivée, la patiente est conduite dans une pièce où elle doit se dévêtir devant des personnes inconnues, afin de remplacer sa tenue par une chemise d'hôpital [1, 2, 3]. A cela, nous pouvons ajouter la répétition des examens gynécologiques réalisés par les médecins, sages-femmes et étudiants. Durant la phase active du travail, il est recommandé de réaliser un examen gynécologique par heure [4]. Celui-ci consiste entre-autre à réaliser un toucher vaginal afin d'apprécier l'évolution du travail. En tant que professionnel de santé, il peut nous arriver de banaliser ce geste, utilisé uniquement comme outil diagnostic, et en oublier la connotation sexuelle [5, 6]. Cependant, cela n'est pas anodin pour les patientes, ainsi que pour le conjoint si il est présent au moment de l'examen. Il en est de même pour la position gynécologique. Ainsi, en salle d'accouchement, il est fréquent de se retrouver face à des situations gênantes pour les patientes où leur nudité est exposée sans que l'on se souci de leur pudeur. C'est un sujet tabou rarement évoqué par le personnel hospitalier avec les patientes. D'ailleurs, comme l'explique M. Danguin dans son mémoire, lors de leur arrivée à la maternité, les femmes enfouissent leur pudeur sous d'autres priorités - les soins - pour la santé de leur enfant [7]. Cependant, elle n'a pas disparu.

La pudeur se définie par « la disposition à éprouver de la gêne devant ce qui peut blesser la décence, devant l'évocation de choses très personnelles et, en particulier, l'évocation de choses sexuelles. C'est une discrétion, retenue qui empêche de dire ou de faire quelque chose qui peut blesser la modestie, la délicatesse » [8]. Elle désigne un « sentiment de gêne, de honte que l'on

éprouve à l'idée de faire, d'envisager ou d'être témoin de choses que l'on juge honteuses, souvent de nature sexuelle » [9]. Il y a donc deux distinctions : la pudeur corporelle et sexuelle et, la pudeur des sentiments [10, 11].

D' après le code de déontologie des sages-femmes, « la sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine (Article R4127-302) […]. La sage-femme doit prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude correcte et attentive envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci (Article R4127-327) [12].
Nous pouvons également relever dans la charte de la personne hospitalisée : « 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, […] et, plus généralement, à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards » [13].

Dans la littérature, nous avons relevé plusieurs études traitant du ressenti de la patiente au cours de sa grossesse et de son accouchement. Dans le mémoire Place de la pudeur pendant la maternité réalisé par Tiphaine Tabouy, nous observons que 90,2% des patientes se disent pudiques et 41,1% des patientes sont gênées pendant le toucher vaginal [14]. Aussi, une étude menée par A. Millet rapporte que « lorsque la porte n'est pas fermée, 69,7% des femmes estiment que leur pudeur a été dérangée […]. En moyenne, pour une même femme l'examen vaginal *(ndlr : au cours de la surveillance du travail)* est réalisé par 3,1 ± 1,56 personnes, et 37,4% d'entre elles trouvent ce nombre trop important » [15].

Cependant, nous n'avons trouvé aucune étude permettant d'évaluer les actes effectués en salle de naissance pouvant toucher à l'intimité des patientes ni d'échelle de mesure du respect de

la pudeur validée scientifiquement. Qu'en est-il de la pudeur aujourd'hui dans les salles d'accouchement ? L'objectif principal de ce travail était de décrire de manière quantitative le respect de la pudeur de la patiente pendant la phase active du travail en salle d'accouchement. L'objectif secondaire était de comparer le respect de la pudeur entre une situation urgente versus non urgente.

1 Matériel et méthode

1.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale mono-centrique de type audit de pratique.

1.2 Site d'étude

Cette étude a été réalisée en salle d'accouchement à l'Hôpital Couple Enfant (HCE) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble du 4 Septembre au 28 Octobre 2014.

1.3 Population

Était éligible tout le personnel hospitalier entrant dans la salle d'accouchement de la patiente durant le temps d'observation.

Étaient exclus les refus de participation du personnel hospitalier.

Nous avons classé la population en plusieurs catégories professionnelles : les auxiliaires de puériculture ; les agents de service hospitalier ; les étudiants (cela comprend les étudiants sages-femmes, les étudiants infirmiers et les externes en médecine) ; les infirmières (regroupées en infirmières anesthésistes diplômées d'Etat et infirmières de bloc opératoire diplômées d'Etat) ; les médecins gynécologues-obstétriciens (nous avons regroupé les séniors avec les internes) ; les médecins anesthésistes-réanimateurs (nous avons regroupé les séniors avec les internes) ; les pédiatres (nous avons regroupé les séniors avec les internes) ; les sages-femmes.

1.4 Recueil de données

Les données ont été recueillies de façon prospective, au moyen d'une grille de recueil standardisée (annexe 2) testée au préalable sur une observation (annexe 1) ainsi qu'à partir du Dossier Médical-Obstétrical (DMO) du logiciel cristal link (annexe 3). La grille de recueil a été élaborée à l'aide de La place de la pudeur pendant la maternité [6] et La pudeur en salle de naissance: ressenti des femmes, des personnes accompagnantes et du personnel médical [7].

Ce recueil a été réalisé par un observateur, pendant deux heures durant la phase active du travail en salle d'accouchement. L'observation de la patiente pendant toute la durée de la phase active du travail n'était pas réalisable. En effet, il aurait fallu que l'observateur soit présent dès son admission en salle d'accouchement et ce, pour une durée indéterminée, sans évoquer les patientes se présentant aux urgences obstétricales avec un travail bien avancé. Nous avons donc fixé dans un premier temps, cette durée à trois heures. Elle avait été choisie ainsi car nous voulions observer le maximum d'examens gynécologiques réalisés durant la phase active du travail sans que la durée d'observation ne soit trop longue et donc que les patientes accouchent avant que le recueil de données ne soit terminé. Une première observation avait été réalisée afin de tester la validité de la grille d'observation, nous menant ainsi à la modifier (annexe 1). Ensuite, après avoir réalisé onze recueils de données, nous avons diminué la durée des observations à deux heures car parmi les onze observations, quatre accouchements ont eu lieu avant que les trois heures ne se soient écoulées. Par ailleurs, une patiente a refusé de participer à l'étude objectant que la durée de l'observation était trop importante.

Les professionnels de santé n'étaient pas informés du thème de cette étude. Il leur a été précisé que l'observateur serait là pour observer une patiente en phase active du travail. Les patientes

étaient informées de l'objet et de la durée de sa présence. Pendant toute la durée du recueil de données, l'observateur ne devait participer à aucun soin, ni action thérapeutique auprès de la patiente, afin de ne pas altérer l'observation et le recueil de données.

1.5 Critères de jugements

Les critères de jugement principaux étaient les moyennes :

- du nombre de fois où un professionnel **frappe à la porte** avant d'entrer par patiente ;
- du **nombre d'ouverture de la porte** de la salle d'accouchement par patiente ;
- du **temps d'ouverture de la porte** de la salle d'accouchement (en moyenne par ouverture de porte) ;
- du **nombre de personnes présentes** dans la salle durant les examens gynécologiques (en ne tenant compte que du personnel hospitalier et en excluant la présence de l'observateur) (en moyenne par examen) ;
- du **nombre de touchers vaginaux** (TV) par patiente sur le temps d'observation ;
- du nombre de **professionnels ayant effectué les TV** sur le temps d'observation (en moyenne par patiente) ;
- du **temps en seconde durant lequel la patiente est dévêtue** (moyenne par patiente).

Nous avons considéré que la patiente était dévêtue à partir du moment où ses organes génitaux externes étaient visibles par d'autres personnes que l'examinateur.

Les critères de jugements secondaires étaient l'observation des critères de jugement principaux durant des situations d'urgences (pathologie funiculaire ; anomalie du rythme cardiaque fœtal

(ARCF) soit « variabilité minime (≤ 5 bpm) ou absente inexpliquée plus de 60 à 90 minutes ; rythme sinusoïdal vrai de plus de 10 minutes (rare) ; ralentissements tardifs répétés ou ralentissements prolongés répétés ou ralentissements variables répétés et accélérations absentes ; ralentissements tardifs répétés ou ralentissements prolongés répétés ou ralentissements variables répétés et variabilité minime (≤ 5 bpm) ; bradycardie persistante et variabilité absente ; bradycardie sévère subite (< 90 bpm) ; tachycardie progressive, variabilité minime, perte des accélérations, puis ralentissements (séquence de Hon) ; ralentissements tardifs répétés et variabilité absente ; ralentissements variables répétés et variabilité absente ; ralentissements prolongés répétés et variabilité absente »; ARCF avec surveillance de seconde ligne impossible ou pathologique ; hypertonie utérine ne cédant pas ; hypoxie maternelle, embolie amniotique ; décollement placentaire ; crise éclamptique ; hématome rétro-placentaire ; suspicion de rupture utérine ; présentation dystocique en cours de travail ; dystocie dynamique ; échec d'une épreuve du travail)**.**

1.6 Nombre de sujets nécessaire

Dans le cadre d'un audit de ce type un seuil de 30 observations est généralement accepté. L'étude s'intéressait à un unique service et plusieurs situations. Nous avons donc pour objectif de réaliser 30 observations.

1.7 Traitement des données et analyses statistiques

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel StatView. Les variables qualitatives ont été décrites par des effectifs et des pourcentages, les variables quantitatives par

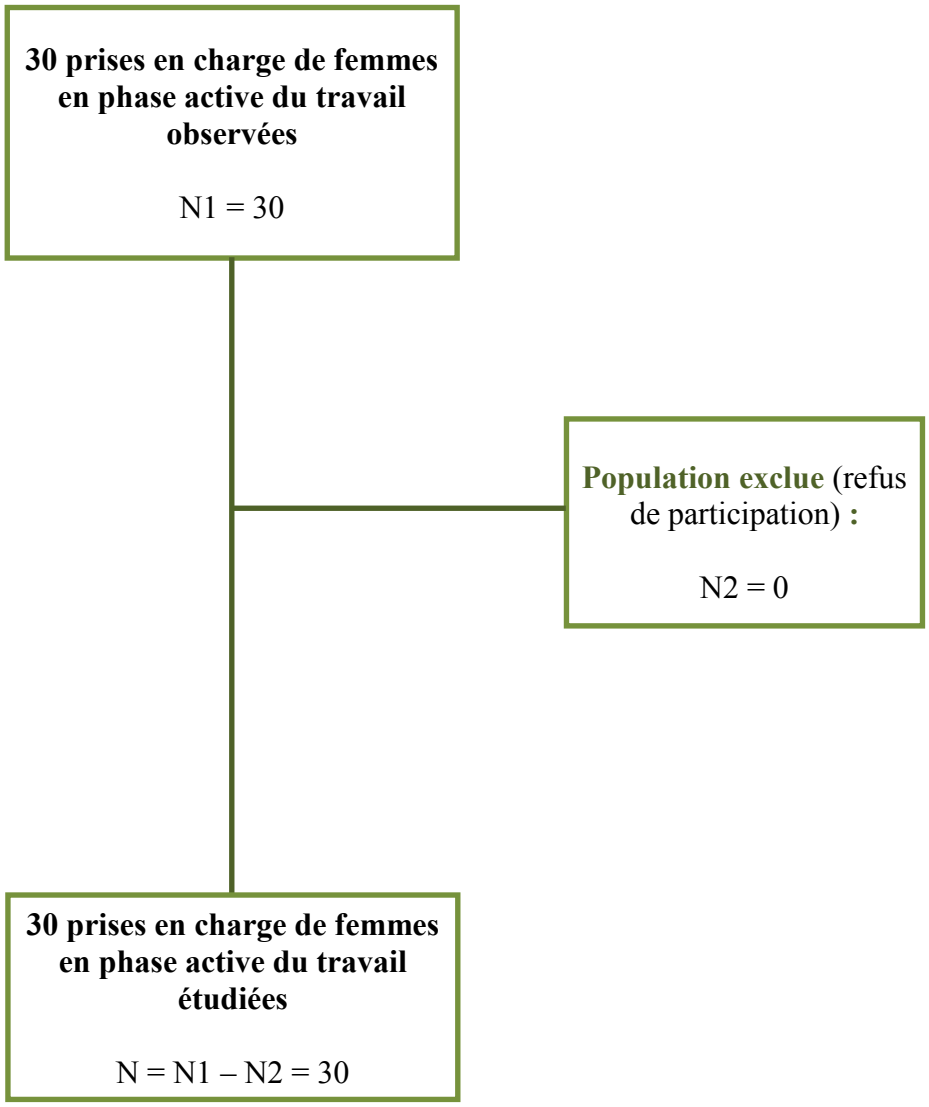
des moyennes et des écarts types.

Pour comparer les caractéristiques des observations entre les deux situations (urgence versus non urgence), nous avons utilisé le test de Student pour les moyennes car les effectifs étaient inférieurs à 30. Le seuil de signification statistique a été fixé à 0,05 (5%).

2 Résultats

La population de notre étude a été déterminée selon le schéma présenté dans la *Figure n°1*.

<u>Figure n°1</u> : Diagramme d'inclusion du personnel hospitalier observé



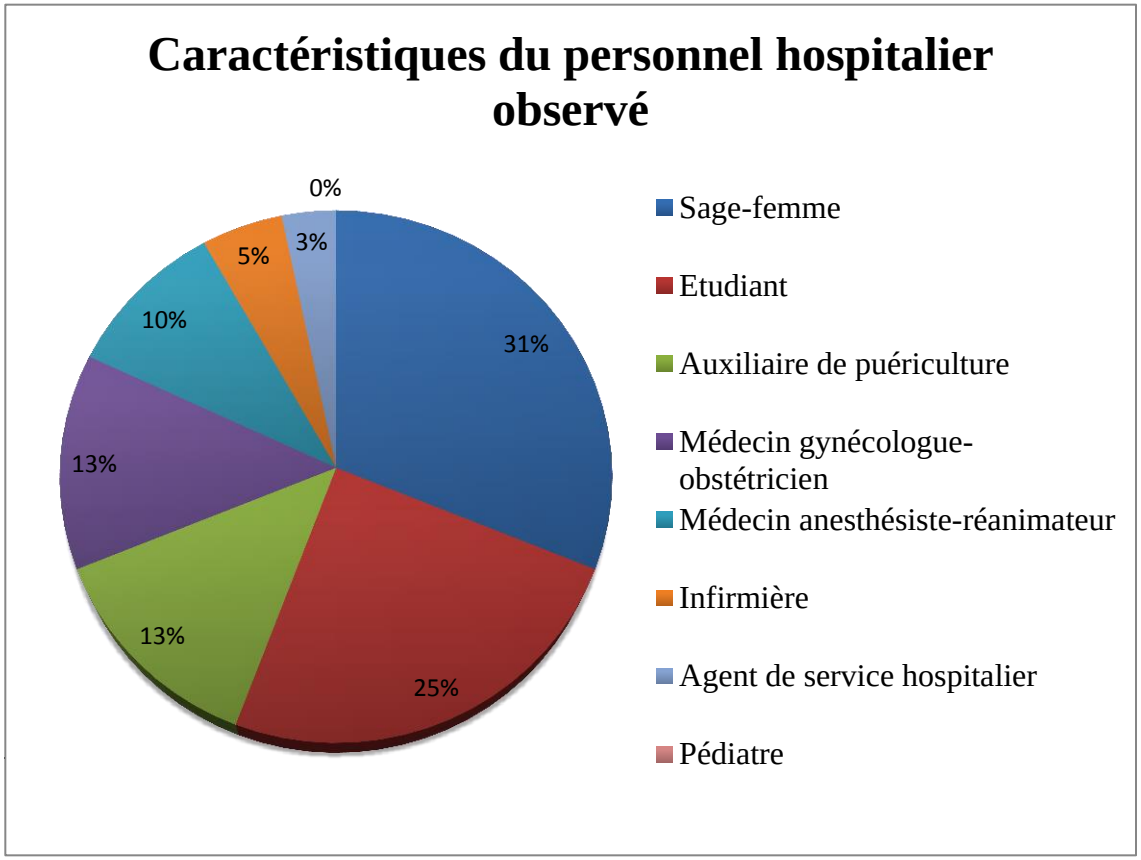
2.1 Caractéristiques de la population

2.1.1 Caractéristiques du personnel hospitalier observé

Tableau n°1 : caractéristiques du personnel hospitalier observé

	n = 61[1]
Auxiliaire de puériculture (effectif, %)	8 (13)
Agent de service hospitalier (effectif, %)	2 (3)
Étudiant (effectif, %)	15 (25)
Infirmière (effectif, %)	3 (5)
Médecin gynécologue-obstétricien (effectif, %)	8 (13)
Médecin anesthésiste-réanimateur (effectif, %)	6 (10)
Pédiatre (effectif, %)	0 (0)
Sage-femme (effectif, %)	19 (31)

Figure n°2 :



[1] Il a été observé 61 personnes différentes.

2.1.2 Caractéristiques des patientes prises en charge par le personnel hospitalier

Tableau n°2 : Caractéristiques maternelles (N = 30)

	N = 30
Âge, en années (moyenne, écart-type)	31 (5,6)
Gestité (moyenne, écart-type)	2,1 (1,3)
Parité (moyenne, écart-type)	0,7 (1,1)
Nationalité (effectif, %)	
- Europe de l'Ouest	21 (70)
- Europe de l'Est	2 (7)
- Afrique centrale	2 (7)
- Maghreb	5 (16)
Personne accompagnante en salle de naissance :	
Oui (effectif, %)	24 (80)
Si oui, qualité de la personne accompagnante (effectif, %):	
- futur père	22 (92)
- mère	2 (8)
- autre	0 (0)

Tableau n°3: Caractéristiques de la grossesse

	N = 30
Âge gestationnel en semaine d'aménorrhée à l'entrée en salle de naissance (moyenne, écart-type):	39 (2)
• < 37 SA (effectif, %)	3 (10)
• > 37 SA (effectif, %)	27 (90)
Présentation (effectif, %):	
• Céphalique	29 (97)
• Podalique	1 (3)
Grossesse (effectif, %):	
• Simple	28 (93)
• Multiple	2 (7)

<u>Tableau n°4</u> : Caractéristiques du travail

	N = 30
Dilatation à l'entrée en salle d'accouchement en cm (moyenne, écart-type)	3 (1,2)
Durée de la phase active du travail en minute (moyenne, écart-type)	396 (210,4)
Mode de début de travail (effectif, %): - spontané - déclenchement : - syntocinon - propess	 20 (67) 10 (33) 7 (70) 3 (30)
Analgésie durant l'observation (effectif, %): - oui : - APD - rachianesthésie - autre	 28 (93) 28 (100) 0 (0) 0 (0)
Urgences fœtales durant l'observation (effectif, %)	6 (20)
Urgences maternelles durant l'observation (effectif, %)	0 (0)

2.2 Description du respect de la pudeur de la patiente pendant la phase active du travail en salle d'accouchement

<u>Tableau n°5</u> : caractéristiques d'observation du respect de la pudeur sur une période de deux heures

	N = 30
Ratio du nombre de fois où un professionnel **frappe à la porte** avant d'entrer par patiente sur le nombre d'entrées (moyenne, écart-type)	0,64 (0,22)
Nombre d'ouverture de la porte de la salle d'accouchement par patiente (moyenne, écart-type)	15,4 (6,7)
Temps d'ouverture de la porte de la salle d'accouchement par ouverture de porte en seconde (moyenne, écart-type)	10,8 (11,5)
Nombre de personnes présentes dans la salle durant les examens gynécologiques (en excluant ma présence) (moyenne, écart-type)	1,4 (0,6)
Nombre de TV par patiente sur le temps d'observation (moyenne, écart-type)	2,1 (1,3)
Nombre de professionnels ayant effectué les TV sur le temps d'observation par patiente (moyenne, écart-type)	1,4 (0,6)
Temps en seconde durant lequel la patiente est dévêtue par patiente (moyenne, écart-type)	391 (436)

2.3 Comparaison du respect de la pudeur entre une situation urgente versus non urgente

Tableau n°6 : comparaison du respect de la pudeur entre une situation urgente versus non urgente

	Groupe « situation urgente »	Groupe « situation non urgente »	P
Ratio du nombre de fois où un professionnel **frappe à la porte** avant d'entrer par patiente sur le nombre d'entrées (moyenne, écart-type)	0,61 (0,25)	0,65 (0,22)	0,70
Nombre d'ouverture de la porte de la salle d'accouchement par patiente (moyenne, écart-type)	18,5 (8,3)	14,6 (6,2)	0,21
Temps d'ouverture de la porte de la salle d'accouchement par ouverture de porte en seconde (moyenne, écart-type)	6,1 (3,5)	12,0 (12,6)	0,27
Nombre de personnes présentes dans la salle durant les examens gynécologiques (en excluant ma présence) (moyenne, écart-type)	2,0 (1,0)	1,3 (0,4)	**0,01**
Nombre de TV par patiente sur le temps d'observation (moyenne, écart-type)	3,2 (2,0)	1,8 (1,0)	**0,02**
Nombre de professionnels ayant effectué les TV sur le temps d'observation par patiente (moyenne, écart-type)	1,7 (0,8)	1,3 (0,6)	0,25
Temps en seconde durant lequel la patiente est dévêtue par patiente (moyenne, écart-type)	659 (750)	325 (308)	0,09

Il a été mis en évidence une différence statistiquement significative entre le nombre de personnes présentes dans la salle durant les examens gynécologiques dans le groupe « situation urgente » et celui dans le groupe « situation non urgente » ($p \leq 0,05$). La moyenne est plus élevée dans le groupe « situation urgente » (2,0) que dans le groupe « situation non urgente » (1,3). Il en

est de même pour le nombre de touchers vaginaux par patiente sur les deux heures d'observation où la moyenne est de 3,2 fois dans le groupe « situation urgente » et de 1,8 fois dans le groupe « situation non urgente » ($p \leq 0,05$).

Cependant, concernant les autres critères observés, il n'a pas été mis en évidence de différences statistiquement significatives entre les deux groupes.

3 Discussion

3.1 Biais et limites de l'étude

Le but de l'étude était de décrire le respect de la pudeur de la patiente pendant la phase active du travail en salle d'accouchement puis de comparer les données observées au cours et en dehors d'une situation urgente.

Tout d'abord, nous avons relevé un biais de sélection. En effet, les personnes analysées ne sont pas représentatives de la population générale. D'une part, l'étude a été menée dans une seule maternité et uniquement sur des accouchements par voie basse. Nous avions choisi un CHU afin de réaliser ce type d'étude car, du fait de la présence d'un nombre de personne plus important (notamment des étudiants) ainsi que de pathologies, c'est probablement un des lieux où le risque que la pudeur soit malmenée est le plus important. D'autre part, nous avons eu des difficultés à observer des contextes d'urgences car il était probablement gênant pour l'équipe obstétricale d'avoir un observateur passif en salle d'accouchement durant ceux-ci. En effet, il est possible que la sélection des cas eut été influencée par l'équipe obstétricale, orientant l'observateur plutôt vers des patientes ayant peu de risque de subir un contexte d'urgence. Il faut également souligner que le recueil de données a eu lieu en partie lors des vacances scolaires. De ce fait, dans la population observée, le nombre d'étudiant est abaissé par rapport à une autre période de l'année.

Aussi, cette étude a été menée par observation directe du personnel hospitalier en salle de naissance. Ce type d'étude est apparu comme le plus adapté pour notre recueil de données. Cependant, la présence d'un tiers observateur a certainement entrainé une modification des

pratiques habituelles des professionnels constituant ainsi un biais.

Ces deux biais ont été limités tout d'abord, par une sélection aléatoire des patientes à observer et donc aussi des professionnels de santé. Pour cela, l'observateur se rendait en salle d'accouchement et sélectionnait les patientes en fonction de l'avancement de leur travail. Celui-ci devait être, si possible, en début de phase active et, l'observateur demandait l'accord de la sage-femme responsable pour effectuer le recueil de données. De plus, nous avons défini de façon précise les critères à observer ainsi que le contexte d'urgence. Enfin, l'objet de l'étude n'a pas été divulgué.

Ensuite, nous avons relevé un biais de mesure. En effet, la durée des observations était de deux heures et n'englobait pas la durée totale de la phase active du travail. De ce fait, il est possible que les données recueillies ne soient pas représentatives de la réalité. Cependant, d'après l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) « La taille de l'échantillon considérée comme suffisante pour des séries homogènes est habituellement de 30 à 50 pratiques par unité de soins » [16]. Nous avons donc limité ce biais en réalisant des recueils de données sur un échantillon de population suffisamment grand. De plus, du fait de la répartition statistiquement homogène des examens gynécologiques dans le temps, il nous a été possible de considérer que les résultats par unité de temps d'une observation ne dépendent pas de la durée totale de celle-ci. Ainsi, il n'était pas nécessaire d'observer la patiente pendant toute la durée de la phase active du travail.

Enfin, il faut souligner que pour six observations, la durée d'observation a été inférieure à deux heures. En effet, en moyenne, nous relevons dans notre étude que les femmes ont un travail de

396 minutes mais, au vu de l'écart type important (210,4), certaines femmes ont eu une durée de phase active du travail inférieure à ce que nous avions prévu. Dans ces cas-là, l'observation a compté comme une observation complète.

3.2 Discussion des résultats

3.2.1 Caractéristiques de la population

Les patientes observées ont en moyenne 31 ans. Dans l'enquête périnatale de 2010, nous relevons une moyenne d'âge de 29,7 ans [17]. La gestité est de 2,1 et la parité de 0,7 en moyenne. Pour la majorité, elles sont issues de l'Europe de l'Ouest (70%) et sont accompagnées par une personne en salle de naissance (80%), le plus souvent par le futur père (92%). Il aurait été intéressant d'avoir un échantillon de population de plus grande taille pour que cela soit représentatif de la population générale.

Concernant le personnel hospitalier, il a été observé au total 61 personnes différentes. En majorité des sages-femmes (31%) et des étudiants (25%). Ensuite venaient les auxiliaires de puériculture et les médecins gynécologues-obstétriciens (13%) puis, les médecins anesthésistes-réanimateurs (10%), les infirmières (5%) et, les agents de service hospitalier (3%). Nous n'avons pas observé de pédiatre. Il est important de souligner que certaines personnes ont été observées plusieurs fois et d'autres, présentes en salle d'accouchement durant la période d'observation ne l'ont pas été. Aussi, selon la catégorie professionnelle, il est possible que la pudeur soit respectée de façon différente car, selon les actes réalisés, elle peut être plus ou moins exposée. En effet, une auxiliaire de puériculture, un agent de service hospitalier ou encore une infirmière ne sera jamais amenée à réaliser un examen gynécologique. De ce fait, il aurait pu être intéressant de réaliser des

observations en sélectionnant des critères applicables par toutes les personnes présentes en salle d'accouchement. Par exemple, parmi les critères utilisés dans ce mémoire, nous aurions pu enlever tous ce qui est de l'ordre de l'examen gynécologique.

3.2.2 Caractéristiques d'observation du respect de la pudeur

Tout d'abord, nous avons pu observer en moyenne que dans 64% des cas, le personnel hospitalier présent en salle d'accouchement durant les observations frappait à la porte avant d'entrer dans la salle. Nous pouvons comparer ce résultat à celui retrouvé dans le mémoire réalisé par T. Tabouy, montrant que d'après 44,8% des femmes, on ne frappait pas avant d'entrer dans la salle [14]. La discordance entre ces deux résultats peut s'expliquer d'une part, par le fait que l'étude menée par T. Tabouy décrit le ressentie des patientes. De ce fait, il est possible qu'il suffise d'une seule fois où un professionnel de santé ne frappe pas à la porte avant d'entrer pour que la patiente ait l'impression que l'on n'ait pas frappé à la porte avant d'entrer. Cette impression peut être d'autant plus importante si cela a lieu durant un examen gynécologique : instant particulier où l'intimité de la femme est dévoilée. D'autre part, il faut souligner que ces deux études n'ont pas été réalisées dans le même centre hospitalier et donc, qu'il est possible que l'attitude du personnel soignant entre ces deux établissements diffère. Cependant, il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre les deux groupes (« situation urgente » versus « situation non-urgente ») ($p = 0,70$) bien que l'on frappe plus souvent à la porte avant d'entrer en dehors d'une situation urgente (65% versus 61 %). Il aurait probablement fallu un échantillon de plus grande taille pour mettre en évidence une différence statistiquement significative.

Ensuite, sur une période de deux heures, la porte de la salle d'accouchement a été ouverte en

moyenne 15,4 fois par patiente. Ce chiffre peut paraître élevé mais, en réalité, il représente trois à quatre « entrée/sortie » par patiente et par heure. Là aussi, que l'on soit dans une situation urgente ou non, il n'a également pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre ces deux groupes ($p = 0,21$) même si la porte de la salle d'accouchement est ouverte plus fréquemment lors d'une situation urgente (18,5 versus 14,6 en moyenne).

Dans l'étude menée par A. Millet et al., nous pouvons relever que « 20% des couples répondent que la porte de la salle de naissance a « toujours » été fermée durant le travail alors que 38,2% du personnel médical estime systématiquement fermer les portes » [15]. Dans notre étude, la porte restait ouverte pendant 10,8 secondes en moyenne pour chaque ouverture. Cependant, nous ne mettons pas en évidence si la porte est souvent ouverte sur une courte durée ou peu fréquemment ouverte, mais sur une longue durée. Il aurait ainsi été judicieux de classer les durées d'ouverture de porte par paliers de temps. Par ailleurs, nous avons chronométré dix personnes différentes à dix reprises afin d'établir une moyenne de temps nécessaire à l'ouverture et à la fermeture d'une porte lorsqu'une personne pénètre dans une pièce. Le temps moyen retrouvé à cette mesure était compris entre trois et cinq secondes. De ce fait, notre étude montre que la porte reste ouverte en moyenne deux fois plus longtemps que ce temps moyen mesuré. En faisant le lien entre la pratique et, le ressenti des couples et du personnel, nous pouvons émettre l'hypothèse suivante : la durée d'ouverture de la porte de la salle d'accouchement peut sembler faible. Cependant, si elle est répétée environ sept fois par heure (cf résultat cité ci-dessus), cette durée peut paraître beaucoup plus élevée pour le couple. Aussi, même si le personnel soignant a la sensation de toujours refermer la porte derrière lui, s'il ne la referme pas ne serait-ce qu'une seule fois, cela sera négligeable pour lui mais pas forcément pour le couple. Il est également possible que le personnel soignant ait la sensation de fermer entièrement la porte alors que celle-ci reste

entrouverte. Enfin, nous pouvons penser que plus le nombre de « va et vient » est élevé, plus le couple peut avoir l'impression que la porte reste ouverte puisque leur espace intime est perturbé. D'ailleurs, nous observons dans l'étude menée par A.Millet et al. que 70% des femmes se sentent dérangées par la non-fermeture des portes de la salle d'accouchement [15].

Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre les deux groupes (« situation urgente » versus « non-urgente ») (p = 0,27) mais la porte reste ouverte plus longtemps en dehors d'une situation urgente (12,0 seconde versus 6,1 en moyenne par ouverture de porte). Nous pouvons supposer que lorsqu'il y a un contexte d'urgence, le personnel soignant prend le soin de préserver la confidentialité du couple et la tranquillité des autres patientes en travail.

Le nombre de personnel soignant présent dans la chambre de la patiente durant les examens gynécologiques est en moyenne de 1,4 personne. T.Tabouy, dans son étude, relève « qu'en moyenne, il y avait selon les femmes entre 3 et 4 personnes à l'accouchement » [14]. La différence entre ces deux résultats peut s'expliquer par le fait que dans son étude, T.Tabouy relève le nombre de personne présent durant l'expulsion. Alors que dans notre étude, l'observation est effectuée durant la phase active du travail.

Il y a significativement plus de monde présent dans la chambre de la patiente durant les examens gynécologiques lorsqu'il y a une situation urgente (2,0 versus 1,3 en moyenne) (p = 0,01). En effet, durant les situations urgentes, en plus des personnes habituelles, nous avons observé la présence d'un nombre plus important de personnel hospitalier pour différentes raisons : expliquer à la patiente les complications, réaliser des examens complémentaires, adapter les dosages de l'analgésie péridurale, préparer le matériel… Ceci peut également être lié au fait que nous sommes dans une maternité de niveau III, au sein d'un CHU dont la mission d'enseignement

explique le nombre plus important de personnes présentes.

Dans notre étude, il nous a également semblé intéressant d'observer le nombre de touchers vaginaux réalisés durant le travail. Sur le temps d'observation, il est réalisé en moyenne 2,1 fois par patiente. Cet examen est avant tout un outil diagnostic que les professionnels de santé ont tendance à banaliser. D'ailleurs, nous relevons dans une étude que « 72% des sages-femmes interrogées notifient que le toucher vaginal représente avant tout un geste médical utile et nécessaire à l'élaboration d'un diagnostic et 20% déclarent qu'il représente un geste intime intrusif pour le couple et la patiente » [5]. Cependant, dans l'étude de T. Tabouy, cet examen est un des principaux actes gênant pendant l'accouchement et, 41,1% des patientes interrogées sont gênées pendant le toucher vaginal [14]. De façon générale, les femmes appréhendent cet examen. Une étude chinoise sur le toucher vaginal explique que cette situation expose la femme au moment d'un geste qui la touche dans son intimité la plus profonde, la pénétration de son sexe étant réservée habituellement à sa sexualité [18]. De plus, en salle d'accouchement, de manière générale, lorsqu'il n'y a pas d'APD, il peut être réalisé au milieu des contractions utérines, donc dans la douleur. Camille Nicol met en évidence dans son étude que cet examen est plus désagréable en fin de grossesse et particulièrement en salle d'accouchement, lorsqu'il se surajoute aux contractions utérines [19, 20]. Il peut également être réalisé dans la précipitation, l'urgence, sans qu'aucune explication ne soit donnée avant ou après l'avoir réalisé ni consentement demandé au préalable, ce qui peut accroitre la gêne des patientes, l'intrusion dans leur intimité. D'ailleurs, A. Millet et al., montrent que le vécu de la femme varie de manière statistiquement significative selon la demande préalable ou non d'autorisation d'examiner. Elles se sentent majoritairement plus confiantes s'il y a eu une autorisation avant l'examen et, majoritairement plus inquiètes si elle n'a pas été demandée [15]. De plus, le nombre de toucher

vaginal est significativement plus élevé lors d'une situation urgente (3,2 fois en moyenne versus 1,8) (p=0,02). Il aurait été intéressant de relever la présence d'une demande ou non d'autorisation d'examiner avant les gestes.

Dans son mémoire, T.Tabouy relève que pour 12,9% des femmes, il y a une gêne différente entre un toucher vaginal réalisé par une sage-femme et un toucher vaginal réalisé par un(e) étudiant(e) sage-femme [14]. Nous nous sommes donc intéressés au nombre de personnes ayant effectué les touchers vaginaux. Sur le temps d'observation, il est réalisé en moyenne 1,4 fois par patiente. Il faut souligner que notre observation n'a pas été réalisée sur toute la durée du travail. Or, à plusieurs reprises, il y a eu des changements d'équipe durant le travail de la patiente mais en dehors de l'observation, ce qui peut considérablement diminuer les chiffres par rapport à ce que l'on peut observer dans la réalité. D'ailleurs, A. Millet et al rapportent qu'en moyenne, pour une même femme, l'examen vaginal est réalisé par 3,1 ± 1,56 personnes. Ils relèvent également que 37,4% d'entre elles trouvent ce nombre trop important [15]. Ying et Levy, dans leur étude concernant des femmes chinoises, expliquent qu'il est préférable que l'examen vaginal soit toujours réalisé par la même personne au cours du travail afin de limiter l'embarras de la femme [18]. Il serait donc intéressant de diminuer le nombre de personne effectuant le toucher vaginal en salle d'accouchement. Cependant, notre étude a été menée dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), ce qui rend difficile l'application de cette recommandation du fait de l'enseignement pratique donné aux étudiants. Nous pouvons tout de même veiller à respecter la pudeur de la patiente par d'autres moyens comme par exemple fermer la porte de la salle, demander l'autorisation avant d'examiner ou encore, ne pas la découvrir entièrement durant l'examen gynécologique. Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre une situation urgente ou non (p=0,25) bien qu'il y ait un nombre plus important lors d'une

situation urgente (1,7 versus 1,3 en moyenne).

T.Tabouy relève que, d'après les femmes qu'elle a interrogées, 12,5% n'étaient pas recouvertes par un drap lors du toucher vaginal [14]. Une autre étude comparant le ressenti des femmes à celui du personnel médical montre qu'il estime enlever totalement le drap qui recouvre la patiente dans 5% des cas alors que d'après les patientes, c'est dans 25% des cas [15]. Dans notre étude, nous avons observé que la patiente était dévêtue pendant 391 secondes en moyenne sur la durée d'observation soit, plus de six minutes. Pour comparer ce résultat aux données relevées dans la littérature, il aurait été intéressant de noter le nombre de fois où les patientes ne sont pas dévêtues. En effet, cette durée observée nous donne une idée du temps durant lequel la patiente est dévêtue sur deux heures et donc pour deux examens (car nous avons observé en moyenne 2,1 TV par patiente sur deux heures) mais elle ne nous montre pas la fréquence des examens où la patiente n'est pas dévêtue. Nous avons également observé que les patientes étaient dévêtues plus longtemps lors d'une situation urgente (659 secondes en moyenne versus 325 secondes) mais de façon non statistiquement significative (p=0,09).

3.2.3 Objectifs et perspectives d'amélioration

Les critères observés étaient restreints mais il était difficile d'en observer plus sans faire d'erreur. Il aurait tout de même été intéressant de classer les durées d'ouverture de porte par paliers de temps ainsi que de noter le nombre de fois où les patientes sont totalement recouvertes durant les examens gynécologiques. Ceci aurait pu permettre d'observer de façon plus précise le respect de la pudeur en salle d'accouchement.

Il nous a été difficile de comparer les résultats à ceux de la littérature car nous n'avons trouvé qu'une seule étude sur ce thème [15], ainsi que des mémoires de sages-femmes traitant d'un ressenti [5, 6, 11, 16, 18], mais aucune étude observationnelle. La grille d'observation a donc été réalisée à partir de ressentis. Il aurait été intéressant d'interroger les patientes observées, leur accompagnant ainsi que le personnel hospitalier (en charge de la patiente) sur leurs ressentis et de le comparer aux données observées. Nous aurions ainsi pu mettre en évidence l'impact que nos actes et gestes pourraient avoir sur la pudeur des patientes et de la personne accompagnante.

Il est également important de souligner que nous n'avons trouvé aucune échelle de mesure du respect de la pudeur validée scientifiquement. De ce fait, il n'est pas possible de préciser si la pudeur des patientes est respectée ou non en salle d'accouchement, par le personnel hospitalier.

Cependant, nous avons vu que la pudeur était sensiblement moins bien respectée lors de situations d'urgences. Ceci peut être lié à la prise en charge de la patiente. D'ailleurs, dans le groupe « situation non-urgente », nous pouvons observer un écart-type important. Il semblerait donc que certaines caractéristiques du respect de la pudeur soient très différentes entre les

patientes, notamment le fait de frapper avant d'entrer (moyenne du ratio du nombre de fois où un professionnel frappe à la porte avant d'entrer sur le nombre d'entrées : 0,61 avec un écart-type de 0,22), le nombre d'ouverture de la porte de la salle d'accouchement (14,6 fois en moyenne avec un écart-type de 6,2), le temps d'ouverture de la porte de la salle d'accouchement (12,0 secondes en moyenne avec un écart-type de 12,6) ainsi que le temps durant lequel la patiente est dévêtue (325 secondes en moyenne avec un écart-type de 308). Ainsi, en dehors d'une situation urgente, les moyennes des critères observés peuvent être davantage diminuées en prenant certaines précautions. Nous rappelons donc quelques règles simples même si certaines sont déjà mises en œuvre par certains, facilement applicables, sans contraintes et ce, par tout le personnel hospitalier.

Frapper avant d'entrer : sans être chronophage, ce geste peut contribuer à améliorer le respect de la pudeur.

Protéger la nudité : refermer la porte derrière nous à chaque ouverture (70% des femmes se sentent dérangées par la non-fermeture des portes de la salle d'accouchement [15]). Là aussi, nous avons vu que cela était réalisable car ne prenait que très peu de temps. Les TV pouvant se réaliser sous un drap, il est également possible de limiter de dévoiler inutilement le corps. Cependant, la diminution du nombre de TV étant peu réalisable (car il est recommandé d'en réaliser un par heure et notre étude relève qu'il y a en moyenne 2,1 TV par patiente sur deux heures), il est possible de pallier à cela et préserver la pudeur de la patiente en prenant le temps de lui demander l'autorisation de l'examiner ainsi que d'expliquer l'examen.

Enfin, il faut rappeler que préserver la pudeur de nos patientes, c'est aussi savoir garder en soi une part de remise en question chaque jour.

4 Conclusion

Durant le travail en salle d'accouchement, de nombreuses situations risquent de heurter la pudeur. S'agissant principalement d'un ressenti personnel, il n'existe pas d'outils permettant d'évaluer si celle-ci est respectée ou non. Nous avons donc voulu décrire le respect de la pudeur en salle d'accouchement par le personnel hospitalier de manière quantitative afin d'avoir un recul sur nos pratiques professionnelles habituelles.

A travers cette étude, nous avons observé qu'au vu de l'importance des écart-types des critères observés en dehors de situation urgente, il est possible d'améliorer certains gestes, notamment le fait de frapper avant d'entrer, limiter le nombre d'ouverture de porte, la refermer entièrement après chaque passage ou encore, effectuer les TV en ne découvrant pas totalement la patiente. Concernant le nombre de personnes présentes dans la pièce durant les examens gynécologiques ainsi que le nombre de personnes différentes réalisant les TV, il est difficile de les diminuer car l'étude a été menée dans un CHU ce qui rend difficile l'application de cette recommandation du fait de l'enseignement pratique donné aux étudiants. Il semble également difficile de diminuer le nombre de TV car les recommandations du suivi de la phase active du travail ne seraient plus respectées [4].

De plus, nous avons pu décrire que, lors d'une situation d'urgence, il y a significativement plus de personnes présentes dans la salle (2,0 versus 1,3 en moyenne) ainsi que la réalisation d'un nombre de TV plus important (3,2 versus 1,8 en moyenne). Le personnel hospitalier respecte donc différemment la pudeur des patientes entre ces deux situations.

Cette étude ne s'est pas intéressée au point de vue des patientes, des personnes accompagnantes et du personnel hospitalier observé. Il serait pertinent de réaliser une étude qualitative par entretiens interrogeant leur ressenti et de le comparer aux observations. Il serait également intéressant de réaliser le même type d'étude mais de façon multicentrique, avec différents niveaux de maternité afin d'avoir un échantillon plus représentatif de la population générale et en améliorant certains critères d'observation (notamment classer les durées d'ouverture de porte par paliers de temps et, noter le nombre de fois où les patientes sont totalement recouvertes durant les examens gynécologique) afin d'observer de façon plus précise le respect de la pudeur en salle d'accouchement.

5 Références bibliographiques

[1] E. Talvat, «La pudeur en milieu hospitalier,» *Travail de fin d'étude: étudiants infirmiers,* 2005.

[2] W. Hesbeen, Prendre soin à l'hôpital, MASSON, 1997.

[3] D. Edvarsson, «Balancing between being a person and being a patient-A qualitative study of wearing patient clothing,» 2009. [En ligne]. Available: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18799159.

[4] J. Schaal, D. Riethmuller, A. Martin, A. Lemouel, C. Quereux et R. Maillet, «Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement,» *EMC Obstétrique,* 2006.

[5] M. Chevalier, «Le toucher vaginal, ce geste...,» *Mémoire de fin d'études (Ecole de sage-femme de Rouen),* 2012.

[6] W. Pasini, Eloge de l'intimité, Paris: Payot, 1991.

[7] M. Danguin, «Naissance et pudeur - Accompagner et respecter,» *sage-femme.ch,* 2008.

[8] Le Petit Larousse, Paris: Larousse, 2014.

[9] P. Robert, Le Petit Robert, Paris, 2006.

[10] A.-S. Claudon, «Petit traité de pudibonderie, ou les secrets du "contre coup de l'amour permis",» *Mémoire de fin d'études (Ecole de sage-femme Nancy),* 2010.

[11] D. Vasse, «Un monde sans pudeur?,» *Etudes,* p. 197 à 205, 2002.

[12] «Code de déontologie des sages-femmes,» [En ligne]. Available: www.ordre-sages-femmes.fr.

[13] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, «La charte de la personne hospitalisée: des droits pour tous,» 17 Mai 2013. [En ligne]. Available: http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html.

[14] T. Tabouy, «La place de la pudeur pendant la maternité,» *Mémoire de fin d'études (Ecole de sage-femme de Nantes),* 2013.

[15] A. Millet, G. Magnin et S. Desurmont, «La pudeur en salle de naissance: ressenti des femmes, des personnes accompagnantes et du personnel médical,» *Revue médecine périnatale,* pp. 193-199, 2009.

[16] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, «L'audit clinique - Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles,» 1999.

[17] «Enquête nationale périnatale 2010,» 2011.

[18] C. Ying Lai et V. Levy, «Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour,» *Midwifery,* 2002.

[19] C. Nicol, «Naissance et intimité: regard des femmes en salle d'accouchement,» *Mémoire de fin d'études (Ecole de sage-femme de Bourg-en-Bresse),* 2013.

[20] D. Lewin, B. Fearon, V. Hemmings et et al, «Women's experiences of vaginal examinations in labour,» *Midwifery,* 2005.

[21] A. Vidal, «La pudeur aux urgences obstétricales - Evaluation des pratiques professionnelles à Port-Royal,» *Mémoire de fin d'études (Ecole de sage-femme de Baudelocque),* 2014.

ANNEXE 1

Patiente n°	
ouverture porte	
type de professionnel	
TV	
frappe avant d'entrer (O/N)	
acte réalisé:	
patiente recouverte	
contexte urgence	
commentaires	

ANNEXE 2

Patiente n°	
Frappe	
Ouverture porte	
Temps en seconde	
Professionnel entrant	
Motif d'entrée	
TV: Nombre de TV/examen	
Nombre de professionnels réalisant le TV pendant l'examen	
Qualité du professionnel réalisant le TV	
Nombre de personnes présentes dans la salle durant les examens gynécologiques	
Nudité: Temps en seconde durant lequel la patiente est dévêtue	
Contexte d'urgence	
commentaires	

ANNEXE 3

Patiente n°

Caractéristiques de la population

Âge:
Gestité:
Parité:

Origine ethnique :
- Europe de l'Ouest
- Europe de l'Est
- Afrique centrale
- Maghreb

Personne accompagnante en salle de naissance: Oui/non
Si oui: qualité de la personne accompagnante:

Caractéristiques de la grossesse

Âge gestationnel en semaine d'aménorrhée à l'entrée en salle de naissance

Présentation: céphalique/siège

Grossesse: simple/multiple

Caractéristiques du travail

Dilatation à l'entrée en salle d'accouchement en cm:

Durée de la phase active du travail en minute:

Mode de début de travail: spontané/déclenchement: Propess®/Syntocinon®

Analgésie durant le travail: oui/non
Si oui: APD/rachi-anesthésie/autre

Urgences fœtales l'observation: oui/non
Urgences maternelles l'observation: oui/non

Résumé

Introduction : L'objectif principal était de décrire de manière quantitative le respect de la pudeur de la patiente pendant la phase active du travail en salle d'accouchement. L'objectif secondaire était de comparer le respect de la pudeur entre une situation urgente versus non-urgente.

Matériel et méthode : Etude observationnelle transversale mono-centrique de type audit de pratique conduite au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble. Était éligible tout le personnel hospitalier entrant dans la salle d'accouchement de la patiente durant le temps d'observation. Étaient exclus les refus de participation. Les critères de jugement principaux était les nombres de fois où : un professionnel frappait à la porte avant d'entrer, d'ouverture de porte, de personnes présentes dans la salle durant les examens gynécologiques, de touchers vaginaux (TV), de personnes différentes ayant effectué le TV, ainsi que les temps durant lesquels : la porte restait ouverte ; la patiente était dévêtue.

Résultats : 30 observations ont été réalisées.

En moyenne par patiente sur deux heures, 64% du personnel hospitalier frappait à la porte avant d'entrer. Celle-ci a été ouverte 15,4 fois pour une durée de 10,8 secondes à chaque ouverture. Il y avait 1,4 personne présente dans la salle durant les examens gynécologiques, 2,1 TV ont été réalisés, par 1,4 personne différente. Les patientes restaient dévêtues 391 secondes.

Conclusion : Il semble possible d'améliorer certains gestes afin de respecter davantage la pudeur des patientes en salle d'accouchement.

Mots clés : pudeur, salle d'accouchement, respect, intimité.